

Sara Blåka

Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom

Status etter Opptrappingsplanen



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

Engasjement, åpenhet og
holdninger til psykisk helse og
psykisk sykdom

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2012:4	Kommunalt psykisk helsearbeid
NIBR-rapport 2009:4	Kommunalt psykisk helsearbeid Organisering, samarbeid og samordning
NIBR-rapport 2008:16	Psykisk helse og psykisk sykdom Innbyggernes kunnskaper og holdninger
NIBR-rapport 2003:5	Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser

Rapportene koster
fra kr 250,- til kr 350,- og kan bestilles
fra NIBR:

Gaustadalléen 21
0349 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Faks 22 60 77 74

E-post til
nibr@nibr.no

Publikasjonene
kan også skrives ut fra
www.nibr.no

Porto kommer i tillegg til de oppgitte
prisene

Sara Blåka

Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom

NIBR-rapport 2012:9

Tittel:	Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom Status etter Opptrappingsplanen
Forfatter:	Sara Blåka
NIBR-rapport:	2012:9
ISSN:	1502-9794
ISBN:	978-82-7071-933-4
Prosjektnummer:	3008
Prosjektnavn:	Holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom
Oppdragsgiver:	Helsedirektoratet
Prosjektleder:	Sara Blåka
Referat:	Rapporten handler om engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom. Vi har målt hvordan folks holdninger har utviklet seg fra 2007 til 2012. Folk flest er lite stigmatiserende i sine holdninger mot psykisk syke. I hvilken grad de ønsker å vise engasjement og åpenhet avhenger av nærheten i relasjonen med den man stilles overfor. Utviklingen viser at folks holdninger i stor grad preges av stabilitet.
Sammendrag:	Norsk og engelsk
Dato:	Mai 2012
Antall sider:	108
Pris:	Kr 250,-
Utgiver:	Norsk institutt for by- og regionforskning Gaustadalléen 21, 0349 OSLO Telefon: (+47) 22 95 88 00 Telefaks: (+47) 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 2011

Forord

Foreliggende rapport er en undersøkelse av befolkningens engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk sykdom og psykisk helse, utført på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Prosjektet er en direkte videreføring av to foregående undersøkelser, utført i 2002 og 2007, som utgjorde bidrag i evalueringen av informasjonsarbeidet knyttet til Opptrappingsplanen for psykisk helse. Den første undersøkelsen resulterte i rapporten *Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser* (Sverdrup og Bratt 2003), den neste i rapporten *Psykisk helse og psykisk sykdom. Innbyggernes kunnskaper og holdninger* (Myrvold 2008).

Foreliggende undersøkelse kan sees som et ledd i oppfølgingsarbeidet etter avslutningen av Opptrappingsplanen. Den er et tredje steg i kartleggingen av befolkningens engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom, og analyserer utviklingen fra 2007 til 2012.

Oslo, mai 2012

Hilde Lorentzen
instituttssjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt.....	4
Figuroversikt	6
Sammendrag.....	7
Summary.....	14
1 Innledning.....	17
1.1 Bakgrunn for rapporten	17
1.2 Rapportens disposisjon	18
2 Informasjonsarbeid	20
2.1 Innledning	20
2.2 Informasjon som virkemiddel.....	20
2.3 Programteori.....	21
2.4 Målene med informasjonsarbeidet	24
2.5 Informasjonsstrategier etter 2007	27
2.6 Hvilke endringer i åpenhet og holdninger kan forventes?	31
3 Datamateriale og metode	34
3.1 Innledning	34
3.2 Datamaterialet: survey i tre omganger	34
3.3 Indekskonstruksjon	38
3.4 Uavhengige variabler	40
3.5 Er det mulig å spore virkninger av informasjonstiltak?	40
4 Engasjement og åpenhet	42
4.1 Innledning	42
4.2 Engasjement i forhold til psykisk helse.	43
4.2 Åpenhet om psykiske problemer	47
4.3 Oppsummering	51
5 Holdninger til psykisk sykdom og psykisk syke.....	53
5.1 Innledning	53

5.2	Utvikling i folks holdninger til ulike sider ved psykisk helse.....	54
5.3	Hva kan forklare folks holdninger?	60
5.4	Oppsummering	68
6	Oppsummering og konklusjoner	71
6.1	Innledning	71
6.2	Konklusjoner	72
6.3	Utfordringer.....	74
	Litteratur	76
Vedlegg 1	Beskrivelse av utvalgene 2002, 2007 og 2012	79
Vedlegg 2	Tabeller	81
Vedlegg 3	Avhengige variabler. Variasjonsbredde og standardavvik	90
Vedlegg 4	Regresjonsanalyser	93
Vedlegg 5	Spørreskjema 2012.....	102

Tabelloversikt

Tabell 3.1	Korrelasjon mellom tendensen til å si seg enig (Enighetsbias) og trekk ved respondenten. 2012	38
Tabell 4.1	Engasjement i forhold til psykisk helse. Grad av engasjement. Jo høyere skåre, desto større engasjement. ¹ Estimated marginal means. ² N ₂₀₀₇ =1998, N ₂₀₁₂ =1206	44
Tabell 4.2	Hva kan forklare engasjement i forhold til psykisk helse? 2012. Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. Jo høyere skåre, desto større engasjement. ¹ Estimated marginal means ²	45
Tabell 4.3	I hvilken grad vil du være åpen om egen eller andres psykiske problemer? Jo høyere skåre, desto større vilje til åpenhet. ¹ Estimated marginal means. ² N ₂₀₀₇ =1998, N ₂₀₁₂ =1206	48
Tabell 4.4	Hva kan forklare åpenhet? 2012. Jo høyere skåre, jo større vilje til åpenhet. ² Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. Estimated marginal means	50
Tabell 5.1	Respondentenes svar på påstander om psykisk helse og psykisk syke. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden. ¹ Estimated marginal means. ² N ₂₀₀₇ =1998, N ₂₀₁₂ =1206	55
Tabell 5.2	Respondentenes svar på påstander om muligheten til å komme seg etter psykisk sykdom. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden. ¹ Estimated marginal means. ² N ₂₀₀₇ =1998, N ₂₀₁₂ =1206	57
Tabell 5.3	Respondentenes svar på påstander om psykisk helse og psykisk syke. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden. ¹ Estimated marginal means. ² N ₂₀₀₇ =1998, N ₂₀₁₂ =1206	58
Tabell 5.4	Respondentenes svar på påstander om psykisk helse og psykisk syke. Jo høyere skåre, desto mer enig i	

	påstanden. ¹ Estimated marginal means. ²	
	N ₂₀₀₇ =1998, N ₂₀₁₂ =1206	60
Tabell 5.5	Hva kan forklare stigmatiserende holdninger til psykisk sykdom og psykisk syke? 2007 og 2012. Jo høyere skåre, desto mer stigmatiserende. ¹ Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. ² Estimated marginal means	62
Tabell 5.6	Hva kan forklare optimistiske og lettvinte holdninger til psykisk sykdom og psykisk syke? 2007 og 2012. Jo høyere skåre, desto større tro på lettvinte løsninger. ¹ Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. ² Estimated marginal means	65
Tabell 5.7	Hva kan forklare vurderinger ¹ knyttet til hjelpeapparatets rolle? 2012. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstandene. ¹ Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. ² Estimated marginal means	67

Figuroversikt

Figur 2.1	Endringsteori: Informasjonsarbeidets implemen- terings- og programteori (etter Myrvold 2008):.....	23
Figur 4.1	Engasjement i forhold til psykisk helse, etter om en kjenner en som har vært syk de siste tre årene. Jo høyere skåre, desto større engasjement. 2012.....	46
Figur 4.2	Engasjement i forhold til psykisk helse. Kjønn. Jo høyere skåre, desto større engasjement. 2012.....	47
Figur 4.3	Vilje til åpenhet om psykiske problemer, etter alder. Jo høyere skåre, desto større vilje til åpenhet.....	51
Figur 4.4	Vilje til åpenhet om psykiske problemer, etter yrkessektor. Jo høyere skåre, desto større vilje til åpenhet	51
Figur 5.1	Tendens til stigmatiserende holdninger, etter kjønn. 2012. Jo høyere skåre, desto større tendens til stigmatisering.....	63
Figur 5.2	Tendens til stigmatiserende holdninger, etter utdanningsnivå. 2012. Jo høyere skåre, desto større tendens til stigmatisering.....	63
Figur 5.3	Tendens til å tro på lettvinte løsninger, etter kjønn og utdanning. 2012. Jo høyere skåre, jo større tendens.....	66
Figur 5.4	Betydningen av problemer med psykisk helse i landet vårt er overdrevet. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden.	68
Figur 5.5	Betydningen av problemer med psykisk helse i landet vårt er overdrevet. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden.	68

Sammendrag

Sara Blåka

Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom

Status etter Opptrappingsplanen

NIBR-rapport: 2012:9

Formålet med undersøkelsen

Vi stilte innledningsvis opp to problemstillinger vi ønsket svar på:

1. Hvordan er befolkningens ønsker om engasjement og åpenhet i forhold til spørsmål om psykiske problemer og psykisk sykdom? Har engasjementet og åpenheten økt etter Opptrappingsplanen ble avsluttet? Hvilke trekk ved den enkelte påvirker ønsket om engasjement og åpenhet?
2. Hvilke holdninger til psykisk syke og psykiske problemer finnes i befolkningen? Har befolkningens holdninger endret seg etter opptrappingsperioden ble avsluttet? Hvilke forhold ser ut til å påvirke eller forklare folks holdninger til psykiske problemer?

Rapporten er ikke en direkte evaluering av de enkelte informasjonstiltak knyttet til Opptrappingsplanen for psykisk helse eller tiltakene gjennomført i etterkant. Det har snarere vært en undersøkelse av om hvorvidt informasjonsarbeidet kan spores i form av endringer i befolkningens holdninger. Det er en videreføring av to tidligere undersøkelser og har bidratt til et nytt steg i kartleggingen av utviklingen i befolkningens holdninger.

Ut fra informasjonsarbeidet som ble utført i siste del av Opptrappingsplanen og i etterkant av den, skisserte vi følgende

forventninger til mulige endringer i befolkningens holdninger, engasjement og åpenhet overfor psykisk helse og psykisk sykdom:

- Mindre forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder åpenhet og engasjement.
- Økt åpenhet blant unge.
- At folk i større grad tror at det finnes hjelp å få for psykiske problemer, og at hjelp nytter.
- At folk i større grad er engasjert i forhold knyttet til psykisk helse.
- Generelt økt åpenhet og mindre stigmatiserende holdninger i befolkningen som helhet.

Datamateriale og metode

Datamaterialet som helhet består av tre runder spørreundersøkelser utført på et representativt utvalg, gjennomført i 2002, 2007 og 2012. Analysene kartlegger utviklingen i befolkningens holdninger fra forrige undersøkelse ble gjennomført, fram til i 2012.

Sentrale funn

Her følger en oppsummering av de viktigste funnene fra analysene.

Engasjement i forhold til psykisk helse

Engasjementet følger i stor grad det samme mønsteret som undersøkelsen fra 2007 avdekket. Folks engasjement er minst når det gjelder den psykiske helsen i befolkningen generelt. Det sterkeste engasjementet ligger hos mennesker i nære relasjoner, mens engasjementet overfor egen helse er litt lavere. Av endringer kan vi spore en viss økning i folks engasjement overfor psykisk helse i befolkningen generelt, samt en liten nedgang i engasjementet overfor egen psykiske helse.

Analysene indikerer små variasjoner i engasjement for de ulike gruppene av respondenter. De klareste effektene gir kjønn og kjennskap til psykisk sykdom. Kvinner er (som i 2007) mer engasjert enn menn. De som kjenner noen med psykiske vansker, eller selv har opplevd dette er mer engasjert enn de som ikke har slike erfaringer.

Åpenhet om psykiske problemer

Analysene fra 2012 viser (i likhet med dataene fra 2007) at viljen til å være åpen øker med nærheten til dem man er åpne overfor. Nesten alle sier de vil være åpne overfor familien. 7 av 10 vil være åpne overfor venner, og rett over halvparten overfor kolleger.

Alder viser seg som den mest fremtredende forklaringsvariabelen for dette temaet. Unge ønsker mindre åpenhet enn eldre. Dette gjelder både overfor familien, venner og kolleger på skole/jobb. Dette var også tendensen i 2007. Videre viser det seg at folk bosatt i Oslo ønsker mindre åpenhet i forhold til kolleger enn de som bor andre steder i landet.

Vi finner heller ikke noen klar kursendring i engasjement knyttet til psykisk helse i løpet av perioden. Utviklingen som helhet preges av stabilitet.

Stigmatiserende holdninger til psykiske syke

Påstandene som målte grad av stigmatisering i forhold til psykisk syke lå i gjennomsnitt relativt lavt, både i 2012 og 2007. Vi kan spore en marginal nedgang i respondentenes grad av stigmatisering for nesten alle påstandene. Befolkningens sier seg imidlertid i 2012 litt mer enig i at det er flaut å ha psykiske problemer enn de gjorde i 2007. Totalt sett viser analysene små endringer mellom årene.

Vi finner også i 2012 at menn er mer stigmatiserende i sine holdninger til psykisk syke enn kvinner, samt at jo høyere utdanning, jo mindre stigmatiserende er man overfor personer med psykisk sykdom. De som ikke har kjennskap til psykisk sykdom har større tendens til å stigmatisere enn de som har slik kjennskap.

Optimisme og synet på muligheten for å bli frisk

Respondentene viser også i 2012 å ha et positivt syn på mulighetene for å bli frisk etter psykisk sykdom. Befolkningen synes i litt mindre grad å mene at det å ha opplevd psykisk sykdom er et hinder for å bli yrkesaktiv igjen. De mener også i litt større grad at man har mulighet til å påvirke sin egen psykiske helse.

Analysene av påstander som gav uttrykk for optimistiske, men kanskje litt "lettvinne" løsninger for å bedre den psykiske helsen til den enkelte påviser liten forskjell fra undersøkelsen i 2007.

Respondentene har også i 2012 jevnt over et ganske realistisk forhold til hva som kan hjelpe på psykiske problemer. Menn og lavt utdannede er litt mer optimistiske eller ”lettvinde” i sitt syn på løsninger enn kvinner og folk med høyere utdanning. Dette var også resultatet i 2007.

Oppslutning omkring hjelpeapparatets tilbud til psykisk syke

Svarfordelingen indikerer at folk jevnt over har ganske stor aksept for økt offentlig satsning. Denne aksepten har imidlertid blitt litt svekket fra undersøkelsen ble utført i 2007. Folk mener i noe større grad at hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig ressurser på barn og unge og at betydningen av psykiske problemer er overdrevet. De er i tillegg litt mer enig i at man bør løse sine egne psykiske problemer selv. Det er i størst grad unge mennesker, og folk som ikke har kjennskap til psykisk sykdom som har oppfatningen av at slike problemer er overdrevet.

Konklusjon

Vi vil med utgangspunkt i analysene som er utført, gi en konklusjon på problemstillingene som ble stilt innledningsvis.

Engasjement og åpenhet

Hvordan er befolkningens engasjement og ønske om åpenhet i forhold til psykiske problemer, og har dette endret seg siden sist undersøkelse ble gjennomført?

Nærhet i relasjonen med andre er viktig for både engasjement og åpenhet. Denne tendensen har holdt seg stabil fra forrige undersøkelse ble gjennomført. Folk er også i dag minst engasjert overfor den psykiske helsen i befolkningen som helhet, og viser størst engasjement overfor folk som står dem nær. Et klart flertall vil engasjere seg hvis familie eller venner får psykiske problemer. Av endringer fra 2007 ser vi en økning i engasjement overfor befolkningen generelt, men også en nedgang når det gjelder å være engasjert overfor sin egen psykiske helse. Forventningene om økt engasjement ble dermed kun delvis oppfylt.

Det samme gjelder åpenhet. Viljen til åpenhet øker med nærheten til dem man åpner seg for. De fleste ønsker å være åpne om psykiske problemer overfor de nærmeste. Av endringer ser vi en litt større skepsis til å åpne seg overfor kolleger.

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

Kvinner er mer engasjerte enn menn i forhold til psykiske helse. Folk som har kjent noen med psykiske problemer, eller selv har opplevd dette har et sterkere engasjement enn folk som ikke har denne erfaringen.

Alder har betydning for ønske om åpenhet. Yngre mennesker er mindre åpne enn eldre, uavhengig av hvor nær relasjonen er. Folk bosatt i Oslo ønsker i mindre grad å åpne seg overfor sine kollegaer enn folk bosatt andre steder i landet.

Holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom

Hvilke holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom eksisterer i befolkningen?

Folk ser jevnt over ut til å ha lite stigmatiserende holdninger overfor psykisk syke, slik vi måler det i denne undersøkelsen. Generelt sett har de også et positivt syn på mulighetene for å bli frisk igjen etter å ha fått psykiske problemer. Det ser også ut vil at folk flest har et realistisk forhold til hva som kan kurere psykisk sykdom, selv om noen har stor tro på såkalte ”lettevinte” løsninger.

De fleste gir oppslutning om behovet for å satse på det offentlige tjenesteapparatet. Et klart flertall mener også at man bør oppsøke hjelp hvis man får psykiske problemer, og det er ganske få som mener slike problemer er overdrevet.

Har tendensen endret seg siden forrige undersøkelse?

Folks holdninger viser seg å ha holdt seg relativt stabile siden sist undersøkelse ble gjennomført. Vi kan ikke avdekke noen dramatiske endringer befolkningens syn på psykisk sykdom etter Opptrappingsplanens avslutning.

Endringene analysene avdekker er at folk i litt større grad synes at det er flaut å ha psykiske problemer, men de stiller seg også litt mer positivt til mulighetene for å komme seg etter å ha vært psykisk syk og at man har mulighet til å påvirke sin egen psykiske helse. De mener i litt større grad at hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig med ressurser og at betydningen av problemer med psykisk helse er

overdrevet. De har også en sterkere tro på at hvis man får psykiske problemer så bør man løse dem selv.

Hvilke forhold ser ut til å påvirke eller forklare folks holdninger til psykisk sykdom?

