

Allmänhetens kunskaper om psykiska sjukdomar samt attityder till och avsikter för framtida beteenden gentemot personer med psykisk sjukdom

Befolkningsundersökning 2017

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2018-5-11

Publicering www.socialstyrelsen.se, maj 2018

Förord

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp och analysera överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om stöd till riktade insatser på området psykisk hälsa 2016–2018. I detta uppdrag ingår också att genomföra och redovisa mätningar av allmänhetens kunskaper, attityder och beteenden till kvinnor och män, pojkar och flickor, som lever med psykisk ohälsa. Med anledning av detta har Socialstyrelsen genomfört denna befolkningsundersökning.

Projektledare för uppdraget är utredare Kristina Sinadinovic och Elisabeth Wärnberg Gerdin är ansvarig enhetschef. Professor Lars Hansson från Lunds universitet har varit knuten till projektet som expert och bistått Socialstyrelsen i arbetet med befolkningsundersökningen. Till arbetet har även utredare Ingrid Rystedt bidragit.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Anknytning till Agenda 2030	8
Inledning.....	9
Tolkning av uppdraget och avgränsning.....	9
Bakgrund	10
Syftet med undersökningen	12
Undersökningens upplägg.....	13
Genomförande och urval	13
Frågeformulär i enkäten.....	15
Övriga uppgifter i enkäten	17
Statistiska analyser	17
Resultat	18
Attityder.....	18
Avsikter för framtida beteenden	22
Kunskaper	23
Jämförelser med tidigare undersökningar	25
Diskussion.....	27
Förändring över tid.....	27
Skillnader mellan kvinnor och män	28
Betydelsen av erfarenhet av psykisk sjukdom	29
Metodologiska begränsningar med undersökningen	29
Framtida undersökningar.....	30
Anknytning till Agenda 2030	30
Referenser	32
Bilaga 1. Regeringsuppdraget	35
Bilaga 2. Frågeformulär som använts i enkäten.....	39

Sammanfattning

Som en del av ett regeringsuppdrag har Socialstyrelsen genomfört en befolkningsundersökning med fokus på kunskap om psykisk sjukdom samt om behandling och möjligheter till återhämtning vid psykiska problem, attityder till personer med psykisk sjukdom och avsikter för framtida beteenden gentemot personer med psykisk sjukdom och personer med psykiska problem. Av särskilt intresse var att undersöka huruvida det finns några skillnader mellan kvinnor och män med avseende på ålder, utbildningsnivå och erfarenhet av psykisk sjukdom. Socialstyrelsen har också gjort jämförelser med tidigare utförda svenska undersökningar för att kunna följa utvecklingen över tid.

Undersökningen genomfördes under november 2017 med hjälp av en webbaserad enkät som besvarades av 2 000 personer som var representativa för befolkningen avseende kön, ålder och geografi. I ett tillägg gjordes dessutom ett representativt urval som inkluderande 900 svar från tre specifika regioner. Detta för att möjliggöra jämförelser med tidigare svenska undersökningar specifikt i dessa regioner.

Resultaten från denna undersökning visar bland annat att:

- Kvinnor har generellt mer positiva attityder till personer med psykisk sjukdom än vad män har. Kvinnor är över lag mer positiva till sociala kontakter med dessa personer och har också större kunskaper än män om psykiska sjukdomar samt om behandling och möjligheter till återhämtning.
- Personer med högskoleutbildning har mer positiva attityder jämfört med personer som saknar högskoleutbildning. Högskoleutbildade är även mer positiva till umgänge med personer med psykisk sjukdom och har större kunskaper på området.
- Personer som har någon form av erfarenhet av psykisk sjukdom, till exempel genom egen psykisk sjukdom, genom familjemedlemmars eller vänners psykiska sjukdom, alternativt genom utbildning eller yrkeserfarenhet inom psykiatriområdet har mer positiva attityder. De är mer positiva till umgänge med personer med psykisk sjukdom och har större kunskaper på området, jämfört med personer som saknar erfarenhet av psykisk sjukdom.
- Personer som är äldre än 46 år (medianålder) har en mer vidsynt inställning till integrering av personer med psykisk sjukdom i samhället än yngre personer.
- Jämförelser med den senaste befolkningsundersökningen som genomfördes 2014 med likartad metodik visar att det för Sveriges befolkning som helhet finns såväl en negativ som statistiskt säkerställd försämring vad gäller kunskaper om psykisk sjukdom samt om behandling och möjligheterna för återhämtning men inga förändringar vad gäller attityd och inställning till social kontakt med personer med psykisk sjukdom.
- Jämförelser mellan 2014 och 2017 i de tre län där en nationell så kallad antistigmakampanj pågått längst visar liten försämring i allmänhetens

attityder till och avsikter för framtida beteende gentemot personer med psykisk sjukdom – samt något större försämring gällande kunskaper om psykisk sjukdom, behandling och möjligheterna för återhämtning.

Anknytning till Agenda 2030

Denna rapport anknyter till delmålen 1.2, 3.4, 10.2 samt 16.7 i Agenda 2030 för hållbar utveckling. Dessa mål och delmål handlar om att fram till 2030:

- minst halvera den andel män, kvinnor och barn i alla åldrar som lever i någon form av fattigdom enligt nationella definitioner (delmål 1.2)
- genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande (delmål 3.4)
- möjliggöra och verka för att alla människors, oavsett ålder, kön, funktionsnedsättning, ras, etnicitet, ursprung, religion eller ekonomisk eller annan ställning, blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet (delmål 10.2).
- säkerställa ett lyhört, inkluderande, deltagandebaserat och representativt beslutsfattande på alla nivåer (delmål 16.7).

Inledning

I oktober 2016 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att följa upp och analysera överenskommelserna mellan staten och SKL om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016 – 2018. I detta uppdrag ingår även att *”Socialstyrelsen ska genomföra och redovisa mätningar av allmänhetens kunskaper, attityder och beteenden till kvinnor och män, flickor och pojkar som lever med psykisk ohälsa” (S2016/06530/FS).*

I en rapport från 2015 konstaterade de statliga forskningsråden FORMAS och FORTE tillsammans med myndigheterna Vetenskapsrådet och VINNOVA att det inte finns någon enhetlig definition och avgränsning av begreppet psykisk ohälsa (1). Utifrån en sammanvägning av flera existerande definitioner och avgränsningar enas forskningsråden och myndigheterna i rapporten om att begreppet *psykisk ohälsa* omfattar allt från övergående, mindre allvarliga psykiska besvär såsom sömnsvårigheter, oro och ångest till allvarliga symtom som uppfyller diagnostiska kriterier för psykiatriska tillstånd, såsom psykiska sjukdomar och psykiska funktionsnedsättningar (1, 2). Psykisk ohälsa kan på olika sätt och i varierande grad inverka på människors välbefinnande, påverka vardagen och utgöra ett hinder för en meningsfull och fungerande livsföring. Den kan vara kortvarig eller livslång med allvarlighetsgrader som kan variera över tid hos en och samma individ (3).

Tolkning av uppdraget och avgränsning

Att genomföra mätningar av allmänhetens kunskaper om psykisk ohälsa samt attityder till och beteenden gentemot personer som lever med psykisk ohälsa har vid tolkningen av uppdraget visat sig vara problematiskt ur flera aspekter. En svårighet uppstår i samband med det som redan har beskrivits, nämligen att det saknas en tydlig och vedertagen definition av begreppet psykisk ohälsa. De definitioner som idag används inkluderar många olika besvär och tillstånd av varierande allvarlighetsgrad som drabbar en stor andel av befolkningen. I regeringens strategi inom området psykisk hälsa anges att varannan svensk riskerar att drabbas av psykisk ohälsa någon gång i livet (3). En annan svårighet i tolkningen av uppdraget är förknippad med att även *”personer som lever med psykisk ohälsa”* omfattar olika grupper. Personer kan leva med psykisk ohälsa eftersom de lever med den egna psykiska ohälsan men de kan också leva med psykisk ohälsa därför att de lever med en närstående med psykisk ohälsa. Dessa två vida skrivningar innebär tillsammans att personer som lever med psykisk ohälsa omfattar stora delar av befolkningen. Ytterligare en viktig aspekt är att Socialstyrelsen, utifrån tidsramen för uppdraget, tolkar uppdraget som att mätningar av allmänhetens kunskaper om psykisk ohälsa samt attityder till och beteenden gentemot personer som lever med psykisk ohälsa ska göras vid ett tillfälle och inte vid upprepade tillfällen. Med en fristående tvärsnittsundersökning är det svårt att relatera resultatet till hur det har sett ut vid andra tillfällen. Socialstyrelsens

bedömning är att nyttan av sådana mätningar är betydligt större om de görs vid upprepade tillfällen så att man kan följa utvecklingen över tid, oavsett nivåerna vid utgångsmätningen.

Utifrån en avvägning och sammanvägning av de olika svårigheterna gjorde Socialstyrelsen bedömningen att störst nytta av mätningar som efterfrågades i regeringsuppdraget skulle åstadkommas om resultat av mätningarna kan jämföras med resultat från tidigare undersökningar. Detta resulterade i beslutet att replikera tidigare befolkningsundersökningar som genomfördes årligen under 2009-2014 i samband med utvärderingen av den nationella antistigmakampanjen Hjärnkoll (4). Eftersom psykisk ohälsa i dessa tidigare mätningar av allmänhetens kunskaper, attityder och beteenden operationaliserades med hjälp av frågeformulär som huvudsakligen fokuserade på kunskap om *psykisk sjukdom* samt attityder till och beteenden gentemot personer som lever med *egen psykisk sjukdom* väljer Socialstyrelsen att inom ramen för detta uppdrag följa samma avgränsning. Denna avgränsning leder till att Socialstyrelsen i denna rapport inriktar sig enbart på den delen av psykisk ohälsa som handlar om psykisk sjukdom och Socialstyrelsen kommer konsekvent i rapporten att i samband med redovisning och diskussion av resultat att referera till de specifika termer som använts i respektive frågeformulär, det vill säga psykisk sjukdom respektive psykiska problem.

