

Sidsel Sverdrup og Christopher Bratt

Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser

Kunnskap og åpenhet
om psykisk helse og
psykiske lidelser

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2002:13	Informasjon, kommunikasjon og forebygging Evaluering av "Om kultur, kropp, kommunikasjon" 156 sider inkl. vedlegg. Kr 250,-
NIBR prosjektrapport 2000:11	Helse og kultur Prosessevaluering av en nasjonal satsing på kultur som helsefremmende virkemiddel 158 sider inkl. vedlegg Kr 195,-
NIBR prosjektrapport 1998:7	Prosjektbyggere og gode hjelpere Prosessevaluering av NONITE- nordnorsk IT-enhet for funksjonshemmede barn og unge 98 sider. Kr 195,-

Publikasjonene kan bestilles fra NIBR:
Postboks 44, Blindern,
0313 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Faks 22 60 77 74
E-post til
berit.willumsen@nibr.no
Se også NIBRs hjemmeside
www.nibr.no

Sidsel Sverdrup og Christopher Bratt

Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser

NIBR-rapport 2003:5

Tittel: **Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser**

Forfatter: Sidsel Sverdrup og Christopher Bratt

NIBR-rapport: 2003:5

ISSN: 1502-9794
ISBN: 82-7071-409-7

Prosjektnummer: O-1888
Prosjektnavn: Befolkningens holdninger til og kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser

Oppdragsgiver: Norges forskningsråd,
Medisin og helse

Prosjektleder: Sidsel Sverdrup

Referat: Rapporten er første del av et prosjekt som i to faser undersøker befolkningens kunnskaper om og holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser. Det gjennomføres surveyundersøkelser basert på telefonintervjuer i 2002 og 2005. Resultatene fra undersøkelsene sammenliknes for å studere endringer i holdninger og kunnskaper.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: Februar 2003

Antall sider: 105

Pris: Kr 250,-

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

Trykk: Nordberg A.S.
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2003

Forord

Denne rapporten, *Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser*, er utført på oppdrag fra Norges forskningsråd. Den utgjør første del av et prosjekt om befolkningens holdninger til og kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser. Prosjektet skal i sin helhet ferdigstilles i 2006.

Denne foreliggende delen, som er en underveisrapport, studerer og analyserer befolkningens holdninger til og kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser slik disse er registrert i 2002. Den andre delen skal studere de samme forholdene, slik de blir registrert i 2005, men eventuelle endringer i holdninger og kunnskaper mellom de to tidspunktene skal i tillegg sammenliknes og analyseres.

Selv om arbeidet i forbindelse med foreliggende rapport ble påbegynt i september 2001 og slutført i 2002, er prosjektet likevel svært begrenset ettersom det kun har disponert 3 månedsverk fra oppstart til avslutning.

Prosjektet er ledet av dr. polit. Sidsel Sverdrup. Hun har hatt ansvar for opplegg og gjennomføring, og har skrevet kapitlene 1–6 og 8. Dr. polit. Christopher Bratt har foretatt dataanalysene i kapittel 7 og vedlegg 2, og han har også skrevet kapitlet og vedlegget.

NIBR, februar 2003

Arvid Strand
Forskningsjef

Innhold

Forord	1
Innhold.....	2
Tabelloversikt	4
Figuroversikt.....	6
Sammendrag	7
Summary.....	10
1 Innledning	13
1.1 Bakgrunn og tema	13
1.2 Problemstillinger	15
1.3 Framstillingsform.....	16
2 Informasjon og forebygging	18
2.1 Informasjon som virkemiddel	18
2.2 Sentral informasjonsstrategi.....	20
2.3 Forebygging ved hjelp av informasjon.....	24
2.4 Kort oppsummering	26
3 Psykisk helse og psykiske lidelser	27
3.1 Psykisk helse og psykiske lidelser i befolkningen	27
3.2 Holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser	29
3.3 Kort oppsummering	32
4 Undersøkelsesopplegg	34
4.1 Metodevalg og datakilder.....	34
4.2 Beskrivelse av utvalget	36
4.3 Oppsummering.....	37
5 Åpenhet, nærhet og kunnskap.....	38
5.1 Åpenhet og nærhet	39
5.1.1 Åpenhet	39
5.1.2 Nærhet.....	41
5.2 Kunnskap og informasjon	47
5.2.1 Kunnskapsstatus.....	47
5.2.2 Behov for bestemt kunnskap.....	51
5.2.3 Tilgang til informasjon.....	54
5.3 Oppsummering og konklusjoner	58

6	Synspunkter på ulike temaområder	61
6.1	Utgangspunkt for presentasjon av resultater	62
6.2	Generelle synspunkter	63
6.3	Synspunkter på årsaker	65
6.4	Synspunkter på konsekvenser	67
6.5	Synspunkter på barn og unge	69
6.6	Synspunkter på løsninger	71
6.7	Oppsummering og konklusjoner	73
7	Holdninger til psykiske lidelser	75
7.1	Forskjeller avhengig av sosiodemografiske ulikheter og yrker	76
7.2	Holdninger relatert til erfaring, åpenhet og oppfatning om egen kunnskap	80
7.3	Konklusjon	80
8	Avslutning	82
8.1	Noen hovedresultater	82
8.2	Utfordringer	84
	Litteratur	86
	Vedlegg 1 Spørreskjemaet	88
	Vedlegg 2 Detaljer om den modelltestende analysen i kapittel 7	97

Tabelloversikt

Tabell 4.1	<i>Beskrivelse av utvalget. N=1999.....</i>	37
Tabell 5.1	<i>Vurdering av egen åpenhet om psykiske problemer overfor familie, venner og kollegaer. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1999.....</i>	40
Tabell 5.2	<i>Vurdering av behov for å bedre psykisk helse i befolkningen, hos egen familie, samt for eget vedkommende. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1999.....</i>	41
Tabell 5.3	<i>Vurdering av behov for å bedre den psykiske helsen i befolkningen, for folk som står en nær, samt for eget vedkommende. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad): Kode 7 samt snittscorer. Prosent. N=1997.....</i>	43
Tabell 5.4	<i>Vurdering av egne endringsmuligheter for å bedre den psykiske helsen i befolkningen, for folk som står en nær, og for eget vedkommende. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1997....</i>	44
Tabell 5.5	<i>Om noen man kjenner godt har hatt psykiske lidelser i løpet av de siste tre årene? N=1995. Prosent.....</i>	45
Tabell 5.6	<i>Engasjement i forhold til psykiske helse mht befolkningen, folk som står en selv nær, samt for eget vedkommende. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1999.....</i>	46
Tabell 5.7	<i>Hva man forbinder med psykiske lidelser. Flere svar mulig. Prosent. N=1997.....</i>	48
Tabell 5.8	<i>Grad av kjennskap til noen tilstander og betegnelser. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad): Kun kode 7 samt snittscorer. Prosent. N=1997.....</i>	50
Tabell 5.9	<i>Hva man skulle visst mer om. Flere svar mulig. Prosent. N=1995.....</i>	52

Tabell 5.10	<i>I hvilken grad er det vanskelig å få tak i informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser? Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1999</i>	54
Tabell 5.11	<i>Hvor man vil søke informasjon. Fordelt etter kjønn og alder. Flere svar mulig. Prosent. N=1996</i>	56
Tabell 5.12	<i>Om IO selv har hatt behov for å skaffe seg informasjon. Prosent. N=1996</i>	57
Tabell 6.1	<i>Generelle synspunkter knyttet til psykiske problemer. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1999</i>	64
Tabell 6.2	<i>Synspunkter på ulike årsaker til psykiske lidelser. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1999</i>	66
Tabell 6.3	<i>Synspunkter på konsekvenser av psykiske lidelser. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1999</i>	68
Tabell 6.4	<i>Synspunkter på psykiske problemer hos barn og unge. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1999</i>	70
Tabell 6.5	<i>Synspunkter på ulike typer løsninger på psykiske problemer og psykiske lidelser. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1999</i>	72
Tabell 7.1	<i>Forskjeller avhengig av alder, kjønn og utdanning. Ustandardiserte effekter, positive tall indikerer mer positive holdninger</i>	77
Tabell 7.2	<i>Forskjeller avhengig av yrke. Transport/frakt er brukt som referansekategori. Ustandardiserte effekter, positive tall indikerer mer positive holdninger</i>	78
Tabell 7.3	<i>Forskjeller avhengig av husholdningsinntekt blant enslige (n=509). Ustandardiserte verdier. Positive tall indikerer mer positive holdninger</i>	79
Tabell 7.4	<i>Forskjeller avhengig av husholdningsinntekt blant gifte og samboende (N=1461). Ustandardiserte verdier. Positive tall indikerer mer positive holdninger</i>	79

Figuroversikt

Figur 7.1	<i>Modellen som ble brukt som utgangspunktet for undersøkelser av sosiodemografiske forskjeller</i>	76
-----------	---	----

Sammendrag

Sidsel Sverdrup og Christopher Bratt

Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser

NIBR-rapport 2003:5

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 er en omfattende helsepolitisk satsing for styrking og utvikling av tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Foreliggende prosjekt inngår som ledd i evaluering av denne satsingen

Denne rapporten redegjør for resultater fra første del av et prosjekt som skal gjennomføres i to faser. Det er utført i løpet av 3 månedsverk. Spørsmålene som det totale prosjektet skal omhandle er hvilken kunnskap om og holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser som finnes i befolkningen, og i hvilken grad disse er endret i løpet av opptrappingsplanens planperiode. Ved hjelp av telefonintervjuer på bakgrunn av et strukturert spørreskjema gjennomføres det undersøkelser i befolkningen på to forskjellige tidspunkter, i 2002 og i 2005.

Rapporten omhandler spørsmål i tilknytning til åpenhet, nærhet og kunnskap, i tillegg til synspunkter på ulike forhold knyttet til psykisk helse og psykiske lidelser, herunder syn på årsaker, konsekvenser, løsninger samt forhold som angår barn og unge.

Med hensyn til åpenhet, nærhet og engasjement peker resultatene på at dette er forhold som er relatert til hverandre. Vurdering av egen åpenhet om psykisk helse varierer i betydelig grad avhengig av hvem man eksponeres overfor. Jo nærmere folk står hverandre desto større grad av åpenhet er man villig til: Over halvparten av befolkningen vil være åpne om psykiske problemer i svært stor grad overfor egen familie. Når grad av nærhet reduseres, reduseres imidlertid også villighet til å være åpen. Bare en tredel ønsker svært stor grad av åpenhet om psykiske problemer overfor venner. Grad av åpenhet reduseres ytterligere parallelt med økt distanse, slik at bare om lag en femdel vil være åpne om egne psykiske problemer overfor kollegaer.

Nærhet, slik det er behandlet i rapporten, handler om enkeltpersoners direkte forhold til hverandre i nær familie, blant venner og kollegaer, uttrykt som konkrete relasjoner man forholder seg til. Denne formen for nærhet og ønsker om åpenhet følger hverandre slik at når grad av nærhet er stor er ønsket om åpenhet det også, og omvendt. En annen form for nærhet handler om vurdering av hos hvem man mener det er behov for eventuell bedring av den psykiske helsen. Her er tendensen i resultatene også klar: størst grad av bedringsbehov i forhold til psykisk helse tillegges personer som står fjernt fra en selv. Og jo nærmere en selv en relasjon er, desto mer reduseres vurdering av behov for bedring: Det er langt flere som mener det er behov for å bedre befolkningens psykiske helse, mens betydelig færre mener det er behov for å bedre egne venners psykiske helse, og enda færre mener det er behov for å bedre egen psykisk helse. Litt enkelt sagt framkommer en forestilling om at det på et abstrakt plan står dårligere til med befolkningens psykiske helse enn med egne venners, som det igjen står dårligere til med enn med ens egen. Samtidig mener betydelig færre at de kan bidra med noe for å bedre befolkningens psykiske helse, mens flere mener de kan bidra for å bedre egne venners psykiske helse, og flest mener de kan bidra for eget vedkommende.

Resultatene peker også på at et flertall har hatt et forholdsvis nært og konkret forhold til psykiske lidelser. Nesten 3 av 4 personer forteller nemlig at noen de kjenner godt har hatt psykiske lidelser i løpet av de siste tre årene. Mange er altså berørt av psykiske problemer og psykiske lidelser, og om lag halvparten av alle som er intervjuet opplyser at de selv har hatt behov for å skaffe seg informasjon om dette. For de flestes vedkommende er det mest naturlig å henvende seg til en lege for å få informasjon, mens et lite antall synes det er naturlig å henvende seg til psykolog eller psykiater. Internett er forholdsvis flittig benyttet, med unntak av de over 50 år. De fleste andre mulige informasjonskilder er benyttet i begrenset grad.

Når det gjelder konkret kunnskapsnivå, peker dataene fra denne undersøkelsen på at det folk flest vanligvis forbinder med psykiske lidelser er tilstander som depresjon eller depressiv reaksjon, angst, schizofreni og å være manisk-depressiv. Bare en mindre andel sier at de har god kjennskap til hva de aktuelle tilstandene innebærer.

I rapporten analyseres også synspunkter på og holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser. Dette gjøres ved hjelp av et omfattende spørsmålsbatteri som består av 32 spørsmål. Resultatene er presentert som uttrykte meninger overfor enkeltutsagn (i kapittel 6), og de er

analysert for å se om de uttrykte meningene kan brukes som indikatorer for holdninger til psykiske lidelser (i kapittel 7).

Stillingtagen til enkeltutsagnene er tematisk ordnet slik at man får en presentasjon av generelle synspunkter, synspunkter på årsaker, konsekvenser, og løsninger, samt på forhold som omhandler barn og unge.

En enkel gjennomgang av svarfordelinger peker på en del skillelinjer i befolkningen, men også på en del områder som det synes i stor grad å være samstemmighet omkring. Det er for eksempel en utbredt oppfatning at man ikke har mislyktes i livet selv om man får psykiske problemer. Det samme gjelder en forestilling om at man kan se på en person om vedkommende har en psykisk lidelse. Dette er det liten støtte for i data. Svarene viser også at de fleste mener det ikke er noen sammenheng med liten viljestyrke og psykiske lidelser.

Flertallet mener at man selv kan gjøre noe for å bedre den psykiske helsen, mens et mindretall mener psykiske lidelser er medfødt. Resultater antyder en oppfatning om at det ligger et betydelig handlingspotensial hos folk flest til å ta hånd om sin egen situasjon.

Den mer omfattende analysen av holdninger til psykiske lidelser (kapittel 7 og vedlegg 2) peker på at de spørsmålsformer som ble brukt i datainnsamlingen (og som blant annet har vært benyttet ved tidligere undersøkelser for å kartlegge befolkningens synspunkter på og meninger om psykiske lidelser) inneholder såkalte målefeil. For resultatene innebærer dette at vi kan gå ut fra at en del av dem som uttrykte negative holdninger overfor psykiske lidelser (jf kapittel 6) i virkeligheten er mer positive i sin innstilling. Løsningen på dette vil bli overlatt til prosjektets neste fase. Da vil vi også foreta sammenlikningen av resultatene fra de to undersøkelsene, og framskaffe viktig informasjon om eventuelle forskjeller i holdninger målt på to forskjellige tidspunkt.

Summary

Sidsel Sverdrup and Christopher Bratt

Knowledge, openness, mental health and psychiatric disorders

NIBR report 2003:5

Development of the Mental Health Plan for 1999-2006 is a comprehensive plan intended to strengthen and develop services for those suffering from mental problems. This project represents just one element in the evaluation of this effort.

This report accounts for findings from the first of two surveys on knowledge and attitudes surrounding mental health and psychiatric disorders. This first survey was completed over a three month period in 2002; the concluding survey, which will look at changes that might have come about in the intervening years, will be carried out in 2005. The use of telephone interviewing is the method used in both surveys.

The report discusses issues related to openness, relational proximity and knowledge of mental health and psychiatric disorders, including factors such as causes, consequences, solutions and issues related to children and adolescents.

The findings show a consistent level of interrelatedness between openness, relational proximity and involvement. People's assessment of their own willingness to speak openly about mental health concerns varies widely depending on several factors. The closer people are, the more likely they are to be prepared to address such issues. More than half of the population are prepared to speak about mental health problems within their own family. As relational distance increases, willingness decreases. Only a third are prepared to speak openly about psychological problems with their friends. Levels of willingness fall further in step with increased relational distance: only a fifth feel they could be frank about mental health issues with their colleagues at work.

Relational proximity, as dealt with in this project, refers to actual relationships between family members, between friends and between colleagues. The closer the relationship, the more people are willing to speak frankly about mental health issues, and vice versa. Another form of relatedness comes into play when we ask people to identify who they feel are in need of better mental health. And the trend is relatively clear on this question. The greater the relational distance, the more likely people will believe that others' mental health is under par, and the closer the relationship, the less likely that assumption will obtain. A great many people feel that the mental health of the population at large is under par, fewer feel this applies to their friends, and fewer still to their own mental health. There appears to be an idea that the population's mental health is worse than one's friends, and that their mental health in turn is poorer than one's own. At the same time, few people feel they could do anything to improve the mental health of the nation, more feel they might be able to help their friends and most feel they can help themselves.

The findings also show that experiences of psychological disorders is quite widespread. Nearly 75 per cent say that somebody they know well has suffered from some psychological disorder in the past three years. Many people are therefore affected in some way in this area. About half of our interviewees say that they themselves have had occasion to obtain information on mental health issues. Most people feel their doctor would be the most obvious person to approach, though a small minority say that psychologist or psychiatrist would be as viable. Apart from the over-fifties age group, the Internet serves as a popular information channel. Most of the other possible sources of information are considerably less popular.

With regard to actual knowledge, the study shows that most people associate psychiatric disorders with depression or depressive reactions, anxiety, schizophrenia and manic-depressive disorders. Only a minority say they know in detail what the various designations actually entail, however.

The report also analyses the opinions and attitudes to mental health and psychiatric disorders. Thirty-two questions covering a wide range of issues were put to the interviewees. Findings are presented in statement-response categories (Chapter 6), and are analysed to see if the opinions expressed could be used as indicators of attitudes to psychiatric disorders (Chapter 7).

Responses to the statements are presented in the following sequence: general opinions come given first, followed by opinions concerning

causes, consequences and solutions. The final segment concerns issues related to children and adolescents.

An initial review of the response distributions indicates divisions and concurrence. For instance, people do not believe a person will have failed in life simply because they have suffered from mental problems. There is also agreement that it is impossible to tell whether somebody is suffering from mental problems simply by looking at them. Nor do most people believe there is any connection between psychiatric disorders and low will power or resolve.

The majority feel that people have the ability to improve their own mental health. A minority believe the disposition for mental health problems is innate. The findings show that people are very prepared indeed to do something with their own situation should the need arise.

The detailed analysis of attitudes to psychiatric disorders (Chapter 7 and appendix 2) uncovered measurement errors connected with the types of questions that were used (and which have also been used in earlier studies on public attitudes to mental health). This means that some of the negative opinions were actually less negative than assumed (cf. Chapter 6). We will address this problem in the next fase of the project. The results from both surveys will then be compared, thus providing important information on possible changes in public attitudes registered at the two points of time.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og tema

Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 er en omfattende helsepolitisk satsing for styrking og utvikling av tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Planen bygger på St. meld. nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet*, som gir en oversikt over status for tjenestene og utfordringene på feltet. Planen trekker opp flere overordnede helsepolitiske mål, samt måltall og hovedsatsingsområder. Et viktig mål er å legge til rette for en planmessig utbygging av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser ved hjelp av en omfattende bruk av virkemidler. Samlet skal disse bidra til at de overordnede målene blir oppnådd, og at intensjonene i planen blir realisert.

Både mål og virkemidler er gjenstand for en omfattende forskningsbasert evaluering. Utgangspunktet for evalueringen er prinsipper og mål slik de er formulert i St. meld. nr. 25 (1996-97) og i St. prp. nr. 63 (1997-98). Det overordnede målet med evalueringen er å følge opptappingsplanen etter hvert som den gjennomføres. På denne måten kan man blant annet justere bruken av virkemidlene planen benytter underveis i planperioden.

I gjennomføringen av opptappingsplanen benyttes både økonomiske, organisatoriske og juridiske virkemidler, samt brukervedvirkning og informasjon. Dette prosjektet retter søkelyset mot befolkningens kunnskaper om og holdninger til psykiske lidelser og psykisk helse. De resultater prosjektet frambringer vil særlig være relevante som innspill i forhold til hvordan informasjonsvirkemidlet bør innrettes, vinkles og utvikles i løpet av planperioden – både tematisk og innholdsmessig, så vel som i forhold til ulike målgrupper. På denne måten kan resultatene også anvendes i forebyggende sammenheng.

I følge virkemiddelteori anvendes virkemidlene det offentlige har til disposisjon på ulike måter og med ulik hensikt. Den overordnede hen

sikten med samtlige er å påvirke og legge føringer i bestemte retninger for å få til ønskede endringer, for eksempel å realisere et høyere velferdsnivå for borgerne (Sverdrup og Rasmussen, 2000), eller som i dette tilfellet å bidra til et økt kunnskapsnivå som man dernest tenker seg vil bidra positivt i så vel forebyggende og helsefremmende sammenheng som til å redusere fordommer.

På mange måter griper virkemidlene inn i hverandre. For eksempel er informasjon et virkemiddel som anvendes for å sikre at reguleringer og økonomiske tiltak blir mer styringseffektive ved at kunnskap om dem blir allment kjent i befolkningen. Kunnskap om befolkningens holdninger (og fordommer) knyttet til bestemte tema vil kunne være nyttig for de som skal informere om noe, slik at de kan rette informasjonen inn der det er registrert manglende og feil kunnskap. På denne måten kan slik kunnskapsinnhenting som gjøres i foreliggende undersøkelse være et viktig ledd i arbeidet med å optimalisere informasjonsvirkemidlet.

St. prp. nr. 63 (1997-98) understreker at informasjonsspredning om hva det innebærer å ha en psykisk lidelse er viktig i arbeidet med å gjøre psykiske lidelser mindre tabubelagt. Det pekes på at arbeidet med informasjonsspredning er viktig for å alminneliggjøre og øke kunnskapen i befolkningen om psykiske lidelser.

Gjennom opptrappingsplanen satses det på brede informasjonstiltak for å spre kunnskap og forståelse om psykisk helse og hva det vil si å ha en psykisk lidelse. For eksempel ble det i 1998 satt av 2 millioner kroner til informasjon og brukerrettede tiltak. Kommunene og fylkeskommunene fikk melding om at det øremerkede tilskuddet for 1998 også kunne anvendes til informasjon for brukere og pårørende. I St. prp. nr. 63 (1997-98) blir det tilrådd at bevilgningen til brukerrettede tiltak og informasjon økes med 25 millioner kroner i løpet av planperioden. Det er følgelig et betydelig beløp som blir anvendt til de aktuelle virkemidlene. Samlet skal det investeres for totalt 6,3 milliarder kroner i løpet av planperioden.

Målet med informasjonsvirksomheten om disse forholdene er at den skal bidra til å bedre barns og voksnes forhold til egen psykisk helse, og at kunnskap om psykisk helse skal redusere fordommer mot psykiske lidelser. Videre er det en målsetting at informasjonsflyten skal bli bedre i og mellom forvaltningsnivåene, samt mellom tjenesteytere og brukere. Bedret informasjon skal bidra til å sikre større grad av brukermedvirkning, samt bedre kvalitet på tjenestetilbudene som gis. Departementet har utarbeidet en egen informasjonsstrategi. Som

ledd i denne knyttes en rekke tiltak til markeringen for Verdensdagen for psykisk helse 10. oktober hvert år.

1.2 Problemstillinger

Med utgangspunkt i de foran nevnte målene og anvendelsen av informasjonsvirkemidlet vil det være mulig å studere informasjon langs en rekke dimensjoner og på ulike nivåer. Foreliggende prosjekt skal imidlertid rette søkelyset mot noen forhold som kan legges til grunn for å utvikle en mest mulig optimal informasjonsformidling, og som man trenger kunnskap om for å vite hva man bør informere om på best mulig måte. Hovedproblemstillingen er derfor som følger:

- Hvilken kunnskap om og holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser finnes i befolkningen, og i hvilken grad er disse endret i løpet av opptrappingsplanens planperiode?

