

Trine Monica Myrvold

Psykisk helse og psykisk sykdom

Innbyggernes kunnskaper
og holdninger



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

Psykisk helse og psykisk sykdom

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2007:20

**Health and Social Affairs
in Norway and Russia**
The cooperation evaluated

NIBR-rapport 2007:2

**Brukermedvirkning i
psykisk helsearbeid:
idealer og realiteter**

NIBR-rapport 2006:21

**Mange vil ha alt de får,
andre vil ikke ha noe**
Om brukermidvirkning i
psykisk helsetjeneste i
kommunene

NIBR-rapport 2006:11

**Kommunalt psykisk
helsearbeid**
Utviklingstrekk 2002-2005

Rapportene koster
kr 250,-, og kan bestilles
fra NIBR:
Postboks 44, Blindern,
0313 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Faks 22 60 77 74
E-post til
nibr@nibr.no

www.nibr.no

Porto kommer i tillegg til
de oppgitte prisene

Trine Monica Myrvold

Psykisk helse og psykisk sykdom

Innbyggernes kunnskaper og holdninger

NIBR-rapport 2008:16

Tittel: **Psykisk helse og psykisk sykdom**
Innbyggernes kunnskaper og holdninger

Forfatter: Trine Monica Myrvold

NIBR-rapport: 2008:16
ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-7071-740-8
Prosjektnummer: O-1888
Prosjektnavn: Befolkningens holdninger til og kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser

Oppdragsgiver: Norges forskningsråd
Prosjektleder: Trine Monica Myrvold

Referat: Rapporten handler om kunnskaper om og holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser. Holdningene er målt i 2002 og 2007. Vi finner en økning i engasjementet knyttet til psykisk helse i løpet av perioden, men ingen endring i ønsket om åpenhet. Folk flest er lite stigmatiserende i sine holdninger til psykisk syke, og utviklingen fra 2002 til 2007 er positiv. Kvinner, yngre og middelaldrende, og folk med universitetsutdanning har minst stigmatiserende holdninger.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: September 2008

Antall sider: 175

Pris: Kr 250.-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21, Postboks 44 Blindern
0313 OSLO
Telefon: (+47) 22 95 88 00
Telefaks: (+47) 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: Nordberg A.S.
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2008

Forord

Det foreliggende arbeidet utgjør sluttrapporteringen fra prosjektet *Befolkningens holdninger til og kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser*, utført på oppdrag fra Norges forskningsråd.

Prosjektet startet opp i 2001. Arbeidet med prosjektet har hatt to faser. Første del av prosjektet resulterte i rapporten *Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser* fra 2003, skrevet av Sidsel Sverdrup og Christopher Bratt. Sverdrup initierte prosjektet, og var prosjektleder for første fase av arbeidet. Etter at Sverdrup sluttet på NIBR, overtok Trine Monica Myrvold ansvaret for prosjektet. Myrvold har vært leder for andre fase av prosjektet, og har forfattet sluttrapporten. Forfatteren vil takke Sidsel Sverdrup for å ha lagt et solid grunnlag for slutføringen av prosjektet.

Forfatteren ønsker også å takke Torbjørn Moum for veiledning i forbindelse med utformingen av spørreskjemaet og gjennomføringen av analysene i rapporten. Med sin store kunnskap om spørreskjemaundersøkelser har han bidratt til at analysene gir sikrere resultater. Innholdet av rapporten er likevel utelukkende forfatterens ansvar.

Etter ønske fra styringsgruppen og Norges forskningsråd er rapporten organisert slik at sammendraget gir de viktigste opplysningene om problemstillinger, sentrale funn, konklusjoner og anbefalinger. For lesere som ønsker å gå mer i dybden i materialet, er det i sammendraget henvist til de ulike kapitlene. For de som leser både sammendraget og kapitlene vil derfor rapporten som helhet bære preg av en del gjentakelser.

Et kortfattet sammendrag finnes i Vedlegg 5.

NIBR, september 2008

Hilde Lorentzen
Forskningsjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt.....	4
Figuroversikt	7
Figuroversikt	7
Sammendrag.....	9
Summary	23
1 Innledning.....	28
1.1 Tema for rapporten	28
1.2 Rapportens disposisjon	29
2 Informasjonsarbeidet i Opptrappingsplanen for psykisk helse	31
2.1 Innledning	31
2.2 Informasjon som virkemiddel.....	31
2.3 Programteori.....	32
2.4 Målene med informasjonsarbeidet	35
2.5 Informasjonsstrategier etter 2002.....	37
2.5.1 Planene for informasjonstiltak 2002 - 2008	37
2.5.2 Informasjonsarbeidet 2006 – 2007	41
2.6 Hvilke endringer i kunnskap og holdninger kan foreventes?	43
3 Datamateriale og metode	45
3.1 Innledning	45
3.2 Datamaterialet: survey i to omganger.....	45
3.3 Om indekskonstruksjon.....	51
3.4 Om mulighetene til å spore virkninger av informasjonstiltak.....	53
4 Kunnskap og informasjon om psykisk helse og psykisk sykdom.....	55
4.1 Innledning	55
4.2 Behovet for og ønsket om informasjon	56

4.2.1	Hva kan forklare folks syn på egen informasjon og kunnskap?	58
4.2.2	Hva ønsker folk mer informasjon om?	64
4.3	Hvor vil folk søke informasjon?	65
4.4	Hva forbindes med psykisk lidelse?.....	68
4.5	Oppsummering	71
5	Engasjement og åpenhet	74
5.1	Innledning	74
5.2	Engasjement i forhold til psykisk helse	75
5.3	Åpenhet om psykiske problemer	79
5.4	Oppsummering	84
6	Holdninger til psykisk sykdom og psykisk syke	87
6.1	Innledning	87
6.2	Holdninger til ulike sider ved psykisk helse	88
6.3	Multivariate analyser: hva kan forklare folks holdninger?.....	96
6.4	Oppsummering	108
7	Oppsummering og konklusjoner	112
7.1	Innledning	112
7.2	Konklusjoner	113
7.3	Utfordringer og anbefalinger.....	117
	Litteratur	119
	Vedlegg 1 Beskrivelse av utvalgene 2002 og 2007	122
	Vedlegg 2 Tabeller	124
	Vedlegg 3 Avhengige variabler. Variasjonsbredde og standardavvik	154
	Vedlegg 4 Spørreskjema.....	160
	Vedlegg 5 Kort sammendrag	172

Tabelloversikt

Tabell 3.1	Korrelasjon mellom tendensen til å si seg enig (Enighetsbias) og trekk ved respondenten. 2007	49
Tabell 4.1	Har du selv hatt behov for å skaffe deg informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser? N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998	57
Tabell 4.2	Respondentenes vurdering av egen informasjon og kunnskap om psykisk helse. Estimated marginal means. Helt enig=1; Helt uenig=7. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998	58
Tabell 4.3	Hva kan forklare vurderinger knyttet til informasjon og kunnskap? ¹ 2007. Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. ² Estimated marginal means	59
Tabell 4.4	Er det noe du gjerne skulle visst mer om når det gjelder psykisk helse og psykiske lidelser? Prosent som nevner ulike forhold. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998 ..	65
Tabell 4.5	Hvor vil du søke informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser? Prosent som nevner ulike kilder til informasjon. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998.....	66
Tabell 4.6	Kjenner du noen godt som har hatt psykiske lidelser i løpet av de siste tre årene? N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998	67
Tabell 4.7	Andel av kvinner og menn som sier de kjenner noen godt som har hatt psykiske lidelser i løpet av de siste tre årene. Prosent. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998..	67
Tabell 4.8	Vurdering av egen kunnskap om psykiske problemer og lidelser, etter om respondenten kjenner en som har hatt psykiske lidelser i løpet av de siste tre årene. Estimated marginal means. Jo høyere skåre, desto bedre vurderes egen kunnskap. ¹ 2002 og 2007. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998	68

Tabell 4.9	Hvilke ord/begreper forbindes med psykiske lidelser? Andel som nevner de ulike tilstandene. Prosent 69	69
Tabell 4.10	I hvilken grad kjenner du til følgende tilstander og betegnelser? Estimated marginal means. Jo høyere skåre, desto bedre vurderes egen kjennskap ¹ 70	70
Tabell 5.1	Engasjement i forhold til psykisk helse. Grad av engasjement. Jo høyere skåre, desto større engasjement. ¹ Estimated marginal means. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998 76	76
Tabell 5.2	Hva kan forklare engasjement i forhold til psykisk helse? 2007. Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. Jo høyere skåre, desto større engasjement. ¹ Estimated marginal means ² 77	77
Tabell 5.3	I hvilken grad vil du være åpen om egen eller andres psykiske problemer? Jo høyere skåre, desto større vilje til åpenhet. ¹ Estimated marginal means. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998 80	80
Tabell 5.4	Hva kan forklare åpenhet? 2007. Jo høyere skåre, jo større vilje til åpenhet. ² Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. Estimated marginal means 82	82
Tabell 6.1	Respondentenes svar på påstander om psykisk helse og psykisk syke. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden. ¹ Estimated marginal means. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998 90	90
Tabell 6.2	Respondentenes svar på påstander om muligheten til å komme seg etter psykisk sykdom. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden. ¹ Estimated marginal means. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998..... 91	91
Tabell 6.3	Respondentenes svar på påstander om psykisk helse og psykisk syke. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden. ¹ Estimated marginal means. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998 93	93
Tabell 6.4	Respondentenes svar på påstander om psykisk helse og psykisk syke. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden. ¹ Estimated marginal means. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998 94	94
Tabell 6.5	Respondentenes syn på behovet for – og mulighet for – å bedre den psykiske helsen. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden. ¹ Estimated marginal means. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998..... 95	95

Tabell 6.6	Hva kan forklare stigmatiserende holdninger til psykisk sykdom og psykisk syke? 2007. Jo høyere skåre, desto mer stigmatiserende. ¹ Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. ² Estimated marginal means.....	98
Tabell 6.7	Hva kan forklare optimistiske og lettvinde holdninger til psykisk sykdom og psykisk syke? 2007. Jo høyere skåre, desto større tro på lettvinde løsninger. ¹ Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. ² Estimated marginal means.....	103
Tabell 6.8	Hva kan forklare vurderinger ¹ knyttet til hjelpeapparatets rolle? 2007. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstandene. ¹ Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. ² Estimated marginal means.....	107
Tabell V.1	Jeg har nok kunnskap om psykiske problemer og psykiske lidelser. Prosent. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998	124
Tabell V.2	Det er vanskelig å få tak i informasjon om psykiske problemer og psykiske lidelser. Prosent. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998	125
Tabell V.3	Jeg vet nok om hvordan det er mulig å forebygge psykiske problemer og psykiske lidelser. Prosent. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998	125
Tabell V.4	Engasjement i forhold til psykisk helse i befolkningen generelt. Prosent. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998	126
Tabell V.5	Engasjement i forhold til psykisk helse for folk som står deg nær. Prosent. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998.....	126
Tabell V.6	Engasjement i forhold til psykisk helse for eget vedkommende. Prosent. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998..	127
Tabell V.7	Åpenhet om psykiske problemer overfor familien. Prosent. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998	128
Tabell V.8	Åpenhet om psykiske problemer overfor venner. Prosent. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998	128
Tabell V.9	Åpenhet om psykiske problemer overfor kolleger. Prosent. N ₂₀₀₂ =1999, N ₂₀₀₇ =1998	129

Figuroversikt

Figur 2.1	Endringsteori: Informasjonsarbeidets implementerings- og programteori.....	34
Figur 3.1	Gjennomsnittlig skåre på fire påstander formulert motsatt i 2002 og 2007, etter snuing av påstandene fra 2002.....	50
Figur 3.2	Gjennomsnittlig skåre på fire påstander formulert likt i 2002 og 2007.....	51
Figur 4.1	Vurdering av mulighetene for å få informasjon om psykisk helse, etter alder. Jo høyere skåre, desto vanskeligere oppleves det å få informasjon.....	62
Figur 4.2	Vurdering av egen kunnskap om psykisk helse, etter utdanning. Jo høyere skåre, jo bedre oppleves egen kunnskap å være.....	62
Figur 4.3	Vurdering av egen kunnskap om psykisk helse, etter yrkessektor. Jo høyere skåre, jo bedre oppleves egen kunnskap å være.....	63
Figur 4.4	Vurdering av egen kunnskap om forebygging etter utdanning. Jo høyere skåre, jo bedre oppleves egen kunnskap å være.....	63
Figur 4.5	Vurdering av egen kunnskap om forebygging etter yrkessektor. Jo høyere skåre, jo bedre oppleves egen kunnskap å være.....	64
Figur 4.6	Grad av kunnskap om ulike psykiske lidelser. Jo høyere skåre, desto høyere angitt kunnskapsnivå, 2002 og 2007.....	71
Figur 5.1	Engasjement i forhold til psykisk helse, etter kjønn. Jo høyere skåre, desto større engasjement. 2007.....	78
Figur 5.2	Engasjement i forhold til psykisk helse, etter yrkessektor. Jo høyere skåre, desto større engasjement. 2007.....	78

Figur 5.3	Engasjement i forhold til psykisk helse, etter om en kjenner en som har vært syk de siste tre årene. Jo høyere skåre, desto større engasjement. 2007.....	79
Figur 5.4	Vilje til åpenhet om psykiske problemer, etter kjønn. Jo høyere skåre, desto større vilje til åpenhet .	83
Figur 5.5	Vilje til åpenhet om psykiske problemer, etter alder. . Jo høyere skåre, desto større vilje til åpenhet.....	83
Figur 5.6	Vilje til åpenhet om psykiske problemer, etter yrkessektor. . Jo høyere skåre, desto større vilje til åpenhet	84
Figur 6.1	Holdninger til muligheten for å komme seg etter psykisk sykdom, i 2002 og 2007. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden	92
Figur 6.2	Tendens til stigmatiserende holdninger, etter kjønn. Jo høyere skåre, desto større tendens til stigmatisering	99
Figur 6.3	Tendens til stigmatiserende holdninger, etter utdanningsnivå. Jo høyere skåre, desto større tendens til stigmatisering	99
Figur 6.4	Tendens til stigmatiserende holdninger, etter inntekt. Jo høyere skåre, desto større tendens til stigmatisering	100
Figur 6.5	Tendens til stigmatiserende holdninger, etter yrkessektor. Jo høyere skåre, desto større tendens til stigmatisering.....	100
Figur 6.6	Tendens til stigmatiserende holdninger, etter bostedsregion. Jo høyere skåre, desto større tendens til stigmatisering.....	101
Figur 6.7	Tendens til å tro på lettvinne løsninger, etter kjønn og utdanning. Jo høyere skåre, jo større tendens.	104
Figur 6.8	Tendens til å tro på lettvinne løsninger, etter kjønn og utdanning. Jo høyere skåre, jo større tendens.	104

Sammendrag

Trine Monica Myrvold

Psykisk helse og psykisk sykdom

Innbyggernes kunnskaper og holdninger

NIBR-rapport: 2008:16

Formålet med undersøkelsen

Innledningsvis stilte vi opp tre grupper av problemstillinger for analysene i rapporten:

1. Hvordan er befolkningens kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser? Hvilke informasjonskilder oppleves som viktige for å få kunnskaper om dette feltet? Har kunnskapene endret seg i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode? Hvilke forhold ser ut til å påvirke eller forklare folks informasjon og kunnskaper?
2. Hvordan er befolkningens ønsker om engasjement og åpenhet i forhold til spørsmål om psykiske problemer og lidelser? Har engasjementet og åpenheten økt i løpet av opptrappingsperioden? Hvilke trekk ved den enkelte påvirker ønsket om engasjement og åpenhet?
3. Hvilke holdninger til psykisk syke og psykiske lidelser eksisterer i befolkningen? Har befolkningens holdninger endret seg i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode? Hvilke forhold ser ut til å påvirke eller forklare folks holdninger til psykiske problemer og lidelser?

Undersøkelsen som rapporteres her er ikke en direkte evaluering av Sosial- og helsedirektoratets¹ informasjonsstrategi knyttet til

¹ Sosial- og helsedirektoratet byttet navn til Helsedirektoratet 1. april 2008. Ettersom mesteparten av den aktiviteten som omtales i denne rapporten fant

Opptrappingsplanen for psykisk helse. Vi har ikke fokus på enkelttiltak innenfor informasjonsarbeidet. Det vil dessuten være en rekke forhold og hendelser som virker inn på befolkningens holdninger til og kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser. Likevel kan det være meningsfylt å se om innretningen på informasjonsarbeidet på noen måte kan spores i form av endringer i innbyggernes holdninger og kunnskaper. Ut fra den overordnede informasjonsstrategien for det psykiske helsearbeidet, samt fokuset for informasjonen etter 2002, satte vi opp følgende forventninger til mulige endringer i befolkningens holdninger til, åpenhet overfor, og kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser:

- generelt økt åpenhet og mindre stigmatiserende holdninger
- mer kunnskap om tjenestene utviklet innenfor Opptrappingsplanen, spesielt om kommunenes psykiske helsearbeid
- mer kunnskap om barn og unges psykiske helse
- mer kunnskap om lettere psykiske problemer, mindre oppmerksomhet om diagnoser
- at folk i større grad tror at det finnes hjelp å få for psykiske problemer og lidelser, og at hjelp nytter

Vi har med oss disse forventningene i analysen av utviklingen i folks åpenhet, kunnskaper og holdninger.

Data og metode

Et hovedpoeng med undersøkelsen er å studere utvikling i kunnskap, åpenhet og holdninger over tid. Datamaterialet som analyserer i rapporten består derfor av to runder med spørreundersøkelse til et representativt utvalg på ca. 2000 personer i befolkningen. Undersøkelsene ble gjennomført i 2002 og 2007. Spørreskjemaene som har vært brukt til telefonintervjuene var nesten identiske de to årene. Det var nødvendig å gjøre noen endringer i skjemaet i 2007 for å korrigere for målefeil knyttet til at

sted i tiden før navneskiftet, vil direktoratet stort sett omtales som Sosial- og helsedirektoratet (SHdir).

tendensen til å si seg enig i påstander er ulik i forskjellige grupper i befolkningen.

Sentrale funn

Her oppsummerer vi funnene fra analysene av datamaterialet.

Informasjon og kunnskap (kapittel 4)

Det har skjedd relativt små endringer i folks vurdering av egen informasjon og kunnskap i årene fra 2002 til 2007.

Behov for informasjon

Det er en litt høyere andel av respondentene som sier at de har hatt behov for informasjon om psykiske problemer og lidelser i 2007 sammenliknet med i 2002. Samtidig er det færre som sier at de ønsker mer informasjon om spesielle lidelser.

Det er svært små forskjeller i respondentenes syn på mulighetene for å få tak i informasjon i 2007 sammenliknet med i 2002.

Kjennskap til mennesker med psykisk sykdom

Nesten tre av fire respondenter sier at de kjenner noen godt som har hatt en psykisk lidelse i løpet av de tre siste årene. Det er noen flere kvinner enn menn som sier at de kjenner noen som har vært syke, og forskjellene mellom kvinner og menn er større i 2007 enn i 2002. Det er særlig de som kjenner noen som er eller har vært syk som etterspør informasjon. Disse er gjennomgående ganske tilfreds med den informasjonen de finner.

Kunnskap om psykiske problemer og lidelser

Nesten halvparten av respondentene mener de ikke har tilstrekkelig kunnskap om psykiske problemer og lidelser. Det er helt minimale forskjeller i svarene de to årene. Et mindretall av respondentene mener at de vet nok om hvordan psykiske problemer kan forebygges.

Det er også små endringer i hva folk forbinder med begrepet ”psykiske lidelser” i 2007 sammenliknet med i 2002. I den grad det er en viss forskjell, er det i retning av å kople mindre alvorlige lidelser til begrepet. Dette er i tråd med ønsket fokus i informasjonen fra Sosial- og helsedirektoratet, men forskjellene de to årene er ikke tilstrekkelig markante til at vi kan trekke noen klare

slutninger om endringer i folks oppfatning av begrepet ”psykisk lidelse”.

Det er gjennomgående færre som svarer at de har god kjennskap til ulike lidelser i 2007 sammenliknet med i 2002. Den registrerte nedgangen i selvrapportert kjennskap til ulike psykiske sykdommer kan være et resultat av myndighetenes bevisste holdning til ikke å fokusere på diagnoser og lidelser, men undersøkelsen er ikke egnet til å gi sikre konklusjoner om dette.

Hva forklarer synet på informasjon og kunnskap?

Individuelle kjennetegn forklarer en relativt liten del av variasjonen i respondentenes vurderinger av egen informasjon og kunnskap. De yngste synes det er lettest å få tak i informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser. Mennesker med universitetsutdanning synes i større grad enn andre at de har tilstrekkelig informasjon og kunnskap både om psykisk sykdom og om forebygging av slik sykdom. Ellers er det først og fremst hvilken sektor respondenten jobber i som har betydning for hvordan en ser på egen kunnskap om psykisk helse. Det er særlig folk som jobber i helse- og velferdssektoren som synes de har tilstrekkelig kunnskap om feltet. Inntekt og bostedsregion ser ikke ut til å spille noen avgjørende rolle for informasjon og kunnskap om psykisk helse og psykisk sykdom.

Hvor søker folk informasjon?

Mens det er svært små endringer å spore i folks oppfatning av egen informasjon og kunnskap fra 2002 til 2007, er det til dels markante endringer i *hvor* de vil søke etter informasjon. Først og fremst er det flere som søker informasjon gjennom internett, mens det er færre som vil søke informasjon hos lege. Det er generelt færre som vil søke informasjon om psykiske problemer og lidelser hos ulike deler av helsetjenesten. Gitt Opptappingsplanens styrking av brukerorganisasjonene er det interessant at det ikke er en økning i andelen som vil kontakte organisasjonene for informasjon.

Engasjement og åpenhet (kapittel 5)

Etter ytterligere fem år med Opptappingsplanen hadde vi en forsiktig forventning om at folks engasjement og åpenhet hadde økt fra 2002 til 2007. Forventningene blir bare delvis oppfylt.

Engasjement for psykisk helse

Som i 2002 er – kanskje naturlig nok – folks engasjement minst når det gjelder den psykiske helsen i befolkningen generelt. Det sterkeste engasjementet er overfor folk som står nær. Seks av ti oppgir at de vil engasjere seg i stor grad i venners og families psykiske helse.

Analysene gir nesten like resultater når det gjelder engasjement overfor befolkningen, venner/familie og seg selv. Kvinner er mer engasjert enn menn. Folk som arbeider med helse- og velferdstjenester er mer engasjert enn folk som arbeider innenfor andre yrker. Det å kjenne noen som har vært syk de siste tre årene øker også engasjementet knyttet til psykisk helse både i befolkningen generelt, blant folk en kjenner, og for egen del.

Analysene tyder på at det har vært en klar økning i engasjementet overfor alle de tre gruppene i løpet av perioden fra 2002 til 2007.

Åpenhet om psykiske problemer og lidelser

Analysene fra 2007 viser, i likhet med materialet fra 2002, at de aller fleste sier at de vil være åpne om det hvis de selv eller noen i nærmeste familie fikk psykiske problemer. Villigheten til å være åpen øker med nærheten til dem man er åpen overfor. Nesten alle sier at de vil være åpne om psykisk sykdom overfor familien. Tre av fire svarer at de vil være åpne overfor venner, og over halvparten mener at de også vil være åpne overfor kolleger om psykiske problemer.

Kvinner er mer åpne om psykiske problemer enn menn, mens yngre folk fremstår som de minst åpne. Som vi senere skal se, er utdanning ofte en viktig variabel for å forklare folks holdninger til psykisk syke. Men utdanning ser, interessant nok, ikke ut til å ha betydning for åpenhet. Samtidig slår inntekt ut som en relevant variabel. Folk i den laveste inntektsgruppen er mer tilbakeholdne med å være åpne enn andre.

Analysene viser også interessante resultater når det gjelder betydningen av kjennskap til folk som er psykisk syke. Folk som kjenner en som har vært syk vil ikke være mer åpne enn andre om den psykiske lidelsen. Vi hadde forventet at slik kjennskap ville bidratt til økt åpenhet. På den annen side kan det være slik at mennesker som kjenner noen med psykisk sykdom i større grad

ser de mulige problematiske sidene ved å være åpen om psykisk sykdom, særlig hvis det gjelder andres sykdom.

Mens folks engasjement knyttet til psykisk helse ser ut til å ha økt i perioden fra 2002 til 2007, finner vi ikke tilsvarende økning i viljen til å være åpen om psykiske problemer. Svarene om åpenhet fra 2007 ligger nær opp til svarene vi fikk i 2002.

Holdninger til psykisk syke og psykiske lidelser (kapittel 6)

I undersøkelsen har vi bedt respondentene ta stilling til en lang rekke påstander om psykisk helse, psykisk syke og psykiske lidelser. Deres vurdering av påstandene kan si oss noe om holdningene til ulike temaer innenfor psykisk helse. Vi har analysert grupper av påstander i sammenheng, etter det underliggende temaet i påstandene.

Stigmatiserende holdninger til psykisk syke

Noen av påstandene i spørreundersøkelsen har ganske eksplisitt stigmatiserende innhold. For alle disse påstandene ligger gjennomsnittsskåren relativt lavt, noe som indikerer at folk flest – i hvert fall spurt på den måten vi har gjort – i liten grad legger for dagen stigmatiserende holdninger overfor psykisk syke. Et klart flertall av respondentene er helt eller delvis uenige i formuleringene. Særlig er det få som mener at det å få en psykisk lidelse innebærer at man har mislyktes i livet. Det er dessuten betydelig færre respondenter som synes folk med psykiske problemer er en belastning å være sammen med i 2007 sammenliknet med i 2002. Likeledes er det færre som mener at det er flaut å ha en psykisk sykdom i undersøkelsen fra 2007. For de andre tre påstandene kan vi registrere små endringer i perioden fra 2002 til 2007.

Syn på mulighetene for å bli frisk

Undersøkelsen inneholder noen påstander om mulighetene for å bli frisk av psykisk sykdom. Det er et lite mindretall som mener at det ikke er håp for folk som opplever å bli psykisk syk. Samtidig er det et klart flertall som mener at psykiske problemer på sikt kan gi livet styrke. Alt i alt gir våre data inntrykk av at folk flest ser ganske optimistisk på muligheten for å komme seg etter psykisk sykdom. Optimismen er dessuten mer utbredt i 2007 sammenliknet med i 2002. I 2007 ser respondentene ut til å mene at det er større

muligheter for å bli bedre etter psykisk sykdom, og at det er mulig å komme tilbake til et vanlig liv igjen.

Analysene viser at de fleste respondentene har et ganske realistisk forhold til hva som hjelper folk med psykiske problemer. Det er få som tror at man kan kjøpe seg til bedre psykisk helse. Likevel er det en del mennesker som legger for dagen en tro på ganske lettvinte løsninger på psykiske problemer. Omtrent en av fire er for eksempel helt eller delvis enige i at det å kontrollere følelsene eller unngå vonde tanker hjelper mot psykiske problemer.

Oppslutning om satsingen på hjelpetilbudet til psykisk syke

Resultatene av analysene tyder på at det er ganske stor oppslutning om økt offentlig satsing på psykisk helsearbeid. Et stort flertall av respondentene er helt eller delvis uenig i påstandene om at hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig ressurser på barn og ungdom med psykiske vansker, og at folk bør løse problemene selv. I 2007 er det dessuten betydelig færre som mener at folk bør ordne opp i problemene på egen hånd.

I undersøkelsen ba vi folk ta stilling til behovet for å bedre den psykiske helsen, i befolkningen generelt, for folk som står en nær, og for egen del. Et klart flertall mener at det er svært eller ganske stort behov for å bedre den psykiske helsen i befolkningen. Det er også et flertall som svarer at det er behov for å bedre den psykiske helsen for folk som står nær, mens noen færre føler behov for slik bedring for seg selv. En sammenlikning av resultatene for 2002 og 2007 viser at det er færre som synes det er stort behov for hjelp i befolkningen generelt, mens flere ønsker hjelp for seg selv i 2007 enn i 2002.

Folk er ganske optimistiske når det gjelder egen mulighet for å bidra til å bedre den psykiske helsen. Særlig mener respondentene at det er gode muligheter for å bedre egen psykiske helse, og folk har noe større tro på at dette er mulig i 2007 sammenliknet med i 2002.

Ulike holdninger i ulike deler av befolkningen?

Hvis vi ser de multivariate analysene i sammenheng, finner vi klare mønstre i sammenhengen mellom kjennetegn ved den enkelte og holdninger til psykisk syke og psykisk sykdom. For det første er det jevnt over forskjeller mellom kvinners og menns holdninger: i

snitt er **kvinner** mindre stigmatiserende i sine holdninger, de har mindre tro på lettvinde løsninger på psykiske problemer, og de er mer positive til å bygge ut hjelpetilbudet til psykisk syke.

Også **alder** er viktig for å forstå holdninger: folk over 60 år legger generelt for dagen mer stigmatiserende holdninger.

Utdanning og **inntekt** slår ganske likt ut i forhold til folks holdninger. Mennesker med utdanning på universitetsnivå, og mennesker med relativt høy inntekt, er mindre stigmatiserende i sine holdninger til folk med psykiske problemer. Folk med høy utdanning har dessuten mindre tro på lettvinde løsninger, mens det først og fremst er inntekt som virker inn på ønsket om økt tjenestetilbud til psykisk syke. Folk med høyere inntekter synes å være mest positive til ytterligere utbygging av et slikt tilbud.

De systematiske utslagene av høy utdanning og inntekt kan indikere at budskapene i informasjonskampanjene faktisk oppfattes annerledes og mer nyansert i høystatusgruppene enn i andre grupper.

Yrkessektor slår mindre ut i forhold til holdninger, med unntak av at dem som arbeider innenfor håndverk, transport og produksjon legger for dagen mer stigmatiserende holdninger enn folk som arbeider innenfor andre yrker. Innenfor denne gruppen finner vi også flest som mener at folk bør løse sine psykiske problemer selv. Mennesker som jobber innenfor helse- og velferdsyrker sier i større grad enn mennesker i andre yrker at de har tilstrekkelig kunnskap om psykiske helse, at de er engasjert i spørsmål knyttet til dette temaet, og at de vil være åpne om eventuelle psykiske problemer.

Bostedsregion har liten betydning for holdninger. Det er små forskjeller i holdninger til psykiske problemer og psykisk sykdom i ulike deler av landet.

Kjennskap til noen som er psykisk syk bidrar til mindre stigmatiserende holdninger. Men kjennskap ser ikke ut til å ha stor betydning for synet på nytten av lettvinde løsninger eller for ønsket om å satse mer på tilbudet til folk med psykiske problemer.

Endringer i holdninger fra 2002 til 2007?

Analysene av forskjellene i holdninger fra 2002 til 2007 viser at det har skjedd visse endringer i folks holdninger i perioden. I 2007 finner vi en noe mindre tendens til stigmatiserende holdninger til psykisk sykdom og psykisk syke sammenliknet med i 2002. Samtidig ser det ut til å være større tiltro til de ganske enkle løsningene på psykiske problemer i 2007 enn fem år tidligere. Det er klart færre som mener man bør løse problemene selv hvis man får psykiske problemer i 2007, men det er små endringer i svarene på påstandene om at problemene knyttet til psykisk helse er overdrevet og at hjelpeapparatet bruker nok ressurser på barn og unge med psykiske problemer. Det er med andre ord ingen entydige tegn på større aksept for å bygge ut hjelpetilbudet til psykisk syke i 2007 sammenliknet med i 2002.

Konklusjoner

Med utgangspunkt i de analysene som er gjort i rapporten, vil vi gi relativt kortfattede svar på spørsmålene som ble stilt innledningsvis.

Informasjon og kunnskap

Hvordan er befolkningens kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser? Har kunnskapene endret seg i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode?

Det synes å være en udekket etterspørsel etter kunnskap om psykisk helse i befolkningen. Nesten halvparten av respondentene synes at de ikke har tilstrekkelig kunnskap om temaet. Et flertall mener at de ikke vet nok om hvordan psykiske problemer og lidelser kan forebygges. Samtidig er meningene delte om hvor lett det er å få tak i informasjon. De som selv kjenner noen som er eller har vært syk etterspør mest informasjon. Disse er gjennomgående relativt tilfreds med den informasjonen de finner.

På bakgrunn av at informasjonen fra myndighetene de senere årene har dreid bort fra fokus på alvorligere psykiske lidelser, til en sterkere vektlegging av lettere problemer, forventet vi at de lettere tilstandene står mer sentralt også i folks bevissthet. Våre data kan tyde på en slik forsiktig dreining, men vi kan ikke trekke klare konklusjoner om dette.

Hvilke informasjonskilder oppleves som viktige for å få kunnskaper om dette feltet?

Det er en klar tendens til at internett blir en stadig viktigere informasjonskanal også om psykisk helse. Internett ser ut til å fortrenge de fleste andre kanaler. Særlig er det en nedgang i folk som søker informasjon hos helsepersonell. Vi hadde forventet at brukerorganisasjonene og deres kontakt- og hjelpetelefoner ville blitt en viktigere kilde for informasjon, men vi kan ikke spore en slik endring i våre data.

Hvilke forhold ser ut til å påvirke eller forklare folks informasjon og kunnskaper?

Alder har betydning for tilgangen på informasjon. De yngste synes det er lettere å finne informasjon enn eldre. Folk med høyere utdanning og folk som jobber innenfor helse- og velferdsfeltet er tryggere på at de har nok kunnskap om ulike sider ved psykisk helse.

Engasjement og åpenhet

Hvordan er befolkningens ønsker om engasjement og åpenhet i forhold til spørsmål om psykiske problemer og lidelser?

Nærhet er viktig både for engasjement og åpenhet. Folk er mest engasjert i den psykiske helsen til folk som står dem nær. Et klart flertall i befolkningen sier de vil engasjere seg hvis en av deres nærmeste får psykiske problemer eller sykdommer.

De aller fleste oppgir at de vil ønske å være åpne om egen eller nærståendes eventuelle psykiske problemer. Viljen til åpenhet øker med nærheten til dem man åpner seg for.

Har engasjementet og åpenheten øket i løpet av opptrappingsperioden?

Det synes å være en klar økning i folks engasjement i forhold til psykisk helse i perioden fra 2002 til 2007. Vi finner imidlertid ikke den samme økningen når det gjelder åpenhet.

Hvilke trekk ved den enkelte påvirker ønsket om engasjement og åpenhet?

Kjønn betyr en god del når det gjelder både engasjement og åpenhet: kvinner ønsker å være både mer engasjert og åpne enn menn. Alder betyr lite for engasjementet, men yngre folk (under 30 år) ønsker i mindre grad å være åpne om egen og andres psykiske helse enn folk over 30. Inntekt slår ut på en liknende måte: folk som tjener relativt lite vil i mindre grad være åpne. Utdanning har imidlertid mindre betydning for engasjement og åpenhet.

Mennesker som arbeider innenfor helse- og velferdsyrkene viser et høyere engasjement for psykisk helse enn folk i andre yrker. Det å kjenne en som er eller har vært syk øker også engasjementet, men ikke åpenheten knyttet til psykiske helseproblemer blant de nærmeste.

Holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser

Hvilke holdninger til psykisk syke og psykiske lidelser eksisterer i befolkningen?

Generelt ser folk ut til å være lite stigmatiserende i sine holdninger til psykisk syke, slik det er målt i denne undersøkelsen. De fleste mener dessuten at det er gode muligheter til å bli frisk og få et godt liv igjen hvis man har hatt psykiske problemer. Folk flest ser ut til å ha et ganske realistisk forhold til hva som kan hjelpe en som har psykiske problemer. Det er imidlertid et mindretall som legger for dagen en tro på at relativt lettvinne løsninger vil være en god hjelp.

Vår undersøkelse tyder også på at de fleste har forståelse for behovet for å bygge ut tjenestene for mennesker med psykiske problemer og lidelser. Et klart flertall mener det er et stort behov for å bedre den psykiske helsen i befolkningen, og det er ganske få som mener folk bør løse problemene sine selv.

Folk er også stort sett optimistiske når det gjelder egen mulighet til å bedre den psykiske helsen, både for folk som står en nær og for seg selv.

Har befolkningens holdninger endret seg i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode?

Det har skjedd visse positive endringer i folks holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom i perioden fra 2002 til 2007. Vi finner generelt en mindre tendens til stigmatiserende holdninger i

2007. For eksempel ser vi en reduksjon i andelen mennesker som mener det er flaut å ha en psykisk sykdom. Det synes også å være større optimisme knyttet til mulighetene for å bli frisk i 2007 sammenliknet med i 2002, men samtidig øker tiltroen til ganske enkle løsninger på psykiske problemer.

Det er færre som mener at folk bør løse problemene sine selv i 2007 enn i 2002, noe som – med en viss forsiktighet – kan tolkes som et tegn på økt aksept for at det offentlige bygger ut tjenestetilbudet til folk med psykiske problemer.

Hvilke forhold ser ut til å påvirke eller forklare folks holdninger til psykiske problemer og lidelser?