Beslutet att replikera tidigare befolkningsundersökningar resulterade i ytterligare en avgränsning, nämligen att inte separat undersöka attityder till och avsikter för framtida beteende gentemot flickor, pojkar, kvinnor och män som lever med psykisk sjukdom.

Bakgrund

Forskning visar att det är vanligt förekommande med negativa attityder till samt diskriminerande beteenden gentemot personer med psykisk sjukdom. Likaså är det vanligt med bristfälliga kunskaper om psykisk sjukdom (5). För personer med psykisk sjukdom utgör stigma och diskriminering allvarliga hinder för att söka och fullfölja behandling, habilitering, och rehabilitering. Likaså utgör stigma och diskriminering hinder för full delaktighet i samhället så som tillgång till boende och sysselsättning (6).

Stigma är ett omfattande och komplext fenomen som i sin konstruktion innefattar såväl sociala, sociologiska som psykologiska aspekter. Begreppet stigma används i dag för att beteckna social utstötning, och är därmed kopplat till värderingar av sociala roller i samhället (7). Stigmatiserade personer blir med andra ord ställda i dålig dager och betraktade som mindre värda. Det är dock inte de personliga egenskaperna i sig som utgör stigmat, utan snarare en persons egenskaper i relation till specifika sociala sammanhang. Forskning visar att stigma och diskriminering påverkar personer med psykisk sjukdom på många olika sätt. Exempelvis kan dessa leda till försämrad självkänsla och livskvalitet (8), påverka möjligheter till adekvat boende, arbete och försörjning (9, 10). Utöver detta utgör stigma och diskriminering av personer med psykisk sjukdom också hinder för att söka och upprätthålla kontakt med vården (11-13). Flera svenska rapporter visar

generellt att personer som har psykisk ohälsa också får sämre behandling för sina somatiska sjukdomar (14).

Det finns ett stort antal internationella studier som undersökt allmänhetens kunskaper om psykiska sjukdomar och attityder till personer med psykiska sjukdomar. Sammanfattningsvis visar dessa att allmänhetens kunskap om psykiska sjukdomar är bristfällig. Tillfrågade personer har ofta svårt att skilja olika psykiska sjukdomar åt. Dessutom uppger ofta respondenterna orsaker till psykisk sjukdom som inte stämmer överens med vetenskapliga förklaringsmodeller. Det finns dock en tendens att allmänhetens kunskap ökat något under de senaste 20 åren, framförallt i riktning mot biologiska förklaringsmodeller för psykisk sjukdom. Det har också blivit mer socialt accepterat att söka professionell hjälp vid psykisk ohälsa (15). Däremot visar en ny stor systematisk översikt att allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom inte har förbättrats under de senaste decennierna, och kanske snarare försämrats när det gäller personer med schizofreni (16).

Fortfarande upplever människor sig mycket besvärade av kontakter med personer med psykisk sjukdom. Vanliga uppfattningar om personer med psykisk sjukdom är att de är oförutsägbara, farliga och våldsbenägna, och man reagerar med rädsla och avståndstagande (5). Det har också bekräftats i nyare svenska undersökningar att allmänheten har negativa förväntningar på personer med psykisk sjukdom. Man uttrycker till exempel en önskan om social distans till dessa personer, exempelvis att man inte kan tänka sig att bo nära, arbeta med eller leva tillsammans med personer med psykisk sjukdom (17). Mest exponerade för den här typen av stigmatiserande attityder är personer med schizofreni och personer med en missbruksproblematik som uppfattas som mest skrämmande, oförutsägbara, aggressiva och farliga (18).

Det finns ett samband mellan attityder och erfarenhet av psykisk sjukdom som visar sig i att personer med erfarenheter av psykisk sjukdom har generellt sett mer positiva attityder. Exempel på sådana erfarenheter är egen psykisk sjukdom eller psykisk sjukdom i familjen, bland vänner eller arbetskamrater (5). Två andra betydelsefulla bakgrundsfaktorer som är relaterade till mer positiva attityder är personernas kön (kvinnor) och utbildningsnivå (högre utbildning).

Under de senaste decennierna har en rad nationella och internationella så kallade antistigmakampanjer bedrivits för att minska stigma och diskriminering vad gäller psykisk ohälsa generellt. Dessvärre har endast ett fåtal av dessa kampanjer utvärderats systematiskt. Därför är det svårt att veta vilka effekter kampanjerna haft. En systematisk översikt gjordes dock för några år sedan, som visade att de strategier som varit mest effektiva i att minska stigma fokuserade på insatser som inkluderade sociala och personliga kontakter med personer med psykisk sjukdom (19).

I Sverige startade 2010 en antistigmakampanj vid namn Hjärnkoll, initierad av regeringen (20). Kampanjen syftar till att synliggöra och skapa dialog i samhället om psykiska olikheter. Detta sker med hjälp av ambassadörer som i olika offentliga sammanhang berättar om sina erfarenheter av psykisk ohälsa. Årliga undersökningar av allmänhetens attityder och kunskaper genomfördes under 2009–2014, och visade att attityder, kunskaper och avsikter för framtida beteenden förbättrades under

perioden (4, 21). Förbättringarna var mest framträdande i de delar av Sverige där kampanjen pågått längst, vilket bekräftar betydelsen av ett långsiktigt arbete för att reducera befintliga stigma i den allmänna befolkningen.

Syftet med undersökningen

Det primära syftet med denna undersökning var att kartlägga allmänhetens kunskaper om psykisk sjukdom attityder till och avsikter för framtida beteenden gentemot personer med psykisk sjukdom. Av intresse var även att undersöka huruvida det finns några skillnader i kunskaper, attityder och avsikter för framtida beteenden vad gäller kön, ålder, utbildningsnivå och erfarenhet av psykisk sjukdom. För att kunna följa utvecklingen över tid har Socialstyrelsen replikerat tidigare undersökningar på området och jämfört 2017 års resultat med dem från 2014.

Undersökningens upplägg

Med motivering som beskrivs i inledningen till denna rapport har Socialstyrelsen strävat efter att genomföra denna befolkningsundersökning med samma metodik som tidigare svenska befolkningsundersökningar (som genomförts i anslutning till utvärderingen av antistigma-kampanjen Hjärnkoll). Detta har gjort det möjligt att jämföra resultat från 2017 års undersökning med den senaste genomförda undersökningen 2014.

Detaljerade uppgifter om genomförande och urval i de tidigare undersökningarna återfinns i en rapport från Myndigheten för delaktighet (4).

Genomförande och urval

Undersökningen är genomförd i Kantar Sifos online-panel. Panelen består av cirka 100 000 aktiva medlemmar, allmänheten 16–79 år. Urvalet för undersökningen har dragits proportionellt i förhållande till landets befolkningstal och har kvoterats på ålder. Då deltagandegraden skiljer sig åt mellan olika åldersgrupper, har Kantar Sifo justerat andelarna i urvalsdragningen (till exempel har större andel dragits bland yngre) för att utfallet i den genomförda undersökningen så nära som möjligt ska likna den faktiska åldersstrukturen i riket. Likaså har Kantar Sifo kontrollerat att det inte föreligger några skevheter gällande geografisk fördelning i urvalet.

Datainsamlingen genomfördes med hjälp av en webbaserad enkät, som skickades ut i form av ett e-postmeddelande som redogjorde för undersökningen och dess syfte. I meddelandet fanns en personlig länk till enkäten. Formuläret skickades ut i november 2017 med upp till tre påminnelser till de som ännu inte besvarat enkäten.

Målet var att få in 2000 svar från den svenska befolkningen mellan 18–79 år, och ytterligare totalt 900 svar från tre specifika geografiska regioner (det vill säga 300 svar per region). De tre specifika regionerna avsåg Upplands och Västerbottens län samt region Västra Götaland som är de regionerna där antistigmakampanjen Hjärnkoll startade och pågick som längst. Detta för att ha möjlighet att göra jämförelser med alla delar i den tidigare genomförda undersökningen.

En viktvariabel har använts för att säkerställa att resultaten i rapporten är representativa för befolkningen avseende kön, ålder och geografi.

Inbjudan att delta i undersökningen skickades löpande till webbpanelen, ända tills antal svar erhöles. Totalt fick 10 110 personer inbjudan att delta i undersökningen, vilket har resulterat i 2 902 svar.

Medelåldern för deltagarna i befolkningsundersökningen för hela riket är 47 år (medianåldern är 46 år). Övrig bakgrundsdata för de 2 000 deltagarna finns samlat i tabell 1 medan tabell 2 visar deltagarnas tidigare och nuvarande erfarenheter av personer med psykiska problem.