Denne problemstillingen undersøkes på to forskjellige tidspunkter, nemlig i 2002 og i 2005. Tanken er at resultatene fra den første undersøkelsen kan anvendes i det offentliges tilrettelegging og spredningen av informasjon til allmennheten i perioden mellom de to tidspunktene. På denne bakgrunn kan eventuelle endringer som registreres gi grunnlag for følgende spørsmål:

- I hvilken grad har informasjonstiltakene gjennom opptrappingsplanen bidratt til å spre kunnskap og forståelse om psykisk helse og psykiske lidelser?

Den første problemstillingen er imidlertid den viktigste. På bakgrunn av denne får man kunnskap både om status på to tidspunkt hver for seg, og om sammenlikninger mellom tidspunktene samt eventuelle endringer som kan ha skjedd. Kun den første delen av problemstillingen settes imidlertid i søkelyset i foreliggende rapport. Både annen del av den samt den andre problemstillingen blir tatt opp i prosjektets annen fase som først finner sted om noen år.

Det er imidlertid grunn til å understreke at selv om dette prosjektet først og fremst er knyttet opp mot informasjon som virkemiddel i opptrappingsplanen, skjer dette på en svært indirekte måte. Det blir nemlig ikke gjennomført noen form for evaluering av informasjonen. Resultatene fra foreliggende prosjekt vil derimot være av verdi som underlag for og innspill til den statlige informasjonssatsingen man arbeider med i regi av opptrappingsplanen. Gjennom undersøkelsens

resultater vil informasjonsformidlerne få kunnskap om hvilke forestillinger som eksisterer i befolkningen, hvor informasjonsbehovet er stort, hva man bør vektlegge i informasjonsformidlingen, og så videre. Slik kan foreliggende undersøkelse bidra til å legge noen føringer inn i de statlig initierte informasjonsframstøt og –strategier som er under arbeid og utvikling, og som skal pågå gjennom hele planperioden. Dette innebærer at det er målgruppenes, eller snarere befolkningens, kunnskapsforståelse og åpenhet (eller mangel på sådan) som er i søkelyset i dette prosjektet.

I den grad det blir tale om å kunne vurdere effekter av informasjonen, vil dette kun gjøres indirekte og antydende, basert på eventuelle registrerbare endringer i kunnskap og holdninger på to forskjellige tidspunkt. Det empiriske grunnlaget for å trekke slutninger om forholdet mellom holdninger og kunnskap på den ene siden og informasjonsformidlingen på den andre siden, vil nemlig være både usikkert og tynt. Uansett vil en slik diskusjon ikke være tema i foreliggende rapport ettersom den kun omhandler det første av de to aktuelle måletidspunktene.

1.3 Framstillingsform

Rapporten er organisert slik at kapittel 2 går inn på informasjon som virkemiddel, og dessuten diskuterer informasjonens rolle i forebyggingssammenheng. Hovedvekten i kapitlet ligger imidlertid på å presentere den statlige overordnede informasjonsstrategien.

I kapittel 3 blir temaet psykisk helse og psykiske lidelser trukket opp. Dels blir det kortfattet drøftet hva man faktisk vet om befolkningens psykiske helse og psykiske lidelser. Dels blir det dessuten drøftet hva som er kunnskapsstatus på feltet. Dette gjøres med referanse til tilsvarende undersøkelser som den foreliggende, så vel i befolkningen som i ulike grupper der dette er studert.

Kapittel 4 beskriver undersøkelsesdesignet. Her presenteres metode, gjennomføring og prosedyrer for analyse og datainnsamling, og det blir redegjort for hvordan dette står i forhold til problemstillingene.

Rapporten inneholder tre kapitler med empiriske resultater. Det første, kapittel 5, omhandler spørsmål i tilknytning til åpenhet, nærhet og kunnskap. Det andre, kapittel 6, redegjør for uttrykte meninger til psykisk helse og psykiske lidelser. Det presenteres oversiktstabeller fra et omfattende batteri med holdningsspørsmål. Kapitlet er organisert i fem temaområder, og gir først en del generelle synspunkter på

psykisk helse og psykiske lidelser. Deretter presenteres synspunkter på årsaker, konsekvenser, og løsninger, samt vurderinger av forhold knyttet til barn og unge. Kapittel 7 bygger på de samme dataene som kapittel 6, men går videre i analytisk sammenheng. Disse analysene er ytterligere videreført i vedlegg 2. Analysen i dette kapitlet ser på om de uttrykte enkeltmeningene presentert i kapittel 6 kan brukes som indikatorer for holdninger til psykiske lidelser. De empiriske kapitlene, og særlig kapitlene 6 og 7, henger imidlertid nært sammen med hverandre, både innholdsmessig og tematisk. I tillegg behandler de spørsmål som kan være viktige å ta hensyn til i forebyggingssammenheng.

Kapittel 8 trekker fram hovedresultater som er presentert i rapporten. Dessuten pekes det dels på noen utfordringer i det helsefremmende og forebyggende arbeidet for å øke kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser, og dels pekes det på noen metodeproblemer i denne typen undersøkelser.

Denne rapporten omhandler første fase av et todelt prosjekt. Den er en underveisrapport, selv om den tilbyr resultater som også kan sees som frittstående. Den endelige hovedrapporten vil være mer omfattende både teoretisk og empirisk enn den som foreligger her, blant annet slik at både tema som behandles og resultater som er antydnet i denne sammenheng vil bli gjenstand for grundigere og mer inngående behandling.

2 Informasjon og forebygging

2.1 Informasjon som virkemiddel

Informasjon er et hyppig brukt virkemiddel i helsefremmende og forebyggende arbeid. Dette er også vektlagt i opptrappingsplanen. Hensikten med informasjonsarbeidet er å formidle kunnskap og bryte ned fordommer, eller negative holdninger.

Vanligvis innebærer bruk av informative virkemidler at borgerne skal overtales og påvirkes til ønsket atferd eller holdningsendring. Når juridiske virkemidler anvendes, forsøker staten å styre ved hjelp av tvang, påbud, forbud, sanksjoner og liknende. Bruk av økonomiske styringsmidler innebærer anvendelse av avgifter, subsidier, støtte- og tilskuddsordninger for å påvirke aktørenes vurderinger av hva som er fordelaktig å foreta seg (Vedung, 1991; Statskonsult, 1997; Sverdrup, 2002). Det offentliges egenvirksomhet på områder hvor målsettinger er konkretisert, for eksempel gjennom handlingsplaner – slik som opptrappingsplanen, er eksempel på hvordan et omfattende sett av virkemidler brukes i samspill for å nå spesifiserte, overordnede målsettinger (Sverdrup, 2002). Både i implementering og analyse av virkemidlene er det nødvendig å ta hensyn til så vel de særegne aspektene ved hvert enkelt virkemiddel, som forhold som samspillet mellom dem produserer.

Man ønsker å forebygge psykiske lidelser og gi helsefremmende informasjon og kunnskap i den hensikt å være sykdomsforebyggende, kunnskapsfremmende og fordomsreducerende. Som i mye annet forebyggingsarbeid benyttes også under opptrappingsplanen informasjon og kunnskapsoverføring som viktige virkemidler. Enkelt sagt er tanken at man gjennom formidling av kunnskap tilfører innsikt til noen som kan nyttiggjøre seg den, eller som har behov for den, og at dette skaper forutsetninger for en "riktigere" forståelse. Gjennom de budskap som formidles, ønsker man å påvirke befolkningen til blant annet i større grad å mestre egen livssituasjon. Ved hjelp av den

statlige overordnede informasjonsstrategien ønsker man å legge til rette for dette. Som ved bruk av informasjon som virkemiddel i andre sammenhenger, er det imidlertid slik at dette kan være et nødvendig, men ikke tilstrekkelig virkemiddel for at man skal oppnå større grad av kunnskap og åpenhet. En effektiv måloppnåelse i tilknytning til opptrappingsplanens overordnede mål forutsetter et samspill mellom dette virkemidlet og alle de andre virkemidlene som skal implementeres i løpet av planperioden. Dersom ikke målene som er trukket opp for hvert enkelt virkemiddel blir realisert, vil heller ikke den overordnede målsettingen med opptrappingsplanen bli det. På denne måten fungerer delmålene dermed både som mål i seg selv, men også som virkemidler for at man skal nå den overordnede målsettingen på noe lengre sikt (Sverdrup og Rasmussen, 2000). Det foreligger dermed en kjede av avhengigheter. Dette byr på store utfordringer i informasjons-sammenheng.

Kommunikasjonsteori understreker også at det er viktig å ha forståelse for og innsikt i mottakernes, eller målgruppens vurderinger av det de mottar. Individens grad av involvering og engasjement, samt følelse av at dette angår en selv eller ikke, kan være viktig for at et budskap blir formidlet, mottatt eller reflektert over. Videre understreker teorien at produksjon av virkninger (eller endringer i målgruppens holdninger) antas å ha nøye sammenheng med kunnskap, slik at jo mer omfattende og presis målgruppens kunnskap er, og jo større andel av målgruppen som har kunnskap, desto større blir de virkningene man forsøker å oppnå. Og omvendt: jo mindre omfattende og presis målgruppens kunnskap er, og jo mindre andel av målgruppen som har kunnskap, desto mindre virkning i forhold til et fenomen kan man forvente (se f.eks. McGuire, 1990; McQuail, 2000). Dette er viktig innsikt i forebyggende arbeid generelt, og i forhold til psykisk helse og psykiske lidelser spesielt. Spørsmål om i hvilken grad målgruppen har kunnskaper, og hvor omfattende kunnskapen er i målgruppen, samt andel av målgruppen som har aktuell kunnskap, er relevante spørsmål i evalueringer av informasjonsformidling og dens effektivitet (Sverdrup, 2002). Dette er tema i foreliggende studie, i tråd med problemstillingene som ble formulert i avsnitt 1.2.

Det er samtidig viktig å være oppmerksom på at kunnskap, kunnskapsnivå eller presisjon på kunnskap er *nødvendige* forutsetninger, selv om de likevel ikke alltid er *tilstrekkelige* for å oppnå virkninger. Det meste av forebyggende arbeid legger stor vekt på at kunnskap er nødvendig for å oppnå noe som helst, men avhengig av hvilket tema det dreier seg om kan det være mer eller mindre problematisk å oppnå tilstrekkelige endringer i mottakerens atferd.

Med referanse til ovenstående resonnementer kan man, noe forenklet, si at kunnskaper er middelet, den overordnede statlige informasjonsstrategien er mediet, mens økt kunnskap som resulterer i positivt endrete holdninger i befolkningen er målet. For å kunne nå fra middelet til målet, må imidlertid mange forhold være ivaretatt.

2.2 Sentral informasjonsstrategi

Den overordnede statlige informasjonsstrategien er lansert under tittelen "Noe å snakke om...?". Hovedtrekkene i strategien er samlet i en liten folder på 10 sider. Den er innledet av tidligere helseminister Tore Tønne. Det blir framhevet at god psykisk helse ikke er noen selvfølge, og ikke heller noen garanti mot å bli psykisk syk. Mange barn og unge sliter, og innen arbeidslivet blir mange sykemeldt og uføretrygdet på grunn av psykiske plager og sykdommer. Både for den som er psykisk syk og for de pårørende gjenstår mye arbeid. Det forebyggende arbeidet skal styrkes gjennom informasjonstiltak og prosjekter. Det blir også påpekt at informasjon ikke løser alle problemer, men at kunnskap likevel kan hjelpe den enkelte til å forstå seg selv og andre bedre. Det er fortsatt mange myter, tabuer og fordommer knyttet til psykisk sykdom, og kunnskap kan bidra til å påvirke slike holdninger, heter det.

Departementet vil ha større åpenhet om psykisk helse og psykiske sykdommer. Det er viktig å arbeide for å oppnå større åpenhet, færre myter og tabuer og mer kunnskap om psykisk helse, psykiske sykdommer, rettigheter og tjenestetilbud. Med større åpenhet mener departementet at det må være like naturlig å snakke om psykisk helse som fysisk helse, og at tabuene og mytene om psykisk helse, psykiske sykdommer og psykisk syke må bli færre. Dessuten menes at man får mer kunnskap om det som påvirker den psykiske helsen og om hvordan man kan forebygge psykiske sykdommer, samt at kunnskapen om psykiske sykdommer, tjenestetilbudet, rettigheter og sykdomsbilder blir styrket.

Målene for informasjonssatsingen handler, i følge informasjonsstrategien, om endringer i forhold til kunnskap, holdninger og handlinger. Departementet vil derfor legge vekt på at informasjonssatsingen skal bygge på noen formulerte hovedprinsipper. Disse er å se og legge vekt på menneskets muligheter og ressurser, å bidra til et mer inkluderende samfunn, og å finne fram til det offentliges muligheter for å løse problemer tverrfaglig og i samarbeid med brukerne. Videre innebærer de å tenke effekter i forhold til å forebygge psykiske sykdommer, å

legge opp til størst mulig grad av brukermedvirkning, samt å utnytte eksisterende forskning og erfaring.

Departementet ønsker å se effekter av kommunikasjonssatsingen i befolkningen generelt, men understreker samtidig at man er innforstått med at det er kompliserte prosesser som fører til at store grupper i befolkningen får økt kunnskap og endrede holdninger i forhold til et tema. Mye virker inn på hva hver enkelt person er opptatt av og tilegner seg av kunnskap, og mange påvirkningsfaktorer kjemper om folks tid og oppmerksomhet. På bakgrunn av dette er departementet også opptatt av at en mindre del av informasjonssatsingen blir rettet mot befolkningen generelt, mens hovedtyngden av innsatsen blir rettet mot bestemte grupper. Dette innebærer at det i perioder vil bli satset spesielt på informasjon og kommunikasjon i forhold til barn og deres nettverk, ungdom og deres nettverk, unge voksne i utdanning og arbeidsliv og deres nettverk, samt ansatte og ledere i arbeidslivet. Departementet vil også bedre informasjon og kommunikasjon med personer som er psykisk syke, og de som bor og arbeider i forhold til disse, brukerorganisasjonene, samt folkevalgte og ledere i kommuner og fylkeskommuner.

Informasjonssatsingen vil inneholde mange budskap som vil bli tilpasset de ulike samtalepartnerne og målgruppene i satsingen. Noen budskap framhever departementet som mer grunnleggende enn andre. Herunder inngår at man ønsker å formidle at sorg, frustrasjon og nedstemthet er like naturlig som lykke og glede, og at hver enkelt kan bidra til at egne eller andres nedturer blir mindre traumatiske og til at livskvaliteten opprettholdes. Samtidig er det viktig å formidle at det er hjelp å få dersom de psykiske problemene blir for store å bære i hverdagen.

Man ønsker også å formidle at samfunnet har plass til alle, og at det er viktig at hver enkelt finner livsglede ut fra sitt eget ståsted. Alle fortjener respekt og oppmerksomhet, og særlig overfor barn og unge ønsker departementet å bidra til at det blir formidlet en motvekt til de idealene som dyrkes fram av kommersielle krefter.

Et hovedpoeng er også at den enkelte kan gjøre mye for å lære seg andre måter å tenke på, og at det er viktig å fokusere på egne ressurser for å finne løsninger. Departementet ønsker å få fram at selvhjelp kan være en viktig metode i denne sammenheng.

Departementet ønsker også å formidle kunnskap som gjør at folk får et mer nyansert syn på personer som har en eller annen psykisk sykdom, fordi stigmatisering av psykisk syke rammer hardt og urettferdig.

Mange psykisk syke er mennesker med gode ressurser som lever og arbeider med sin sykdom, og mestrer hverdagen godt.

Det er valgt to hovedretninger for satsingen. Det blir igangsatt prosjekter og tiltak innenfor det som angår folk flest, og det som er mest knyttet til personer som er psykisk syke. Departementet vil ha en hovedrolle som koordinator, igangsetter og pådriver, og har utarbeidet en spesifikk tiltaksplan for arbeidet. Rammene for denne tiltaksplanen er også beskrevet i informasjonsstrategien, og innebærer at man skiller mellom "den lille og den store samtalen". Den lille samtalen skjer oftest i familien, mellom venner og blant kollegaer, mens den store samtalen finner sted i massemediene. Man ser det som viktig å få de to samtaleformene til å virke sammen, og man tenker seg å få til dette dels ved hjelp av å bygge opp et nettverk av personer over hele landet som er opptatt av å informere og kommunisere om psykisk helse, og dels ved å nå fram i aviser, radio, fjernsyn, ukepresse og fagpresse med temaer innen psykisk helse som folk flest er opptatt av.

Et viktig tiltak om det som angår de fleste av oss, er knyttet til arbeidslivet ved at departementet i samarbeid med andre statlige aktører, organisasjoner, arbeidstakere og arbeidsgivere, tillitsvalgte og verneombud, forskere og andre vil stimulere til informasjons- og kommunikasjonstiltak som fremmer den psykiske helsen i arbeidslivet. Et annet viktig tiltak er at departementet skal samarbeide med aktuelle aktører som kan komme i dialog med barn og unge om ulike informasjons- og kommunikasjonstiltak som kan virke forebyggende på barns og unges psykiske helse. Her peker man i informasjonsstrategien på utfordringer som står i kø. Disse er blant annet knyttet til selvmord, spiseforstyrrelser og rusproblemer. For å oppnå noe på slike områder er det for det første nødvendig å nærme seg barn og unge med informasjon som respekterer deres egne vurderinger og deres eget språk i forhold til psykisk helse og psykiske sykdommer. For det andre må man tilpasse tiltak til barn, ungdom og unge i etableringsfasen som tre egne målgrupper.

Når det gjelder tiltak i kategorien det som omhandler personer med psykiske lidelser har departementet flere målsettinger. For det første skal informasjon til mennesker med psykiske lidelser og deres pårørende bli bedre. Det skal etableres samarbeid med brukerorganisasjoner, kommuner og fylkeskommuner for å utvikle informasjon knyttet til ulike aktuelle tjenester og tiltak. Målet er å utvikle noen maler for god kommunikasjon. For det andre skal det gis informasjon om de ulike tiltakene i opptrappingsplanen overfor politikere, administratorer, fagfolk og brukere, og departementet vil bidra til dette samt til en god kommunikasjon mellom de ulike aktørene og forvaltnings

nivåene. Man vil også søke å utvikle en dialog med de som møter psykisk syke i dagliglivet, for eksempel allmennpraktiserende leger, lærere, polititjenestemenn og andre yrkesgrupper. Dette er viktig blant annet for å finne fram til deres behov for informasjon og de behov de har i rollen som formidlere av informasjon til befolkningen. Man ønsker også å spre kunnskap om de konkrete psykiske sykdommene og hvordan en nabo, venn eller kollega kan forholde seg til en person med en psykisk sykdom. Gjennom dette ønsker man å bidra til at stigmatisering av personer som er psykisk syke blir redusert.

Departementet ser, i følge informasjonsstrategien, betydningen av å ha ett årlig arrangement som kan fungere som et høydepunkt, og har valgt Verdensdagen for psykisk helse, 10. oktober, til en slik satsingsdag. Arrangementet er et samletiltak for å nå alle målgruppene i informasjonssatsingen, og skal benyttes til å få maksimal oppmerksomhet om psykisk helse og psykiske lidelser.

Et viktig mål med den satsingen som det legges til rette for under opptrappingsplanen, er at den skal fungere som en langsiktig læringsprosess, også i forhold til å informere og kommunisere profesjonelt. Departementet vil ta ansvar for denne kompetanseoppbyggingen, og et eget prosjekt for kompetanse i kommunikasjon og samarbeid vil følge informasjonssatsingen i perioden. Opplæringen rettes mot brukerorganisasjoner, kommuner og fylkeskommuner, og skal bidra til at virkningene av informasjonssatsingen i forbindelse med psykisk helse skal fortsette utover opptrappingsplanen.

I informasjonsstrategien er flere sentrale samarbeidspartnere utpekt. Her fremheves blant annet partene i arbeidslivet, skoleverket, kommuner og fylkeskommuner, frivillige organisasjoner og brukerorganisasjoner. Valg av samarbeidspartnere vil variere avhengig av hvilke målgrupper de ulike tiltakene har. Departementet fremhever dessuten at et grunnleggende kommunikasjonsprinsipp for samarbeidet de ønsker å opprette, er at noen ganger vil dialogen være målrettet og styrt, andre ganger åpen og lyttende, og at det er viktig å unngå moraliserende budskap og propaganda. Dette anser man som grunnleggende for at det skal skje en gjensidig endring i holdninger og handlinger.

Når det gjelder måter man ønsker å formidle budskapene på, understrekes det i informasjonsstrategien at man ønsker å benytte de kanaler og tiltak som virker best overfor de ulike målgrupper. Det påpekes at man verken vil tenke tradisjonelt eller utradisjonelt, men benytte det som gir best mulig effekt til lavest mulig pris overfor hver enkelt målgruppe.

Departementet understreker avslutningsvis at det også vil være nødvendig å ta i bruk effektive metoder for kvalitetssikring av satsingen som helhet. Her trekkes blant annet fram at man må ta utgangspunkt i eksisterende kunnskap med tanke på gjenbruk, evaluere informasjons-satsingen underveis, gjennomføre dybdeintervjuer og samtaler med utvalgte bruker- og målgrupper, analysere ulike medier for å se hvilket bilde mediene formidler, finne fram til og følge trender og utviklings-trekk som angår psykisk helse, kvalitetssikre alle større informasjons- og kommunikasjonstiltak, samt evaluere alle større tiltak.

2.3 Forebygging ved hjelp av informasjon

Holdningsskapende arbeid, informasjon og kunnskapsoverføring inngår som viktige elementer i svært mange helsefremmende og forebyggende tiltak som er initiert av det offentlige. Som det framgår av avsnittet foran, gjelder dette også de virkemidler man anvender i forbindelse med opptrappingsplanen.

Gjennom opptrappingsplanens informasjonsstrategi vektlegger man informasjon som inneholder elementer av både å være sykdomsforebyggende, øke toleranse og kunnskapsnivået, samt bryte ned fordommer. Dette gjøres ved hjelp av formidling til ulike spesifiserte målgrupper så vel som til bredere målgrupper. Gjennom dette ønsker man å bidra til at befolkningen får større forståelse, åpenhet og kunnskap.

Måten å arbeide forebyggende på når det gjelder informasjonstiltakene som iverksettes gjennom opptrappingsplanen, har bakgrunn i en lang tradisjon hvor man søker å ivareta både helsefremmende og forebyggende aspekter. Helsefremmende tiltak tar sikte på å fremme overskudd, trivsel og livskvalitet. Sykdomsforebyggende tiltak har som formål å hindre utvikling av sykdommer, redusere risikoen for skade og redusere dødelighet. I praksis er det imidlertid et noe uklart skille mellom disse målsettingene (Sverdrup og Baklien, 2002).

Et sentralt punkt bak tenkningen knyttet til helsefremmende arbeid er målsettingen om at både den enkelte og fellesskapet skal vinne kontroll over forhold som virker positivt inn på helsespørsmål. Det er dette som kalles "myndiggjøring" eller "empowerment" (Sverdrup, 2002). I tillegg til individets og fellesskapets ansvar blir det også lagt vekt på at helse er ikke bare helsesektorens oppgave, men et tverr-sektorielt ansvar.