Kjønn er en viktig variabel for å forstå folks holdninger. Kvinner er gjennomgående mindre stigmatiserende, har mindre tro på lettvinte løsninger, og er mer positive til offentlig hjelp. Også alder har betydning: eldre folk er mer stigmatiserende og støtter i mindre grad opp om utbyggingen av tjenestene.

De tradisjonelle statusvariablene utdanning og inntekt ser også ut til å være av betydning. Folk med høy utdanning og folk med høy inntekt har mindre stigmatiserende holdninger og har mindre tro på lettvinte løsninger på psykiske problemer.

Yrke slår mindre ut, bortsett fra at folk som arbeider innenfor håndverk, transport og produksjon synes å ha mer stigmatiserende holdninger, og mener i større grad at folk skal løse problemene sine selv.

Det å kjenne noen som er syke har først og fremst betydning for tendensen til stigmatisering: slik kjennskap reduserer tendensene til stigmatiserende holdninger.

Utfordringer og anbefalinger

På bakgrunn av svarene på spørsmålene vi stilte innledningsvis, er det mulig å se noen utfordringer som myndighetene står overfor i kommunikasjonen med befolkningen når det gjelder psykisk helse. Her trekker vi frem noe av disse utfordringene, og kommer også med noen forsøksvise anbefalinger for det videre arbeidet på dette området.

Det er fortsatt ganske markante forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder kunnskap og holdninger knyttet til psykisk helse. Kvinnene fremstår som bedre informert, mer engasjert, mer åpne og også mer forståelsesfulle og realistiske i sine holdninger. Det ser derfor ut til å være en utfordring å nå frem til menn med informasjon om psykisk helse og psykisk lidelser.

Aldersgruppen over 60 år synes også vanskeligere å nå med informasjon om psykisk helse. Denne gruppen har gjennomgående mer negative holdninger til psykisk syke, og mindre forståelse for hva som skal til for å hjelpe folk med psykiske problemer. De eldre har også stort sett vanskeligere for å skaffe seg informasjon om temaet. Myndighetene bør se nærmere på hvordan eldre innbyggere kan nås med informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser.

De yngste i vår undersøkelse fremstår som minst åpne om psykiske problemer. Det kan være mange grunner til at unge voksne synes det er vanskeligere med åpenhet rundt slike tilstander enn eldre gjør. Myndighetene kan vurdere om en bør skaffe seg mer informasjon om hvorfor åpenhet om psykisk helse oppleves som vanskelig for mange unge voksne.

Statusvariablene utdanning og inntekt gir stort sett ganske betydelige utslag, både på tilgangen på informasjon og på holdningene til folk med psykiske problemer og lidelser. Disse ”statusbaserte” forskjellene kan være en indikasjon på at myndighetenes budskap knyttet til psykisk helse når ulikt ut til ulike grupper. Det kan være grunn til å anta at noen typer informasjon vil kunne tolkes forskjellig av forskjellige grupper mennesker. Det vil derfor være en stadig utfordring for sentrale myndigheter å sikre at informasjonen når ut til og er tilpasset alle grupper i befolkningen.

Hvilken sektor mennesker jobber innenfor har også en viss betydning for informasjon, kunnskap og holdninger. Først og fremst ser vi at folk som arbeider innenfor håndverk, transport og produksjon har avvikende holdninger fra folk i andre yrker. Det kan være grunn til å se nærmere på hvorfor det synes å være mer negative holdninger til psykiske problemer og lidelser blant de som jobber i disse yrkene, og om det er mulig å utforme informasjon som bedre treffer disse menneskene.

Analysene i rapporten kan tyde på at folk i noen grad har oppfanget budskapet om at det er mulig å få hjelp for psykiske problemer, og at det er mulig å komme seg etter psykisk sykdom. Samtidig synes det også å være deler av befolkningen som tror at det finnes ganske enkle løsninger på psykiske problemer og lidelser. Det fremstår som en utfordring for myndighetene å balansere kommunikasjonen om at ”alle” kan få psykiske problemer, at hjelp nytter og at det er mye den enkelte selv kan gjøre, med bevisstgjøringen om at hjelp ofte vil ta tid og være ressurskrevende.

Resultatene kan tyde på at internett ”spiser av” alle andre informasjonskilder. Spesielt er det en stor reduksjon i antall respondenter som sier de søker informasjon om temaer knyttet til psykisk helse hos ulike deler av helsevesenet. Myndighetene bør se nærmere på hvilke implikasjoner det kan ha at folk søker informasjon om psykiske problemer og lidelser på internett snarere enn hos helsepersonell.

Summary

Trine Monica Myrvold

Mental health and psychiatric disorders.

Openness, knowledge and attitudes

NIBR Report: 2008:16

The National Action Programme on Mental Health running from 1999 to 2008 is a comprehensive plan intended to strengthen and develop services for people suffering from mental problems. The Action Programme is now in its final year, and this report presents the results of one of several research projects monitoring the programme.

The report analyzes openness, knowledge and attitudes in the population when it comes to mental health and psychiatric disorders. Three groups of questions are addressed:

1. What characterizes people's knowledge about mental health and psychiatric disorders? From where do they get information on the issue? Has knowledge changed within the time period of the Action Programme? What factors influence knowledge and information?
2. Are people concerned about issues concerning mental health? Would they want to be open about it, if they or someone in their family get mental problems? Has commitment and openness increased over the past five years? What factors influence commitment and openness?
3. What characterizes people's attitudes towards mental problems and psychiatric disorders? Have attitudes changed? What factors influence attitudes?

One of the main aims of the project has been to analyze possible changes in knowledge, openness and attitudes in the course of the

Action Programme on Mental Health. Even if the report not constitutes a direct monitoring of any single information initiative related to the Action Programme, the analyses are directed to seeing whether elements in the Programme's information strategy are reflected in people's knowledge, openness and attitudes.

The report accounts from findings from two rounds of telephone interviews to a representative sample of 2000 of the Norwegian population. Almost identical surveys were conducted in 2002 and 2007.

Information and knowledge

Our data indicate that the demand for information about mental health issues is not fully met in Norway. Almost 50 per cent of the survey respondents find their knowledge insufficient. A majority would like to know more about how mental problems and disorders may be prevented. Whereas some respondents find it relatively easy to obtain information about mental health issues, do other respondents find it more difficult. Those who know someone who are or have been mentally ill, demand more information than those who do not have such acquaintances. They are also generally satisfied with the information they find.

Internet is becoming an ever more important source of getting information about mental health issues. Internet appears, however, to replace most other sources of information. Particularly, fewer people would seek information in different parts of the health sector.

Given the Government's strengthening of the mental health client organizations, we expected these organizations and their helplines to be a more important source of information about mental problems, but our data do not indicate such a development.

Of the individual characteristics, age stand out as an important predictor in people's access to information. The youngest respondents find it easiest to access information about mental health problems. Higher educated people and people working within the health and welfare services are more confident than others that they possess sufficient knowledge about mental health issues.

The information provided by the Government has the past few years shifted from a focus on severe psychiatric disorders to emphasizing milder problems. Hence, we expected that milder mental problems would be more present in people's understanding of issues pertaining to mental health. Our survey indicates a certain shift of focus in the expected direction, but we can not draw reliable conclusions on this matter.

Commitment and openness

Closeness is important for people's commitment and openness when it comes to mental problems. People are most concerned about the mental health of close friends and family. A clear majority of the survey respondents agree that they would be involved if one of their nearest friends or relatives was to have mental problems. Most of them would also be open in case of own or close people's mental problems. Whereas most people would want to tell the family about mental problems, less are willing to be open about such problems towards friends, and even fewer towards colleagues. There is a clear trend towards increased commitment from 2002 to 2007, but we do not find such an increase in the will to be open about mental problems.

Gender is important in explaining commitment and openness: compared to men women want to be both more committed and more open when it comes to mental problems. Age is of minor importance, except for people under 30 years being less willing to be open about own or friends' mental problems. Income shows the same pattern: people with a low income desire less openness than people with higher income. Education seems less important when it comes to involvement in mental health problems.

People working within the health and welfare services are more involved in issues pertaining to mental health than people in other occupations. To know someone who is or has been mentally ill does also increase commitment. Such knowledge also increases the inclination to be open to the family about mental problems, but does not increase the openness towards friends and colleagues. One possible explanation of this may be that people knowing someone with mental problems more easily than others see the possible problematic aspects of being open, especially when it comes to openness about other people's illness.

Attitudes towards mental health and psychiatric disorders

Generally, Norwegians seem not to stigmatize people with mental problems, at least when they are asked about their attitudes in a survey. Moreover, most people think that there are good possibilities of recovering from mental problems. A majority of the respondents seems to have a rather realistic picture of what may be of help for a person with mental problems. Some people tend, however, to believe that relatively flimsy methods may be of good help in cases of mental problems and illnesses.

Our survey indicates that most people understand the need for developing the services for people with mental problems and illnesses. A clear majority sees the importance of the Government working for improved mental health in the Norwegian population, and only very few mean that people should solve their own problems. From 2002 to 2007 there has been a reduction in the proportion of respondents answering that people should solve the problems themselves. This may indicate increased popular accept for improved public services for mentally ill.

The attitudes towards mental health issues and mental illness seem to have developed in a positive direction from 2002 to 2007. Generally, people expose less stigmatizing attitudes in 2007. There is, for instance, a reduction in the proportion of respondents answering that having mental problems is embarrassing. Moreover, more people seem to be rather optimistic when it comes to possibilities of recovering from mental illness in 2007 compared to five years earlier. In the same period, however, the belief in somewhat flimsy solutions to mental problems increases.

Gender is an important predictor of people's attitudes towards mental health issues. Women are generally less stigmatizing, they believe less in easy solutions to problems, and they are more positive to public service provision to people with mental problems. Age is also important: older people reveal more stigmatizing attitudes, and are less willing to develop public services for mentally ill.

The traditional status variables, like education and income, are of great significance in explaining attitudes. People holding a university degree, and people with higher incomes, appear to be

less stigmatizing in their attitudes, and do to a lesser degree believe that mental problems and illnesses can be cured by easy measures.

Occupation seems less important, with one exception: people working within transportation, industrial production and crafts seem to be more stigmatizing, and to a greater extent than others they support the view that people with mental problems ought to solve their problems for themselves.

1 Innledning

1.1 Tema for rapporten

Denne rapporten handler om nordmenns kunnskaper om og holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser. Rapporten er gjennomført som en del av evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Opptrappingsplanen, iverksatt fra 1999, er en tiårig satsing på å omforme og bygge opp tjenestene for folk med psykiske problemer og lidelser. St meld nr 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet* konstaterte at ”Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personellet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud.” I St. prp. 63 (1997-98) slo regjeringen fast at Opptrappingsplanens mål er ”å legge grunnlaget for en utbedring av bristene som forekommer i alle ledd i behandlingsskjeden. (...) Opptrappingsplanen legger opp til en styrking av alle ledd i tiltaksskjeden. Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingssnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus. ”

Styrking av brukerrettede tiltak og informasjon nevnes som et viktig tiltaksområde i Opptrappingsplanen. Dette innbefatter både styrking av brukerorganisasjonene, sikring av brukermedvirkning på ulike nivåer og etablering av hjelpetelefoner, i tillegg til mer tradisjonelt informasjonsarbeid. Opptrappingsplanen fremhever at ” Informasjonsspredning om hva det innebærer å ha en psykisk lidelse er viktig i arbeidet med å gjøre psykiske lidelser mindre tabubelagt. Arbeidet med informasjonsspredning er viktig for å alminneliggjøre og øke kunnskap i befolkningen om psykiske lidelser” (St. prp. 63 (1997-98)).

Problemstillingene som belyses i rapporten er knyttet til befolkningens kunnskaper om og holdninger til psykisk helse og

psykiske lidelser. For både kunnskaper og holdninger er vi interessert i å se utviklingen over tid: er kunnskapene og holdningene endret i løpet av opptrappingsplanperioden? Problemstillingene kan deles i tre hovedgrupper av spørsmål:

1. Hvordan er befolkningens kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser? Hvilke informasjonskilder oppleves som viktige for å få kunnskaper om dette feltet? Har kunnskapene endret seg i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode? Hvilke forhold ser ut til å påvirke eller forklare folks kunnskaper?
2. Hvordan er befolkningens ønsker om engasjement og åpenhet i forhold til spørsmål om psykiske problemer og lidelser? Har engasjementet og åpenheten økt i løpet av opptrappingsperioden? Hvilke trekk ved den enkelte påvirker ønsket om engasjement og åpenhet?
3. Hvilke holdninger til psykisk syke og psykiske lidelser eksisterer i befolkningen? Har befolkningens holdninger endret seg i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode? Hvilke forhold ser ut til å påvirke eller forklare folks holdninger til psykiske problemer og lidelser?

Selv om rapporten ikke er en evaluering av enkelttiltak innenfor informasjonsarbeidet knyttet til Opptrappingsplanen, vil vi for alle disse tre gruppene av spørsmål drøfte hvorvidt det er mulig å spore virkninger av hovedsatsingene i informasjonstiltakene. I neste avsnitt og i kapittel 3 kommer vi nærmere inn på prosjektets muligheter for å si noe sikkert om effekten av disse tiltakene.

1.2 Rapportens disposisjon

I kapittel 2 redegjør vi for informasjonsarbeidet knyttet til Opptrappingsplanen for psykisk helse. Ved hjelp av enkel programteori skisserer vi også hvordan informasjonen kan tenkes å påvirke folks holdninger og kunnskaper.

Kapittel 3 omhandler datamaterialet som benyttes i analysene, og de metodiske grepene som er tatt for å belyse problemstillingene i rapporten.

Kapittel 4 fokuserer på befolkningens kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser, og på hvor folk henter informasjon om dette temaet. Vi ser også på utviklingen fra 2002 til 2007. Til slutt i kapitlet benytter vi multivariat analyse for å undersøke om det eksisterer sammenhenger mellom individuelle kjennetegn og kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser.

Kapittel 5 dreier seg om åpenhet og engasjement rundt psykisk helse. Hva kan forklare folks engasjement og åpenhet? Har ønsket om engasjement og åpenhet endret seg i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode? Kan kjennetegn ved den enkelte forklare tendensen til engasjement og åpenhet?

I kapittel 6 ser vi nærmere på holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom. Er det mulig å spore endringer i holdningene som kan tilbakeføres til Opptrappingsplanens informasjonsstrategi? Kapitlet inneholder også multivariate analyser av mulige sammenhenger mellom kjennetegn ved det enkelte individ og holdningene til psykisk helse og psykisk sykdom.

Kapittel 7 oppsummerer resultatene fra undersøkelsen. På bakgrunn av funnene antyder vi også noen anbefalinger og utfordringer for myndighetenes videre arbeid med kommunikasjon om temaer knyttet til psykisk helse.

2 Informasjonsarbeidet i Opptrappingsplanen for psykisk helse

2.1 Innledning

Denne rapporten ser på eventuelle endringer i befolkningens kunnskaper om og holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser. Fokuset er særlig på om – og hvordan – myndighetenes informasjonsstrategi kan spores i befolkningens holdninger og kunnskaper. I dette kapitlet ser vi nærmere på informasjon som virkemiddel, og på hvordan innretningen på informasjonsarbeidet kan virke inn på holdningene. Sammenliknet med i 2002, har myndighetenes overordnede, generelle informasjonsstrategi nå fått virke i ytterligere fem år. I tillegg ser vi på innholdet i satsingen etter 2002, og særlig på informasjonen det siste året før vår undersøkelse ble gjennomført i juni 2007.

2.2 Informasjon som virkemiddel

Myndighetene har flere virkemidler til disposisjon i arbeidet for å implementere sin politikk: reguleringer eller juridiske virkemidler, økonomiske virkemidler, fysiske virkemidler, organisatoriske virkemidler og informasjon (Sverdrup 2002:38). Opptrappingsplanen for psykisk helse innebærer at flere av disse virkemidlene tas i bruk. Planen innebærer en omorganisering av tjenestene for psykisk syke, bl.a. med økt ansvar til kommunene, og mindre vekt på heldøgns plasser for psykisk syke. Et eksempel på juridiske virkemidler er lovbestemmelsen om bruk av individuell plan for

alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester. For kommunene betyr Opptappingsplanen at de får tilgang på ganske betydelige midler øremerket til psykisk helsearbeid, og som gjør det mulig å satse sterkere på å bygge ut tjenester rettet mot folk med psykiske problemer og lidelser. Myndighetene har, i forbindelse med Opptappingsplanen, satt i gang et omfattende informasjonsarbeid rettet både mot allmennheten og mot spesifiserte målgrupper. Slik sett kan Opptappingsplanen for psykisk helse sies å være et program for utviklingen av det psykiske helsearbeidet i Norge (Sverdrup 2002:40-). Planen tar i bruk et knippe virkemidler som må sees i sammenheng, da hvert enkelt virkemiddel kan benyttes for å støtte opp om andre virkemidler. Informasjon regnes gjerne som det svakeste av virkemidlene myndighetene kan ta i bruk (Sverdrup 2002:39), men vil være viktig ikke minst for å øke effekten av f.eks. økonomiske og juridiske virkemidler. Selv om vi i denne rapporten har et spesielt fokus på informasjonsstrategien innenfor Opptappingsplanen, vil vi derfor i drøftingen også trekke inn hvordan andre virkemidler enn informasjon kan ha betydning for holdninger og kunnskaper i befolkningen.

2.3 Programteori

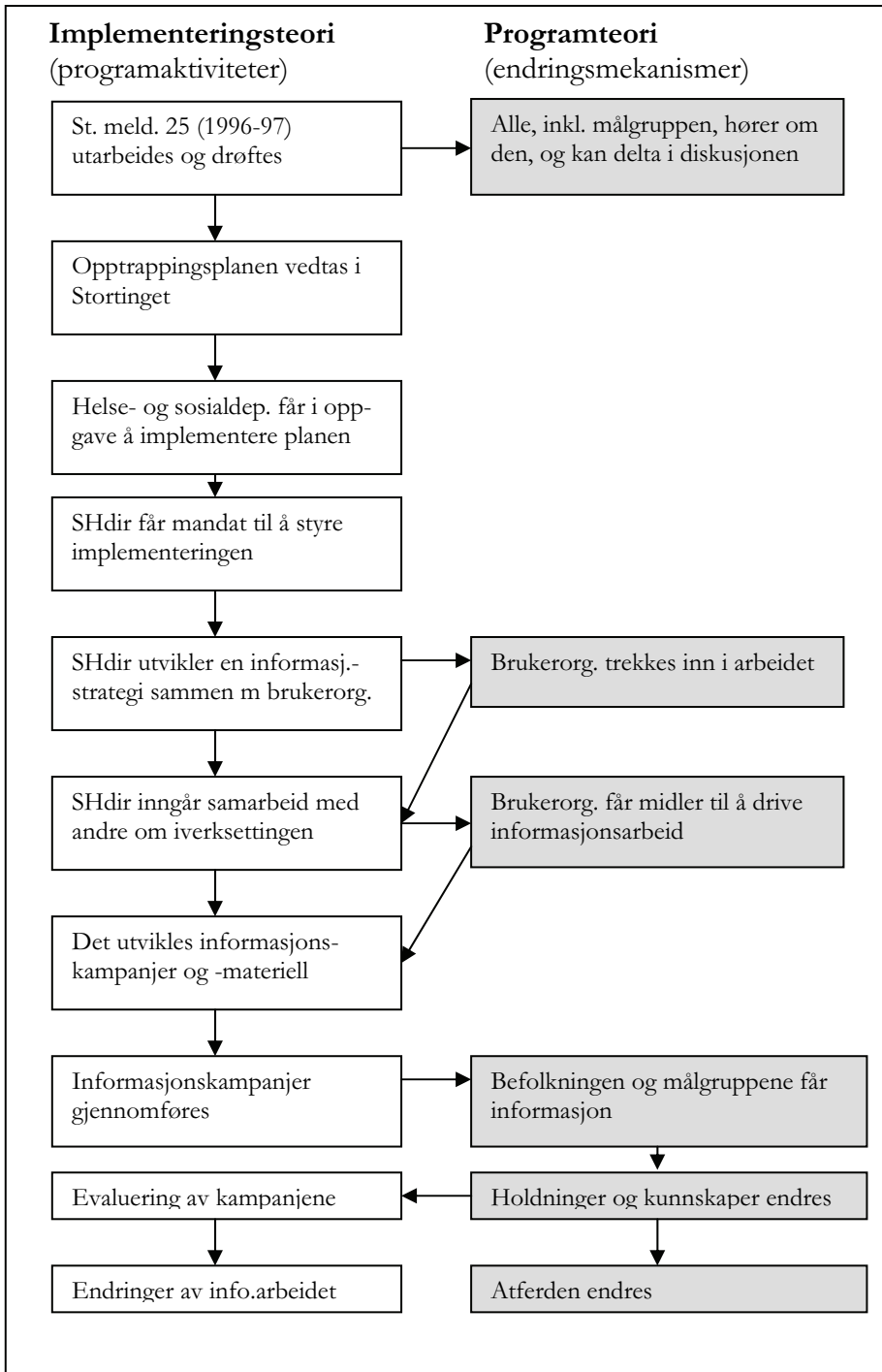
Opptappingsplanen for psykisk helse kan sees som et program, en virkemiddelpakke med en sammensetning av ”folk, organisasjoner, arbeid og penger som samlet skal bidra til å oppnå bestemte mål” (Sverdrup 2002:40-41). Generelt gjelder at programmer implisitt eller eksplisitt tar utgangspunkt i en forestilling om hvordan og hvorfor virkemidlene i programmet vil føre til ønskede endringer. Endringene kan være mer eller mindre klart formulert. Opptappingsplanen for psykisk helse inneholder mange eksplisitte målsettinger for ressursbruk, tjenesteutvikling o.l., men det er ikke formulert spesifikke mål for informasjonsarbeidet (se neste avsnitt for målformuleringer knyttet til informasjonsstrategien).

Myndighetenes forestillinger om hvordan virkemiddelinnsetningen vil føre til de ønskede resultater vil kunne benyttes som et utgangspunkt for evalueringen av programmet. En slik rekonstruksjon av programmet, der evaluator setter opp en mer eller mindre detaljert kjede over de antatte utviklingsstadiene i et program, kalles gjerne ”programteori” (Sverdrup 2002:64). Programteorien synliggjør

hvilke mekanismer som antas å være til stede for at innsatsen – eller ”input” – skal føre til de ønskede resultater – ”output” eller ”outcome”.² Sverdrup (2002:70-) kombinerer programteori og implementeringsteori i det hun kaller ”endringsteori”. Implementeringsteorien dreier seg om hvilke aktiviteter som er iverksatt innenfor programmet, mens programteorien dreier seg om endringsmekanismene som man antar vil komme som resultat av implementeringen av tiltakene. For vårt formål skal vi bare skissere en ganske enkel endringsteori for informasjonsstrategien i Opptappingsplanen for psykisk helse (Figur 2.1).

² Output refererer her til det umiddelbare resultatet, f.eks. endrede holdninger, mens ”outcome” har å gjøre med de mer langsiktige resultater av en gitt strategi, f.eks. bedre levekår for psykisk syke.

Figur 2.1 *Endringsteori: Informasjonsarbeidets implementerings- og programteori*



Undersøkelsen som gjennomføres her må sees som en svært generell evaluering av informasjonsarbeidet knyttet til Opptrappingsplanen for psykisk helse. Vi tar utgangspunkt i målene med informasjonsstrategien og de tiltakene som er gjennomført som en del av denne strategien. På bakgrunn av innholdet i, og målgruppene for, dette arbeidet, danner vi oss noen forventninger om utviklingen i befolkningens holdninger og kunnskaper. Deretter undersøker vi om holdningene og kunnskapene har endret seg i tråd med forventningene.

2.4 Målene med informasjonsarbeidet

Informasjonsarbeidet knyttet til psykisk helse var ganske beskjedent før Opptrappingsplanen for psykisk helse ble iverksatt fra 1999. I 1999 var den økonomiske rammen for informasjon 2 mill. kroner (Sosial- og helsedirektoratet 2003a). I 2002 var rammen økt til 13 mill. kroner.

I forbindelse med Opptrappingsplanen ble det utviklet en egen overordnet informasjonsstrategi ”Noe å snakke om ...?” (Sosial- og helsedepartementet 2001a). Strategien ble utviklet i nært samarbeid med brukerorganisasjoner, og hadde som mål å ”bidra til økt åpenhet og mer kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser. Informasjon om psykisk helse er viktig for å begrense psykiske problemer og lidelser. Samfunnet kan spare store ressurser både menneskelig og økonomisk. For den syke og deres nærmeste vil god informasjon være viktig for å mestre situasjonen” (Sosial- og helsedepartementet 2001b). Strategien legger stor vekt på å formidle kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser, slik at befolkningen generelt og de ulike målgruppene spesielt settes bedre i stand til å mestre egen livssituasjon samt å forstå andres på et mindre fordomsfullt grunnlag: ”Tanken er at ”rett” kunnskap fører til ”rette” holdninger som igjen fører til ”rette” handlinger (Sosial- og helsedirektoratet 2003b:47).

Sosial- og helsedirektoratets (nå: Helsedirektoratets) informasjonsarbeid er kunnskapsbasert, i den forstand at det tar utgangspunkt i anerkjente og utprøvde informasjons- og kommunikasjonsstrategier. Direktoratet har kampanjekompetanse internt i informasjonsavdelingen. Når det gjelder anti-stigmakampanjene bygger direktoratet på internasjonal kunnskap.

Alle større tiltak evalueres fortløpende. Hensikten med evalueringene er ”å sikre måloppnåelse og gi innspill til korrigeringer av satsingen underveis. slik at vi oppnår god kommunikasjon om psykisk helse med befolkningen og de utvalgte målgruppene” (Sosial- og helsedirektoratet 2003a:72).

Informasjonsstrategien knyttet til Opptrappingsplanen for psykisk helse er utformet i nær kontakt med representanter for de største brukerorganisasjonene. Sosial- og helsedirektoratet har etablert en egen informasjonsgruppe der organisasjonene, Rådet for psykisk helse og Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning er representert (Sosial- og helsedirektoratet 2003a:73).

De enkelte tiltakene iverksettes i stor grad gjennom de samme organisasjonene, og i samarbeid med aktuelle aktører som kommuner, andre statlige etater, arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner og spesialisthelsetjenesten.

Hovedbudskapene i den overordnede informasjonsstrategien (Helse- og omsorgsdepartementet 2001a) er at:

- hver enkelt kan gjøre mye for å bidra til at egne eller andres nedturen blir mindre traumatiske
- det er hjelp å få
- alle fortjener samme respekt og oppmerksomhet
- det er viktig å fokusere på egne ressurser for å finne løsninger
- mange psykisk syke er ressurssterke mennesker, og det er viktig å ha et nyansert syn på personer som har psykisk sykdom

Departementet skiller mellom informasjonsprosjekter og -tiltak rettet mot allmennheten, og tilsvarende rette mot personer som er psykisk syke.

Den overordnede informasjonsstrategien, som gradvis er blitt implementert i årene etter 2000, satser spesielt på informasjon og kommunikasjon i forhold til tre hovedgrupper (Helse- og omsorgsdepartementet 2001a):

- Barn og unge og deres nettverk

- Arbeidstakere og arbeidsgivere
- Brukere og tjenesteytere

Overfor disse tre gruppene er det utarbeidet delstrategier og utviklet og iverksatt en rekke informasjonstiltak. Vi ser litt nærmere på disse tiltakene senere i kapitlet.

I tillegg til disse målgruppene, retter en mindre del av innsatsen seg mot hele befolkningen. Tiltakene rettet mot allmennheten dreier seg om følgende

- å bygge opp og benytte et nettverk av personer som er opptatt av å kommunisere om psykisk helse
- å bruke mediene for å nå fram med informasjon om psykisk helse
- å samarbeide med andre aktører for å stimulere til informasjons- og kommunikasjonstiltak som fremmer den psykiske helsen i arbeidslivet
- å samarbeide med ulike aktører som er i dialog med barn og unge for å tilpasse tiltak som når fram til denne gruppen

Verdensdagene for psykisk helse, som markeres i dagene rundt 10. oktober hvert år, pekes ut som ”Den årlige stortromma”, et samletiltak for å nå alle målgruppene i kommunikasjonssatsingen. For øvrig består informasjonssatsingen av undervisningsopplegg, kampanjer, mediepåvirkning og konferanser (Sosial- og helsedirektoratet 2003a:5).

2.5 Informasjonsstrategier etter 2002

2.5.1 Planene for informasjonstiltak 2002 - 2008

Etter at Sosial- og helsedirektoratet (fra april 2008: Helsedirektoratet) ble opprettet i januar 2002, har direktoratet hatt det direkte ansvaret for informasjonsarbeidet når det gjelder psykisk helse. I 2003 ble det gjort opp status for implementeringen av Opptrappingsplanen til og med 2002 (Sosial- og helsedirektoratet 2003a:

73). Samtidig ble det lagt frem en rapport med forslag til tiltak for resten av planens virkeperiode (Sosial- og helsedirektoratet 2003b).

Statusrapporten fra 2003 sier lite om hvor langt en er kommet i arbeidet med å nå målene for informasjonsstrategien. I Sosial- og helsedirektoratets rapport som legger rammene for tiltakene i siste del av opptrappingsperioden, erkjennes det at det ”ikke er noen enkel og lineær sammenheng mellom kunnskap og handlinger eller mellom holdninger og handlinger” (Sosial- og helsedirektoratet 2003b:47). Informasjon må kombineres med andre virkemidler, som endringer i nærmiljøet, i organisasjoner og på arbeidsplasser (Sverdrup og Bratt 2003). Direktoratets rapport slår fast at informasjonsarbeidet i siste del av Opptrappingsplanens virkeperiode må sees i nærmere sammenheng med de andre virkemidlene i planen.

I denne rapporten er fokuset på endringer i folks holdninger og kunnskaper etter at den forrige undersøkelsen ble foretatt i 2002 (Sverdrup og Bratt 2003). Vi vil her gi en kort gjennomgang av profilen på informasjons- og kommunikasjonstiltakene i perioden 2003-2007. Selv om informasjonsarbeidet kan gi langsiktige virkninger på holdninger og kunnskap, mener vi det er hensiktsmessig særlig å gjøre rede for informasjonstiltak og -prosjekter gjennomført siste året før vår undersøkelse ble gjennomført i juni 2007.

Strategien etter 2002 viderefører mange av tiltakene fra perioden 2000 – 2002. Sosial- og helsedirektoratet (2003b) trekker opp linjene i forhold til de fire gruppene nevnt ovenfor: befolkningen generelt, brukere og tjenester, barn/unge og deres nettverk og arbeidslivet.

Informasjonstiltak rettet mot hele befolkningen

Markeringen av Verdensdagen for psykisk helse 10. oktober hvert år har som mål å nå bredt ut til befolkningen om temaer knyttet til psykisk helse. Verdensdagen markeres over hele landet, ved hjelp av et opparbeidet nett av ressurspersoner i fylkene. Arrangementene og aktivitetene knyttet til Verdensdagen benyttes for å støtte opp om alle de andre satsingene i informasjonsstrategien.

En annen type tiltak rettet mot brede grupper i befolkningen, samt myndigheter og tjenesteytere på ulike nivåer, er konferanser og mediekommunikasjon knyttet til temaer innenfor psykisk helse.

Frem til 2003 var mediekommunikasjon og informasjon om Opptrappingsplanens innhold og satsinger ikke prioritert. I rapporten fra 2003 ble det lagt vekt på tiltak som markedsfører Opptrappingsplanen i større grad. Dette gjøres i form av en årlig konferanse knyttet til psykisk helse og Opptrappingsplanen, samt en aktiv mediekommunikasjon av alle planens områder, bl.a. ved debatt deltakelse og annen synliggjøring.

Informasjonstiltak rettet mot brukere og tjenester

Opptrappingsplanen har lagt stor vekt på samarbeid med bruker- og opplysningsorganisasjoner innenfor psykisk helsefeltet. Informasjonsstrategien har hatt som mål å bygge opp kompetanse i informasjons- og kommunikasjonsarbeid hos brukere, pårørende og tjenesteapparatet. Hensikten er at aktørene kan formidle kunnskap, erfaringer og behov både til tjenestene og utad i befolkningen (Sosial- og helsedirektoratet 2003b:48). I 2002 startet arbeidet med å utvikle maler, modeller og verktøy for kommunikasjon som kan tas i bruk av kommuner, DPSer, foretak og organisasjoner.

Til tross for at det i 2003 ble lagt opp til en klarere kommunikasjonsstrategi om innholdet i Opptrappingsplanen, konstaterte Sosial- og helsedirektoratet i 2005 at den overordnede informasjonsstrategien ikke i tilstrekkelig grad hadde gitt økt kunnskap om Opptrappingsplanens mål, virkemidler, tiltak og resultater (Sosial- og helsedirektoratet 2005). En undersøkelse gjennomført i mai-juni 2004 viste en klar mangel på informasjon og kunnskap om Opptrappingsplanen i deler av tjenesteapparatet, spesielt blant fastlegene og blant privatpraktiserende psykologer og psykiatere (TNS Gallup 2004).

Undersøkelsen påviste også manglende kunnskap om tjenestetilbudet innen psykisk helse og om pasientrettigheter for psykisk syke. Kommunikasjonsarbeidet for perioden 2005-2008 har som formål å møte disse behovene for informasjon både blant tjenesteytere, og blant syke og deres pårørende.

I Sosial- og helsedirektoratets ”Kravspesifikasjon” datert 16.12.05 knyttet til prosjekt Kommunikasjonstiltak innenfor Opptrappingsplanen legges premissene for tiltakene i perioden 2005-2008 (Sosial- og helsedirektoratet 2005). I dokumentet formuleres hensikten med kommunikasjonstiltakene slik:

Kommunikasjonstiltakene skal forsterke Opptrappingsplanens mål, virkemidler, tiltak og resultater, avhjelpe samspillsproblemer, bidra til helhetlig behandlingsforløp og bedre kunnskap om tjenestene.

Informasjonstiltak rettet mot barn, unge og deres nettverk

Informasjonsarbeidet knyttet til barn og unge er gjennomført i samarbeid med (det som tidligere het) Utdannings- og forskningsdepartementet (v/Læringscenteret), Barne- og familiedepartementet og bruker- og opplysningsorganisasjoner. Flere av disse prosjektene var ikke etablert i perioden før 2003. Strategien la opprinnelig primært opp til å nå ungdom fra 8. klasse, men er senere endret til også å rette seg mot yngre grupper både i skole og barnehage. Tiltakene omfatter både informasjons- og undervisningsopplegg rettet direkte mot barna og ungdommene, og tilbud til ansatte som arbeider med disse gruppene.

Et konkret tiltak iverksatt overfor barn og unge er brosjyren ”Psyisk helse i skolen 2004-2008”, som ble sendt til alle norske ungdoms- og videregående skoler i 2004. Brosjyren informerer om fem ulike opplæringsprogrammer rettet mot elever fra 8. klasse. Senere er brosjyren oppdatert, og den dekker nå også programmer rettet mot elever på barneskoletrinnet.

Styrkingen av informasjonsarbeidet knyttet til barn og unges psykiske helse har kommet samtidig med et klarere fokus på barn og unge i Opptrappingsplanen. Mens barn og unge ikke ble spesielt prioritert de første årene av planen, ble det fra 2003 satt som en betingelse for utbetaling av øremerkede midler til kommunene at 20 prosent av pengene skulle gå til arbeid rettet mot barn og unge.

Informasjonstiltak rettet mot arbeidslivet

Informasjonstiltakene rettet mot arbeidslivet ble vedtatt i 2001. Rådet for psykisk helse fikk i oppdrag å utarbeide tiltak i et bredt samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet, Arbeids- og administrasjonsdepartementet og en rekke organisasjoner: NHO, LO, Arbeidstilsynet, KS og Mental Helse. Tiltakene omfatter Det nytter-hefte, Nettbank med oversikt over gode tiltak i arbeidslivet, idé- og læringstorg, arbeidslivskonferanser og en såkalt ”jobb for livet”-stafett.

2.5.2 Informasjonsarbeidet 2006 – 2007

I 2005 ble det satt i gang et informasjonsarbeid med særlig fokus på kommunikasjonen rettet mot tjenesteapparatet. Et sentralt mål med arbeidet er økt ”kunnskap om psykisk helse, psykiske lidelser, hjelpetilbud og rettigheter i tjenesteapparatet og i befolkningen” (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Det ble etablert nye informasjonskanaler, blant annet nett- og nyhetsbrev/magasin rettet mot tjenesteapparatet. I 2006 og 2007 ble det gjennomført to turneer med konferanser i alle landets fylker.

Også informasjon knyttet til barn og unges psykiske helse stod høyt på dagsorden i 2006-2007. Høsten 2006 sendte Sosial- og helsedirektoratet ut informasjonsmateriell om barns psykiske helse til barnehagene: ”Se meg i barnehagen”. Undersøkelser gjennomført av Opinion på oppdrag fra direktoratet viste at et nesten alle barnehagene husket å ha mottatt materialet, og at opplegget ble godt mottatt av de som hadde tatt det i bruk (Opinion 2006a).