Tabell 1. Bakgrundsuppgifter för deltagarna i befolkningsundersökningen för hela riket (n=2000)

Variabel	Antal	Procent
Kön:		
- Man	987	49,4
- Kvinna	1013	50,6
Civilstånd:		
- Gift/partnerskap	929	46,5
- Sammanboende	436	21,8
- Ej sammanboende	635	31,8
Högsta avslutade utbildning:		
- Grundskola/motsvarande	105	5,3
- Gymnasium/motsvarande	778	38,9
- Universitet/högskola	1114	55,7
- Ingen avslutad	3	0,2
Sysselsättning:		
- Studerande	188	9,4
- Arbetare	455	22,8
- Tjänsteman	700	35,0
- Egen företagare	95	4,8
- Föräldraledig	37	1,8
- Långtidssjukskriven/förtidspensionerad	57	2,9
- Ålderspensionär	403	20,2
- Arbetssökande	34	1,7
- Annan	31	1,6
Erfarenhet av psykisk sjukdom:		
- Ingen erfarenhet	469	23,5
- Egen psykisk sjukdom	399	20,0
- Anhörigs psykiska sjukdom	826	41,3
- Nära väns psykiska sjukdom	827	41,3
- Utbildning inom psykiatrisk vård/stöd/omsorg	287	14,4
- Yrkesverksamhet inom psykiatrisk vård/stöd/omsorg	332	16,6
- Annan erfarenhet	140	7,0

Tabell 2. Tidigare och nuvarande erfarenhet av (personer med) psykisk ohälsa (RIBS) bland allmänheten 2017

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningen som **svarat ja** på respektive fråga 2017, uppdelat på kön. Som referens har resultatet från undersökningen 2014 inkluderats i tabellen. År 2017 deltog totalt 2 000 personer i undersökningen (1 013 kvinnor och 987 män) och 2014 totalt 2 129 personer (1 138 kvinnor och 991 män).

Fråga:	2017			2014
	Män	Kvinnor	Totalt	Totalt
Bor du för närvarande, eller har du någon gång bott tillsammans med en person med psykiska problem?	34,4	38,3	36,4	34,6
Arbetar du för närvarande, eller har du någon gång arbetat tillsammans med en person med psykiska problem?	55,0	68,3	61,8	61,9
Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en granne med psykiska problem?	48,4	59,1	53,6	54,4
Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en nära vän med psykiska problem?	68,5	80,7	74,8	71,4

Frågeformulär i enkäten

Socialstyrelsen har använt tre olika frågeformulär i enkäten

- Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI)
- Mental Health Knowledge Scale (MAKS)
- Reported and Intended Behavioural Scale (RIBS).

Vart och ett av dessa specificeras nedan.

Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI)

Frågeformuläret CAMI konstruerades ursprungligen av Taylor och Dear (22). Den ursprungliga versionen innehöll 40 påståenden om attityder till psykisk sjukdom. I denna undersökning har en vidareutvecklad svensk version använts CAMI-s (23), som innehåller 30 påståenden fördelade på tre attitydfaktorer.

De tre attitydfaktorerna handlar om:

- vidsynthet till/pro-integration av personer med psykisk sjukdom
- rädsla för/undvikande av personer med psykisk sjukdom
- inställning till en samhällsbaserad psykiatri (den öppna psykiatriska verksamheten som bedrivs av kommuner, landsting och regioner).

I den svenska versionen av formuläret har en fjärde faktor, som mäter deltagarnas avsikter för framtida beteenden i olika typer av situationer eller kontakter med personer med psykisk sjukdom, inkluderats (24). Denna faktor kommer ursprungligen från ett annat frågeformulär, Fear of And Behavioural Intentions toward the mentally ill (FABI). Därför redovisas delskalan för denna faktor separat i våra resultatdelen (som en skala som mäter avsikter för framtida beteenden).

I frågeformuläret CAMI tar respondenten ställning till respektive påstående på en sex-gradig skala: från "instämmer inte alls" (= värdet 1) till

”instämmer helt och hållet” (= värdet 6). Samma skala (1–6) gäller för de medelvärden som presenteras för attitydfaktorerna. I presentationen anger ett högre värde en mer positiva attityder eller mer positiva förväntade beteenden. För vissa analyser har svaren delats upp i två kategorier, vilket innebär att svarsalternativ 1–3 slagits ihop till kategorin ”instämmer inte” medan svarsalternativ 4–6 slagits ihop till kategorin ”instämmer”.

Mental Health Knowledge Schedule (MAKS)

MAKS är ett frågeformulär för att undersöka kunskaper om psykisk sjukdom samt om behandling av problem som berör psykisk hälsa. Formuläret är utvecklat i England av Evans-Lacko och kollegor (25). Formuläret är översatt till svenska och har använts i tidigare svenska befolkningsundersökningar. I den svenska översättningen har begreppen psykisk sjukdom och ”psykiska problem” använts.

MAKS innehåller tolv påståenden: sex som berör kunskaper om behandling och återhämtning vid psykiska problem, och sex påståenden där respondenten behöver ta ställning till huruvida några olika tillstånd klassas som en form av psykisk sjukdom.

Respondenten tar ställning till påståendena på en femgradig skala som sträcker sig från ”instämmer helt” (= värdet 5) till ”tar helt avstånd från” (= värdet 1). Det är även möjligt att svara ”vet inte”.

Medelvärdet för hela MAKS-formuläret kan presenteras enligt samma skala, det vill säga 1–5, där ett högre värde innebär större kunskap hos respondenten.

Även här har svarsalternativen i vissa analyser delats upp i två kategorier, det vill säga att svarsalternativ 4–5 slagits ihop till kategorin ”instämmer”, samt svarsalternativ 1–3 har slagits ihop till kategorin ”instämmer inte”.

Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS)

RIBS är ett frågeformulär om tidigare och nuvarande erfarenheter av samt avsikter för framtida beteende gentemot personer som har problem som berör psykisk hälsa. Även detta formulär är utvecklat i England av Evans-Lacko och kollegor (26). Formuläret har i samband med tidigare svenska undersökningar översatts till svenska där begreppet ”psykiska problem” används.

Frågor om tidigare och nuvarande erfarenheter av personer med psykiska problem delas i frågeformuläret in i fyra olika områden: boende, arbete, grannskap och vänskap. Frågorna besvaras med ”ja”, ”nej” eller ”vet inte” och i tillägg tar respondenten ställning till sina avsikter för framtida beteende gentemot personer med psykiska problem vad gäller samma fyra områden, som exempelvis ”I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo tillsammans med en person som har psykiska problem.”

Svarsskalan för dessa frågor sträcker sig från ”instämmer helt” (= värdet 5) till ”tar helt avstånd från” (= värdet 1). Respondenten kan också svara ”vet inte”.

Medelvärdet för de fyra variablerna om avsikter för framtida beteenden kan presenteras enligt samma skala (1–5), där ett högre värde anger mer positiva avsikter för framtida beteenden. Även för dessa frågor har

svarsalternativen i vissa analyser delats upp i två kategorier, det vill säga att svarsalternativ 4–5 slagits ihop till kategorin ”instämmer”, samt svarsalternativ 1–3 har slagits ihop till kategorin ”instämmer inte”.

Övriga uppgifter i enkäten

I enkäten finns också frågor om deltagarnas bakgrundsuppgifter och om deras erfarenheter av psykisk sjukdom.

Statistiska analyser

Beskrivande statistik har använts för att sammanfatta deltagarnas bakgrundsfaktorer. Student's oberoende t-test har använts för att signifikanstesta skillnaderna mellan grupper i kontinuerliga variabler medan Chi-två test har använts för att signifikanstesta skillnaderna mellan grupper i kategoriska variabler. Nivån för statistisk signifikans har satts till $p < 0.05$.

Cohen's d har använts för att räkna ut effektstorlekar (förkortat ES) vid gruppjämförelser, där effektstorlek kategoriseras på följande sätt:

- < 0.2 som mycket små
- $0.2-0.5$ som små
- $0.5-0.8$ som medelstora
- > 0.8 som stora.

Variansanalys har använts för att undersöka om könsskillnader kan delvis förklara eventuella skillnader mellan åldersgrupper, utbildningsnivå respektive erfarenhet av psykisk sjukdom vad gäller kunskaper om psykisk sjukdom samt behandling och återhämtning vid psykiska problem, attityder till personer med psykisk sjukdom och avsikter för framtida beteenden gentemot personer med psykisk sjukdom och psykiska problem.

I tabell 3, 8, 9 och 10 har resultat från 2014 års befolkningsundersökning lagts till för att möjliggöra en visuell jämförelse av resultaten från 2014 och 2017. Skillnaderna mellan 2014 och 2017 har inte signifikanstestats på variabelnivå utan endast på faktornivå.

Resultat

Attityder

Tabell 3 visar frekvenser av deltagare som instämmer i de olika attitydpåståendena uppdelat på kön. Som referens finns även motsvarande frekvenser från befolkningsundersökningen 2014 i tabellen.

För allmänheten som helhet rör de minst positiva attityderna:

- Att en person som tidigare varit patient inom psykiatri är en pålitlig barnvakt (48,9 procent instämmer)
- Att betoningen att skydda samhället från personer med psykisk sjukdom bör minska (71,7 procent instämmer)
- Att psykiatriska verksamheter inte bör förläggas till bostadsområden (26,4 procent instämmer).

Dessa resultat är i stort i överensstämmelse med resultaten från befolkningsundersökningen 2014.

Tabell 3. Attityder till personer med psykisk sjukdom (CAMI) bland allmänheten 2017

Tabellen visar procentuella andelar deltagare i undersökningarna som **helt eller delvis instämmer** i respektive påstående i undersökningen 2017, uppdelat på kön. Som referens har resultatet från undersökningen 2014 inkluderats i tabellen. År 2017 deltog 2 000 personer i undersökningen (1 013 kvinnor och 987 män) och 2014 totalt 2 129 personer.