I forebyggende arbeid har det tradisjonelt vært vanlig å skille mellom primær-, sekundær- og tertiærforebyggende tiltak. Målsettingen med primærforebyggende arbeid er å redusere risikoen for at en sykdom eller et problem skal oppstå, og tiltak settes inn før en sykdom eller et problem manifesterer seg. Primærforebygging retter seg mot store grupper, for eksempel alle skoleelever. I primærforebyggende arbeid er informasjon et ofte anvendt virkemiddel. Sekundærforebygging retter seg mot dem som er i en tidlig fase av sykdomsutvikling eller som er på vei inn i en tilstand. Da er målet å hindre tilbakefall eller at tilstanden utvikler seg videre. Sekundærforebyggende tiltak kan også dreie seg om å redusere lengden på sykdomsperioder, for eksempel lengden på perioder med psykiske plager. Man benytter gjerne et bredt spekter av virkemidler i det sekundærforebyggende arbeidet. Tertiærforebyggende tiltak skal redusere ytterligere skadevirkninger når et helseproblem har oppstått. Når det gjelder psykiske plager er det for eksempel en målsetting å redusere konsekvensene av en mer langvarig lidelse. Dessuten er det et mål å lære de som har et kronisk problem eller en funksjonshemming å bli mest mulig selvhjulpne. Gjennom selvhjelp søker man også å bidra til å redusere komplikasjoner som kan oppstå som følge av en sykdom eller tilstand. Spekteret av virkemidler utvides i betydelig grad, og tertiærforebyggende tiltak faller til en viss grad sammen med begrepet rehabilitering.

Blant primærforebyggende tiltak skiller man mellom de som er basert på en medisinsk modell og de som er basert på en helsefremmende modell (Newton, 1992). I tråd med en medisinsk modell forsøker man å finne ut hva som kjennetegner individene som er i risikozonen for et bestemt problem og innretter deretter de forebyggende tiltak mot disse. Dette kaller man gjerne for en høyrisikostراتيجية. I tråd med en helsefremmende modell vil man derimot identifisere risikofaktorer som kan tenkes å representere årsaksfaktorer, for deretter å søke å påvirke hele befolkningen i retning av redusert risiko. Dette kaller man gjerne en befolkningsstrategi.

I den statlig initierte informasjonsstrategien i tilknytning til opptrappingsplanen er den primærforebyggende innsatsen viktigst i den forstand at det er her man nedlegger det meste av informasjonsarbeidet. Ved å formidle kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser, skal befolkningen generelt og de ulike målgruppene mer spesielt settes bedre i stand til både å mestre egen livssituasjon samt å forstå andres på et mindre fordomsfullt grunnlag. Informasjon og kunnskapsoverføring er de sentrale virkemidlene. Informasjonen har både et helsefremmende og et medisinsk aspekt, og trekker således veksler på både den medisinske og den helsefremmende modellen.

Forholdet mellom kunnskap og mestring har i mange år vært grunnleggende i det forebyggende arbeid generelt. Tanken er at "rett" kunnskap fører til "rette" holdninger som igjen fører til "rette" handlinger. Imidlertid viser både teori og praksis at det ikke er noen enkel og lineær sammenheng mellom kunnskap og handlinger, eller mellom holdninger og handlinger (Sverdrup, 2002). Det å ha "riktig" kunnskap fører altså ikke nødvendigvis til at en person handler "riktig" eller i tråd med hva den "riktige" kunnskapen skulle tilsi. Man kan si det slik at informasjon og kunnskap ofte er nødvendige forutsetninger i denne sammenheng, selv om dette likevel ikke alltid er tilstrekkelig. Opplysning kan gi økt kunnskap, og noen ganger fører dette til holdningsendringer, og sjeldnere til handlingsendringer. Av den grunn er det viktig å kombinere informasjon som virkemiddel med andre virkemidler, slik som for eksempel endringer i nærmiljøet, i organisasjoner og på arbeidsplasser, eller med sosial støtte eller andre strategier, avhengig av hva man ønsker å formidle om og påvirke.

Når informasjon benyttes som virkemiddel i forebyggende arbeid, legges vekten gjerne på budskapsinnholdet og de målgruppene budskapet er rettet mot i langt større grad enn på hvem som formidler det og på hvilken kontekst formidlingen skjer innenfor. Dette finner man igjen når det gjelder opplysningskampanjer til befolkningen generelt, og også når det gjelder informasjonsarbeidet som gjennomføres som ledd i opptrappingsplanens informasjonsstrategi.

2.4 Kort oppsummering

Informasjon er et hyppig brukt virkemiddel i helsefremmende og forebyggende arbeid. Dette er også vektlagt i opptrappingsplanens informasjonsstrategi. Hensikten med informasjonsarbeidet er å spre kunnskap og bryte ned fordommer om psykisk helse og psykiske lidelser. Slik søker man å ivareta så vel helsefremmende som forebyggende aspekter.

Det er formulert noen hovedprinsipper for informasjonsarbeidet. Disse er å se og legge vekt på menneskets muligheter og ressurser, å bidra til et mer inkluderende samfunn, og å finne fram til det offentliges muligheter for å løse problemer tverrfaglig og i samarbeid med brukerne. Dessuten skal man tenke effekter i forhold til å forebygge psykiske sykdommer, og legge opp til størst mulig grad av brukermedvirkning, samt å utnytte eksisterende forskning og erfaring. Som ledd i å anvende eksisterende forskning i det videre informasjonsarbeidet, kan resultatene fra foreliggende prosjekt ha stor relevans.

3 Psykisk helse og psykiske lidelser

Hovedtemaene i dette kapitlet er å trekke opp erfaringer og resultater fra tidligere undersøkelser om holdninger til og kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser. Innledningsvis blir det også kort gjort rede for noen sider ved psykisk helse og psykiske lidelser i befolkningen, slik at man har en bakgrunn for å forstå holdninger og kunnskapsnivå.

3.1 Psykisk helse og psykiske lidelser i befolkningen

Det eksisterer en god del kunnskap i fagmiljøer om årsaker til og utbredelse av psykiske lidelser, og det er mange og ulike årsaker til at folk pådrar seg psykiske plager og psykiske lidelser. Blant annet ligger slike årsaker i negative belastninger i det sosiale miljøet i vid forstand (Sosial- og helsedepartementet, 2000). Likevel er det slik at sammenhengen mellom sosiale belastninger og psykiske plager er komplisert og sammensatt.

Totalt sett har norske undersøkelser dokumentert at ca 15 prosent av den norske voksne befolkning til enhver tid har psykiske plager og lidelser, blant annet i form av angst, depresjoner og somatisering. Man antar at 10 prosent har disse lidelsene i alvorligere grad. Man vet dessuten at forekomsten er høyere blant kvinner enn blant menn (Sosial- og helsedepartementet, 2000:20).

I ungdomssegmentet er det 10 prosent av ungdommen som har så store problemer at de har behov for faglig, profesjonell hjelp (Sosial- og helsedepartementet, 2000:19). Dette tallet omfatter både internaliserende problemer, slik som angst, depresjoner og psykosomatiske lidelser, og eksternaliserende problemer, slik som atferdsforstyrrelser eller rusproblemer. Anslaget på 10 prosent kan imidlertid være for

lavt, for hvis man inkluderer de mindre alvorlige tilfellene stiger tallet på ungdom med psykiske plager og lidelser til det dobbelte. Hvor man setter grensen for beregnede plager og lidelser er langt på vei avhengig av undersøkelsesmetodikk og problemdefinisjon, men uansett omfattes et betydelig antall personer av dette.

I tillegg regner man også med at mellom 10 og 20 prosent av barnebefolkningen i Norge har psykiske plager som er slik at de har betydning for og påvirker deres daglige fungering. Mellom fire og sju prosent av disse er antatt å være behandlingstrengende (Sosial- og helsedepartementet, 2000:19).

Via Statistisk Sentralbyrås helseundersøkelse har man studert forekomst og hyppighet av lettere psykiske plager (Skretting Lunde, 2001). Resultater fra denne undersøkelsen viser at lettere psykiske plager berører svært mange mennesker, og at de er så utbredt at man kan regne dem som en av de store folkesykdommene. Slike plager omfatter utbrenthet, depresjoner, spiseforstyrrelser, aldersdemens, angst og fobier. Det antas at om lag 30 prosent av befolkningen, fordelt slik at det gjelder 40 prosent av kvinnene og 20 prosent av mennene, i løpet av livet vil få en psykisk lidelse av typen angst, depresjon eller fobi. Man finner også en noe høyere andel med psykiske plager blant folk med lav utdanning og lav sosioøkonomisk status. Nesten tre av ti nordmenn har vært plaget av flere symptomer på nedsatt psykisk helse i løpet av en 14-dagers periode. Langt færre har hatt større plager, rundt en av ti rapporterer om mange symptomer. Anslag tyder på at om lag 150000 personer årlig rammes av depresjon, mens 15 prosent til enhver tid lider av depressive symptomer. Over halvparten av disse utløses av kjærlighetssorg, separasjon, skilsmisse, dødsfall, arbeidsledighet eller flytting til et nytt sted. Man kan se en øking over tid av lettere psykiske plager i befolkningen. Dette kan skyldes at det er en reell øking, men det kan også skyldes større grad av synlighet på grunn av større åpenhet om psykisk helse.

Nylig ble det offentliggjort tall fra Den norske lægeforening (2002) som peker på at mellom 6 og 24 prosent av de unge har psykososiale problemer, og at det er en reell økning i psykososiale problemer som asosial atferd, kriminalitet, depresjon, spiseforstyrrelser og rusmisbruk. Om lag 16 prosent har så tydelige tegn på mistriivsel og tilpasningsvansker at det går utover deres daglige fungering, og i aldersgruppen 10–24 år er andelen selvmord blant gutter økt fra 8,3 til 16,2 pr 100.000 innbyggere på 10 år. Rapporten peker også på at ungdom med omfattende atferdsproblemer utgjør en spesiell utfordring, og at atferdsproblemer forekommer hos ca. 7 prosent av alle barn og unge. Forholdet gutter-jenter er 4-1. 10 prosent av elevene i skolen har så

store problemer at det er grunn til bekymring, og en mindre kjernegruppe har så store problemer at skolen har vanskeligheter med å mestre disse elevene. Videre peker rapporten på at 75000 skolebarn regelmessig er utsatt for mobbing, og at 35000 skolebarn er mobbere. Det er registrert 50 prosent øking av mobbing de siste 10 årene, og 40 prosent av norske 15-åringer sier de blir plaget av bråk og uro i de fleste skoletimene. Når det gjelder ungdom og helseplager, slår rapporten fast at i 10. klasse har 37 prosent av jentene og 18 prosent av guttene hodepine en gang i uken eller oftere, 18 prosent av jentene og 11 prosent av guttene har magesmerter ukentlig, 32 prosent av jentene og 13 prosent av guttene er nedfor eller triste en gang eller oftere i uken, og 27 prosent av jentene og 23 prosent av guttene har ukentlige søvnproblemer. De vanligste grunnene til at ungdom mellom 16 og 24 år oppsøker allmennlege skyldes luftveisinfeksjoner, allergi og/eller astma (39 prosent), hodepine eller migrene (22 prosent), angst eller depresjon (10-20 prosent), samt muskel- og skjelettplager (12 prosent). Det overordnede funnet i rapporten er at man kan registrere mye plager i ungdomsgruppene, og at disse eksisterer i et økende omfang som kan gi grunn til bekymring. Rapporten er også svært klar i sin påpeking av at barne- og ungdomspsykiatrien trenger å rustes opp.

Det finnes mange ulike klassifikasjonssystemer og registreringsmåter for psykiske lidelser og psykiske plager. De undersøkelsene som er referert her benytter noe ulike kategoriseringer. Uansett er imidlertid tendensen i samtlige undersøkelser klar og entydig: lettere psykiske lidelser er svært utbredt i befolkningen, tyngre lidelser rammer langt færre. Det kan også registreres en øking over tid.

3.2 Holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser

Det er gjennomført noen mindre undersøkelser i Norge de senere årene som retter søkelyset mot holdninger til og kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser.

I 2000 ble det gjennomført to gruppesamtaler blant voksne om holdninger til psykiske lidelser og psykisk helse (Feedback Research, 2000). Her framkom et behov for generelt større åpenhet i samfunnet om psykiske sykdommer. Det ble pekt på lederes ansvar for å gi rom for større åpenhet om psykisk helse på arbeidsplassene. Det ble registrert en viss uro for at arbeidsleder, kollegaer, foreldre og venner ikke vil akseptere at en person har en psykisk sykdom. Særlig blant

kvinner viser en frykt seg for å bli oppfattet som mindreverdig eller annerledes som følge av en psykisk knekk. Folk finner det likevel meningsfullt å snakke om psykisk helse, og det er derfor viktig å legge til rette for kommunikasjon om dette, i følge undersøkelsen.

Det ble også gjennomført en representativ befolkningsundersøkelse i 2000 (Feedback Research, 2000). Over halvparten av de som ble intervjuet forteller at noen blant familie og venner har hatt en psykisk lidelse, mens 13 prosent forteller at de har hatt det selv. En stor del av befolkningen er, i følge denne undersøkelsen, dermed berørt av psykiske lidelser på en eller annen måte. De fleste forbinder psykiske lidelser med depresjon, angst og schizofreni. Kvinner er i større grad enn menn informert om at også andre tilstander kan forbindes med psykiske lidelser. Et flertall forbinder god psykisk helse med å være i balanse og å ha det bra eller å være mentalt frisk. I undersøkelsen påvises det at de fleste vil henvende seg til legen dersom de hadde spørsmål om psykiske lidelser. Kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser har flertallet fått gjennom aviser, ukeblad og tidsskrifter. Også familie, venner og kollegaer er viktige informanter. De fleste får imidlertid informasjon fra flere kilder. Folk ønsker imidlertid i større grad informasjon fra lege, psykolog og psykiater, samt via skriftlig materiell. Likevel mener om lag en tredel at de i liten grad har behov for mer informasjon. Her spiller nærhet til psykiske problemer en viss rolle, for de som har opplevd psykiske lidelser på nært hold har et større informasjonsbehov enn de som ikke har opplevd dette. Åpenhet er ikke uten videre noe folk foretrekker, i følge undersøkelsen. De fleste ville imidlertid være åpne overfor resten av familien dersom de skulle få psykiske lidelser, mens viljen til åpenhet avtar når det gjelder venner og ytterligere når det gjelder kollegaer.

I 2000 ble det også gjennomført en undersøkelse om psykisk helse på et landsrepresentativt utvalg av befolkningen (Norsk Gallup Institutt, 2000). Undersøkelsen ble gjennomført to ganger, før og etter Verdensdagsuken. Blant resultatene viser det seg at kvinner er mer opptatt av forhold knyttet til psykisk helse enn menn, men de er likevel ikke nødvendigvis mer åpne enn menn verken overfor familie, venner eller kollegaer. Det pekes også på at over halvparten mener det i høy grad er behov for å bedre den psykiske helsen i samfunnet. Behovet for slik bedring oppfattes som mindre blant folk som står en selv nær enn for befolkningen generelt. Minst vurderes bedringsbehovet for ens egen del. Omvendt anser flertallet at det i størst grad er mulig å bidra til bedring av egen og nær families helse enn til befolkningens. Det registreres også i større grad ønsker om åpenhet om psykiske problemer overfor familie og venner enn overfor kollegaer. De som selv har følt problemer, oppfatter også at de har større muligheter til å

bidra til å bedre den psykiske helsen på samfunnsnivå, blant familie og venner så vel som for eget vedkommende. De søker også mer aktivt informasjon. Undersøkelsen viser at depresjon er den tilstand de fleste forbinder med psykisk sykdom, men mange forbinder også angst med dette. Flertallet mener det vil være naturlig å henvende seg til lege dersom de hadde spørsmål i tilknytning til psykiske lidelser og psykisk helse.

I 2001 gjennomførte Markeds- og mediainstituttet (MMI) på oppdrag fra Rådet for psykisk helse en undersøkelse i den norske befolkningen om holdninger til psykisk helse. I denne undersøkelsen kommer det fram at folk virker generelt opplyste og åpne, og halvparten mener de har endret syn på psykiske lidelser i positiv retning. Det er imidlertid store forskjeller i kvinners og menns synspunkter på og holdninger til psykiske lidelser. Det samme gjelder mellom unge og eldre, samt mellom personer med høy og lav utdanning. En av fire nordmenn mener, i følge denne undersøkelsen, at det fortsatt er tabu å snakke om psykiske lidelser. Dersom man skulle rammes selv, ville halvparten holde det skjult for sine venner. Det er imidlertid en tendens til at kvinner i større grad enn menn vil være åpne om det. To av tre ville fortalt arbeidskollegaer om årsaken hvis de ble sykemeldt på grunn av psykiske lidelser. Det framkommer også at unge under 25 år er mer skeptiske til åpenhet enn eldre. Hvis man skulle blitt sykemeldt på grunn av en psykisk lidelse ville flertallet har fortalt om dette på arbeidsplassen sin, men betydelig færre unge ville gjort det enn tilsvarende for eldre. Det er sterkere tendens blant de unge til at de ville funnet på en annen grunn. I denne aldersgruppen er det også slik at man i lavere grad har tro på at folk med psykiske lidelser blir helt friske igjen. Tiltro til at politikerne er opptatt av å bedre forholdene for psykisk syke er lavere i den yngste aldersgruppen enn blant de som er eldre. Over halvparten av de intervjuede har tiltro til at politikerne vil bedre disse forholdene. Tiltroen til hjelpeapparatet er jevnt over svært høy, og over 70 prosent av befolkningen har, i følge MMIs undersøkelse, tiltro til at hjelpeapparatet vil kunne yte hjelp dersom man selv skulle få psykiske problemer. Nesten alle synes også at det bør satses mer på psykisk helse, mens ingen mener det bør satses mindre.

Det går et klart skille i syn på årsakene til psykiske lidelser mellom de yngre og de eldre. En overvekt av de yngre (i alderen 17–24 år) mener at psykiske lidelser ofte skyldes svikt hos foreldre og andre omsorgspersoner. Dette synet kommer til uttrykk hos en betydelig lavere andel i foreldregenerasjonen. Mindretallet er av den oppfatning at psykiske lidelser er medfødt. Også når det gjelder dette forholdet er det forskjell

i svarene i henhold til respondentenes alder. Det er nemlig en overvekt blant de eldre som mener det er medfødt.

MMIs undersøkelse påpeker også at om lag halvparten av de som er intervjuet har fått et mer positivt syn på psykiske lidelser i løpet av de siste fem årene. Undersøkelsen viser klart at kvinner i høyere grad enn menn vet hvor de skal henvende seg dersom de trenger hjelp med psykiske problemer. Dette gjelder også for de som har høyest utdanning. Flertallet ville søkt behandling og hjelp hos psykolog eller psykiater dersom de selv ble rammet av en depresjon. 1/3 av mennene vet derimot ikke hvor de ville henvendt seg, sammenliknet med 1/5 av kvinnene. De fleste mener for øvrig at psykiske lidelser i samfunnet angår dem, men færre i den yngste aldersgruppen (fra 17–24 år) er av denne oppfatning. Samtidig er det slik at 2/3 opplyser at de selv eller noen de kjenner godt har hatt psykiske lidelser i løpet av de siste tre årene. Dette gjelder for 3 av 4 personer under 40 år. Flertallet av de som har hatt psykiske problemer hadde vært i kontakt med helsevesenet i den forbindelse, men færre unge enn eldre har hatt slik kontakt.

Resultatene i MMIs undersøkelse viser altså at det går noen klare skillelinjer i holdninger til psykiske lidelser mellom kjønn, aldersgrupper og utdanning. Selv om det kan registreres åpenhet i befolkningen om spørsmål knyttet til psykisk helse og psykiske lidelser, er det likevel fortsatt slik, i følge MMIs undersøkelse, at dette er et tabubelagt område. Det er dessuten behov for mer kunnskap og informasjon selv om folk vet en god del om slike lidelser.

3.3 Kort oppsummering

Dette kapitlet viser til noen undersøkelser som dokumenterer at det totalt sett er ca 15 prosent av den norske voksne befolkning som til enhver tid har psykiske plager og lidelser, blant annet i form av angst, depresjoner og somatisering. Om lag 10 prosent har disse lidelsene i alvorligere grad. Forekomsten er høyere blant kvinner enn blant menn. I tillegg regner man at mellom 10 og 20 prosent av barnebefolkningen i Norge har psykiske plager som er slik at de har betydning for og påvirker deres daglige fungering. Mellom fire og sju prosent av disse er antatt å være behandlingstrengende. Dette innebærer med andre ord at forhold knyttet til psykisk helse og psykiske lidelser angår en relativt stor andel av befolkningen. Til tross for dette er det mye som tyder på at kunnskapsgrunnlaget er dårlig, og at det fortsatt eksisterer en rekke tabuer på området.

Det finnes ikke mange undersøkelser om holdninger til og kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser i Norge. Det er imidlertid gjennomført noen slike de siste få årene. De resultatene som foreligger peker alle i retning av at det er behov for større grad av åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser, og at det fortsatt eksisterer vegring mot å snakke om slikt. Det er dessuten stadig en rekke tabuer knyttet til psykisk sykdom. Det er følgelig viktig å gi informasjon og formidle saklige og riktig kunnskap om dette. Leger er den kategorien av helsepersonell de fleste vil henvende seg til for å få informasjon eller hjelp dersom det blir behov for dette, mens psykiatere og psykologer ikke oppsøkes i samme grad. Det synes å være slik at de som selv har hatt en psykisk lidelse i større grad foretrekker legen som informasjonskanal. Betydningen av et familie- og vennenettverk understrekes også. Opplevd informasjonsbehov er størst hos de som selv har opplevd psykiske lidelser på nært hold. Samtidig har et flertall lite behov for mer informasjon, i følge disse undersøkelsene. Av de psykiske lidelsene som flest kjenner til er angst, depresjon og schizofreni. I undersøkelsene framkommer er kvinner i større grad enn menn har kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser.

Flere av de empiriske forholdene som er registrert i de omtalte undersøkelsene samt spørsmål som er stilt i dem, er innarbeidet i opplegget som ligger til grunn for gjennomføring av foreliggende studie.

4 Undersøkelsesopplegg

I dette kapitlet beskrives undersøkelsesopplegget som benyttes i foreliggende studie. Opplegget er utviklet med referanse til problemstillingene som er reist, samt til eksisterende teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag og resultater på de områdene denne undersøkelsen omhandler (jf kapittel 3).

For å besvare problemstillingene som er trukket opp i kapittel 1, legges det opp til et prosjekt hvor det gjennomføres to identiske undersøkelser. Den første gjennomføres i 2002, og rapporteres i foreliggende arbeid. Den andre gjennomføres, som en gjentakelse av den første i 2005, når opptrappingsplanperioden går mot slutten¹. Når dataene fra denne er innhentet og resultatene er analysert, blir resultater fra begge undersøkelsene sammenliknet med tanke på å spore eventuelle endringer i befolkningens holdnings- og kunnskapsgrunnlag.

I det følgende blir metode og datainnsamling beskrevet noe mer inngående.

4.1 Metodevalg og datakilder

Problemstillingene som reises i prosjektet retter søkelyset mot befolkningens kunnskaper og holdninger, og eventuelle endringer i disse. Det blir følgelig gjennomført en totrinns undersøkelse, slik at den første (t_1) gjennomføres i en tidlig fase av opptrappingsplanperioden, og den andre (t_2) så sent som mulig i perioden. Både evalueringsteoretiske og informasjonsteoretiske prinsipper blir tatt hensyn til i utarbeidingen av det konkrete analyseopplegget (se f.eks. Vedung, 1991; Weiss, 1998; McGuire, 1990; McQuail, 2000).

¹ Dersom det er praktisk mulig vil den andre undersøkelsen gjennomføres på samme tid på året som den første (dvs i mars måned) fordi tid på året kan prege de svarene man får.

Det blir gjennomført to landsomfattende surveyundersøkelser av et representativt utvalg av den norske befolkning. Hver undersøkelse vil omfatte om lag 2000 respondenter. Dataene samles inn ved hjelp av telefonintervjuer basert på et spørreskjema. Norsk Statistikk A/S benyttes til å gjennomføre intervjuene.

Spørreskjemaet er konstruert slik at det består av strukturerte spørsmål med faste svaralternativer (jf vedlegg 1). På enkelte, utvalgte spørsmål er det muligheter for informantene til å gi tilleggskommentarer og synspunkter som intervjueren skriver ned. Skjemaet inneholder blant annet spørsmål i tilknytning til de aktuelle temaene som tidligere er omtalt under den statlige informasjonsstrategien (jf kapittel 2). Også spørsmål som tidligere er benyttet i tilsvarende undersøkelser vil bli anvendt (jf kapittel 3). Dette har vært sterkt ønskelig sett fra brukersynspunkt. I omfang er skjemaet slik at beregnet intervjuetid er om lag 20 minutter.