Kjønn viser seg å være en sentral variabel for å forklare stigmatiserende og optimistisk/”lettvinte” holdninger overfor mennesker med psykisk sykdom. Kvinner er - både i 2007 og 2012 - mindre stigmatiserende i sine holdninger og har mindre tro på ”lettvinte” løsninger enn menn.

Det samme gjelder utdanning. Tendensen er at jo lavere utdanning man har, jo mer stigmatiserende vil man være i sine holdninger overfor mennesker med psykisk sykdom. De med lav utdanning har også et mer lettvtint syn på hvilke løsninger som hjelper.

Alder slår ut som en viktig variabel for å forklare hvorfor noen synes problemer med psykisk helse er overdrevet. Unge mennesker ser mindre alvorlig på omfanget av psykiske problemer enn eldre, slike det måles her. Folk som ikke kjenner andre med psykiske problemer og ikke har opplevd det selv synes i større grad at slike problemer er overdrevet og har større tendens til å stigmatisere enn folk som har denne erfaringen.

Utfordringer

Gjennom analysene fremstilt i rapporten kan vi skissere noen utfordringer og mulige tema for holdningsbyggende arbeid videre.

Det første går på hvordan befolkningen oppfatter behovet for hjelpeapparatet. Selv om befolkningen generelt sett er ganske positive til hjelpeapparatets rolle ser vi en viss nedgang fra 2007. Folk er mindre fokusert på behovet for å styrke tjenester i psykisk helse. Dette kan i og for seg være et naturlig resultat av den tiårige satsningen på opptrapping av tjenestene. En mulig utfordring ligger i at folk synes i noe mindre grad å ta psykiske problemer på alvor. De mener også i noe sterkere grad at man bør løse problemene selv. Myndighetene kan derfor vurdere å se nærmere på hvordan man kan nå ut med budskap rettet mot å senke den enkeltes oppfattede terskel for å søke hjelp og fokusere på at hjelp nytter.

Det er fremdeles en viss forskjell mellom kvinner og menn. Kvinner gir uttrykk for større engasjement og mindre stigmatiserende holdninger overfor psykisk syke. Det ser derfor ut som det fremdeles finnes noen utfordringer knyttet til å nå ut til menn i det holdningsskapende arbeidet. Når det gjelder åpenhet ser vi mindre ulikheter mellom kvinner og menn blant deltakerne i undersøkelsen nå, enn det vi gjorde i 2007.

De yngste er fremdeles minst åpne om psykisk sykdom. Det kan være nyttig å vurdere å skaffe mer informasjon om hvorfor denne åpenheten er vanskeligere for unge voksne enn den er for eldre. Alder og erfaring med psykisk sykdom ser også ut til å ha betydning for hvor alvorlig man synes betydningen av psykiske problemer er. Unge og folk uten kjennskap til psykisk sykdom synes i størst grad at betydningen av psykiske problemer er overdrevet. Man kan derfor tenke seg at det også her kan ligge utfordringer knyttet til det å få satt lys på bevisstgjøring om at psykisk sykdom kan være alvorlig. Det er imidlertid viktig å balansere dette med at psykiske problemer også er normalt.

Dette tatt i betraktning så viser rapporten som helhet likevel at folks holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom har holdt seg relativt stabile siden 2007. Vi har ikke kunnet avdekke noen endringer av radikal art.

Årsakene til dette kan ligge i at holdninger er dyptsittende, stabile trekk ved den enkelte, og at det derfor må større samfunnsmessige ”rystelser” til for å kunne måle store endringer mellom så korte tidsrom. Analysene kan derfor ikke spore klare effekter av informasjonskampanjene gjennomført i slutten og i etterkant av Opptrappingsplanen. Det vi ser er at folks holdninger har holdt seg på tilnærmet samme nivå selv om det holdningsskapende arbeidet har blitt trappet ned. Undersøkelsen kan også tyde på at folks holdninger til psykisk syke ikke har blitt særlig påvirket etter terrorhandlingen 22. juli, noe som har vært en uttrykt bekymring hos enkelte interesse- og brukerorganisasjoner.

Summary

Sara Blåka

Commitment, openness and attitudes towards mental health and psychiatric disorders

Status after The National Action Program on Mental Health
NIBR Report 2012:9

The National Action Programme on Mental Health was a comprehensive plan intended to strengthen and develop services for people suffering from mental problems. This was a ten-year plan that ran from 1999 to 2008. This report presents the results from a study of people's attitudes towards mental health and psychiatric disorders.

The main focus can be addressed in two groups of research questions:

1. What characterizes people's commitment and willingness to be open about issues concerning mental health? Has this involvement and openness changed over the past five years? What factors influence commitment and openness?
2. What attitudes toward mental illness can be found in the population? Have these attitudes changed? What factors influence attitudes?

This report counts as a continuation of two previous studies and has contributed as a new step in mapping the development in people's attitudes. The data material was collected in 2002, 2007 and 2012. Our data is based on telephone interviews with a representative sample of the Norwegian population. We have analyzed the development since the last study was conducted.

In the following we give a short summary of the key findings from the analysis.

Commitment and openness

People's commitment and openness towards mental health follows the same pattern as the 2007-survey revealed. Closeness is the most important factor for people's commitment and openness when it comes to mental problems. People are most concerned about the mental health of close friends and family. A clear majority of the survey respondents agree that they would be involved if one of their nearest friends or relatives was to have mental problems. Most of them would also be open in case of own or close people's mental problems. Whereas most people would want to tell the family about mental problems, less are willing to be open about such problems towards friends, and even fewer towards colleagues. The changes we can trace are a certain increase in people's commitment towards mental health in the general population, and a small decrease in commitment towards their own mental health. We also identify a small decrease in people's openness towards colleagues.

People who know somebody with a mental illness or has experienced it themselves are more committed than, those without this experience. Gender is also important in explaining variations in commitment. Women are more committed than men. Age is the most important factor in explaining variations in people's openness towards mental health. People tend to get more open as they grow older. Furthermore, it turns out that people that live in Oslo are less open towards their colleagues than those living elsewhere in the country.

Attitudes towards mental health and psychiatric disorders

Also in these cases the development between 2007 and 2012 can be characterized as stabile. No radical changes can be traced in this period. People in general seem to have little stigmatizing attitudes towards individuals with mental illness. They think positive about the possibility of recovering from psychiatric disorders. It also seems that most people has a realistic picture of what can cure mental illnesses, although some have great faith in so-called "easy" or "flimsy" solutions. People in general give support towards the need to invest in public services for people with mental illnesses. A

clear majority also believe that one should seek help when dealing with mental problems, and just a few believe that the importance of mental health problems is exaggerated.

Changes revealed in the analyses is that people to a little greater extent feel that it is embarrassing to have mental problems, but they make up a more positive attitude about the chances of recovering after mental illness. People believe to a (slightly) higher degree that the government uses sufficient resources on mental health, and that mental problems should be resolved individually.

Gender appears to be a key factor in explaining stigmatizing and optimistic or “easy” attitudes towards people with mental problems. Women are less stigmatizing and have less faith in “easy” solutions than men. The same applies for education. The less education, the more stigmatizing attitudes are towards people with mental illnesses. Those with a low educational degree also believe in more flimsy methods for solving mental problems.

Age turns out to be most important variable to explain why some find the importance of mental problems in our society exaggerated. Young people seem to take these problems less seriously, than older ones do. This is also the case for those who have not experienced mental problems.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for rapporten

Denne rapporten er utført på oppdrag fra Helsedirektoratet som et ledd i oppfølgingsarbeidet etter avslutningen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Undersøkelsen er knyttet til den norske befolkningens holdninger, engasjement og åpenhet rundt psykisk helse og psykisk sykdom. Opptrappingsplanen ble vedtatt i Stortinget og iverksatt i 1999 som en tiårig satsning for å omstrukturere og styrke tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser.

Bakgrunnen for planen ble beskrevet i St. meld. Nr. 25 (1996-97) blant annet i et behov for å tilpasse tilbudet til et økende behov for tjenester. Meldingen pekte på at hovedutfordringen lå i at ”Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personellet føler ikke at de gjør en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud”. Virkemidlene som ble benyttet var både av økonomisk, juridisk og organisatorisk art, i tillegg til et økt omfang av informasjonsspredning og brukermedvirkning. Når informasjon her ble sett på som et viktig virkemiddel var dette blant annet for ”å gjøre psykiske lidelser mindre tabubelagt (...) og for å alminneliggjøre og øke kunnskap i befolkningen om psykiske lidelser” (St. prp. 63 1997-98). En av opptrappingsplanens målsetninger var å bidra til større åpenhet, samt å fremme holdninger blant befolkningen hvor ”psykiske sykdommer er like akseptert som somatiske” (St. meld. nr. 25 1996-97).

Problemstillingene som belyses i rapporten dreier seg om befolkningens holdninger, engasjement og åpenhet til psykisk helse og psykisk sykdom. Vi er interessert i å studere utviklingen over tid for dermed å kunne avdekke om folks holdninger har endret seg etter helsemyndighetenes satsning på informasjonsspredning, under og i etterkant av Opptrappingsplanen. Denne rapporten er

en videreføring av to tidligere undersøkelser. Den første ble gjennomført i 2002 (Sverdrup og Bratt 2003), den andre i 2007 (Myrvold 2008). Det som avdekkes i denne undersøkelsen blir derfor hvorvidt avslutningen av, og perioden etter opptrappingsperioden kan ha hatt betydning for utviklingen i befolkningens holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom.

Problemstillingene kan deles inn i to hovedgrupper av spørsmål:

1. Hvordan er befolkningens ønsker om engasjement og åpenhet i forhold spørsmål om psykiske problemer og psykisk sykdom? Har engasjementet og åpenheten økt etter Opptrappingsplanen ble avsluttet? Hvilke trekk ved den enkelte påvirker ønsket om engasjement og åpenhet?
2. Hvilke holdninger til psykisk syke og psykiske problemer finnes i befolkningen? Har befolkningens holdninger endret seg etter Opptrappingsperioden ble avsluttet? Hvilke forhold ser ut til å påvirke eller forklare folks holdninger til psykiske problemer?

Det er viktig å presisere at foreliggende rapport – i likhet med undersøkelsene som ble gjennomført tidligere - ikke er en direkte evaluering av de enkelte informasjonstiltak som er gjennomført av Helsedirektoratet på psykisk helse - feltet. Den er snarere en undersøkelse av hvorvidt virkninger av informasjonsarbeidet kan spores i form av endringer i befolkningens holdninger.

1.2 Rapportens disposisjon

I kapittel 2 redegjør vi for hvordan informasjon brukes som virkemiddel for implementering av offentlig politikk. Vi går inn på informasjonsarbeidet gjennomført i regi av Helsedirektoratet i avslutningen av Opptrappingsplanen for psykisk helse, samt kampanjer som har funnet sted i ettertid. I kapittel 3 redegjør vi for den metodiske tilnærmingen som benyttes for å belyse studiens problemstillinger. I kapittel 4 analyserer vi befolkningens utvikling i engasjement og åpenhet, og hvordan variasjoner i dette kan forklares med trekk ved den enkelte. Kapittel 5 fokuserer på eventuelle endringer i folks holdninger til psykisk helse og sykdom, samt hvordan trekk ved individet kan bidra til å forklare

variasjoner. I kapittel 6 oppsummeres resultatene. Vi skisserer dagens situasjon og utfordringer videre.

2 Informasjonsarbeid

2.1 Innledning

Denne rapporten studerer eventuelle endringer i innbyggernes holdninger, engasjement og åpenhet til psykisk helse og psykisk sykdom som har forekommet etter avslutningen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. I dette kapitlet ser vi nærmere på hvordan informasjon brukes som virkemiddel, og hvordan informasjonsarbeidet kan virke inn på holdninger. Det er nå tre år siden Opptrappingsplanen ble avsluttet. Studien vil derfor kunne avdekke hvorvidt Opptrappingsplanen har satt spor folks holdninger også etter at informasjonsarbeidet i hovedsak er ferdigstilt. Vi vil også se på innholdet i informasjonssatsningen de siste to årene av opptrappingsperioden, samt kampanjer som har blitt iverksatt i etterkant. Det vil gjøre det mulig å skissere noen forventinger om hvilke endringer vi vil finne befolkningens holdninger.

2.2 Informasjon som virkemiddel

Myndighetene har en rekke ulike virkemidler til disposisjon som verktøy for å iverksette vedtatt politikk. Disse kan systematiseres inn i ulike typologier. En kategorisering som ofte benyttes er inndelingen av fem grunnleggende former for verktøy som benyttes i iverksetting av politikk; reguleringer eller juridiske virkemidler, økonomiske virkemidler, fysiske virkemidler, organisatoriske virkemidler og informasjon (Sverdrup 2002: 38). De organisatoriske virkemidlene som ble benyttet for å iverksette målene med Opptrappingsplanen bestod blant annet i en omfattende omorganisering som innebar desentralisering av hjelpetilbudet til kommunene. Bruken av juridiske virkemidler finner vi for eksempel i lovbestemmelsen om bruk av individuell

plan som ble brukt som verktøy for å sikre brukermedvirkning (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Kommunene har også fått tilgang på betydelige økonomiske ressurser, øremerket psykisk helsearbeid, som igjen har gjort det mulig å satse sterkere på utbygging av tjenester¹. Gjennom opptrappingsperioden har myndighetene også satt i gang et omfattende informasjonsarbeid som ble rettet både mot utvalgte grupper og befolkningen som helhet (Sosial- og helsedepartementet 1999-2006). Disse tiltakene kan betraktes som et program som sammen har skissert utviklingen av det psykiske helsearbeidet i opptrappingsperioden. Planen tar i bruk et sett med virkemidler som bør sees i sammenheng fordi hvert enkelt virkemiddel kan benyttes for å støtte opp om andre virkemidler for å sikre mest mulig effektiv måloppnåelse.

Informasjon regnes av mange som det mildeste eller svakeste virkemiddelet for iverksetting av politikk. Hovedgrunnen til dette beskrives i informasjonstiltakenes manglende sanksjonsmuligheter (Vedung og Doelen 2003). Samtidig er det et sentralt virkemiddel i forebyggende arbeid, og det kan ha avgjørende betydning for å øke effekten av andre virkemidler som økonomiske incentiv eller juridiske tiltak. Det kan dermed sikre at effektene av politikken totalt sett optimaliseres. Man burde derfor ikke kun betrakte de ulike virkemidlene isolert, men som en del av et større samspill (Sverdrup 2002: 39). Selv om vi i denne rapporten har et spesielt fokus på informasjonsstrategien innenfor Opptrappingsplanen vil vi i drøftingen også trekke inn hvordan andre typer virkemidler kan ha hatt betydning for befolkningens nåværende åpenhet, engasjement og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom.

2.3 Programteori

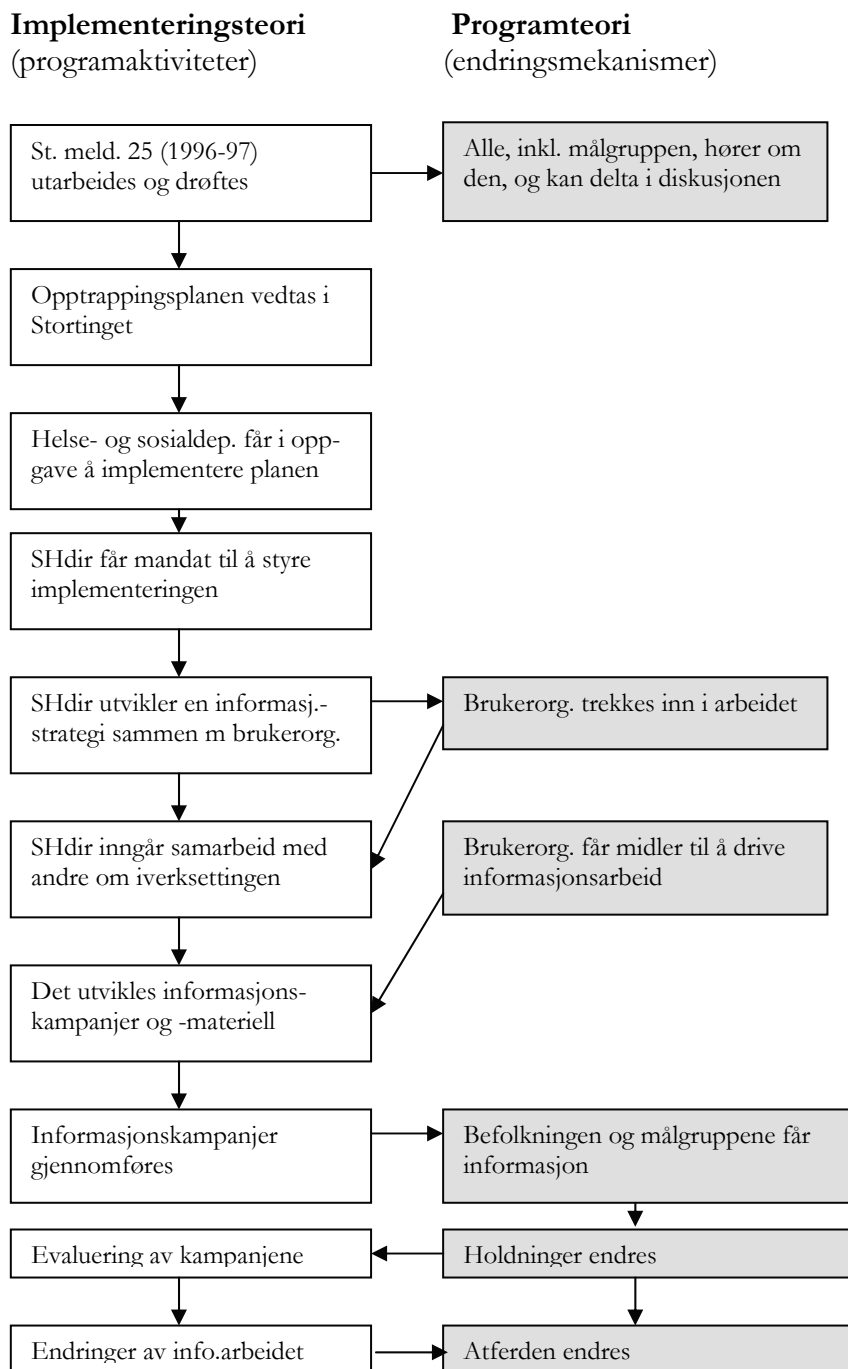
Virkemidlene offentlige myndigheter benytter for å iverksette politikk kommer ofte i form av ”virkemiddelpakker” (Belmans-Videc og Vedung 2003). Opptrappingsplanen for psykisk helse har vært en tiårig satsning på ulike tiltak for å styrke psykisk helsevern og bidra til økt åpenhet omkring psykisk helse (St. prp. 63 1997-98). Planen kan betraktes som et program i den forstand at den er ”en sammensetning av folk, organisasjoner, arbeid og penger som

¹ Helsedirektoratet: *Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Hentet 18.11.2011 fra http://helsedirektoratet.no/psykisk_helse_tjenesten/opptrappingsplanen/

samlet skal bidra til å oppnå bestemte mål” (Sverdrup 2002: 40-41). Slike programmer eller ”virkemiddelpakker” tar utgangspunkt i en forestilling om hvordan og hvorfor virkemidlene som inngår i programmet vil føre til ønsket endring. Disse endringene kan være mer eller mindre klart formulert. I Opptrappingsplanen finner vi flere eksplisitte målsetninger for ressursbruk, tjenesteutvikling og lignende, men når det gjelder informasjonsarbeidet har ikke føringene for hva man har ønsket å oppnå vært like klart formulert (se avsnitt 2.4).