Samme høst ble det også distribuert informasjonsmateriell til skolene: ”Se meg på skolen”. I likhet med materialet til barnehagene ble det skolerettede opplegget tatt godt i mot av de skolene som hadde benyttet materialet (Opinion 2006b).

Sosial- og helsedirektoratet kom i denne perioden også med informasjon om kommunenes arbeid og ansvar knyttet til psykisk helsearbeid. I desember 2005 ga Sosial- og helsedirektoratet ut en ny veileder i psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Informasjonsarbeidet knyttet til denne veilederen ble i stor grad gjennomført våren 2006. Informasjonen er rettet mot kommunenes politiske og administrative ledelse, ledelse innenfor helseområdet (helsesjefer/ kommuneleger, psykiatrikoordinatorer, ledende sosionomer) samt helsepersonell i kommunene (allmennleger, psykiatrispesialister, psykologer).

I mars 2007 kom det en ny veileder for psykisk helsearbeid blant barn og unge. Direktoratet sørget for en bred mediedekning ved lanseringen av veilederen. Det ble også utarbeidet flere typer støttemateriell for veilederen til bruk i kommunene, bl.a. magasiner og filmer. I forbindelse med lanseringen av den nye veilederen ble det arrangert store konferanser i alle fylker for ansatte i tjenestene involvert i psykisk helsearbeid for barn og unge.

Bladet Psykisk er en del av informasjonsstrategien knyttet til Opptrappingsplanen. Bladet kommer i flere versjoner: i papirversjon som magasin og nyhetsbrev og i elektronisk versjon, www.psykisk.no. Målgrupper er bl.a. kommunens politiske og administrative ledelse, ledelse innenfor helseområdet (helsesjefer/kommuneleger, psykiatrikoordinatorer, ledende sosionomer) samt helsepersonell i kommunene (allmennleger, psykiatrispesialister, psykologer). Både magasinet og nyhetsbrevet tar opp et bredt spekter av saker knyttet til temaet psykisk helse. Året før vår undersøkelse ble gjennomført var det jevnlig fokus på barn og unge, og på utbyggingen av tjenestene for ulike grupper. TNS Gallup har undersøkt sentrale målgruppers meninger om bladet Psykisk (TNS Gallup 2006).

SHdirs medieanalyse av medieoppslag våren 2006 viser at følgende tema/saker dominerte bildet:

- ADHD-debatt
- Legedrap i Oslo
- Farlige psykisk syke personer
- Resultat fra Opptrappingsplanen i helseforetak og kommuner

Sosial- og helsedirektoratets medieanalyser viser at fokuset på psykisk helse og psykisk sykdom ofte får en negativ vinkling i mediene (Ketil Thorvik Kommunikasjon 2006a; 2006b, Sosial- og helsedirektoratet 2006b). Særlig er medieoppmerksomheten stor ved hendelser som involverer farlige psykisk syke. Direktoratet har søkt å balansere disse negative oppslagene ved å tipse mediene om positive nyheter og eksempler knyttet til psykisk helse og psykisk syke. Fokuset har vært på at folk med psykiske problemer kan representere en ressurs, at det finnes hjelp å få for psykisk sykdom, og at det nytter med hjelp. Informasjonen har dessuten siktet mot å ”normalisere” psykiske problemer snarere enn å fokusere på tyngre psykiske lidelser.

2.6 Hvilke endringer i kunnskap og holdninger kan forventes?

Oppsummeringsvis kan vi si at informasjonsarbeidet etter 2002, og særlig i året før vår undersøkelse ble gjennomført i juni 2007, har vært kjennetegnet ved:

- Det har vært mer fokus på informasjon om innholdet i og status for Opptrappingsplanen
- Barn og unges psykiske helse har stått sentralt
- Positiv vinkling av temaer knyttet til psykisk helse og psykisk syke: det finnes hjelp å få, hjelp nytter, og det er mye den enkelte kan gjøre selv for sin egen og andre psykiske helse

Målgruppene for informasjonen har spesielt vært:

- Folk som arbeider i de relevante tjenestene
- Kommunenes politiske og administrative ledelse
- Tjenester som arbeider med barn og unge, bl.a. skoler og barnehager
- Barn og unge og deres nettverk

Forventningene til endringer i holdninger og kunnskaper i fra 2002 til 2007 springer dels ut av fokuset for informasjonsarbeidet i perioden før vår undersøkelse, og dels ut i fra at den generelle informasjonsstrategien innenfor Opptrappingsplanen hadde virket ytterligere fem år i 2007. Mer spesifikt forventer vi:

- mer kunnskap om tjenestene utviklet innenfor Opptrappingsplanen, spesielt om kommunenes psykiske helsearbeid
- mer kunnskap om barn og unges psykiske helse
- mer kunnskap om lettere psykiske problemer
- at folk i større grad tror at det finnes hjelp å få for psykiske problemer og lidelser, og at hjelp nytter
- generelt økt åpenhet og mindre stigmatiserende holdninger

Samtidig er det grunn til å tro at endringene i befolkningens holdninger ikke vil være dramatiske. Holdninger endres sjelden raskt. Særlig temaer som er tabubelagt vil det gjerne ta tid å forandre. Det er dessuten ikke enkelt å forme folks holdninger ved hjelp av informasjonskampanjer. Folk utsettes for en lang rekke inntrykk, og medieoppslag knyttet til dramatiske enkelthendelser kan fullstendig overskygge informasjonen fra helsemyndighetene.

I undersøkelsen måler vi holdningene i befolkningen generelt. Mange av informasjonstiltakene er rettet mot begrensede målgrupper. Selv om personene i disse målgruppene selvsagt også inngår i befolkningen, er det sannsynlig at en befolkningsundersøkelse ikke gir et fullgodt bilde av informasjonens virkninger i målgruppene. Dette er kanskje særlig relevant i forhold til informasjon rettet mot barn og unge og deres nettverk, da det bare er respondenter over 18 år som inngår i undersøkelsen.

Et annet viktig forbehold når det gjelder muligheten for å fange opp holdningsendringer er knyttet til innholdet i spørreundersøkelsen. Spørsmålene i undersøkelsen ble utformet i 2001-2002, og speiler naturlig nok satsingene innenfor informasjonsarbeidet da. Fordi hensikten med prosjektet er å kunne studere endringer i holdninger og kunnskaper over tid, er spørsmålene fra 2002 gjentatt uten større endringer i 2007. Dette betyr at f.eks. den sterkere vektleggingen de senere årene av psykisk *helse*, snarere enn psykiske *lidelser*, trolig ikke fanges tilstrekkelig godt opp av spørsmålene i undersøkelsen.

3 Datamateriale og metode

3.1 Innledning

Dette kapitlet beskriver datatilfanget og metodebruken i undersøkelsen av befolkningens holdninger og kunnskaper. For å sikre mest mulig sammenlignbarhet med dataene fra 2002, følger datainnsamlingen i stor grad samme opplegg som ved forrige undersøkelse (Sverdrup og Bratt 2003). Et hovedformål med studien er å få et bilde av om det er skjedd endringer i folks holdninger og kunnskaper i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode, og om endringene er i tråd med de grep som er gjort innenfor planens informasjonsstrategi.

I kapitlet problematiseres enkelte sider ved statistiske analyser av menneskers holdninger. Først og fremst ser vi nærmere på tendensen til å si seg enig i påstander, også kalt ”ja-siing” eller ”enighetsbias”. Vi drøfter også hvordan indekser for holdninger lar seg konstruere, og viser hvordan vi har formet indekser for analysene i denne studien. Til slutt diskuterer vi begrensningene knyttet til å studere holdningsendringer med det opplegget vi har valgt i vår undersøkelse

3.2 Datamaterialet: survey i to omganger

Rapporten er bygget over to runder med surveydata. Den første runden ble gjennomført for NIBR av Norsk statistikk i mars 2002, den andre av Gallup i juni 2007.

Undersøkelsene er gjennomført som telefonintervjuer. Spørreskjemaet består av strukturerte spørsmål med faste svaralternativer, men med mulighet for å gi utfyllende kommentarer på enkelte

spørsmål. Beregnet intervjuetid er på ca. 20 minutter. I forbindelse med utarbeidelsen av spørreskjemaet fra 2002 ble det gjennomført samtaler med flere informasjonsformidlere som står bak det offentlige informasjonsstrategi (Sverdrup og Bratt 2003:36). Revisjonen av skjemaet i 2007 skjedde etter innspill fra bl.a. informasjonsansvarlige for Opptappingsplanen i Sosial- og helsedirektoratet.

Et hovedpoeng med prosjektet har vært å studere utviklingen i holdninger og kunnskaper over tid. For å sikre sammenliknbarheten i datamaterialet ble i all hovedsak de samme spørsmålene, med de samme svaralternativene, stilt i 2007 som i 2002. Vi har imidlertid funnet grunn til å gjøre enkelte endringer i spørreskjemaet i 2007 (se vedlegg 3). For det første var det ønskelig å fjerne noen spørsmål som i første runde (i 2002) viste seg å ha liten informasjonsverdi. For det andre ble det, etter innspill fra Sosial- og helsedirektoratet, tatt med et ekstra spørsmål om hvor respondenten ville henvendt seg dersom de trengte hjelp knyttet til egen eller andres psykiske helse. Og for det tredje ble det gjort noen endringer i skjemaet som gjør det mulig å håndtere problemet rundt at folk tenderer til å si seg enig i utsagn uansett hvordan utsagnet er formulert. Vi kommer nærmere tilbake til dette senere i kapitlet.

Om skjevheter i utvalget og vekting

Omtrent 2000 respondenter inngår i undersøkelsen hvert av årene 2002 og 2007. I spørreundersøkelser er det vanlig at utvalget har visse skjevheter.³ Spesielt i undersøkelser om den type tema som her er berørt, vil det ofte være en overrepresentasjon av kvinner og høyt utdannede. I undersøkelsen fra 2007 var f.eks. 62 prosent av respondentene kvinner (se vedlegg 1 for oversikt over kjennetegn ved respondentene). Gallup har utviklet vekter som bidrar til å gjøre utvalget representativt. For å kunne sammenlikne med resultatene fra 2002-undersøkelsen var det derfor nødvendig å vekte dataene som ble benyttet i de bivariate tabellene.

³ Undersøkelsene gjennomføres av meningsmålingsinstitutter som ringer opp tilfeldig utvalgte personer inntil de oppnår det fastsatte antall intervjuer. Det eksisterer derfor ikke noe univers, og det beregnes heller ikke noen frafallsprosent for undersøkelsen.

I de multivariate analysene har vi benyttet uveide data. I analyser der vi studerer sammenhengen mellom en rekke uavhengige variabler og den avhengige variabelen, er det ikke nødvendig å korrigere for skjevheter i utvalget.

Gallup har lang erfaring i å utvikle vekter som bidrar til å rette opp skjevheter i utvalget. Det kan likevel settes et spørsmålstegn ved om eventuelle forskjeller i resultater mellom 2002 og 2007 kan skyldes ulikheter i utvalget av respondenter. Der hvor vi undersøker signifikansen i forskjellen mellom de to årene har vi derfor valgt å gjengi tall for resultatet av multivariate analyser, selv om tabellen bare viser den bivariante sammenhengen. På denne måten får vi kontrollert for eventuelle forskjeller i utvalg i 2002 og 2007. En sammenlikning av de bivariante analysene og de multivariate viser imidlertid i stor grad sammenfallende resultater, noe som indikerer at Gallups vektning fungerer godt.

Om tendensen til å være enig

Et problem med intervjuundersøkelser er at en del informanter kan ha en tendens til å svare mer positivt enn det som er deres "egentlige" holdninger. Denne tendensen kan skyldes at folk ønsker å fremstå velvillige overfor intervjueren, at de vil gi et godt inntrykk av seg selv, eller at sosiale normer tilsier en positiv holdning til intervjusituasjonen.

Datamaterialet fra 2002, og analysene bygget på dette materialet (Sverdrup og Bratt 2003), var preget av et betydelig problem knyttet til såkalt "ja-siing" eller "enighet". Mennesker som er med i spørreundersøkelser har generelt en tendens til å si seg enig i utsagn, uavhengig av utsagnets innhold. Er utsagnet formulert negativt, fremstår folk derfor gjerne som mer negative enn de egentlig er. Og omvendt: et positivt formulert utsagn innebærer at man lett konkluderer med at folk er mer positive enn det er grunnlag for. Vanligvis korrelerer denne tendensen til å si seg enig med alder og utdanning: eldre folk sier seg ofte mer enig enn yngre, på samme måte som folk med lav utdanning tenderer til å være mer enig enn folk med høy utdanning. Analyser av data som preges av denne type "enighetsbias", tenderer derfor til å generere misvisende resultater for sammenhengen mellom kjennetegn ved respondenten (som alder og utdanning) og holdninger.

I rapporten fra 2003 konstruerer Sverdrup og Bratt en indeks for holdninger til psykisk syke og psykisk sykdom. Indeksen måler en underliggende tendens til å stigmatisere mennesker med psykiske problemer og lidelser. Problemet med denne indeksen er at samtlige påstander som inngår i indeksen er formulert negativt, uten mulighet for å kontrollere for tendensen til å si seg enig. Dette har to konsekvenser. For det første fremstår folk som mer negative til mennesker med psykisk sykdom enn det det trolig er grunnlag for. For det andre viser de multivariate analysene gale estimater når det gjelder betydningen av individuelle kjennetegn.

I undersøkelsen fra 2007 ønsket vi å utforme spørreskjemaet på en måte som gjør det mulig å kontrollere for tendensen til å si seg enig. Dette ble gjort ved å formulere seks av påstandene i spørreundersøkelsen både positivt og negativt. Ved å sammenlikne svarene på de negative og de positive formuleringene er det mulig å konstruere en variabel som kan benyttes som kontrollvariabel i de multivariate analysene. Dette gir mer pålitelige estimater for de andre uavhengige variabelenes betydning for holdningene til psykisk sykdom. Det er imidlertid ikke mulig å bringe denne variabelen inn i analyser av endringer fra 2002 til 2007. Analysene som innebærer sammenligning mellom de to årene må derfor gjøres uten kontroll for enighetsbiaset. Hvis vi antar at biaset ikke er vesentlig forskjellig i 2002 og i 2007, kan det likevel være meningsfylt å sammenlikne estimater for de to årene. Dette vil bli kommentert i forbindelse med analysene der det er aktuelt.

Variabelen ”Enighetsbias” er konstruert som en additiv indeks med utgangspunkt i følgende påstander, hvor to og to påstander danner ”par” med motsatt fortegn:

1. *Folk med psykiske problemer er en belastning å være sammen med*
2. *Folk med psykiske problemer kan være like hyggelige å være sammen med som andre folk*
3. *Det er flaut å ha psykiske problemer*
4. *Det er ikke flaut å ha psykiske problemer*
5. *Folk med psykiske lidelser blir aldri helt friske igjen*
6. *Folk med psykiske lidelser kan bli helt friske igjen*
7. *Folk som har vært psykisk syke kan aldri bli helt lykkelige igjen*
8. *Folk som har vært psykisk syke kan bli helt lykkelige igjen*

9. *Man kan ikke selv gjøre noe med den psykiske helsen, for den er skjebnestyrt*
10. *Man kan selv gjøre mye for å styrke sin egen psykiske helse*

Erfaringsmessig er tendensen til å si seg enig i påstander korrelert med statusvariabler som utdanning og inntekt. Tabell 3.1 viser korrelasjoner mellom ”Enighetsbias” og trekk ved respondentene.

Tabell 3.1 *Korrelasjon mellom tendensen til å si seg enig (Enighetsbias) og trekk ved respondenten. 2007*

	Kjønn	Alder	Utdanning	Inntekt
Enighetsbias	,02	,11*	-,10*	-,08*
N=	1869	1869	1860	1665

* Signifikant på 1%-nivå

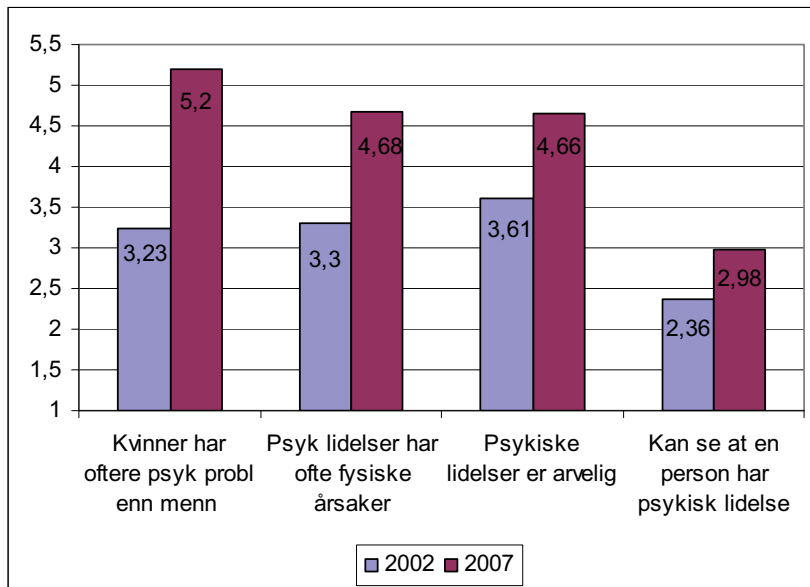
Vi ser at tendensen til å si seg enig ikke korrelerer med kjønn, men at eldre folk har større tilbøyelighet til å si seg enig enn yngre. Folk med høy utdanning og høy inntekt tenderer i mindre grad til å si seg enig i påstandene, uansett retningen på innholdet, enn folk med lavere utdanning og inntekt. Det er viktig å kontrollere for enighetsbiaset for å få et fullgodt bilde av hvordan holdningene til psykisk syke fordeler seg i ulike deler av befolkningen.

For å få et begrep om hvor stort problem enighetsbiaset er, også sammenliknet med en eventuell holdningsendring, formulerte vi noen av de andre påstandene fra 2002 motsatt i 2007. Vi laget en indeks av disse påstandene (men snudde påstandene fra 2007 først), og laget en tilsvarende indeks av liknende påstander som ikke ble snudd. Følgende påstander inngår i denne ”Sjekkvar”:

2002	2007
<i>Menn har oftere psykiske problemer enn kvinner</i>	<i>Kvinner har oftere psykiske problemer enn menn</i>
<i>Psykiske lidelser har sjelden fysiske årsaker</i>	<i>Psykiske lidelser har ofte fysiske årsaker</i>
<i>Psykiske lidelser er ikke arvelig</i>	<i>Psykiske lidelser er arvelig</i>
<i>Man kan ikke se på en person at vedkommende har en psykisk lidelse</i>	<i>Man kan se på en person at vedkommende har en psykisk lidelse</i>

Skåren på de enkelte påstandene i 2002 og 2007 er vist i Figur 3.1

Figur 3.1 *Gjennomsnittlig skåre på fire påstander formulert motsatt i 2002 og 2007, etter sruing av påstandene fra 2002*



”Sjekkvar2” som består av påstander som ble stilt på eksakt samme måte de to årene, er bygget opp av følgende påstander:

Folk som er psykisk syke er ofte farlige for omgivelsene

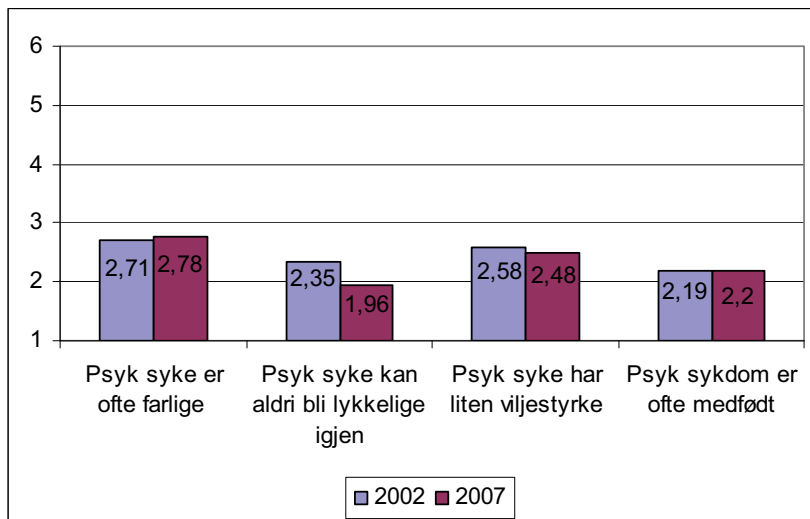
Folk som har vært psykisk syke kan aldri bli helt lykkelige igjen

Psykiske lidelser er ofte medfødt

Folk som får psykiske lidelser har liten viljestyrke

Figur 3.2 viser forskjellen mellom disse påstandene i 2002 og 2007.

Figur 3.2 *Gjennomsnittlig skåre på fire påstander formulert likt i 2002 og 2007*



En sammenlikning av Figur 3.1 og Figur 3.2 viser ganske klart at forskjellene mellom skårene er betydelig høyere når påstandene er formulert omvendt det ene året, for senere å bli snudd.

De to indeksene ble så sammenliknet for 2002 og 2007. Mens endringen i skåren på indeksen som var formulert motsatt i 2007 var 5,2, var tilsvarende endring for indeksen som var formulert på samme måte de to årene bare knapt 0,4. Selv om vi ut fra dette eksempelet må være forsiktige med å trekke sikre konklusjoner om størrelsen på enighetstendensen, indikerer eksempelet at omtrent 0,4 av endringene i indeksen som ble snudd i 2007 er en reell holdningsendring, mens hele 4,8 av forskjellen mellom 2002 og 2007 skyldes måten påstandene som inngår i indeksen er formulert på. Dette illustrer hvor problematisk det kan være å trekke slutninger på bakgrunn av et materiale preget av enighetsbias.

3.3 Om indekskonstruksjon

For å få et bilde av hvordan holdninger til ulike sider ved temaet psykisk helse fordeler seg i befolkningen, har vi gjennomført multivariate analyser av knipper av holdninger. Analysene presenteres i kapittel 6. Vi har valgt å lage indekser bestående av

flere påstander. Disse indeksene er konstruert slik at de er tenkt å måle en underliggende holdning til det fenomenet vi ønsker å studere. Den indeksen vi primært vil benytte som avhengig variabel i analysene er konstruert ved hjelp av en faktoranalyse av hele batteriet av påstander som ble stilt for å måle respondentenes holdninger til og synspunkter på psykisk syke og psykisk helse. Faktoranalysen resulterte i flere faktorer, med én klart dominerende faktor. Denne faktoren kan tolkes som et mål på stigmatiserende holdninger til psykisk syke. For å konstruere indeksen valgte vi så ut de påstandene som skåret høyest på faktoren. Noen av påstandene som hadde høy faktorskåre var stilt i to versjoner, formulert både positivt og negativt (bare én av formuleringene inngikk i faktoranalysen). De fleste av disse påstandene er benyttet i variabelen "Enigbias", som benyttes som variabel for å kontrollere for folks tendens til å si seg enig i påstander. I og med at disse formuleringene inngår i en av de uavhengige variablene i de multivariate analysene av 2007-materialet, kan de ikke inngå i indeksen som utgjør avhengig variabel. Vi valgte derfor å konstruere indeksen ut fra seks variabler som hadde høy faktorskåre, og som ikke inngår i Enighetsbias-variabelen.

Indeksen som benyttes som et mål på folks **tendenser til stigmatiserende holdninger til psykisk syke**, utgjøres av følgende seks påstander:

1. *Folk som har vært psykisk syke vil aldri være i stand til å arbeide igjen*
2. *Folk med psykiske lidelser blir aldri helt friske igjen*
3. *Folk som er psykisk syke er ofte farlige for omgivelsene*
4. *Det er ikke mye som kan gjøres for en person som får en psykisk lidelse*
5. *Folk som får psykiske lidelser har liten viljestyrke*
6. *Hvis man får psykiske problemer har man mislyktes i livet*

Høy skåre på indeksen måler mer stigmatiserende holdninger enn lav skåre. For å teste stringensen i indeksen har vi beregnet Chronbachs Alfa. Både for 2002- dataene og 2007- dataene har indeksen en Alfa på 0,71. Dette må sies å være tilfredsstillende (Berglund 2004). Vi har også utført reliabilitetsanalyse på indeksen

ved å fjerne en og en av påstandene som inngår. Analysene viser at indeksen er svært stabil. Det er bare fjerningen av påstanden ”*Folk som er psykisk syke er ofte farlige for omgivelsene*” som gir en liten økning i Alfa, noe som indikerer at denne påstanden skiller seg noe fra de andre påstandene som inngår i indeksen.

Vi har også valgt å konstruere en indeks som måler om folk ser ut til å ha en optimistisk, men kanskje litt ”lettvint” holdning til hva som skal til for å bli bedre av psykiske problemer og sykdommer eller forebygge sykdom. Indeksen for disse **enkle, optimistiske holdningene** er konstruert ved hjelp av følgende variabler:

1. *Miljøforandringer hjelper ofte på psykiske problemer*
2. *Den beste måten å opprettholde god psykisk helse er å unngå vonde tanker*
3. *God psykisk helse dreier seg i stor grad om å kontrollere følelser*
4. *Ved å hjelpe en som er psykisk syk med økonomiske og sosiale problemer bedres ofte tilstanden*
5. *Folk som trives i jobben sin får sjelden psykiske problemer*

Chronbachs Alfa for denne indeksen for årene 2002 og 2007 er henholdsvis 0,63 og 0,62. Reliabilitetsanalysen viser ganske stor stabilitet for indeksen. Fjerning av påstanden ”*Ved å hjelpe en som er psykisk syk med økonomiske og sosiale problemer bedres ofte tilstanden*” øker alfa en del. Substansielt kan dette tolkes som at påstanden skiller seg fra de andre som inngår i indeksen, trolig fordi denne fremstår som mindre ”lettvint” enn de andre påstandene om hva som bidrar til god psykisk helse. Vi har gjennomført multivariate analyser av indeksen både med og uten påstanden om at hjelp med økonomiske og sosiale problemer vil bedre den psykiske helsen. Inkludering av variabelen gjør liten forskjell på analyseresultatene. Det er nøyaktig de samme variablene som gir signifikant utslag i de to analysene (se kapittel 6).

3.4 Om mulighetene til å spore virkninger av informasjonstiltak

Denne rapporten inneholder ingen direkte evaluering av informasjonstiltakene iverksatt som en del av Opptrappingsplanen for

psykisk helse. En slik evaluering ville måtte ha vært rettet inn mot å måle effekten av enkelttiltak, med spørsmål skreddersydd for å fange opp elementer i tiltakene. Vår undersøkelse måler (endringer i) folks kunnskaper og holdninger mer generelt. Spørsmålene er formulert på samme måte de to årene, og derfor ikke spesielt tilpasset informasjonstiltakenes utforming på det aktuelle tidspunkt. Dette innebærer bl.a. at noen av formuleringene og spørsmålene kanskje er bedre tilpasset situasjonen i informasjonsarbeidet i 2002 enn i 2007. Dette har vært vanskelig å unngå, da den overordnede hensikten med prosjektet har vært å sammenlikne holdninger og kunnskaper over tid.

En annen utfordring som bidrar til at vårt prosjekt vanskelig kan sees som en direkte evaluering av Helsedirektoratets informasjonsstrategi er knyttet til at informasjonen i regi av direktoratet ikke er alene om å påvirke folks holdninger. Dette gjelder særlig når undersøkelsen ikke kommer umiddelbart etter en spesifikk informasjonskampanje. Utviklingen i tilbudet til folk med psykiske problemer, og ”markedsføringen” av tiltak og tjenester kan i seg selv påvirke kunnskaper og holdninger. Særlig er det vanskelig å skille (primær-)forebyggende tiltak fra informasjonstiltak – disse vil ofte gå hånd i hånd. Også den generelle samfunnsutviklingen kan bidra til endringer i holdninger. Økt åpenhet og mindre tabu rundt mange personlige forhold vil kunne sees også i holdningene til psykiske problemer. Likeledes vil et økende utdanningsnivå i befolkningen kunne bidra til mindre stigmatiserende holdninger, da høyt utdannede vanligvis er mindre fordømmende i sine holdninger overfor psykisk syke.

Hendelser som reflekteres i mediebildet, som dramatiske episoder knyttet til psykisk sykdom, kan virke sterkt inn på folks oppfatning av psykisk syke. Hvis en slik hendelse kommer umiddelbart før en spørreundersøkelse, vil resultatene gjerne være betydelig preget av dette. Vi har ikke registrert noen slik hendelse rett i forkant av våre undersøkelser i 2002 og 2007.

Selv om vi må være forsiktige med å trekke bastante konklusjoner om effekten av Helsedirektoratets informasjonstiltak på innbyggernes holdninger og kunnskaper, vil vi undersøke om hovedsatsingene i arbeidet kan spores i holdningsmessige endringer fra 2002 til 2007.

4 Kunnskap og informasjon om psykisk helse og psykisk sykdom

4.1 Innledning

Et viktig mål med informasjonsarbeidet knyttet til Opptreppingsplanen for psykisk helse er å bedre folks kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser. I dette kapitlet ser vi nærmere på hvordan respondentene vurderer sin egen informasjon knyttet til psykisk helse, og på hvor de søker slik informasjon. Vi undersøker også hva folk forstår med begreper ”psykisk lidelse”. Det gjennomføres multivariate analyser for å se hvilke trekk ved individene som har betydning for synet på egen informasjon og kunnskap. Er det skjedd endringer når det gjelder informasjon og kunnskap om psykisk helse i tidsrommet mellom 2002 og 2007? Er eventuelt disse endringene i tråd med innretningen på informasjonsarbeidet knyttet til Opptreppingsplanen?

Undersøkelsen fra 2002 viste at omtrent halvparten av respondentene hadde hatt behov for å skaffe seg informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser (Sverdrup og Bratt 2003:59). De fleste mente de ville henvende seg til lege for å få informasjon, mens relativt få ville snakke med psykolog eller psykiater. Forfatterne av rapporten pekte særlig på muligheten til å legge mer informasjon om temaer knyttet til psykisk helse ut på internett.

Rapporten fra første fase av prosjektet beskriver også ganske store kunnskapshull i befolkningen. To tredeler av de som deltok i undersøkelsen i 2002 svarte at de hadde (varierende grad av)

mindre kjennskap til en del sentrale psykiske lidelser og problemer (Sverdrup og Bratt 2003:60).

Informasjonen fra Sosial- og helsedirektoratet etter 2002 har særlig vært rettet mot å øke menneskenes forståelse av at det finnes muligheter for å få hjelp og at hjelp nytter. Det har vært mindre fokus på diagnoser og alvorlige sykdommer, og mer på lettere lidelser og problemer. Det er derfor grunn til å anta at i den grad vi finner endringer i folks kunnskaper om psykisk helse, er det primært kunnskapen om lettere tilstander som har økt.

I løpet av de fem årene fra 2002 til 2007 har fastlegenes rolle i forhold til det psykiske helsearbeidet blitt presisert, noe som kan ha gitt en viss økning i andelen som sier de vil søke informasjon hos legen. Samtidig er brukerorganisasjonene og deres hjelpe-telefoner styrket og videreutviklet. Vi vil anta at flere vil svare at de vil søke råd og informasjon om psykisk helse hos disse aktørene.

4.2 Behovet for og ønsket om informasjon

I undersøkelsen har vi spurt folk om de har hatt behov for å skaffe seg informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser. Det er ikke i utgangspunktet enkelt å forutsi hvilken betydning Opptrappingsplanen for psykisk helse og informasjonsarbeidet knyttet til planen vil ha for folks behov for informasjon. Vår vurdering er at sterkere fokus på psykisk helse trolig vil innebære at flere ønsker å vite mer om temaet. Tabell 4.1 viser at det er en relativt beskjeden, men signifikant, endring i andelen som sier de har hatt behov for informasjon. Fire prosentpoeng flere svarer at de har hatt behov for informasjon om psykisk helse eller psykiske lidelser i 2007 sammenliknet med i 2002.

Tabell 4.1 *Har du selv hatt behov for å skaffe deg informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser? N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Ja	41	45	4
Nei	58	55	-3
Vet ikke/ubesvart	0	0	0
Totalt	99	100	

Vi har også spurt respondentene om hvordan de vurderer sin egen informasjon og kunnskap knyttet til psykisk helse. Resultatene for de tre påstandene er oppsummert i Tabell 4.2⁴. Mer detaljerte tabeller finnes i vedlegg 2.

Nesten halvparten av respondentene mener de ikke har tilstrekkelig kunnskap om psykiske problemer og lidelser, mens noe færre sier seg helt eller delvis enig i påstanden om at de har tilstrekkelig kunnskap (Tabell V.1 i vedlegg 2). Det er helt minimale forskjeller i svarene i 2007 sammenliknet med i 2002, og gjennomsnittsskåren er nesten identisk for de to årene (Tabell 4.2).

Det er også svært små forskjeller i respondentenes vurderinger av mulighetene for å få tak i informasjon de to årene (Tabell 4.2). Det mest markante ved resultatene er at det er betydelig færre som ikke svarer på spørsmålet eller ikke vet hva de skal svare i 2007 sammenliknet med i 2002 (Tabell V.2 i vedlegg 2).

Heller ikke når det gjelder kunnskap om forebygging av psykiske problemer og lidelser er det endringer fra 2002 til 2007. Gjennomsnittsskåren er lik for de to årene (Tabell 4.2). Både i 2007 og i 2002 er det et flertall av respondentene som sier seg uenig i at de vet nok om hvordan psykiske problemer kan forebygges (se Tabell V.3 i vedlegg 2). Det ser altså ikke ut til at kunnskapen om dette

⁴ Resultatene i denne og tilsvarende tabeller som viser signifikansen til forskjeller i gjennomsnitt er det gjennomført multivariat Estimated marginal means-analyse, dvs. at gjennomsnittet er kontrollert for et sett av uavhengige variabler (de samme variablene som inngår i de multivariate analysene gjengitt i f.eks. Tabell 5.4). På denne måten får vi sikret oss at eventuelle forskjeller i resultatene i 2002 og 2007 ikke skyldes forskjeller i utvalget de to årene.

har økt vesentlig i løpet av disse fem årene. Samtidig er det vanskelig å vite om økt fokus på psykiske problemer og psykisk helse kan ha økt folks nysgjerrighet og informasjonsbehov. Det er med andre ord mulig at økt oppmerksomhet rundt problemfeltet har økt etterspørselen etter informasjon.

Tabell 4.2 *Respondentenes vurdering av egen informasjon og kunnskap om psykisk helse. Estimated marginal means. Helt enig=1; Helt uenig=7. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Påstand 1: <i>Jeg har nok kunnskap om psykiske problemer og psykiske lidelser</i>	3,94	3,92	-0,02
Påstand 2: <i>Det er vanskelig å få tak i informasjon om psykiske problemer og psykiske lidelser</i>	3,57	3,53	-0,04
Påstand 3: <i>Jeg vet nok om hvordan det er mulig å forebygge psykiske problemer og psykiske lidelser</i>	3,37	3,36	-0,01

4.2.1 Hva kan forklare folks syn på egen informasjon og kunnskap?

Vi har gjennomført analyser for å se om det eksisterer sammenhenger mellom trekk ved den enkelte, som kjønn, alder, utdanning osv, og vurderingen av egen informasjon og kunnskap. Det er ikke urimelig at f.eks. folk med høyere utdanning har bedre forutsetninger for å finne frem til informasjon enn folk med lavere utdanning, eller at yngre folk har lettere tilgang på informasjon – særlig gjennom internett – enn eldre.

Analysene viser at individuelle kjennetegn forklarer bare en liten del av variasjonen i vurderingene av informasjon og kunnskap (Tabell 4.3).

Tabell 4.3 *Hva kan forklare vurderinger knyttet til informasjon og kunnskap?*¹ 2007. Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper.²
Estimated marginal means

	<i>Det er vanskelig å få tak i informasjon</i>	<i>Jeg har nok kunnskap</i>	<i>Jeg vet nok om forebygging</i>
<i>Kvinne</i> ³	3,9	3,5	3,4
Mann	4,1	3,3	3,2
<i>Alder 18-29 år</i>	3,5	3,5	3,4
Alder 30-44 år	3,9	3,3	3,2
Alder 45-59 år	4,1	3,5	3,5
Alder 60 år +	4,4	3,2	3,3
<i>Grunnskole</i>	3,8	2,6	2,9
Videregående utd.	4,1	3,3	3,2
Lavere universitetsutd.	4,1	3,8	3,6
Høyere universitetsutd.	3,9	3,9	3,7
<i>Inntekt < 300 000</i>	4,2	3,3	3,5
Inntekt 300 000-600 000	4,0	3,4	3,1
Inntekt >600 000	3,7	3,5	3,5
<i>Helse-/ velferdstjenester</i>	3,8	3,9	3,8
Håndv/transp/produksj	3,8	3,3	3,3
Kontor/konsulent	4,0	3,2	3,2
Serviceyrker	4,4	3,1	3,2
Andre yrker	3,9	3,5	3,3
<i>Oslo</i>	3,9	3,5	3,3
Nord-Norge	4,0	3,7	3,5
Midt-Norge	3,9	3,1	3,3
Vestlandet	4,2	3,5	3,5
Sørøst-Norge	4,0	3,3	3,2
Østlandet	4,0	3,3	3,3
<i>Kjenner en syk</i>	4,1	3,6	3,6
Kjenner ikke en syk	3,9	3,2	3,1
Gjennomsnitt	4,0	3,9	3,6
Standardavvik	1,6	1,9	1,7
N	1817	1979	1967

¹ Skåren kan variere fra 1 (helt uenig) til 7 (helt enig).