Den aktuelle metoden er valgt av flere årsaker. Først og fremst bidrar den til å sikre at man får data fra et representativt utvalg av befolkningen. Dette er viktig i foreliggende prosjekt ettersom problemstillingene nettopp dreier seg om befolkningens holdninger og kunnskaper. Ved hjelp av en slik framgangsmåte får man dessuten dataene relativt raskt. I denne sammenheng er dette sentralt fordi resultatene, spesielt fra den første undersøkelsen (t_1), skal kunne benyttes som underlag for det videre arbeidet med det offentliges informasjonsformidling: hvilke målgrupper trenger mer informasjon og kunnskap om ulike sider ved psykisk helse og psykiske lidelser, på hvilke temaområder er det behov for mer informasjon, hvilke tabuer eksisterer i tilknytning til psykiske lidelser, hvordan stiller det seg med åpenhet i forhold til psykiske lidelser, og så videre.

Imidlertid kan det være en svakhet knyttet til bruk av telefonintervjuer. Det viser seg nemlig ofte at informantene kan ha en tendens til å svare mer positivt eller velvillig enn det kan være grunnlag for ut i fra deres "egentlige" meninger og kunnskaper. Årsaken er at de har en intervjuer å forholde seg til, og lett kan føle seg bundet av det og at de ønsker å gi et godt inntrykk av seg selv. En slik tendens til å svare mer positivt kan føre til en såkalt målefeil som det vil være mulig å registrere i svarene. Målemetoden (både datainnsamlingsmetoden og spørsmålene som inngår) vil altså kunne påvirke svarene til informantene.

En slik tendens til positiv rapportering ser man vanligvis ikke på samme måten i det som kunne vært alternativ datainnsamlingsmetode, nemlig en postal utsendelse av spørreskjemaer, med påfølgende

purringer til de som ikke svarte. Erfaringsmessig får man imidlertid ofte lav respons på slike henvendelser, og følgelig også et data-materiale som neppe vil tilfredsstille behovet for representativitet. Denne metoden er dessuten svært tidkrevende. Den ble derfor ansett som dårlig egnet i foreliggende sammenheng ettersom dette prosjektet ikke disponerte mye tid.

I forbindelse med utarbeidingen av spørreskjemaet ble det gjennomført samtaler og møter med flere informasjonsformidlere som står bak det offentlige informasjonsstrategi. Samtalene var viktige som ledd i å framskaffe et best mulig grunnlag for utforming av spørreskjemaet og inkludere alle relevante forhold i det. Blant annet har de gitt økt innsyn i hvordan man planlegger å tilrettelegge informasjonen, hva man ønsker å informere om, og hvem man retter budskapene mot. Av den grunn inneholder skjemaet spørsmål om barn og unge, om stigmatisering og fordommer, om psykiske lidelser som en naturlig del av livet, om vurdering av muligheter til å få hjelp og hvor man kan få det, om konkret kunnskap og om behov for mer kunnskap, og så videre.

Sammenlikning er en viktig dimensjon i prosjektet. For å få kunnskap om eventuelle endringer i holdninger og kunnskaper, skal resultatene fra undersøkelsene som gjennomføres i 2002 sammenliknes med den som gjennomføres i 2005. Derfor er det nødvendig å benytte det samme spørreskjemaet i begge undersøkelsene. Dette gjør det mulig å studere eventuelle endringer i kunnskaps- og holdningsmønstre. Resultatene fra hver undersøkelse blir analysert og rapportert separat, men i forbindelse med den undersøkelsen som skal gjennomføres sist, blir resultatene også løpende sammenliknet med resultatene fra den første. Gjennom dette blir også problemstillingene som ble trukket opp i kapittel 1 grundig behandlet. Intervjuingen til den første av de to undersøkelsene fant sted i mars 2002.

4.2 Beskrivelse av utvalget

Utvalget som inngår i foreliggende undersøkelse beskrives nedenfor. Sammenliknet med populasjonen er det overensstemmelse på flertallet av variable, men det er en viss overrepresentasjon av personer med høyere utdanning og med høyere inntekt.

Tabell 4.1 *Beskrivelse av utvalget. N=1999*

Variabel		N	%-andel
Kjønn	Menn	995	49,7
	Kvinner	1004	50,3
Alder	Under 30 år	329	16,5
	30-39 år	483	24
	40-49 år	428	21,4
	50 år +	759	38
Utdannelse	Grunnskole	270	13,5
	Videregående	770	38,5
	Høgskole >4 år	551	27,6
	Høgskole 4 år +	378	18,9
	Uoppgitt	30	1,5
Inntekt	Under 150.000	117	5,9
	150-299.999	322	16,1
	300-449.999	443	22,1
	450-599.999	443	22,1
	600.000 +	452	22,6
	Uoppgitt	222	11,1
Landsdel	Nord-Norge	210	10,5
	Midt-Norge	286	14,3
	Vestlandet	399	20
	Østre Østlandet	680	34
	Vestre Østland	192	9,6
	Oslo	232	11,6

4.3 Oppsummering

Undersøkelsene som gjennomføres i dette prosjektet er basert på et strukturert spørreskjema i hovedsak basert på faste svaralternativer. Det er bygget opp slik at det skal gi informasjon som kan anvendes som ledd i den statlige informasjonsstrategien som utvikles som ledd i opptrappingsplanen for psykisk helse, og er delvis basert på spørsmål stilt i tidligere undersøkelser gjennomført i Norge. Undersøkelsene skal gjennomføres to ganger. Den første i år 2002, og den andre i 2005. Dataene innhentes ved hjelp av telefonintervjuer. Utvalget består av om lag 2000 respondenter over 18 år.

5 Åpenhet, nærhet og kunnskap

De empiriske resultatene fra denne undersøkelsen er organisert i tre kapitler. Det første av disse omhandler tre hovedtemaområder, og kan beskrives gjennom begrepene åpenhet, nærhet og kunnskap. I dette kapitlet drøftes spørsmål som er sentrale med referanse til disse temaene, som for øvrig også er vektlagt gjennom opptrappingsplanen.

Større grad av åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser har lenge stått på den samfunnsmessige dagsordenen. Åpenhet er viktig i seg selv, men også som underlag for å redusere fordommer eller feilaktige og negative forestillinger. Åpenhet henger også på mange måter sammen med nærhet. For eksempel viser tidligere forskning at egen nærhet til psykiske problemer har mye å si for i hvilken grad man mener det er ønskelig med større grad av åpenhet. Derfor behandles temaet nærhet også i denne sammenheng. I forlengelsen av dette er det også grunn til å tro at engasjement når det gjelder vurdering av behovet for å bedre psykisk helse, både på samfunnsnivå og individuelt, har sammenheng med ønsker om åpenhet så vel som grad av nærhet til problemene. Følgelig er dette et tema som også er i søkelyset i foreliggende kapittel.

Gjennom opptrappingsplanens satsing på informasjon og kunnskapsformidling understrekes betydningen av kunnskap. På samme måten som på andre områder hvor man arbeider forebyggende i tråd med en såkalt opplysningsoptimistisk tradisjon, ansees kunnskap å være en viktig nøkkel til et godt resultat (Sverdrup og Baklien, 2002). Dette er et sentralt prinsipp som også den statlige informasjonsstrategien hviler på.

Det er viktig i seg selv å undersøke befolkningens kunnskapsnivå for å vite hvor og om hvilke tema man bør forsøke å formidle mer eller riktig kunnskap. Man må vite hvor man skal sette inn forebyggende virkemidler. Samtidig henger også kunnskapsnivået sammen med de

forestillinger man har om psykisk helse og psykiske lidelser, og vil følgelig legge føringer på de holdninger som eksisterer.

Gjennom de temaene som drøftes i dette kapitlet belyses en rekke forhold som man søker å ivareta gjennom den statlige informasjonsstrategien som skal iverksettes og gjennomføres i løpet av opptrappingsplanens planperiode.

5.1 Åpenhet og nærhet

5.1.1 Åpenhet

Problemer er en naturlig del av livet, og alle må regne med å få problemer med noe før eller siden. Å være åpen om problemer er likevel ikke nødvendigvis "naturlig", verken for den som har problemer eller for samfunnet rundt.

I noen sammenhenger kan åpenhet være en fordel, i andre sammenhenger trenger det ikke være det. Når behovet for åpenhet om psykiske lidelser i økende grad blir understreket, ligger det i det at man mener åpenhet bidrar til å redusere fordommer, stigmatisering og tabuer samtidig som det bidrar til å øke innsikt, kunnskap og forståelse. Derfor er åpenhet viktig.

I denne undersøkelsen retter vi søkelyset mot åpenhet på tre nivåer. Det første dreier seg om i hvilken grad man vil være åpen om det i forhold til resten av familien sin dersom man selv eller noen i nærmeste familie fikk psykiske problemer. Her gjelder spørsmålet om åpenhet altså overfor ens nærmeste. Det andre dreier seg om i hvilken grad man vil være åpne om det i forhold til egne venner dersom man selv eller noen i nærmeste familie fikk psykiske problemer. Her gjelder spørsmålet om åpenhet kretsen utenfor egne aller nærmeste, men likevel til relasjoner som ofte betegnes som nære. Det tredje dreier seg om i hvilken grad man vil være åpne om det i forhold til kollegaer på jobben eller på skolen dersom man selv eller noen i nærmeste familie fikk psykiske problemer. Her gjelder spørsmålet om åpenhet en ytterligere utvidet krets, og denne betegnes ikke nødvendigvis som nær.

Åpenhet i forhold til hver av disse kategoriene kan stille en person overfor ulike utfordringer. Resultater av vurdering av grad av åpenhet vises i påfølgende tabell.

Tabell 5.1 *Vurdering av egen åpenhet om psykiske problemer overfor familie, venner og kollegaer. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1999*

Vurdering av behov for åpenhet	Åpen overfor familien	Åpen overfor venner	Åpen overfor kollegaer
I svært liten grad (kode 1)	2	4	9
Kode 2	2	4	8
Kode 3	4	8	12
Kode 4	6	11	16
Kode 5	14	20	18
Kode 6	21	18	12
I svært stor grad (kode 7)	51	34	22
Ubesv	1	1	4
Gj.snitt	6	5,3	4,5
SUM PROSENT	101	100	101

Tabellen viser at vurdering av egen åpenhet varierer i betydelig grad avhengig av hvem man eksponeres for. Halvparten (51 prosent) sier de vil være åpne i svært stor grad overfor egen familie. Denne graden av åpenhet reduseres til en tredel (34 prosent) når det gjelder åpenhet overfor venner, mens den reduseres ytterligere til om lag en femdel (22 prosent) når det gjelder åpenhet overfor kollegaer.

Innenfor samtlige eksponeringsarenaer er det en klar tendens i data-materialet til at kvinner i større grad enn menn ønsker åpenhet. De yngre (under 30 år) ønsker mindre grad av åpenhet enn de som er eldre (over 50 år). Det er også en tendens til at sivilstand påvirker grad av åpenhet på den måten at ugifte og enslige i mindre grad ønsker åpenhet enn de som er gift eller samboende, mens de som i størst grad vil være åpne er enker/enkemenn, samt separerte og gifte. Svarene med hensyn til grad av åpenhet varierer også med inntekt og utdannelse slik at de med lavest inntekt og lavest utdannelse i større grad vil være åpne om eventuelle egne psykiske problemer enn de med høy inntekt og høy utdannelse. Det er dessuten en gjennomgående tendens til at folk fra Vestlandet i mindre grad enn folk fra andre deler av landet vil være åpne om slike forhold.

Resultatene peker samlet på at det er mange utfordringer å gripe fatt i dersom man ser det som samfunnsmessig ønskelig å arbeide for større

grad av åpenhet når det gjelder psykiske problemer og psykiske lidelser. Ikke bare varierer villighet med hensyn til åpenhet avhengig av hvem man kan tenke seg å være åpen overfor, men vi finner også variasjon med hensyn til hvem som i større eller mindre grad vil være åpne om dette.

5.1.2 Nærhet

Nærhet til psykiske problemer og psykiske lidelser kan være en viktig årsak til at man ser et behov for større grad av åpenhet. Samtidig kan vurdering av i hvilken grad man mener det er behov for å bedre den psykiske helsen avhenge av hvor tett innpå en selv man mener det er slike bedringsbehov. I dette avsnittet ser vi nærmere på vurderinger av i hvilken grad man mener det er behov for å bedre den psykiske helsen i befolkningen, for folk som står en selv nær (slik som familie, slekt, venner og kollegaer), og til sist for en selv. Også her arbeider vi med andre ord med en tredelt gradering med informantene selv som et viktig referansepunkt.

Tabell 5.2 *Vurdering av behov for å bedre psykisk helse i befolkningen, hos egen familie, samt for eget vedkommende. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1999*

Vurdering av bedringsbehov	Bedring i befolkningen	Bedring hos familie, slekt	Bedring for eget vedkommende
I svært liten grad (kode 1)	1	7	21
Kode 2	2	11	18
Kode 3	5	14	12
Kode 4	14	14	10
Kode 5	25	18	13
Kode 6	20	12	8
I svært stor grad (kode 7)	31	20	15
Ubesv	3	4	3
Gj.snitt	5,5	4,5	3,6
SUM PROSENT	101	100	101

Tabellen ovenfor viser noen svært interessante fordelinger med hensyn til informantenes vurdering av hvor behovet for bedring av den psykiske helse først og fremst ligger. Tendensen er klar: desto lenger

unna informantene selv det er tale om, jo større vurderer man at det eksisterer et behov for bedring. Det er slik at om lag en tredel (31 prosent) vurderer at det i svært stor grad er behov for bedring i befolkningens psykiske helse, kun en femdel (20 prosent) vurderer at slike behov eksisterer i svært stor grad når det gjelder folk som står en selv nær, mens kun 15 prosent mener det er behov for stor grad av bedring for eget vedkommende. En annen måte å si dette på er at vurdering av behovet for stor bedring øker jo mer abstrakt størrelse man blir bedt om å ta stilling til (nemlig befolkningen), og tilsvarende reduseres det jo mer konkret størrelse det er tale om (nemlig egen nære krets samt en selv). På samme måten som når det gjaldt holdninger til åpenhet om psykiske problemer, finner vi ved nærmere analyse av dataene at det er forskjeller i fordelingene i svarene mellom ulike grupper. Også her er det slik at kvinner i større grad enn menn mener det er behov for bedring av den psykiske helsen, – både med hensyn til det noe abstrakte knyttet til befolkningen, men også med hensyn til det betydelig mer konkrete med hensyn til folk som står en selv nær, samt for eget vedkommende. De som er eldre mener i større grad enn de som er yngre at det er et stort behov for bedring tilstede. Det er også en tendens til at sivilstand påvirker vurdering av et bedringsbehov, men i denne sammenhengen er det slik at de enslige og ugifte mener det er behov for bedring i mindre grad enn andre grupper (gifte og skilte). Svarene med hensyn til vurdering av behov for bedring av psykisk helse, uansett om det gjelder befolkningen, venner, eller en selv, varierer med inntekt og utdanning. De med lavest inntekt og lavest utdanning mener i større grad det eksisterer slike behov i svært stor grad enn tilfellet er for de med høy inntekt og høy utdanning.

Tabell 5.3 trekker ut kjønn som egen variabel, og viser en fordeling av vurdering av bedringsbehov på ulike arenaer.

Tabell 5.3 *Vurdering av behov for å bedre den psykiske helsen i befolkningen, for folk som står en nær, samt for eget vedkommende. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad): Kode 7 samt snittscorer. Prosent. N=1997*

Bedringsbehov for..	Menn	Kvinner	Andel av alle	Snitt-Score
..befolkningen	24	38	31	5,5
..som står en nær	15	24	20	4,5
..eget vedkommende	12	18	15	3,6

Som allerede bemerket ser vi at det er relativt store forskjeller i svarene til menn og kvinner på dette punktet. Kvinner mener i langt høyere grad enn menn at det er behov for å bedre den psykiske helsen, både i befolkningen, for folk som står en selv nær, samt for en selv.

Når et behov for endring eller bedring blir registrert, kan man i forlengelsen av dette reise spørsmålet i hvilken grad det er mulig å få gjennomført slike endringer. Dette blir belyst i påfølgende tabell, og her er spørsmålet om i hvilken grad intervjupersonene mener de selv har muligheter til å bedre den psykiske helsen i befolkningen, for folk som står en selv nær, samt for eget vedkommende.

Tabell 5.4 *Vurdering av egne endringsmuligheter for å bedre den psykiske helsen i befolkningen, for folk som står en nær, og for eget vedkommende. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1997*

Vurdering av endringsmuligheter	I befolkningen	For folk som står en nær	For eget vedkommende
I svært liten grad (kode 1)	19	3	7
Kode 2	18	4	6
Kode 3	15	11	8
Kode 4	17	19	15
Kode 5	14	30	24
Kode 6	7	18	18
I svært stor grad (kode 7)	6	12	18
Ubesv	5	3	4
Gj.snitt	3,4	4,8	4,8
SUM PROSENT	101	100	100

Vi ser at de samme trekkene viser seg med hensyn til hvor nært eller fjernt man selv står i forhold til en problematikk også når det gjelder vurdering av egne endringsmuligheter for å bedre den psykiske helsen. Denne ansees som liten av de fleste når det gjelder å bedre den psykiske helsen i befolkningen (med et gjennomsnitt på 3,4), mens den ansees som noe større for folk som står en selv nær, mens den øker når det gjelder eget vedkommende (med et gjennomsnitt i begge tilfellene på 4,8). Det konkrete og nære i muligheter for å bidra til å bedre noe, er her i første rekke knyttet til eget liv og nærmiljø. Det er trolig for abstrakt å tenke seg at man som enkeltindivid skal bidra til å bedre befolkningens psykiske helse.

Det er en viss variasjon med hensyn til hvem som mener de kan bidra til å bedre den psykiske helsen. Også her er det forskjeller i vurdering av dette med referanse til kjønn. Menn er i noe mindre grad enn kvinner tilbøyelig til å mene at de kan bedre den psykiske helsen så vel for befolkningen, folk som står dem selv nær, som for eget vedkommende. Også alder har en viss innflytelse på vurdering av dette ved at yngre oftere enn eldre mener de i liten grad kan bidra med noe. Flere eldre (dvs. de over 50 år) mener de kan bidra til å bedre den psykiske helsen, spesielt for eget vedkommende. Det betyr imidlertid ikke noe hvor i landet man bor når det gjelder vurdering av disse

spørsmålene. Derimot samvarierer inntekt og utdanning også i denne sammenhengen, og mønsteret er som før at de med lav inntekt og lav utdanning i mindre grad enn de med høy inntekt og høy utdanning mener de selv kan gjøre noe for å bedre den psykiske helsen, enten det dreier seg om i befolkningen, for folk som står en selv nær, eller for en selv.

I løpet av livet vil hver tredje nordmann rammes av en psykisk lidelse. Dette viser forskning om befolkningens helsetilstand, og er blant annet referert i kapittel 2 i denne rapporten. En relativt stor andel av befolkningen vil følgelig på et eller annet tidspunkt ha nærkontakt med slike problemer og lidelser. I forlengelsen av de spørsmålene vi har drøftet foran i kapitlet, med referanse til egen, potensiell eller allerede erfart befatning med psykiske problemer, reiser vi spørsmålet om noen som intervjupersonene kjenner godt har hatt psykiske lidelser i løpet av de siste tre årene. Resultater vises i nedenstående tabell.

Tabell 5.5 *Om noen man kjenner godt har hatt psykiske lidelser i løpet av de siste tre årene? N=1995. Prosent*

	Mann	Kvinne	>30 år	30-39 år	40-49 år	50 år +	TOT
Ja	70	77	79	78	77	66	73
Nei	28	22	20	21	21	32	25
Ubesv	1	1		1	2	1	1
SUM PRO-SENT	99	100	99	100	100	99	99

Tabellen viser at nesten 3 av 4 personer sier de kjenner noen godt som har hatt psykiske problemer i løpet av den siste treårs perioden. En viss større andel kvinner enn menn, samt en viss større andel av de yngre i utvalget enn de eldre, svarer bekreftende på dette. I lys av dette kan det være nærliggende å si at psykiske lidelser synes å være svært alminnelig, nesten på det nivået at resultatene peker på at det er tale om en folkelidelse. Når så mange kjenner til psykiske problemer i sin egen nærhet, kan det være relevant å undersøke i hvilken grad folk er engasjert i forhold knyttet til psykisk helse i befolkningen, overfor folk som står en selv nær, samt for eget vedkommende. Resultater vises i påfølgende tabell.

Tabell 5.6 *Engasjement i forhold til psykiske helse mht befolkningen, folk som står en selv nær, samt for eget vedkommende. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1999*

Grad av engasjement vedr psykisk helse overfor..	..befolkningen	..folk som står en nær	..eget vedkommende
I svært liten grad (kode 1)	23	11	18
Kode 2	16	7	8
Kode 3	13	9	9
Kode 4	15	13	12
Kode 5	13	17	15
Kode 6	9	17	14
I svært stor grad (kode 7)	9	23	21
Ubesv	1	2	4
Gj.snitt	3,5	4,7	4,8
SUM PROSENT	99	99	101

Vi finner samme mønster som vist tidligere: stor grad av engasjement er først og fremst knyttet til eget vedkommende (21 prosent) og for folk som står en selv nær (23 prosent), mens 9 prosent opplyser at de har stor grad av engasjement i forhold knyttet til psykisk helse i befolkningen. Med andre ord øker engasjement i forhold til grad av nærhet og å være konkret, mens det avtar i forhold til grad av avstand og å være abstrakt.

Det er imidlertid vanskelig å peke på noe mønster når det gjelder hvem som gir uttrykk for de ulike grader av engasjement. Som tidligere er det imidlertid en viss variasjon mellom svarene til menn og kvinner, ved at kvinner gjennomgående viser noe større grad av engasjement enn menn. Alder har derimot liten innflytelse. Det samme gjelder landsdeltilhørighet, om man har barn eller ikke, samt inntekt og utdanning. Det eneste utslaget med hensyn til bakgrunnsvariable som vi finner, er knyttet til sivilstand ved at skilte i større grad enn andre opplyser at de er engasjert i forhold knyttet til egen psykisk helse. Vi finner også at enker og enkemenn i mindre grad enn andre er opptatt av dette. Årsakene til denne variasjonen er ikke enkel å tolke.

Den nærhet mange har til psykiske lidelser, og som vi blant annet har vist empirisk i Tabell 5.5, kan understreke at behovet for at opplysnings- og kunnskapsnivået også bør være høyt, både hos enkeltindivider og samfunnet. Når mange er berørt av et problem er det dessuten viktig at man ved hjelp av kunnskap sikrer at fordommer og tabuer om problemer blir redusert så mye som mulig. Dette leder oss over til neste tema i dette kapitlet, og det omhandler kunnskap, informasjon og kunnskapsbehov.

5.2 Kunnskap og informasjon

Man kan ha behov for informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser av mange årsaker. Dels kan man som enkeltindivid føle at man burde være generelt informert om hva det er, og hvordan og hvorfor ulike tilstander kan oppstå, og dels kan man ha behov for å vite hvor man skal henvende seg dersom en tilstand oppstår som påkaller behov for hjelp i en eller annen form.

I dette avsnittet skal vi se litt nærmere på hva informantene selv sier om hva ulike tilstander og betegnelser innebærer. Dessuten skal vi presentere empiri som viser i hvilken grad informantene mener det er behov for å bedre ulike aspekter ved psykisk helse. Avslutningsvis skal vi gå mer detaljert inn på hvordan informantene anser mulighetene til å få hjelp dersom man skulle ha behov for det, samt hvor det i så fall vil være naturlig å henvende seg.

5.2.1 Kunnskapsstatus

I tråd med en modell brukt i andre studier (Antonak, 1998) har vi stilt spørsmål for å få en oversikt over kunnskapsnivået i befolkningen slik informantene selv vurderer dette. Hva man faktisk har av kunnskap er imidlertid ikke undersøkt substansielt. Vi har snarere vært opptatt av å få et bilde av kunnskapsstatus i befolkningen ved hjelp av et spørsmålsbatteri som har form av å være en slags selvevaluering.