Myndighetenes forestilling om hvordan de ulike informasjons-tiltakene vil føre til ønsket resultat vil kunne benyttes som et utgangspunkt for evalueringen av programmet. For å forstå virkemidlenes intenderte effekt kan man skissere det Sverdrup (2002) betegner som ”implementeringsteori” og ”programteori”. Dette innebærer at evaluator setter opp en mer eller mindre detaljert rekonstruksjon av programmet for å synliggjøre de antatte utviklingsstadiene. Implementeringsteorien viser hvilke aktiviteter som er iverksatt innenfor programmet, mens programteorien dreier seg om endringsmekanismene man antar vil komme som et resultat av implementeringen av tiltakene. Vi vil i det følgende skissere en enkel framstilling av denne tankegangen:

Figur 2.1 *Endringsteori: Informasjonsarbeidets implementerings- og programteori (etter Myrvold 2008: 34):*



Som figur 2.1 viser har informasjonsarbeidet knyttet til Opptrappingsplanen gått gjennom en lang hierarkisk kjede som innehar endringsmekanismer vi antar fører til holdnings- og atferdsendring.

Informasjon som virkemiddel er vanskelig å se effektene av fordi de ikke inneholder automatiske feedbackmekanismer (Vedung og Doelen 2003). Undersøkelsen som gjennomføres her må sees som en svært generell evaluering av informasjonsarbeidet knyttet til avslutningen av Opptrappingsplanen for psykisk helse og kampanjer iverksatt i etterkant av denne. Vi tar utgangspunkt i målene med informasjonsstrategien og de tiltakene som er gjennomført som en del av denne strategien. Vi danner oss noen forventninger om hvordan utviklingen i befolkningens holdninger har forløpet på bakgrunn av innholdet i, og målgruppene for dette arbeidet. Deretter undersøker vi om holdningene har endret seg i tråd med forventningene.

2.4 Målene med informasjonsarbeidet

Opptrappingsplanen for psykisk helse har gjennom en tiårsperiode økt det økonomiske handlingsrommet for informasjonsarbeid rettet mot ulike grupper i samfunnet. Departementet redegjør for utviklingen slik: ”I 1998 ble det avsatt 2 millioner kroner til informasjonstiltak og det ble hvert år utvidet med flere målgrupper og flere aktiviteter. I 2008 ble det brukt 34 millioner kroner på kommunikasjonstiltak, samt 12 millioner til Psykisk helse i skolen.” (Helse- og omsorgsdepartementet 2009–2010).

I samarbeid med en rekke aktører, hvor brukerorganisasjoner blir fremhevet som de mest sentrale, har departementet utarbeidet en overordnet informasjonsstrategi hvor målsetning med opptrappingen har vært å ”bidra til økt åpenhet og mer kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser. Informasjon om psykisk helse er viktig for å begrense psykiske problemer og lidelser. Samfunnet kan spare store ressurser både menneskelig og økonomisk. For den syke og deres nærmeste vil god informasjon være viktig for å mestre situasjonen” (Helse- og omsorgsdepartementet 2001). Det har blitt lagt stor vekt på å bryte ned fordommer og sette mennesker som opplever psykiske problemer bedre i stand til å mestre sin egen livssituasjon (Sosial- og helsedirektoratet 2003:b).

Den overordnede informasjonsstrategien ble presentert i folderen ”Noe å snakke om...?”. Her uttalte daværende helseminister Tore Tønne blant annet at ”Over tid kan kunnskap påvirke holdninger til det å være psykisk syk, og dermed bedre både egen og andres psykiske helse.” (Sosial- og helsedepartementet 1999-2006). Informasjonsspredningens mål har i utgangspunktet vært å øke befolkningens kunnskap som igjen resulterer i endrede holdninger: ”Tanken er at ”rett” kunnskap fører til ”rette” holdninger som igjen fører til ”rette” handlinger” (Sosial- og helsedirektoratet 2003b: 47).

Som en del av strategien for å fremme godt informasjonsarbeid har departementet søkt å kvalitetssikre satsningen som helhet. Metodene som er blitt brukt for å oppnå dette beskrives blant annet som pretesting av enkelttiltak og evaluering av informasjons-satsingen underveis (Sosial- og helsedepartementet 1999-2006). Informasjonstiltakene har, sammen med de andre virkemidlene for implementering av Opptrappingsplanens målsetninger, vært gjenstand for en fortløpende, forskningsbasert evaluering i regi av Norges forskningsråd siden 2001. En av hovedhensiktene med evalueringen har vært å skape en mulighet for å justere virkemiddelbruken underveis².

Utarbeidelse og gjennomføring av informasjonsstrategi er gjort i nært samarbeid med brukerorganisasjoner. Representanter for disse organisasjonsgruppene, sammen med Rådet for psykisk helse og Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning utgjør en egen informasjonsgruppe som ble satt i gang av direktoratet.

Selve gjennomføringen av informasjonstiltakene har i hovedsak blitt gjort av disse organisasjonene, og gjennom samarbeid med andre aktuelle aktører som statlige etater, kommuner, yrkesorganisasjoner og spesialisthelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet 2003a: 73).

De grunnleggende budskapene departementet ønsker å formidle i den overordnede informasjonsstrategien (Sosial- og helsedepartementet 1999-2006) oppsummeres slik:

² Forskningsrådets hjemmeside: *Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse*. Hentet 22.11.2011 fra: http://www.forskningsradet.no/no/Artikkel/Evaluering_av_Opptrappingsplan_en_for_psykisk_helse/1219128517836

- Hver enkelt av oss kan gjøre mye for å bidra til at egne eller andres nedturer blir mindre traumatiske og at livskvaliteten opprettholdes. Samtidig skal vi vite at det er hjelp å få den dagen de psykiske problemene blir for store å bære i hverdagen.
- Samfunnet har plass til alle. Alle fortjener den samme respekt og oppmerksomhet.
- Det er viktig å fokusere på egne ressurser for å finne løsninger. Løsningen på mange problemer kan ligge i å tenke litt annerledes.
- Det er viktig å ha et nyansert syn på personer som har en psykisk sykdom fordi mange psykisk syke er ressurssterke personer som mestrer hverdagen godt.

Departementet la i den overordnede informasjonsstrategien opp til at hovedtyngden av innsatsen ble lagt til bestemte grupper av befolkningen. Her ble det utarbeidet delstrategier for informasjonstiltak. Disse vil vi komme tilbake til senere i kapitlet. Gruppene det i utgangspunktet ble satset spesielt på var:

- Barn og unge og deres nettverk
- Arbeidstakere og arbeidsgivere
- Brukere og tjenesteytere

En mindre del av innsatsen ble rettet mot informasjonstiltak for befolkningen generelt. Disse tiltakene har blant annet dreid seg om å bygge opp et nettverk av personer over hele landet som er opptatt av å informere og kommunisere om psykisk helse. I tillegg beskrives bruk av massemedier som et viktig verktøy for å nå fram med temaer innen psykisk helse som folk flest er opptatt av. Fokus har også blitt satt på å benytte arbeidslivet som psykisk helsefremmer ved å samarbeide med aktuelle aktører for å stimulere til informasjons- og kommunikasjonstiltak. Dette gjaldt også for barn og unge hvor slike tiltak skulle virke forebyggende.

Departementet så stor betydning av å skape et årlig høydepunkt for Opptrappingsplanen. De valgte å bruke den internasjonale Verdensdagen for psykisk helse som en slik satsning. Arrangementet har blitt holdt hvert år i perioden, og blir sett som et samletiltak for å nå alle målgruppene i kommunikasjons-satsingen. Den blir av departementet beskrevet som

Opptrappingsplanens ”årlige stortromme”, hvis målsetning har vært å skape maksimal oppmerksomhet rundt psykisk helse og psykiske lidelser.

Andre konkrete tiltak som springer ut av informasjonssatsningen er undervisningsopplegg, kampanjer, mediepåvirkning og konferanser (Sosial- og helsedirektoratet 2003a: 5).

2.5 Informasjonsstrategier etter 2007

Helsedirektoratet har siden 2000 iverksatt skolekampanjer, befolkningskampanjer og kampanjer rettet mot tjenesteapparatet for å øke befolkningens kunnskap om psykisk helse. De viktigste målgruppene for informasjonstiltakene har vært tjenesteapparat i kommunene og spesialisthelsetjenesten, skoleelever/ungdom og arbeidsliv, i tillegg til befolkningen generelt³.

Fokuset i denne rapporten er eventuelle endringer i folks holdninger, engasjement og åpenhet som kan ha forekommet etter at den forrige undersøkelsen ble foretatt i 2007 (Myrvold 2008). Vi vil derfor gi en kort gjennomgang av informasjons- og kommunikasjonstiltakene som har blitt gjennomført etter 2007.

Innledningsvis vil det være viktig å påpeke at hvor langvarig effekt kampanjer har på folks oppfatninger vil kunne variere mellom kampanjer og mellom individer. Den er også avhengig av andre, kontekstuelle forhold (Chong og Druckman 2010). Dette vil vi komme nærmere tilbake til senere i kapitlet. Selv om det kan tenkes at det tiårige informasjonsarbeidet har gitt langsiktige virkninger på befolkningens holdninger om psykisk helse vil det være hensiktsmessig å gjøre rede for informasjonstiltak som har forekommet også etter opptrappingsperioden ble avsluttet.

Regjeringen beskrev i St. Prp nr. 1 (Helse- og omsorgsdepartementet 2006-2007) at satsningen på informasjon og holdninger innenfor skole, arbeidsliv, brukere og ansatte ville bli intensivert i den siste perioden av Opptrappingsplanen. Helsedirektoratet har gjennom årene etter Opptrappingsplanen også iverksatt flere informasjons- og holdningskampanjer rettet mot befolkningen.

³ Helsedirektoratets hjemmeside: *Kampanjer*. Hentet 01.12.2011 fra http://helsedirektoratet.no/psykisk_helse_tjenesten/kampanjer/

Informasjonstiltak rettet mot hele befolkningen

”Et åpent sinn...”

De forrige holdningsundersøkelsene (Sverdrup og Bratt 2003; Myrvold 2008) ble utført før Helsedirektoratet startet de brede befolkningskampanjene. De har siden 2007 gjennomført kampanjen ”Et åpent sinn” med hensikten å øke befolkningens kunnskap om psykisk helse. Kampanjen ble igangsatt i samarbeid med brukerorganisasjoner og yrkesorganisasjoner innen psykisk helsefeltet⁴. Målene i befolkningskampanjene har vært å:

- Øke befolkningens kunnskap om at psykiske problemer er vanlig
- Øke kunnskap om hva som styrker folks psykiske helse
- Øke kunnskap om hvor en kan få hjelp

Kampanjer rettet mot ungdom

Den første målgruppen denne kampanjen siktet seg inn på var ungdom. Kampanjeperioden gikk fra oktober 2007 til januar 2008. Informasjonstiltakene inkluderte undervisningsopplegg til lærere, informasjon til elever og foreldre, et eget nettsted med befolkningsrettet informasjon, samt annonser, film og kinoreklame. Ved markeringen av verdensdagen for psykisk helse var ungdom tema på ulike arrangementer over hele landet⁵. Det ble i forbindelse med denne markeringen holdt over 1600 arrangementer, hovedsakelig i regi av Mental Helse. I løpet av kampanjeperioden ble det registrert over 93.740 besøk på www.psykisk.no og det ble beregnet at minst 6000-7000 klasser rundt om i landet tok opp temaet psykisk helse både med elevene og foreldre⁶.

⁴Helse- og omsorgsdepartementets hjemmeside: *Helse- og omsorgsministeren lanserte kampanje for åpenhet om psykisk helse*. Hentet 18.11.2011 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2008/helse--og-omsorgsministeren-lanserte-kam.html?id=526758>

⁵ Helsedirektoratets hjemmeside: *Kampanjen ungdom og psykisk helse*. Hentet 02.12.2011 fra http://helsedirektoratet.no/psykisk_helse_tjenesten/kampanjer/befolkningskampanjer/kampanjen_ungdom_og_psykisk_helse_2007_80121

⁶ Helsedirektoratets hjemmeside: *Resultater ungdom og psykisk helse*. Hentet 05.12.2011 fra:

TNS Gallup utførte, på oppdrag fra det daværende Sosial- og helsedirektoratet, undersøkelser med 900 ungdommer før og etter kampanjen ble gjennomført. Resultater fra disse viste blant annet en generell økning i oppfatningen om at psykiske problemer er vanlig. Den viste at flere ville informert andre om det dersom en venn hadde fått problemer, men også at flere mente de kunne takle sine egne problemer selv (TNS Gallup 2008).

Kampanjer rettet mot voksne og menn

I 2008 ble det utviklet tiltak for å nå den voksne delen av befolkningen, og da særlig menn. Hovedbudskapet var at psykiske problemer er vanlige og at det er mye vi selv kan gjøre for å styrke egen og andres psykiske helse. Også her ble informasjonstiltak som annonser, brosjyrer og kampanjefilmer benyttet. Nettstedet www.psykisk.no var rettet mot befolkningen som helhet med informasjon om hjelpetilbud, faktaopplysninger og råd om psykisk helse. I løpet av kampanjeperioden hadde nettstedet over 80.000 besøkende⁷. I tillegg ble det gitt bistand til utvikling av nettsider om psykisk helsearbeid i samtlige av landets kommuner. Temaet for verdensdagen 2008 var at: "Livet går opp og ned", og satte også fokus på at det å ha psykiske problemer er normalt⁸. Målsetningen var å skape mer åpenhet omkring psykisk helse. Det ble i den forbindelse utarbeidet foredragsmateriell og arrangert ca. 20 mobiliseringskonferanser i regi av Mental Helse med over 2000 deltakere over hele landet.

Grunnen til at det ble fokusert spesielt på menn i denne kampanjen var at det i flere tidligere undersøkelser (inkludert forløperne til denne) skal ha blitt avdekket at menn er mindre åpne enn kvinner og i mindre grad søker hjelp for problemene sine⁹.

http://helsedirektoratet.no/psykisk/kampanjer/befolkningskampanjer/resultater_ungdom_og_psykisk_helse_95234

⁷ Helsedirektoratets hjemmeside: *Resultater voksne 2008*. Hentet 06.12.2011 fra: http://www.helsedirektoratet.no/psykisk_helse_tjenesten/kampanjer/befolkningsskampanjer/resultater_voksne_2008_474434

⁸ Mental Helses hjemmeside: *Mental Helse bidro ved lanseringen av befolkningskampanjen*. Hentet 02.01.2012 fra:

<http://www.mentalhelse.no/nyheter/arkiv/2008/mental-helse-bidro-ved-lansering-av-befolkningskampanjen>

⁹ Helsedirektoratets hjemmeside: *Voksne og menn 2008*: Hentet 05.12.2011 fra: http://www.helsedirektoratet.no/portal/page?_pageid=134,67665&_dad=porta

Det ble også for denne kampanjen utført undersøkelser i forkant og etterkant av informasjonsarbeidet. Resultatene fra disse kunne ikke påvise signifikante endringer i folks holdninger før og etter kampanjen (TNS Gallup 2008).

Informasjonstiltak i etterkant av Opptrappingsplanen

Kampanjen ”Et åpent sinn” ble videreført i 2009. Målsetningen var å øke befolkningens kunnskap om psykisk helse, psykiske lidelser, hjelpetilbud og rettigheter (Helse- og omsorgsdepartementet 2009–2010). Helsedirektoratet gjennomførte én kampanje rettet mot ungdom (15-25 år) og deres foreldre og én kampanje rettet mot voksne, da med spesielt fokus på menn i alderen 25-55 år. Målinger som ble gjennomført før og etter kampanjene viste blant annet at flere hadde blitt mer oppmerksomme på egen og venners psykiske helse. Av ungdomsmålgruppen oppgav hele 90 pst. at de hadde fått med seg kampanjen. Verdensdagen var også i 2009 en viktig markering i arbeidet med å øke åpenheten om psykisk helse og psykiske problemer. Temaet var livets overgangsfaser og dagen ble gjennomført med 625 ulike markeringer (Helse- og omsorgsdepartementet 2010-2011).