² I analysene er det kontrollert for samtlige uavhengige variabler som inngår i tabellen samt for tendensen til å si seg enig i påstander (Enigbias)

³ For hver gruppe er det valgt ut en referansekategori (i kursiv) som det er beregnet signifikans ut fra. Dette betyr at tallene med **Fet skrift** viser at estimert gjennomsnitt for gruppen er signifikant forskjellig fra gjennomsnittet for referansekategorien på minst 5%-nivå

Slik leser du tabellene som viser resultatene av Estimated marginal means-analysene:

- For hvert kjennetegn gjengir tabellen gjennomsnittlig skåre på påstanden for gruppen med dette kjennetegnet, kontrollert for alle de andre uavhengige variablene. I Tabell 4.3 vil vi f.eks. se at aldersgruppen over 60 år har skåre 4,4 på påstanden om at det er vanskelig å få tak i informasjon, mens aldersgruppen under 30 år skårer 3,5. Gjennomsnittsskåre for den eldste gruppen er derfor 4,4, mens den er 3,5 for den yngste, når vi har tatt hensyn til ulikhet i bl.a. kjønn, utdanning, inntekt, etc. mellom gruppene
- For hver variabel, f.eks. alder, angir det første kjennetegnet, f.eks. 18-29 år, referansekategori for de andre kjennetegnene innenfor variabelen. Referansekategorien er markert i kursiv. Tall i fet skrift angir at det er signifikant forskjell mellom det aktuelle kjennetegnet og referansekategorien. F.eks. er skåren på 4,4 for den eldste aldersgruppen signifikant høyere enn skåren for de yngste. Med 95% sikkerhet kan vi si at de eldste i større grad enn de yngste opplever at det er vanskelig å få informasjon om psykisk helse

Tilgang på informasjon: De yngste respondenter synes det er lettere enn eldre respondenter å få tak i informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser. Også folk i den høyeste inntektsgruppen opplever at de har mindre problemer med å få tak i informasjon sammenliknet med folk med lavere inntekt. For øvrig er det bare mennesker som arbeider i serviceyrker som synes det er vanskelig å finne informasjon, sammenliknet med folk som arbeider i helse- og velferdssektoren.

Har tilstrekkelig kunnskap: Mennesker med universitetsutdanning synes i større grad enn de som bare har grunnskole at de har tilstrekkelig informasjon om psykiske problemer og lidelser. Ellers er det først og fremst hvilken sektor en arbeider innenfor som ser ut til å ha betydning for hvordan en ser på egen kunnskap og psykisk helse: Respondenter som jobber i helse- og velferds-

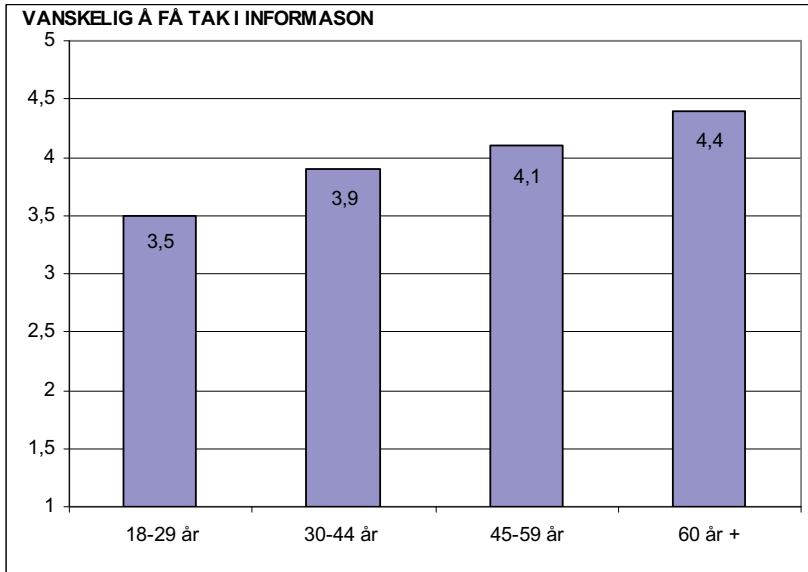
sektoren vurderer sin kunnskap som tilstrekkelig i større grad enn respondenter som arbeider i andre sektorer. Vi ser også at de som kjenner noen som er eller har vært psykisk syk i større utstrekning enn andre sier at de har tilstrekkelig kunnskap om psykiske problemer og lidelser.

Kunnskap om forebygging: Analysene tyder på at svarene på spørsmålet om forebygging av psykiske problemer viser mange likhetstrekk med svarene på de to foregående spørsmålene om informasjon. Folk med høyere utdanning svarer i større utstrekning at de har nok kunnskap om forebygging. Respondenter som arbeider i andre sektorer enn helse og velferd mener at de har mindre kunnskaper enn de som arbeider innenfor helse- og velferdsområdet. Likeledes har kjennskap til psykisk syke en betydning; folk med slik kjennskap føler i større grad enn andre at de vet nok om hvordan psykisk sykdom kan forebygges.

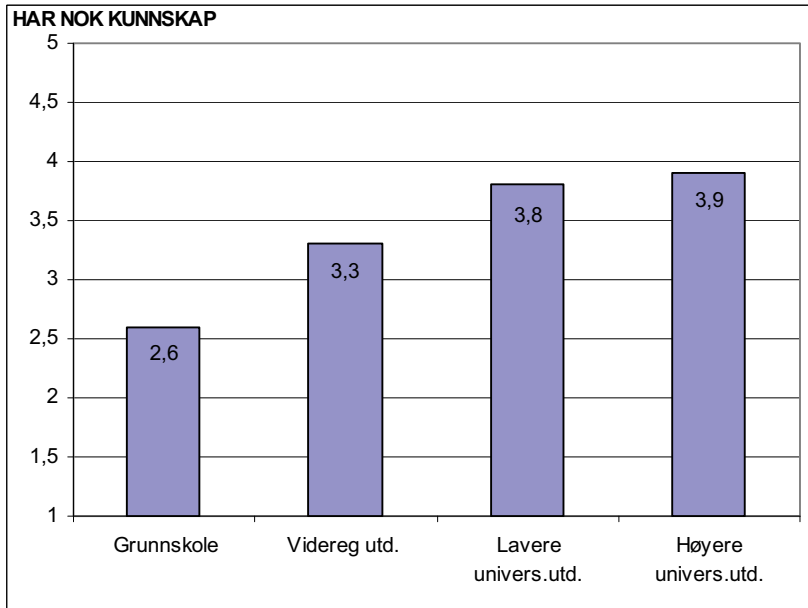
Hvis vi ser analysene av de ulike aspektene ved informasjon og kunnskap i sammenheng, ser vi at alder frøst og fremst har betydning for tilgangen på informasjon, mens utdanning er viktig i forhold til vurderingen av egen kunnskap. Yrkessektor har relativt stor betydning, særlig for kunnskapen om ulike sider ved psykisk helse. Inntekt og bostedsregion ser imidlertid ikke ut til å spille noen avgjørende rolle for hvordan folk vurderer sin egen informasjon og kunnskap om psykisk helse og psykisk sykdom.

Figurene 4.1 til 4.5 illustrerer noen av de mest markante sammenhengene fra Tabell 4.3.

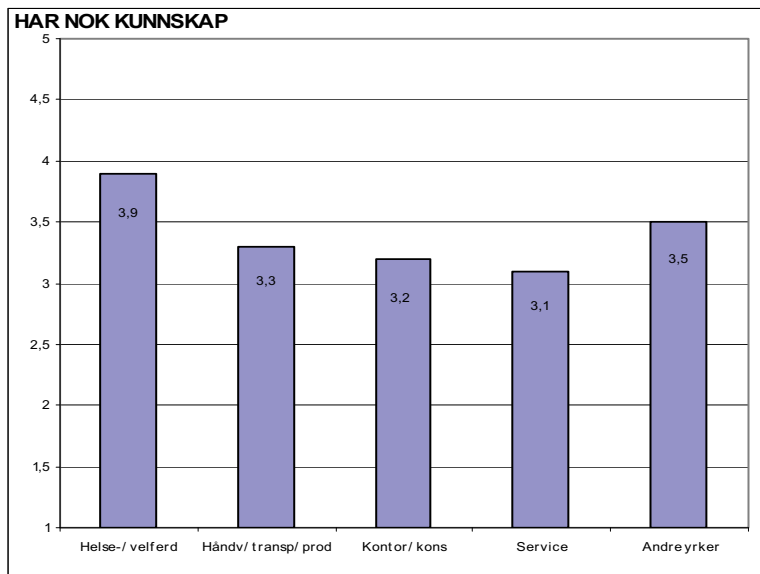
Figur 4.1 *Vurdering av mulighetene for å få informasjon om psykisk helse, etter alder. Jo høyere skåre, desto vanskeligere oppleves det å få informasjon.*



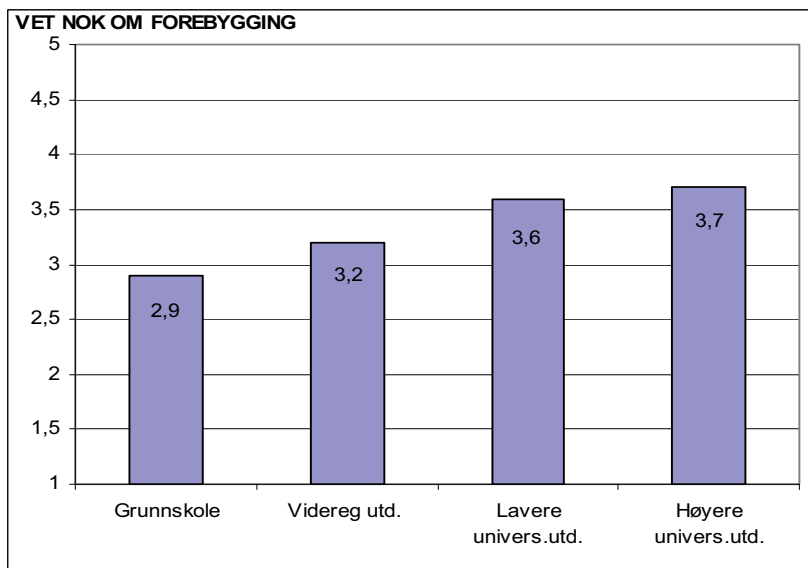
Figur 4.2 *Vurdering av egen kunnskap om psykisk helse, etter utdanning. Jo høyere skåre, jo bedre oppleves egen kunnskap å være.*



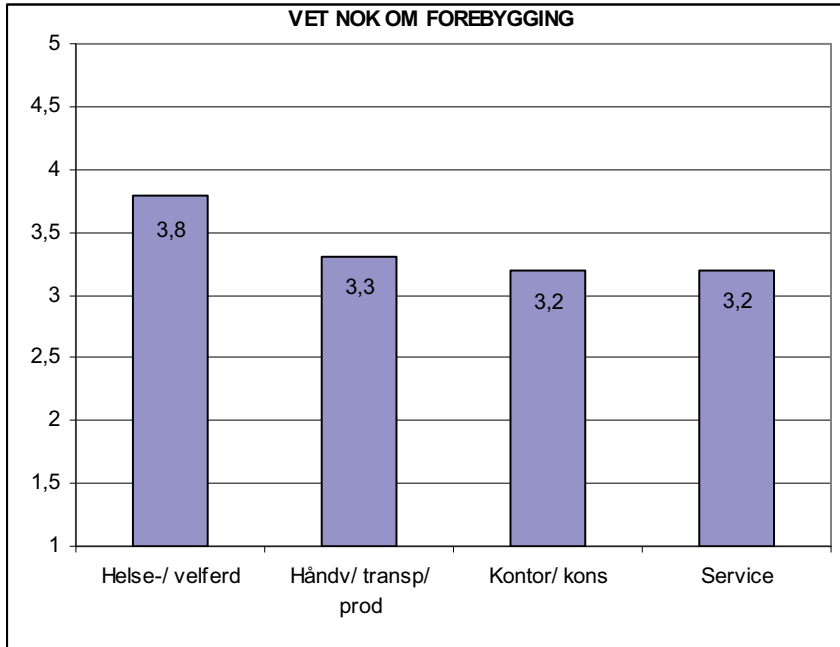
Figur 4.3 *Vurdering av egen kunnskap om psykisk helse, etter yrkessektor. Jo høyere skåre, jo bedre oppleves egen kunnskap å være.*



Figur 4.4 *Vurdering av egen kunnskap om forebygging etter utdanning. Jo høyere skåre, jo bedre oppleves egen kunnskap å være*



Figur 4.5 *Vurdering av egen kunnskap om forebygging etter yrkessektor. Jo høyere skåre, jo bedre oppleves egen kunnskap å være*



Vi har også gjennomført multivariate regresjonsanalyser av et samlet 2002- og 2007-materiale, for å undersøke om folk vurderer sin informasjon og kunnskap annerledes i 2007 enn i 2002, kontrollert for individuelle kjennetegn ved respondentene (se Tabell V.36 i vedlegg 2). Analysene gir ingen signifikante utslag av årstall for noen av påstandene. Det ser med andre ord ut til at den multivariate analysen bekrefter inntrykket fra de bivariante analysene: folk mener at de verken er bedre eller dårligere informert om psykisk helse og psykiske sykdommer i 2007 sammenliknet med i 2002.

4.2.2 Hva ønsker folk mer informasjon om?

Det er få av respondentene som svarer på spørsmålet om det er noe de ønsker mer informasjon om (Tabell 4.4). Det er gjennomgående færre som etterspør informasjon i 2007 enn i 2002. Særlig gjelder dette informasjon om spesielle lidelser.

Tabell 4.4 *Er det noe du gjerne skulle visst mer om når det gjelder psykisk helse og psykiske lidelser? Prosent som nevner ulike forhold.*
 $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$

	2002	2007	Endring 2002-2007
Hva som utløser psykiske problemer/lidelser	6	4	-2
Om spesielle lidelser	12	7	-5
Om hvem som kan få psykiske problemer/lidelser	3	1	-2
Om man blir bra av psykiske problemer/lidelser	3	1	-2
Om man kan fungere i jobb med psykiske problemer/lidelser	2	1	-1
Om psykiske problemer/lidelser er arvelig	2	1	-1

Vi har sett av de bivarierte tabellene i dette kapitlet at respondentenes vurdering av egen informasjon har endret seg svært lite fra 2002 til 2007. Kji-kvadrattester av resultatene viser det samme: det er bare ubetydelige forskjeller i folks synspunkter på informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser de to årene.

4.3 Hvor vil folk søke informasjon?

Vi har spurt respondentene om hvor de vil lete etter informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser (Tabell 4.5). Her er det til dels markante endringer fra 2002 til 2007. Først og fremst er det færre som vil søke informasjon hos lege. Det er fremdeles et flertall av respondentene som vil ta kontakt med lege ved behov for informasjon, men nedgangen på elleve prosentpoeng er betydelig. Det er interessant å registrere at det gjennomgående er færre som vil søke informasjon om psykiske problemer og lidelser hos ulike deler av helsetjenesten. Det er også interessant at det ikke er en økning i andelen som vil kontakte brukerorganisasjonene for

informasjon. Brukerorganisasjonene er blitt styrket med betydelige ressurser i løpet av opptrappingsperioden, og organisasjonene driver bl.a. hjelpe- og kontakttelefoner for folk med behov for hjelp og informasjon knyttet til psykisk helse.

Tabell 4.5 *Hvor vil du søke informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser? Prosent som nevner ulike kilder til informasjon.*
 $N_{2002}=1999, N_{2007}=1998$

	2002	2007	Endring 2002-2007
Lege	71	60	-11
Psykolog	11	7	-4
Familie/kjæreste/samboer	6	5	-1
Venner/kolleger	8	8	0
Psykiater	9	6	-3
Sykehus/klinikk/behandlingssted	14	11	-3
Pasient- og brukerorganisasjoner	4	3	-1
Helsesøster	4	3	-1
Bedriftshelsetjeneste	2	2	0
Internett	18	37	19
Bibliotek/bøker	11	6	-5
Aviser	1	1	0
Ukeblader	1	0	-1
Kontakttelefon/hjelpetelefon	3	1	-2
Lærer	1	0	-1

Den eneste kilden til informasjon som får økt oppslutning er internett. Over dobbelt så mange sier de vil søke informasjon om psykisk helse på nettet i 2007 sammenliknet med i 2002.

Informasjon gjennom personlig kjennskap

Informasjon om temaer knyttet til psykisk helse kan springe ut av egne psykiske problemer eller ved at man kjenner noen med psykiske problemer og lidelser. Nesten tre av fire respondenter sier at de kjenner noen godt som har hatt en psykisk lidelse i løpet av de tre siste årene (Tabell 4.6).

Tabell 4.6 *Kjenner du noen godt som har hatt psykiske lidelser i løpet av de siste tre årene? N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Ja	73	72	-1
Nei	25	27	2
Vet ikke/ubesvart	1	1	0
Totalt	99	100	

Det er noen flere kvinner enn menn som sier at de kjenner noen som har vært syke (Tabell 4.7). Forskjellene mellom kvinner og menn er større i 2007 enn i 2002.

Tabell 4.7 *Andel av kvinner og menn som sier de kjenner noen godt som har hatt psykiske lidelser i løpet av de siste tre årene. Prosent. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Kvinner	76	77	1
Menn	70	67	-3

En enkel krysskjøring av personlig kjennskap til psykisk syke og behov for informasjon viser at det er en klar sammenheng: det er de som selv kjenner noen med psykisk lidelse som har hatt størst behov for informasjon. Mens 51 prosent av de som kjenner en som har vært syk sier de har hatt behov for informasjon, er tilsvarende for de som sier at de ikke kjenner noen 20 prosent. På den annen side synes de som kjenner noen som har vært syke i større grad at de har tilstrekkelig informasjon sammenliknet med

de som ikke kjenner noen (Tabell 4.8). Det kan med andre ord se ut til å være en tendens til at de som kjenner en med en psykisk lidelse i større grad søker informasjon, og at de er tilfreds med den informasjonen de finner. Det imidlertid ingen holdepunkter for å si at respondenter som kjenner en som er syk søker informasjon gjennom andre kanaler enn respondenter som ikke kjenner noen som er syke.

Tabell 4.8 *Vurdering av egen kunnskap om psykiske problemer og lidelser, etter om respondenten kjenner en som har hatt psykiske lidelser i løpet av de siste tre årene. Estimated marginal means. Jo høyere skåre, desto bedre vurderes egen kunnskap.¹ 2002 og 2007. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	Kjenner ikke en som har vært syk	Kjenner en som har vært syk	Endring 2002-2007
2002	3,41	3,87	0,46*
2007	3,12	3,57	0,45*

¹ Svarene varierer mellom 1=Helt uenig og 7=Helt enig.

* Signifikant på 1%-nivå

4.4 Hva forbindes med psykisk lidelse?

Myndighetene har de siste årene ønsket å fokusere mindre på de alvorlige psykiske lidelsene og diagnosene og mer på lettere psykiske problemer. I undersøkelsen har vi spurt folk om hva de forbinder med ”psykiske lidelser”.⁵

Det er ganske små endringer i folks assosiasjoner til begrepet ”psykiske lidelser” i 2007 sammenliknet med i 2002 (se Tabell 4.9). I den grad det er en viss forskjell, er det i retning av å kople mindre alvorlige lidelser til begrepet. Folk nevner i noe større grad angst og depresjon, og i mindre grad psykopati, psykose og schizofreni når det spørres etter psykiske lidelser i

⁵ I og med at det her spørres eksplisitt etter lidelser vil det naturlig nok være et fokus på alvorlige diagnoser. Med det sterkere fokuset på lettere problemer i 2007 ville det vært hensiktsmessig med en annen formulering i spørsmålsstillingen. Av hensyn til sammenliknbarheten med dataene fra 2002 var det imidlertid ikke mulig å endre formuleringen.

2007. Forskjellene de to årene er imidlertid ikke tilstrekkelig markante til at vi kan trekke noen klare slutninger om endringer i folks oppfatning av begrepet ”psykisk lidelse”.

Tabell 4.9 *Hvilke ord/ begreper forbindes med psykiske lidelser? Andel som nevner de ulike tilstandene. Prosent*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Angst	23	25	2
Depresjon/depressiv reaksjon	37	40	3
Fobier	5	4	-1
Psykopati	4	3	-1
Manisk-depressiv sykdom/bipolar lidelse	15	13	-2
Nevrose	9	6	-3
Psykose	9	8	-1
Schizofreni	23	21	-2
Spiseforstyrrelser (anoreksi/bulimi)	3	3	0
Senil/demens	1	1	0
Være lei seg	3	4	1
Psykisk utviklingshemmet	1	1	0

Hvilke lidelser mener folk de har kjennskap til?

I undersøkelsen ba vi folk om å angi sin kjennskap til ulike psykiske lidelser og tilstander (Tabell 4.10). Stort sett svarer respondentene at de har ganske god kjennskap til ulike psykiske sykdommer. Høyest skåre får tilstandene angst og depresjon, mens folk mener at de vet mindre om psykopati, nevroses og psykoser. Gjennomgående svarer respondentene at de har mindre kjennskap til de aller fleste lidelsene i 2007 sammenliknet med i 2002. Nedgangen er størst for fobier og spiseforstyrrelser.

Tabell 4.10 *I hvilken grad kjenner du til følgende tilstander og betegnelser? Estimated marginal means. Jo høyere skåre, desto bedre vurderes egen kjennskap¹*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Angst	5,46	5,18	-0,28**
Depresjon/depressiv reaksjon	5,30	5,08	-0,22**
Fobier	4,99	4,48	-0,51**
Psykopati	3,97	3,57	-0,40**
Manisk-depressiv sykdom/bipolar lidelse	4,40	4,11	-0,29**
Nevrose	3,64	3,34	-0,30**
Psykose	3,63	3,27	-0,36**
Schizofreni	4,31	3,88	-0,43**
Spiseforstyrrelser (anoreksi/bulimi)	5,11	4,70	-0,40**
Senil/demens	5,18	4,92	-0,26**

¹ Svarene varierer mellom 1 = I svært liten grad: 7 = I svært stor grad.

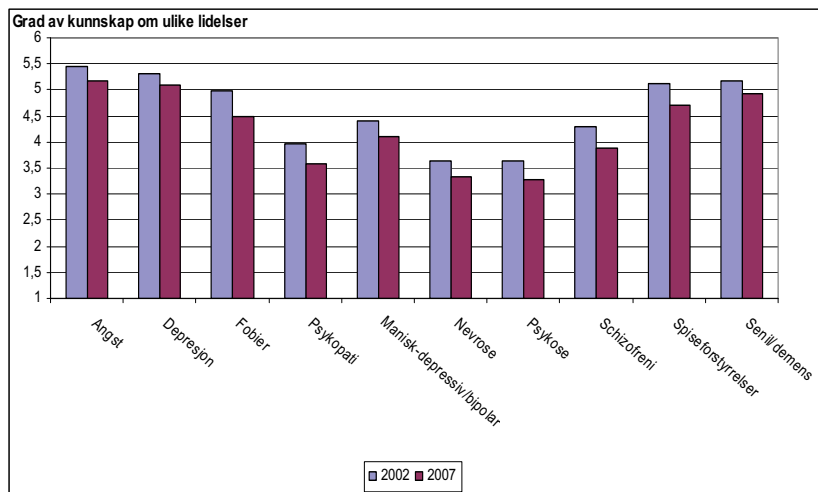
** Signifikant på 1%-nivå.

Den registrerte nedgangen i kjennskap til ulike psykiske sykdommer kan være et resultat av myndighetenes bevisste holdning til ikke å fokusere på alvorlige diagnoser og lidelser. Vinklingen av informasjonsarbeidet fra myndighetenes side de siste årene, med liten vekt på å informere om ulike diagnoser, kan ha gitt seg utslag i at folk generelt føler at de har mindre kunnskap om de lidelsene vi har spurt om i undersøkelsen.⁶ Undersøkelsen er imidlertid ikke egnet til å gi sikre konklusjoner med hensyn til årsakene til nedgangen i menneskers opplevde kunnskap om ulike psykiske lidelser.

⁶ I ettertid er det lett å tenke at surveyen i første omgang ikke burde ha vært så lidelses- og diagnosefokuset. Det hadde da vært mulig å fange opp et bredere spekter av folks kunnskaper om psykisk helse. På det tidspunktet surveyen fra 2002 ble utformet, fanget imidlertid spørsmål om diagnoser og lidelser godt opp fokuset i myndighetenes satsing.

Figur 4.6 illustrerer innbyggernes vurdering av egen kjennskap til ulike tilstander i 2002 og 2007.

Figur 4.6 *Grad av kunnskap om ulike psykiske lidelser. Jo høyere skåre, desto høyere angitt kunnskapsnivå, 2002 og 2007*



4.5 Oppsummering

Inntrykket fra analysene i dette kapitlet er at det har skjedd relativt små endringer i folks vurdering av egen informasjon og kunnskap i årene fra 2002 til 2007.

Behov for informasjon

Det er en litt høyere andel av respondentene som sier at de har hatt behov for informasjon om psykiske problemer og lidelser i 2007 sammenliknet med i 2002. Samtidig er det færre som sier at de ønsker mer informasjon om spesielle lidelser.

Det er svært små forskjeller i respondentenes syn på mulighetene for å få tak i informasjon i 2007 sammenliknet med i 2002.

Kjennskap til mennesker med psykisk sykdom

Nesten tre av fire respondenter sier at de kjenner noen godt som har hatt en psykisk lidelse i løpet av de tre siste årene. Det er noen flere kvinner enn menn som sier at de kjenner noen som har vært syke, og forskjellene mellom kvinner og menn er større i 2007 enn

i 2002. Det er særlig de som kjenner noen som er eller har vært syk som etterspør informasjon. Disse er gjennomgående ganske tilfreds med den informasjonen de finner om emnet.

Kunnskap om psykiske problemer og lidelser

Nesten halvparten av respondentene mener de ikke har tilstrekkelig kunnskap om psykiske problemer og lidelser. Det er helt minimale forskjeller i svarene de to årene. Heller ikke når det gjelder vurderingen av egen kunnskap om forebygging av psykiske problemer og lidelser er det endringer fra 2002 til 2007. Et mindretall av respondentene mener at de vet nok om hvordan psykiske problemer kan forebygges.

Det er ganske små endringer i hva folk forbinder med begrepet ”psykiske lidelser” i 2007 sammenliknet med i 2002. I den grad det er en viss forskjell, er det i retning av å kople mindre alvorlige lidelser til begrepet. Forskjellene de to årene er imidlertid ikke tilstrekkelig markante til at vi kan trekke noen klare slutninger om endringer i folks oppfatning av begrepet ”psykisk lidelse”.

Det er gjennomgående færre som svarer at de har god kjennskap til ulike lidelser i 2007 sammenliknet med i 2002. Den registrerte nedgangen i selvrapportert kjennskap til ulike psykiske sykdommer kan være et resultat av myndighetenes bevisste holdning til ikke å fokusere på alvorlige diagnoser og lidelser, men undersøkelsen er ikke egnet til å gi sikre konklusjoner om dette.

Hva forklarer synet på informasjon og kunnskap?

De multivariate analysene viser at individuelle kjennetegn totalt sett forklarer en liten del av variasjonen i respondentenes vurderinger av egen informasjon og kunnskap. De yngste synes det er lettest å få tak i informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser.

Mennesker med universitetsutdanning synes i større grad enn andre at de har tilstrekkelig informasjon og kunnskap både om psykisk sykdom og om forebygging av slik sykdom. Ellers er det først og fremst yrkessektor som har betydning for hvordan en ser på egen kunnskap og psykisk helse. Det er særlig folk som jobber i helse- og velferdssektoren som synes de har tilstrekkelig kunnskap om feltet. Inntekt og bostedsregion ser ikke ut til å spille noen avgjørende rolle for informasjon og kunnskap om psykisk helse og psykisk sykdom.

Hvor søker folk informasjon?

Mens det er svært små endringer å spore i folks oppfatning av egen informasjon og kunnskap fra 2002 til 2007, er det til dels markante endringer i *hvor* de vil søke etter informasjon. Først og fremst er det flere som søker informasjon gjennom internett, mens det er færre som vil søke informasjon hos lege. Det er generelt færre som vil søke informasjon om psykiske problemer og lidelser hos ulike deler av helsetjenesten. Gitt Opptrappingsplanens styrking av brukerorganisasjonene er det interessant at det ikke er en økning i andelen som vil kontakte organisasjonene for informasjon.

Resultatene kan tyde på at internett ”spiser av” alle andre informasjonskilder. Samtidig kan det være grunn for myndighetene å vurdere hvilke implikasjoner det kan ha at folk søker informasjon om psykiske problemer og lidelser på internett snarere enn hos helsepersonell.

5 Engasjement og åpenhet

5.1 Innledning

I dette kapitlet ser vi nærmere på folks engasjement i forhold til psykisk helse, og om det har vært en endring i dette engasjementet i perioden fra 2002 til 2007. Vi analyserer hvilke trekk ved respondentene som øker tendensen til at folk er engasjert i temaet.

Kapitlet tar også opp spørsmålet om det har vært noen endring i befolkningens ønske om åpenhet om eventuelle psykiske problemer. Vi gjennomfører multivariate analyser for å se hvilke grupper av mennesker som ønsker å være åpne, og hvilke grupper som *ikke* ønsker slik åpenhet.

Undersøkelsen fra 2002 viste at stort engasjement i forhold til psykisk helse først og fremst er knyttet til egen helse og helsen til folk som står en nær, og i mindre grad til den psykiske helsen i befolkningen generelt (Sverdrup og Bratt 2003:46). Kvinner er noe mer engasjert enn menn, men ellers er det små forskjeller mellom ulike grupper i befolkningen.

Analysene av 2002-materialet viste også, i likhet med flere andre undersøkelser, at åpenhet i stor grad varierer med nærheten til dem man er åpen overfor (Sverdrup og Bratt 2003:58). Når graden av nærhet reduseres, blir også viljen til å være åpen om psykiske problemer mindre. Uansett om det gjelder åpenhet overfor familie, venner eller kolleger, er det en klar tendens til at kvinner ønsker å være mer åpne enn menn.

Med bakgrunn i at Opptrappingsplanen, og informasjonen knytte til planen, har fått virke i ytterligere fem år, vil vi forvente at det har skjedd visse endringer i positiv retning når det gjelder både engasjement og åpenhet. Opptrappingsplanens vekt på å utvikle og

styrke brukerorganisasjonene vil trolig også kunne bidra til å gjøre terskelen for både åpenhet og engasjement lavere. Det er imidlertid grunn til å anta at endringene ikke vil være dramatiske. Holdninger endres vanligvis ganske sakte, og menneskene utsettes for mange ulike impulser som bidrar til å forme synet på seg selv og sine omgivelser.

5.2 Engasjement i forhold til psykisk helse

Opptrappingsplanen har plassert temaer knyttet til psykisk helse på det norske samfunnets dagsorden. Et av målene med planen har vært å synliggjøre at problemer knyttet til psykisk helse er noe som angår alle – de aller fleste vil enten selv oppleve psykiske belastninger i løpet av livet, eller møte mennesker med psykiske problemer og lidelser blant sine nærmeste, blant venner og kolleger. Det har derfor vært et ønske å øke folks bevissthet og engasjement i forhold til psykisk sykdom.

I undersøkelsene i 2002 og 2007 spurte vi respondentene om deres engasjement knyttet til psykisk helse. Det ble spurt spesifikt om engasjement i forhold til psykisk helse i befolkningen generelt, blant familie og venner, og for eget vedkommende (Tabell 5.1).

Engasjementet er minst overfor den psykiske helsen i befolkningen generelt. Her er det flere som sier at de i liten grad er engasjert enn som sier at de er engasjert (se Tabell V.4 i vedlegg 2 for nærmere detaljer). Det sterkeste engasjementet er overfor folk som står nær: familie, venner og kolleger. Bare en av fire sier at de i liten grad vil engasjere seg i venners og families psykiske helse, mens over seks av ti oppgir at de vil engasjere seg i stor grad overfor denne gruppen. Det er faktisk litt færre som sier de vil engasjere seg i forhold til egen psykiske helse. Det er grunn til å tro at dette skyldes at en del respondenter ikke selv har psykiske problemer, og derfor ikke ser stor grunn til å engasjere seg i sin egen psykiske helse.

Tabell 5.1 *Engasjement i forhold til psykisk helse. Grad av engasjement. Jo høyere skåre, desto større engasjement.¹ Estimated marginal means. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
<i>Engasjement i forhold til psykisk helse i befolkningen generelt</i>	3,4	3,5	0,1
<i>Engasjement i forhold til psykisk helse for folk som står deg nær</i>	4,6	4,8	0,2*
<i>Engasjement i forhold til psykisk helse for eget vedkommende</i>	4,3	4,7	0,4**

¹ Svarene varierer mellom 1= I svært liten grad: 7= I svært stor grad.

* Signifikant på 5%-nivå; ** Signifikant på 1%-nivå.

Analysene viser at det ser ut til å ha vært en viss økning i engasjementet overfor alle de nevnte gruppene i perioden fra 2002 til 2007.

Multivariat analyse: hva kan forklare engasjement?

Vi har gjennomført multivariate analyser for å undersøke om kjennetegn ved den enkelte respondent kan forklare folks engasjement knyttet til psykisk helse (Tabell 5.2).

Tabell 5.2 *Hva kan forklare engasjement i forhold til psykisk helse? 2007. Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. Jo høyere skåre, desto større engasjement.*¹ *Estimated marginal means*²

<i>Engasjement i forhold til</i>	<i>befolkningen</i>	<i>folk som står nær</i>	<i>egget vedkommende</i>
<i>Kvinne</i> ³	3,6	5,0	4,6
Mann	3,2	4,4	4,2
<i>Alder 18-29 år</i>	3,5	4,9	4,8
Alder 30-44 år	3,2	4,6	4,4
Alder 45-59 år	3,4	4,4	4,1
Alder 60 år +	3,5	4,8	4,4
<i>Grunnskole</i>	3,2	5,0	4,6
Videregående utd.	3,3	4,5	4,3
Lavere universitetsutd.	3,4	4,6	4,4
Høyere universitetsutd.	3,6	4,6	4,3
<i>Inntekt < 300 000</i>	3,5	4,8	4,6
Inntekt 300 000-600 000	3,3	4,7	4,3
Inntekt >600 000	3,3	4,5	4,4
<i>Helse-/ velferdstjenester</i>	4,1	5,0	4,9
Håndv/transp/produksj	3,0	4,5	4,3
Kontor/konsulent	3,1	4,6	4,1
Serviceyrker	3,3	4,5	4,5
Andre yrker	3,4	4,8	4,3
<i>Oslo</i>	3,3	4,8	4,4
Nord-Norge	3,3	4,4	4,2
Midt-Norge	3,5	4,7	4,8
Vestlandet	3,5	4,8	4,4
Sørøst-Norge	3,3	4,6	4,4
Østlandet	3,4	4,8	4,3
<i>Kjenner en syk</i>	3,8	5,2	4,8
Kjenner ikke en syk	3,0	4,2	4,1
Gjennomsnitt	3,7	4,9	4,5
Standardavvik	1,9	2,0	2,1
N	1982	1964	1951

¹ Skåren kan variere fra 1 (I svært liten grad) til 7 (I svært stor grad)

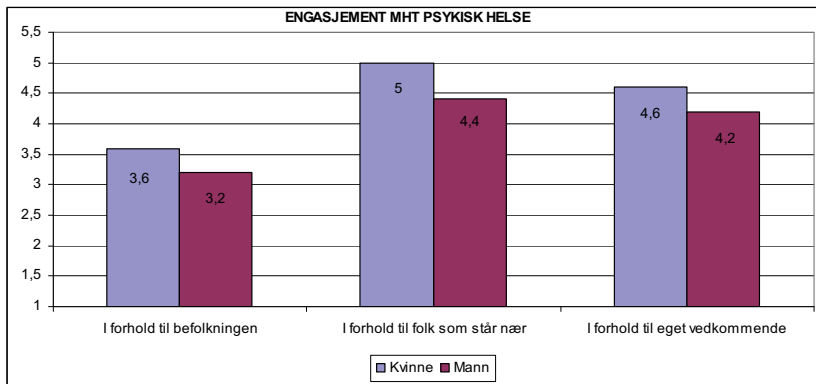
² I analysene er det kontrollert for samtlige uavhengige variabler som inngår i tabellen samt for tendensen til å si seg enig i påstander (Enigbias)

³ For hver gruppe er det valgt en referansekategori som signifikans er beregnet ut fra. Tallene i **Fet skrift** viser at estimert gjennomsnitt for gruppen er signifikant forskjellig fra gjennomsnittet for referansekategori på minst 5%-nivå

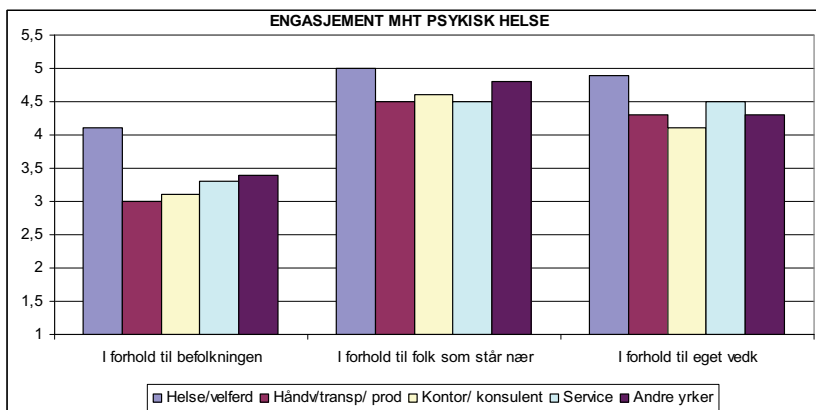
Analysene av engasjement overfor de tre ulike gruppene (befolkningen, venner/familie, seg selv) viser ganske like resultater (Tabell 5.2). Kvinner er mer engasjert enn menn. Folk som arbeider med helse- og velferdstjenester er mer engasjert enn folk som arbeider innenfor andre yrker. Det å kjenne noen som har vært syke de siste tre årene øker også engasjementet knyttet til psykisk helse både i befolkningen generelt, blant folk en kjenner, og for egen del.