Ved hjelp av en formulering som stiller spørsmålet "hvilke ord eller begreper forbinder du med psykiske lidelser", får vi et bilde av hva informantene selv tenker på i denne sammenheng, uten at de blir ledet inn på det av en intervjuer. Dette gir en god innledende oversikt over hva som assosieres med psykiske lidelser. I oppfølgingen av dette innledende spørsmålet blir det deretter stilt spørsmål om i hvilken grad de ulike tilstandene er kjent. Også dette har informantenes egen vurdering som referanse.

Tabell 5.7 *Hva man forbinder med psykiske lidelser. Flere svar mulig. Prosent. N=1997*

Tilstand/ Betegnelse	Menn %	Kvinner %	Andel av alle svar	Antall svar N=
Depresjon/ depressiv reaksjon	32	43	37	740
Angst	17	29	23	461
Schizofreni	19	27	23	459
Manisk depressiv	10	21	15	308
Nevrose	7	12	9	188
Psykose	7	12	9	186
Fobier	5	6	5	108
Psykopati	4	5	4	85
Spisefor- styrrelser	2	4	3	59
Være lei seg	3	3	3	54
Psykisk utviklings- hemmet	1	1	1	19
Senil/- demens	1	1	1	15

Resultatene viser at fire tilstander, eller ord og begreper som det er betegnet i spørreskjemaet, oftest forbindes med psykiske lidelser. De tilstandene dette gjelder er depresjon eller depressiv reaksjon, som nevnes av 37 prosent. Dermed er det angst og schizofreni, som begge nevnes av 23 prosent, mens manisk depressiv nevnes av 15 prosent. Alle tilstandene som er listet opp i tabellen nevnes oftere av kvinner enn av menn. Både nevrose, psykose, fobi, psykopati og spiseforstyrrelser kan også klassifiseres som psykiske lidelser (jf kapittel 2), men disse tilstandene er altså ikke blant de folk flest forbinder med psykiske lidelser. De øvrige tilstandene som nevnes i Tabell 5.7, nemlig å være lei seg, å være psykisk utviklingshemmet, samt senil/demens, nevnes av noen svært få når de blir bedt om å si hva de for

binder med psykiske lidelser. Disse tilstandene er imidlertid ikke uten videre klassifisert som psykiske lidelser (jf kapittel 2), selv om de er egne diagnoser (med unntak av å være lei seg).

Det er i tillegg til opplysningene som framkommer i tabellen over, av-gitt en rekke tilleggssvar som er registrert av intervjuer. Disse tilleggssvarene peker på at det blant folk er en mengde populariserte forestillinger av hva psykiske lidelser egentlig er, og at mangfoldet og spennvidden i slike forestillinger er stort og til dels ganske upresist.

For eksempel nevnes en rekke varianter av "en Bondevik", "å gå på en Bondevik", "å være deppa", samt "å være utbrent" eller å være "i mental ubalanse" eller "ute av balanse", samt "å få en knekk" eller "å møte vegg". Å være "gal", samt å lide av "forfølgelsesvanvidd" eller av "stormannsgalskap", nevnes også av mange. Det samme gjør begrepene "noia" eller "paranoia". Hyppig nevnes "å være nervøs" eller "å ha nerver", "nervesammenbrudd" eller "sammenbrudd". I tillegg nevnes ensomhet, engstelse, mental ubalanse, å være hyperaktiv, samt familieproblemer eller -kriser og -tragedier. Mobbing nevnes også i denne sammenheng. Det samme gjør migrene. Frustrasjon er noe mange forbinder med psykiske lidelser. Det samme er frykt, stress, kollaps og nedstemthet, eller å fungere dårlig. Personlighetsforstyrrelse nevnes av en del, det samme gjør selvmord, autisme og ADHD.

Alle disse ordene og begrepene peker på forestillinger folk har om hva psykiske lidelser er. Det er imidlertid et spørsmål om i hvilken grad folk har et klart bilde av hva de ulike ordene og begrepene dekker av ulike psykiske tilstander, og når en tilstand blir en lidelse. Slike spørsmål får vi imidlertid ikke nærmere informasjon om i denne undersøkelsen. Det som derimot er et viktig bidrag, er at den viser at mangfoldet er stort med hensyn til hva folk forbinder med psykiske lidelser, og presisjonen er ikke nødvendigvis stor. Dermed kan det være grunn til å tro at kunnskapen ikke heller nødvendigvis er så presis. Med tanke på informasjonens og kunnskapsoverføringens betydning er det grunn til å tro at det ligger et stort potensial nettopp her med hensyn til å formidle hva en psykisk lidelse er, hvem som kan få det, hva det innebærer og liknende. Det kan også være grunn til å gripe fatt i en del av de forestillingene som antydes her, for eksempel om hva det er "å være gal", og hva "gale" mennesker er i stand til å gjøre, om "galskap" er farlig og så videre.

Vi har likevel en viss informasjon om intervjupersonenes kunnskapsnivå når det gjelder noen psykiske lidelser. Vi har nemlig reist spørsmålet om i hvilken grad de selv vil angi om de kjenner til hva til

stander som angst, depresjon, fobi og så videre innebærer. På denne bakgrunn får vi informasjon om det egenvurderte kunnskapsnivået i forbindelse med noen psykiske lidelser og tilstander. Resultater vises i nedenstående tabell.

Tabell 5.8 *Grad av kjennskap til noen tilstander og betegnelser. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad): Kun kode 7 samt snittscorer. Prosent.N=1997*

Tilstand/ Betegnelse	Menn	Kvinner	Andel av alle	Snitt- Score
Depresjon/ Dep. Reaksj.	24	36	30	5,5
Angst	25	35	30	5,3
Senil/ Demens	25	36	31	5,3
Spisefor- styrrelser	19	30	25	5,1
Fobier	20	27	23	5
Manisk/ Depressiv	13	26	20	4,6
Schizofreni	16	20	18	4,4
Psykopati	9	17	13	4,1
Nevrose	7	12	10	3,9
Psykose	9	15	12	3,8

Denne tabellen viser kun de som har benyttet kode 7, altså registrert som kjennskap i svært stor grad. Begrunnelsen for å skille ut bruk av denne koden som en egen svarkategori blir nærmere drøftet i avsnitt 6.1, men skal kort nevnes her: Forskning på andre områder peker på at respondenter neppe vil benytte den svarkoden som angir størst grad av kunnskap med mindre det er gode grunner for det (Mordal, 2002). Dette ligger til grunn for presentasjonen av resultater som kun framhever svar knyttet til kode 7 i tabellen over.

Når det gjelder folks egen vurdering av eget kunnskapsnivå i tilknytning til de tilstandene som er omtalt, sier mellom 20 og 30 prosent at de kjenner svært godt til hva tilstander som depresjon/

depressiv reaksjon/ manisk depressiv, angst og fobier, samt spiseforstyrrelser og senil/demens innebærer. De fleste av disse tilstandene er også hva folk gjerne forbinder med psykiske lidelser (jf forrige tabell). De tilstandene som er noe mindre kjent er schizofreni, psykopati, nevrose og psykose. Også dette er langt på vei sammenfallende med de forholdene vi diskuterte vedrørende forrige tabell.

Selv om det synes å være en viss, utbredt kjennskap om ulike psykiske lidelser, er det likevel slik at flertallet ikke kjenner godt til hva tilstandene innebærer. For mange tilstander er det også slik at nesten ingen kjenner til hva de er. Dette innebærer at mange trolig vil ha (et mer eller mindre uttalt) behov for mer kunnskap. Og det betyr uansett at når man formidler informasjon om ulike psykiske lidelser og om psykisk helse, så er flertallet uten svært stor kunnskap i utgangspunktet. Derfor er det all grunn til å tro at det eksisterer et "marked" for informasjon og kunnskap i befolkningen, og at det er store kunnskapshull tilstede hos folk flest.

5.2.2 Behov for bestemt kunnskap

Det kan være grunn til å undersøke om det finnes områder der folk flest har definerte, gjennomtenkte eller spesifikke behov for kunnskap. Derfor har vi reist spørsmålet om hva folk gjerne skulle visst mer om når det gjelder psykisk helse og psykiske lidelser, og hva i så fall dette skulle være. Tabellen nedenfor viser resultater.

Tabell 5.9 *Hva man skulle visst mer om. Flere svar mulig. Prosent.*
N=1995

Skulle gjerne ha mer kunnskap om:	Menn	Kvinner	TOT
Ingenting	65	54	59
..spesielle lidelser	11	14	12
..hva som utløser psykiske problemer	6	6	6
..hvem som kan få psykiske problemer	3	3	3
..man blir bra av psykiske lidelser	2	4	2
..man kan fungere i jobb med psykiske problemer	2	2	2
..arvelighet	2	3	2
..andre forhold	22	29	25
SUM PROSENT	113	115	112

Flertallet, som her utgjør over halvparten (59 prosent) av informan-
 tene, sier det ikke er noe de skulle visst mer om. Som tidligere vist,
 finner vi også nå en forskjell i menns og kvinners svar på den måten at
 flere menn enn kvinner sier det ikke er noe de gjerne skulle visst mer
 om. Strengt tatt gir ikke dette grunn til å trekke den slutningen at
 menn i mindre grad enn kvinner er interessert i slike forhold. Men det
 faktum at vi gjennomgående har vist at det eksisterer en viss variasjon
 i holdninger til spørsmål og problemstillinger vedrørende psykisk
 helse og psykiske lidelser, kan likevel peke i den retning. Det er lite
 som tyder på at menn ikke har behov for mer kunnskap på dette feltet
 fordi de vet mer enn kvinner. Resultatene peker snarere i retning av at
 menn i mindre grad er engasjert i og opptatt av dette enn kvinner er,
 og på den bakgrunn har et mindre uttalt behov for kunnskap. For øvrig
 er det også betydelig flere eldre (dvs. over 50 år) enn yngre (dvs.
 under 30 år) som sier det ikke er noe de gjerne skulle visst mer om. På

begge disse punktene ligger det derfor en klar utfordring for informasjonsformidlingen som skal utføres i forbindelse med opptrappingsplanen. Budskap som formidles må både tilpasses målgruppens kjønn og alder.

De øvrige forholdene som er kategorisert i tabellen, viser at de som gjerne vil ha mer informasjon, først og fremst peker på behov for informasjon om spesielle lidelser. Likevel gjelder dette bare 12 prosent av svarene. De øvrige kategoriene omfatter færre. Hva som utløser psykiske lidelser og hvem som kan få det, nevnes imidlertid også av enkelte.

I tillegg til de svar som framkommer i tabellen, fikk informantene her anledning til å utdype hva de gjerne skulle visst mer om. Denne muligheten ble benyttet av mange, og svarene ble registrert av intervjuer. På dette punktet foreligger det dermed en del nyttig ekstra-informasjon. Av de mer generelle svarene sies det at man gjerne skulle visst mer om "alt", og gjerne hatt en god del mer generell informasjon, og en form for økt allmennkunnskap. Forebygging blir nevnt av mange som et område det dels burde satses mer på, og som man dels burde ha mer informasjon om. På samme måten etterlyses informasjon om behandling, behandlingsformer og behandlingssteder.

Det er imidlertid også mer konkretiserte svar, hvor det for eksempel fremheves at man gjerne skulle visst mer om barns og unges psykiske lidelser, hva som skjer, hvorfor det skjer og hvilke symptomer man bør være på vakt overfor og oppmerksom på. Det er også registrert et behov for mer kunnskap om hva man bør gjøre for barn og unge når de får en psykisk lidelse. Flere peker på at man skulle visst hvor man kunne henvende seg for å få hjelp.

Av mer spesifiserte psykiske tilstander nevner flere at de gjerne skulle hatt mer kunnskap om angst, om selvmord og selvmordstanker og -trusler, og flere peker tilsvarende på behov for kunnskap om angst og depresjon. Andre forhold som framheves er hva som er symptomer, hva som skjer med kroppen, hva ulike tilstander innebærer, og hvordan man skal man forholde seg til folk med psykiske lidelser. Noen lurte også på hva man kan gjøre selv, og hva man kan regne med å få av hjelp fra støtte- og hjelpeapparatet, og hvor man finner hjelpen. Noen har også ønske om informasjon i forbindelse med medisiner, noen etterlyser kurstilbud, og noen framholder at det må bli lettere å få tak i informasjon om psykiske lidelser på bibliotek og helsestasjoner. Andres erfaring etterspørres også av enkelte.

Det er med andre ord et bredt spekter av ønsker om og behov for informasjon om alt fra det generelle til det mer spesielle i forbindelse

med psykisk helse og psykiske lidelser. På mange måter antyder dataene at "folk flest" er lydhøre mottakere og takknemlige målgrupper for mer informasjon. Det at temaet er satt på dagsordenen oppfattes som positivt av mange, og reflekterer trolig et kunnskapsbehov som er relativt omfattende. Samtidig er det verdt å merke seg at 59 prosent ikke er interessert i mer informasjon.

5.2.3 Tilgang til informasjon

Tilgang til informasjon kan være en viktig faktor som legger føringer eller begrensninger på folks kunnskapsnivå. Vi har derfor reist spørsmål om i hvilken grad folk synes det er vanskelig å få tak i informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser.

Tabell 5.10 *I hvilken grad er det vanskelig å få tak i informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser? Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1999*

Grad av vansker mht å få tak i informasjon	Menn	Kvinner	TOT
I svært liten grad (kode 1)	9	9	9
Kode 2	8	6	7
Kode 3	20	15	18
Kode 4	16	18	17
Kode 5	18	20	19
Kode 6	6	7	6
I svært stor grad (kode 7)	6	8	7
Ubesv	16	17	16
Gj.snitt	3,8	4	3,9
SUM PROSENT	100	99	99

Bare i alt 9 prosent mener det i svært liten grad er vanskelig å få tak i informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser, mens 7 prosent mener det er det i svært stor grad. De fleste mener altså at det er "passe vanskelig eller lett" å få tak i slik informasjon. Det er små forskjeller i menns og kvinners vurderinger på dette punktet. Når man ser på gjennomsnittscorene som vises i Tabell 5.10, som altså er 3,9, er

det likevel klart at det eksisterer et bedringspotensial med hensyn til å gjøre det enklere for folk flest å finne fram informasjon.

Det kan være flere aspekter knyttet til spørsmålet om hvor enkelt eller vanskelig det er å få tak i informasjon. Ett aspekt dreier som om tilgjengelighet generelt, og handler om tilgang ved behov, mens et annet aspekt dreier seg om tilgang i form av forståelse, – eller hvor lett eller vanskelig det er å forstå innholdet substansielt.

Vi har reist spørsmålet om hvor man vil søke informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser dersom man skulle få bruk for det? Informantene er her bedt om å nevne de informasjonskildene som er aktuelle for dem, slik at altså flere svar er mulig. Tabellen under viser fordeling.

Tabell 5.11 *Hvor man vil søke informasjon. Fordelt etter kjønn og alder. Flere svar mulig. Prosent. N=1996*

Hvor	M	K	>30 år	30-39	40-49	50+	TOT
Lege	70	71	64	74	71	71	71
Inter- nett	17	18	28	23	20	8	17
Sykeh/ Beh- sted	12	15	13	14	17	12	14
Bøker	8	14	12	12	13	9	11
Psykol	10	12	17	13	10	9	11
Psykiat	7	10	9	7	12	8	9
Venner	7	9	12	9	8	6	8
Familie	6	7	9	6	7	5	6
Pasient /bruker -organ.	3	5	5	4	4	4	4
Helse- søster	3	5	8	2	5	2	4
Kont.- telefon	3	3	6	2	2	2	3
Bed.- helsetj.	3	1	3	2	4	1	2
Aviser		1		1	1	1	1
Ukebl.		2	1	1		1	1
Lærer	1		2				1
Vet ikke	5	2	3	2	2	5	3
SUM	155	175	192	172	176	144	166

Nesten 3 av 4 personer, nemlig 71 prosent, ville henvendt seg til lege. Det er liten variasjon med hensyn til hvor menn og kvinner vil henvende seg for å få informasjon. Imidlertid er det en interessant variasjon grupper i mellom som følger alder. Det er for eksempel en tendens til at yngre respondenter (dvs. under 30 år) vil henvende seg til lege i noe mindre grad enn eldre, samtidig som de yngre i betydelig høyere grad vil benytte seg av Internett hvis de trenger informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser. Hele 28 prosent av de under 30 år vil søke på Internett, og opp til 50 år er Internett en viktig informasjonskanal for om lag 1 av 4-5 respondenter. For de som er over 50 år oppgir imidlertid bare 8 prosent at de vil hente informasjon

om psykisk helse og psykiske lidelser på Internett. Målgruppens alder er med andre ord svært viktig å ta hensyn til når man skal velge informasjonskanal og hvor man som informant kan regne med å treffe de forskjellige målgruppene. Det er for øvrig også grunn til å understreke at Internett er rangert på plassen etter lege, og foran alle andre (potensielle) informasjonskilder. I alt 17 prosent sier de vil benytte Internett hvis de ønsker nevnte type informasjon. Bare en liten andel, henholdsvis 11 og 9 prosent, oppgir psykolog og psykiater, og om lag like mange oppgir venner og familie.

Andre informasjonskanaler, slik som sykehus/behandlingssted, bøker, helsesøster, pasient- og brukerorganisasjoner, kontakttelefon, bedriftshelsetjeneste, aviser og ukeblader oppgis av et mindre antall.

For informasjonsformidlere er det viktig å være klar over hvor man med størst grad av sannsynlighet kan regne med å treffe folk som er interessert i å oppsøke informasjonskilder for å få vite mer om psykisk helse og psykiske lidelser. Ved å benytte disse kildene på en målrettet måte kan man oppnå mye. I denne sammenheng er det Internett som framstår med nye muligheter. Henvendelser til leger kan på den annen side også utnyttes i informasjons- og kunnskapsutviklingsammenheng på flere måter.

Når det gjelder spørsmålet om man selv har hatt behov for å skaffe seg informasjon, finner vi i Tabell 5.12 følgende fordeling:

Tabell 5.12 *Om IO selv har hatt behov for å skaffe seg informasjon.*
Prosent. N=1996

Om hatt behov:	Menn	Kvinner	TOT
Ja	33	49	41
Nei	66	51	58
Husker ikke	-	-	-
SUM	100	100	99

I underkant av alle som er intervjuet, nemlig 41 prosent, opplyser at de har hatt behov for å skaffe seg mer informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser selv. Kvinner oppgir i større grad enn menn at de har hatt slikt behov (henholdsvis 49 prosent og 33 prosent).

5.3 Oppsummering og konklusjoner

Dette kapitlet har behandlet spørsmål i tilknytning til åpenhet, nærhet og engasjement. Dessuten har det behandlet spørsmål om kunnskap, kunnskapsstatus og –behov, samt ulike sider ved informasjon og informasjonskilder.

Åpenhet, nærhet og engasjement henger sammen. Vurdering av egen åpenhet varierer i betydelig grad avhengig av hvem man eksponeres overfor. Jo nærmere man står hverandre desto større grad av åpenhet er folk villig til. Sagt på en annen måte vil over halvparten av befolkningen være åpne om psykiske problemer i svært stor grad overfor egen familie. Når grad av nærhet reduseres, reduseres også villighet til å være åpen. Bare en tredel ønsker nemlig svært stor grad av åpenhet om psykiske problemer overfor venner. Grad av åpenhet reduseres ytterligere parallelt med økt distanse. Bare om lag en femdel vil være åpne om egne psykiske problemer overfor kollegaer. På samtlige arenaer er det en klar tendens til at kvinner i større grad enn menn ønsker åpenhet.

Nærhet, slik vi har omtalt det til nå, handler om aktørers direkte forhold til hverandre i nær familie, blant venner og kollegaer, som konkrete relasjoner man forholder seg til. Denne typen nærhet og ønsker om åpenhet følger hverandre på den måten at når grad av nærhet er stor er ønsket om åpenhet det også, og omvendt. En annen form for nærhet handler om vurdering av hos hvem det er behov for eventuell bedring av den psykiske helsen. Her er tendensen i resultatene også klar, slik at størst grad av bedringsbehov tillegges aktører lengst unna en selv. Og jo nærmere en selv man kommer desto mer reduseres vurdering av behov for bedring: Det er altså langt flere som mener det er behov for å bedre befolkningens psykiske helse, mens betydelig færre mener det er behov for å bedre egne venners psykiske helse, mens enda færre mener det er behov for å bedre egen psykisk helse. Litt enkelt sagt kan vi registrere en forestilling om at det på et abstrakt plan står dårligere til med befolkningens psykiske helse enn med egne venners, som det står dårligere til med enn med ens egen. Den abstrakte forestillingen dukker også opp igjen i vurderingen av hvor man selv har størst mulig grad av endringsmuligheter for å bedre den psykiske helsen. Betydelig færre mener de kan bidra med noe for å bedre befolkningens psykiske helse, flere mener de kan bidra for å bedre egne venners psykiske helse, og flest mener de kan bidra for eget vedkommende. Også her kan det registreres tendens til forskjeller i vurderinger avgitt av menn og kvinner. Menn mener i mindre grad enn kvinner at de kan bedre den psykiske helsen. Dette er uavhengig

av nærhet til en selv, enten det gjelder befolkningen, venner eller for eget vedkommende. Yngre mener i større grad enn eldre at de har lite å bidra med.

Disse betraktningene peker på at det eksisterer forskjellige dimensjoner knyttet til nærhet og avstand, samt til abstrakte og konkrete forhold og forestillinger om psykiske lidelser og psykiske problemer. Samtidig peker resultatene på at et flertall har et forholdsvis konkret forhold til psykiske lidelser, ved at nesten 3 av 4 personer forteller at noen de kjenner godt har hatt psykiske lidelser i løpet av de siste tre årene. I lys av dette kan man nesten si at psykiske lidelser ser ut til å være en slags "folkelidelse". Likevel er ikke engasjementet i forhold til spørsmål vedrørende psykisk helse spesielt omfattende verken overfor befolkningen, folk som står en selv nær, eller for eget vedkommende. Imidlertid finner vi igjen mønsteret om at engasjementet øker i forhold til grad av nærhet, mens det avtar i forhold til grad av avstand og abstraksjon.

Mange er altså berørt av psykiske problemer og psykiske lidelser, og om lag halvparten av alle som er intervjuet opplyser at de selv har hatt behov for å skaffe seg informasjon om dette. For de flestes vedkommende er det mest naturlig å henvende seg til en lege for å få informasjon, mens et lite antall synes det er naturlig å henvende seg til psykolog eller psykiater. Imidlertid er Internett forholdsvis flittig benyttet, av de fleste aldersgrupper, men med unntak av de over 50 år. De fleste andre mulige informasjonskilder er benyttet i begrenset grad. Dette peker på minst to utfordringer for de som arbeider med informasjonsformidling over dette temaet: de er nødt til å treffe folk der folk faktisk er, samtidig som det også går an å arbeide for å treffe folk andre steder som er mindre brukt. Det ligger åpenbare muligheter og utfordringer i å legge ut mer kunnskap på Internett ettersom det er grunn til å tro at bruk av dette medium vil øke. Da er det viktig å sikre at lettfattelig og saklig informasjon om ulike psykiske lidelser og tilstander er tilgjengelig i et språk og en form som folk flest kan forstå. Det ligger imidlertid også muligheter til å treffe folk med informasjon de har bruk for på andre arenaer, for eksempel på arbeidsplasser og skoler og andre steder der folk tilbringer store deler av tiden sin.

Når det gjelder konkret kunnskapsnivå, peker dataene fra denne undersøkelsen på at det folk flest vanligvis forbinder med psykiske lidelser er tilstander som depresjon eller depressiv reaksjon, angst, schizofreni og manisk-depressiv. Mange forbinder langt mer "folkelige" betegnelser med det, slik som for eksempel å være "deppa", "utbrent", "gå på en Bondevik", "møte veggen", "å være gal", eller å få "(nerve)sammenbrudd".