Påstående	2017			2014
	Män	Kvinnor	Totalt	Totalt
Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället.	81.9	80.2	81.0	80.3
Så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer.	81.6	79.6	80.6	79.9
Vi måste in ta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle, som har en psykisk sjukdom.	80.9	89.0*	85.1	83.4
Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde.	15.6	9.0*	12.2	11.0
Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom.	17.6	8.3*	12.9	11.7
Den lokala befolkningen behöver inte vara rädd för de människor som besöker deras närområde för att få psykiatrisk vård.	74.0	82.8*	78.5	76.8
Ingen har rätt att utestänga människor med en psykisk sjukdom från deras grannskap.	82.8	93.2*	88.1	86.1
Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom.	11.3	5.3*	8.3	9.1
Det bästa sättet att omhänderta människor med en psykisk sjukdom är att låsa in dem.	7.1	2.8*	4.9	2.9
De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter.	40.8	56.7*	48.9	45.6

Lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov.	71.7	83.7*	77.7	74.6
Människor med en psykisk sjukdom är mycket mindre farliga än vad de flesta människor tror.	79.6	88.4*	84.1	79.4
Människor med en psykisk sjukdom ska inte behandlas som utstötta från samhället.	91.5	95.8*	93.7	90.2
Människor med en psykisk sjukdom bör isoleras från resten av samhället.	6.9	3.4*	5.1	5.8
Utlokalisering av en psykiatrisk verksamhet till ett bostadsområde utgör ingen fara för lokalbefolkningen.	71.0	81.0*	76.0	72.6
Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst.	66.6	81.0*	74.0	72.6
Psykiatriska verksamheter bör inte förläggas till bostadsområden.	31.8	21.0*	26.4	24.6
Lokalbefolkningen har goda skäl att motarbeta utlokalisering av psykiatrisk verksamhet till deras bostadsområde.	22.8	12.8*	17.7	19.1
Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre.	65.1	78.4*	71.7	69.8
Att ha människor med en psykisk sjukdom boende i ett bostadsområde må hända vara bra för dem, men riskerna för lokalbefolkningen blir i så fall alltför stora.	20.1	12.0*	16.0	16.4
Jag skulle hellre vilja ha en kvinna som tidigare varit patient inom psykiatri som granne, än en man som tidigare varit patient inom psykiatri som granne.	25.8	34.2*	30.0	27.9

* Statistiskt signifikant skillnad mellan kvinnor och män ($p < 0.05$).

Generellt sett har kvinnor mer positiva attityder än män. De största skillnaderna i enskilda påståenden gäller synen på huruvida en person som tidigare varit patient inom psykiatri är en pålitlig barnvakt (56.7 procent vs 40.8 procent instämmer i detta), huruvida en psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst (81.0 procent vs 66.6 procent instämmer i detta), och om att skydda samhället från personer med psykisk sjukdom borde betonas mindre (78.4 procent vs 65.1 procent instämmer i detta).

Många av skillnaderna mellan könen i de enskilda variablerna är statistiskt signifikanta skillnader. I en mer övergripande mening finns det också statistiskt signifikanta skillnader där kvinnor rapporterar mer positiva attityder jämfört med män i de tre attitydfaktorerna: vidsynlighet och pro-integration, rädsla och undvikande samt inställning till en samhällsbaserad psykiatri (se tabell 4).

Tabell 4. Attityder, kunskaper och avsikter för framtida beteenden, uppdelat på kön

Tabellen visar jämförelser mellan kvinnor och män i befolkningsundersökningen 2017 gällande attityder, kunskaper och avsikter för framtida beteenden. Ett högre värde anger en mer positiv attityd, mer kunskap respektive mer positiva avsikter för framtida beteenden.

	Kvinna (n=1013) Medelvärde	Man (n=987) Medelvärde
Attityder – CAMI (skala 1–6)		
- Vidsynthet/pro-integration	4.78	4.31*
- Rädsla/undvikande	5.20	4.81*
- Inställning till en samhällsbaserad psykiatri	5.10	4.89*
Kunskaper – MAKS (skala 1–5)	3.93	3.81*
Avsikter för framtida beteende – RIBS (skala 1–5)	4.14	3.96*
Avsikter för framtida beteende – FABI (skala 1–6)	5.25	4.88*

* Statistiskt signifikant skillnad mellan kvinnor och män ($p < 0.05$).

Tabell 5 visar att äldre personer, det vill säga personer över 46 år (medianåldern), har mer positiva attityder vad gäller faktorn vidsynthet och pro-integration.

Tabell 5. Attityder, kunskaper och förväntade beteenden, uppdelat utifrån ålder

Tabellen visar jämförelser mellan åldersgrupper i befolkningsundersökningen 2017 gällande attityder, kunskaper och avsikter för framtida beteenden. Deltagarna är uppdelade utifrån medianålder (46 år). Ett högre värde anger en mer positiv attityd, mer kunskap respektive mer positiva avsikter för framtida beteenden.

	Yngre ≤46 år (n=994) Medelvärde	Äldre >46 år (n=1006) Medelvärde
Attityder – CAMI (skala 1–6)		
- Vidsynthet/pro-integration	4.48	4.60*
- Rädsla/undvikande	4.97	5.03
- Inställning till en samhällsbaserad psykiatri	4.98	5.01
Kunskaper – MAKS (skala 1–5)	3.87	3.88
Avsikter för framtida beteende – RIBS (skala 1–5)	4.12	3.97*
Avsikter för framtida beteende – FABI (skala 1–6)	5.03	5.10

* Statistiskt signifikant skillnad yngre och äldre personer ($p < 0.05$).

Personer med högskoleutbildning har mer positiva attityder i alla tre attitydfaktorerna (se tabell 6).

Tabell 6. Attityder, kunskaper och avsikter för framtida beteenden, uppdelat utifrån utbildning

Jämförelser i befolkningsundersökningen 2017 mellan deltagare utan eller med högskoleutbildning. Ett högre värde anger en mer positiv attityd, mer kunskap respektive mer positiva avsikter för framtida beteenden.

	Ingen högskole- utbildning (n=894) Medelvärde	Högskoleutbildning (n=1106) Medelvärde
Attityder – CAMI (skala 1–6)		
- Vidsynthet/pro-integration	4.39	4.66*
- Rädsla/undvikande	4.91	5.07*
- Inställning till en samhällsbaserad psykiatri	4.93	5.05*
Kunskaper – MAKS (skala 1–5)	3.80	3.93*
Avsikter för framtida beteende – RIBS (skala 1–5)	3.96	4.12*
Avsikter för framtida beteende – FABI (skala 1–6)	4.95	5.15*

* Statistiskt signifikant skillnad mellan personer utan respektive med högskoleutbildning ($p < 0.05$)

Personer utan egen erfarenhet av psykisk sjukdom har mindre positiva attityder i alla tre attitydfaktorerna jämfört med personer som har erfarenhet, till exempel genom egen psykisk sjukdom, psykisk sjukdom i familjen eller bland vänner, alternativt genom utbildning eller yrkeserfarenhet inom psykiatriområdet (se tabell 7).

Tabell 7. Attityder, kunskaper och förväntade beteenden, uppdelat utifrån erfarenhet av psykisk sjukdom

Jämförelser i befolkningsundersökningen 2017 mellan deltagare utan eller med erfarenhet av psykisk sjukdom (genom egen erfarenhet, vän, familj, arbete eller utbildning). Ett högre värde anger en mer positiv attityd, mer kunskap respektive mer positiva avsikter för framtida beteenden.

	Saknar erfarenhet av psykisk sjukdom (n=469) Medelvärde	Har erfarenhet av psykisk sjukdom (n=1531) Medelvärde
Attityder – CAMI (skala 1–6)		
- Vidsynthet/pro-integration	4.12	4.67*
- Rädsla/undvikande	4.65	5.11*
- Inställning till en samhällsbaserad psykiatri	4.79	5.06*
Kunskaper – MAKS (skala 1–5)	3.73	3.91*
Avsikter för framtida beteende – RIBS (skala 1–5)	3.60	4.17*
Avsikter för framtida beteende – FABI (skala 1–6)	4.63	5.18*

* Statistiskt signifikant skillnad mellan personer som har respektive inte har någon erfarenhet av psykisk ohälsa ($p < 0.05$).

En fördjupad analys av huruvida kön delvis kan förklara skillnaderna mellan åldersgrupper, utbildningsnivåer respektive erfarenhet av psykisk sjukdom i de tre attitydfaktorerna, kunskaper eller avsikter för framtida beteenden visade att så inte är fallet.

Avsikter för framtida beteenden

I undersökningen ingår två formulär som undersöker respondenternas avsikter för framtida beteenden. Resultaten från formuläret FABI visar att allmänheten generellt sett är helt eller delvis positiv till olika typer av sociala kontakter med personer med psykisk sjukdom (se tabell 8). I regel står 80–90 procent av deltagarna för en hållning som representerar mer positiva beteenden.

Tabell 8. Avsikter för framtida beteenden gentemot personer med psykisk sjukdom (FABI) 2017

Tabellen visar procentuella andelar deltagare som **helt eller delvis instämmer** i respektive påstående, uppdelat på kön. Som referens har resultatet från undersökningen 2014 inkluderats i tabellen. År 2017 deltog 2 000 personer i undersökningen (1 013 kvinnor och 987 män) och 2014 deltog totalt 2 129 personer.