Figurene 5.1 til 5.3 illustrerer noen av de mest markante resultatene av analysen i Tabell 5.2.

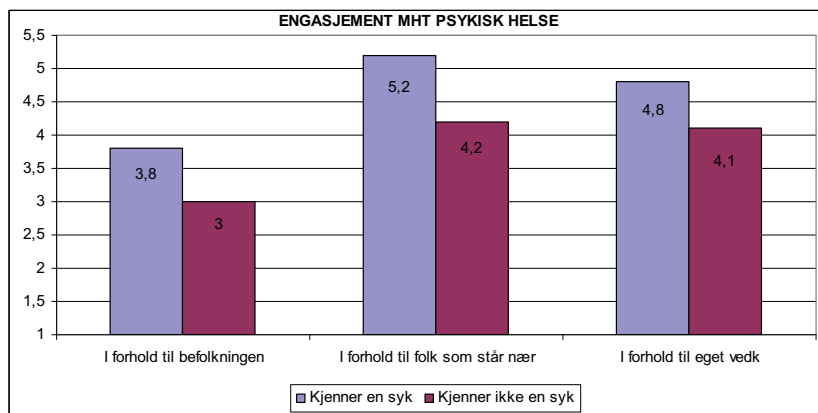
Figur 5.1 *Engasjement i forhold til psykisk helse, etter kjønn. Jo høyere skåre, desto større engasjement. 2007*



Figur 5.2 *Engasjement i forhold til psykisk helse, etter yrkessektor. Jo høyere skåre, desto større engasjement. 2007*



Figur 5.3 *Engasjement i forhold til psykisk helse, etter om en kjenner en som har vært syk de siste tre årene. Jo høyere skåre, desto større engasjement. 2007*



De variablene vi har med i analysene forklarer imidlertid bare en liten del av variasjonen i engasjement. Det synes med andre ord å være andre forhold enn trekk ved den enkelte, som kjønn, alder, utdanning og yrke, som også spiller en viktig rolle i forhold til å gi folk et engasjement når det gjelder spørsmål knyttet til psykisk helse.

Vi har gjennomført multivariate regresjonsanalyser på et samlet datamateriale for 2002 og 2007 for å undersøke om det har vært en endring i tendensen til å engasjere seg fra 2002 til 2007, kontrollert for trekk ved respondentene. Analysene viser en klar økning i engasjementet overfor alle de tre gruppene i løpet av perioden.

5.3 Åpenhet om psykiske problemer

Et viktig budskap i informasjonen innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse er at det ikke er flaut å ha psykiske problemer. Det har vært oppmuntret til økt åpenhet om temaer knyttet til psykisk helse. Ikke minst har informasjonen rettet mot skoler og barnehager siktet mot å få i gang samtaler om slike emner. Samtidig har kjente personer stått fram med sine psykiske problemer og lidelser i offentligheten.

Vi har spurt folk om hvorvidt de vil være åpne om egen eller nær families psykiske sykdom (Tabell 5.3). Vi ser av analysene at villigheten til å være åpen øker med nærheten til dem man er åpen overfor: flest vil være åpne overfor familien, mens færre vil være åpne om psykiske problemer overfor kolleger.

De aller fleste sier at de vil være åpne om psykisk sykdom hos seg selv eller i nærmeste familie. Hele 85 prosent av respondentene sier at de i stor eller svært stor grad vil være åpne om slike problemer overfor familien (se Tabell V.7 i vedlegg 2). Under 10 prosent sier at de i liten grad vil være åpne. Tre av fire svarer at de vil være åpne overfor venner, og over halvparten mener at de også vil være åpne overfor kolleger om psykiske problemer skulle oppstå hos en selv eller nærmeste familie. Det kan imidlertid være grunn til å minne om at den generelle tendensen til å besvare spørsmål positivt kan ha bidratt til å trekke opp andelen som sier at de ville vært åpne.

Det ser ikke ut til at tendensen til åpenhet har økt de siste fem årene. Svarene fra 2007 er nærmest identiske med svarene vi fikk i 2002.

Tabell 5.3 *I hvilken grad vil du være åpen om egen eller andres psykiske problemer? Jo høyere skåre, desto større vilje til åpenhet.¹*
Estimated marginal means. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998

	2002	2007	Endring 2002-2007
<i>Åpenhet om psykiske problemer overfor familien</i>	5,9	5,9	0
<i>Åpenhet om psykiske problemer overfor venner</i>	5,3	5,4	0,1
<i>Åpenhet om psykiske problemer overfor kolleger</i>	4,6	4,6	0

¹ Svaralternativene varierer fra 1=I svært liten grad; 7=I svært stor grad

Multivariat analyse: Hva kan forklare åpenhet?

Det er interessant å undersøke hvilke trekk ved individene som øker sjansene for åpenhet rundt psykisk helse. Det kan være grunn til å tro at yngre personer, vokst opp i en tid med bl.a. sterkere eksponering av psykiske problemer hos kjente personer, vil være

mer åpne enn eldre mennesker. Likeledes kan det være grunn til å forvente at folk som selv har opplevd psykiske helseproblemer enten hos seg selv eller nærmeste venner og familie vil være mindre redd for åpenhet rundt slike temaer.

Tabell 5.4 viser resultatene av analysen av dataene fra 2007. Kvinner er mer åpne om psykiske problemer enn menn. Ellers fremstår de yngste respondentene, de mellom 18 og 30 år, som de minst åpne. Personer over 45 år er jevnt over mer åpne enn yngre personer. Dette kan synes litt overraskende, gitt det økende fokuset på psykisk helse de siste årene. En mulig forklaring kan være at godt voksne personer for det første ofte er tryggere på seg selv og sine omgivelser, og derfor mener at de i større grad kan håndtere åpenhet om problematiske sider ved livet. Eldre folk har dessuten et større erfaringsregister, og kan i større grad ha opplevd situasjoner der de selv eller andre har vært åpne om psykiske problemer.

Mens utdanning ikke ser ut til å ha betydning for åpenhet, slår inntekt ut som en relevant variabel, spesielt når det gjelder åpenhet overfor andre i familien. Folk i den laveste inntektsgruppen er mer tilbakeholdne med å være åpne enn andre. Også her kan trygghet være en forklaring: i den grad ressurser i form av penger gjør folk tryggere på sin egen situasjon, kan dette kanskje bety økt åpenhet om psykiske problemer hos seg selv eller nærmeste familie.

Analysene viser at de forholdene vi har tatt med i analysene bare forklarer en liten del av variasjonen i folks åpenhet.

Tabell 5.4 *Hva kan forklare åpenbet? 2007. Jo høyere skåre, jo større vilje til åpenbet. ² Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. Estimated marginal means*

	<i>Åpenbet i fbt familien</i>	<i>Åpenbet i fbt venner</i>	<i>Åpenbet i ft kolleger</i>
Kvinne (ref.) ³	6,1	5,6	4,8
Mann	5,6	5,0	4,4
Alder 18-29 år (ref.)	5,8	4,8	3,9
Alder 30-44 år	5,7	5,4	4,6
Alder 45-59 år	5,9	5,6	4,9
Alder 60 år +	6,0	5,6	5,1
Grunnskole (ref.)	5,8	5,3	4,7
Videregående utd.	6,0	5,4	4,8
Lavere universitetsudt.	5,9	5,3	4,6
Høyere universitetsudt.	5,8	5,3	4,4
Inntekt < 300 000 (ref.)	5,6	5,3	4,5
Inntekt 300 000-600 000	6,0	5,4	4,7
Inntekt >600 000	6,0	5,4	4,7
Helse-/velferdstj. (ref.)	5,9	5,4	4,8
Håndv/transp/ produksj	5,8	5,1	4,2
Kontor/konsulent	5,7	5,1	4,4
Serviceyrker	6,2	5,8	5,1
Andre yrker	5,8	5,3	4,5
Oslo (ref.)	5,8	5,3	4,3
Nord-Norge	5,9	5,2	4,6
Midt-Norge	5,8	5,2	4,5
Vestlandet	5,9	5,4	4,7
Sørøst-Norge	5,9	5,5	4,7
Østlandet	5,9	5,4	4,7
Kjenner en syk (ref)	6,0	5,3	4,6
Kjenner ikke en syk	5,8	5,4	4,6
Gjennomsnitt	6,0	5,5	4,7
Standardavvik	1,3	1,6	1,8
N	1985	1990	1983

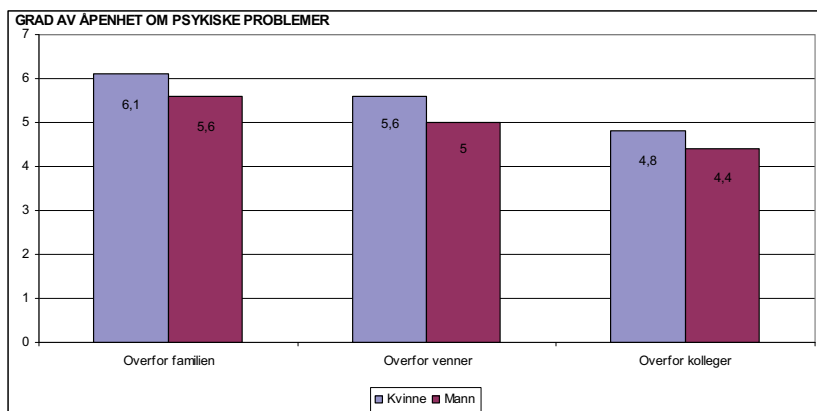
¹ Skåren kan variere fra 1 (I svært liten grad) til 7 (I svært stor grad)

² I analysene er det kontrollert for samtlige uavhengige variabler som inngår i tabellen samt for tendensen til å si seg enig i påstander (Enigbias)

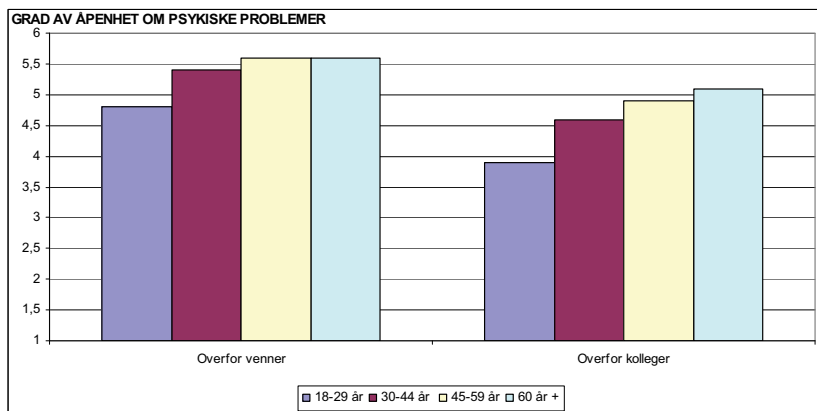
³ For hver gruppe er det valgt en referansekategori som signifikans er beregnet ut fra. Tallene i **Fet skrift** viser at estimert gjennomsnitt for gruppen er signifikant forskjellig fra gjennomsnittet for referanse kategorien på minst 5%-nivå

Figurene 5.1, 5.2 og 5.3 illustrerer vilje til åpenhet om psykiske problemer, etter hhv. kjønn, alder og yrkessektor. Figurene er basert på estimatene fra Tabell 5.4.

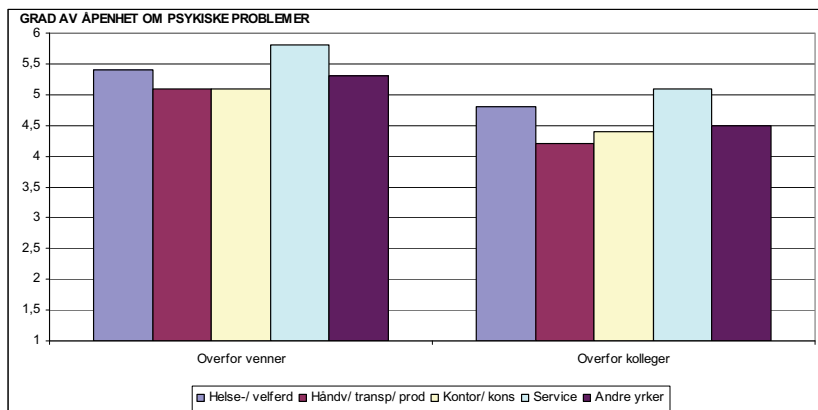
Figur 5.4 *Vilje til åpenhet om psykiske problemer, etter kjønn. Jo høyere skåre, desto større vilje til åpenhet*



Figur 5.5 *Vilje til åpenhet om psykiske problemer, etter alder. Jo høyere skåre, desto større vilje til åpenhet*



Figur 5.6 *Vilje til åpenhet om psykiske problemer, etter yrkessektor. . Jo høyere skåre, desto større vilje til åpenhet*



Av analyseresultatene ellers er det særlig grunn til å kommentere utslagene av kjennskap til folk som er psykisk syke. Folk som kjenner en som har vært syk de siste tre årene godt, svarer i litt (men ikke signifikant) større grad at de vil være mer åpne overfor familien sammenliknet med folk som ikke kjenner noen som har vært syke. Men kjennskap gir ikke mer åpenhet overfor venner og kolleger. Dette er interessant. En mulig forklaring er at mennesker som kjenner noen med psykisk sykdom reflekterer mer over ulike sider ved åpenhet. Selv om åpenhet gjerne fremstilles som et entydig gode, kan det oppleves som utleverende å være åpen om andres sykdom overfor venner og kolleger.

5.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett på folks engasjement og åpenhet i spørsmål om psykisk helse. Etter ytterligere fem år med Opptrappingsplanen hadde vi en forsiktig forventning om at både engasjement og åpenhet hadde økt fra 2002 til 2007. Forventningene blir bare delvis oppfylt.

Engasjement for psykisk helse

Som i 2002 er – kanskje naturlig nok – folks engasjement minst når det gjelder den psykiske helsen i befolkningen generelt. Det sterkeste engasjementet er overfor folk som står nær. Seks av ti

oppgir at de vil engasjere seg i stor grad i venners og families psykiske helse.

De multivariate analysene gir nesten like resultater når det gjelder engasjement overfor befolkningen, venner/familie og seg selv. Kvinner er mer engasjert enn menn. Folk som arbeider med helse- og velferdstjenester er mer engasjert enn folk som arbeider innenfor andre yrker. Det å kjenne noen som har vært syk de siste tre årene øker også engasjementet knyttet til psykisk helse både i befolkningen generelt, blant folk en kjenner, og for egen del.

Analysene tyder også på at det har vært en klar økning i engasjementet overfor alle de tre gruppene i løpet av perioden fra 2002 til 2007.

Åpenhet om psykiske problemer og lidelser

Analysene fra 2007 viser, i likhet med materialet fra 2002, at de aller fleste sier at de vil være åpne om det hvis de selv eller noen i nærmeste familie fikk psykiske problemer. Villigheten til å være åpen øker med nærheten til dem man er åpen overfor. Nesten alle sier at de vil være åpne om psykisk sykdom overfor familien. Tre av fire svarer at de vil være åpne overfor venner, og over halvparten mener at de også vil være åpne overfor kolleger om psykiske problemer.

Kvinner er mer åpne om psykiske problemer enn menn, mens yngre folk fremstår som de minst åpne. Som vi senere skal se, er utdanning ofte en viktig variabel for å forklare folks holdninger til psykisk syke. Men utdanning ser, interessant nok, ikke ut til å ha betydning for åpenhet. Samtidig slår inntekt ut som en relevant variabel. Folk i den laveste inntektsgruppen er mer tilbakeholdne med å være åpne enn andre. Dette gjelder først og fremst åpenhet i forhold til andre i familien.

Analyseresultatene viser også interessante resultater når det gjelder betydningen av kjennskap til folk som er psykisk syke. Slik kjennskap gir ikke mer åpenhet overfor venner og kolleger. Vi kan ikke gi noen fullgod forklaring på hvorfor det er slik, men stiller spørsmålet om mennesker som kjenner noen med psykisk sykdom i større grad ser de mulige problematiske sidene ved å være åpen om psykisk sykdom, særlig hvis det gjelder andres sykdom.

Mens vi fant en klar økning i engasjementet knyttet til psykisk helse i løpet av perioden fra 2002 til 2007, finner vi ikke tilsvarende økning i viljen til å være åpen om psykiske problemer. Svarene om åpenhet fra 2007 ligger nær opp til svarene vi fikk i 2002.

6 Holdninger til psykisk sykdom og psykisk syke

6.1 Innledning

I kapittel 2 redegjorde vi for hvilke mål myndighetene har satt for informasjonsstrategien knyttet til Opptrappingsplanen for psykisk helse. Viktige mål er knyttet til å redusere stigmatiseringen av psykisk syke, å opplyse om at hjelp nytter, og å styrke folks tro på at de selv kan bidra til å bedre den psykiske helsen både for seg selv og sine nærmeste.

I dette avsnittet skal vi først se på utviklingen i folks syn på en rekke påstander knyttet til psykisk helse og psykisk syke. Vi tar for oss fire grupper av påstander: påstander som indikerer stigmatiserende holdninger til psykisk syke, påstander som dreier seg om synet på mulighetene til å bli frisk etter psykisk sykdom, påstander som tyder på en optimistisk, men relativt "lettvint" holdning til psykisk helse, og påstander om hjelpeapparatets rolle overfor folk med psykiske problemer.

Deretter gjennomfører vi noen multivariate analyser. Disse analysene har to formål: for det første ønsker vi å se hvorvidt og hvordan trekk ved enkeltmennesker har betydning for holdningene på dette området. For det andre vil vi se om holdningene har endret seg fra 2002 til 2007, når vi kontrollerer for de individuelle kjennetegnene ved respondentene.

I rapporteringen av materialet fra 2002 refererer forfatterne til enkelte særlig interessante funn (Sverdrup og Bratt 2003:73-74). De finner blant annet at det er en utbredt oppfatning at man ikke har mislyktes i livet selv om man får psykiske problemer. De fleste

mener dessuten at psykiske problemer ikke er tegn på liten viljestyrke, og at det er mye en kan gjøre selv for å bedre den psykiske helsen. Det er større uenighet i befolkningen i synet på om det er flaut å ha psykiske problemer, og om det er en belastning å være sammen med mennesker med psykiske problemer. Forfatterne konkluderer med at dataene tyder på at folk synes å ha tro på at den enkelte har stort handlingspotensial i forhold til å ivareta sin egen psykiske helse (Sverdrup og Bratt 2003:73-74).

Analysene fra 2002 fant generelt små forskjeller i holdninger avhengig av sosiodemografiske variabler, med enkelte unntak: respondenter med høyere utdanning og høyere inntekt viste mer positive holdninger til psykisk syke enn respondenter med lav utdanning og inntekt (Sverdrup og Bratt 2003:80). Analysene tydet også på visse forskjeller mellom folk fra ulike yrkeskategorier. Forfatterne konkluderer derfor med at negative holdninger til mennesker med psykiske problemer og lidelser er relatert til kunnskap og sosial status.

Selv om holdninger, som tidligere nevnt, vanligvis endres relativt sakte, kan vi forvente at informasjonsarbeidet knyttet til Opptrappingsplanen kan ha hatt en viss betydning for folks holdninger til temaer innenfor psykisk helse. I perioden etter 2002 har det vært en ytterligere styrking av oppmerksomheten rundt lettere psykiske problemer, på at hjelp nytter, og på at folk kan gjøre mye for å bedre egen og andres psykiske helse. Dessuten har det vært mer informasjon om målene for Opptrappingsplanen og utbyggingen av tjenestene for folk med psykiske problemer og lidelser.

6.2 Holdninger til ulike sider ved psykisk helse

I spørreundersøkelsene gjennomført i 2002 og 2007 ba vi respondentene ta stilling en lang rekke påstander om psykisk syke og psykisk helse. For å lette fremstillingen av svarene har vi valgt å behandle påstandene under fire overskrifter i den bivariate analysen: *Stigmatisering*, *Mulighetene til å bli frisk*, *Optimistisk syn og enkle løsninger* og *Hjelpeapparatets rolle*. Det er imidlertid viktig ikke å vektlegge i for stor grad hvilken overskrift vi har valgt å plassere den enkelte påstand under. Flere av påstandene kan forstås på ulike måter. Vi drøfter de ulike mulige forståelsene der det er relevant.

Stigmatisering av psykisk syke

Psykisk syke og psykisk sykdom har gjennom tidene vært omfattet av mange negative holdninger. Psykisk sykdom har vært skambelagt på en helt annen måte enn de aller fleste somatiske lidelser. Folk med psykiske problemer og lidelser har ofte opplevd stor grad av ensomhet. Et helt sentralt mål i Opptrappingsplanen for psykisk helse består i at psykisk syke i betydelig mindre utstrekning enn tidligere skal oppholde seg i behandlingsinstitusjon over lenger tid. Folk som er syke skal i all hovedsak bo hjemme, og få poliklinisk hjelp eller hjelp i form av kortere opphold. Intensjonen er å oppnå integrering av mennesker med psykiske lidelser og problemer i sitt lokalmiljø. Muligheten til å fungere i et ”vanlig” liv, med en meningsfull hverdag og med kontakt med familie og venner, antas å være større med en slik organisering av hjelpe-tilbudet.

Vellykket integrering av folk med psykiske problemer og lidelser forutsetter mindre stigmatisering. Folk flest må tørre å ha kontakt med de som er syke, og må kunne se dem som likeverdige mennesker.

I undersøkelsene både fra 2002 og 2007 har vi bedt folk ta stilling til en rekke påstander om psykisk syke og psykisk sykdom. Noen av disse påstandene har ganske eksplisitt stigmatiserende innhold (Tabell 6.1).⁷ For alle disse påstandene ligger gjennomsnittsskåren relativt lavt. Respondentene synes med andre ord ikke å være veldig stigmatiserende i sine holdninger overfor psykisk syke, i hvert fall når spørsmålene stilles på denne måten.⁸ Et klart flertall av respondentene er helt eller delvis uenige i formuleringene. Særlig er det få som er mener at det å få en psykisk lidelse innebærer at man har mislyktes i livet.

For to av påstandene er det en klar endring fra 2002 til 2007. Det er betydelig færre respondenter som synes folk med psykiske

⁷ For detaljerte tabeller, se vedlegg 2

⁸ Spørreundersøkelsen er gjennomført på telefon. Selv om dette sikrer en viss anonymitet i undersøkelsen, vil generelle normer for hva som oppfattes som sosialt akseptable svar kunne bidra til at folk svarer ”snillere” enn de ellers ville gjort. På den annen side er nesten alle formuleringene i undersøkelsen formulert negativt. Tendensen til å si seg enig i spørsmål, uansett formulering, vil derfor trolig trekke i retning av at folk fremstår som mer stigmatiserende i sine holdninger enn de egentlig er.

problemer er en belastning å være sammen med i 2007 sammenliknet med i 2002. Likeledes er det færre som mener at det er flaut å ha en psykisk sykdom i undersøkelsen fra 2007. For de andre tre påstandene kan vi registrere små endringer i perioden fra 2002 til 2007.

Tabell 6.1 *Respondentenes svar på påstander om psykisk belse og psykisk syke. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden.¹ Estimated marginal means. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Påstand 1: <i>Folk med psykiske problemer er en belastning å være sammen med</i>	3,32	3,21	-0,11
Påstand 2: <i>Det er flaut å ha psykiske problemer</i>	2,88	2,48	-0,40 **
Påstand 3: <i>Folk som er psykisk syke er ofte farlige for omgivelsene</i>	2,95	3,02	0,07
Påstand 4: <i>Folk som får psykiske lidelser har liten viljestyrke</i>	2,66	2,59	-0,07
Påstand 5: <i>Hvis man får psykiske problemer har man mishyktes i livet</i>	1,93	1,99	0,06

¹ Grad av enighet, der 1=I svært liten grad; 7=I svært stor grad.

* Signifikant på 5%-nivå; ** Signifikant på 1%-nivå

Mulighetene til å bli frisk

Et annet mål med informasjonen knyttet til Opptrappingsplanen er å formidle til befolkningen at det er hjelp å få, og at hjelp nytter. I undersøkelsen ba vi respondentene ta stilling til en rekke påstander knyttet til fremtidsutsiktene for folk som har opplevd psykiske problemer eller lidelser (Tabell 6.2). De fem første påstandene er negativt formulert, i den forstand at de på ulike måter påstår at det er lite håp for mennesker med psykiske problemer eller sykdommer. Den sjettede påstanden er formulert positivt: det å ha gjennomgått psykiske problemer kan virke styrkende på sikt.

Resultatene av analysene er interessante. Alle de negativt formulerte påstandene skårer lavt. Det er et lite mindretall i befolkningen som mener at det ikke er håp for folk som opplever å bli psykisk syk (se tabellene V.15 - V21 i vedlegg 2 for detaljerte tabeller). Samtidig er det et klart flertall som mener at psykiske problemer kan gi styrke. Til tross for at tendensen til å si seg enig i påstander kan ha bidratt til at folk fremstår som mer negative enn de egentlig er, gir våre data inntrykk av at folk flest ser ganske optimistisk på muligheten for å komme seg etter psykisk sykdom.

Tabell 6.2 *Respondentenes svar på påstander om muligheten til å komme seg etter psykisk sykdom. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden.*¹ *Estimated marginal means.* $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$

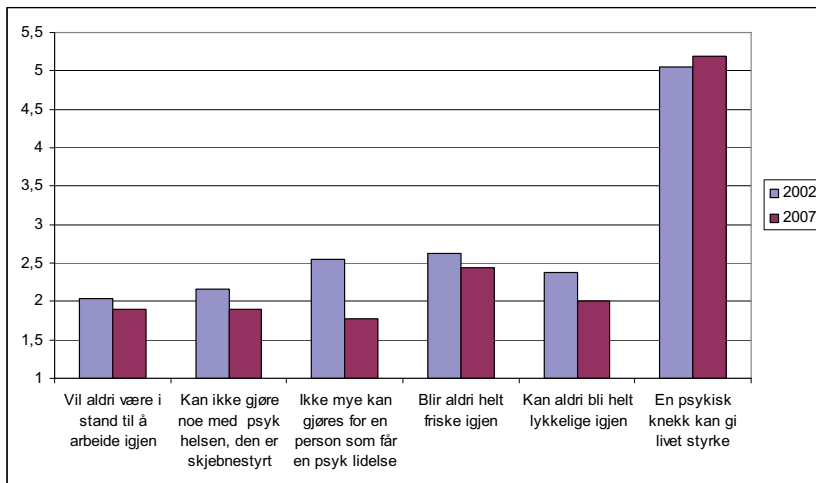
	2002	2007	Endring 2002-2007
Påstand 1: <i>Folk som har vært psykisk syke vil aldri være i stand til å arbeide igjen</i>	2,03	1,89	-0,14*
Påstand 2: <i>Man kan ikke gjøre noe med den psykiske helsen, for den er skjebnestyrt</i>	2,16	1,90	-0,26**
Påstand 3: <i>Det er ikke mye som kan gjøres for en person som får en psykisk lidelse</i>	2,54	1,78	-0,76**
Påstand 4: <i>Folk med psykiske lidelser blir aldri helt friske igjen</i>	2,62	2,44	-0,18**
Påstand 5: <i>Folk som har vært psykisk syke kan aldri bli helt lykkelige igjen</i>	2,38	2,00	-0,38**
Påstand 6: <i>En psykisk knekk kan på sikt gi livet styrke</i>	5,05	5,19	0,14*

¹ Grad av enighet, der 1=I svært liten grad; 7=I svært stor grad.

* Signifikant på 5%-nivå; ** Signifikant på 1%-nivå

Figur 6.1 illustrerer resultatene fra Tabell 6.2.

Figur 6.1 *Holdninger til muligheten for å komme seg etter psykisk sykdom, i 2002 og 2007. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden*



Vi ser også at holdningene ser ut til å ha utviklet seg i positiv retning fra 2002 til 2007. Samtlige negativt formulerte påstander skårer lavere i 2007 sammenliknet med 2002. Endringene er til dels betydelige. I 2007 ser respondentene ut til å mene at det er større muligheter for å bli bedre etter psykisk sykdom, og at det er mulig å komme tilbake til et vanlig liv igjen.

Optimistisk syn og enkle løsninger

I undersøkelsen ba vi også respondentene angi hvor enige de var i flere påstander om mulige ”løsninger” på psykiske problemer og lidelser (Tabell 6.3). Noen av disse ”løsningene” bærer preg av å være ganske lettvinne, som å kontrollere følelser eller holde vonde tanker unna. Selv om disse påstandene kan sees som relativt optimistiske i forhold til det å unngå – eller kurere – psykiske lidelser, kan de kanskje sies å underkommunisere alvorligheten og kompleksiteten i slike problemer, og derved også behovet for riktig hjelp.

Analysene viser at de fleste respondentene har et ganske realistisk forhold til hva som hjelper folk med psykiske problemer. Størst oppslutning får påstandene om at hjelp med økonomiske og sosiale problemer fungerer, og at miljøforandringer kan bedre den

psykiske helsen. Det er få som har tro på at man kan kjøpe seg til bedre psykisk helse. Mellom 20 og 30 prosent er helt eller delvis enige i at det å kontrollere følelsene eller unngå vonde tanker hjelper mot psykiske problemer.

For noen av påstandene kan vi registrere økt oppslutning i 2007 sammenliknet med 2002, men økningen er stort sett svært beskjeden. Det ser ikke ut til å være noen klar systematikk i endringene. Både relativt realistiske former for hjelp og ganske lettvinde løsninger skårer noe høyere i 2007 enn i 2002.

Tabell 6.3 *Respondentenes svar på påstander om psykisk helse og psykisk syke. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden.¹ Estimated marginal means. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Påstand 1: <i>Ved å hjelpe en som er psykisk syk med økonomiske og sosiale problemer, bedres ofte tilstanden</i>	4,32	4,38	0,06
Påstand 2: <i>Bare man har mye penger så kan man kjøpe seg god psykisk helse</i>	1,76	1,81	0,05
Påstand 3: <i>Miljøforandringer hjelper ofte på psykiske problemer</i>	4,46	4,53	0,07
Påstand 4: <i>Den beste måten å opprettholde god psykisk helse på er å unngå vonde tanker</i>	3,19	3,64	0,45**
Påstand 5: <i>God psykisk helse dreier seg i stor grad om å kontrollere følelser</i>	3,16	3,22	0,06
Påstand 6: <i>Folk som trives i jobben sin får sjelden psykiske problemer</i>	3,81	3,91	0,10

¹ Grad av enighet, der 1=I svært liten grad; 7=I svært stor grad.

* Signifikant på 5%-nivå; ** Signifikant på 1%-nivå

Hjelpeapparatets rolle

For myndighetene vil det være viktig å skape legitimitet og oppslutning rundt den innsatsen som ytes i offentlig regi. Opptrappingsplanen for psykisk helse har satt fokus på behovet for, og nytten av, hjelp til mennesker med psykiske problemer. Informasjonen har hatt et dobbelt budskap: det eksisterer offentlige tjenestetilbud til denne gruppen, og det er mye den enkelte selv kan gjøre for å bedre sin egen og sine nærmestes psykiske helse. Gjennom flere spørsmål har vi forsøkt å kartlegge respondentenes syn på behovet for hjelp til å bedre den psykiske helsen.

Resultatene av undersøkelsen tyder på at det er ganske stor aksept for økt offentlig satsing på psykisk helsearbeid (se Tabellene V.28 – V.30 i Vedlegg 2). Omtrent åtte av ti respondenter sier seg helt eller delvis uenig i påstandene om at hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig ressurser eller at folk bør løse problemene selv. I 2007 er det dessuten betydelig færre som mener at folk bør ordne opp i problemene på egen hånd.

Tabell 6.4 *Respondentenes svar på påstander om psykisk helse og psykisk syke. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden.¹ Estimated marginal means. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Påstand 1: <i>Hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig ressurser på barn og unge med psykiske problemer</i>	2,24	2,33	0,09
Påstand 2: <i>Hvis man får psykiske problemer bør man løse dem selv</i>	2,31	2,04	-0,27**
Påstand 3: <i>Betydningen av problemer med psykisk helse er overdrevet</i>	2,48	2,31	-0,17**

¹ Grad av enighet, der 1=I svært liten grad; 7=I svært stor grad.

* Signifikant på 5%-nivå; ** Signifikant på 1%-nivå

I spørreundersøkelsen ba vi også folk ta stilling til behovet for å bedre den psykiske helsen, i befolkningen generelt, for folk som

står en nær, og for egen del (Tabell 6.5). Et stort flertall av respondentene mener at det er svært eller ganske stort behov for å bedre den psykiske helsen i befolkningen. Det er også et flertall som svarer at det er behov for å bedre den psykiske helsen for folk som står nær, mens noen færre føler behov for slik bedring for seg selv. En sammenlikning av resultatene for 2002 og 2007 viser at det er færre som synes det er behov for økt hjelp i befolkningen generelt, mens flere ønsker hjelp for seg selv i 2007 enn i 2002.

Tabell 6.5 *Respondentenes syn på behovet for – og mulighet for – å bedre den psykiske helsen. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden.*
¹ Estimated marginal means. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998

	2002	2007	Endring 2002-2007
<i>Er det behov for å bedre den psykiske helsen i befolkningen?</i>	5,44	5,13	-0,31**
<i>Er det behov for å bedre den psykiske helsen for folk som står deg nær?</i>	4,23	4,38	0,15*
<i>Er det behov for å bedre den psykiske helsen for din egen del?</i>	3,55	3,89	0,34**
<i>Er det mulig for deg å bedre den psykiske helsen for folk som står deg nær?</i>	4,72	4,80	0,08
<i>Er det mulig for deg å bedre din egen psykiske helse?</i>	4,75	4,98	0,23**

¹ Grad av enighet, der 1=I svært liten grad; 7=I svært stor grad.

* Signifikant på 5%-nivå; ** Signifikant på 1%-nivå

Folk er ganske optimistiske når det gjelder egen mulighet for å bidra til å bedre den psykiske helsen. Særlig mener respondentene at det er gode muligheter for å bedre egen psykiske helse, og folk har noe større tro på at dette er mulig i 2007 sammenliknet med i 2002.

6.3 Multivariate analyser: hva kan forklare folks holdninger?

I kapittel 3 viste vi hvordan vi konstruerte indeksene som benyttes som avhengig variabel i noen av de multivariate analysene av folks holdninger til psykisk helse og psykisk syke som presenteres i dette avsnittet.

Vi benytter følgende uavhengige variabler i analysene:

Kjønn

Alder (18-29, 30-44, 45-59, 60+)

Utdanning (grunnskole, videregående skole, lavere universitets-/høyskoleutdanning, høyere universitets-/høyskoleutdanning)

Inntektsnivå (<300 000, 300 000-600 000, >600 000)

Yrkessektor (helse-/velferdstjenester, håndverk/transport/produksjon, kontor/konsulent, privat tjenesteyting, andre yrker)

Bostedsregion (Oslo, Østlandet, Sørøst-Norge, Vestlandet, Midt-Norge, Nord-Norge)

Nært **kjennskap** til mennesker med psykiske problemer/lidelser

I analysene av 2007-materialet har vi dessuten inkludert kontrollvariabelen **Enigbias**. I analysene av det samlede 2002- og 2007-materialet har vi med **Årstall** som uavhengig variabel.