Resultatene fra denne undersøkelsen peker på at det er store kunnskapshull i befolkningen. For eksempel opplyser om lag 1/3 at de har stor grad av kjennskap til hva de oftest nevnte tilstandene innebærer. Dette innebærer med andre ord at 2/3 har varierende grad av mindre kjennskap til det. Det er grunn til å tro at det er en fordel for folkeforståelsen at disse hullene fylles opp med mer kunnskap.

De resultatene som er trukket opp i dette kapitlet peker på mange utfordringer når det gjelder informasjonsformidling, tiltak for å øke kunnskap, samt hvilke kanaler man bør benytte og hvilke målgrupper man bør rette hvilke typer budskap og informasjon mot.

En overordnet konklusjon er at selv om det kan registreres et visst opplysnings- og kunnskapsnivå i befolkningen, kan det være grunn til å tilby mer informasjon, og arbeide for å sikre økt kunnskap.

6 Synspunkter på ulike temaområder

Ett av målene med informasjonssatsingen i opptrappingsplanen er at man ønsker å redusere negative holdninger i tilknytning til psykiske lidelser. Som vi var inne på i forrige kapittel er fordommer, eller negative holdninger, og tabuer ofte et resultat av mangelfulle eller dårlige kunnskaper. Det er viktig å få et bilde av ulike synspunkter som eksisterer i tilknytning til psykisk helse og psykiske lidelser, slik at man kan informere på en god måte og derigjennom søke å korrigere feilaktige forestillinger. Endring er ofte avhengig av folks villighet og evne til å tenke nytt og annerledes. Dette kan igjen være avhengig av kunnskap og saklig informasjon om et tema, enten det dreier seg om psykisk helse og psykiske lidelser, eller om andre forhold man forsøker å bedre. Av den grunn er det nødvendig med innsikt i hvilke forestillinger som eksisterer i befolkningen. Med utgangspunkt i og kjennskap til dette kan man lettere treffe målgrupper med endrende, kunnskapsutviklende budskap når man skal informere for å tilføre ny innsikt.

I dette andre av de to empiriske kapitlene går vi derfor nærmere inn på flere temaområder hvor synspunkter på og holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser er i fokus. Kapitlet er konsentrert om å presentere en rekke synspunkter og uttrykte meninger i form av svar på enkeltspørsmål, og det er foretatt en tematisk inndeling i fem områder.

For det første presenterer vi noen generelle betraktninger knyttet til psykisk helse og psykiske lidelser. For eksempel blir det undersøkt om folk synes det er flaut å ha psykiske problemer, og om man kan se på en person om vedkommende har en psykisk lidelse, samt om kvinner oftere enn menn har psykiske problemer.

Dernest går vi inn på forestillinger folk kan ha om hvilke årsaker som kan ligge til grunn for psykiske lidelser. For eksempel tar vi opp folks oppfatninger med hensyn til om det er arvelig, om det skyldes at noe

er galt i nervesystemet, om fysiske årsaker kan ligge til grunn, eller om det skyldes omsorgssvikt.

Videre tar vi opp forestillinger om hva psykiske lidelser gjør med folk, og ulike uttrykksformer for slike lidelser. Dette omhandler altså synspunkter på konsekvenser av å ha en psykisk lidelse eller et psykisk problem. For eksempel drøftes om folk tror psykisk syke er farlige, om det er mulig å bli frisk igjen dersom man har hatt en psykisk lidelse, og om en psykisk knekk kan gi livet styrke.

Deretter blir synspunkter på, og forståelse av forhold knyttet til barns og unges psykiske helse og psykiske lidelser undersøkt og drøftet. For eksempel tar vi her opp om folk mener eller tror at barn kan få like alvorlige sammenbrudd som voksne, og om hjelpeapparatet bruker tilgjengelige ressurser på barn og unge med psykiske problemer.

Til sist presenteres synspunkter og forestillinger som eksisterer med hensyn til ulike løsninger man kan forestille seg når det gjelder å løse eller mestre psykiske problemer. Aktuelle spørsmål er om folk mener at det ikke er mye som kan gjøres for en person som får en psykisk lidelse, om man helst bør løse slike problemer selv dersom de oppstår, og om miljøforandringer kan hjelpe på psykiske problemer.

6.1 Utgangspunkt for presentasjon av resultater

Spørreskjemaet inneholder 32 holdningsrelaterte spørsmål hvor svarene er avgitt på syvdelt skala. Den gjennomgående spørsmålsformuleringen på disse holdningsspørsmålene er som følger: "I hvilken grad mener du"? Svarene skal besvares etter følgende instruks: "Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr i svært liten grad og 7 betyr i svært stor grad."

I dette kapitlet blir følgende lagt til grunn for kategoriseringen av dataene i tabellene: Kode 1=i svært liten grad, og kode 7=i svært stor grad. Kode 2-3 på skalaen viser en liten grad av enighet, mens kode 4-6 viser en viss/stor grad. Kodene 2-3 og 4-6 blir slått sammen i den påfølgende presentasjonen, mens verken kode 1 eller kode 7 blir slått sammen med andre koder.

Begrunnelsen for å holde kodene 1 og 7 atskilt som egne svar-kategorier refererer til erfaringer fra andre undersøkelser som bruker denne typen skalaer, for eksempel av (forbruker)tilfredshet (Mordal, 2002). Det viser seg nemlig å være vanlig at de fleste svarer at de er

fornøyd eller ganske fornøyd (altså tilsvarende kodene 4–6) når de blir spurt om vurdering og tilfredshet ved bruk av offentlige tjenester. En slik antagelse ligger også til grunn i presentasjonen av dataene i tabellene i dette kapitlet. Det er derfor satt et kvalitativt skille mellom de som benytter kodene 1 og 7, og de øvrige som benytter andre deler av skalaen.

Tendensen til å gi sosialt ønskelige svar på holdningsspørsmål kan imidlertid føre til at en informant lett kan gi et mer positivt svar enn det er reell dekning for, slik vi blant annet drøfter i kapittel 7 og i vedlegg 2. Dette er et forhold man skal være oppmerksom på blant annet i telefonintervjuer, slik som i denne studien. Likevel er det grunn til å tro at man neppe gir absolutt beste (eller absolutt dårligste) kode hvis man ikke mener å ha gode grunner for det. Dette er brukt som en generell begrunnelse i presentasjonen av tabeller i dette kapitlet for å skille de som gir det klart mest positive og det klart mest negative svaret fra de øvrige, for så klart som mulig å få fram eventuelle forskjeller og sammenhenger i holdninger og synspunkter.

6.2 Generelle synspunkter

De spørsmålene som taes opp i dette avsnittet belyser generelle synspunkter eller meninger folk kan ha til psykiske lidelser og psykiske problemer. De betegnes som generelle fordi de verken er årsaks-, konsekvens- eller løsningsrettet i sitt innhold. De gir snarere uttrykk for oppfatninger knyttet til følelser som skam, flauhet, lukkethet og liknende.

Konkret viser vi i dette avsnittet resultater som illustrerer i hvilken grad folk synes det er flaut å ha psykiske problemer, om kvinner oftere har psykiske problemer enn menn, om det er lettere for kvinner å komme seg over et psykisk problem enn det er for menn, om god helse i stor grad dreier seg om å kontrollere følelser, om betydningen av problemer med psykisk helse i landet vårt er overdrevet, om man kan se på en person at vedkommende har en psykisk lidelse, om folk som får psykiske lidelser har liten viljestyrke, samt om man har mislyktes i livet dersom man får psykiske problemer.

Tabell 6.1 *Generelle synspunkter knyttet til psykiske problemer. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1999*

Synspunkter på følgende utsagn:	Grad av enighet						
	Svært liten (1)	Liten (2-3)	Stor (4-6)	Svært stor (7)	Ubesvart	Snittscore	SUM prosent
Det er flaut å ha psykiske problemer	37	28	29	5	1	2,8	100
Man kan se på en person om vedkommende har en psykisk lidelse	43	33	20	3	1	2,4	100
Folk som får psykiske lidelser har liten viljestyrke	39	32	24	4	3	2,6	101
Hvis man får psykiske problemer har man mislyktes i livet	57	30	11	2	1	1,8	101
God psykisk helse dreier seg i stor grad om kontroll av følelser	23	35	34	5	3	3,1	100
Kvinner har oftere psykiske problemer enn menn	22	28	35	5	9	3,2	99
Det er lettere for kvinner å komme seg over et psykisk problem enn det er for menn	20	24	40	7	9	3,5	100
Betydningen av problemer med psykisk helse i landet vårt er overdrevet	37	38	18	3	4	2,4	100

Det forhold som det blir klarest tatt avstand fra er utsagnet om at man har mislyktes i livet hvis man får psykiske problemer. Hele 57 prosent sier seg svært uenige i dette, og ytterligere 30 prosent er uenig. Med andre ord er det en klar oppfatning i befolkningen om at man ikke har mislyktes selv om man får psykiske problemer.

I underkant av halvparten (43 prosent) tar også i stor grad avstand fra utsagnet om at man kan se på en person om vedkommende har en psykisk lidelse, og ytterligere 33 prosent er uenige i dette. Det er altså en oppfatning til stede hos 3 av 4 informanter at man ikke kan se på en person om vedkommende har en psykisk lidelse.

3 av 4 er dessuten i liten grad enige i at betydningen av problemer med psykisk helse i vårt land er betydelig overdrevet. Også med hensyn til grad av viljestyrke og psykiske lidelser er det slik at i underkant av 3 av 4 informanter mener at folk som får psykiske lidelser har liten viljestyrke. I befolkningen blir det altså vurdert slik av flertallet at det ikke er viljen det kommer an på dersom noen får psykiske lidelser.

Når det gjelder de resterende utsagnene i tabellen, er meningene noe mer delte. For eksempel er 2 av 3 informanter av den oppfatning at det ikke er flaut å ha psykiske problemer.

Det samme gjelder spørsmålet om i hvilken grad god psykisk helse dreier seg om å kontrollere følelser. I underkant av halvparten er enige i dette.

Vurderinger knyttet til kjønn og psykiske problemer viser store skillelinjer i svarene. Utvalget deler seg nesten på midten med hensyn til vurderinger av om kvinner oftere har psykiske problemer enn menn, samt om det er lettere for kvinner å komme seg over et psykisk problem enn det er for menn. Dette synes altså å være de mest kontroversielle spørsmålene, og uenigheten i befolkningen er tydelig.

6.3 Synspunkter på årsaker

Årsaker til psykiske lidelser og psykiske problemer kan skyldes mange forhold av sosial, medisinsk og annen art. Hva slags forestillinger finnes i befolkningen om vurdering av årsaker til at slike problemer kan oppstå?

I dette avsnittet skal vi se nærmere på synspunkter til og forklaringer på årsaker til psykiske lidelser og psykiske problemer, slik dette oppfattes i befolkningen. De påstandene respondentene har tatt stilling til er at man ikke selv kan gjøre noe med den psykiske helsen fordi den er skjebnestyrt, at psykiske lidelser ofte har fysiske årsaker, at de er arvelige, eller medfødt, og at de som regel skyldes svikt hos foreldre eller andre omsorgspersoner. Utsagnene er imidlertid ikke stilt opp som motsetninger til hverandre, og det er heller ikke reist spørsmål om hvilket utsagn man er mest eller minst enig i. Det er også her tatt stilling til hvert enkelt utsagn separat, som enkeltmeninger.

Tabell 6.2 *Synspunkter på ulike årsaker til psykiske lidelser. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1999*

Synspunkter på følgende utsagn:	Grad av enighet						
	Svært liten (1)	Liten (2-3)	Stor (4-6)	Svært stor (7)	Ubesvart	Snittscore	SUM prosent
Man kan ikke selv gjøre noe med den psykiske helsen, for den er skjebnestyrt	56	24	14	4	2	2,1	100
Psykiske lidelser har ofte fysiske årsaker	14	41	37	4	4	3,3	100
Psykiske lidelser er arvelig	14	29	45	6	6	3,6	100
De fleste psykiske lidelser er medfødt	42	37	16	1	4	2,2	101
Psykiske lidelser skyldes som regel svikt hos foreldre eller andre omsorgspersoner	21	42	32	2	2	3	99
Psykiske lidelser skyldes at noe er galt i nervesystemet	27	29	27	4	13	2,9	100

Mer enn 3 av 4 informanter gir i svært liten/liten grad sin tilslutning til utsagnet om at man ikke selv kan gjøre noe med den psykiske helsen, for den er skjebnestyrt. Med andre ord uttrykkes det her indirekte at man selv kan gjøre noe fordi man ikke er skjebnestyrt. I forlengelsen av dette, og for så vidt kanskje også som bekreftelse på det, viser resultatene at om lag like mange i svært liten/liten grad gir sin tilslutning til påstanden at psykiske lidelser er medfødt. Responsen på begge disse utsagnene peker dermed på at det generelt synes å eksistere en tro på et betydelig handlingspotensial, og muligens også på valgmuligheter hos personer som får psykiske lidelser når det gjelder å påvirke egen situasjon.

Noe mindre entydig er vurderingen med hensyn til påstanden at psykiske lidelser som regel skyldes svikt hos foreldre eller andre omsorgspersoner. 2 av 3 informanter er uenige i dette, mens 1 av 3 er enig i det.

Om lag halvparten mener i svært liten/liten grad at psykiske lidelser ofte har fysiske årsaker. Tilsvarende svarfordeling finner vi i

vurdering av om psykiske lidelser skyldes at noe er galt i nervesystemet. På dette punktet er det imidlertid mange som ikke vet eller ikke har svart (13 prosent).

Også spørsmålet om i hvilken grad psykiske lidelser er arvelig viser store skillelinjer i befolkningen. I underkant av halvparten er uenig i dette, mens den andre halvparten er enig.

6.4 Synspunkter på konsekvenser

Konsekvenser av psykiske lidelser og problemer kan vise seg på mange og ulike måter. I denne undersøkelsen er også vurdering av og synspunkter på slike konsekvenser presentert som et eget tema. De forholdene som er inkludert er vurdering av om folk som har vært psykisk syke aldri vil bli i stand til å arbeide igjen, og at folk med psykiske problemer er en belastning å være sammen med, og videre at folk med psykiske lidelser aldri blir helt friske igjen. Dessuten er det inkludert vurdering av om psykisk syke er farlige for omgivelsene, samt om en psykisk knekk på sikt kan gi livet styrke. I tillegg er det vurdering av om folk som har vært psykisk syke vil bli lykkelige igjen.

Tabell 6.3 *Synspunkter på konsekvenser av psykiske lidelser. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1999*

Synspunkter på følgende utsagn:	Grad av enighet						
	Svært liten (1)	Liten (2-3)	Stor (4-6)	Svært stor (7)	Ubesvart	Snittscore	SUM prosent
Folk som har vært psykisk syke vil aldri være i stand til å arbeide igjen	63	20	13	4		2	100
Folk med psykiske problemer er en belastning å være sammen med	20	37	38	4	2	3,2	101
Folk med psykiske lidelser blir aldri helt friske igjen	37	32	24	4	3	2,6	100
Folk som er psykisk syke er ofte farlige for omgivelsene	24	46	25	2	1	2,7	98
En psykisk knekk kan på sikt gi livet styrke	3	13	61	21	2	5	100
Folk som har vært psykisk syke kan aldri bli helt lykkelige igjen	50	26	17	6	3	2,3	102

Utsagnene det tas stilling til i tabellen er forskjellige med hensyn til hvem de trekker opp konsekvenser for. Fire av utsagnene omhandler konsekvenser for en person som selv er psykisk syk eller har problemer, mens to av dem omhandler konsekvenser for omgivelsene til en person som er syk eller har problemer, dels ved at de kan være en belastning for andre og dels ved at de kan representere en fare for andre.

Som vi ser, mener de fleste at det i liten grad følger negative konsekvenser av psykiske lidelser og psykiske problemer for en person som har dette når det gjelder de dimensjonene som belyses i tabellen. Best kommer dette til syne i utsagnene om at folk som har vært psykisk syke aldri vil være i stand til å arbeide igjen, samt om at en psykisk knekk på sikt kan gi livet styrke. Store deler av utvalget ser det slik at personer som har vært psykisk syke vil være i stand til å arbeide igjen. Et stort flertall sier seg også helt eller delvis enig i at en psykisk knekk på sikt kan gi livet styrke.

Vurdering av negative konsekvenser for en person som selv har psykiske lidelser kommer også til uttrykk i påstanden om at folk som har vært psykisk syke aldri kan bli helt lykkelige igjen. Et stort flertall er mer eller mindre enig i dette. Videre kommer vurdering av negative konsekvenser til uttrykk i påstanden om at folk med psykiske lidelser aldri blir helt friske igjen. 37 prosent er i svært liten grad enig i denne påstanden, og ytterligere 32 prosent er det i liten grad.

Når det gjelder vurdering av konsekvenser av psykiske lidelser for en persons omgivelser, viser svarfordelingen at i alt 57 prosent i liten grad mener at folk med psykiske problemer er en belastning å være sammen med (fordelt slik at 20 prosent mener dette i svært liten grad og 37 prosent i liten grad). Her kan det altså registreres noen skillelinjer i befolkningens synspunkter.

Med hensyn til vurdering av påstanden at folk som er psykisk syke ofte er en fare for omgivelsene er 3 av 10 mer eller mindre enige i dette.

6.5 Synspunkter på barn og unge

Barn og unge kan også få psykiske problemer og psykiske lidelser. I undersøkelsen inngår fire spørsmål som omhandler synspunkter på psykiske lidelser i disse aldersgruppene. To av dem handler om synspunkter på barns og unges psykiske problemer, mens de andre to handler om behandlingstilbud og ressursbruk overfor disse gruppene.

Tabell 6.4 *Synspunkter på psykiske problemer hos barn og unge. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1999*

Synspunkter på følgende utsagn:	Grad av enighet						
	Svært liten (1)	Liten (2-3)	Stor (4-6)	Svært stor (7)	Ubesvart	Snittscore	SUM prosent
Barn kan få like alvorlige sammenbrudd som voksne	3	12	45	33	6	5,4	99
Ungdomstiden er ofte en farlig periode med hensyn til å utvikle psykiske problemer	3	15	61	19	2	4,9	100
Hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig ressurser på barn og unge med psykiske problemer	43	35	14	2	5	2,2	99
Familiesentre fungerer som viktige hjelpemidler for å bidra til å bedre situasjonen til barn og foreldre med problemer	3	12	51	18	17	5	101

Det er liten grad av skillelinjer og motsetninger å spore med hensyn til fordelingen av samtlige fire utsagn i tabellen over. For det første er hele 78 prosent enige i utsagnet om at barn kan få like alvorlige sammenbrudd som voksne (fordelt med henholdsvis 33 prosent som i svært stor grad mener dette og 45 prosent som mener det i stor grad). Tilsvarende sterk grad av enighet finner vi når det gjelder folks stillingtagen til påstanden om at ungdomstiden ofte er en farlig periode med hensyn til å utvikle psykiske problemer. 8 av 10 er enige i denne påstanden, hvorav 2 av 10 mener det i svært stor grad og 6 av 10 i stor grad.

Om lag 8 av 10 er i liten grad enig i påstanden at hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig ressurser på barn og unge med psykiske problemer.

Det er en svært positiv vurdering å spore overfor familiesentre. 7 av 10 er enige i påstanden at familiesentre fungerer som viktige hjelpemidler for å bidra til å bedre situasjonen til barn og foreldre med problemer. På dette punktet har imidlertid 17 prosent unnlatt å svare,

og dette kan antyde at mange ikke vet hva familiesentre er (jf for øvrig vedlegg 2).

Uansett er oppsummeringen av de synspunkter vi har berørt vedrørende barn og unge at det ikke kan registreres noen særlig grad av skillelinjer i syn på de spørsmålene som er belyst her. Det er i stor grad sammenfall i syn på betydningen av psykiske lidelser i disse aldersgruppene, samt at det langt i fra brukes nok ressurser på dem.

6.6 Synspunkter på løsninger

Det siste temaområdet som blir behandlet, dreier seg om synspunkter på ulike typer løsninger på psykiske problemer. Spekteret vi belyser er bredt, og omhandler vurdering av om folk bør løse problemene sine selv hvis de får psykiske problemer, om bruk av medisiner er viktig i behandlingen av psykiske lidelser, eller om penger kan bidra til å kjøpe god psykisk helse, og om hjelp med økonomiske og sosiale problemer vil bidra til å bedre en tilstand. Vil miljøforandringer være viktig i helbredelsen av psykiske lidelser, eller er det kanskje slik at den beste måten å opprettholde god psykisk helse er å unngå vonde tanker, eller er trivsel i jobben nøkkelen til det?

Tabell 6.5 *Synspunkter på ulike typer løsninger på psykiske problemer og psykiske lidelser. Målt på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad). Prosent. N=1999*

Synspunkter på følgende utsagn:	Grad av enighet						
	Svært liten (1)	Liten (2-3)	Stor (4-6)	Svært stor (7)	Ubesvart	Snittscore	SUM prosent
Det er ikke mye som kan gjøres for en person som får en psykisk lidelse	50	24	18	7	1	2,5	100
Bruk av medisiner er viktig i behandlingen av psykiske lidelser	7	29	48	11	3	4,1	98
Hvis man får psykiske problemer bør man løse dem selv	46	32	17	3	1	2,3	99
Folk som trives i jobben får sjelden psykiske problemer	11	29	48	9	3	3,9	100
Bare man har mye penger så kan man kjøpe seg god psykisk helse	69	21	8	3	1	1,7	102
Ved å hjelpe en som er psykisk syk med økonomiske og sosiale problemer bedres ofte tilstanden	5	26	56	10	3	4,3	100
Miljøforandringer hjelper ofte på psykiske problemer	3	23	59	12	3	4,5	100
Den beste måten å opprettholde god psykisk helse er å unngå vonde tanker	25	33	32	7	5	3,2	102

Det blir tatt sterk avstand hos nesten samtlige fra utsagnet om at bare man har penger så kan man kjøpe seg god psykisk helse. 69 prosent er i svært liten grad enig i en slik påstand, og ytterligere 21 prosent er det i liten grad.

Et stort flertall er helt eller delvis uenig i påstanden om at det ikke er mye som kan gjøres for en person som får en psykisk lidelse. Svarfordelingen peker altså på en oppfatning om at mye (eller noe) kan gjøres for personer med psykiske lidelser. Den belyser derimot ikke hvem eller hva som kan gjøre det; omgivelsene til personen eller vedkommende selv. Imidlertid uttrykkes likevel en optimisme her. Den

neste påstanden peker derimot på at det ikke nødvendigvis er slik at det er vedkommende som har psykiske problemer som bør løse dem selv. Med andre ord bør trolig noen hjelpe til med å løse dem.

Noen mulige løsninger og muligheter til hjelp synes å ligge i miljøforandringer og hjelp med økonomiske og sosiale problemer, samt i bruk av medisiner. 7 av 10 mener nemlig at miljøforandringer i svært stor/stor grad hjelper på psykiske problemer (henholdsvis 12 prosent og 59 prosent), nærmere 7 av 10 mener hjelp med økonomiske og sosiale problemer ofte i stor/svært stor grad (henholdsvis 56 og 10 prosent) bidrar til å hjelpe en som er psykisk syk, og 6 av 10 mener at bruk av medisiner er viktig eller svært viktig i behandlingen av psykiske lidelser. Også trivsel på jobben ansees å være viktig, i det nærmere 6 av 10 gir støtte til påstanden om at folk som trives i jobben sjelden får psykiske problemer. Selv om flertallet mener det ligger løsninger langs de dimensjonene som er nevnt her, er det likevel slik at alle påstandene i en viss grad er kontroversielle ettersom om lag 1/3 av utvalget i liten grad er enige i dem.

Det er også slik at flertallet i liten grad er enig i at den beste måten å opprettholde god psykisk helse på er å unngå vonde tanker. Samtidig er 39 prosent enige i dette i svært stor/stor grad. Det er altså delte meninger å registrere også her.