Informasjonstiltak rettet mot arbeidslivet

Myndighetene utarbeidet en nasjonal strategiplan fra 2007-2012 som skulle videreføre den arbeidsrettede innsatsen i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Den skulle også støtte opp under arbeid- og velferdsforvaltningens innsats for et mer inkluderende arbeidsliv (Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet 2007-2012). Høsten 2010 gjennomførte Helsedirektoratet sammen med Arbeids- og velferdsdirektoratet en kampanje om arbeid og psykisk helse rettet mot arbeidsgivere, tillitsvalgte og arbeidstakere. Verdensdagen 2010 støttet opp om dette temaet. Formålet var å skape økt inkludering og åpenhet om psykisk helse på arbeidsplassen, samt å vise betydningen arbeid har for den psykiske helsen (Helse- og omsorgsdepartementet 2011-2012).

Fjorårets tema for Verdensdagen var ”Unge på vei - utdanning, arbeid og psykisk helse”. Målsetningen var å løfte frem hvordan

l&_schema=PORTAL&navigation1_parentItemId=996&_piref134_76551_134_67665_67665.artSectionId=347&_piref134_76551_134_67665_67665.articleId=264554

man i større grad kan inkludere unge mennesker med psykiske problemer i arbeidslivet, samt å fremme kunnskapen om hjelpeapparatets tilbud¹⁰. Det ble registrert over 540 ulike arrangementer på selve dagen, og over 800 medieoppslag om temaet i perioden 1. september til 1. november¹¹.

2.6 Hvilke endringer i åpenhet og holdninger kan forventes?

Som en oppsummering kan vi si at informasjonsarbeidet etter 2007 har vært kjennetegnet av:

- Fokus på at psykiske problemer er vanlig og dermed skape mer åpenhet omkring psykisk helse
- Fokus på hvilke faktorer som kan styrke folks psykiske helse.
- Fokus på offentlig tjenestetilbud for blant annet å synliggjøre at det finnes hjelp å få.

Informasjonen har i denne perioden vært rettet mot befolkningen som helhet i form av store holdningskampanjer. Disse har igjen rettet seg spesielt mot gruppene:

- Voksne og menn
- Unge
- Arbeidsliv

Forventningene til endringer i holdninger fra 2007 til 2012 springer dels ut av fokuset for informasjonsarbeidet i perioden før vår undersøkelse, og dels ut fra effekten den generelle informasjonsstrategien fra Opptappingsplanen som helhet kan ha hatt på befolkningen. Mer spesifikt forventer vi derfor:

- Mindre forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder åpenhet og engasjement.
- Økt åpenhet blant unge.

¹⁰Helsenorge.no: *Verdensdagen for psykisk helse*. Hentet 03.01.2012 fra: <http://helsenorge.no/Helseogsunnhet/Sider/Verdensdagen-for-psykisk-helse-2011.aspx>

¹¹Verdensdagen.no: *Verdensdagen 2011*. Hentet 03.01.2012 fra: <http://www.verdensdagen.no/arkiv/verdensdagen-2011>

- At folk i større grad tror at det finnes hjelp å få for psykiske problemer, og at hjelp nytter.
- At folk i større grad er engasjert i forhold knyttet til psykisk helse.
- Generelt økt åpenhet og mindre stigmatiserende holdninger i befolkningen som helhet.

Selv om punktene skissert over vil være rimelige forventninger ut fra innholdet i informasjonsarbeidet, vil det samtidig være grunn til å tro at endringene i befolkningens holdninger ikke vil være dramatiske. Holdninger er dyptsittende og endres sjelden raskt. Spesielt temaer som er tabubelagte vil det gjerne ta lengre tid å forandre. Dessuten vil det være vanskelig å forme holdninger ved hjelp av informasjonskampanjer fordi disse ikke er alene om å påvirke folks holdninger. Menings- og atferdsforming reflekteres ikke i et vakuum av kampanjer, men i samfunnet som helhet (Weiss og Tschirhart 1994). Dette gjelder særlig når undersøkelsen ikke kommer umiddelbart etter en spesifikk kampanje. Folk utsettes for en lang rekke inntrykk, og faktorer som medieoppslag knyttet til dramatiske episoder vedrørende psykisk sykdom kan fullstendig overskygge informasjon fra helsemyndighetene og virke sterkt inn på folks oppfatninger av psykisk syke. Vi kan i denne runden for eksempel ikke se bort fra at hendelsene 22. juli og diagnostiseringen av A. Behring Breivik kan influere folks holdninger.

I undersøkelsen måler vi holdningene i befolkningen generelt. Flere av kampanjene er spesielt rettet mot utvalgte målgrupper. Selv om målgruppene selvfølgelig inngår som en del av befolkningen, er det sannsynlig at en befolkningsundersøkelse ikke gir et fullstendig bilde av hvilken innvirkning informasjonskampanjene har hatt for disse. Dette er muligens særlig relevant i forhold til å måle grad av åpenhet blant unge, i og med at det kun er respondenter over 18 år som inkluderes i studien.

Et annet forbehold som bør nevnes er knyttet til innholdet i selve spørreundersøkelsen. Et av målene med informasjonsarbeidet knyttet til Opptrappingsplanen var å bedre folks kunnskaper om psykisk helse og psykisk sykdom. Økt kunnskap skulle føre til endring i holdninger og dermed endrede handlinger (Sosial- og helsedirektoratet 2003b). De to forrige undersøkelsene inkluderte spørsmål om folks kunnskap til temaet. Kartleggingen gjennomført

i 2012 er av mindre skala enn de to foregående. Vi har derfor valgt å ekskludere spørsmålene som omhandler folks kunnskap om psykisk helse og psykisk sykdom og fokusert på engasjement, åpenhet og holdninger.

For å sikre sammenlignbarhet med de tidligere undersøkelsene har vi valgt å benytte utformingen av spørsmålene fra 2002 og 2007.

Slik vil vi kunne studere endringer i holdninger over tid.

Utfordringen med denne metoden er at spørsmålene ikke kan justeres og dermed tilpasses direktoratets satsning i den siste delen av Opptrappingsplanen. Det betyr igjen at for eksempel den sterke vektleggingen de senere årene på psykisk *helse* fremfor *sykdom og lidelser* ikke fanges opp i tilstrekkelig grad i denne undersøkelsen.

3 Datamateriale og metode

3.1 Innledning

I dette kapitlet beskrives datatilfanget og metodebruken i forliggende undersøkelse. For å sikre sammenlignbarheten med datamaterialet fra 2002 og 2007, følger datainnsamlingen i stor grad samme opplegg som ved de to foregående undersøkelsene (Sverdrup og Bratt 2003; Myrvold 2008). Et hovedformål med studien er å avdekke eventuelle endringer som har forekommet etter at Opptrappingsplanen ble avsluttet, og om disse endringene er i tråd med helsemyndighetenes informasjonsstrategi.

Som en del av den metodiske tilnærmingen følger det i dette kapitlet en beskrivelse av enkelte utfordringer ved å benytte statistiske analyser for å måle menneskers holdninger. Som i forrige rapport vil vi se nærmere på respondenters tendens til å si seg enig i påstander, noe som ofte blir kalt ”enighetsbias” eller ”ja-siing”. Vi gir en beskrivelse av hvordan vi konstruerer indekser for å måle folks holdninger og diskuterer til slutt utfordringer knyttet til å studere holdningsendringer i forhold til Opptrappingsplanen.

3.2 Datamaterialet: survey i tre omganger

Studien er bygget over tre runder med surveydata. Den første runden ble gjennomført for NIBR av Norsk statistikk i mars 2002, den andre og tredje av TNS Gallup, henholdsvis i juni 2007 og januar 2012.

Undersøkelsene ble gjennomført som telefonintervjuer. Spørreskjemaet består av strukturerte spørsmål med faste svaralternativer, men med mulighet for å gi utfyllende kommentarer på enkelte spørsmål. I forbindelse med utarbeidelsen av spørreskjemaet fra 2002 ble det gjennomført samtaler med flere informasjons-

formidlere som står bak det offentlige informasjonsstrategi (Sverdrup og Bratt 2003: 36). Revisjonen av skjemaet i 2007 skjedde etter innspill fra blant annet informasjonsansvarlig for Opptrappingsplanen i Helsedirektoratet (Myrvold 2008). Beregnet intervjuetid for de to foregående undersøkelsene var på ca. 20 minutter. Problemstillingene her har vært å studere utviklingen i befolkningens kunnskaper, holdninger, åpenhet og engasjement. Fordi dette prosjektet er av mindre skala en de to foregående har vi begrenset omfanget av spørreskjema. Med bakgrunn i resultatene fra forrige undersøkelse og behovet for å kutte ned antall spørsmål har vi valgt å fokusere på endring i folks holdninger, engasjement og åpenhet. Beregnet intervjuetid ligger derfor på ca. 10 minutter.

Om skjevheter i utvalget

1206 respondenter inngår i denne undersøkelsen. For undersøkelser av denne typen er det vanlig at utvalget har visse skjevheter¹². Det vil for eksempel ofte være en overrepresentasjon av kvinner og høyt utdannede. I undersøkelsen fra 2012 hadde kvinner en representasjon på 59 prosent (se vedlegg 1 for oversikt over kjennetegn ved respondentene). For å ta høyde for slike skjevheter gjennomføres alle analyser i rapporten kontrollert for samtlige uavhengige variabler.

På grunn av ressursknappheten i dette prosjektet har vi måttet kutte kraftig i antall respondenter. I de forrige undersøkelsene var utvalgene på ca. 2000 respondenter mot ca. 1200 i denne runden. Dette har først og fremst betydning når det gjelder muligheten for å fremskaffe signifikante resultater. Dette er spesielt en utfordring når det kommer til å forklare variasjon. Når vi deler datamaterialet inn i undergrupper i tråd med forklaringsvariablene gir det relativt få personer i hver kategori, som igjen fører til at mulighetene for å generalisere resultatene svekkes. Vi vil i denne undersøkelsen derfor ikke kunne komme med like klare resultater for å forklare variasjon i folks holdninger, som i de forrige undersøkelsene.

¹² Undersøkelsene gjennomføres av meningsmålingsinstitutter som ringer opp tilfeldig utvalgte personer inntil de oppnår det fastsatte antall intervjuer. Det eksisterer derfor ikke noe univers, og det beregnes heller ikke noen frafallsprosent for undersøkelsen.

Om tendensen til å være enig

Et annet problem med intervjuundersøkelser er at en del respondenter kan ha en tendens til å svare mer positivt enn det som er deres "egentlige" holdninger. Årsaken til dette kan ligge i at folk ønsker å gi et godt inntrykk av seg selv, og virke velvillig overfor intervjueren, eller at sosiale normer tilsier en positiv holdning til intervjusituasjonen. Såkalt "ja-siing" kan gi utslag i at respondentene sier seg mer enige i en gitt påstand enn vedkommende faktisk er. Mennesker som er med i spørreundersøkelser har generelt en tendens til å si seg enig i utsagn, uavhengig av utsagnets innhold. Er utsagnet formulert negativt, fremstår folk derfor gjerne som mer negative enn de egentlig er. Det samme gjelder for positivt formulerte utsagn: Her vil folk gjerne fremstå i overkant positive. Tidligere studier viser at man ved å formulere samme utsagn både positivt og negativt kan avdekke i hvilken grad respondenten er en "ja-sier". Denne tendensen korrelerer vanligvis med enkelte trekk ved respondentene. For eksempel er det tidligere avdekket at et slikt "enighetsbias" korrelerer med utdanning, hvor folk med lav utdanning tenderer til å være mer enig enn folk med høy utdanning (Hellevik 2002). Analyser som preges av dette problemet kan derfor generere misvisende resultater mellom kjennetegn ved respondenten og holdninger.

Datamaterialet og analysene fra 2002 preges av dette. I rapporten fra 2003 konstruerer Sverdrup og Bratt en indeks for holdninger til psykisk syke og psykisk sykdom. Indeksen måler en underliggende tendens til å stigmatisere mennesker med psykiske problemer og lidelser. Problemet med denne indeksen er at samtlige påstander er formuler negativt, uten mulighet for å kontrollere for tendensen til å si seg enig. Dette har to konsekvenser. For det første fremstår folk som mer negative enn det trolig er grunnlag for. For det andre viser de multivariate analysene gale estimater når det gjelder betydningen av individuelle kjennetegn.

I undersøkelsen fra 2007 ble det foretatt endringer i spørreskjema for å gjøre det mulig å kontrollere for tendensen til å si seg enig. Seks av påstandene i spørreundersøkelsen ble formulert både positivt og negativt. Disse variablene dannet så en additiv indeks som ble benyttet som kontrollvariabel i de multivariate analysene. Siden 2002-dataene ikke inkluderte denne variabelen, var det ikke mulig å bringe denne inn i analyser av endringer fra 2002 til 2007.

Undersøkelsen fra 2012 er konstruert på samme måte som i 2007 og gir derfor grunnlag for analyser som tar høyde for ”ja-siing” også når vi undersøker endringer mellom årene 2012 og 2007. Resultatene vil av denne grunn ikke være direkte sammenlignbare med dataene fra 2002. Sistnevnte datamateriale inngår derfor ikke i analysene. For nærmere beskrivelse av svarfordelingen for alle tre undersøkelsene, se Vedlegg 1, 2 og 3.

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

1. Folk med psykiske problemer er en belastning å være sammen med
2. Folk med psykiske problemer kan være like hyggelige å være sammen med som andre folk
3. Det er flaut å ha psykiske problemer
4. Det er ikke flaut å ha psykiske problemer
5. Folk med psykiske lidelser blir aldri helt friske igjen
6. Folk med psykiske lidelser kan bli helt friske igjen
7. Folk som har vært psykisk syke kan aldri bli helt lykkelige igjen
8. Folk som er psykisk syke er ofte farlige for omgivelsene
9. Folk som er psykisk syke er sjelden farlige for omgivelsene
10. Folk som har vært psykisk syke kan bli helt lykkelige igjen
11. Man kan ikke selv gjøre noe med den psykiske helsen, for den er skjebnestyrt
12. Man kan selv gjøre mye for å styrke sin egen psykiske helse

Dataene fra 2007 viste at tendensen til å si seg enig korrelerte med med alder, inntekt og utdanning. Tabell 3.1 viser korrelasjoner mellom enighetsbias og trekk ved respondentene:

Tabell 3.1 *Korrelasjon mellom tendensen til å si seg enig (Enighetsbias) og trekk ved respondenten. 2012*

	Kjønn	Alder	Utdanning	Inntekt
Enighetsbias	,07*	,15**	-,13**	-,10**
N=	1072	1072	1063	978

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

Som i forrige undersøkelse (Myrvold 2008), ser vi også nå at tendensen til å si seg enig korrelerer negativt med inntekt og utdanning. Det vil si at folk med høy utdanning og høy inntekt tenderer til i mindre grad å si seg enig i påstandene, uansett retning på innholdet, enn folk med lavere utdanning og inntekt. Den korrelerer også positivt med alder slik som sist, som vil si at eldre mennesker tenderer til å si seg mer enig enn yngre. I 2012-dataene finner vi også en positiv korrelasjon mellom enighetsbiaset og kjønn som her vil si at kvinner tenderer til å være litt mer enige enn menn. Analysen viser med andre ord at det er viktig å kontrollere for enighetsbiaset for å få et fullgodt bilde av hvordan holdningene til psykisk syke fordeler seg i ulike deler av befolkningen.

3.3 Indekskonstruksjon

Holdninger er et abstrakt fenomen som må konkretiseres for å gjøres målbart. I vår operasjonalisering benyttes ulike påstander for å konstruere additive indekser som skal måle underliggende holdninger til fenomenet vi studerer. Hovedmålet med denne studien er å studere utvikling i befolkningens holdninger over tid. Vi vil derfor benytte analyser som tegner et bilde og forklarer eventuelle endringer fra 2007 til 2012. For å sikre sammenlignbarhet konstrueres indeksene med de samme variablene som i 2007-undersøkelsen.

Den første indeksen som benyttes er et mål på folks **tendenser til stigmatiserende holdninger til psykisk syke** og består av følgende seks påstander:

1. Folk som har vært psykisk syke vil aldri være i stand til å arbeide igjen
2. Folk med psykiske lidelser blir aldri helt friske igjen
3. Folk som er psykisk syke er ofte farlige for omgivelsene

4. Det er ikke mye som kan gjøres for en person som får en psykisk lidelse
5. Folk som får psykiske lidelser har liten viljestyrke
6. Hvis man får psykiske problemer har man mislyktes i livet

Dess høyere skåre respondenter har, dess mer stigmatiserende holdninger måler indeksen. For å teste stringensen for de valgte variablene har vi beregnet Cronbachs Alfa. I dette tilfellet ligger Alfa på 0,71 for 2007-dataene og 0,72 for 2012-dataene, noe som må sies å være tilfredsstillende (Berglund 2004). Vi har i tillegg utført en reliabilitetsanalyse på indeksen ved å fjerne en og en av påstandene som inngår. Cronbachs Alfa øker ikke ved fjerning av noen av påstandene, noe som viser at indeksen er svært stabil.

Vi har som i 2007-undersøkelsen også valgt å konstruere en indeks som måler om folk ser ut til å ha en optimistisk, men kanskje litt "lettvint" holdning til hva som skal til for å bli bedre av psykiske problemer eller hva som skal til for å forebygge sykdom. Indeksen for disse **enkle, optimistiske holdningene** er konstruert ved hjelp av følgende variabler:

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

Høy skåre måler mer optimistiske holdninger enn lav skåre. Cronbach Alfa for denne indeksen er 0,62, både for dataene samlet inn i 2007 og 2012. Reliabilitetsanalysen viser stor stabilitet også for denne indeksen. For 2012-dataene er det bare fjerning av påstanden *"Den beste måten å opprettholde god psykisk helse er å unngå vonde tanker"* gir en liten økning i Alfa, noe som indikerer at denne påstanden skiller seg noe fra de andre påstandene i indeksen.

3.4 Uavhengige variabler

De uavhengige variablene som benyttes for å forklare variasjon i befolkningens engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk syke og psykisk helse er:

Kjønn

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

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

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

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

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

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

Disse blir enten benyttet som forklaringsvariabler og/eller kontrollvariabler i analysene som fremstilles i rapporten.