På grunn av behovet for å kontrollere for tendensen til å si seg enig, har vi valgt å foreta analysene i to trinn. Først gjennomfører vi multivariat analyse av 2007-dataene. I denne analysen får vi undersøkt hvilke kjennetegn ved respondentene som ser ut til å ha betydning for holdningene til psykisk syke og psykisk sykdom, kontrollert for bl.a. enighetsbiaset.

I neste trinn gjennomfører vi analyser av 2002- og 2007-dataene samlet. Her får vi ikke kontrollert for tendensen til å si seg enig. Vi vil derfor ikke kommentere på hvordan individuelle kjennetegn påvirker holdningene i denne delen av analysen, men vi får – gitt at tendensen til å si seg enig ikke har endret seg vesentlig i ulike

grupper de siste årene – et bilde av om holdningene har endret seg vesentlig fra 2002 til 2007.

Hva kan forklare stigmatiserende holdninger til psykisk syke og psykisk sykdom

I dette avsnittet undersøker vi om stigmatiserende holdninger til psykisk syke og psykisk sykdom henger sammen med trekk ved den enkelte respondent.

Som vist i kapittel 3 er avhengig variabel en enkel additiv indeks som består av følgende påstander:

1. *Folk som har vært psykisk syke vil aldri være i stand til å arbeide igjen*
2. *Folk med psykiske lidelser blir aldri helt friske igjen*
3. *Folk som er psykisk syke er ofte farlige for omgivelsene*
4. *Det er ikke mye som kan gjøres for en person som får en psykisk lidelse*
5. *Folk som får psykiske lidelser har liten viljestyrke*
6. *Hvis man får psykiske problemer har man mislyktes i livet*

Tabell 6.6 presenterer resultatet av analysen av stigmatiserende holdninger i befolkningen. Analysene av 2007-dataene viser at kvinner gir uttrykk for mindre stigmatiserende holdninger enn menn. Mennesker over 60 år er betydelig mer stigmatiserende i sine holdninger til psykisk syke enn yngre mennesker.

De klassiske ”statusvariablene” har også en betydning for holdningene: folk med universitetsutdanning er mindre stigmatiserende overfor psykiske problemer og lidelser enn folk med lavere utdanning. Inntekt slår ut på samme måte: jo høyere inntekt, desto mindre stigmatiserende holdninger.

Yrkessektor slår mindre ut i forhold til holdninger, med unntak av dem som arbeider innenfor håndverk, transport og produksjon, som legger for dagen mer stigmatiserende holdninger enn folk som arbeider innenfor andre yrker. Det ser ut til å være små forskjeller i holdninger til psykiske problemer og psykisk sykdom i ulike deler av landet.

Kjennskap til en – eller flere – som er psykisk syk bidrar til mindre stigmatiserende holdninger.

Tabell 6.6 *Hva kan forklare stigmatiserende holdninger til psykisk sykdom og psykisk syke? 2007. Jo høyere skåre, desto mer stigmatiserende.¹ Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper.² Estimated marginal means*

<i>Kvinne³</i>	13,4
Mann	14,1
<i>Alder 18-29 år</i>	13,0
Alder 30-44 år	13,1
Alder 45-59 år	13,4
Alder 60 år +	15,7
<i>Grunnskole</i>	15,1
Videregående utdanning	14,2
Lavere universitetsutdanning	13,2
Høyere universitetsutdanning	12,5
<i>Inntekt under 300 000</i>	15,2
Inntekt 300 000-600 000	13,1
Inntekt >600 000	13,0
<i>Helse-/ velferdstjenester</i>	12,9
Håndverk/transport/ produksjon	14,7
Kontor/konsulent	13,7
Serviceyrker	14,3
Andre yrker	13,3
<i>Oslo</i>	12,9
Nord-Norge	14,0
Midt-Norge	13,8
Vestlandet	14,1
Sørøst-Norge	13,8
Østlandet	14,0
<i>Kjenner ingen som har vært syk siste 3 år</i>	14,2
Kjenner noen som er syk	13,4
Gjennomsnitt	13,0
Standardavvik	5,9
N	1854

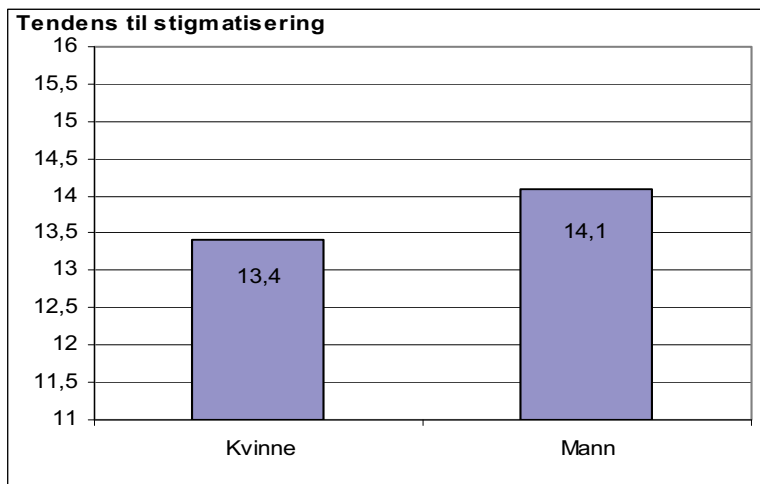
¹ Stigmatiserende holdninger er målt med en indeks basert på seks påstander. Skåren på indeksen kan variere fra 6 (helt uenig i alle 6 påstandene) til 42 (helt enig i alle 6 påstandene).

² I analysene er det kontrollert for samtlige uavhengige variabler som inngår i tabellen samt for tendensen til å si seg enig i påstander (Enigbias)

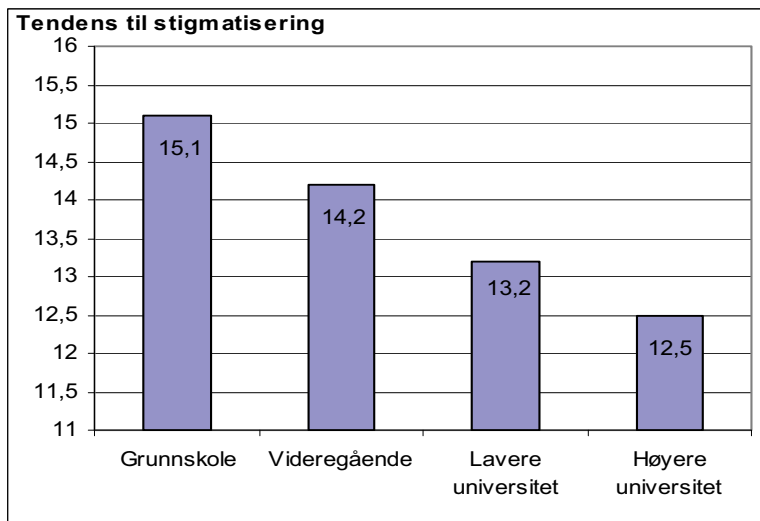
³ For hver gruppe er det valgt en referansekategori som signifikans er beregnet ut fra. Tallene i **Fet skrift** viser at estimert gjennomsnitt for gruppen er signifikant forskjellig fra gjennomsnittet for referanse kategorien på minst 5%-nivå

Figurene 6.2 til 6.6 illustrerer ulike gruppers tendens til stigmatiserende holdninger til psykisk syke. Figurene er basert på estimatene i Tabell 6.6.

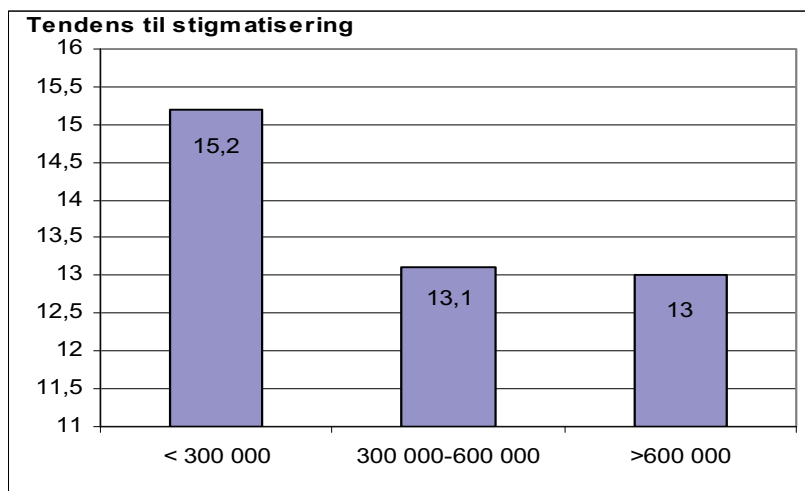
Figur 6.2 *Tendens til stigmatiserende holdninger, etter kjønn. Jo høyere skåre, desto større tendens til stigmatisering*



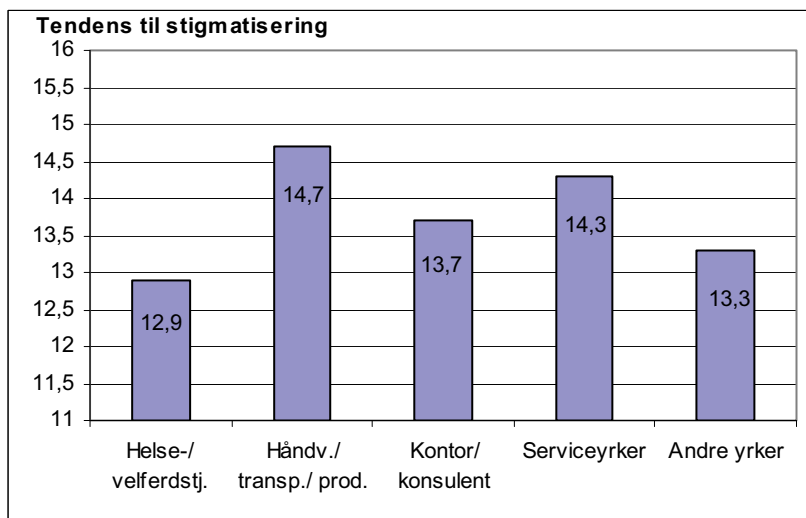
Figur 6.3 *Tendens til stigmatiserende holdninger, etter utdanningsnivå. Jo høyere skåre, desto større tendens til stigmatisering*



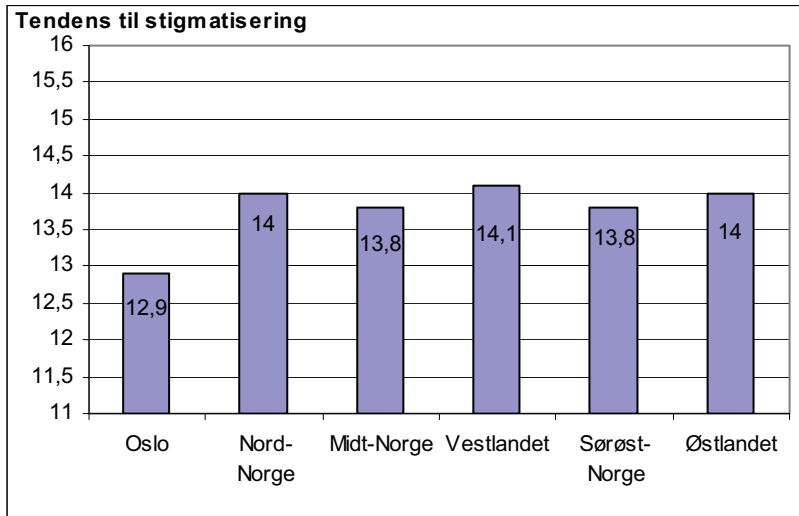
Figur 6.4 *Tendens til stigmatiserende holdninger, etter inntekt. Jo høyere skåre, desto større tendens til stigmatisering*



Figur 6.5 *Tendens til stigmatiserende holdninger, etter yrkesssektor. Jo høyere skåre, desto større tendens til stigmatisering*



Figur 6.6 *Tendens til stigmatiserende holdninger, etter bostedsregion. Jo høyere skåre, desto større tendens til stigmatisering*



Den multivariate regresjonsanalysen av 2002- og 2007-dataene samlet viser også at det er skjedd en endring i holdningene i løpet av perioden (se Tabell V.40 i vedlegg 2). Med den indeksen vi har benyttet for holdninger har folk i 2007 en noe mindre tendens til å ha stigmatiserende holdninger til psykisk sykdom og psykisk syke sammenliknet med i 2002, også når vi kontrollerer for trekk ved personene som er med i undersøkelsene de to årene.

Hva kan forklare ”lettvinte” og optimistiske forestillinger om muligheten til å bli frisk

Informasjonsvirksomheten i tilknytning til Opptreppingsplanen har blant annet søkt å formidle at det går an å bli frisk etter psykisk sykdom, og at det nytter å søke hjelp. Det har også vært et mål å ”almindeliggjøre” psykiske problemer. Denne type informasjon er åpenbart viktig for å redusere tabuer rundt psykisk helse, og for å få folk til å benytte tjenestetilbudet som eksisterer. Samtidig kan det være en viss fare for å underkommunisere kompleksiteten i psykiske helseproblemer. Det er dessuten grunn til å tro at budskapet kan bli oppfattet forskjellig i ulike grupper i befolkningen. Vi synes derfor det er interessant å se nærmere på hva som påvirker folks syn på hva som fungerer som hjelp for folk med psykiske problemer.

I kapittel 3 viste vi hvordan indeksen vi benytter som avhengig variabel er bygget opp av følgende påstander:

1. *Miljøforandringer hjelper ofte på psykiske problemer*
2. *Den beste måten å opprettholde god psykisk helse er å unngå vonde tanker*
3. *God psykisk helse dreier seg i stor grad om å kontrollere følelser*
4. *Ved å hjelpe en som er psykisk syk med økonomiske og sosiale problemer bedres ofte tilstanden*
5. *Folk som trives i jobben sin får sjelden psykiske problemer*

Påstandene er ganske forskjellige, men reliabilitetsanalyser viser at alle påstandene fungerer rimelig godt i en felles indeks. Som tidligere nevnt skiller påstand 4 seg noe fra de andre, og påstanden kan kanskje oppfattes som mindre "lettvint" enn de andre påstandene i indeksen. Samtidig gjør det liten forskjellen for resultatene av den multivariate analysen om påstanden er inkludert eller ikke. Vi har derfor valgt å beholde påstanden som en del av indeksen.

Resultatene av analysen er vist i Tabell 6.7 .

Tabell 6.7 *Hva kan forklare optimistiske og lettvinde holdninger til psykisk sykdom og psykisk syke? 2007. Jo høyere skåre, desto større tro på lettvinde løsninger. ¹ Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. ² Estimated marginal means*

<i>Kvinne³</i>	18,6
Mann	20,3
<i>Alder 18-29 år</i>	19,2
<i>Alder 30-44 år</i>	19,1
<i>Alder 45-59 år</i>	19,3
<i>Alder 60 år +</i>	20,1
<i>Grunnskole</i>	20,8
<i>Videregående utdanning</i>	20,0
<i>Lavere universitetsutdanning</i>	18,9
<i>Høyere universitetsutdanning</i>	18,0
<i>Inntekt under 300 000</i>	19,9
<i>Inntekt 300 000-600 000</i>	19,2
<i>Inntekt >600 000</i>	19,2
<i>Helse-/ velferdstjenester</i>	19,4
<i>Håndverk/transport/ produksjon</i>	20,6
<i>Kontor/konsulent</i>	19,2
<i>Serviceyrker</i>	18,8
<i>Andre yrker</i>	19,1
<i>Oslo</i>	19,3
<i>Nord-Norge</i>	19,1
<i>Midt-Norge</i>	19,4
<i>Vestlandet</i>	19,8
<i>Sørøst-Norge</i>	19,7
<i>Østlandet</i>	19,2
<i>Kjenner ingen som har vært syk siste 3 år</i>	19,6
<i>Kjenner noen som er syk</i>	19,3
Gjennomsnitt	19,3
Standardavvik	5,4
N	1761

¹ Holdningene er målt med en indeks basert på fem påstander. Skåren på indeksen kan variere fra 5 (helt uenig i alle 5 påstandene) til 35 (helt enig i alle 5 påstandene)

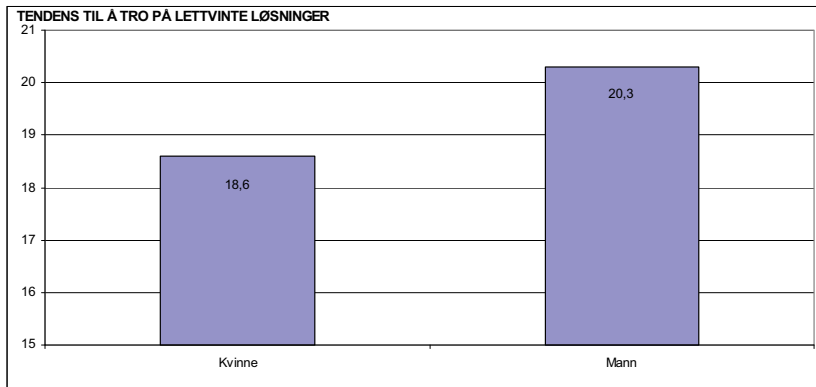
² I analysene er det kontrollert for samtlige uavhengige variabler som inngår i tabellen samt for tendensen til å si seg enig i påstander (Enigbias)

³ For hver gruppe er det valgt en referansekategori som signifikans er beregnet ut fra. Tallene i **Fet skrift** viser at estimert gjennomsnitt for gruppen er signifikant forskjellig fra gjennomsnittet for referansekategorien på minst 5%-nivå

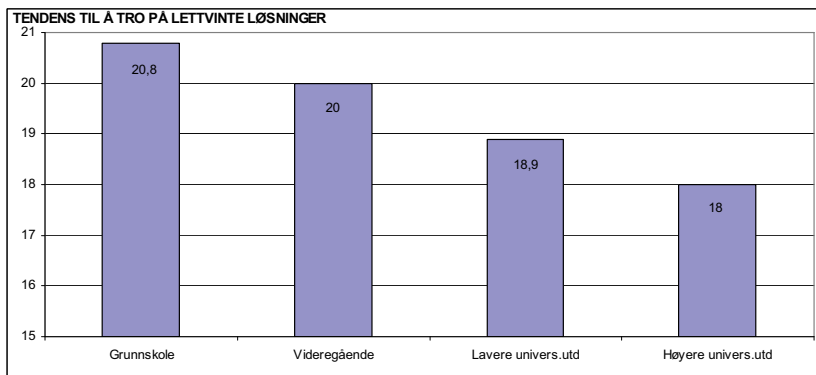
Analysene viser at kvinner ser ut til å ha mindre tro på ”lettvinde” løsninger på psykiske problemer enn menn. Folk med høyere utdanning tror i mindre grad enn folk med bare grunnskole eller videregående utdanning at slike enkle løsninger vil være en god hjelp. Dette kan være et tegn på at budskapene i informasjonskampanjene faktisk oppfattes mer nyansert i høystatusgruppene enn i andre grupper.

Figurene 6.7 og 6.8 er basert på estimatene i Tabell 6.7, og viser tendensen til optimistiske og lettvinde løsninger etter kjønn og utdanning.

Figur 6.7 *Tendens til å tro på lettvinde løsninger, etter kjønn og utdanning. Jo høyere skåre, jo større tendens.*



Figur 6.8 *Tendens til å tro på lettvinde løsninger, etter kjønn og utdanning. Jo høyere skåre, jo større tendens.*



Yrkessektor og bostedsregion ser ut til å ha mindre betydning for troen på enkle løsninger, bortsett fra at folk som arbeider innenfor håndverk, transport eller produksjon i noe større grad enn folk i andre yrker sier seg enig i påstandene som postulerer slike løsninger. Det er dessuten interessant å se at det å kjenne noen som er psykisk syk ikke påvirker – på noen systematisk måte – synet på om denne typen hjelp faktisk virker.

Regresjonsanalyser av det samlede materialet fra 2002 og 2007 viser at folk er klart mer ”optimistiske” i 2007 sammenliknet med i 2002 (se Tabell V45 i vedlegg 2). Det ser med andre ord ut til å være større tiltro til de ganske enkle løsningene på psykiske problemer i 2007 enn fem år tidligere.

Hva kan forklare holdninger til hjelpeapparatets rolle?

For myndighetene vil det være viktig at befolkningen har en forståelse for at det brukes penger på å bygge opp tjenester innefor ulike områder. Vi synes derfor det er interessant å analysere om det er forskjeller mellom ulike grupper i befolkningen med hensyn til legitimiteten i å styrke hjelpeapparatet for folk med psykiske problemer og lidelser.

Tabell 6.8 viser analysene av tre påstander som dreier seg om hjelpeapparatets rolle og viljen til å satse på psykisk helsearbeid.

Analysene viser at kvinner gjennomgående ser ut til å synes at det er viktig at det satses på et hjelpetilbud til folk med psykiske problemer og sykdommer. De eldste er mest tilbøyelige til å mene at den enkelte bør løse sine psykiske problemer selv.

Inntekt er igjen en viktig variabel for å forstå holdninger. Mennesker med middels og høyere inntekt legger for dagen større vilje til å bruke ressurser på tjenester til folk med psykiske problemer og lidelser enn mennesker med lavere inntekt. Folk med universitetsutdanning synes i mindre grad enn folk med lavere utdanning at samfunnet bruker nok ressurser på hjelp til barn og unge med psykiske problemer.

Yrkestilhørighet og bostedsregion ser ut til å ha en viss betydning for holdningene til å satse på hjelpetilbud til denne gruppen. Folk som arbeider innenfor håndverk, transport og produksjon mener i større grad enn andre at folk bør løse sine psykiske problemer selv. De som selv arbeider innenfor helse- og velferdsyrkene mener i

mindre utstrekning enn folk som arbeider innenfor andre yrker at problemer med psykisk helse er overdrevet. Sammenliknet med folk i andre deler av landet, viser folk i Nord- og Midt-Norge større tro på at det brukes nok penger på denne gruppen.

Kjennskap til noen som er psykisk syk slår ikke ut på holdningene til å satse på tilbudet til folk med psykiske problemer, slik det er målt i denne undersøkelsen.

Tabell 6.8 *Hva kan forklare vurderinger¹ knyttet til hjelpeapparatets rolle? 2007. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstandene.¹ Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper.² Estimated marginal means*

	<i>Bør løse problemene selv</i>	<i>Problemer med psykisk helse er overdrevet</i>	<i>Bruker tilstrekkelig ressurser på barn/ unge</i>
<i>Kvinne³</i>	2,0	2,3	2,2
Mann	2,1	2,6	2,5
<i>Alder 18-29 år</i>	2,0	2,6	2,5
<i>Alder 30-44 år</i>	1,9	2,4	2,3
<i>Alder 45-59 år</i>	2,0	2,3	2,2
<i>Alder 60 år +</i>	2,4	2,5	2,3
<i>Grunnskole</i>	2,2	2,6	2,6
<i>Videregående utd.</i>	2,1	2,6	2,3
<i>Lavere universitetsutd.</i>	2,0	2,4	2,2
<i>Høyere universitetsutd.</i>	1,9	2,3	2,1
<i>Inntekt < 300 000</i>	2,1	2,7	2,5
<i>Inntekt 300 000-600 000</i>	2,2	2,3	2,2
<i>Inntekt >600 000</i>	1,9	2,4	2,2
<i>Helse-/ velferdstjenester</i>	1,9	2,3	2,3
<i>Håndv/transp/produksj</i>	2,3	2,5	2,3
<i>Kontor/konsulent</i>	2,1	2,5	2,4
<i>Serviceyrker</i>	1,9	2,6	2,3
<i>Andre yrker</i>	2,0	2,5	2,4
<i>Oslo</i>	2,0	2,4	2,1
<i>Nord-Norge</i>	2,2	2,7	2,6
<i>Midt-Norge</i>	2,0	2,4	2,5
<i>Vestlandet</i>	2,2	2,4	2,3
<i>Sørøst-Norge</i>	2,0	2,5	2,2
<i>Østlandet</i>	2,0	2,4	2,2
<i>Kjenner en syk</i>	2,0	2,4	2,3
<i>Kjenner ikke en syk</i>	2,1	2,6	2,3
Gjennomsnitt	2,0	2,2	2,1
Standardavvik	1,6	1,5	1,5
N	1987	1934	1931

¹ Skåren kan variere fra 1 (Helt uenig) til 7 (Helt enig)

² I analysene er det kontrollert for samtlige uavhengige variabler som inngår i tabellen samt for tendensen til å si seg enig i påstander (Enigbias)

³ For hver gruppe er det valgt en referansekategori som signifikans er beregnet ut fra. Tallene i **Fet skrift** viser at estimert gjennomsnitt for gruppen er signifikant forskjellig fra gjennomsnittet for referanse kategorien på minst 5%-nivå

Analysen av det samlede materialet fra 2002 og 2007 viser at det er små endringer i vurderingen av de to påstandene *Betydningen av problemer med psykisk helse i landet vårt er overdrevet* og *Hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig ressurser på barn og unge med psykiske problemer*.

Samtidig er det klart færre som mener man bør løse problemene selv hvis man får psykiske problemer. Det er med andre ord ingen entydige tegn på større aksept for å bygge ut hjelpetilbudet til psykisk syke i 2007 sammenliknet med i 2002.

6.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett nærmere på holdninger til psykisk syke og psykisk sykdom. Vi har ønsket både å undersøke om det har vært en endring i holdningene i perioden fra 2002 til 2007, og om visse typer holdninger er mer utbredt i noen grupper i befolkningen enn i andre.

Stigmatiserende holdninger til psykisk syke

I undersøkelsene fra 2002 og 2007 har respondentene tatt stilling til en rekke påstander om psykisk syke og psykisk sykdom. Noen av påstandene har ganske eksplisitt stigmatiserende innhold. For alle disse påstandene ligger gjennomsnittsskåren relativt lavt, noe som indikerer at folk flest – i hvert fall spurt på den måten vi har gjort – i liten grad legger for dagen stigmatiserende holdninger overfor psykisk syke. Et klart flertall av respondentene er helt eller delvis uenige i formuleringene. Særlig er det få som er mener at det å få en psykisk lidelse innebærer at man har mislyktes i livet. Det er dessuten betydelig færre respondenter som synes folk med psykiske problemer er en belastning å være sammen med i 2007 sammenliknet med i 2002. Likeledes er det færre som mener at det er flaut å ha en psykisk sykdom i undersøkelsen fra 2007. For de andre tre påstandene kan vi registrere små endringer i perioden fra 2002 til 2007.

Syn på mulighetene for å bli frisk

Undersøkelsen inneholder noen påstander om mulighetene for å bli frisk av psykisk sykdom. Det er et lite mindretall som mener at det ikke er håp for folk som opplever å bli psykisk syk. Samtidig er det et klart flertall som mener at psykiske problemer kan gi styrke. Alt i alt gir våre data inntrykk av at folk flest ser ganske optimistisk

på muligheten for å komme seg etter psykisk sykdom. Optimismen er dessuten mer utbredt i 2007 sammenliknet med 2002.

Endringene er til dels betydelige. I 2007 ser respondentene ut til å mene at det er større muligheter for å bli bedre etter psykisk sykdom, og at det er mulig å komme tilbake til et vanlig liv igjen.

Analysene viser at de fleste respondentene har et ganske realistisk forhold til hva som hjelper folk med psykiske problemer. Det er få som har tro på at man kan kjøpe seg til bedre psykisk helse.

Likevel er det en del mennesker som legger for dagen en tro på ganske lettvinde løsninger på psykiske problemer. Omtrent en av fire er f.eks. helt eller delvis enige i at det å kontrollere følelsene eller unngå vonde tanker hjelper mot psykiske problemer.

Oppslutning om satsingen på hjelpetilbudet til psykisk syke

Resultatene av analysene tyder på at det er ganske stor aksept for økt offentlig satsing på psykisk helsearbeid. Et stort flertall av respondentene er helt eller delvis uenig i påstandene om at hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig ressurser eller at folk bør løse problemene selv. I 2007 er det dessuten betydelig færre som mener at folk bør ordne opp i problemene på egen hånd.

I undersøkelsen ba vi folk ta stilling til behovet for å bedre den psykiske helsen, i befolkningen generelt, for folk som står en nær, og for egen del. Et klart flertall mener at det er svært eller ganske stort behov for å bedre den psykiske helsen i befolkningen. Det er også et flertall som svarer at det er behov for å bedre den psykiske helsen for folk som står nær, mens noen færre føler behov for slik bedring for seg selv. En sammenlikning av resultatene for 2002 og 2007 viser at det er færre som vurderer behovene for hjelp i befolkningen generelt, mens flere ønsker hjelp for seg selv i 2007 enn i 2002.

Folk er ganske optimistiske når det gjelder egen mulighet for å bidra til å bedre den psykiske helsen. Særlig mener respondentene at det er gode muligheter for å bedre egen psykiske helse, og folk har noe større tro på at dette er mulig i 2007 sammenliknet med i 2002.

Ulike holdninger i ulike deler av befolkningen?

Hvis vi ser de multivariate analysene i sammenheng, finner vi klare mønstre i sammenheng mellom kjennetegn ved den enkelte og

holdninger til psykisk syke og psykisk sykdom. For det første er det jevnt over forskjeller mellom kvinners og menns holdninger: i snitt er **kvinner** mindre stigmatiserende i sine holdninger, de har mindre tro på lettvinne løsninger på psykiske problemer, og de er mer positive til å bygge ut hjelpetilbudet til psykisk syke.

Også **alder** er viktig for å forstå holdninger: folk over 60 år legger generelt for dagen mer stigmatiserende holdninger. De eldre har også et noe mindre ønske om et større tilbud av tjenester til de som er syke.

Utdanning og **inntekt** slår til dels ganske likt ut i forhold til folks holdninger. Mennesker med utdanning på universitetsnivå, og mennesker med relativt høy inntekt, er mindre stigmatiserende i sine holdninger til folk med psykiske problemer, og de mener at samfunnet ikke bruker tilstrekkelig ressurser på barn og unge med psykiske plager. De med høyere utdanning har mindre tro på lettvinne løsninger, mens det først og fremst er inntekt som virker inn på synet på om problemet med psykisk helse er overdrevet: Folk med høyere inntekt synes i mindre grad at problemet er overdrevet enn folk med lavere inntekt.

De systematiske utslagene av høy utdanning og inntekt kan indikere at budskapene i informasjonskampanjene faktisk oppfattes annerledes og mer nyansert i høystatusgruppene enn i andre grupper.

Yrkessektor slår mindre ut i forhold til holdninger, med noen unntak. De som arbeider innenfor håndverk, transport og produksjon legger for dagen mer stigmatiserende holdninger enn folk som arbeider innenfor andre yrker. Innenfor denne gruppen finner vi også flest som har tro på lettvinne løsninger, samt flere som mener at folk bør løse sine psykiske problemer selv. Folk som selv arbeider innenfor helse- og velferdsyrker har størst forståelse for at problemer med psykisk helse ikke er overdrevet.

Bostedsregion har liten betydning for holdninger. Det er små forskjeller i holdninger til psykiske problemer og psykisk sykdom i ulike deler av landet.

Kjennskap til noen som er psykisk syk bidrar til mindre stigmatiserende holdninger. Men kjennskap ser ikke ut til å ha stor

betydning for synet på nytten av lettvinde løsninger eller for ønsket om å satse mer på tilbudet til folk med psykiske problemer.

Endringer i holdninger fra 2002 til 2007?

Analysene av forskjellene i holdninger fra 2002 til 2007 viser at det har skjedd visse endringer folks holdninger i perioden. I 2007 finner vi en noe mindre tendens til stigmatiserende holdninger til psykisk sykdom og psykisk syke sammenliknet med i 2002. Samtidig ser det ut til å være større tiltro til de ganske enkle løsningene på psykiske problemer i 2007 enn fem år tidligere. Det er klart færre som mener man bør løse problemene selv hvis man får psykiske problemer i 2007, men det er små endringer i svarene på påstandene om at problemene knyttet til psykisk helse er overdrevet og at hjelpeapparatet bruker nok ressurser på barn og unge med psykiske problemer. Det er med andre ord ingen entydige tegn på større aksept for å bygge ut hjelpetilbudet til psykisk syke i 2007 sammenliknet med i 2002.

7 Oppsummering og konklusjoner

7.1 Innledning

Innledningsvis stilte vi opp tre grupper av problemstillinger for analysene i rapporten:

- Hvordan er befolkningens kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser? Hvilke informasjonskilder oppleves som viktige for å få kunnskaper om dette feltet? Har kunnskapene endret seg i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode? Hvilke forhold ser ut til å påvirke eller forklare folks informasjon og kunnskaper?
- Hvordan er befolkningens ønsker om engasjement og åpenhet i forhold til spørsmål om psykiske problemer og lidelser? Har engasjementet og åpenheten økt i løpet av opptrappingsperioden? Hvilke trekk ved den enkelte påvirker ønsket om engasjement og åpenhet?
- Hvilke holdninger til psykisk syke og psykiske lidelser eksisterer i befolkningen? Har befolkningens holdninger endret seg i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode? Hvilke forhold ser ut til å påvirke eller forklare folks holdninger til psykiske problemer og lidelser?

Undersøkelsen som rapporteres her er ikke en direkte evaluering av Sosial- og helsedirektoratets informasjonsstrategi knyttet til Opptrappingsplanen for psykisk helse. Vi har ikke fokus på enkelttiltak innenfor informasjonsarbeidet. Det vil dessuten være en rekke forhold og hendelser som virker inn på befolkningens

holdninger til og kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser. Likevel kan det være meningsfylt å se om innretningen på informasjonsarbeidet på noen måte kan spores i form av endringer i innbyggernes holdninger og kunnskaper. Ut fra den overordnede informasjonsstrategien for det psykiske helsearbeidet, samt fokuset for informasjonen etter 2002, satte vi opp følgende forventninger til mulige endringer i befolkningens holdninger til, åpenhet overfor, og kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser:

- generelt økt åpenhet og mindre stigmatiserende holdninger
- mer kunnskap om tjenestene utviklet innenfor Opptrappingsplanen, spesielt om kommunenes psykiske helsearbeid
- mer kunnskap om barn og unges psykiske helse
- mer kunnskap om lettere psykiske problemer
- at folk i større grad tror at det finnes hjelp å få for psykiske problemer og lidelser, og at hjelp nytter

7.2 Konklusjoner

Med utgangspunkt i de analysene som er gjort i rapporten, vil vi gi relativt kortfattede svar på spørsmålene som ble stilt innledningsvis.

Informasjon og kunnskap

Hvordan er befolkningens kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser? Har kunnskapene endret seg i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode?

Det synes å være en udekket etterspørsel etter kunnskap om psykisk helse i befolkningen. Nesten halvparten av respondentene synes at de ikke har tilstrekkelig kunnskap om temaet. Et flertall mener at de ikke vet nok om hvordan psykiske problemer og lidelser kan forebygges. Samtidig er meningene delte om hvor lett det er å få tak i informasjon. De som selv kjenner noen som er eller har vært syk etterspør mest informasjon. Disse er gjennomgående relativt tilfreds med den informasjonen de finner.

På bakgrunn av at informasjonen fra myndighetene de senere årene har dreid bort fra fokus på alvorligere psykiske lidelser, til en sterkere vektlegging av lettere problemer, forventet vi at de lettere tilstandene står mer sentralt også i folks bevissthet. Våre data kan tyde på en slik forsiktig dreining, men vi kan ikke trekke klare konklusjoner om dette.

Hvilke informasjonskilder oppleves som viktige for å få kunnskaper om dette feltet?

Det er en klar tendens til at internett blir en stadig viktigere informasjonskanal også om psykisk helse. Internett ser ut til å fortrenge de fleste andre kanaler. Særlig er det en nedgang i folk som søker informasjon hos helsepersonell. Vi hadde forventet at brukerorganisasjonene og deres kontakt- og hjelpetelefoner ville blitt en viktigere kilde for informasjon, men vi kan ikke spore en slik endring i våre data.

Hvilke forhold ser ut til å påvirke eller forklare folks informasjon og kunnskaper?

Alder har betydning for tilgangen på informasjon. De yngste synes det er lettere å finne informasjon enn eldre. Folk med høyere utdanning og folk som jobber innenfor helse- og velferdsfeltet er tryggere på at de har nok kunnskap om ulike sider ved psykisk helse.

Engasjement og åpenhet

Hvordan er befolkningens ønsker om engasjement og åpenhet i forhold til spørsmål om psykiske problemer og lidelser?

Nærhet er viktig både for engasjement og åpenhet. Folk er mest engasjert i den psykiske helsen til folk som står dem nær. Et klart flertall i befolkningen sier de vil engasjere seg hvis en av deres nærmeste får psykiske problemer eller sykdommer.