Påstående	2017			2014
	Män	Kvinnor	Totalt	Totalt
Jag är motståndare till att människor som har en psykisk sjukdom bor i mitt grannskap.	15.8	7.5*	11.6	10.0
Jag kan tänka mig att arbeta tillsammans med någon som har en psykisk sjukdom.	78.9	87.9*	83.5	83.9
Jag skulle bjuda in någon till mitt hem även om jag visste att denne led av en psykisk sjukdom.	78.3	89.5*	84.0	83.1
Jag kan tänka mig att ha en vän som tidigare har varit patient inom psykiatrin.	93.5	98.1*	95.8	94.5
Jag skulle undvika att prata med grannar som tidigare haft en psykisk sjukdom.	7.9	3.9*	5.8	5.2
Jag skulle känna mig orolig om jag besökte någon med en psykisk sjukdom.	11.8	11.6	11.7	12.9
Om någon, som tidigare hade varit patient inom psykiatrin blev min granne, skulle jag välkomna denne i mitt hem någon gång då och då.	74.9	87.0*	81.0	74.9
Jag skulle kunna prata naturligt med grannar som har haft en psykisk sjukdom.	90.2	95.6*	92.9	90.9
Om någon som tidigare har haft en psykisk sjukdom blev min granne, skulle jag besöka denne.	75.7	86.3*	81.1	81.7

* Statistiskt signifikant skillnad mellan kvinnor och män ($p < 0.05$).

Även när det gäller avsikter för framtida beteenden finns markerade könsskillnader: kvinnor är över lag mer positiva till sociala kontakter med personer med psykisk sjukdom än vad män är. Störst är skillnaderna vad gäller inställning till grannkontakt med personer med psykisk sjukdom (se tabell 8).

Skillnaderna mellan kvinnor och män gällande avsikter för framtida beteenden är statistiskt signifikanta för formuläret som helhet (se tabell 4). Personer med högskoleutbildning respektive personer med egen erfarenhet av psykisk sjukdom är också signifikant mer positiva till umgänge med

personer med psykisk sjukdom (se tabell 6 och 7). Vad gäller ålder finns inga statistiskt signifikanta skillnader i detta avseende (se tabell 5).

Tabell 9 visar resultaten från formulär RIBS som undersöker avsikter för framtida beteenden gentemot personer med psykiska problem.

Tabell 9. Avsikter för framtida beteenden gentemot personer med psykiska problem (RIBS) 2017

Tabellen visar procentuella andelar deltagare som **helt eller delvis instämmer** i respektive påstående, uppdelat på kön. Som referens har resultatet från undersökningen 2014 inkluderats i tabellen. År 2017 deltog 2 000 personer i undersökningen (1 013 kvinnor och 987 män) och 2014 totalt 2 129 personer.

Påstående	2017			2014
	Män	Kvinnor	Totalt	Totalt
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo tillsammans med en person som har psykiska problem.	44.7	47.5	46.1	45.4
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att arbeta tillsammans med en person som har psykiska problem.	72.8	77.0*	74.9	76.7
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo nära en person som har psykiska problem.	70.3	80.7*	75.5	77.1
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att fortsätta relationen med en vän som fick psykiska problem.	88.0	93.3*	90.7	89.7

* Statistiskt signifikant skillnad mellan kvinnor och män ($p < 0.05$)

Tabell 9 visar resultaten från formuläret (RIBS) som undersöker avsikter för framtida beteenden gentemot personer med psykiska problem. Resultaten visar att mindre än hälften av deltagarna är positiva till att bo tillsammans med en person med psykiska problem, medan cirka 75 procent är positiva till att bo nära eller arbeta tillsammans med en person med psykiska problem. Drygt 90 procent är positiva till att fortsätta relationen med en vän som får psykiska problem.

Könsskillnaderna är här mindre uttalade, men för formuläret som helhet är kvinnor statistiskt signifikant mer positiva än män (se tabell 4). Likaså är yngre personer mer positiva än äldre, (se tabell 5), personer med högskoleutbildning är mer positiva än de som saknar högskoleutbildning (se tabell 6) och personer med någon form av erfarenhet av psykisk sjukdom är mer positiva än de som saknar sådan erfarenhet, (se tabell 7).

Kunskaper

I tabell 10 redovisas resultaten gällande kunskaper om psykiska sjukdomar samt behandling och återhämtning vid psykiska problem (MAKS).

Tabell 10. Kunskaper om psykiska sjukdomar och psykiska problem (MAKS) 2017

Tabellen visar procentuella andelar deltagare som **helt eller delvis instämmer** i respektive påstående, uppdelat på kön. Som referens har resultatet från undersökningen 2014 inkluderats i tabellen. År 2017 deltog 2 000 personer i undersökningen (1 013 kvinnor och 987 män) och 2014 deltog totalt 2 129 personer.

Påstående	2017			2014
	Män	Kvinnor	Totalt	Totalt
De flesta människor med psykiska problem vill ha ett lönearbete.	73.6	79.1*	76.4	80.4
Om jag hade en vän med psykiska problem, vet jag vilket råd jag skulle ge honom/henne för att få professionell hjälp.	54.7	71.4*	63.2	63.8
Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem.	73.9	81.6*	77.8	82.1
Psykoterapi (t.ex. kognitiv terapi eller stödsamtal) kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem.	90.8	95.4*	93.1	92.8
Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt.	58.5	65.2*	61.9	63.0
De flesta människor med psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården.	28.3	25.4	26.8	27.2
Depression är en form av psykisk sjukdom.	86.6	86.3	86.4	79.8
Stress är en form av psykisk sjukdom.**	41.0	45.6*	43.3	36.6
Schizofreni är en form av psykisk sjukdom.	96.8	97.5	97.2	97.9
Bipolärt syndrom (tidigare manodepressiv sjukdom) är en form av psykisk sjukdom.	95.9	97.5*	96.7	97.2
Alkohol och drogmisbruk är en form av psykisk sjukdom.	47.2	59.2*	53.1	52.4
Sorg är en form av psykisk sjukdom.**	37.4	37.4	37.4	32.7

* Statistiskt signifikant skillnad mellan kvinnor och män ($p < 0.05$).

** Tillstånd som inte är psykisk sjukdom. Det är således oriktigt att instämma i detta påstående.

Bland resultaten kan nämnas att det är en större andel av deltagarna som instämmer i att psykoterapi kan vara effektiv behandling för människor med psykiska problem, jämfört med andelen som instämmer att läkemedel kan vara effektiv behandling för människor med psykiska problem.

Endast 25 procent av deltagarna instämmer i att personer med psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården, och ungefär två tredjedelar av deltagarna anser att personer med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt.

Man kan också notera att relativt många deltagare tror att stress (43,3 procent) och sorg (37,4 procent) klassas som psykiska sjukdomar, vilket är felaktigt. Däremot är det bara drygt hälften som vet att alkohol- och drogmisbruk klassas som psykisk sjukdom.

Det finns skillnader mellan kvinnor och män gällande deras kunskaper om psykiska sjukdomar samt behandling och återhämtning vid psykiska problem. Kvinnor har signifikant större kunskaper (se tabell 4) liksom personer med högskoleutbildning (se tabell 6) och personer med någon form av erfarenhet av psykisk sjukdom, (tabell 7). Detta alltså i jämförelse med män, personer utan högskoleutbildning respektive utan erfarenhet av psykisk

sjukdom. Det finns dock inga skillnader i kunskaper mellan yngre och äldre deltagare.

Jämförelser med tidigare undersökningar

Socialstyrelsen har eftersträvat att den nu aktuella befolkningsundersökningen har genomförts med samma metodik och frågeformulär som de tidigare svenska befolkningsundersökningarna. Dessa genomfördes under 2009–2014.

Det kan naturligtvis finnas en rad omständigheter som försvårar jämförelser med dessa undersökningar. Tentativt kan man se en utveckling av attityder, kunskaper och förväntade beteenden i jämförelser mellan 2014 (som utgör den senaste mätningen) och 2017, vilket redovisas i tabell 11 för befolkningen som helhet.

Tabell 11. Allmänhetens attityder, kunskaper och avsikter för framtida beteenden i hela landet

Jämförelser mellan 2014 och 2017 av allmänhetens attityder, kunskaper och avsikter för framtida beteenden i hela landet. Ett högre värde anger mer positiva attityder, mer kunskap respektive mer positiva avsikter för framtida beteenden.

	2014 (n=2129) Medelvärde	2017 (n=2000) Medelvärde	Effektstorlek
Attityder – CAMI (skala 1–6)			
- Vidsynthet/pro-integration	4.50	4.56	0.05
- Rädsla/undvikande	5.01	5.01	0.00
- Inställning till en samhällsbaserad psykiatri	4.98	5.00	0.02
Kunskaper – MAKS (skala 1–5)	3.92	3.87*	(-)0.15
Avsikter för framtida beteende – RIBS (skala 1–5)	4.07	4.05	0.02
Avsikter för framtida beteende – FABI (skala 1–6)	5.08	5.07	0.02

* Statistiskt signifikant skillnad mellan 2014 och 2017 ($p < 0.05$).

Analyser av utvecklingen i riket sedan den senaste genomförda befolkningsundersökningen 2014 visar att det inte finns några statistiskt signifikanta förändringar under 2014-2017 gällande attityder eller avsikter för framtida beteende. Avseende kunskaper finns en viss försämring som är liten men statistiskt signifikant.

Det finns också en rad tidigare befolkningsundersökningar i de tre län där antistigmakampanjen Hjärnkoll startade och har pågått som längst. En sådan undersökning upprepades också i Socialstyrelsens befolkningsundersökning 2017. Jämförelser mellan 2014 och 2017 för dessa tre kampanjlän visas i tabell 12.