6.7 Oppsummering og konklusjoner

Dette kapitlet gir en gjennomgang av svarfordelingen på i alt 32 utsagn knyttet til flere generelle forhold vedrørende psykisk helse og psykiske lidelser, samt til synspunkter på årsaker, konsekvenser, forhold som angår barn og unge, samt på løsninger. Kapitlet gir ikke noen inngående analyse av dataene utover denne fordelingen, – dette blir foretatt i neste kapittel og i vedlegg 2.

Resultatene viser at selv om påstander behandles enkeltvis på den måten som her er gjort, finner man likevel en del interessante svarfordelinger. Disse uttrykker dels samstemmighet og dels skillelinjer i befolkningen. Modelltestende analyse som er gjengitt i vedlegg 2, tyder imidlertid på at svarene delvis er preget av en tendens til å si seg enig i påstandene. I praksis innebærer dette at en del av de som uttrykte negative holdninger, egentlig er mer positive enn det fordelingen på de aktuelle enkeltpørsmålene tilsier.

Det er en utbredt oppfatning at man ikke har mislyktes i livet selv om man får psykiske problemer, og at man heller ikke kan se på en person

om vedkommende har en psykisk lidelse. De fleste mener det heller ikke er noen sammenheng mellom liten viljestyrke og psykiske lidelser. Tydeligere skillelinjer i befolkningen finner vi derimot i synet på om det er flaut å ha psykiske problemer og om god psykisk helse dreier seg om å kontrollere følelser. Det samme gjelder synet på og vurderinger av om kvinner oftere har psykiske problemer enn menn.

De fleste er av den oppfatning at de selv kan gjøre noe for å bedre den psykiske helsen, og bare et mindretall mener psykiske lidelser er medfødt. Det interessante her er at dataene peker på at vurderingene går i retning av at det ligger et betydelig handlingspotensial hos folk flest til å ta hånd om sin egen situasjon.

Dataene peker også på at de fleste er av den oppfatning at psykiske lidelser ikke vil sette en person ute av stand til å arbeide igjen, og at en psykisk knekk på sikt kan gi livet styrke. Igjen finner vi altså en oppfatning som nettopp peker mot potensialer, og ikke mot handlingslammelse. Meningene er derimot mer delte når det gjelder spørsmålet om hvorvidt en person som har vært psykisk syk vil bli lykkelig igjen. Det er også klare skillelinjer med hensyn til at det er en belastning å være sammen med folk med psykiske problemer.

Det er en klar oppfatning hos mange at barn kan få like alvorlige sammenbrudd som voksne, og utsagnet om at hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig ressurser på barn og unge med psykiske problemer finner i liten grad støtte.

Mange er av den oppfatning at miljøforandringer vil kunne bidra til å løse psykiske problemer, at bruk av medisiner er viktig, samt at også hjelp til økonomiske og sosiale problemer vil kunne være et gode.

De svarfordelingene som er framkommet i dette kapitlet, kan sammenliknes med tidligere undersøkelser som har benyttet samme opplegg, og kan bidra til å kaste lys over forskjeller og likheter i svar (jf kapittel 3). Det blir imidlertid ikke anledning til å gå nærmere inn på dette i denne fasen av dette prosjektet, men vi kommer tilbake til det i fase to.

7 Holdninger til psykiske lidelser

I dette kapitlet går vi nærmere inn på holdninger overfor mennesker med psykiske lidelser. Mens forrige kapittel konsentrerte seg om en rekke uttrykte meninger (svar på enkeltspørsmål), ønsket vi med analysen beskrevet i dette kapitlet å se om disse uttrykte enkeltmeningene kunne brukes som indikatorer for holdninger til psykiske lidelser.

En holdning kan defineres som *en tendens til å møte et bestemt holdningsobjekt med positive eller negative reaksjoner*. I dette perspektivet blir mennesker med psykiske lidelser et holdningsobjekt som man møter med en tendens til positive eller negative responser. Ett av målene med opptrappingsplanen for psykisk helse, er å påvirke slike holdninger i befolkningen. Her er ikke graden av enighet for eksempel i utsagnet "det er ikke mye som kan gjøres for en person som får en psykisk lidelse" av primær interesse. Man er snarere opptatt av befolkningens grunnleggende tendens til positive eller negative reaksjoner overfor mennesker med psykiske lidelser.

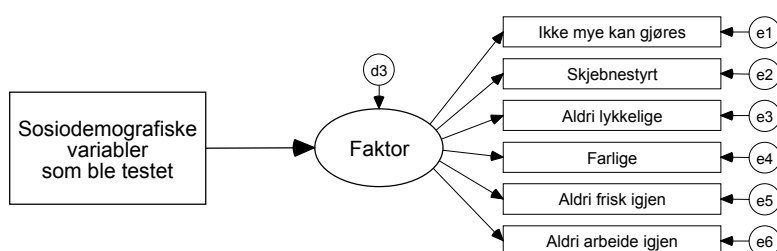
Men kan man i en analyse likevel nøye seg med å se på graden av enighet i utsagn som "det er ikke mye som kan gjøres for en person som får en psykisk lidelse" eller "god psykisk helse dreier seg i stor grad om å kontrollere følelser"? Jo, man kan gjøre det, i den forstand at en rekke meningsmålinger følger en slik strategi. Men, da er vi ennå langt fra å måle en holdning. En holdning er mer sammensatt enn som så. Dessuten vil svar på enkeltspørsmål i et spørreskjema være preget av feilkilder, om enn i varierende grad. Den enkelte måling med et spørsmål vil dermed i større eller mindre grad være preget av målefeil. Bruker vi flere spørsmål for å beregne en holdning, motvirker vi slike målefeil (se for eksempel Himmelfarb, 1993).

7.1 Forskjeller avhengig av sosio-demografiske ulikheter og yrker

Etter omfattende modelltestende analyser (se Vedlegg 2 for beskrivelse) konkluderte vi med en faktor som så ut til å være godt egnet som mål på holdninger. Denne faktoren med seks indikatorer (seks enkeltpørsmål) er gjengitt i Figur 7.1. (Bakgrunnen for valget av denne faktoren blant flere mulige er gjengitt i Vedlegg 2.) Basert på de indikatorene som inngikk i beregningen av faktoren, definerte vi den som *kategorisering av mennesker med psykiske lidelser*.

Med utgangspunkt i den målte kategoriseringen av mennesker med psykiske lidelser, så vi etter forskjeller mellom grupper. Først så vi på alder, kjønn og utdanning.

Figur 7.1 *Modellen som ble brukt som utgangspunktet for undersøkelser av sosiodemografiske forskjeller*



Tabell 7.1 gjengir en regresjonsanalyse² hvor vi testet sammenhengen mellom alder, kjønn og utdanning på de ene siden og kategorisering

² Regresjonsanalyser hvor "effekten" av flere variabler (her kjønn, alder og utdanning) beregnes samtidig, kontrollerer disse variablene mot hverandre. For eksempel: Mens man i gamle dager fant at det var flere fødsler der hvor det var flere storker, ville en regresjonsanalyse som også tok hensyn til

av mennesker med psykiske lidelser på den andre siden. Tabellen gjengir ustandardiserte regresjonseffekter. Det vil si at når sammenhengen mellom *alder* og kategorisering var på $-0,02$, ga alderen økt med én verdi (for eksempel fra 40 til 41) en mer negativ verdi i kategoriseringen av mennesker med psykiske lidelser. Denne beregnede effekten var på $-0,02$ langs en skala på 1 til 7 når man samtidig kontrollerte for variablene kjønn og utdanning. Effekten var dermed beskjeden: den tilsvarte en gjennomsnittlig negativ utvikling på 0,8 fra en 20-åring til 60-åring. Samtidig ga *kjønn* ingen forskjeller i kategorisering av mennesker med psykiske lidelser.

Tabell 7.1 *Forskjeller avhengig av alder, kjønn og utdanning. Ustandardiserte effekter, positive tall indikerer mer positive holdninger*

	Kategorisering (1-7)
Alder	-0,02***
Kjønn (effekt av kvinne)	0,05
Utdanning (lav/høy)	0,79***

*Tall med stjerner indikerer statistisk signifikante verdier (*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$)*

Personer med høyere *utdanning* ga uttrykk for en mer positiv kategorisering (utdanning ble beregnet med to verdier: 0 opp til videregående, 1 mer enn videregående). Den beregnede effekten på 0,79 var ikke stor, men målet på utdanning (to verdier) var grovt. En mer detaljert kartlegging av antall år med utdanning kunne derfor kanskje ha vist en sterkere sammenheng.

Tabell 7.2 gjengir en regresjonsanalyse hvor vi tok utgangspunkt i et spørsmål om respondentenes yrke. Spørsmålet hadde følgende svar-kategorier: Håndverker/ansatt i et lite verkstedsmiljø, innen transport-/fraktmiljø, innen administrativt kontormiljø, innen internservice, som kantine, rengjøring, post, m.m., konsulent/uteselgermiljø, produksjonsmiljø, butikk/serveringsmiljø, institusjonsmiljø – dessuten "andre" og "ingen av dem".

Analysen konsentrerte seg om de oppgitte yrkeskategoriene, men slo først sammen kategoriene butikk/serveringsmiljø og internservice i kategorien service, siden de to opprinnelige kategoriene hver for seg var representert med få personer. Transport/fraktmiljø omfattet 74

urbaniseringsgrad (kontrollerte for urbaniseringsgrad) ha vist at det ikke var noen sammenheng mellom storker og fødsler.

personer og ble brukt som referansekategori for de yrkeskategoriene som inngår i tabellen. Det vil si at tallene i tabellen representerer forskjell hos den enkelte yrkeskategori i forhold til transport/fraktmiljø.

Tabell 7.2 *Forskjeller avhengig av yrke. Transport/frakt er brukt som referansekategori. Ustandardiserte effekter, positive tall indikerer mer positive holdninger*

	Antall i yrkeskategori	Kategorisering
Institusjon	411	0,49***
Verksted	131	-0,03
Administr.	324	0,48***
Service	115	0,21
Konsulent	106	0,56***
Produksjon	110	0,06

Tall med stjerner indikerer statistisk signifikante verdier
(*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$)

Den mest positive kategoriseringen av mennesker med psykiske lidelser fant vi hos personer som svarte at de arbeidet i institusjonsmiljø, administrasjon og i konsulent-/uteselgermiljø. Sammen med personer som arbeidet med transport/frakt, viste personer i verksteder og i produksjon de mest negative holdningene. Forskjellene var imidlertid små.

Da respondentene skulle oppgi husholdningens inntekt, fikk de valget mellom seks alternativer (inklusive ett hvor de kunne svare at de ikke ønsket å oppgi husholdningens inntekt eller at de ikke visste hvor stor den var). Vi har i analysen gjengitt i Tabell 7.3 brukt to alternative analysemetoder, samtidig som vi har holdt enslige og gifte/samboende fra hverandre. På den ene siden brukte vi en vanlig regresjonsanalyse. Men siden inntekt ikke ble målt som en skala, men med fem forskjellige svaralternativer for å angi inntekt, brukte vi også en tilsvarende analysemetode som den som nettopp er presentert for yrkesgrupper. I denne delanalysen sammenliknet vi hver av de ulike kategoriene over 150 000 kroner i husholdningsinntekt med husholdningsinntekt under 150 000 kroner.

Tabell 7.3 *Forskjeller avhengig av husholdningsinntekt blant enslige (n=509). Ustandardiserte verdier. Positive tall indikerer mer positive holdninger*

	Kategorisering
Regresjonseffekt	0,03
Sammenlikning med inntekt under 150 000	
150-300 tusen	0,32*
301-450 tusen	0,61***
451-600 tusen	0,60**
Over 600 tusen	0,70**

Tall med stjerner indikerer statistisk signifikante verdier (***) $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$)

Det var relativt små forskjeller blant enslige, men de med lavest inntekt uttrykte en mer negativ kategorisering. En tilsvarende analyse for gifte/samboende (Tabell 7.4) viste at personer med lav inntekt ga uttrykk for forholdsvis negative kategoriseringer av mennesker med psykiske lidelser.

Tabell 7.4 *Forskjeller avhengig av husholdningsinntekt blant gifte og samboende (N=1461). Ustandardiserte verdier. Positive tall indikerer mer positive holdninger*

	Kategorisering
Regresjonseffekt	0,17***
Sammenlikning med inntekt under 150 000	
150-300 tusen	0,07
301-450 tusen	0,34*
451-600 tusen	0,75***
Over 600 tusen	1,04***

Tall med stjerner indikerer statistisk signifikante verdier (***) $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$)

Vi undersøkte også om det var forskjeller avhengig av familierelaterte variabler. *Sivilstatus* (enslig eller ikke) viste ingen forskjell i holdninger. Blant enslige var det ingen forskjell i uttrykte holdninger mellom dem som hadde *hjemmeboende barn* og de øvrige. Derimot ga gifte og samboende med barn uttrykk for noe mer positive vurderinger

av mennesker med psykiske lidelser, sammenliknet med dem uten barn (regresjonseffekten var på 0,44, med statistisk signifikans).

7.2 Holdninger relatert til erfaring, åpenhet og oppfatning om egen kunnskap

Respondenter med kjennskap til personer med psykiske lidelser ga uttrykk for mer positive holdninger (regresjonseffekt på 0,38, med statistisk signifikans). I tolkningen av dette resultatet må man imidlertid ta hensyn til at det i spørreskjemaet ikke ble skilt mellom selv å ha opplevd psykiske problemer og kjennskap til at andre hadde opplevd slike problemer.

Åpenhet om psykiske lidelser skulle fanges opp med tre spørsmål: Hvis man selv eller noen i den nærmeste familie fikk psykiske lidelser, ville man være åpen om dette overfor (1) resten av familien, (2) venner og (3) kollegaer på jobb eller skole. Det var en sterk sammenheng mellom svarene på de tre ulike spørsmålene, slik at det var rimelig å samle dem som indikatorer for én faktor (åpenhet om psykiske lidelser). Denne generelle (påståtte) åpenhet viste ingen sammenheng med kategoriseringen av mennesker med psykiske lidelser.

Respondentenes svar på spørsmål om de hadde nok *kunnskap om psykiske lidelser* viste ingen sammenheng med kategorisering av mennesker med psykiske lidelser (regresjonseffekten ble beregnet til å være statistisk signifikant, men den var 0,09, det vil si nesten lik 0). Uttrykt behov for informasjon så dermed ikke ut til å være relatert til vurderingen av psykiske lidelser.

7.3 Konklusjon

Analysen fant generelt forholdsvis små forskjeller avhengig av sosio-demografiske variabler. Vi vil imidlertid trekke fram utdanning (personer med høyere utdanning viste mer positive vurderinger av mennesker med psykiske lidelser) og inntekt hos gifte/samboende (personer med høyere husholdningsinntekt viste en mer positiv kategorisering av mennesker med psykiske lidelser). Disse tendensene styrket inntrykket av at negative holdninger til mennesker med psykiske lidelser er relatert til kunnskap og sosial status. Vi så videre at det var visse forskjeller mellom ulike yrkeskategorier. Også dette

resultatet indikerer forskjeller i holdninger avhengig av sosial status og sosialt miljø.

8 Avslutning

Denne rapporten presenterer resultater fra første fase i et prosjekt som studerer befolkningens holdninger til og kunnskaper om psykisk helse og psykiske lidelser.

8.1 Noen hovedresultater

Resultater fra undersøkelsen peker på at åpenhet, nærhet og engasjement er forhold som er relatert til hverandre. Vurdering av egen åpenhet om psykisk helse varierer i betydelig grad avhengig av hvem man eksponeres overfor. Jo nærmere folk står hverandre, desto større grad av åpenhet sier de at de er villige til. Over halvparten av befolkningen vil i svært stor grad være åpne om psykiske problemer overfor egen familie. Når grad av nærhet reduseres, reduseres samtidig villighet til å være åpen. Kun en tredel ønsker svært stor grad av åpenhet om psykiske problemer overfor venner. Grad av åpenhet reduseres ytterligere parallelt med økt distanse, og om lag en femdel vil være åpne om egne psykiske problemer overfor kollegaer.

Nærhet, slik det er behandlet i rapporten, handler om enkeltpersoners direkte forhold til hverandre i nær familie, blant venner og kollegaer, uttrykt som konkrete relasjoner man forholder seg til. Denne formen for nærhet og ønsker om åpenhet følger hverandre slik at når grad av nærhet er stor, er villighet til åpenhet det også, og omvendt. En annen form for nærhet handler om vurdering av hos hvem man mener det er behov for eventuell bedring av den psykiske helsen. Her er tendensen i resultatene også klar: størst grad av bedringsbehov tillegges personer som står fjernt fra en selv. Og jo nærmere en selv en relasjon er, desto mer reduseres vurdering av behov for bedring. Det er altså langt flere som mener det er behov for å bedre befolkningens psykiske helse, mens betydelig færre mener det er behov for å bedre egne venners psykiske helse, og enda færre mener det er behov for å bedre egen psykisk helse. Litt enkelt sagt framkommer en forestilling om at det på et abstrakt plan står dårligere til med befolkningens psykiske helse enn

med egne venners, som det igjen står dårligere til med enn med ens egen. Den abstrakte forestillingen dukker også opp igjen i vurderingen av hvor man selv har størst muligheter for å bedre den psykiske helsen. Betydelig færre mener de kan bidra med noe for å bedre befolkningens psykiske helse, mens flere mener de kan det for å bedre egne venners psykiske helse. Flest mener de kan bidra for eget vedkommende.

Resultatene peker også på at et flertall har hatt et forholdsvis nært og konkret forhold til psykiske lidelser ettersom nesten 3 av 4 personer opplyser om at noen de kjenner godt har hatt psykiske lidelser i løpet av de siste tre årene. I lys av dette kan man nesten si at psykiske lidelser ser ut til å være en slags "folkelidelse". Mange er altså berørt av psykiske problemer og psykiske lidelser, og om lag halvparten av alle som er intervjuet opplyser at de selv har hatt behov for å skaffe seg informasjon om dette. Den andre halvparten har det imidlertid ikke. For de flestes vedkommende er det mest naturlig å henvende seg til en lege for å få informasjon, mens et lite antall synes det er naturlig å henvende seg til psykolog eller psykiater. Internett er forholdsvis flittig benyttet, av de fleste aldersgrupper, men med unntak av de over 50 år. De fleste andre mulige informasjonskilder er benyttet i begrenset grad.

Når det gjelder konkret kunnskapsnivå, peker dataene fra denne undersøkelsen på at det folk flest vanligvis forbinder med psykiske lidelser, er tilstander som depresjon eller depressiv reaksjon, angst, schizofreni og å være manisk-depressiv. Mange forbinder langt mer "folkelige" betegnelser med det, slik som for eksempel å være "deppa", "utbrent", "gå på en Bondevik", "møte veggen", "å være gal", eller å få "(nerve)sammenbrudd". Alle disse begrepene og uttrykkene forteller noe om hva folk vet og kan om psykiske lidelser og problemer.

Rapporten analyserer også synspunkter på og holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser. Dette gjøres ved hjelp av et omfattende holdningsbatteri som består av 32 spørsmål. Resultatene er presentert i to kapitler. Det den ene tar for seg enkle svarfordelinger i form av uttrykte meninger på enkeltspørsmålene, ordnet slik at de presenteres i fem hovedtemaer. Temaene omhandler generelle synspunkter, synspunkter på årsaker, konsekvenser, og løsninger, samt på forhold som angår barn og unge. Det andre kapitlet går nærmere inn på holdninger overfor mennesker med psykiske lidelser, og ser om de uttrykte enkeltmeningene kan brukes som indikatorer for holdninger til psykiske lidelser.

Den enkle gjennomgangen av svarfordelinger peker på at det både synes å være en del skillelinjer i befolkningen, samtidig som det er en del områder som er preget av samstemmighet. Det er for eksempel en utbredt oppfatning at man ikke har mislyktes i livet selv om man får psykiske problemer. Det samme gjelder en forestilling om at man kan se på en person om vedkommende har en psykisk lidelse. Dette er det liten støtte for i data. De fleste mener dessuten at det ikke er noen sammenheng mellom liten viljestyrke og psykiske lidelser.

Også oppfatningen om at de selv kan gjøre noe for å bedre den psykiske helsen er utbredt, og bare mindretallet mener psykiske lidelser er medfødt. Dataene peker på at folk mener det ligger et betydelig handlingspotensial hos de fleste når det gjelder å ta hånd om sin egen situasjon. Tydeligere skillelinjer i befolkningen finner vi derimot i synet på om det er flaut å ha psykiske problemer og om god psykisk helse dreier seg om å kontrollere følelser. Det samme gjelder synet på vurderinger av om kvinner oftere har psykiske problemer enn menn.

Dataene peker videre på at de fleste er av den oppfatning at psykiske lidelser ikke vil sette en person ute av stand til å arbeide igjen, og at en psykisk knekk på sikt kan gi livet styrke. Meningene er derimot mer delte når det gjelder spørsmålet om hvorvidt en person som har vært psykisk syk vil bli lykkelig igjen. Det er også klare skillelinjer med hensyn til om det er en belastning å være sammen med folk med psykiske problemer.

Det kan registreres en klar oppfatning i befolkningen om at barn kan få like alvorlige sammenbrudd som voksne, og påstanden om at hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig ressurser på barn og unge med psykiske problemer finner i liten grad støtte.

Mange er av den oppfatning at miljøforandringer vil kunne bidra til å løse psykiske problemer, at bruk av medisiner er viktig, og at også hjelp til økonomiske og sosiale problemer vil kunne være et gode når folk har problemer.

8.2 utfordringer

Rapporten viser at det eksisterer utfordringer på flere nivåer. Det ene settet av utfordringer er av informasjonsfaglig karakter, og peker på utfordringer med hensyn til på hvilke områder det er behov for eller nyttig å arbeide for å øke befolkningens kunnskaper. Resultatene fra denne undersøkelsen tyder blant annet på at det er store kunnskapshull

i befolkningen. Om lag 1/3 har opplyst at de har stor grad av kjennskap til hva de oftest nevnte psykiske lidelsene (depresjon, depressiv reaksjon, angst, schizofreni) faktisk innebærer. Dette innebærer imidlertid at 2/3 har liten eller mindre kjennskap til det. Det kan derfor være en fordel for folkeforståelsen at både disse og andre kunnskaps-hull fylles opp med mer kunnskap enn det som er status og situasjonen i dag.

Slike utfordringer må håndteres av informasjonsformidlerne, både med hensyn til hva man ønsker å formidle om, hvilke virkemidler man ønsker å benytte, hvordan målgrupper skal defineres og avgrenses, og hvilke typer budskap man ønsker å formidle til ulike målgrupper. Data som er presentert i denne rapporten, kan bidra til å gi innspill i denne sammenheng.

Et annet sett med utfordringer er knyttet til faglige, analytiske og metodiske spørsmål når det gjelder bruk av foreliggende type undersøkelser for å framskaffe kunnskap om holdninger til vanskelige eller sensitive temaer. Vi har allerede innledningsvis berørt problemer knyttet til bruk av telefonintervjuer og informantenes tendens til å si seg enig i påstander i slike, og liknende undersøkelser. Analyser som er gjennomført i denne rapporten tyder på at dette har vært en viktig feilkilde (jf redegjørelsen i vedlegg 2). Denne innebærer at vi kan gå ut fra at en del av dem som uttrykte negative holdninger i virkeligheten var mer positive i sin innstilling. I andre fase i prosjektet vil vi derfor se nærmere på de muligheter modelltestende analyse gir for å få en best mulig beregning av holdninger (under hensyntagen til feilkilder.) På grunn av prosjektets svært knappe tidsramme har det imidlertid i denne første fasen ikke vært anledning til å gå dypere analytisk inn i dette. Derfor blir løsningen av dette problemet overlatt til neste fase. Da vil vi også arbeide med den interessante og viktige sammenlikningen av resultatene fra de to undersøkelsene. Dette arbeidet vil gi viktig informasjon om eventuelle forskjeller i holdninger målt på to forskjellige tidspunkt.