De aller fleste oppgir at de vil ønske å være åpne om egen eller nærstående eventuelle psykiske problemer. Viljen til åpenhet øker med nærheten til dem man åpner seg for.

Har engasjementet og åpenheten økt i løpet av opptrappingsperioden?

Det synes å være en klar økning i folks engasjement i forhold til psykisk helse i perioden fra 2002 til 2007. Vi finner imidlertid ikke den samme økningen når det gjelder åpenhet.

Hvilke trekk ved den enkelte påvirker ønsket om engasjement og åpenhet?

Kjønn betyr en god del når det gjelder både engasjement og åpenhet: kvinner ønsker å være både mer engasjert og åpne enn menn. Alder betyr lite for engasjementet, men yngre folk (under 30 år) ønsker i mindre grad å være åpne om egen og andres psykiske helse enn folk over 30. Inntekt slår ut på en liknende måte: folk som tjener relativt lite vil i mindre grad være åpne. Utdanning har mindre betydning for engasjement og åpenhet.

Mennesker som arbeider innenfor helse- og velferdsyrkene viser et høyere engasjement for psykisk helse enn folk i andre yrker. Det å kjenne en som er eller har vært syk øker også engasjementet. Slik kjennskap øker også tilbøyeligheten til å være åpen om sykdommen overfor familien, men ikke overfor venner og kolleger. En mulig forklaring kan være at de som selv har psykisk sykdom nært på, i større grad enn andre ser enkelte problematiske sider ved slik åpenhet.

Holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser

Hvilke holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser eksisterer i befolkningen?

Generelt ser folk ut til å være lite stigmatiserende i sine holdninger til psykisk syke, slik det er målt i denne undersøkelsen. De fleste mener dessuten at det er gode muligheter til å bli frisk og få et godt liv igjen hvis man har hatt psykiske problemer. Folk flest ser ut til å ha et ganske realistisk forhold til hva som kan hjelpe en som har psykiske problemer. Det er imidlertid et mindretall som legger for dagen en tro på at relativt lettvinne løsninger vil være en god hjelp.

Vår undersøkelse tyder også på at de fleste har forståelse for behovet for å bygge ut tjenestene for mennesker med psykiske problemer og lidelser. Et klart flertall mener det er et stort behov for å bedre den psykiske helsen i befolkningen, og det er ganske få som mener folk bør løse problemene sine selv.

Folk er også stort sett optimistiske når det gjelder egen mulighet til å bedre den psykiske helsen, både for folk som står en nær og for seg selv.

Har befolkningens holdninger endret seg i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode?

Det har skjedd visse positive endringer i folks holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom i perioden fra 2002 til 2007. Vi finner generelt en mindre tendens til stigmatiserende holdninger i 2007. For eksempel ser vi en reduksjon i andelen mennesker som mener det er flaut å ha en psykisk sykdom. Det synes også å være større optimisme knyttet til mulighetene for å bli frisk i 2007 sammenliknet med i 2002, men samtidig øker tiltroen til ganske enkle løsninger på psykiske problemer.

Det er færre som mener at folk bør løse problemene sine selv i 2007 enn i 2002, noe som – med en viss forsiktighet – kan tolkes som et tegn på økt aksept for at det offentlige bygger ut tjenestetilbudet til folk med psykiske problemer.

Hvilke forhold ser ut til å påvirke eller forklare folks holdninger til psykiske problemer og lidelser?

Kjønn er en viktig variabel for å forstå folks holdninger. Kvinner er gjennomgående mindre stigmatiserende, har mindre tro på lettvinne løsninger, og er mer positive til offentlig hjelp. Også alder har en viss betydning: eldre folk er mer stigmatiserende og støtter i noe mindre grad opp om utbyggingen av tjenestene.

De tradisjonelle statusvariablene utdanning og inntekt ser også ut til å være av betydning. Folk med høy utdanning og folk med høy inntekt har mindre stigmatiserende holdninger og har mindre tro på lettvinne løsninger på psykiske problemer.

Yrke slår mindre ut, bortsett fra at folk som arbeider innenfor håndverk, transport og produksjon synes å ha mer stigmatiserende holdninger, og mener i større grad at folk skal løse problemene sine selv. Folk som selv arbeider innenfor helse- og velferdsyrkene har dessuten større forståelse for å satse på hjelp til psykisk syke.

Det å kjenne noen som er syke har først og fremst betydning for tendensen til stigmatisering: slik kjennskap reduserer tendensene til stigmatiserende holdninger.

7.3 Utfordringer og anbefalinger

På bakgrunn av svarene på spørsmålene vi stilte innledningsvis, er det mulig å se noen utfordringer som myndighetene står overfor i kommunikasjonen med befolkningen når det gjelder psykisk helse. Her trekker vi frem noe av disse utfordringene, og kommer også med noen forsøksvise anbefalinger for det videre arbeidet på dette området.

Det er fortsatt ganske markante forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder kunnskap og holdninger knyttet til psykisk helse. Kvinnene fremstår som bedre informert, mer engasjert, mer åpne og også mer forståelsesfulle og realistiske i sine holdninger. Det ser derfor ut til å være en utfordring å nå frem til menn med informasjon om psykisk helse og psykisk lidelser.

Aldersgruppen over 60 år synes også vanskeligere å nå med informasjon om psykisk helse. Denne gruppen har gjennomgående mer negative holdninger til psykisk syke, og mindre forståelse for hva som skal til for å hjelpe folk med psykiske problemer. De eldre har også stort sett vanskeligere for å skaffe seg informasjon på temaet. Myndighetene bør se nærmere på hvordan eldre innbyggere kan nås med informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser.

De yngste i vår undersøkelse fremstår som minst åpne om psykiske problemer. Det kan være mange grunner til at unge voksne synes det er vanskeligere med åpenhet rundt slike tilstander enn eldre gjør. Myndighetene kan vurdere om en bør skaffe seg mer informasjon om hvorfor åpenhet om psykisk helse oppleves som vanskelig for mange unge voksne.

Statusvariablene utdanning og inntekt gir stort sett ganske betydelige utslag, både på tilgangen på informasjon og på holdningene til folk med psykiske problemer og lidelser. Disse ”statusbaserte” forskjellene kan være en indikasjon på at myndighetenes budskap knyttet til psykisk helse når ulikt ut til ulike grupper. Det kan være grunn til å anta at noen typer informasjon vil kunne tolkes forskjellig av forskjellige grupper mennesker. Det vil derfor være en stadig utfordring for sentrale myndigheter å sikre at informasjonen når ut til og er tilpasset alle grupper i befolkningen.

Hvilken sektor mennesker jobber innenfor har også en viss betydning for informasjon, kunnskap og holdninger. Først og fremst ser vi at folk som arbeider innenfor håndverk, transport og produksjon har avvikende holdninger enn folk i andre yrker. Det kan være grunn til å se nærmere på hvorfor det synes å være mer negative holdninger til psykiske problemer og lidelser blant de som jobber i disse yrkene, og om det er mulig å utforme informasjon som bedre treffer disse menneskene.

Analysene i rapporten kan tyde på at folk i noen grad har oppfanget budskapet om at det er mulig å få hjelp for psykiske problemer, og at det er mulig å komme seg etter psykisk sykdom. Samtidig synes det også å være deler av befolkningen som tror at det finnes ganske enkle løsninger på psykiske problemer og lidelser. Det fremstår som en utfordring for myndighetene å balansere kommunikasjonen om at ”alle” kan få psykiske problemer, at hjelp nytter og at det er mye den enkelte selv kan gjøre, med bevisstgjøringen om at hjelp ofte vil ta tid og være ressurskrevende.

Resultatene kan tyde på at internett ”spiser av” alle andre informasjonskilder. Spesielt er det en stor reduksjon i antall respondenter som sier de søker informasjon om temaer knyttet til psykisk helse hos ulike deler av helsevesenet. Myndighetene bør se nærmere på hvilke implikasjoner det kan ha at folk søker informasjon om psykiske problemer og lidelser på internett snarere enn hos helsepersonell.

Litteratur

- Berglund, F. (2004): ”Indekskonstruksjon: Kun et spørsmål om teknikk?”, *Tidsskrift for samfunnsforskning*, vol. 45, nr. 3, s. 567-586. Universitetsforlaget, Oslo
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001a): ”Noe å snakke om. Overordnet informasjonsstrategi.” *I-1023 B*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001b): ”Helhetlig informasjonsspredning om psykisk helse” *Rundskriv I-38*
- Ketil Thorvik Kommunikasjon AS (2006a): *Medieanalyse. Sosial- og helsedirektoratet. Psykisk helse.*
- Ketil Thorvik Kommunikasjon AS (2006b): *Medieanalyse. Sosial- og helsedirektoratet. Psykisk helse. Verdensdagen analyse.*
- Opinion (2006a): *Undersøkelse om materiellet ”Se meg i Barnehagen”. Telefonundersøkelse med barnehagestyrere og barnehageansatte november 2006.* Opinion, Oslo
- Opinion (2006b): *Undersøkelse om undervisningsmaterieill for psykisk helse. Telefonundersøkelse blant skoleledere og barnehagestyrere november 2006.* Opinion, Oslo
- “... sammen for psykisk helse...” (2003): Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse
- Sosial- og helsedirektoratet m.fl. (2003a): ”Opptappingsplanen for psykisk helse. Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger” *IS-1127 Rapport*

- Sosial- og helsedirektoratet m.fl. (2003b): ”Opptrappingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006” *IS-1128 Rapport*
- Sosial- og helsedirektoratet m.fl. (2004): ”Psykisk helse i skolen 2004-2008” *Brosjyre om opplæringsprogram i skolen*
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): ”Kommunikasjonstiltak Opptrappingsplanen. Kravspesifikasjon”
- Sosial- og helsedirektoratet (2007a): ”Virksomhetsplan og rapportering 2007, Delprosjekt kommunikasjon”
- Sosial- og helsedirektoratet (2007b): *Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. IS-1405
- Sosial- og helsedirektoratet (2006a): *Veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. IS-1332
- Sosial- og helsedirektoratet (2006b): *Medieanalyse. Medieklipp fra våren 2006*
- Sosial- og helsedirektoratet (2006c): *Kommunikasjonsstrategi psykisk helse. Per 10. mai 2006*
- St. meld. nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet*
- St.prp. nr. 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998
- Sverdrup, S. (2002): *Evaluering. Faser, design og gjennomføring*. Fagbokforlaget, Bergen
- Sverdrup, S. og C. Bratt (2003): *Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser*. NIBR-rapport 2003:5. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- TNS Gallup (2004): *Kommunikasjon vedrørende psykisk helse. Rapport fra en spørreundersøkelse blant ansatte i tjenesteapparatet*. TNS Gallup, Oslo

TNS Gallup (2006): *Meninger om bladet Psykisk. Vurderinger gitt av sentrale målgrupper*. TNS Gallup, Oslo

Vedlegg 1

Beskrivelse av utvalgene 2002 og 2007

Kjønn

	Materialet fra 2002	Materialet fra 2007
Kvinne	50	62
Mann	50	38
Totalt	100	100

Alder

	Materialet fra 2002	Materialet fra 2007
18-29	16	11
30-44	35	28
45-59	31	37
60+	18	24
Totalt	100	100

Utdannelse

	Materialet fra 2002	Materialet fra 2007
Grunnskole	14	8
Videregående skole	39	37
Lavere universitetsutdanning	28	32
Høyere universitetsutdanning	19	24
Totalt	100	101

Inntekt

	Materialet fra 2002	Materialet fra 2007
Under kr. 150 000	8	5
150 000 - 299 999	21	14
300 000 - 449 999	29	19
450 000 - 599 000	29	17
600 000 eller over	14	45
Total	101	100

Landsdel

	Materialet fra 2002	Materialet fra 2007
Nord-Norge	11	9
Midt-Norge	14	12
Vestlandet	20	22
Sørøst-Norge	14	13
Østlandet	29	30
Oslo	12	13
Totalt	100	99

Vedlegg 2

Tabeller

Kunnskap og informasjon

Tabell V.1 *Jeg har nok kunnskap om psykiske problemer og psykiske lidelser. Prosent. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	13	15	2
Delvis uenig (kode 2 og 3)	34	31	-3
Verken enig eller uenig (kode 4)	16	16	0
Delvis enig (kode 5 og 6)	24	26	2
Helt enig (kode 7)	11	11	0
Vet ikke/ubesvart	2	1	-1
Totalt	100	100	
Gjennomsnittsskåre	3,8	3,8	0

Tabell V.2 *Det er vanskelig å få tak i informasjon om psykiske problemer og psykiske lidelser. Prosent. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	9	7	-2
Delvis uenig (kode 2 og 3)	25	28	3
Verken enig eller uenig (kode 4)	18	20	2
Delvis enig (kode 5 og 6)	25	28	3
Helt enig (kode 7)	7	7	0
Vet ikke/ubesvart	17	10	-7
Totalt	101	100	
Gjennomsnittsskåre	3,9	4,0	1,0

Tabell V.3 *Jeg vet nok om hvordan det er mulig å forebygge psykiske problemer og psykiske lidelser. Prosent. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	14	15	1
Delvis uenig (kode 2 og 3)	38	36	-2
Verken enig eller uenig (kode 4)	19	18	-1
Delvis enig (kode 5 og 6)	22	24	2
Helt enig (kode 7)	6	6	0
Vet ikke/ubesvart	2	2	0
Totalt	101	101	
Gjennomsnittsskåre	3,5	3,5	0

Engasjement for psykisk helse

Tabell V.4 *Engasjement i forhold til psykisk helse i befolkningen generelt. Prosent. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
I svært liten grad (kode 1)	14	19	5
I liten grad (kode 2 og 3)	38	30	-8
I noen grad (kode 4)	19	15	-4
I stor grad (kode 5 og 6)	22	28	6
I svært stor grad (kode 7)	6	8	2
Vet ikke/ubesvart	2	1	-1
Totalt	101	101	
Gjennomsnittsskåre	3,5	3,6	0,1***

*** Signifikant på 0,01-nivå

Tabell V.5 *Engasjement i forhold til psykisk helse for folk som står deg nær. Prosent. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
I svært liten grad (kode 1)	11	9	-2
I liten grad (kode 2 og 3)	16	16	0
I noen grad (kode 4)	13	12	-1
I stor grad (kode 5 og 6)	34	35	1
I svært stor grad (kode 7)	23	27	4
Vet ikke/ubesvart	3	2	-1
Totalt	100	101	
Gjennomsnittsskåre	4,7	4,9	0,2***

*** Signifikant på 0,01-nivå

Tabell V.6 *Engasjement i forhold til psykisk helse for eget vedkommende.*
 Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$

	2002	2007	Endring 2002- 2007
I svært liten grad (kode 1)	18	16	-2
I liten grad (kode 2 og 3)	17	17	0
I noen grad (kode 4)	12	12	0
I stor grad (kode 5 og 6)	28	29	1
I svært stor grad (kode 7)	21	25	4
Vet ikke/ubesvart	3	2	-1
Totalt	99	101	
Gjennomsnittsskåre	4,3	4,5	0,2***

*** Signifikant på 0,01-nivå

Åpenhet om psykiske problemer

Tabell V.7 *Åpenhet om psykiske problemer overfor familien. Prosent.*
 $N_{2002}=1999, N_{2007}=1998$

	2002	2007	Endring 2002-2007
I svært liten grad (kode 1)	2	2	0
I liten grad (kode 2 og 3)	6	6	0
I noen grad (kode 4)	6	7	1
I stor grad (kode 5 og 6)	35	36	1
I svært stor grad (kode 7)	51	49	-2
Vet ikke/ubesvart	1	1	0
Totalt	101	101	
Gjennomsnittsskåre	6,0	5,9	-0,1

Tabell V.8 *Åpenhet om psykiske problemer overfor venner. Prosent.*
 $N_{2002}=1999, N_{2007}=1998$

	2002	2007	Endring 2002-2007
I svært liten grad (kode 1)	4	3	-1
I liten grad (kode 2 og 3)	12	11	-1
I noen grad (kode 4)	11	13	2
I stor grad (kode 5 og 6)	38	40	2
I svært stor grad (kode 7)	35	33	-2
Vet ikke/ubesvart	1	1	0
Totalt	101	101	
Gjennomsnittsskåre	5,3	5,4	0,1

Tabell V.9 *Åpenhet om psykiske problemer overfor kolleger. Prosent.*
 $N_{2002}=1999, N_{2007}=1998$

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	9	9	0
Delvis uenig (kode 2 og 3)	20	20	0
Verken enig eller uenig (kode 4)	16	14	-2
Delvis enig (kode 5 og 6)	29	34	5
Helt enig (kode 7)	22	20	-2
Vet ikke/ubesvart	4	3	-1
Totalt	100	100	
Gjennomsnittsskåre	4,5	4,6	0,1

Stigmatiserende syn på psykisk syke

Tabell V.10 *Folk med psykiske problemer er en belastning å være sammen med. Prosent.* $N_{2002}=1999, N_{2007}=1998$

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	20	24	4
Delvis uenig (kode 2 og 3)	36	36	0
Verken enig eller uenig (kode 4)	19	18	-1
Delvis enig (kode 5 og 6)	20	15	-5
Helt enig (kode 7)	4	4	0
Vet ikke/ubesvart	2	3	1
Totalt	101	100	
Gjennomsnitt	3,24	3,03	

Tabell V.11 *Det er flaut å ha psykiske problemer. Prosent. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	37	48	11
Delvis uenig (kode 2 og 3)	28	25	-3
Verken enig eller uenig (kode 4)	11	10	-1
Delvis enig (kode 5 og 6)	18	12	-6
Helt enig (kode 7)	5	4	-1
Vet ikke/ubesvart	1	1	0
Totalt	100	101	
Gjennomsnitt			

Tabell V.12 *Folk som er psykisk syke er ofte farlige for omgivelsene. Prosent. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	24	23	-1
Delvis uenig (kode 2 og 3)	46	47	1
Verken enig eller uenig (kode 4)	15	15	0
Delvis enig (kode 5 og 6)	10	10	0
Helt enig (kode 7)	2	3	1
Vet ikke/ubesvart	2	2	0
Totalt	99	100	
Gjennomsnitt			

Tabell V.13 *Folk som får psykiske lidelser har liten viljestyrke. Prosent.*
 $N_{2002}=1999, N_{2007}=1998$

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	39	41	2
Delvis uenig (kode 2 og 3)	31	31	0
Verken enig eller uenig (kode 4)	11	11	0
Delvis enig (kode 5 og 6)	12	12	0
Helt enig (kode 7)	4	3	-1
Vet ikke/ubesvart	3	3	0
Totalt	100	101	
Gjennomsnitt			

Tabell V.14 *Hvis man får psykiske problemer har man mislyktes i livet.*
 Prosent. $N_{2002}=1999, N_{2007}=1998$

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	57	56	-1
Delvis uenig (kode 2 og 3)	30	29	-1
Verken enig eller uenig (kode 4)	6	6	0
Delvis enig (kode 5 og 6)	4	5	1
Helt enig (kode 7)	2	2	0
Vet ikke/ubesvart	1	1	0
Totalt	100	99	
Gjennomsnitt			

Mulighetene til å bli frisk

Tabell V.15 *Folk som har vært psykisk syke vil aldri være i stand til å arbeide igjen. Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	63	66	3
Delvis uenig (kode 2 og 3)	20	20	0
Verken enig eller uenig (kode 4)	4	4	0
Delvis enig (kode 5 og 6)	8	7	-1
Helt enig (kode 7)	4	3	-1
Vet ikke/ubesvart	1	1	0
Totalt	100	101	
Gjennomsnitt			

Tabell V.16 *Man kan ikke gjøre noe med den psykiske helsen, for den er skjebnestyrt. Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	56	63	7
Delvis uenig (kode 2 og 3)	24	23	-1
Verken enig eller uenig (kode 4)	6	4	-2
Delvis enig (kode 5 og 6)	9	6	-3
Helt enig (kode 7)	4	3	-1
Vet ikke/ubesvart	2	1	-1
Totalt	101	101	
Gjennomsnitt			

Tabell V.17 *Det er ikke mye som kan gjøres for en person som får en psykisk lidelse. Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	50	61	11
Delvis uenig (kode 2 og 3)	24	27	3
Verken enig eller uenig (kode 4)	4	3	-1
Delvis enig (kode 5 og 6)	15	6	-9
Helt enig (kode 7)	7	2	-5
Vet ikke/ubesvart	1	1	0
Totalt	101	100	
Gjennomsnitt			

Tabell V.18 *Folk med psykiske lidelser blir aldri helt friske igjen. Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	37	43	6
Delvis uenig (kode 2 og 3)	32	33	1
Verken enig eller uenig (kode 4)	10	7	-3
Delvis enig (kode 5 og 6)	14	10	-4
Helt enig (kode 7)	4	4	0
Vet ikke/ubesvart	3	3	0
Totalt	101	101	
Gjennomsnitt			

Tabell V.19 *Folk som har vært psykisk syke kan aldri bli helt lykkelige igjen. Prosent. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	50	58	8
Delvis uenig (kode 2 og 3)	26	25	-1
Verken enig eller uenig (kode 4)	5	5	0
Delvis enig (kode 5 og 6)	11	8	-3
Helt enig (kode 7)	6	3	-3
Vet ikke/ubesvart	3	2	-1
Totalt	101	101	
Gjennomsnitt			

Tabell V.20 *De fleste psykiske lidelser er medfødt. Prosent. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	42	40	-2
Delvis uenig (kode 2 og 3)	37	39	2
Verken enig eller uenig (kode 4)	10	10	0
Delvis enig (kode 5 og 6)	5	6	1
Helt enig (kode 7)	2	1	-1
Vet ikke/ubesvart	5	4	-1
Totalt	101	100	
Gjennomsnitt			

Tabell V.21 *En psykisk knekk kan på sikt gi livet styrke. Prosent.*
 $N_{2002}=1999, N_{2007}=1998$

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	3	2	-1
Delvis uenig (kode 2 og 3)	13	14	1
Verken enig eller uenig (kode 4)	17	15	-2
Delvis enig (kode 5 og 6)	44	40	-4
Helt enig (kode 7)	21	27	6
Vet ikke/ubesvart	3	2	-1
Totalt	101	101	
Gjennomsnitt			

Optimistisk syn og enkle løsninger

Tabell V.22 *Ved å hjelpe en som er psykisk syk med økonomiske og sosiale problemer, bedres ofte tilstanden. Prosent.* $N_{2002}=1999,$
 $N_{2007}=1998$

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	5	4	-1
Delvis uenig (kode 2 og 3)	26	24	-2
Verken enig eller uenig (kode 4)	21	20	-1
Delvis enig (kode 5 og 6)	35	36	1
Helt enig (kode 7)	10	12	2
Vet ikke/ubesvart	3	4	1
Totalt	100	101	
Gjennomsnitt			

Tabell V.23 *Bare man har mye penger så kan man kjøpe seg god psykisk helse. Prosent. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	69	69	0
Delvis uenig (kode 2 og 3)	21	17	-4
Verken enig eller uenig (kode 4)	4	4	0
Delvis enig (kode 5 og 6)	4	4	0
Helt enig (kode 7)	3	4	1
Vet ikke/ubesvart	1	1	
Totalt	102	99	
Gjennomsnitt			

Tabell V.24 *Miljøforandringer hjelper ofte på psykiske problemer. Prosent. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	3	3	0
Delvis uenig (kode 2 og 3)	23	18	-5
Verken enig eller uenig (kode 4)	21	24	3
Delvis enig (kode 5 og 6)	39	40	1
Helt enig (kode 7)	12	11	-1
Vet ikke/ubesvart	4	4	0
Totalt	102	100	
Gjennomsnitt			

Tabell V.25 *Den beste måten å opprettholde god psykisk helse på er å unngå vonde tanker. Prosent. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	25	18	-7
Delvis uenig (kode 2 og 3)	33	33	0
Verken enig eller uenig (kode 4)	14	16	2
Delvis enig (kode 5 og 6)	17	20	3
Helt enig (kode 7)	7	9	2
Vet ikke/ubesvart	4	3	-1
Totalt	100	99	
Gjennomsnitt			

Tabell V.26 *God psykisk helse dreier seg i stor grad om å kontrollere følelser. Prosent. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998*

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	23	24	1
Delvis uenig (kode 2 og 3)	35	36	1
Verken enig eller uenig (kode 4)	16	14	-2
Delvis enig (kode 5 og 6)	18	17	-1
Helt enig (kode 7)	5	6	1
Vet ikke/ubesvart	3	4	1
Totalt	100	101	
Gjennomsnitt			

Tabell V.27 *Folk som trives i jobben sin får sjelden psykiske problemer.*
Prosent. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	11	10	-1
Delvis uenig (kode 2 og 3)	29	27	-2
Verken enig eller uenig (kode 4)	19	20	1
Delvis enig (kode 5 og 6)	29	33	4
Helt enig (kode 7)	9	8	-1
Vet ikke/ubesvart	3	3	0
Totalt	100	101	
Gjennomsnitt			

Hjelpeapparatets rolle

Tabell V.28 *Hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig resurser på barn og unge med psykiske problemer.* Prosent. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	43	44	1
Delvis uenig (kode 2 og 3)	35	37	2
Verken enig eller uenig (kode 4)	9	8	-1
Delvis enig (kode 5 og 6)	6	6	0
Helt enig (kode 7)	2	2	0
Vet ikke/ubesvart	5	4	-1
Totalt	100	101	
Gjennomsnitt			

Tabell V.29 *Hvis man får psykiske problemer bør man løse dem selv.*
 Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	46	58	12
Delvis uenig (kode 2 og 3)	32	25	-7
Verken enig eller uenig (kode 4)	8	6	-2
Delvis enig (kode 5 og 6)	9	7	-2
Helt enig (kode 7)	3	4	1
Vet ikke/ubesvart	1	1	0
Totalt	99	101	
Gjennomsnitt			

Tabell V.30 *Betydningen av problemer med psykisk helse er overdrevet.*
 Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$

	2002	2007	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	37	38	1
Delvis uenig (kode 2 og 3)	38	39	1
Verken enig eller uenig (kode 4)	9	10	1
Delvis enig (kode 5 og 6)	9	8	-1
Helt enig (kode 7)	3	2	-1
Vet ikke/ubesvart	4	3	-1
Totalt	100	101	
Gjennomsnitt			

Behov for å bedre den psykiske helsen

Tabell V.31 *I hvilken grad mener du det er behov for å bedre den psykiske helsen i befolkningen?*

	2002	2007	Endring 2002-2007
I svært liten grad (kode 1)	1	1	0
I liten grad (kode 2 og 3)	7	10	3
I noen grad (kode 4)	14	19	5
I stor grad (kode 5 og 6)	45	47	2
I svært stor grad (kode 7)	31	21	-10
Vet ikke/ubesvart	3	3	0
Totalt	101	101	
Gjennomsnitt	5,52	5,16	-0,36**

Tabell V.32 *I hvilken grad mener du det er behov for å bedre den psykiske helsen for folk som står deg nær?*

	2002	2007	Endring 2002-2007
I svært liten grad (kode 1)	7	6	-1
I liten grad (kode 2 og 3)	25	21	-4
I noen grad (kode 4)	14	17	3
I stor grad (kode 5 og 6)	31	36	5
I svært stor grad (kode 7)	20	18	-2
Vet ikke/ubesvart	4	3	-1
Totalt	101	101	
Gjennomsnitt	4,46	4,55	0,09

Tabell V.33 *I hvilken grad mener du det er behov for å bedre den psykiske helsen for ditt eget vedkommende?*

	2002	2007	Endring 2002-2007
I svært liten grad (kode 1)	21	18	-3
I liten grad (kode 2 og 3)	30	25	-5
I noen grad (kode 4)	10	12	2
I stor grad (kode 5 og 6)	21	25	4
I svært stor grad (kode 7)	15	18	3
Vet ikke/ubesvart	3	2	-1
Totalt	100	100	
Gjennomsnitt	3,64	3,95	0,31**

Er det mulig å gjøre noe?

Tabell V.34 *I hvilken grad mener du det er mulig for deg å bedre den psykiske helsen for folk som står deg nær?*

	2002	2007	Endring 2002-2007
I svært liten grad (kode 1)	3	4	1
I liten grad (kode 2 og 3)	15	15	0
I noen grad (kode 4)	19	19	0
I stor grad (kode 5 og 6)	49	46	-3
I svært stor grad (kode 7)	13	13	0
Vet ikke/ubesvart	3	3	0
Totalt	102	100	
Gjennomsnitt	4,79	4,74	-0,05

Tabell V.35 *I hvilken grad mener du det er mulig for deg å bedre den psykiske helsen for ditt eget vedkommende?*

	2002	2007	Endring 2002-2007
I svært liten grad (kode 1)	7	6	-1
I liten grad (kode 2 og 3)	15	12	-3
I noen grad (kode 4)	15	14	-1
I stor grad (kode 5 og 6)	42	43	1
I svært stor grad (kode 7)	18	21	3
Vet ikke/ubesvart	4	4	0
Totalt	101	100	
Gjennomsnitt	4,77	4,94	0,17**

Regresjonsanalyser

Tabell V.36 *Hva kan forklare vurderinger knyttet til informasjon og kunnskap? 2007. Multivariat lineær regresjon. Ustandardiserte koeffisienter.*

	<i>Det er vanskelig å få tak i informasjon</i>	<i>Jeg har nok kunnskap</i>	<i>Jeg vet nok om forebygging</i>
Konstant	3,23	2,25	2,28
Kvinne ¹	-,10	,17	,23
Alder 30-44 år ²	,25	,01	-,04
Alder 45-59 år ²	,48	,13	,16
Alder 60 år + ²	,73	-,31	-,14
Videregående utd. ³	,18	,31	,25
Lavere universitetsutd. ³	,02	,89	,76
Høyere universitetsutd. ³	-,17	1,09	,85
Inntekt 300000-600000 ⁴	,03	-,06	-,16
Inntekt >600000 ⁴	-,19	,08	,14
Håndverk/transport/produksjon ⁵	-,06	-,68	-,40
Kontor/konsulent ⁵	,11	-,66	-,46
Serviceyrker ⁵	,49	-,77	-,52
Andre yrker ⁵	-,01	-,39	-,34
Nord-Norge ⁶	,12	,06	,20
Midt-Norge ⁶	-,13	-,17	,13
Vestlandet ⁶	,10	,04	,23
Sørøst-Norge ⁶	-,03	-,09	-,02
Østlandet ⁶	,05	-,03	,01
Enighbias ⁷	,01	,04	,02
Forklart varians R ²	,04	,09	,07

¹ Referansekategori (0) er Mann

² Referansekategori (0) er Alder 18-29 år

³ Referansekategori (0) er Grunnskole

⁴ Referansekategori (0) er Inntekt <300000=0

⁵ Referansekategori (0) er Helse-/velferdstjenester

⁶ Referansekategori (0) er Oslo

⁷ Tendensen til å si seg enig uansett (kontrollvariabel)

Fet skrift: signifikant på minst 5%-nivå

Tabell V.37 *Hva kan forklare engasjement i forhold til psykisk helse? 2007. Multivariat lineær regresjon. Ustandardiserte koeffisienter.*

	<i>Engasjement i forhold til befolkningen</i>	<i>Engasjement i forhold til folk som står nær</i>	<i>Engasjement i forhold til eget vedkommende</i>
Konstant	1,99	3,53	4,66
Kvinne ¹	,47	,55	,46
Alder 30-44 år ²	-,17	-,10	-,16
Alder 45-59 år ²	-,01	-,26	-,32
Alder 60 år + ²	-,08	-,11	-,35
Videregående utd. ³	,41	-,08	-,26
Lavere universitetsutd. ³	,59	,00	-,15
Høyere universitetsutd. ³	,87	,01	-,17
Inntekt 300000-600000 ⁴	,08	,06	-,08
Inntekt >600000 ⁴	,04	-,03	-,04
Håndverk/transport/produksjon ⁵	-,79	-,44	-,47
Kontor/konsulent ⁵	-,78	-,42	-,74
Serviceyrker ⁵	-,58	-,51	-,59
Andre yrker ⁵	-,47	-,21	-,47
Nord-Norge ⁶	,01	-,32	-,13
Midt-Norge ⁶	,22	-,26	,27
Vestlandet ⁶	,22	-,17	-,09
Sørøst-Norge ⁶	-,06	-,32	-,22
Østlandet ⁶	,06	-,22	-,21
Kjenner noen som er syk ⁷	,67	,88	,67
Enigbias ⁸	,02	,03	-,00
Forklart varians (R ²)	,11	,09	,07

¹ Referansekategori (0) er Mann

² Referansekategori (0) er Alder 18-29 år

³ Referansekategori (0) er Grunnskole

⁴ Referansekategori (0) er Inntekt <300000=0

⁵ Referansekategori (0) er Helse-/velferdstjenester

⁶ Referansekategori (0) er Oslo

⁷ Tendensen til å si seg enig uansett (kontrollvariabel)

Fet skrift: signifikant på minst 5%-nivå

Tabell V.38 *Hva kan forklare åpenhet? 2007. Multivariat lineær regresjon. Ustandardiserte koeffisienter.*

	<i>Åpenhet i forhold til familien</i>	<i>Åpenhet i forhold til venner</i>	<i>Åpenhet i forhold til kolleger</i>
Konstant	4,60	4,04	2,53
Kvinne ¹	,51	,67	,54
Alder 30-44 år ²	,15	,55	,82
Alder 45-59 år ²	,34	,76	1,18
Alder 60 år + ²	,42	,72	1,21
Videregående utd. ³	,10	,16	,29
Lavere universitetsutd. ³	-,04	,12	,18
Høyere universitetsutd. ³	-,05	,08	-,05
Inntekt 300000-600000 ⁴	,19	,19	,28
Inntekt >600000 ⁴	,19	,17	,34
Håndverk/transport/produksjon ⁵	-,05	-,26	-,28
Kontor/konsulent ⁵	-,15	-,31	-,22
Serviceyrker ⁵	,28	,27	,45
Andre yrker ⁵	,00	-,06	-,05
Nord-Norge ⁶	,01	-,34	,13
Midt-Norge ⁶	-,02	-,18	,27
Vestlandet ⁶	,06	-,13	,24
Sørøst-Norge ⁶	,04	-,08	,22
Østlandet ⁶	,08	-,12	,21
Kjenner noen som er syk ⁷	,17	,15	,03
Enigbias ⁸	,02	,01	,01
Forklart varians (R ²)	,07	,09	,09

¹ Referansekategori (0) er Mann

² Referansekategori (0) er Alder 18-29 år

³ Referansekategori (0) er Grunnskole

⁴ Referansekategori (0) er Inntekt <300000=0

⁵ Referansekategori (0) er Helse-/velferdstjenester

⁶ Referansekategori (0) er Oslo

⁷ Referansekategori (0) er Kjenner ingen som har vært syk siste 3 år

⁸ Tendensen til å si seg enig uansett (kontrollvariabel)

Fet skrift: signifikant på minst 5%-nivå

Tabell V.39 *Hva kan forklare stigmatiserende holdninger til psykisk sykdom og psykisk syke? 2007. Multivariat lineær regresjon. Ustandardiserte koeffisienter.*

Konstant	5,78
Kvinne ¹	-1,01
Alder 30-44 år ²	,37
Alder 45-59 år ²	,63
Alder 60 år + ²	3,14
Videregående utd. ³	-,38
Lavere universitetsutd. ³	-1,75
Høyere universitetsutd. ³	-2,60
Inntekt 300000-600000 ⁴	-1,95
Inntekt >600000 ⁴	-2,20
Håndverk/transport/ produksjon ⁵	1,30
Kontor/konsulent ⁵	,44
Serviceyrker ⁵	,78
Andre yrker ⁵	,01
Nord-Norge ⁶	1,06
Midt-Norge ⁶	,54
Vestlandet ⁶	,66
Sørøst-Norge ⁶	,34
Østlandet ⁶	,67
Kjenner noen som er syk ⁷	-,58
Enigbias ⁸	,28
Forklart varians (R ²)	,20

¹ Referansekategori (0) er Mann

² Referansekategori (0) er Alder 18-29 år

³ Referansekategori (0) er Grunnskole

⁴ Referansekategori (0) er Inntekt <300000=0

⁵ Referansekategori (0) er Helse-/velferdstjenester

⁶ Referansekategori (0) er Oslo

⁷ Referansekategori (0) er Kjenner ingen som har vært syk siste 3 år

⁸ Tendensen til å si seg enig uansett (kontrollvariabel)

Fet skrift: signifikant på minst 5%-nivå

Tabell V.40 *Hva bestemmer tendensen til stigmatiserende holdninger? 2002 og 2007. Multivariat lineær regresjon*

R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
,405(a)	,164	,160	5,71900

ANOVA(b)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	23590,605	20	1179,530	36,064	,000(a)
Residual	119903,626	3666	32,707		
Total	143494,231	3686			

Coefficients(a)