Tabell 12. Allmänhetens attityder, kunskaper och avsikter för framtida beteenden i kampanjlän

Jämförelser mellan 2014 och 2017 av attityder, kunskaper och avsikter för framtida beteenden hos allmänheten i kampanjen Hjärnkolls ursprungliga kampanjlän (Upplands och Västerbottens län samt region Västra Götaland). Ett högre värde anger mer positiva attityder, mer kunskap respektive mer positiva avsikter för framtida beteenden.

	2014 (n=953) Medelvärde	2017 (n=902) Medelvärde	Effektstorlek
Attityder – CAMI (skala 1–6)			
- Vidsynthet/pro-integration	4.90	4.69*	(-)0.20
- Rädsla/undvikande	5.23	5.09*	(-)0.16
- Inställning till en samhällsbaserad psykiatri	5.15	5.06*	(-)0.11
Kunskaper – MAKS (skala 1–5)	4.08	3.89*	(-)0.49
Avsikter för framtida beteende – RIBS (skala 1–5)	4.24	4.11*	(-)0.15
Avsikter för framtida beteende – FABI (skala 1–6)	5.26	5,16*	(-)0.12

* Statistiskt signifikant skillnad mellan 2014 och 2017 ($p < 0.05$).

Resultatet visar på små men statistiskt säkerställda negativa förändringar av attityder och avsikter för framtida beteenden och en något större statistiskt signifikant försämring av kunskaper i de tre ursprungliga kampanjlänen.

Diskussion

Sammanfattningsvis visar resultaten från 2017 års undersökning att kvinnor har mer positiva attityder gentemot personer med psykisk sjukdom i förhållande till män. Jämfört med män är kvinnor också mer positiva till sociala kontakter med personer med psykisk sjukdom och har också större kunskap om psykiska sjukdomar samt om behandling och möjligheter till återhämtning vid psykiska problem.

Resultaten visar också att personer som har högskoleutbildning och personer som har någon form av erfarenhet av psykisk sjukdom har mer positiva attityder, är mer positiva till sociala kontakter och har större kunskap jämfört med personer som saknar högskoleutbildning respektive saknar erfarenhet av psykisk sjukdom.

Personer äldre än 46 år (medianålder) har en mer vidsynt inställning till att personer med psykisk sjukdom integreras i samhället jämfört med yngre personer, men när det gäller sociala kontakter och kunskap om psykisk sjukdom samt om behandling och möjligheter till återhämtning vid psykiska problem föreligger inga sådana skillnader mellan äldre och yngre personer.

Det kan vara komplicerat att bedöma värdet av en fristående tvärsnittsundersökning eftersom det kräver en definition av vad som utgör ett ”bra” resultat respektive vad som är en ”lämplig” eller ”tillräcklig” nivå av kunskap, attityder och beteenden. Är de nivåer av kunskaper, attityder och beteenden som denna undersökning visar acceptabla, eller visar de en situation som kräver ytterligare åtgärder? Är det acceptabelt att ungefär en fjärdedel av den vuxna befolkningen är negativt inställd till att arbeta tillsammans med en person med psykisk sjukdom eller att en femtedel av befolkningen är negativt inställd till att bo nära en person med psykisk sjukdom? Dessa frågor är i mångt och mycket av etisk, moralisk, kulturell och politisk karaktär, men faktum är att dessa åsikter får konsekvenser – inte minst för möjligheterna till en fullvärdig social integration av personer med psykiska sjukdomar. Förutsättningarna för att personer med en psykisk sjukdom ska kunna återhämta sig förändras när väsentliga andelar av befolkningen inte stödjer en full integration kring basala livsförhållanden som bostad och arbete. På detta sätt finns en viss koppling mellan attityder och beteenden på samhällsnivå och förutsättningarna för jämlik välfärd på individnivå.

Förändring över tid

Resultat från 2017 års undersökning visar att, jämfört med 2014, då den senaste mätningen av allmänhetens attityder, kunskaper och avsikter för framtida beteenden genomfördes, har inga statistiskt signifikanta förändringar inträffat i attityder och inställning till sociala kontakter med personer med psykisk sjukdom. Detta indikerar att den positiva förändringen i allmänhetens attityder gentemot personer med psykiska sjukdom, som tidigare noterats under 2009–2014 (4) har avstannat. När det gäller avsikter

för framtida beteenden har det i jämförelse med tidigare undersökningar inte skett någon förändring i riket sedan 2009 (4). Nivån av allmänhetens kunskap om psykiska sjukdomar samt om behandling och möjligheter till återhämtning vid psykiska problem som har legat oförändrad under 2009–2014 (4), har vid mätningen 2017 försämrats. Utvecklingen över tid i de tre kampanjlänen där Hjärnkolls antistigma-kampanj pågått som längst visar att den positiva utvecklingen gällande attityder till personer med psykiska sjukdom liksom gällande avsikter för framtida beteenden gentemot dessa personer, som påvisades för 2009–2014 (4), har sedan 2014 vänt och försämrats. Även nivån på kunskap om psykiska sjukdomar samt om behandling och möjligheter till återhämtning vid psykiska problem som under 2009–2014 (4) har legat stabilt har mellan 2014 och 2017 försämrats. Det är i sammanhanget viktigt att påpeka att utgångspunkten gällande attityder, kunskaper och avsikter för framtida beteenden i de tre kampanjlänen har 2014 varit högre än för den allmänna befolkningen i hela riket. Den negativa utvecklingen som har noterats mellan 2014 och 2017 har inneburit att nivåerna i dessa län 2017 har hamnat på ungefär samma nivåer som har påvisats i hela befolkningen.

Det är i det här sammanhanget värt att beakta att mätningarna som genomfördes 2017 liksom de som genomfördes under 2009–2014 speglar effekterna av många faktorer i samhället, som exempelvis politiska satsningar, medias rapportering kring psykisk sjukdom, diskussioner i sociala medier, vissa specifika förhållanden, skeenden eller händelser m.m. Det är därför viktigt att understryka att resultat som presenteras i denna rapport inte kan användas för att uttala sig om Hjärnkolls antistigma-kampanj som har startat i de tre kampanjlänen men som idag pågår i 12 regioner i Sverige. Denna undersökning har inte heller metodologiskt lagts upp för att mäta effekter av en sådan kampanj.

Skillnader mellan kvinnor och män

De skillnader mellan kvinnor och män i attityder, inställning till kontakter med personer med psykisk sjukdom samt kunskap om psykisk sjukdom, behandling och möjligheter till återhämtning vid psykiska problem som genomgående visas i denna undersökning återfinns även i en tidigare svensk befolkningsundersökning från 2010 (27). Likaså uppvisas liknande resultat i en longitudinell studie av förändringar i attityder, kunskaper och beteenden under 2009–2014 (21).

En systematisk översikt av artiklar publicerade inom västvärlden med fokus på könsskillnader i allmänhetens uppfattningar och attityder gentemot personer med psykisk sjukdom visar att liknande skillnader finns i flera länder i Europa och USA, men att dessa resultat inte observeras i alla länder. Alla inkluderade studier i översikten visar sammantaget att kvinnor på befolkningsnivå inte uppvisar mer positiva attityder gentemot personer med psykisk sjukdom (28).

Betydelsen av erfarenhet av psykisk sjukdom

Att personer med någon form av erfarenhet av psykisk sjukdom visar mer positiva attityder och bättre kunskaper är också förenligt med resultatet från tidigare undersökningar (29). Detta har bland annat varit utgångspunkt för att använda den så kallade ”sociala kontaktteorin” i dagens antistigmaarbete. Tanken är att fördomar ska reduceras och förhindras genom möten mellan olika grupper, och att sådana möten har en positiv inverkan på attityder (30). Med utgångspunkt i denna teori är personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa i olika former, inklusive psykisk sjukdom, viktiga deltagare i antistigmaarbetet, både i nationella kampanjer riktade till allmänheten och i personliga möten mellan människor i samhället.

För personer med psykisk sjukdom är anknytningen till arbetslivet och andra delar av samhället ofta av stor betydelse och därmed en viktig faktor för återhämtning. Utifrån den sociala kontaktteorin är samhällets integrering av personer med psykisk sjukdom också avgörande för att lyckas motverka negativa attityder och fördomar på samhällsnivå.

Metodologiska begränsningar med undersökningen

Det finns ett antal metodologiska begränsningar som är viktiga att beakta vid tolkningen av resultatet från denna undersökning. En begränsning rör bortfallet. Bortfallet i webbpanelsundersökningar påverkas av de kvotgrupper som man utgår ifrån vid framtagning av urvalet. Detta innebär i praktiken exempelvis att fler inbjudningar skickas ut till personer i de yngre åldersgrupperna eftersom det är känt att de svarar i lägre grad, vilket i sin tur påverkar bortfallsstorleken. Personer som blivit inbjudna att delta i undersökningen kan även bli bortkvoterade då kvoten är full. Detta gör det svårt att räkna ut bortfallsstorleken, jämföra bortfallsstorlekar mellan olika undersökningar, göra en bortfallsanalys samt att bedöma i vilken utsträckning bortfallet påverkar resultatet av undersökningen.

En annan begränsning rör instrumentet som avser att mäta kunskaper om psykiska sjukdomar samt om behandling och möjligheter till återhämtning vid psykiska problem. Socialstyrelsen ser att detta instrument till viss del även mäter respondenternas uppfattning om olika aspekter som rör psykisk sjukdom och psykiska problem och inte enbart faktiska kunskaper. Dessa uppfattningar kan skilja sig åt utan att utifrån respondentens egen erfarenhet vara felaktiga.