3.5 Er det mulig å spore virkninger av informasjonstiltak?

Hensikten med denne studien er todelt. For det første vil vi forsøke å kartlegge eventuelle endringer i folks holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom over tid. For det andre vil vi prøve å avdekke hvorvidt Helsedirektoratets befolkningsrettede informasjonskampanjer i perioden etter forrige undersøkelse kan spores i endrede holdninger blant befolkningen. Rapporten er ikke en direkte evaluering av informasjonstiltakene. En slik evaluering måtte ha vært rettet inn mot de enkelte kampanjene, med spørsmål skreddersydd for å fange opp effekter av disse. Vår undersøkelse måler (endringer i) folks holdninger mer generelt. For å sikre sammenlignbarhet over tid er spørsmålene i denne undersøkelsen identiske med de som har blitt gjennomført tidligere. Dette har gjort at vi ikke har hatt mulighet til å tilpasse spørsmålene bedre i forhold til informasjonsarbeidet i siste del av Opptrappingsplanen.

En annen utfordring som bidrar til at denne studien ikke kan sees som en direkte evaluering av informasjonsarbeidet er at slike tiltak ikke er alene om å påvirke folks holdninger. Dette gjelder særlig når denne undersøkelsen utføres hele fire år etter Opptrappingsplanens avslutning. Andre faktorer enn selve informasjonsarbeidet kan spille inn. Tjenestetilbudet i seg selv, og markedsføringen av det kan være med på å påvirke folks holdninger. Det kan også være vanskelig å skille mellom eventuelle effekter fra forebyggende tiltak og informasjon, i og med at disse virkemidlene ofte kombineres. I tillegg er den generelle samfunnsutviklingen en viktig faktor som over tid kan bidra til endringer i holdninger, og som derfor gjør det vanskelig å skille ut enkelttiltak som påvirkningsfaktorer (Weiss og Tschirhart 1994). Det vil derfor være viktig å se undersøkelsen i lys av hvordan samfunnet ser ut på undersøkelsestidspunktet.

Dramatiske hendelser knyttet til psykisk sykdom er faktorer som kan virke inn på folks oppfatning av psykisk sykdom. Hvis slike saker kommer opp og reflekteres i mediebildet rett før en spørreundersøkelse, er det mulig at resultatene bærer preg av dette. Denne undersøkelsen var i utgangspunktet planlagt gjennomført i desember 2011. Dette tidspunktet ble sammenfallende med diagnostiseringen av tiltalte etter 22. juliterroren, som førte med seg store oppslag og debatt i media. Vi besluttet derfor å flytte undersøkelsen til januar 2012 for å få en viss avstand til dette. Grunnet terrorhendelsen har naturlig nok det offentlige rom i hele høst båret preg av diskusjoner rundt psykiske problemer og hvorvidt psykisk syke personer er farlige for omgivelsene. Også i etterkant av diagnostiseringen har fokuset på dette vedvart. Vi kan derfor ikke utelukke at hendelsen har hatt effekt på folks holdninger til psykisk sykdom.

Til slutt vil det være viktig å påpeke at holdninger tradisjonelt har blitt regnet som relativt stabile trekk ved mennesker, som endres sakte og over tid (Rosenberg og Hovland 1960). Undersøkelsene har blitt utført med et relativt kort tidsintervall, noe som gjør at vi ikke bør forvente radikale endringer. Det kan derfor være grunn til å forvente stabilitet i folks holdninger mellom årene 2007 og 2012.

Selv om vi må være forsiktige med å trekke bastante slutninger om effektene av Helsedirektoratets informasjonstiltak på innbyggernes holdninger, vil vi undersøke om hovedsatsningene i arbeidet kan spores i holdningsmessige endringer fra 2007 til 2012.

4 Engasjement og åpenhet

4.1 Innledning

I dette kapitlet vil vi først analysere hvorvidt det har forekommet endringer i folks engasjement i forhold til psykisk helse i perioden 2007 til 2012. Deretter tar vi opp spørsmålet om det har skjedd endringer i folks ønske om åpenhet i forhold til psykiske problemer.

I tillegg vil vi studere hvordan dette kan påvirkes av trekk ved den enkelte. Vi gjennomfører multivariate analyser for å se hvilke grupper av mennesker som er engasjert og evt. *ikke* er engasjert i forhold til psykisk helse, samt hvilke grupper som ønsker åpenhet omkring psykiske problemer og hvilke som ikke gjør det.

Undersøkelsene som ble gjennomført i forkant av 2012-undersøkelsen viste at engasjementet i størst grad var knyttet til egen psykisk helse og helsen til dem som står en nær. Kvinner var mer engasjerte enn menn. Folk som arbeider i helse- og velferdsyrker var mer engasjerte enn folk i andre yrker og de som kjenner noen som har eller har hatt psykiske problemer var mer engasjert enn de som ikke kjenner noen.

Når det gjaldt åpenhet viste undersøkelsene at denne varierer med graden av nærhet til dem man er åpen overfor. Når graden av nærhet ble redusert, ble også viljen til åpenhet mindre. Uavhengig av hvem man ønsket å være åpen overfor viste resultatene en klar tendens til at kvinner ønsket å være mer åpne enn menn.

Når vi tar utgangspunkt i siste del av Opptrappingsplanen og informasjonstiltak gjennomført i etterkant av den, er det rimelig å forvente visse endringer i positiv retning når det gjelder både engasjement og åpenhet. De befolkningsrettede kampanjene har satt fokus på å skape større engasjement og åpenhet både blant

utvalgte grupper og i befolkningen som helhet. Det vil imidlertid på grunn av det relativt korte tidsintervallet mellom undersøkelsene også være grunnlag for å anta at endringene ikke vil være dramatiske.

En av hovedmålsetningene med undersøkelsen er å kartlegge endringer i folks holdninger fra 2007 og 2012. Som det fremkommer av analysene i metodekapitlet (tabell 3.1) vil det være nødvendig å ta høyde for den generelle tendensen til å svare ja på spørreundersøkelser. Siden metoden som ble benyttet i 2002 ikke gir mulighet til å kontrollere for tendensen til å si seg enig (enighetsbias) er ikke disse tallene direkte sammenlignbare med resultatene fra 2007 og 2012. For nærmere informasjon om svarfordelingen i 2002, se Vedlegg 1.

4.2 Engasjement i forhold til psykisk helse.

Både informasjonsarbeidet knyttet til Opptrappingsplanen og arbeidet utført i etterkant av denne har hatt som målsetning blant annet å vise at psykiske problemer er noe som angår alle – man vil mest sannsynlig oppleve psykiske problemer i løpet av livet, enten det er hos familie, venner, kolleger eller hos seg selv. Mye av fokuset i kampanjene har blitt rettet mot voksne og spesielt menn – der budskapet har vært at det er mye vi selv kan gjøre for å styrke egen og andres psykiske helse. Vi forventer derfor både en økning i engasjement blant menn spesielt – og i befolkningen generelt.

I undersøkelsene har vi spurt respondentene om deres engasjement i forhold til psykisk helse. Spørsmålene retter seg mot engasjement knyttet til psykisk helse i befolkningen generelt, blant familie og venner, og for eget vedkommende.

Tabell 4.1 *Engasjement i forhold til psykisk helse. Grad av engasjement. Jo høyere skåre, desto større engasjement. ¹ Estimated marginal means. ² N₂₀₀₇=1998, N₂₀₁₂=1206*

	2007	2012	Endring 2007-2012
<i>Engasjement i forhold til psykisk helse i befolkningen generelt</i>	3,7	3,9	0,3*
<i>Engasjement i forhold til psykisk helse for folk som står deg nær</i>	4,8	4,9	0,1
<i>Engasjement i forhold til psykisk helse for eget vedkommende</i>	4,4	4,2	-0,2*

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

² I analysene er det kontrollert for variablene: kjønn, alder, utdanning, inntekt, yrke, region, om en kjenner en person med psykiske problemer, samt tendensen til å si seg enig i påstander (Enigbias)

*Signifikant på 5%-nivå

Engasjementet er også i 2012 minst overfor den psykiske helsen i befolkningen (se Tabell V.1 for nærmere beskrivelse av svarfordelingen). Vi ser imidlertid her en viss økning fra sist undersøkelse når det gjelder engasjement i forhold til befolkningen generelt. Folk har også nå størst engasjement for mennesker som står dem nær, og er noe mindre engasjerte i forhold til sin egen psykiske helse. Det har skjedd en liten nedgang i folks engasjement overfor eget vedkommende i perioden.

Årsaken til dette kan være flere. Det kan for eksempel tenkes at informasjonskampanjene har vekket den enkeltes engasjement overfor psykisk helse i samfunnet som helhet, men at denne økningen har skjedd på bekostning av engasjementet overfor eget vedkommende. Uansett er forskjellene relativt små, noe som viser engasjementet i forhold til psykisk helse som en ganske stabil tilstand i befolkningen.

Hva kan forklare engasjement?

Vi har gjennomført multivariate analyser for å undersøke om kjennetegn ved den enkelte respondent kan forklare folks engasjement i forhold til psykisk helse (Tabell 4.2). Tabellen viser analyser av datasettet fra 2012 (for sammenligning av resultatene fra 2007 se Tabell V.31).

Tabell 4.2 *Hva kan forklare engasjement i forhold til psykisk helse? 2012. Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. Jo høyere skåre, desto større engasjement. ¹ Estimated marginal means²*

<i>Engasjement i forhold til</i>	<i>befolkningen</i>	<i>folk som står nær</i>	<i>eget vedkommende</i>
<i>Kvinne³</i>	3,8	4,9	4,2
Mann	3,4	4,5	3,9
<i>Alder 18-29 år</i>	3,4	4,8	4,2
Alder 30-44 år	3,6	4,8	4,5
Alder 45-59 år	3,6	4,6	3,9
Alder 60 år +	3,9	4,6	3,7
<i>Grunnskole</i>	3,5	5,0	4,0
Videregående utd.	3,5	4,7	4,2
Lavere universitetsutd.	3,8	4,7	4,2
Høyere universitetsutd.	3,6	4,3	3,8
<i>Inntekt < 300 000</i>	3,6	4,7	4,3
Inntekt 300 000-600 000	3,8	4,8	4,2
Inntekt >600 000	3,4	4,6	3,7
<i>Helse-/ velferdstjenester</i>	4,0	5,0	4,6
Håndv/transp/produksj	3,6	4,6	4,0
Kontor/konsulent	3,2	4,4	3,9
Serviceyrker	3,5	4,6	3,9
Andre yrker	3,8	4,9	3,9
<i>Oslo</i>	3,8	5,0	4,4
Nord-Norge	3,6	4,5	4,2
Midt-Norge	3,5	4,6	3,8
Vestlandet	3,7	4,8	4,1
Sørøst-Norge	3,3	4,3	3,8
Østlandet	3,6	4,9	4,2
<i>Kjenner en syk</i>	4,1	5,2	4,2
Kjenner ikke en syk	3,2	4,2	3,9
Gjennomsnitt	3,9	5,0	4,2
Standardavvik	1,9	2,0	2,2
N	1193	1186	1172

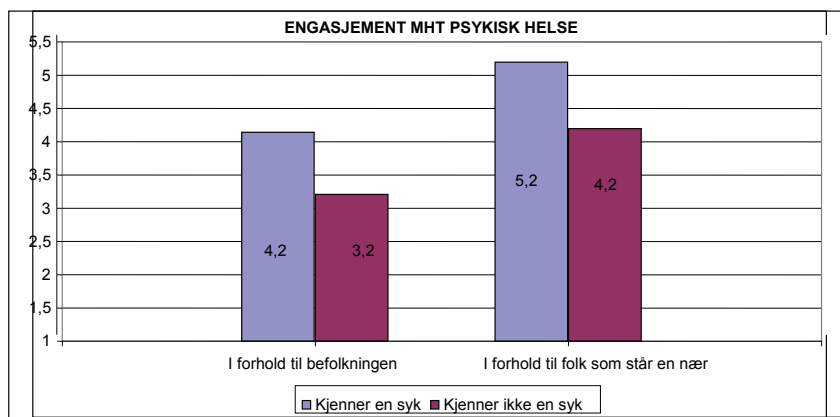
¹ Skåren kan variere fra 1 (I svært liten grad) til 7 (I svært stor grad)

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

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

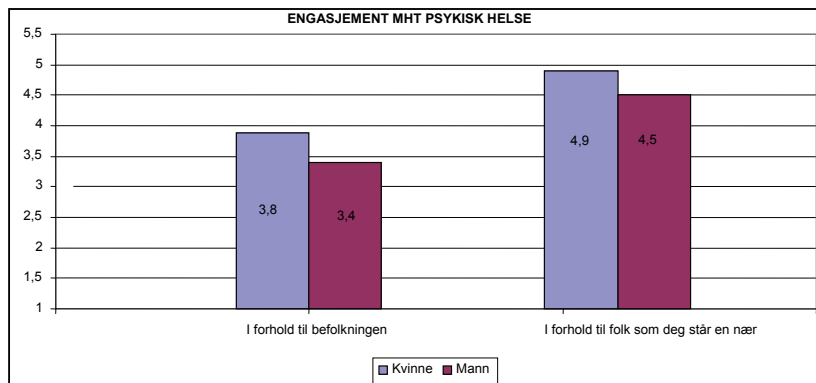
Engasjement viser seg å være relativt jevnt i forhold til ulike grupper av mennesker i befolkningen (Tabell 4.2). Hvorvidt man selv har hatt psykiske problemer eller kjenner noen som har det, har størst effekt på engasjement i forhold psykisk helse og sykdom (se Figur 4.1). Disse er mer engasjert både i forhold til befolkningen generelt og til de som står dem nær enn de som ikke kjenner noen med psykiske problemer.

Figur 4.1 *Engasjement i forhold til psykisk helse, etter om en kjenner en som har vært syk de siste tre årene. Jo høyere skåre, desto større engasjement. 2012.*



I kapittel 2 ble det skissert en forventning om større likhet mellom kjønn når det gjaldt engasjement som følge av økt fokus på psykisk helse hos menn i siste del av Opptappingsplanen. Utviklingen i engasjement blant kvinner og menn viser seg å være stabil mellom årene 2007 og 2012. Som det fremkommer av Tabell V.31 har vi hatt en liten økning i engasjement i forhold til befolkningen generelt både for kvinner og menn. Når det gjelder engasjement i forhold til familie og venner har vi en marginal nedgang blant kvinner og tilsvarende oppgang hos menn og dermed en viss utjevning i engasjement mellom kjønn. Endringene er imidlertid små, og det totale inntrykket er at kvinner fortsatt er noe mer engasjert i forhold til psykisk helse enn menn.

Figur 4.2 *Engasjement i forhold til psykisk helse. Kjønn. Jo høyere skåre, desto større engasjement. 2012.*



Regresjonsanalyser viser at de forholdene vi har inkludert i de multivariate analysene kun forklarer en liten del av den totale variasjonen i folks engasjement (se Tabell V.34).

4.2 Åpenhet om psykiske problemer

Et viktig budskap i siste del av Opptrappingsplanen var at psykiske problemer er normalt. De brede befolkningskampanjene som gikk under betegnelsen "Et åpent sinn.." oppmuntret til økt åpenhet omkring psykisk helse ved blant annet å fokusere på at psykiske problemer er vanlig, og en del av det å leve. De sentrale målgruppene var ungdom og menn spesielt, i tillegg til befolkningen generelt. Som vi skisserte i kapittel 2 forventer vi mindre forskjeller i åpenhet mellom menn og kvinner. Vi forventer også økt åpenhet blant unge.

Vi spurte folk om de ville vært åpen om venners, kollegers eller noen i nær families psykiske sykdom (Tabell 4.3). Som ved tidligere undersøkelse ser vi at viljen til å være åpen øker med nærheten til dem man vil være åpen overfor. Folk er i størst grad åpne overfor familien, mindre åpne overfor venner og i minst grad åpne overfor kolleger. Hele 85 prosent av respondentene sier at de i stor eller svært stor grad vil være åpne overfor familien. Syv av ti sier det samme om åpenhet overfor venner, og rett over halvparten overfor kolleger. Av endringer mellom 2007 og 2012 ser vi at åpenheten overfor kolleger har blitt litt mindre. Dette kommer vi nærmere tilbake til i analysene som forsøker å forklare variasjonen.

Tabell 4.3 *I hvilken grad vil du være åpen om egen eller andres psykiske problemer? Jo høyere skåre, desto større vilje til åpenhet.¹ Estimated marginal means.² N₂₀₀₇=1998, N₂₀₁₂=1206*

	2007	2012	Endring 2007-2012
<i>Åpenhet om psykiske problemer overfor familien</i>	6,0	6,0	0
<i>Åpenhet om psykiske problemer overfor venner</i>	5,5	5,5	0,1
<i>Åpenhet om psykiske problemer overfor kolleger</i>	4,9	4,6	-0,2**

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

² I analysene er det kontrollert for variablene: kjønn, alder, utdanning, inntekt, yrke, region, om en kjenner en person med psykiske problemer, samt tendensen til å si seg enig i påstander (Enigbias)

*Signifikant på 5%-nivå; **Signifikant på 10%-nivå

Hva kan forklare åpenhet?

I det følgende studerer vi hvilke trekk ved individene som øker sjansen for åpenhet rundt psykisk helse. Hvis vi retter blikket mot Opptrappingsplanens informasjonsarbeid, viste studier gjennomført i forkant og etterkant av kampanjene rettet mot ungdom blant annet en økning i oppfattelsen av at psykiske problemer er vanlig og at de i større grad ville informert andre om det dersom en venn hadde fått problemer (TNS Gallup 2008). Selv om det er en mulighet for at effekter fra slike tiltak kan være flyktige, ville det i utgangspunktet være rimelig å forvente en økning i åpenhet blant unge.

Tabell 4.4 viser resultatene fra analysene av datamaterialet samlet inn i 2012. Resultatene er interessante og til dels overraskende. Blant de yngste respondentene ser vi mindre åpenhet overfor familie og kollegaer på jobben/skolen. Unge oppgir i 2012 å være mindre åpne enn de var i analysene fra 2007. Effekter fra kampanjene kan derfor ikke spores i økt åpenhet blant de unge slik det måles her (se Tabell V.32). En grunn til dette kan ligge i at tiltakene i stor grad har blitt rettet mot unge i skolealder, noe som gjør at en del av denne gruppen utelates når respondentenes minstealder er 18 år. En annen kan være at åpenhet generelt er noe som øker med alderen. Når det gjelder de resterende aldersgruppene ser vi at grad av åpenhet i stor grad øker med alder.