Litteratur

- Antonak, Richard F., 1998. *The measurement of attitudes toward people with disabilities*. Springfield, Ill.
- Arbuckle, James L., 1996. "Full information estimation in the presence of incomplete data". I: George A. Marcoulides & Randall E. Schumacker, red., *Advanced Structural Equation Modeling. Issues and Techniques* (s. 243-277). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Den norske lægeforening, 2002. *Mot i brystet ... stå i ben og armer?*
- Feedback Research, 2000. *Rapport om kunnskaps- og holdningsundersøkelse om psykisk helse og psykiske lidelser – 2000*. Sosial- og helsedepartementet.
- Feedback Research, 2000. *Rapport etter gruppesamtaler med voksne*. Sosial- og helsedepartementet.
- Himmelfarb, Samuel, 1993. "The measurement of attitudes". I: Alice H. Eagly & Shelly Chaiken, red., *The Psychology of Attitudes* (s. 23-87). Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Markeds- og mediainstituttet (MMI), 2001. *Holdninger til psykisk helse*.
- McGuire, William J., 1990. "Theoretical foundations of campaigns". s. 43-66 I: Rice, Ronald E. og Charles K. Atkin. *Public communication campaigns*. Sage, Thousand Oaks.
- McQuail; Denis, 2000. *McQuails mass communication theory*. Sage, Thousand Oaks.

-
- Mordal, Tove, 2002. *Brukertilpasset tjenestekvalitet*. Dr.philos-avhandling. Universitetet i Oslo.
- Newton, Jennifer, 1992. *Preventing mental illness*. Tavistock/Routledge, London.
- Norsk Gallup Institutt AS, 2000. *Psykisk helse*.
- Nunnally, Jum C. og Ira H. Bernstein, 1994. *Psychometric theory*. (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Robinson, John P., Philip R. Shaver og Lawrence S. Wrightman, 1991. *Measures of personality and social psychological attitudes*. Academic Press, California.
- Skretting Lunde, Elin, 2001. Større åpenhet om psykiske lidelser. I: *Samfunnsspeilet nr. 5, 2001*.
- Sverdrup, Sidsel og Ingeborg Rasmussen, 2000. *Tverrdepartementale handlingsplaner som virkemiddel*. Asplan Analyse.
- Sverdrup, Sidsel, 2002. *Evaluering. Faser, design og gjennomføring*. Fagbokforlaget, Oslo.
- Sverdrup, Sidsel og Bergljot Baklien, 2002. *Informasjon, kommunikasjon og forebygging*. NIBR-rapport 2002:13.
- Sosial- og helsedepartementet, 2000. *Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser*.
- Statskonsult, 1997. *Effekter og evaluering av informasjon som virkemiddel*. Notat 1997:1.
- St. meld. nr. 25 (1996-97), *Åpenhet og helhet*.
- Vedung, Evert, 1991. *Utvärdering i politik och förvaltning*. Studentlitteratur, Lund.
- Weiss, Carol H., 1998. *Evaluation*. Prentice-Hall, New Jersey.
- Yuker, Harold E., 1988. *Attitudes toward persons with disabilities*. Springer Publishing, NY.

Vedlegg 1

Spørreskjemaet

Introduksjon

God dag, mitt navn er og jeg ringer fra Norsk Statistikk. 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 helsedepartementet 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 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
- familiesentre fungerer som viktige hjelpemidler for å bidra til å bedre situasjonen til barn og foreldre med problemer
- kvinner har oftere psykiske problemer enn menn
- psykiske lidelser har ofte fysiske årsaker
- ungdomstiden er ofte en farlig periode med hensyn til å utvikle psykiske problemer
- psykiske lidelser er 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 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
- psykiske lidelser skyldes at noe er galt i nervesystemet
- bruk av medisiner er viktig i behandlingen av psykiske lidelser

1. I svært liten grad
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
7. I svært stor grad
8. Vet ikke
9. 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
6. Nevrose
7. Psykose
8. Schizofreni
9. Spiseforstyrrelser (anoreksi/bulimi)
10. Senil/demens
11. Være lei seg

12. Psykisk utviklingshemmet
13. Annet, **NOTER**
14. 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 i befolkningen
- ...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 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. Andre forhold, **NOTER**
8. 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

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 2

Detaljer om den modelltestende analysen i kapittel 7

Utgangspunkt for den statistiske analysen

Med utgangspunkt i et ønske om å få et mål på holdninger til psykiske lidelser, ville vi undersøke om vi kunne finne en felles årsak bak svar gitt på holdningsrelaterte spørsmål i spørreskjemaet. Til dette brukte vi faktoranalyse, som generelt er egnet til å samle flere målinger i færre, "latente" variabler og samtidig redusere betydningen av feilkilder i data.

Bruker vi en respondents stillingtagen til en påstand som uttrykk for den egentlige mening respondenten har, vil denne målingen kunne være preget av betydelige feilkilder (for eksempel kunne vi fått et annet svar på det samme spørsmålet om det var blitt stilt i en annen sammenheng eller hvis spørsmålet var omformulert noe)³. Går vi så fra meninger videre til holdninger, omfatter disse ikke bare en meningskomponent (kognisjon), men også følelser og dessuten en handlingskomponent (for eksempel villighet til å omgås mennesker med psykiske lidelser).

³ Svarfordelingene på ett av spørsmålene i spørreskjemaet illustrerer i seg selv at man lett får måleproblemer ved enkeltspørsmål. Respondentene ble spurt om familiesentre ga viktig hjelp for barn og foreldre med problemer. Hele 84 % svarte på spørsmålet. Er dette et realistisk tall? Familiesentre er trolig ikke så godt kjent. Vi kan derfor anta at en god del av dem som svarte, ikke ønsket å avsløre egen uvitenhet. Jf også kapittel 6.

Holdninger er sammensatte, og svar på enkeltspørsmål i en spørreundersøkelse vil være preget av feilkilder. For å få et egnet mål på en holdning bruker vi da flere spørsmål i et spørreskjema. Dette er en etablert lærdom i holdningsforskning (for eksempel Himmelfarb, 1993). Det innebærer også at en politikk (eller en kampanje) som bruker svarfordelinger i enkeltspørsmål fra et spørreskjema som grunnlag for å treffe tiltak, vil stå i fare for å bygge på sviktende grunnlag.

Vi taper imidlertid tilsynelatende noe på veien: I holdningsmålinger kan vi da ikke fastslå at en bestemt andel personer har en spesifikk holdning til et spørsmål – slik man for eksempel gjør ved å si at en viss andel er "helt enig" i et utsagn. Men dette er i realiteten ikke noe tap; vi tar snarere konsekvensen av at holdninger er mer sammensatt enn graden av enighet i et enkelt utsagn kan gi uttrykk for (se for eksempel Nunnally, 1994). I stedet ser vi uttrykte holdninger som relative: Hvordan utvikler den målte holdningen seg over tid (fra 2002 til 2005)? Hvem har mer positive eller mer negative holdninger?

I den foreliggende undersøkelsen skulle respondentene ta stilling til 32 påstander gjennom å si seg enig eller uenig ved å velge et tall langs en skala fra 1 (svært uenig) til 7 (svært enig). Selv om valg av spørsmål i stor grad bygget på tidligere undersøkelser, var ikke bruken av de 32 spørsmålene basert på en klar formening om hvordan svarene på de ulike spørsmålene skulle forholde seg til hverandre. Det vil si: Det var ikke klart hva slags holdninger som ville framtre fra analysen av svarene på spørsmålene. Derfor var det nødvendig å bruke en såkalt *eksplorerende faktoranalyse* for å la statistikkprogrammet lete etter mønstre i data.

Første del av faktoranalysen brukte derfor en metode som kalles prinsippal komponentanalyse for å finne fram til faktorer som kunne gi oss fellesnevnerne for flest mulig av de 32 holdningsrelaterte spørsmålene. Deretter ble resultatene testet med såkalt *konfirmatorisk faktoranalyse*. Konfirmatorisk faktoranalyse er teoristyrte og har evnen til å teste om teoretiske modeller er forenlige med data. Konfirmatorisk faktoranalyse ga oss dermed blant annet muligheten til en reell test av resultatene fra den åpne, databaserte og eksplorerende faktoranalyse med prinsippal komponentanalyse.

Først ble utvalget delt i to tilfeldige deler, ved hjelp SPSS' funksjon *Random sample of cases*. Den ene halvparten av utvalget ble så brukt til en eksplorerende faktoranalyse med prinsippal komponentanalyse av de 32 holdningsrelaterte spørsmålene. Gjennom gjentatte kjøring

(hvor en del spørsmål som ladet på avgrensbare latente variabler ble tatt ut før nye kjøring), endte vi opp med fire faktorer.

Tilsynelatende fanget disse faktorene opp (1) *holdning til helsetjeneste* for personer med psykiske lidelser, (2) *sosial avstandstaken* overfor personer med psykiske lidelser, (3) *kategorisering* av personer med psykiske lidelser og (4) holdningen til å se psykiske lidelser som *forårsaket av medisinske forhold*.

Vi testet så resultatene fra prinsippal komponentanalyse ved hjelp av konfirmatorisk faktoranalyse på begge deler av utvalget. Tabell 1 nedenfor gjengir resultater fra slike tester. Alle testede modeller fikk støtte (det vil si at de var egnet til å forklare sammenhengene mellom de målte variablene som inngikk i analysen).

Tabell 1 *Resultater fra konfirmatorisk faktoranalyse i de to delene av utvalget (og hele utvalget for andregrads faktoranalyse)*

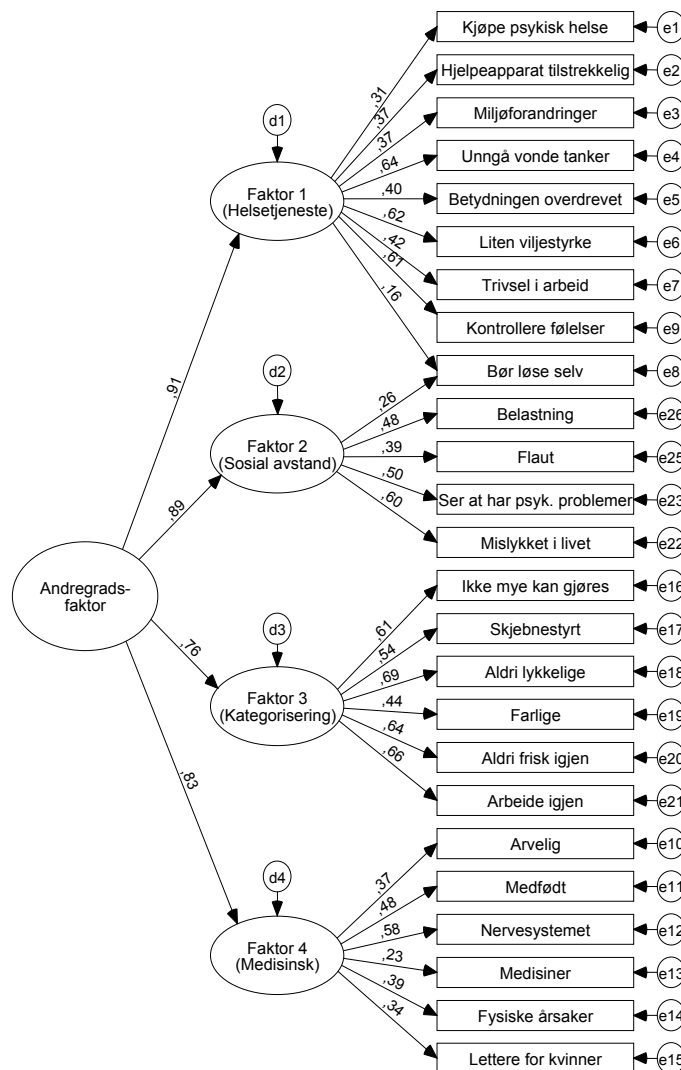
	Modeller				2. grads-faktor
	Medisinsk	Kategori- sering	Sosial avstand	Hjelpe- apparat	
<i>Underutvalg 1 (n = 1018)</i>					
χ^2	31,673	11,819	12,553	119,346	
Df	9	9	5	27	
P	0,000	0,224	0,028	0,000	
CFI	0,997	1,000	0,999	0,993	
TLI?	0,998	0,999	0,996	0,988	
RMSEA	0,050	0,018	0,039	0,058	
90%CI RMSEA	0,032 0,069	0,000 0,042	0,012 0,066	0,048 0,069	
<i>Underutvalg 2 (n = 981)</i>					
					Hele utvalget N = 1999
χ^2	31,152	17,500	8,973	124,306	1224,353
Df	9	9	5	27	269
P	0,000	0,041	0,110	0,000	0,000
CFI	0,997	0,999	0,999	0,992	0,987
TLI	0,994	0,997	0,998	0,987	0,984
RMSEA	0,050	0,031	0,028	0,061	0,042
90%CI RMSEA	0,032 0,070	0,006 0,053	0,000 0,058	0,050 0,072	0,040 0,045

NOTE. I tabellen er følgende indikatorer for modellens evne til å forklare data gjengitt: Comparative Fit index (CFI), som bør være over 0,95; Tucker Lewis Index (TLI), som bør være over 0,95; Root mean square error of approximation (RMSEA),

som bør være under 0,05 for at modellen kan sies å ha fått god støtte. Konfidensintervall for RMSEA er også gjengitt. Alle beregninger med strukturelle likningsmodeller (også rene faktoranalyser ved hjelp av konfirmatorisk faktoranalyse) brukte for øvrig en metode (full information maximum likelihood) som gjør det mulig å inkluderte hele utvalget, det vil si også respondenter som ikke svarte på alle spørsmål (Arbuckle, 1996)

Etter at konfirmatorisk faktoranalyse hadde gitt støtte til resultatene oppnådd med eksplorerende faktoranalyse, gikk vi ett skritt videre. Vi introduserte en såkalt andregradsfaktor, som skulle representere en generell holdning til psykiske lidelser. Figur 1 nedenfor gjengir denne modellen og de faktorladninger som analysen ga (resultater fra testen av denne modellen er gjengitt i tabell 1 under overskriften 2.gradsfaktor).

Figur 1 Første resultat av faktoranalyse av holdningsrelaterte spørsmål (med standardiserte faktorladninger), før validitetstester



NOTE. Figuren bruker standardiserte faktorladninger, det vil si faktorladninger som kan variere mellom 0 (ingen effekt) og ± 1 .

Mennesker kan ha holdninger på flere nivåer. På ett nivå kan en person både ha en holdning til å møte mennesker med psykiske lidelser og en separat holdning til å gi mennesker med psykiske lidelser hjelp via det offentlige hjelpeapparatet. Disse to holdningene

kan på sin side være preget av en generell holdning til psykiske lidelser.

En slik generell holdning er forsøkt beregnet ved hjelp av andregradsfaktoren helt til venstre i modellen i figur 1. Pilene fra andregradsfaktoren viser hvordan denne ifølge modellen preger hver av de faktorene som allerede var blitt utviklet. Fra Faktor 1 til Faktor 4 går piler til de målte variablene, det vil si spørsmålene som ble stilt i telefonintervjuene. Disse spørsmålene, de målte variablene, blir dermed indikatorer for førstegradsfaktorene, mens modellen ser førstegradsfaktorene som indikatorer for en generell holdning.

Markert innflytelse fra en feilkilde i data

Modellen i figur 1 virket lovende, særlig fordi den så ut til å kunne identifisere en generell holdning til psykiske lidelser ved hjelp av andregradsfaktoren. Men den videre analysen avslørte at målingene (som brukte en svært vanlig spørsmålsform i norske undersøkelser som skal kartlegge holdninger til psykiske lidelser) etter all sannsynlighet var preget av målefeil. Det vil si at én eller flere feilkilder så ut til å ha sterk innflytelse på målingene.

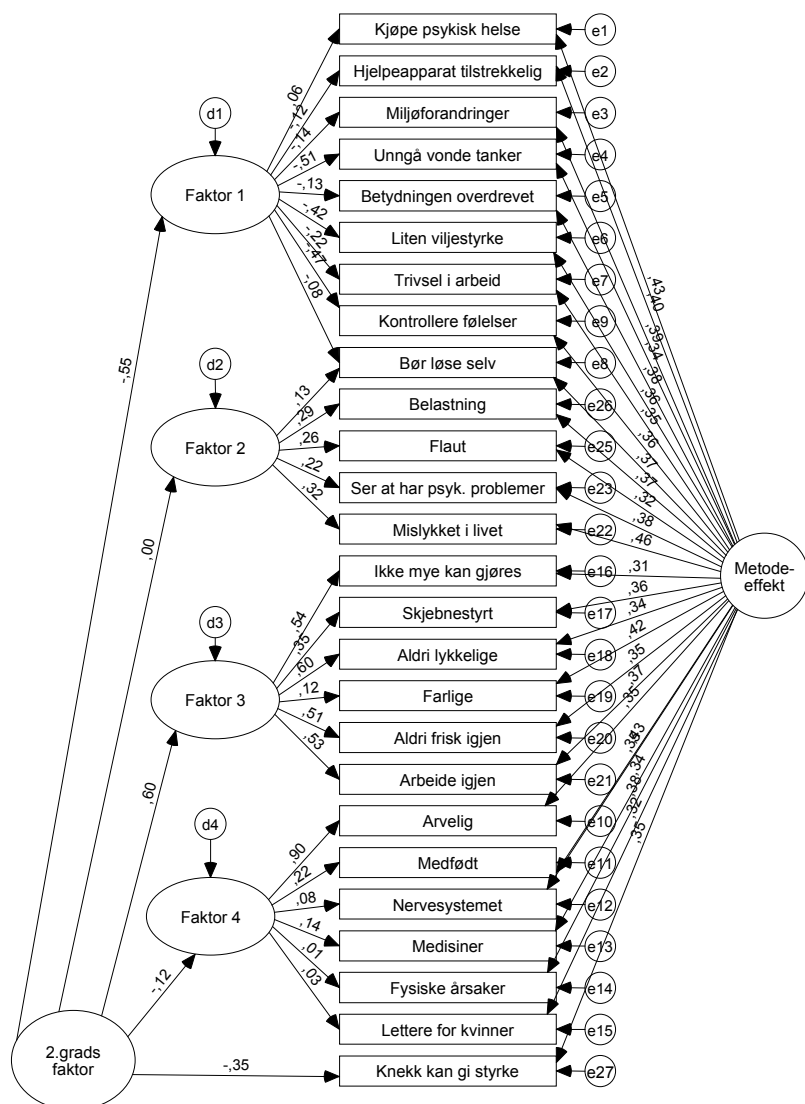
Vi undersøkte sammenhengen mellom den generelle holdningen, slik den var beregnet i modellen fra figur 1, med blant annet et spørsmål som ikke hadde kommet med i beregningen av denne holdningen: "en psykisk knekk kan på sikt gi livet styrke". Ved alle de spørsmålene som inngikk i modellen i figur 1, skulle høye skårer være ensbetydende med negative holdninger. Derfor burde den beregnede holdningen (andregradsfaktoren) vise en negativ sammenheng med spørsmålet om en psykisk knekk kan gi livet styrke.

Men den beregnede faktoren og dette ene spørsmålet viste ingen sammenheng (korrelasjonen var på $-0,04$; ytterligere validitetstester ved hjelp av andre variabler tydet også at spørsmålene ga betydelige målefeil). Vi er her inne på det som er kjent som validitetsproblemer: Vi hadde funnet fram til en variabel som var målt med en rekke indikatorer (og målingen så ut til å ha det som med en fagterm kalles høy reliabilitet). Men hadde vi målt det vi ville måle? Tilsynelatende fanget målingene i for liten grad opp faktiske holdninger til mennesker med psykiske lidelser. En sannsynlig feilkilde var menneskers tendens til å si seg enig i utsagn. En slik psykologisk tendens til å si seg enig i utsagn er velkjent i holdningsforskningen, og det var rimelig å anta at bruken av et telefonintervju forsterket betydningen av denne feilkilden i den foreliggende undersøkelsen (jf kapittel 4).

Siden vi brukte såkalt konfirmatorisk faktoranalyse (figur 1 gir et eksempel på konfirmatorisk faktoranalyse), kunne vi teste nye modeller som forsøkte å ta hensyn til metodeeffekter, det vil si feilkilder som lå i spørsmålsformen eller i bruk av telefonintervjuer. Analysene konkluderte med at tendensen til å si seg enig i utsagn hadde en sterk innflytelse i data. Under validitetstesten av modellen i figur 1 ble flere modeller som introduserte en ny faktor (metodeeffekt) testet, den enkleste av disse er gjengitt nedenfor (figur 2). I den gjengitte modellen definerte vi på forhånd ustandardiserte faktorladninger fra metodeeffekten til å være lik 0,5 på alle målte variabler, også på spørsmålet om styrke som resultat av psykiske lidelser. Denne modellen fikk god støtte i data (for eksempel CFI = 0,983 og RMSEA = 0,047 med 90% konfidensintervall for RMSEA = 0,045–0,050).

Etter at en slik metodeeffekt ble introdusert i analysen, forsvant mye av innholdet i de beregnede faktorene som skulle representere holdninger. Vi ser i figur 2 at en rekke av faktorladningene (notert over pilene) fra Faktor 1, Faktor 2 og Faktor 4 ble betydelig svekket. Samtidig mistet den beregnede andregradsfaktoren (ment å skulle gjenspeile en generell holdning til psykiske lidelser) mesteparten av sin evne til å forklare førstegradsfaktorene (se faktorladninger på pilene fra andregradsfaktoren). Den beregnede generelle holdningen og førstegradsfaktorene var dermed i langt mindre grad egnet til å forklare svarene på spørsmålene etter at vi hadde introdusert en metodeeffekt i analysen.

Figur 2 Modell som tok hensyn til metodeeffekt (tendensen til å si seg enig i utsagn)



I denne nye modellen fikk vi imidlertid den forventede negative sammenhengen mellom den beregnede andregradsfaktoren (en negativ holdning) og svarene på spørsmålet om en psykisk knekk på sikt kunne gi styrke. Dette resultatet indikerte at den reviderte modellen ga et betydelig bedre bilde av de faktiske holdningen enn den opp

rinnelige modellen i figur 1. Analysen demonstrerte dermed at tendensen til å si seg enig i påstander var en viktig feilkilde.

Enhver beregning av en holdning til psykiske lidelser som bruker grad av enighet i påstander og ikke tar hensyn til feilkilden som ligger i tendensen til å si seg enig, vil dermed etter all sannsynlighet gi et unøyaktig, kanskje til og med feilaktig bilde. For resultatene i den foreliggende undersøkelsen innebærer det at vi kan gå ut fra at en del av dem som uttrykte negative holdninger overfor psykiske lidelser (jf kapittel 6), i virkeligheten var mer positive i sin innstilling. Sagt på en annen måte: Mens mange fordelinger langs enkeltspørsmål antydte at de fleste var mer eller mindre uenige i negative utsagn om mennesker med psykiske lidelser, vil i realiteten trolig enda flere enn disse ha hatt en forholdsvis positiv holdning til mennesker med psykiske lidelser.

Vi arbeidet videre med utvidede modeller (regresjonsanalyse med latente variabler ved hjelp av såkalte strukturelle likningsmodeller) som forsøkte å ta hensyn til metodeeffekter, men de teknisk sett krevende modellene som vi forsøkte å teste, kunne ikke løses av statistikkprogrammet. Siden dette er en tidkrevende analysemetode, måtte vi avbryte arbeidet av hensyn til de ressursene prosjektet råder over. Vi vil imidlertid følge opp denne tråden etter at prosjektet har fått inn nye data i 2005.

I stedet for å inkludere flest mulig av de holdningsrelevante spørsmålene fra spørreskjemaet, valgte vi å konsentrere oss om en faktor som så ut til å beholde mye av sin forklaringskraft også etter at analysen hadde introdusert tendensen til å si seg enig som feilkilde i data. Dette var Faktor 3 i figur 2. Faktor 3 og de spørsmålene denne faktoren bygget på, syntes dermed å gi et egnet mål på en negativ kategorisering av mennesker av psykisk ledelse.

Regresjonsanalyser som så ble gjennomført (for eksempel med sosio-demografiske variabler) basert på modellen i figur 7.1 i kapittel 7, fikk alle god treff i forhold til data (for eksempel TLI og CFT nær 1.00 og RMSEA klart under 0,05.)