Jämförelser med resultat från 2014 års undersökning bör göras med försiktighet

Tidigare svenska undersökningar har visat att det skett positiva förändringar i allmänhetens attityder under 2009–2014 (21) men resultatet av 2017 års mätning visar på att den positiva trenden har brutits.

Som tidigare beskrivits har Socialstyrelsen i befolkningsundersökningen 2017 strävat efter att replikera den metodik som använts i tidigare undersökningar, med syfte att fortsatt kunna jämföra resultat över tid. Det finns trots allt vissa metodologiska skillnader i genomförandet gentemot de tidigare undersökningarna vilket gör att resultaten bör tolkas med försiktighet. Jämfört med undersökningarna 2009–2014 var det 2017 ett annat företag som genomförde datainsamlingen, vilket resulterade i att enkäten hade ett annorlunda utseende trots att påståendena som respondenterna skulle ta ställning till var formulerade på exakt samma sätt. Utöver detta har introduktionstexten 2017 anpassats för att tydligare beakta etiska perspektiv. Deltagarna i undersökningen 2017 hade möjlighet att besvara enkäten antingen via dator eller mobiltelefon, medan möjligheten att besvara enkäten via mobiltelefon saknades 2014. I vilken utsträckning dessa skillnader har påverkat svarsbeteendet hos befolkningen är svårt att bedöma.

Framtida undersökningar

Med utgångspunkt i de svårigheter som är förknippade med att endast genomföra en tvärsnittsundersökning när man vill mäta attityder, kunskaper och beteenden förknippade med olika former av psykisk ohälsa är Socialstyrelsens bedömning att nyttan av en sådan undersökning blir större om man regelbundet följer upp attityder, kunskaper och beteenden med samma metodik så att man kan följa utvecklingen över tid.

Framtida undersökningar skulle med fördel kunna fördjupa sig inom vissa områden. Exempelvis skulle fördjupningsanalyser av kunskaper, attityder och beteenden inom olika sociodemografiska undergrupper i befolkningen kunna användas som utgångspunkt för att sedan kunna skraddarsy kunskaps- och antistigmakampanjer efter olika målgrupper.

Med ambitionen att mäta allmänhetens attityder till, kunskaper om och beteenden med fokus på psykisk ohälsa är det viktigt att beakta att psykisk ohälsa är ett komplext begrepp som är svårt att operationalisera. Det omfattar personer med många olika tillstånd som delvis, men inte nödvändigtvis, överlappar varandra. Detta kräver förmodligen att nya mätinstrument utvecklas och vetenskapligt valideras. Detta skulle vara särskilt viktigt om ambitionen är att över tid följa utvecklingen av allmänhetens attityder, kunskaper och beteenden med fokus på begreppet psykisk ohälsa.

Anknytning till Agenda 2030

Denna rapport anknyter till delmålen 1.2, 3.4, 10.2 samt 16.7 i Agenda 2030 för hållbar utveckling. Dessa mål och delmål handlar om att fram till 2030:

- minst halvera den andel män, kvinnor och barn i alla åldrar som lever i någon form av fattigdom enligt nationella definitioner (delmål 1.2)
- genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande (delmål 3.4)
- möjliggöra och verka för att alla människors, oavsett ålder, kön, funktionsnedsättning, ras, etnicitet, ursprung, religion eller ekonomisk

eller annan ställning, blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet (delmål 10.2).

- säkerställa ett lyhört, inkluderande, deltagandebaserat och representativt beslutsfattande på alla nivåer (delmål 16.7).

Referenser

1. Bremberg S, Dalman C. En kunskapsöversikt - Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykisatriska tillstånd hos barn och unga. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd; 2015.
2. Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till barn och ungas hälsa, vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
3. Nationell sammordnare inom området psykisk hälsa. Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016-2020 - Fem fokusområden fem år framåt. In: Nationell sammordnare inom området psykisk hälsa, editor.
4. Myndigheten för delaktighet. Psykisk ohälsa – attityder, kunskap, beteende. Befolkningsundersökningar genomförda under perioden 2009-2014. Stockholm: Myndigheten för delaktighet; 2014.
5. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006;113:163–79.
6. Corrigan P, Druss BG, Perlick DA. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*. 2014;15:37–70.
7. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001;27:363–85.
8. Livingston J, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*. 2010;71:2150–61.
9. Harac J, McCrone P, Clement S, Thornicroft G. The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. *Epidemiologia Psichiatria Sociale*. 2010;19:223–32.
10. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan P. Mental illness stigma - Concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*. 2005;20:529–39.
11. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010;10:113.
12. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, co-morbidity, disability and service utilisation - Overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*. 2001;178:145–53.
13. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ, et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158:479–81.
14. Socialstyrelsen. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt. Stockholm Socialstyrelsen 2005.

15. Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G. Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *British Journal of Psychiatry*. 2013;203:146-51.
16. Schomerus G, Schwan C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2012;125:440-52.
17. Hansson L, Stjernswärd S, Svensson B. Perceived and anticipated discrimination in people with mental illness – An interview study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2014;68:100-6.
18. Angermeyer MC, Schulze B. Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2001;24:469-86.
19. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsç N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*. 2012;63:963–73.
20. Myndigheten för delaktighet. Hjärnkoll – psykiska olikheter lika rättigheter. Redovisning av effekter och resultat från regeringsuppdraget Hjärnkoll 2009-2014. Stockholm: Myndigheten för delaktighet; 2014.
21. Hansson L, Stjernswärd S, Svensson B. Changes in attitudes, intended behaviour and mental health literacy in the Swedish population 2009-2014. An evaluation of a national anti-stigma campaign. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2016;134 (Suppl. 446):71–9.
22. Taylor M, Dear J. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*. 1981;7:225-40.
23. Högberg T, Magnusson A, Ewertzon M, Lützén K. Attitudes towards mental illness in Sweden: Adaptation and development of the Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2008;17:302-10.
24. Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *British Journal of Psychiatry*. 1996;168:191-8.
25. Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H, Rose D, Rhydderech D, Henderson C, et al. Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2010;55:440-8.
26. Evans-Lacko S RD, Little K, Rhydderech D, Henderson C, Thornicroft G. Development and psychometric properties of the reported and intended behaviour scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiologia et Psychiatria Sociale*. 2011;20:263-71.
27. Handisam. Psykisk ohälsa – attityder, kunskap, beteende: En befolkningsundersökning 2009. Stockholm: Handisam 2010.
28. Holzinger A, Floris F, Schomerus G, Carta MG, Angermeyer MC. Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries: a systematic review of population studies. *Epidemiologia Psychiatria Sociale*. 2012;21:73-85.

29. Angermeyer MC, Matschinger H. The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 31. 1996:321–6.
30. Allport GW. *The nature of prejudice*. Boston: Addison-Wesley; 1954.

Bilaga 1. Regeringsuppdraget

5.3-29152/2016-1



REGERINGEN

Regeringsbeslut

III:3

2016-10-19

S2016/06530/FS (delvis)

Socialdepartementet

Socialstyrelsen
106 30 Stockholm

SOCIALSTYRELSEN	
Ink	2016 -10- 24
Doss.	17
Dnr	248/2016-42
Handl.	

Uppdrag att följa upp och analysera överenskommelserna om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018

Regeringens beslut

Regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp och analysera överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018. Uppföljningen och analysen ska fokusera på att sammanställa, beskriva och följa upp det utvecklingsarbete som kommuner och landsting/regioner har genomfört inom ramen för överenskommelserna. Utöver detta ska Socialstyrelsen uppmärksamma övriga förhållanden som myndigheten finner lämpliga för att spegla effekterna av överenskommelserna lokal och regionalt. Inom ramen för uppdraget ska Socialstyrelsen också genomföra och redovisa mätningar av allmänhetens kunskaper, attityder och beteenden till kvinnor och män, flickor och pojkar som lever med psykisk ohälsa.

Genomförandet av uppdraget ska ske i nära samråd med den Nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09), Folkhälsomyndigheten och Sveriges kommuner och landsting (SKL). Myndigheten ska även samråda med brukar-, patient- och anhörigorganisationer, professionsföreningar, det civila samhället, samt andra berörda myndigheter och organisationer.

Socialstyrelsen ska senast den 31 mars varje år, med start 2017, lämna årliga lägesrapporter till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Utgångspunkten för 2017 års lägesrapport ska vara de analyser, handlingsplaner, lång- och kortsiktiga mål samt de mätbara indikatorer som kommuner och landsting/regioner ska ha redovisat senast den 31 oktober 2016 för att få ta del av de utlovade stimulansmedlen i den senaste överenskommelsen. Redovisningen ska om möjligt ske könsuppdelat. I lägesrapporten ska Socialstyrelsen bl.a. uppmärksamma hur kommuner och landsting/regioner har arbetat med samverkan under

Postadress
103 33 Stockholm

Telefonväxel
08-405 10 00

E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

Besöksadress
Fredsgatan 8

Telefax
08-723 11 91

utvecklingsarbetet samt hur de åtgärder respektive handlingsplaner som planeras med utgångspunkt i genomförda analyser förhåller sig till bästa tillgängliga kunskap inom området psykisk hälsa och ohälsa. Vidare ska myndigheten belysa arbetet med implementering av relevanta arbetssätt, utfasning av mindre relevanta arbetssätt och annat utvecklingsarbete. Den lägesrapport som ska lämnas in senast den 31 mars 2017 ska vidare innehålla en plan för det fortsatta uppföljnings- och utvärderingsarbetet under 2018 och 2019. Planen ska innehålla en översiktlig beskrivning av hur myndigheten tänker att det fortsatta utvärderingsarbetet ska bedrivas. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 maj 2019.