En mulig forklaring på dette kan ligge i at man med alder blir mer trygg på seg selv og sine omgivelser, og at man dermed kan håndtere åpenhet om problematiske sider med livet.

Hvor folk bor viser seg å ha effekt på hvor åpne de er i forhold til kolleger. De som bor i Oslo er mindre åpne enn de som bor andre steder i landet. Det er vanskelig å peke på noen eksakt grunn til dette, annet enn at vi kan spekulere i om hvorvidt det finnes trekk ved arbeidsmarkedet i store byer som ikke inviterer til samme grad av åpenhet.

Variablene vi har inkludert i analysen forklarer imidlertid kun en liten del av den totale variasjonen i befolkningens vilje til åpenhet om psykisk sykdom.

Tabell 4.4 *Hva kan forklare åpenhet? 2012. Jo høyere skåre, jo større vilje til åpenhet. ² Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. Estimated marginal means*

	<i>Åpenhet i fht familien</i>	<i>Åpenhet i fht venner</i>	<i>Åpenhet i fht kolleger</i>
Kvinne (ref.) ³	5,6	5,3	4,5
Mann	5,5	5,0	4,3
Alder 18-29 år (ref.)	4,9	4,7	3,2
Alder 30-44 år	5,7	5,2	4,4
Alder 45-59 år	5,9	5,5	4,8
Alder 60 år +	5,8	5,5	5,1
Grunnskole (ref.)	5,5	5,3	4,6
Videregående utd.	5,5	5,1	4,4
Lavere universitetsutd.	5,7	5,2	4,4
Høyere universitetsutd.	5,6	5,0	4,1
Inntekt < 300 000 (ref.)	5,3	4,9	4,3
Inntekt 300 000-600 000	5,7	5,3	4,3
Inntekt >600 000	5,7	5,3	4,5
Helse-/velferdstj. (ref.)	5,8	5,4	4,8
Håndv/transp/ produksj	5,4	4,9	4,2
Kontor/konsulent	5,4	5,0	4,2
Serviceyrker	5,5	5,3	4,2
Andre yrker	5,6	5,2	4,6
Oslo (ref.)	5,4	4,8	3,9
Nord-Norge	5,5	5,5	4,6
Midt-Norge	5,7	5,1	4,7
Vestlandet	5,6	5,1	4,4
Sørøst-Norge	5,6	5,2	4,4
Østlandet	5,6	5,2	4,4
Kjenner en syk (ref)	5,6	5,2	4,4
Kjenner ikke en syk	5,5	5,1	4,4
Gjennomsnitt	6,1	5,5	4,6
Standardavvik	1,3	1,5	1,8
N	1197	1192	1161

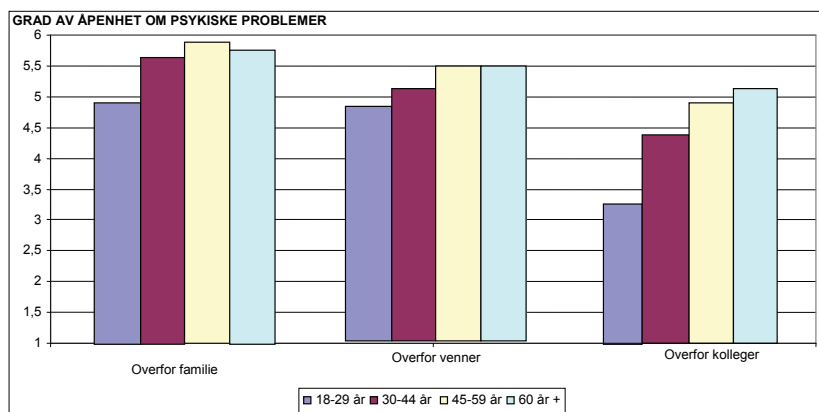
¹ Skåren kan variere fra 1 (I svært liten grad) til 7 (I svært stor grad)

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

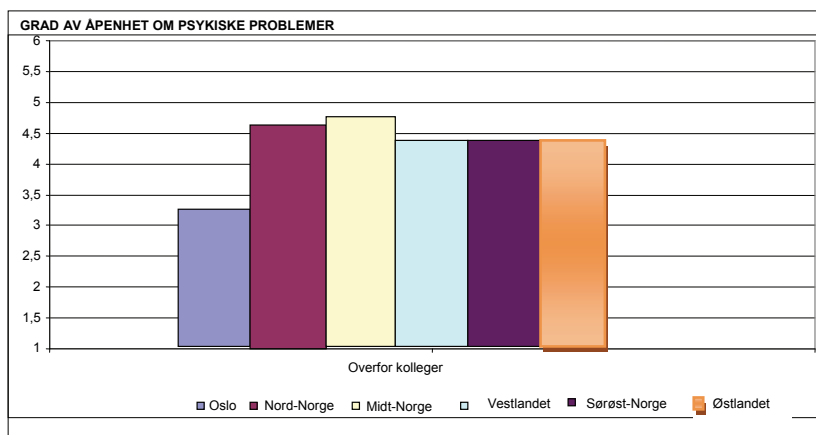
³ For hver gruppe er det valgt en referansekategori som signifikans er beregnet ut fra. Tallene i **Fet skrift** viser at estimert gjennomsnitt for gruppen er signifikant forskjellig fra gjennomsnittet for referanse kategorien på minst 5%-nivå

Figurene 4.3 og 4.4 illustrerer vilje til åpenhet om psykiske problemer, etter henholdsvis alder og bostedsregion. Figurene er basert på estimatene fra Tabell 4.4.

Figur 4.3 *Vilje til åpenhet om psykiske problemer, etter alder. Jo høyere skåre, desto større vilje til åpenhet*



Figur 4.4 *Vilje til åpenhet om psykiske problemer, etter yrkessektor. Jo høyere skåre, desto større vilje til åpenhet*



4.3 Oppsummering

Vi har i dette kapitlet undersøkt utviklingen i folks engasjement og åpenhet i forhold til psykisk helse og psykisk sykdom. Avslutningsvis følger en kortfattet oppsummering av hovedkonklusjonene som fremkom av analysene.

Engasjement i forhold til psykisk helse

Engasjementet følger i stor grad det samme mønsteret som undersøkelsen fra 2007 avdekket. Folks engasjement er minst når det gjelder den psykiske helsen i befolkningen generelt. Det sterkeste engasjementet ligger hos mennesker i nære relasjoner, mens engasjementet overfor egen helse er litt lavere. Av endringer kan vi spore en viss økning i folks engasjement overfor psykisk helse i befolkningen generelt, samt en liten nedgang i engasjementet overfor egen psykiske helse.

De multivariate analysene gir ganske like resultater, noe som indikerer små variasjoner i engasjement for de ulike gruppene av respondenter. De klareste effektene gir kjønn og kjennskap til psykisk sykdom. Kvinner er (som i 2007) mer engasjert enn menn. De som kjenner noen med psykiske vansker, eller selv har opplevd dette er mer engasjert enn de som ikke har slike erfaringer.

Alt i alt tyder analysene på stor grad av stabilitet i folks vilje til engasjement når man ser utviklingen over de to tidsrommene.

Åpenhet om psykiske problemer

Analysene fra 2012 viser i likhet med dataene fra 2007 at viljen til å være åpen øker med nærheten til dem man er åpen overfor. Nesten alle sier de vil være åpne overfor familien. Syv av ti vil være åpne overfor venner, og rett over halvparten overfor kolleger.

I analysen fra 2012 viser alder seg som den mest fremtredende forklaringsvariabelen for dette temaet. Unge ønsker mindre åpenhet enn eldre. Dette gjelder både overfor familien, venner og kolleger på skole/jobb. Dette var også tendensen i 2007. Videre viser det seg at folk bosatt i Oslo ønsker mindre åpenhet i forhold til kolleger enn de som bor andre steder i landet.

Vi finner heller ikke noen klar kursendring i engasjement knyttet til psykisk helse i løpet av perioden. Utviklingen som helhet preges av stabilitet.

5 Holdninger til psykisk sykdom og psykisk syke

5.1 Innledning

I dette kapitlet vil vi se nærmere på holdninger overfor mennesker med psykiske problemer. Viktige målsetninger i helsemyndighetenes informasjonsstrategi har handlet om å bryte ned fordommer, opplyse om at hjelp nytter, fokusere på at samfunnet har plass til alle, og at alle fortjener den samme respekt og oppmerksomhet.

Kapitlet er bygget opp slik at vi i første del studerer utviklingen i folks syn på ulike påstander knyttet til psykisk helse og sykdom. For å lette fremstillingen blir disse påstandene gruppert inn i fire kategorier som indikerer:

- Grad av stigmatiserende holdninger til psykiske syke
- Syn på mulighetene for å bli frisk etter psykisk sykdom
- Optimistiske, og relativt ”lettvinte” holdninger til psykisk helse
- Syn på hjelpeapparatets rolle overfor mennesker med psykiske problemer

Det er viktig å påpeke innledningsvis at flere av påstandene kan forstås på ulike måter. Det er derfor viktig ikke å legge for stor vekt på kategoriene.

I neste del forsøker vi å forklare variasjon i de ovennevnte kategoriene ved hjelp av multivariate analyser. Vi ønsker å avdekke hvorvidt og hvordan trekk ved enkeltmennesker kan ha betydning for holdninger til psykisk helse og hvorvidt disse holdningene har endret seg fra forrige undersøkelse ble gjennomført.

5.2 Utvikling i folks holdninger til ulike sider ved psykisk helse

Vi vil i dette avsnittet studere endringer i folks holdninger i undersøkelsene gjennomført i 2007 og 2012. I begge undersøkelsene ble respondentene bedt om å ta stilling til en rekke påstander om psykisk syke og psykisk helse.

Stigmatisering av psykisk syke

Samfunnets syn på psykisk sykdom har gjennom tidene vært preget av flere negativt ladede holdninger. De har historisk sett blitt betraktet som skambelagte og uhelbredelige tilstander (St. meld. nr. 25 1996-97). Et av målene med informasjonsarbeidet i Opptrappingsplanen har vært å likestille psykiske sykdommer med somatiske og bygge ned stigmatiserende holdninger. Det har skjedd et skifte i måten å betrakte psykisk syke på, med fokus på bedring og integrering ved å bygge ned institusjonene og flytte tilbudet tilbake til lokalmiljøet (Rogan 2004; Mandelid 2009). En slik integrering forutsetter mindre stigmatisering. Folk flest må tørre å ta kontakt med de som er syke, og må kunne se dem som likeverdige mennesker.

I Tabell 5.1 har vi bedt folk ta stilling til påstander med ganske klart stigmatiserende innhold. For alle påstandene ligger gjennomsnittsskåren relativt lavt. Respondentene synes med andre ord ikke å være veldig stigmatiserende i sine holdninger til psykisk syke (for detaljerte tabeller, se vedlegg 2).

Resultatene viser at respondentene også i 2012 i liten grad innehar stigmatiserende holdninger overfor mennesker med psykiske problemer. Utviklingen mellom årene viser høy grad av stabilitet, med en liten (men ikke signifikant) nedgang i enighet for nesten alle påstandene.

Etter Behring Breivik ble diagnostisert som paranoid schizofren ble det fryktet at flere personer ville oppfatte psykisk syke som farlige. Ganske umiddelbart etter nyheten ble kjent begynte mennesker med samme diagnose å ta kontakt med organisasjonen Mental Helse fordi de var redde for å bli satt i bås som en fare for

samfunnet.¹³ Dette kan ikke spores i respondentenes holdninger slik de måles i denne undersøkelsen. Analysen avdekker imidlertid at befolkningen i litt sterkere grad sier seg enig i at det er flaut å ha psykiske problemer i 2012 enn de gjorde i 2007. En mulig forklaring på dette kan ligge i at høstens (negative) fokus har ført til at folk i litt større grad opplever det å ha en psykisk sykdom som pinlig overfor omverdenen.

Tabell 5.1 *Respondentenes svar på påstander om psykisk helse og psykisk syke. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden.¹ Estimated marginal means.² N₂₀₀₇=1998, N₂₀₁₂=1206*

	2007	2012	Endring 2007-2012
Påstand 1: <i>Folk med psykiske problemer er en belastning å være sammen med</i>	3,00	2,87	-0,10
Påstand 2: <i>Det er flaut å ha psykiske problemer</i>	2,28	2,43	0,15*
Påstand 3: <i>Folk som er psykisk syke er ofte farlige for omgivelsene</i>	2,59	2,52	-0,07
Påstand 4: <i>Folk som får psykiske lidelser har liten viljestyrke</i>	2,25	2,16	-0,09
Påstand 5: <i>Hvis man får psykiske problemer har man mislyktes i livet</i>	1,70	1,63	-0,07

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

² I analysene er det kontrollert for variablene: kjønn, alder, utdanning, inntekt, yrke, region, om en kjenner en person med psykiske problemer, samt tendensen til å si seg enig i påstander (Enigbias)

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

Synet på mulighetene for å bli frisk

Et annet budskap i informasjonsarbeidet i og etter Opptrappingsplanens virkeperiode har vært at mennesker med psykiske problemer også kan være ressurssterke og at det finnes hjelp å få for psykisk sykdom. I undersøkelsene ble respondentene

¹³ Mental Helses hjemmesider: *Ikke grunnlag for stigmatisering*. Hentet 17.03 fra: <http://www.mentalhelse.no/nyheter/ikke-grunnlag-for-stigmatisering>

bedt om å ta stilling til påstander knyttet til fremtidsutsiktene for folk som har opplevd psykisk sykdom. De fem første påstandene i Tabell 1 er negativt formulert, det vil si at jo mer enig respondenten er i utsagnet, jo mer pessimistisk stiller han/hun seg til muligheten for å bli frisk etter psykisk sykdom. Den siste påstanden er positivt formulert: det å ha gjennomgått psykiske problemer kan på sikt gi livet styrke.

Det første som er verdt å merke seg av resultatene er at respondentene jevnt over stiller seg positive til muligheten for å bli frisk etter psykisk sykdom. Utviklingen viser også høy grad av stabilitet. Sterkest utslag gir de to første påstandene. Befolkningen synes i større grad å være positiv til muligheten for å bli yrkesaktiv igjen etter psykisk sykdom. De mener også i litt større grad at man har mulighet til å påvirke egen psykisk helse. Det gir muligheten til å spekulere i om myndighetenes satsning på psykisk helse og arbeidsliv kan spores i befolkningens økte optimisme.

Tabell 5.2 Respondentenes svar på påstander om muligheten til å komme seg etter psykisk sykdom. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden.¹ Estimated marginal means.² N₂₀₀₇=1998, N₂₀₁₂=1206

	2007	2012	Endring 2007-2012
Påstand 1: <i>Folk som har vært psykisk syke vil aldri være i stand til å arbeide igjen</i>	1,68	1,55	-0,13*
Påstand 2: <i>Man kan ikke gjøre noe med den psykiske helsen, for den er skjebnestyrt</i>	1,71	1,60	-0,12*
Påstand 3: <i>Det er ikke mye som kan gjøres for en person som får en psykisk lidelse</i>	1,64	1,68	0,04
Påstand 4: <i>Folk med psykiske lidelser blir aldri helt friske igjen</i>	2,22	2,23	0,01
Påstand 5: <i>Folk som har vært psykisk syke kan aldri bli helt lykkelige igjen</i>	1,79	1,85	0,07
Påstand 6: <i>En psykisk knekk kan på sikt gi livet styrke</i>	5,30	5,34	0,03

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

² I analysene er det kontrollert for variablene: kjønn, alder, utdanning, inntekt, yrke, region, om en kjenner en person med psykiske problemer, samt tendensen til å si seg enig i påstander (Enigbias)

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

Optimistiske syn og enkle løsninger

I dette avsnittet ser vi nærmere på hvor enige respondentene er i påstander knyttet til optimistiske, men litt "lettvinne" løsninger for å bedre den psykiske helsen til den enkelte. Selv om disse påstandene kan sees som positive i forhold til synet på mulighetene for å bli frisk etter psykisk sykdom – kan de sies å underkommunisere alvorligheten og kompleksiteten i slike problemer, og dermed også behovet for riktig hjelp.

Analysene viser at respondentene jevnt over har et ganske realistisk forhold til hva som hjelper folk med psykiske problemer.

Svarfordelingen i 2012 konsentrerer seg rundt det å være delvis uenig til å være verken uenig eller enig i påstandene. Vi kan ikke avdekke noen klar kursendring blant befolkningen når det gjelder troen på ”lettevinte” løsninger og psykisk helse.

Tabell 5.3 *Respondentenes svar på påstander om psykisk helse og psykisk syke. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden.¹ Estimated marginal means.² N₂₀₀₇=1998, N₂₀₁₂=1206*

	2007	2012	Endring 2007- 2012
Påstand 1: <i>Ved å hjelpe en som er psykisk syk med økonomiske og sosiale problemer, bedres ofte tilstanden</i>	4,29	4,41	0,11
Påstand 2: <i>Miljøforandringer hjelper ofte på psykiske problemer</i>	4,36	4,45	0,09
Påstand 3: <i>Den beste måten å opprettholde god psykisk helse på er å unngå vonde tanker</i>	3,20	3,33	0,14
Påstand 4: <i>God psykisk helse dreier seg i stor grad om å kontrollere følelser</i>	2,79	2,81	-0,01
Påstand 5: <i>Folk som trives i jobben sin får sjelden psykiske problemer</i>	3,91	3,91	0,00

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

² I analysene er det kontrollert for variablene: kjønn, alder, utdanning, inntekt, yrke, region, om en kjenner en person med psykiske problemer, samt tendensen til å si seg enig i påstander (Enigbias)

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

Hjelpeapparatets rolle

Hensikten med Opptrappingsplanen har i hovedsak vært å styrke det offentlige tilbudet til personer med psykisk sykdom. Den har satt fokus på behovet for, og nytten av hjelp til mennesker med psykiske problemer. I Tabell 5.4 ser vi ved hjelp av tre påstander på utviklingen i befolkningens syn på behovet for det offentlige hjelpeapparatet.