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	15,494	,566		27,354	,000
Kvinne	-,725	,206	-,058	-3,527	,000
Alder30_44	,950	,315	,071	3,019	,003
Alder45_59	1,924	,315	,146	6,108	,000
Alder60over	4,142	,341	,266	12,142	,000
UtdVidereg	-,727	,332	-,056	-2,190	,029
UtdUnivLavere	-2,575	,354	-,189	-7,283	,000
UtdUnivHøyere	-3,531	,376	-,233	-9,379	,000
InntektMiddels	-1,236	,246	-,097	-5,028	,000
InntektHøy	-2,085	,281	-,156	-7,427	,000
Håndv_tranp_prod	1,325	,342	,068	3,867	,000
Kontor_kons	,162	,275	,010	,588	,557
Service	,630	,444	,022	1,421	,156
Yrker_andre	,049	,318	,003	,155	,877
RegionNord	,452	,449	,029	1,005	,315
RegionMidt	,504	,461	,028	1,093	,274
RegionVest	,420	,451	,024	,931	,352
RegionSørøst	,548	,444	,035	1,233	,218
RegionØst	,480	,426	,033	1,127	,260
Kjenner en som er syk	-,767	,219	-,054	-3,503	,000
Aar2007	-,968	,212	-,078	-4,568	,000

a Dependent Variable: Stigma

Tabell V.45 *Hva kan forklare optimistiske og lettvinte holdninger til muligheten av å bli frisk av psykisk sykdom? 2007. Multivariat lineær regresjon. Ustandardiserte koeffisienter.*

Konstant	11,81
Kvinne ¹	-1,55
Alder 30-44 år ²	-,09
Alder 45-59 år ²	,17
Alder 60 år + ²	2,09
Videregående utd. ³	-,64
Lavere universitetsutd. ³	-1,60
Høyere universitetsutd. ³	-2,71
Inntekt 300000-600000 ⁴	-,83
Inntekt >600000 ⁴	-1,03
Håndverk/transport/ produksjon ⁵	,89
Kontor/konsulent ⁵	-,43
Serviceyrker ⁵	-,61
Andre yrker ⁵	-,60
Nord-Norge ⁶	-,09
Midt-Norge ⁶	,08
Vestlandet ⁶	,16
Sørøst-Norge ⁶	,26
Østlandet ⁶	-,11
Kjenner noen som er syk ⁷	-,23
Enigbias ⁸	,31
Forklart varians (R ²)	,20

¹ Referansekategori (0) er Mann

² Referansekategori (0) er Alder 18-29 år

³ Referansekategori (0) er Grunnskole

⁴ Referansekategori (0) er Inntekt <300000=0

⁵ Referansekategori (0) er Helse-/velferdstjenester

⁶ Referansekategori (0) er Oslo

⁷ Referansekategori (0) er Kjenner ingen som har vært syk siste 3 år

⁸ Tendensen til å si seg enig uansett (kontrollvariabel)

Fet skrift: signifikant på minst 5%-nivå

Tabell V.46 *Hva kan forklare optimistiske og lettvinde holdninger? 2002 og 2007. Multivariat lineær regresjon*

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,392(a)	,154	,149	4,99293

ANOVA(b)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	15804,254	20	790,213	31,698	,000(a)
Residual	87128,243	3495	24,929		
Total	102932,497	3515			

Coefficients(a)

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Sig.
	B	Std. Error	Beta	t	
(Constant)	21,735	,504		43,139	,000
Kvinne	-1,437	,184	-,132	-7,820	,000
Alder30_44	,138	,280	,012	,494	,621
Alder45_59	1,009	,280	,088	3,604	,000
Alder60over	3,046	,304	,225	10,034	,000
UtdVidereg	-,988	,294	-,088	-3,360	,001
UtdUnivLavere	-2,333	,314	-,198	-7,440	,000
UtdUnivHøyere	-3,529	,336	-,267	-10,505	,000
InntektMiddels	-,846	,218	-,076	-3,871	,000
InntektHøy	-1,217	,252	-,104	-4,830	,000
Håndv_tranp_prod	,488	,304	,029	1,607	,108
Kontor_kons	-,362	,247	-,026	-1,467	,142
Service	,501	,401	,020	1,248	,212
Yrker_andre	-,425	,283	-,026	-1,504	,133
RegionNord	-,791	,406	-,058	-1,950	,051
RegionMidt	-,543	,416	-,035	-1,307	,191
RegionVest	-,691	,407	-,045	-1,697	,090
RegionSørøst	-,190	,401	-,014	-,475	,635
RegionØst	-,343	,384	-,027	-,893	,372
Kjenner en som er syk	-,170	,197	-,014	-,865	,387
Aar2007	,671	,190	,062	3,538	,000

a Dependent Variable: OptimistIndeks

Tabell . V.47 *Hva kan forklare vurderinger knyttet til hjelpeapparatets rolle? 2007. Multivariat lineær regresjon. Ustandardiserte koeffisienter.*

	<i>Hvis man får psykiske problemer bør man løse dem selv</i>	<i>Betydningen av problemer med psykisk helse i landet vårt er overdrevet</i>	<i>Hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig ressurser på barn/ unge med psykiske probl.</i>
Konstant	1,15	2,43	2,02
Kvinne ¹	-,22	-,39	-,41
Alder 30-44 år ²	,05	-,35	-,32
Alder 45-59 år ²	,18	-,43	-,37
Alder 60 år + ²	,40	-,21	-,20
Videregående utd. ³	,10	,07	-,16
Lavere universitetsutd. ³	,01	-,24	-,27
Høyere universitetsutd. ³	,03	-,21	-,37
Inntekt 300000-600000 ⁴	-,16	-,29	-,29
Inntekt >600000 ⁴	-,35	-,20	-,24
Håndverk/transport/produksjon ⁵	,35	,09	-,08
Kontor/konsulent ⁵	,02	,05	,09
Serviceyrker ⁵	,05	,23	,03
Andre yrker ⁵	,03	,12	,13
Nord-Norge ⁶	,21	,26	,24
Midt-Norge ⁶	-,02	,09	,17
Vestlandet ⁶	,12	-,03	,05
Sørøst-Norge ⁶	,03	-,01	-,02
Østlandet ⁶	-,04	,09	,04
Kjenner en som er syk	-,04	-,14	-,05
Enighbias ⁷	,03	,02	,03
Forklart varians R ²	,04	,06	,06

¹ Referansekategori (0) er Mann

² Referansekategori (0) er Alder 18-29 år

³ Referansekategori (0) er Grunnskole

⁴ Referansekategori (0) er Inntekt <300000=0

⁵ Referansekategori (0) er Helse-/velferdstjenester

⁶ Referansekategori (0) er Oslo

⁷ Tendensen til å si seg enig uansett (kontrollvariabel)

Fet skrift: signifikant på minst 5%-nivå

Tabell V.48 *Hvis man får psykiske problemer bør man løse dem selv. 2002 og 2007. Grad av enighet. Multivariat lineær regresjon*

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,181(a)	,033	,028	1,624

ANOVA(b)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	349,352	20	17,468	6,622	,000(a)
Residual	10356,220	3926	2,638		
Total	10705,571	3946			

Coefficients(a)

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Sig.
	B	Std. Error	Beta	t	
(Constant)	2,347	,153		15,298	,000
Kvinne	-,178	,056	-,054	-3,148	,002
Alder30_44	,084	,087	,024	,969	,333
Alder45_59	,211	,087	,061	2,428	,015
Alder60over	,460	,094	,113	4,898	,000
UtdVidereg	,012	,089	,004	,137	,891
UtdUnivLavere	-,046	,095	-,013	-,484	,628
UtdUnivHøyere	-,127	,102	-,031	-1,245	,213
InntektMiddels	-,107	,067	-,032	-1,597	,110
InntektHøy	-,318	,077	-,090	-4,137	,000
Håndv_tranp_pr od	,207	,094	,041	2,212	,027
Kontor_kons	,047	,075	,011	,622	,534
Service	,072	,123	,010	,582	,560
Yrker_andre	,062	,087	,012	,706	,480
RegionNord	-,021	,123	-,005	-,174	,862
RegionMidt	,020	,126	,004	,160	,873
RegionVest	-,010	,124	-,002	-,078	,938
RegionSørøst	,046	,122	,011	,379	,705
RegionØst	,080	,117	,021	,686	,493
Kjenner en syk	-,107	,060	-,029	-1,785	,074
Aar2007	-,208	,058	-,063	-3,578	,000

a Dependent Var: hvis man får psykiske problemer bør man løse dem selv

Tabell V.49 *Betydningen av problemer med psykisk helse i landet vårt er overdrevet. 2002 og 2007. Multivariat lineær regresjon*

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,201(a)	,040	,035	1,511

ANOVA(b)

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Regression	364,835	20	18,242	7,993	,000(a)
Residual	8683,909	3805	2,282		
Total	9048,744	3825			

Coefficients(a)

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Sig.
	B	Std. Error	Beta	t	
(Constant)	3,037	,146		20,753	,000
Kvinne	-,313	,053	-,101	-5,867	,000
Alder30_44	-,098	,082	-,030	-1,194	,232
Alder45_59	-,083	,082	-,025	-1,005	,315
Alder60over	,158	,089	,041	1,781	,075
UtdVidereg	-,040	,085	-,013	-,473	,636
UtdUnivLavere	-,252	,091	-,075	-2,784	,005
UtdUnivHøyere	-,322	,097	-,086	-3,320	,001
InntektMiddels	-,142	,063	-,045	-2,254	,024
InntektHøy	-,158	,073	-,048	-2,184	,029
Håndv_tranp_prod	,135	,089	,028	1,525	,127
Kontor_kons	-,010	,071	-,002	-,138	,890
Service	,260	,116	,037	2,238	,025
Yrker_andre	,099	,082	,021	1,203	,229
RegionNord	-,125	,117	-,032	-1,067	,286
RegionMidt	-,128	,120	-,029	-1,066	,286
RegionVest	-,051	,117	-,012	-,432	,665
RegionSørøst	-,171	,116	-,045	-1,481	,139
RegionØst	-,209	,111	-,058	-1,879	,060
Kjenner en som er syk	-,150	,057	-,043	-2,631	,009
Aar2007	-,095	,055	-,031	-1,724	,085

a Dep Var: betydningen av probl med psyk helse i landet vårt er overdrevet

Tabell V.50 *Hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig ressurser på barn/ unge med psykiske problemer. 2002 og 2007. Grad av enighet. Multivariat regresjon*

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,222(a)	,049	,044	1,437

ANOVA(b)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	406,189	20	20,309	9,834	,000(a)
Residual	7816,588	3785	2,065		
Total	8222,777	3805			

Coefficients(a)

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	3,196	,141		22,724	,000
Kvinne	-,379	,051	-,128	-7,439	,000
Alder30_44	-,163	,079	-,052	-2,057	,040
Alder45_59	-,220	,079	-,071	-2,788	,005
Alder60over	-,053	,085	-,015	-,624	,532
UtdVidereg	-,338	,081	-,111	-4,192	,000
UtdUnivLavere	-,453	,086	-,141	-5,255	,000
UtdUnivHøyere	-,615	,092	-,171	-6,680	,000
InntektMiddels	-,196	,060	-,065	-3,238	,001
InntektHøy	-,206	,069	-,065	-2,980	,003
Håndv_tranp_prod	-,108	,085	-,023	-1,265	,206
Kontor_kons	,058	,068	,015	,846	,397
Service	,097	,111	,015	,880	,379
Yrker_andre	,190	,079	,042	2,420	,016
RegionNord	-,136	,112	-,037	-1,217	,224
RegionMidt	-,099	,115	-,023	-,863	,388
RegionVest	,005	,112	,001	,041	,968
RegionSørøst	-,076	,111	-,021	-,687	,492
RegionØst	-,050	,106	-,015	-,470	,638
Kjenner en som er syk	-,181	,054	-,054	-3,325	,001
Aar2007	,024	,052	,008	,462	,644

a Dep Var: hjelpeapp bruker tilstrekkelig ressurser på barn og unge med psyk probl

Vedlegg 3

Avhengige variabler. Variasjonsbredde og standardavvik

Tabell V.51 *Gjennomsnitt og standardavvik for indeksene Stigma og Optimist. Stigma varierer fra 6 til 42 (mest stigmatiserende), Optimist varierer fra 5 til 35 (mest optimistiske)*

	2002			2007		
	N	Gj. snitt	St. avvik	N	Gj. snitt	St. avvik
Stigma	1851	14,1	6,5	1854	13,0	5,9
Optimist	1772	18,9	5,5	1761	19,3	5,4

Tabell V.52 *Gjennomsnitt og standardavvik for spørsmål om kunnskap og informasjon. Variablene varierer fra 1 (helt uenig) til 7 (helt enig)*

	2002			2007		
	N	Gj. snitt	St. avvik	N	Gj. snitt	St. avvik
Vanskelig å få informasjon	1662	3,9	1,7	1817	4,0	1,6
Har nok kunnskap om psykiske problemer	1964	3,8	1,9	1979	3,9	1,9
Vet nok om forebygging av psykiske probl.	1954	3,5	1,7	1967	3,6	1,7

Tabell V.53 *Gjennomsnitt og standardavvik for spørsmål om kjennskap til ulike psykiske lidelser. Variablene varierer fra 1 (svært liten kjennskap) til 7 (svært stor kjennskap)*

	2002			2007		
	N	Gj. snitt	St. avvik	N	Gj. snitt	St. avvik
Angst	1991	5,5	1,4	1992	5,3	1,6
Depresjon	1989	5,5	1,5	1996	5,3	1,5
Fobier	1973	5,0	1,7	1988	4,7	1,8
Psykopati	1958	4,1	2,0	1982	3,9	1,9
Manisk-depressiv sykdom	1966	4,6	1,9	1984	4,5	1,9
Nevrose	1965	3,9	1,8	1973	3,8	1,9
Psykose	1960	3,8	2,0	1979	3,7	2,0
Schizofreni	1969	4,4	1,9	1971	4,2	1,9
Spiseforstyrrelser	1984	5,1	1,7	1986	4,7	1,8
Senil/demens	1980	5,3	1,7	1991	5,2	1,7

Tabell V.54 *Gjennomsnitt og standardavvik for spørsmål om engasjement og åpenhet. Variablene varierer fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad)*

	2002			2007		
	N	Gj. snitt	St. avvik	N	Gj. snitt	St. avvik
Engasjement for psykisk helse i befolkningen	1980	3,5	2,0	1982	3,7	1,9
Engasjement for folk som står nær	1946	4,7	2,0	1964	4,9	2,0
Engasjement for egen psykiske helse	1931	4,3	2,2	1951	4,5	2,1
Vil være åpen i forhold til familien	1983	6,0	1,4	1985	6,0	1,3
Vil være åpen i forhold til venner	1978	5,3	1,7	1990	5,5	1,6
Vil være åpen i forhold til kolleger	1930	4,5	1,9	1938	4,7	1,8

Tabell V.55 *Gjennomsnitt og standardavvik for spørsmål om holdninger til psykisk syke og psykiske lidelser. Variablene varierer fra 1 (helt uenig) til 7 (helt enig)*

	2002			2007		
	N	Gj. snitt	St. avvik	N	Gj. snitt	St. avvik
Folk med psykiske problemer er en belastning å være sammen med	1957	3,2	1,7	1952	3,0	1,7
Det er flaut å ha psykiske problemer	1979	2,8	1,9	1984	2,4	1,8
Folk som er psykisk syke er ofte farlige	1961	2,7	1,5	1958	2,8	1,6
Folk som får psyk lidelser har liten viljestyrke	1941	2,6	1,8	1947	2,4	1,7
Hvis man får psyk lidelser har man mislyktes i livet	1977	1,9	1,4	1978	1,9	1,4
Folk som har vært psyk syke vil aldri være i stand til å arbeide igjen	1988	2,0	1,7	1991	1,9	1,6
Man kan ikke gjøre noe med psyk lidelse, den er skjebnestyrt	1956	2,1	1,7	1983	1,9	1,5
Det er ikke mye som kan gjøres for en med psyk lidelse	1979	2,5	2,0	1985	1,8	1,4
Folk med psyk lidelser blir aldri helt friske igjen	1934	2,7	1,8	1944	2,3	1,7
Folk med psyk lidelser blir aldri helt lykkelige igjen	1939	2,4	1,9	1968	1,9	1,6
En psykisk knekk kan gi livet styrke	1948	5,0	1,6	1958	5,3	1,6

Tabell V.56 *Gjennomsnitt og standardavvik for spørsmål om holdninger til psykisk syke og psykiske lidelser. Variablene varierer fra 1 (helt uenig) til 7 (helt enig)*

	2002			2007		
	N	Gj. snitt	St. avvik	N	Gj. snitt	St. avvik
Ved å hjelpe med øk og sosiale problemer bedres ofte tilstanden	1937	4,3	1,6	1918	4,4	1,6
Man kan kjøpe seg god psykisk helse	1982	1,7	1,4	1982	1,8	1,5
Miljøforandringer hjelper ofte på psyk problemer	1926	4,5	1,5	1913	4,5	1,5
Den beste måten å unngå psyk problemer på er å unngå vonde tanker	1917	3,2	1,9	1932	3,4	1,9
God psyk helse dreier seg om å kontrollere følelser	1931	3,1	1,8	1924	3,0	1,8
Folk som trives i jobben får sjelden psyk problemer	1942	3,9	1,8	1945	4,0	1,7
Hjelpeapparatet bruker nok ressurser på barn og unge med psyk probl	1893	2,2	1,5	1931	2,1	1,5
Hvis man får psyk probl bør man løse dem selv	1982	2,3	1,6	1987	2,0	1,6
Betydningen av probl med psyk helse er overdrevet	1913	2,4	1,6	1934	2,2	1,5

Tabell V.57 *Gjennomsnitt og standardavvik for spørsmål om behov og mulighet for å bedre den psykiske helsen. Variablene varierer fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad)*

	2002			2007		
	N	Gj. snitt	St. avvik	N	Gj. snitt	St. avvik
Behov for å bedre den psyk helsen i befolkningen	1940	5,5	1,4	1939	5,2	1,4
Behov for å bedre den psyk helsen for folk som står nær	1928	4,5	1,9	1947	4,6	1,8
Behov for å bedre den psyk helsen for eget vedkommende	1942	3,6	2,1	1956	3,9	2,1
Mulighet for å bedre den psyk helsen for folk som står nær	1948	4,8	1,5	1920	5,0	1,7
Mulighet for å bedre den psyk helsen for eget vedkommende	1925	4,8	1,8	1920	5,0	1,7

Vedlegg 4

Spørreskjema

Introduksjon

God dag, mitt navn er og jeg ringer fra Vi gjennomfører for tiden en undersøkelse om befolkningens holdninger til og kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser, og i den forbindelse skulle jeg gjerne snakke med en person i husstanden over 18 år.

HVIS JA, LES INNLEDNINGEN UNDER

LES OPP:

Bakgrunnen for denne undersøkelsen er at Sosial- og helsedirektoratet ønsker å finne ut hvilke holdninger til og kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser som er i befolkningen. En hensikt er å få oversikt over områder der det er behov for mer informasjon og mer kunnskap. Resultatene skal brukes til å forbedre informasjonen som kommer fra det offentlige i tiden framover. Undersøkelsen gjennomføres som ledd i evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Du vil være fullstendig anonym og svarene du gir vil ikke kunne kobles til deg.

DATA

Målgruppe: kvinner og menn over 18 år

Utvalg: Landsrep

Antall int: 2000

DEL I: Generelle spørsmål om psykisk helse og psykiske lidelser:

LES OPP: Vi ønsker først å stille deg noen spørsmål om psykisk helse og psykiske lidelser i alminnelighet.

Spørsmål 1.

I hvilken grad er du enig i følgende uttalelser? Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr i svært liten grad og 7 betyr i svært stor grad.

- ...det er vanskelig å få tak i informasjon om psykiske problemer og psykiske lidelser
- ...jeg har nok kunnskap om psykiske problemer og psykiske lidelser
- ...jeg vet nok om hvordan det er mulig å forebygge psykiske problemer og psykiske lidelser

1. I svært liten grad
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
7. I svært stor grad
8. Vet ikke
9. Ikke svar

Spørsmål 2.

I hvilken grad er du engasjert i forhold knyttet til psykisk helse....

- ...i befolkningen
- ...for folk som står deg nær (familie, slekt, venner, kollegaer)
- ...for ditt eget vedkommende

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr i svært liten grad og 7 betyr i svært stor grad.

1. I svært liten grad
- 2.

- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
7. I svært stor grad
8. Vet ikke
9. Ikke svar

Spørsmål 3.

I hvilken grad er du enig i følgende uttalelser.....

- hvis jeg selv eller noen i min nærmeste familie fikk psykiske problemer vil jeg være åpen om dette i forhold til resten av familien
- hvis jeg selv eller noen i min nærmeste familie fikk psykiske problemer vil jeg være åpen om dette i forhold til mine venner
- hvis jeg selv eller noen i min nærmeste familie fikk psykiske problemer vil jeg være åpen om dette i forhold til mine kollegaer på jobben/skolen

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr i svært liten grad og 7 betyr i svært stor grad.

1. I svært liten grad
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
7. I svært stor grad
8. Vet ikke
9. Ikke svar

DEL II: Holdninger og synspunkter

Spørsmål 4.

LES OPP: Jeg vil nå lese opp en del påstander. Her er vi opptatt av dine holdninger til og synspunkter på ulike sider ved psykisk helse og psykiske lidelser.

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr i svært liten grad og 7 betyr i svært stor grad.

I hvilken grad er du enig i følgende utsagn ...

LES OPP – ROTER

- folk som har vært psykisk syke vil aldri være i stand til å arbeide igjen
- hvis man får psykiske problemer bør man løse dem selv
- folk med psykiske problemer er en belastning å være sammen med
- det er flaut å ha psykiske problemer
- folk med psykiske lidelser blir aldri helt friske igjen
- folk som er psykisk syke er ofte farlige for omgivelsene
- en psykisk knekk kan på sikt gi livet styrke
- folk som har vært psykisk syke kan aldri bli helt lykkelige igjen
- bare man har mye penger så kan man kjøpe seg god psykisk helse
- man kan ikke selv gjøre noe med den psykiske helsen, for den er skjebnestyrt
- hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig ressurser på barn og unge med psykiske problemer
- menn har oftere psykiske problemer enn kvinner
- psykiske lidelser har sjelden fysiske årsaker
- ungdomstiden er ofte en farlig periode med hensyn til å utvikle psykiske problemer
- psykiske lidelser er ikke arvelig
- det er lettere for kvinner å komme seg over et psykisk problem enn det er for menn
- miljøforandringer hjelper ofte på psykiske problemer
- den beste måten å opprettholde god psykisk helse er å unngå vonde tanker
- barn kan få like alvorlige sammenbrudd som voksne
- det er ikke mye som kan gjøres for en person som får en psykisk lidelse
- god psykisk helse dreier seg i stor grad om å kontrollere følelser

- betydningen av problemer med psykisk helse i landet vårt er overdrevet
- ved å hjelpe en som er psykisk syk med økonomiske og sosiale problemer bedres ofte tilstanden
- man kan ikke se på en person at vedkommende har en psykisk lidelse
- folk som får psykiske lidelser har liten viljestyrke
- folk som trives i jobben sin får sjelden psykiske problemer
- de fleste psykiske lidelser er medfødt
- psykiske lidelser skyldes som regel svikt hos foreldre eller andre omsorgspersoner
- hvis man får psykiske problemer har man mislyktes i livet
- bruk av medisiner er viktig i behandlingen av psykiske lidelser
- folk med psykiske problemer kan være like hyggelige å være sammen med som andre folk
- det er ikke flaut å ha psykiske problemer
- folk med psykiske lidelser kan bli helt friske igjen
- folk som er psykisk syke er sjelden farlige for omgivelsene
- folk som har vært psykisk syke kan bli helt lykkelige igjen
- man kan selv gjøre mye for å styrke sin egen psykiske helse

1. I svært liten grad
- 2.
- 3.
-
- 4.
- 5.
6. I svært stor grad
7. Vet ikke
8. Ikke svar

Spørsmål 5.

Hvilke ord eller begreper forbinder du med psykiske lidelser?

IKKE LES OPP – FLERE SVAR MULIG

1. Angst
2. Depresjon/depressiv reaksjon

3. Fobier
4. Psykopati
5. Manisk-depressiv sykdom/bipolar lidelse
6. Nevrose
7. Psykose
8. Schizofreni
9. Spiseforstyrrelser (anoreksi/bulimi)
10. Senil/demens
11. Være lei seg
12. Lav selvfølelse
13. Følelse av manglende mening med livet
14. Psykisk utviklingshemmet
15. Annet, **NOTER**
16. Vet ikke/ikke svar

Spørsmål 6.

Jeg skal nå lese opp noen tilstander og betegnelser, og jeg vil be deg angi i hvilken grad du kjenner til hva hver av dem innebærer. Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr i svært liten grad og 7 betyr i svært stor grad.

LES OPP – ROTER

- Angst
- Depresjon/depressiv reaksjon
- Fobier
- Psykopati
- Manisk-depressiv sykdom
- Nevrose
- Psykose
- Schizofreni
- Spiseforstyrrelser (anoreksi/bulimi)
- Senil/demens

1. I svært liten grad
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

7. I svært stor grad
8. Vet ikke
9. Ikke svar

Spørsmål 7.

I hvilken grad mener du det er behov for å bedre følgende forhold...?

- ...den psykiske helsen i befolkningen
- ...den psykiske helsen for folk som står deg nær (familie, slekt, venner, kollegaer)
- ...den psykiske helsen for ditt eget vedkommende

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr i svært liten grad og 7 betyr i svært stor grad.

1. I svært liten grad
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
7. I svært stor grad
8. Vet ikke
9. Ikke svar

Spørsmål 8.

I hvilken grad mener du det er mulig for deg å gjøre noe med følgende forhold....?

- ...bedre den psykiske helsen for folk som står deg nær (familie, slekt, venner, kollegaer)
- ...bedre den psykiske helsen for ditt eget vedkommende

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr i svært liten grad og 7 betyr i svært stor grad.

1. I svært liten grad
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
7. I svært stor grad
8. Vet ikke
9. Ikke svar

DEL IV: Informasjonskilder og informasjonsbehov

LES OPP: Vi går nå over til å stille noen spørsmål om hvor du vil søke informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser dersom du skulle ha bruk for det. Vi er også opptatt av hva du eventuelt vil ha mer informasjon om.

Spørsmål 9.

Hvor ville det være naturlig for deg å søke informasjon dersom du skulle ha spørsmål om psykiske lidelser og/eller psykisk helse?

IKKE LES OPP - FLERE SVAR MULIG

1. Lege
2. Psykolog
3. Familie/kjæreste/samboer
4. Venner/kolleger
5. Psykiater
6. Sykehus/klinikk/behandlingssted
7. Pasient- og brukerorganisasjoner
8. Helsesøster
9. Bedriftshelsetjeneste
10. Internett
11. Bibliotek/bøker
12. Aviser
13. Ukeblader
14. Kontakttelefon/hjelpetelefon
15. Lærer
16. Annet: **NOTER**
17. Vet ikke/ubesvart

Spørsmål 10.

Har du selv hatt behov for å skaffe deg informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser?

1. Ja
2. Nei
3. Husker ikke
4. Ubesvart/Vet ikke

Spørsmål 11.

Er det noe du gjerne skulle visst mer om når det gjelder psykisk helse og psykiske lidelser – og i så fall hva?

IKKE LES OPP – FLERE SVAR MULIG

1. Hva som utløser psykiske problemer/lidelser
2. Om spesielle lidelser
3. Om hvem som kan få psykiske problemer/lidelser
4. Om man blir bra av psykiske problemer/lidelser
5. Om man kan fungere i jobb/skole med psykiske/lidelser
6. Om psykiske problemer/lidelser er arvelig
7. Hvordan jeg selv kan styrke min psykiske helse
8. Andre forhold, **NOTER**
9. Ingen ting/vet ikke

Spørsmål 12.

I løpet av livet vil hver tredje nordmann rammes av en psykisk lidelse. Har noen du kjenner godt hatt psykiske lidelser i løpet av de siste tre årene?

1. Ja
2. Nei
3. Husker ikke
4. Vet ikke/ubesvart

Spørsmål 12 a.

Hvor ville du henvendt deg hvis du trengte hjelp knyttet til egen eller andres psykiske helse?

IKKE LES OPP - FLERE SVAR MULIG

18. Lege
19. Psykolog
20. Familie/kjæreste/samboer
21. Venner/kolleger
22. Psykiater
23. Sykehus/klinikk/behandlingssted
24. Pasient- og brukerorganisasjoner
25. Helsesøster
26. Bedriftshelsetjeneste
27. Internett
28. Bibliotek/bøker
29. Aviser
30. Ukeblader
31. Kontakttelefon/hjelpetelefon
32. Lærer
33. Annet: NOTER
34. Vet ikke/ubesvart

DEL V: Bakgrunnsspørsmål**Spørsmål 13.
REGISTRER**

Fylke og kommune

**Spørsmål 14.
REGISTRER KJØNN**

1. Kvinne
2. Mann

Spørsmål 15.

Hvor stor var ditt husholds samlede brutto årsinntekt i 2001?

1. Under kr. 150.000
2. 150.000 – 299.999
3. 300.000 – 449.999

4. 450.000 – 599.000
5. 600.000 eller over
6. Ønsker ikke å oppgi/vet ikke

Spørsmål 16.

Hva er din høyeste fullførte utdanning?

1. Grunnskole
2. Videregående skole
3. Høyskole/universitet inntil fire år
4. Høyskole/universitet over 4 år

Spørsmål 17.

Kan jeg spørre om din alder?

NOTER**Spørsmål 18.**

Hva er din sivilstand?

1. Gift
2. Samboende
3. Enslig/ugift
4. Enke/enkemann
5. Separert
6. Skilt

Spørsmål 19.

Hvor mange hjemmeboende barn under 18 år bor det i husstanden?

1. Ingen
2. 1
3. 2
4. 3
5. 4 eller flere
6. Vet ikke

Spørsmål 20.

Hva er for tiden ditt viktigste gjøremål eller kilde til livsopphold?
(Hva er din hovedbeskjeftigelse)

1. Arbeidstaker, HELTID
2. Arbeidstaker, DELTID
3. Hjemmearbeidende
4. Trygdet
5. Arbeidsledig
6. Student/Militæret
7. Pensjonist

Spørsmål 21.**HVIS SVART ALT. 1 ELLER 2 I SPM. OVER**

Arbeider du innen...

LES OPP

1. Håndverker/ansatt i lite verkstedmiljø
2. Innen transport/fraktmiljø
3. Innen Administrativt kontormiljø (FORKLAR HVIS NØDV.: Ledere, sekretærer, stab, telefonselgere og liknende som sitter i kontormiljø)
4. Innen Internservice, som kantine, rengjøring, post, mm
5. Konsulent/uteselgermiljø
6. Produksjonsmiljø
7. Butikk/serveringsmiljø
8. Institusjonsmiljø
9. Andre, **NOTER**
10. Ingen av dem

Vedlegg 5

Kort sammendrag

Rapporten omhandler befolkningens kunnskaper om og holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser. Vi ser både på hvordan folk skaffer seg informasjon om psykisk helse, på deres engasjement og åpenhet om psykiske problemer, og på forekomsten av stigmatiserende holdninger i befolkningen. Det er gjennomført analyser av hvordan trekk ved den enkelte henger sammen med informasjon, åpenhet og holdninger.

Et av hovedmålene med rapporten er å studere om det er skjedd endringer i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode. Datainn-samlingen er derfor foretatt i to faser. Nesten identiske spørreundersøkelser til et representativt utvalg i befolkningen ble gjennomført i 2002 og i 2007.

Informasjon og kunnskap

Det synes å være en udekket etterspørsel etter kunnskap om psykisk helse i befolkningen. Nesten halvparten av respondentene synes at de ikke har tilstrekkelig kunnskap om temaet. Et flertall mener at de ikke vet nok om hvordan psykiske problemer og lidelser kan forebygges. Samtidig er meningene delte om hvor lett det er å få tak i informasjon. De som selv kjenner noen som er eller har vært syk etterspør mest informasjon. Disse er gjennomgående relativt tilfreds med den informasjonen de finner.

Det er en klar tendens til at internett blir en stadig viktigere kanal for informasjon om psykisk helse. Internett ser ut til å fortrenge de fleste andre kanaler. Særlig er det en nedgang i folk som søker informasjon hos helsepersonell. Gitt myndighetenes styrking av

brukerorganisasjonene de senere årene, forventet vi at organisasjonene og deres kontakt- og hjelpetelefoner ville blitt en viktigere kilde for informasjon over tid, men vi kan ikke spore en slik endring i våre data.

Alder har betydning for tilgangen på informasjon. De yngste synes det er lettere å finne informasjon enn eldre. Folk med høyere utdanning og folk som jobber i helse- og velferdsyrker er tryggere på at de har nok kunnskap om ulike sider ved psykisk helse.

Informasjonen fra myndighetene de senere årene har dreid bort fra fokus på alvorligere psykiske lidelser, til en sterkere vektlegging av lettere problemer. Vi forventet derfor at lettere tilstander står mer sentralt også i folks bevissthet. Våre data kan tyde på en slik forsiktig dreining av fokus, men vi kan ikke trekke sikre konklusjoner om dette.

Engasjement og åpenhet

Nærhet er viktig både for engasjement og åpenhet. Folk er mest engasjert i den psykiske helsen til folk som står dem nær. Et klart flertall i befolkningen sier de vil engasjere seg hvis en av deres nærmeste får psykiske problemer. De aller fleste oppgir at de vil ønske å være åpne om egen eller nærståendes eventuelle psykiske problemer. Viljen til åpenhet øker med nærheten til dem man åpner seg for. Det synes å være en klar økning i folks engasjement i forhold til psykisk helse i perioden fra 2002 til 2007. Vi finner imidlertid ikke den samme økningen når det gjelder åpenhet.

Kjønn betyr en god del når det gjelder både engasjement og åpenhet: kvinner ønsker å være både mer engasjert og åpne enn menn. Alder betyr lite for engasjementet, men yngre folk (under 30 år) ønsker i mindre grad å være åpne om egen og andres psykiske helse enn folk over 30. Inntekt slår ut på en liknende måte: folk som tjener relativt lite vil i mindre grad være åpne. Utdanning har mindre betydning for engasjement og åpenhet, med ett unntak: folk med høy utdanning sier i større utstrekning enn andre at de vil engasjere seg i befolkningens psykiske helse generelt.

Mennesker som arbeider innenfor helse- og velferdsyrkene viser et høyere engasjement for psykisk helse enn folk i andre yrker. Det å kjenne en som er eller har vært syk øker også engasjementet. Slik kjennskap gir dessuten større tilbøyelighet til å være åpen om sykdommen overfor familien, men ikke overfor venner og kolleger.

En mulig forklaring kan være at de som kjenner noen med psykisk sykdom i større grad ser de mulige problematiske sidene ved å være åpen, særlig hvis det gjelder andres sykdom.

Holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser

Generelt ser folk ut til å være lite stigmatiserende i sine holdninger til psykisk syke. De fleste mener dessuten at det er gode muligheter til å bli frisk og få et godt liv igjen hvis man har hatt psykiske problemer. Folk flest ser ut til å ha et ganske realistisk forhold til hva som kan hjelpe en som har psykiske problemer. Det er imidlertid et mindretall som legger for dagen en tro på at relativt lettvinde løsninger vil være en god hjelp.

Vår undersøkelse tyder på at de fleste har forståelse for behovet for å bygge ut tjenestene for mennesker med psykiske problemer og lidelser. Et klart flertall mener det er et stort behov for å bedre den psykiske helsen i befolkningen, og det er ganske få som mener folk bør løse problemene sine selv. Det er færre som mener at folk bør løse problemene sine selv i 2007 enn i 2002, noe som – med en viss forsiktighet – kan tolkes som et tegn på økt aksept for at det offentlige bygger ut tjenestetilbudet til folk med psykiske problemer.

Det har skjedd visse positive endringer i folks holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom i perioden fra 2002 til 2007. Vi finner mindre tendens til stigmatiserende holdninger i 2007. For eksempel ser vi en reduksjon i andelen mennesker som mener det er flaut å ha en psykisk sykdom. Det synes å være større optimisme knyttet til mulighetene for å bli frisk i 2007 sammenliknet med i 2002, men samtidig øker tiltroen til ganske enkle løsninger på psykiske problemer.

Kjønn er en viktig variabel for å forstå folks holdninger. Kvinner er gjennomgående mindre stigmatiserende, har mindre tro på lettvinde løsninger, og er mer positive til offentlig hjelp. Også alder har betydning: eldre folk er mer stigmatiserende og støtter i noe mindre grad opp om utbyggingen av tjenestene. De tradisjonelle statusvariablene utdanning og inntekt ser ut til å være viktig for holdningene. Folk med høy utdanning og inntekt har mindre stigmatiserende holdninger og mindre tro på lettvinde løsninger på psykiske problemer.

Yrke slår mindre ut, bortsett fra at folk som arbeider innenfor håndverk, transport og produksjon synes å ha mer stigmatiserende holdninger, og i større mener grad at folk skal løse problemene sine selv.