Socialstyrelsen får för uppdragets genomförande använda 500 000 kronor under 2016. Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri, anslagsposten 3 Till Kammarkollegiets disposition.

Medlen utbetalas av Kammarkollegiet under 2016 till Socialstyrelsen engångsvis efter rekvisition. Rekvisitionen ska ske senast den 1 december 2016. Medel som inte har utnyttjats ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2017. Vid samma tidpunkt ska en ekonomisk redovisning över använda medel lämnas till Kammarkollegiet. Rekvisition, återbetalning och redovisning ska hänvisa till det diarienummer som detta beslut har.

Ärendet

Den 17 december 2015 beslutade regeringen tillsätta en nationell samordnare med uppgift att stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting, och organisationer inom området psykisk hälsa samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå. I direktivet till samordnaren beskrivs regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016–2020. Syftet med regeringens strategi är att skapa förutsättningar för ett långsiktigt och strategiskt arbete, med ett gemensamt ansvars-tagande inom ordinarie strukturer. Målet är att främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa, förstärka tidiga insatser till kvinnor och män, flickor och pojkar som drabbas av psykisk ohälsa och förbättra vården och omsorgen för personer med omfattande behov av insatser. Strategin utgår från 5 prioriterade områden som ska utgöra en grund för regeringens arbete inom området under de kommande fem åren. Strategin utgår från följande prioriterade områden:

- Förebyggande och främjande insatser
- Tillgängliga tidiga insatser
- Enskildas delaktighet och rättigheter
- Utsatta grupper
- Ledarskap och organisation

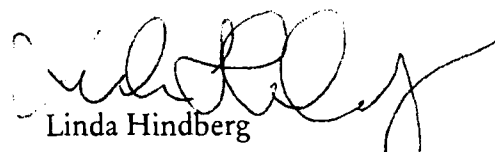
En av de centrala beståndsdelarna i regeringens strategi är en bred överenskommelse med SKL som syftar till att skapa förutsättningar för ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete i kommuner och landsting/regioner. Under 2016 avsätter regeringen 845 000 000 kronor för att stödja insatser inom kommuner och landsting/regioner för att främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa och för att bättre kunna erbjuda rätt insatser, i rätt tid, till de kvinnor och män, flickor och pojkar som drabbas av psykisk ohälsa. Regeringen anser att en överenskommelse, i syfte att vidmakthålla uppnådda resultat och skapa uthållighet, långsiktighet och förutsägbarhet på området, bör ingås med SKL även under 2017 och 2018, under förutsättning att riksdagen beviljar medel för ändamålet.

En förutsättning för att kunna avgöra om regeringens strategi inom området psykisk hälsa ger avsedda effekter för personer med, eller som riskerar att drabbas av, psykisk ohälsa är att satsningen kontinuerligt följs upp och utvärderas. Detta för att kunna vidareutveckla satsningen vid behov, möjliggöra en förbättrad styrning mot resultat på lokal- och regional nivå samt för att kunna följa den nationella utvecklingen mot de fem prioriterade områden som regeringen har beslutat om.

Regeringen avser att avsätta ytterligare 6 000 000 kronor under 2017 och 6 000 000 kronor under 2018 för genomförandet av uppdraget. Medlen utbetalas under förutsättning att riksdagen beviljar medel för ändamålet.

På regeringens vägnar


Annika Strandhäll


Linda Hindberg

Kopia till

Statsrådsberedningen/Internrevisionen

Finansdepartementet/Ba

Regeringskansliets förvaltningsavdelning/Ek

Kammarkollegiet

En nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S2015:09)

Folkhälsomyndigheten

Sveriges Kommuner och landsting

Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)

Bilaga 2. Frågeformulär som använts i enkäten

Bakgrundsfrågor om erfarenhet av psykisk sjukdom

Vilken personlig erfarenhet av psykisk sjukdom har Du? Om flera svarsalternativ är aktuella, sätt kryss i samtliga dessa.

- Ingen erfarenhet
- Erfarenhet genom egen psykisk sjukdom
- Erfarenhet genom anhörigs psykiska sjukdom
- Erfarenhet genom nära väns psykiska sjukdom
- Erfarenhet genom utbildning inom psykiatrisk vård/stöd/omsorg
- Erfarenhet genom yrkesverksamhet inom psykiatrisk vård/stöd/omsorg (landsting, kommun, privat vårdgivare)
- Annan erfarenhet. ange vad: _____

Kunskap om psykiska problem (MAKS)

Instruktioner: Ta ställning till varje påstående (1-6) genom att ringa in det svar (bara ett, tack!) som bäst stämmer överens med din uppfattning. Med "psykiska problem" menar vi sådana tillstånd som till exempel gör att en person har kontakt med sjukvården.

1. De flesta människor med psykiska problem vill ha ett lönearbete	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
2. Om jag hade en vän med psykiska problem, vet jag vilket råd jag skulle ge honom/henne för att få professionell hjälp	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
3. Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
4. Psykoterapi (t.ex. kognitiv terapi eller stödsamtal) kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
5. Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
6. De flesta människor med psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte

Instruktioner: Ta ställning till varje tillstånd (7-12) och ange om du tycker att det är en form av psykisk sjukdom. Ringa in ditt svar (bara ett, tack!).

7. Depression	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
8. Stress	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
9. Schizofreni	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
10. Bipolärt syndrom (mano-depressiv sjukdom)	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
11. Alkohol- och drogmissbruk	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
12. Sorg	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte

ATTITYDER TILL MÄNNISKOR MED PSYKISK SJUKDOM

Uppskatta grad av överensstämmelse med nedanstående påståenden.

Utgå från DIN EGEN åsikt, erfarenhet och upplevelse.

Ringa sedan in det svarsalternativ (1 – 6) som passar bäst in på Din uppfattning.

1. Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

2. Så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

3. Jag är motståndare till att människor som har en psykisk sjukdom bor i mitt grannskap							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

4. Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle, som har en psykisk sjukdom							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

5. Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

6. Jag kan tänka mig att arbeta tillsammans med någon som har en psykisk sjukdom							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

7. Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

8. Den lokala befolkningen behöver inte vara rädd för de människor som besöker deras närområde för att få psykiatrisk vård							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
9. Jag skulle bjuda in någon till mitt hem även om jag visste att denne led av en psykisk sjukdom							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
10. Ingen har rätt att utestänga människor med en psykisk sjukdom från deras grannskap							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
11. Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
12. Jag kan tänka mig att ha en vän som tidigare hade varit patient inom psykiatrin							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
13. Det bästa sättet att omhänderta människor med en psykisk sjukdom är att låsa in dem							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
14. De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter.							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
15. Jag skulle undvika att prata med grannar som tidigare haft en psykisk sjukdom							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
16. Lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

17. Människor med en psykisk sjukdom är mycket mindre farliga än vad de flesta människor tror							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

18. Jag skulle känna mig orolig om jag besökte någon med en psykisk sjukdom							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

19. Människor med en psykisk sjukdom ska inte behandlas som utstötta från samhället							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

20. Människor med en psykisk sjukdom bör isoleras från resten av samhället							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

21. Om någon, som tidigare hade varit patient inom psykiatri blev min granne, skulle jag välkomna denne i mitt hem någon gång då och då							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

22. Utlokalisering av en psykiatrisk verksamhet till ett bostadsområde utgör ingen fara för lokalbefolkningen							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

23. Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

24. Jag skulle kunna prata naturligt med grannar som har haft en psykisk sjukdom							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

25. Psykiatriska verksamheter bör inte förläggas till bostadsområden							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

26. Lokalbefolkningen har goda skäl att motarbeta utlokalisering av psykiatrisk verksamhet till deras bostadsområde							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
27. Om någon som tidigare har haft en psykisk sjukdom blev min granne, skulle jag besöka denne							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
28. Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
29. Att ha människor med en psykisk sjukdom boende i ett bostadsområde må hända vara bra för dem, men riskerna för lokalbefolkningen blir i så fall alltför stora							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
30. Jag skulle hellre vilja ha en kvinna, som tidigare varit patient inom psykiatrin, som granne, än en man som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

Skala för tidigare och nuvarande erfarenhet (RIBS)

Instruktioner: Följande frågor handlar om dina erfarenheter av och syn på människor med psykiska problem (till exempel personer som har kontakt med sjukvården). Besvara varje fråga (1-4) genom att ringa in ditt svar (bara ett, tack!).

1. Bor du för närvarande, eller har du någon gång bott tillsammans med en person med psykiska problem?	Ja	Nej	Vet inte
2. Arbetar du för närvarande, eller har du någon gång arbetat tillsammans med en person med psykiska problem?	Ja	Nej	Vet inte
3. Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en granne med psykiska problem?	Ja	Nej	Vet inte
4. Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en nära vän med psykiska problem?	Ja	Nej	Vet inte

Skala för framtida beteende (RIBS fortsättning)

Instruktioner: Ta ställning till varje påstående (5-8) genom att ringa in ditt svar (bara ett, tack!).

5. I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo tillsammans med en person som har psykiska problem	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
6. I framtiden skulle jag kunna tänka mig att arbeta tillsammans med en person som har psykiska problem	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
7. I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo nära en person som har psykiska problem	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
8. I framtiden skulle jag kunna tänka mig att fortsätta relationen med en vän som fick psykiska problem	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte

© Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, 2009. Svensk översättning CEPI 2009. Kontakt: cepi@med.lu.se

Tack för din medverkan!