Analysene viser interessante resultater. Jevnt over tyder svarfordelingen på en ganske stor aksept for økt offentlig satsning. Over 70 prosent av respondentene sier også i 2012 seg helt eller delvis uenig i alle tre påstandene.

Når vi ser på variasjonen mellom årene viser det seg at befolkningen i litt større grad sier seg enig i at hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig ressurser på barn og unge med psykiske problemer. De mener også i noe større grad at betydningen av psykiske problemer er overdrevet og at man bør løse sine egne problemer selv. Dette er på mange måter overraskende funn. En mulig tolkning av kan være at folk mener Opptrappingsplanens satsning på psykisk helse har ført til at pasienter får god nok oppfølging av hjelpeapparatet og at psykisk sykdom derfor ikke er et omfattende problem i dagens samfunn. Når de i tillegg i sterkere grad sier seg enig i at man selv bør finne løsninger på sine egne psykiske problemer kan det tyde på at flere ikke tar slike former for sykdom like alvorlig. Det kan tenkes at folk oppfatter psykiske problemer som litt mer alminnelige og dermed skyver opp den opplevde terskelen for hvilke problemer man skal søke hjelp for. Det kan være et mulig resultat av informasjonskampanjenes fokusering på at alle kan få psykiske problemer og at dette er normalt.

Tabell 5.4 *Respondentenes svar på påstander om psykisk helse og psykisk syke. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden.*¹ *Estimated marginal means.*² $N_{2007}=1998$, $N_{2012}=1206$

	2007	2012	Endring 2007-2012
Påstand 1: <i>Hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig resurser på barn og unge med psykiske problemer</i>	2,06	2,25	0,19**
Påstand 2: <i>Hvis man får psykiske problemer bør man løse dem selv</i>	1,88	2,17	0,29**
Påstand 3: <i>Betydningen av problemer med psykisk helse er overdrevet</i>	2,13	2,41	0,28**

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

² I analysene er det kontrollert for variablene: kjønn, alder, utdanning, inntekt, yrke, region, om en kjenner en person med psykiske problemer, samt tendensen til å si seg enig i påstander (Enigbias)

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

5.3 Hva kan forklare folks holdninger?

I metodekapitlet (kap. 3) redegjorde vi for hvordan indeksene som benyttes som avhengig variabel i noen av analysene ble konstruert, samt hvilke uavhengige variabler som blir inkludert.

Vi vil i det følgende gjennomføre multivariate analyser for å avdekke hva som kan forklare henholdsvis stigmatiserende og optimistiske holdninger til psykisk helse og sykdom i 2012. For å gi mulighet for å sammenligne disse med resultatene fra 2007 er tallene fra begge undersøkelsene satt inn i samme tabell. For analysene knyttet til hjelpeapparatets rolle blir resultatene fra 2012 presentert (for fremstilling av tall fra begge undersøkelsene se Tabell V.33).

Hva kan forklare stigmatiserende holdninger til psykisk syke og psykisk sykdom?

Vi vil i dette avsnittet undersøke om trekk ved den enkelte respondent kan forklare variasjon i stigmatiserende holdninger i befolkningen. Som vist i metodekapitlet er avhengig variabel en additiv indeks bestående av følgende påstander:

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

Resultatene av 2012-analysen viser at kjennskap til psykisk sykdom har størst påvirkning på grad av stigmatisering. Personer som kjenner noen eller selv har opplevd psykisk sykdom er mindre stigmatiserende i sine holdninger enn personer som ikke har kjennskap til dette. Deretter ser vi at menn, i snitt, fremdeles innehar mer stigmatiserende holdninger enn kvinner. Et annet klart funn er at jo høyere utdanning, jo mindre stigmatiserende er folk overfor mennesker med psykisk sykdom, selv når vi kontrollerer for enighetsbiaset. Dette er i stor grad sammenfallende med resultatene undersøkelsen fra 2007 avdekket.

Tabell 5.5 *Hva kan forklare stigmatiserende holdninger til psykisk sykdom og psykisk syke? 2007 og 2012. Jo høyere skåre, desto mer stigmatiserende.¹ Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper.²*

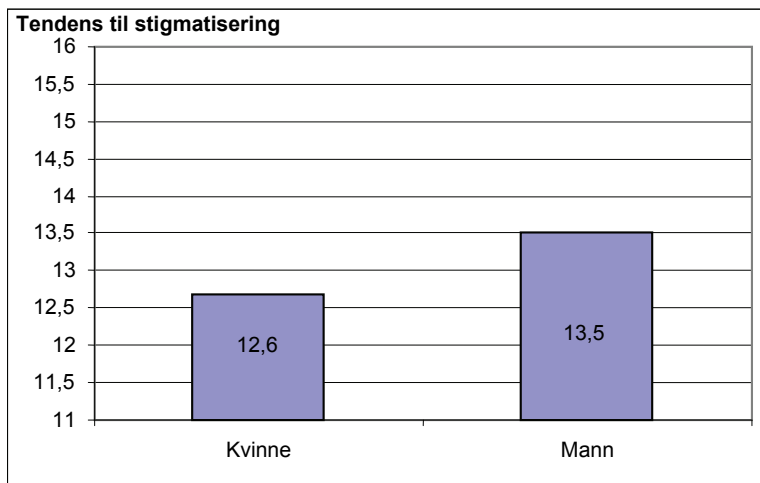
	2007	2012
<i>Kvinne³</i>	13,4	12,6
Mann	14,1	13,5
<i>Alder 18-29 år</i>	13,0	13,7
Alder 30-44 år	13,1	12,7
Alder 45-59 år	13,4	12,7
Alder 60 år +	15,7	13,0
<i>Grunnskole</i>	15,1	15,4
Videregående utdanning	14,2	13,1
Lavere universitetsutdanning	13,2	12,1
Høyere universitetsutdanning	12,5	11,6
<i>Inntekt under 300 000</i>	15,2	12,6
Inntekt 300 000-600 000	13,1	13,3
Inntekt >600 000	13,0	13,2
<i>Helse-/ velferdstjenester</i>	12,9	12,8
Håndverk/ transport/ produksjon	14,7	13,2
Kontor/konsulent	13,7	12,9
Serviceyrker	14,3	14,0
Andre yrker	13,3	12,4
<i>Oslo</i>	12,9	13,2
Nord-Norge	14,0	12,5
Midt-Norge	13,8	12,1
Vestlandet	14,1	13,2
Sørøst-Norge	13,8	14,0
Østlandet	14,0	13,2
<i>Kjenner ingen som har vært syk siste 3 år</i>	14,2	14,0
Kjenner noen som er syk	13,4	12,0
Gjennomsnitt	13,0	12,7
Standardavvik	5,9	5,8
N	1854	1110

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

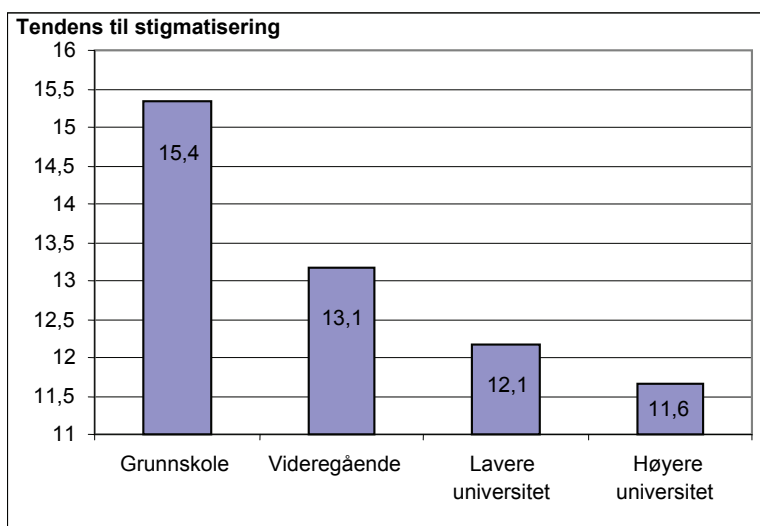
² I analysene er det kontrollert for samtlige uavhengige variabler som inngår i tabellen samt for tendensen til å si seg enig i påstander (Enigbias)

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

Figur 5.1 *Tendens til stigmatiserende holdninger, etter kjønn. 2012. Jo høyere skåre, desto større tendens til stigmatisering*



Figur 5.2 *Tendens til stigmatiserende holdninger, etter utdanningsnivå. 2012. Jo høyere skåre, desto større tendens til stigmatisering*



Hva kan forklare "lettvinne" og optimistiske syn på muligheten for å bli frisk?

Et av temaene for informasjonsarbeidet i sluttfasen av Opptrappingsplanen var at "Livet går opp og ned" som satte fokus på at psykiske problemer er normalt, men at det samtidig er hjelp å

få hvis man trenger det. Slike budskap har vi også sett i kampanjer i etterkant av Opptrappingsplanen (se kap. 1). Denne ”alminneliggjøringen” av psykisk sykdom er åpenbart viktig for å redusere tabuer rundt psykisk helse og gjøre terskelen for å søke hjelp mindre. Samtidig ligger det med dette en viss fare for å underkommunisere kompleksiteten i psykiske problemer. Det er også grunn til å tro at budskapet kan bli oppfattet forskjellig i ulike grupper av befolkningen. Det vil derfor være interessant å se nærmere på hva som påvirker folks syn på slike typer løsninger.

Variabelen er konstruert som en indeks bestående av følgende påstander:

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

Tabell 5.6 presenterer resultatene av analysen. Både for 2007- og 2012-resultatene viser kjønn seg som variabelen med klareste effekt. Menn er mer optimistiske i sitt syn på løsninger for å bli frisk enn det kvinner er. Denne forskjellen er imidlertid blitt mindre i 2012. Dataene viser også at folk med grunnskoleutdanning er mer optimistiske til slike løsninger.

Tabell 5.6 *Hva kan forklare optimistiske og lettvinde holdninger til psykisk sykdom og psykisk syke? 2007 og 2012. Jo høyere skåre, desto større tro på lettvinde løsninger. ¹ Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. ² Estimated marginal means*

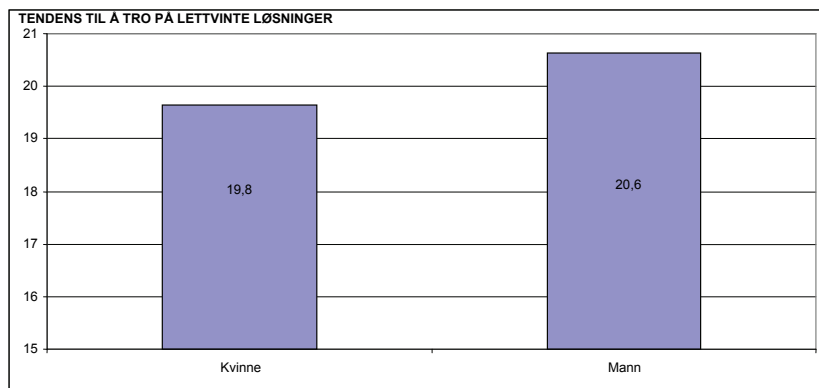
	2007	2012
<i>Kvinne³</i>	18,6	19,8
Mann	20,3	20,6
<i>Alder 18-29 år</i>	19,2	20,9
<i>Alder 30-44 år</i>	19,1	20,0
<i>Alder 45-59 år</i>	19,3	19,7
<i>Alder 60 år +</i>	20,1	20,2
<i>Grunnskole</i>	20,8	23,8
<i>Videregående utdanning</i>	20,0	19,8
<i>Lavere universitetsutdanning</i>	18,9	18,7
<i>Høyere universitetsutdanning</i>	18,0	18,5
<i>Inntekt under 300 000</i>	19,9	20,0
<i>Inntekt 300 000-600 000</i>	19,2	20,4
<i>Inntekt >600 000</i>	19,2	20,2
<i>Helse-/ velferdstjenester</i>	19,4	20,1
<i>Håndverk/transport/ produksjon</i>	20,6	20,4
<i>Kontor/konsulent</i>	19,2	19,9
<i>Serviceyrker</i>	18,8	19,9
<i>Andre yrker</i>	19,1	20,8
<i>Oslo</i>	19,3	19,9
<i>Nord-Norge</i>	19,1	20,1
<i>Midt-Norge</i>	19,4	19,8
<i>Vestlandet</i>	19,8	21,2
<i>Sørøst-Norge</i>	19,7	19,6
<i>Østlandet</i>	19,2	20,1
<i>Kjenner ingen som har vært syk siste 3 år</i>	19,6	19,9
<i>Kjenner noen som er syk</i>	19,3	20,5
<i>Gjennomsnitt</i>	19,3	19,7
<i>Standardavvik</i>	5,4	5,2
N	1761	1078

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

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

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

Figur 5.3 *Tendens til å tro på lettvinte løsninger, etter kjønn og utdanning, 2012. Jo høyere skåre, jo større tendens*



Hva kan forklare holdninger til hjelpeapparatets rolle?

For myndighetene vil det være legitimitetsskapende at befolkningen gir oppslutning omkring det offentlige hjelpetilbudet og bruk av ressurser til psykisk helse. Det vil derfor være interessant å også her analysere hvorvidt det finnes forskjeller mellom ulike grupper i befolkningen og synet på hjelpeapparatets rolle.

Analysene viser at respondentene stort sett er helt eller delvis uenig i påstandene listet opp i Tabell 5.6 uavhengig av hvilken gruppe de hører inn under. Personer i alderen 18-29 år synes i noe større grad å mene at problemer med psykisk helse er overdrevet enn de som er eldre. De som ikke har kjennskap til psykisk sykdom er naturlig nok mer enig i at slike problemer er overdrevet enn de som enten har opplevd det selv eller kjenner noen som har slitt med psykiske problemer. Dette kan tolkes som at erfaring med slike problemer får folk i større grad til å se alvoret av det. Det kan her tenkes at jo eldre man blir, jo større er sannsynligheten for at man har opparbeidet seg slike erfaringer. Analysene forklarer imidlertid lite av variasjonen i folks holdninger til hjelpeapparatets rolle generelt i befolkningen.

Tabell 5.7 *Hva kan forklare vurderinger¹ knyttet til hjelpeapparatets rolle? 2012. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstandene.¹ Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper.² Estimated marginal means*

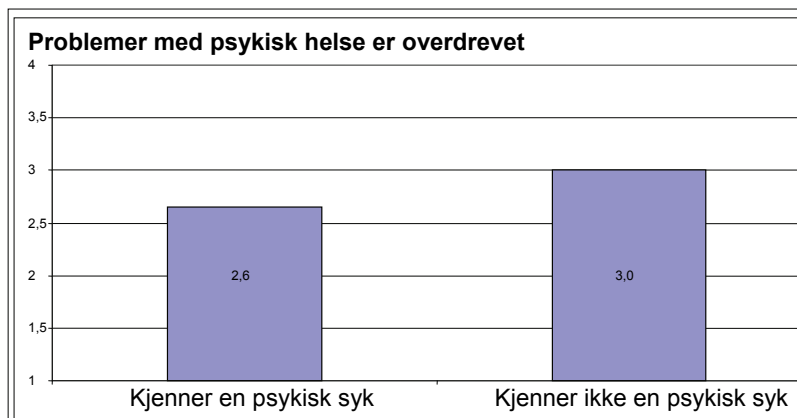
	<i>Bør løse problemene selv</i>	<i>Problemer med psykisk helse er overdrevet</i>	<i>Bruker tilstrekkelig ressurser på barn/ unge</i>
Kvinne ³	2,2	2,7	2,5
Mann	2,3	2,9	2,6
Alder 18-29 år	2,5	3,3	2,9
Alder 30-44 år	2,0	2,7	2,5
Alder 45-59 år	2,1	2,6	2,4
Alder 60 år +	2,4	2,6	2,3
Grunnskole	2,3	3,1	2,9
Videregående utd.	2,1	2,7	2,4
Lavere universitetsutd.	2,2	2,6	2,3
Høyere universitetsutd.	2,4	2,7	2,4
Inntekt < 300 000	1,9	2,8	2,6
Inntekt 300 000-600 000	2,5	2,7	2,3
Inntekt >600 000	2,3	2,8	2,5
Helse-/ velferdstjenester	2,2	2,7	2,5
Håndv/transp/produksj	2,3	2,7	2,7
Kontor/konsulent	2,1	2,8	2,4
Serviceyrker	2,4	3,0	2,6
Andre yrker	2,3	2,7	2,3
Oslo	2,1	2,8	2,5
Nord-Norge	2,5	2,7	2,3
Midt-Norge	2,2	2,6	2,5
Vestlandet	2,4	2,8	2,3
Sørøst-Norge	2,1	3,0	2,7
Østlandet	2,2	2,9	2,7
Kjenner en syk	2,2	2,6	2,5
Kjenner ikke en syk	2,3	3,0	2,5
Gjennomsnitt	2,3	2,3	2,5
Standardavvik	1,5	1,5	1,5
N	1194	1146	1154

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

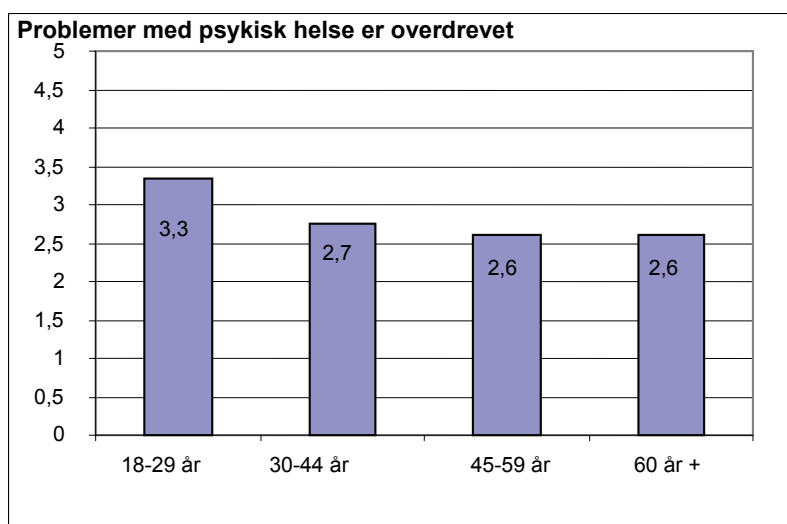
² I analysene er det kontrollert for samtlige uavhengige variabler som inngår i tabellen samt for tendensen til å si seg enig i påstander (Enigbias)

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

Figur 5.4 *Betydningen av problemer med psykisk helse i landet vårt er overdrevet. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden.*



Figur 5.5 *Betydningen av problemer med psykisk helse i landet vårt er overdrevet. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstanden.*



5.4 Oppsummering

Vi vil avslutningsvis oppsummere hovedinntrykket fra analysene gjennomgått i dette kapitlet.

Stigmatiserende holdninger til psykiske syke

Befolkningens skåre på påstandene som målte grad av stigmatisering i forhold til psykisk syke lå i gjennomsnitt relativt lavt, både i 2012 og 2007. Vi kan spore en marginal nedgang i respondentenes grad av stigmatisering for nesten alle påstandene. Befolkningen sier seg imidlertid i 2012 litt mer enig i at det er flaut å ha psykiske problemer enn de gjorde i 2007. Totalt sett viser analysene små endringer mellom årene.

Vi finner også i 2012 at menn er mer stigmatiserende i sine holdninger til psykisk syke enn kvinner, samt at jo høyere utdanning, jo mindre stigmatiserende er man overfor personer med psykisk sykdom. De som ikke har kjennskap til psykisk sykdom har en større tendens til å stigmatisere enn de som har slik kjennskap.

Optimisme og synet på muligheten for å bli frisk

Respondentene viser også i 2012 å ha et positivt syn på mulighetene for å bli frisk etter psykisk sykdom. Befolkningen synes i litt mindre grad å mene at det å ha opplevd psykisk sykdom er et hinder for å bli yrkesaktiv igjen. De mener også i litt større grad at man har mulighet til å påvirke sin egen psykiske helse.

Analysene av påstander som gav uttrykk for optimistiske, men kanskje litt "lettvinne" løsninger for å bedre den psykiske helsen til den enkelte påviser liten forskjell fra undersøkelsen i 2007.

Respondentene har også i 2012 jevnt over et ganske realistisk forhold til hva som kan hjelpe på psykiske problemer. Menn og lavt utdannede er litt mer optimistiske eller "lettvinne" i sitt syn på løsninger enn kvinner og folk med høyere utdanning. Dette var også resultatet i 2007.

Oppslutning omkring hjelpeapparatets tilbud til psykisk syke

Svarfordelingen indikerer at folk jevnt over har ganske stor aksept for økt offentlig satsning. Denne aksepten har imidlertid blitt litt svekket fra undersøkelsen ble utført i 2007. Folk mener i noe større grad at hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig med ressurser på barn og unge og at betydningen av psykiske problemer er overdrevet. De er i tillegg litt mer enig i at man bør løse sine egne psykiske problemer selv. Det er i størst grad unge mennesker, og

folk som ikke har kjennskap til psykisk sykdom som har oppfatningen av at slike problemer er overdrevet.

6 Oppsummering og konklusjoner

6.1 Innledning

Rapporten har forsøkt å belyse de to overordnede problemstillingene som ble lagt fram innledningsvis:

1. Hvordan er befolkningens ønsker om engasjement og åpenhet i forhold til spørsmål om psykiske problemer og psykisk sykdom? Har engasjementet og åpenheten økt etter Opptrappingsplanen ble gjennomført? Hvilke trekk ved den enkelte påvirker ønsket om engasjement og åpenhet?
2. Hvilke holdninger til psykisk syke og psykiske problemer finnes i befolkningen? Har befolkningens holdninger endret seg etter opptrappingsperioden ble avsluttet? Hvilke forhold ser ut til å påvirke eller forklare folks holdninger til psykiske problemer?

Undersøkelsen som beskrives i denne rapporten er ikke en direkte evaluering av Opptrappingsplanens informasjonsarbeid eller kampanjer som er iverksatt i etterkant av planen. Hensikten har snarere vært å undersøke om disse tiltakene kan spores tilbake i eventuelle endringer i befolkningens holdninger til psykisk helse og sykdom. Vi har forsøkt å avdekke hvordan folks holdninger har utviklet seg etter forrige undersøkelse ble gjennomført. Ut fra informasjonsarbeidet som ble gjennomført i etterkant av 2007-undersøkelsen antydte vi i et tidlig kapittel noen forsiktige forventinger til hvordan utviklingen ville se ut:

- Mindre forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder åpenhet og engasjement.

- Økt åpenhet blant unge.
- At folk i større grad tror at det finnes hjelp å få for psykiske problemer, og at hjelp nytter.
- At folk i større grad er engasjert i forhold knyttet til psykisk helse.
- Generelt økt åpenhet og mindre stigmatiserende holdninger i befolkningen som helhet.

6.2 Konklusjoner

Vi vil med utgangspunkt i analysene som er utført, gi en forsiktig konklusjon på problemstillingene som ble stilt innledningsvis.

Engasjement og åpenhet

Hvordan er befolkningens engasjement og ønske om åpenhet i forhold til psykiske problemer, og har dette endret seg siden forrige undersøkelse ble gjennomført?

Nærhet i relasjonen med andre er viktig for både engasjement og åpenhet. Denne tendensen har holdt seg stabil fra forrige undersøkelse ble gjennomført. Folk er også i dag minst engasjert overfor den psykiske helsen i befolkningen som helhet, og viser størst engasjement overfor folk som står dem nær. Et klart flertall vil engasjere seg hvis familie eller venner får psykiske problemer. Av endringer fra 2007 ser vi en økning i engasjement overfor befolkningen generelt, men også en nedgang når det gjelder å være engasjert overfor sin egen psykiske helse. Forventningene om økt engasjement ble dermed kun delvis oppfylt.

Det samme gjelder åpenhet. Viljen til åpenhet øker med nærheten til dem man åpner seg for. De fleste ønsker å være åpne om psykiske problemer overfor de nærmeste. Av endringer ser vi en litt større skepsis til å åpne seg overfor kolleger.

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

Kvinner er mer engasjerte enn menn i forhold til psykiske helse. Folk som har kjent noen med psykiske problemer, eller selv har opplevd dette har et sterkere engasjement enn folk som ikke har denne erfaringen.

Alder har betydning for ønske om åpenhet. Yngre mennesker er mindre åpne enn eldre, uavhengig av hvor nær relasjonen er. Folk bosatt i Oslo ønsker i mindre grad å åpne seg overfor sine kollegaer enn folk bosatt andre steder i landet.

Holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom

Hvilke holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom eksisterer i befolkningen?

Folk ser jevnt over ut til å ha lite stigmatiserende holdninger overfor psykisk syke, slik vi måler det i denne undersøkelsen. Generelt sett har de også et positivt syn på mulighetene for å bli frisk igjen etter å ha opplevd psykiske problemer. Det ser også ut vil at folk flest har et realistisk forhold til hva som kan kurere psykisk sykdom, selv om noen har stor tro på såkalte "lettvinde" løsninger.

De fleste gir oppslutning om behovet for å satse på det offentlige tjenesteapparatet. Et klart flertall mener også at man bør oppsøke hjelp hvis man får psykiske problemer, og det er ganske få som mener slike problemer er overdrevet.

Har tendensen endret seg siden forrige undersøkelse?

Folks holdninger viser seg å ha holdt seg relativt stabile siden sist undersøkelse ble gjennomført. Vi kan ikke avdekke noen dramatiske endringer befolkningens syn på psykisk sykdom etter Opptrappingsplanens avslutning.

Endringene analysene avdekker er at folk i litt større grad synes at det er flaut å ha psykiske problemer, men de stiller seg også litt mer positivt til mulighetene for å komme seg etter å ha vært psykisk syk og at man har mulighet til å påvirke sin egen psykiske helse. De mener i litt større grad at hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig med ressurser og at betydningen av problemer med psykisk helse er overdrevet. De har også en sterkere tro på at hvis man får psykiske problemer så bør man løse dem selv.

Hvilke forhold ser ut til å påvirke eller forklare folks holdninger til psykisk sykdom?

Kjønn viser seg å være en sentral variabel for å forklare stigmatiserende og optimistisk/"lettvinde" holdninger overfor mennesker med psykisk sykdom. Kvinner er - både i 2007 og 2012 - mindre stigmatiserende i sine holdninger og har mindre tro på "lettvinde" løsninger enn menn.

Det samme gjelder utdanning. Tendensen er at jo lavere utdanning man har, jo mer stigmatiserende vil man være i sine holdninger overfor mennesker med psykisk sykdom. De med lav utdanning har også et mer lettvinde syn på hvilke løsninger som hjelper.

Alder slår ut som en viktig variabel for å forklare hvorfor noen synes problemer med psykisk helse er overdrevet. Unge mennesker ser mindre alvorlig på omfanget av psykiske problemer enn eldre, slike det måles her. Folk som ikke kjenner andre med psykiske problemer og ikke har opplevd det selv synes i større grad at slike problemer er overdrevet og har større tendens til å stigmatisere enn folk som har denne erfaringen.

6.3 Utfordringer

Gjennom analysene fremstilt i rapporten kan vi skissere noen utfordringer og mulige tema for videre holdningsbyggende arbeid.

Det første går på hvordan befolkningen oppfatter behovet for hjelpeapparatet. Selv om befolkningen generelt sett er ganske positive til hjelpeapparatets rolle ser vi en viss nedgang fra 2007. Folk er mindre fokusert på behovet for å styrke tjenester i psykisk helse. Dette kan i og for seg være et naturlig resultat av den tiårige satsningen på opptrapping av tjenestene. En mulig utfordring ligger i at folk synes i noe mindre grad å ta psykiske problemer på alvor. De mener også i noe sterkere grad at man bør løse problemene selv. Myndighetene kan derfor vurdere å se nærmere på hvordan man kan nå ut med budskap rettet mot å senke den enkeltes oppfattede terskel for å søke hjelp og fokusere på at hjelp nytter.

Det er fremdeles en viss forskjell mellom kvinner og menn. Kvinner gir uttrykk for større engasjement og mindre stigmatiserende holdninger overfor psykisk syke. Det ser derfor ut som det fremdeles finnes noen utfordringer knyttet til å nå ut til menn i det holdningsskapende arbeidet. Når det gjelder åpenhet

ser vi mindre ulikheter mellom kvinner og menn blant deltakerne i undersøkelsen nå, enn det vi gjorde i 2007.

De yngste er fremdeles minst åpne om psykisk sykdom. Det kan være nyttig å vurdere å skaffe mer informasjon om hvorfor denne åpenheten er vanskeligere for unge voksne enn den er for eldre. Alder og erfaring med psykisk sykdom ser også ut til å ha betydning for hvor alvorlig man synes betydningen av psykiske problemer er. Unge og folk uten kjennskap til psykisk sykdom synes i størst grad at betydningen av psykiske problemer er overdrevet. Man kan derfor tenke seg at det også her kan ligge utfordringer knyttet til det å få satt lys på bevisstgjøring om at psykisk sykdom kan være alvorlig. Det er imidlertid viktig å balansere dette med at psykiske problemer også er normalt.

Dette tatt i betraktning så viser rapporten som helhet likevel at folks holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom har holdt seg relativt stabile siden 2007. Vi har ikke kunnet avdekke noen endringer av radikal art.

Årsakene til dette kan ligge i at holdninger er dyptsittende, stabile trekk ved den enkelte, og at det derfor må større samfunnsmessige ”rystelser” til for å kunne måle store endringer mellom så korte tidsrom. Analysene kan derfor ikke spore klare effekter av informasjonskampanjene gjennomført i slutten og i etterkant av Opptrappingsplanen. Det vi ser er at folks holdninger har holdt seg på tilnærmet samme nivå selv om det holdningsskapende arbeidet har blitt trappet ned. Undersøkelsen kan også tyde på at folks holdninger til psykisk syke ikke har blitt særlig påvirket etter terrorhandlingen 22. juli, noe som har vært en uttrykt bekymring hos enkelte interesse- og brukerorganisasjoner.

Litteratur

- Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (2007-2012). Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012.
- Belmans-Videc, M.-L. og E. Vedung (2003). Conclutions: Policy Instruments Types, Packages, Choices, and Evaluation. Carrots, Sticks and Sermons: Policy Instruments & Their Evaluation. M.-L. Belmans-Videc, R. C. Rist and E. Vedung. New Brunswick, Transaction Publishers: 249-275.
- Berglund, F. (2004). "Indekskonstruksjon: Kun et spørsmål om teknikk?" Tidsskrift for samfunnsforskning **3**.
- Chong, D. og J. N. Druckman (2010). "Dynamic Public Opinion: Communication Effects over Time." American Political Science Review **104**(4): 663-680.
- Hellevik, O. (2002). Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap. Oslo, Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001). "Helhetlig informasjonsspredning om psykisk helse" *Rundskriv I-38*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006-2007). Prop. 1 S.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009-2010). Prop. 1 S.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010-2011). Prop. 1 S.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011-2012). Prop. 1 S.
- Mandelid, L. j. (2009). "Mulighetene i et bedringsorientert psykisk helsevern " Tidsskrift for psykisk helsearbeid **3**.
- Myrvold, T. (2008). Psykisk helse og psykisk sykdom. Innbyggernes kunnskaper og holdninger. NIBR-rapport 2008:16. Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning.

- Rogan, T. (2004). "Opptrappingsplanen: Fra psykiatri til lokalbasert psykisk helsearbeid " Tidsskrift for psykisk helsearbeid 1.
- Rosenberg, M. J. og C. I. Hovland (1960). Cognitive, affective and behavioural components of attitudes. Attitude Organization and Change: An analysis of Consistency Among Attitude Components. M. J. Rosenberg and C. I. Hovland. New Haven, Yale University Press.
- Sosial- og helsedepartementet (1999-2006). Noe å snakke om...? Overordnet informasjonsstrategi.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003a). "Opptrappingsplanen for psykisk helse. Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger" *IS-1127 Rapport*.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003b). "Opptrappingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006" *IS-1128*.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). "Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse" *IS-1315 Rapport*.
- St. meld. nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet*.
- St. prp. 63 (1997-98). "Om opptrappingsplanen for for psykisk helse 1999 - 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998."
- Sverdrup, S. (2002). Evaluerings. Faser, design og gjennomføring. Bergen, Fagbokforlaget.
- Sverdrup, S. og C. Bratt (2003). *Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser. NIBR-rapport 2003:5*. Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning.
- TNS Gallup (2008). "Rapport for Helsedirektoratet. Holdninger og kunnskaper om psykisk helse blant voksne - del 2. November 2008."
- TNS Gallup (2008). "Rapport for Sosial- og Helsedirektoratet. Holdninger og kunnskap om psykisk helse blandt elever i ungdomsskole, videregående skole og på universiteter/høyskoler - del 3."
- Vedung, E. og F. C. J. v. d. Doelen (2003). The Sermon: Information Programs in the Public Policy Process- Choice,

Effects, and Evaluation. Carrots, Sticks & Sermons: Policy Instruments & Their Evaluation. M.-L. Bemelmans-Videc, R. C. Rist and E. Vedung. New Brunswick, Transaction Publishers: 103-129.

Weiss, J. A. og M. Tschirhart (1994). "Public Information Campaigns as Policy Instruments." Journal of Policy Analysis and Management **13**(1): 82-119.

Vedlegg 1

Beskrivelse av utvalgene 2002, 2007 og 2012

Kjønn

	Materialet fra 2002	Materialet fra 2007	Materialet fra 2012
Kvinne	50	62	59
Mann	50	38	41
Totalt	100	100	100

Alder

	Materialet fra 2002	Materialet fra 2007	Materialet fra 2012
18-29	16	11	19
30-44	35	28	28
45-59	31	37	26
60+	18	24	28
Totalt	100	100	101

Utdannelse

	Materialet fra 2002	Materialet fra 2007	Materialet fra 2012
Grunnskole	14	8	7
Videregående skole	39	37	35
Lavere universitetsutdanning	28	32	32
Høyere universitetsutdanning	19	24	26
Totalt	100	101	100

Inntekt

	Materialet fra 2002	Materialet fra 2007	Materialet fra 2012
Under kr. 150 000	8	5	2
150 000 - 299 999	21	14	9
300 000 - 449 999	29	19	18
450 000 - 599 000	29	17	15
600 000 eller over	14	45	46
Total	101	100	90

Landsdel

	Materialet fra 2002	Materialet fra 2007	Materialet fra 2012
Nord-Norge	11	9	9
Midt-Norge	14	12	12
Vestlandet	20	22	21
Sørøst-Norge	14	13	14
Østlandet	29	30	32
Oslo	12	13	13
Totalt	100	99	101

Vedlegg 2

Tabeller

Engasjement overfor psykisk helse

Tabell V.1 *Engasjement i forhold til psykisk helse i befolkningen generelt.*
Prosent. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998, N₂₀₁₂=1206

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
I svært liten grad (kode 1)	14	19	16	-3
I liten grad (kode 2 og 3)	38	30	26	-4
I noen grad (kode 4)	19	15	19	4
I stor grad (kode 5 og 6)	22	28	30	2
I svært stor grad (kode 7)	6	8	8	0
Vet ikke/ubesvart	2	1	1	0
Totalt	101	101	100	

Tabell V.2 *Engasjement i forhold til psykisk helse for folk som står deg
nær. Prosent. N₂₀₀₂=1999, N₂₀₀₇=1998, N₂₀₁₂=1206*

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
I svært liten grad (kode 1)	11	9	11	2
I liten grad (kode 2 og 3)	16	16	13	-3
I noen grad (kode 4)	13	12	10	-2
I stor grad (kode 5 og 6)	34	35	37	2
I svært stor grad (kode 7)	23	27	28	1
Vet ikke/ubesvart	3	2	2	0
Totalt	100	101	101	

Tabell V.3 *Engasjement i forhold til psykisk helse for eget vedkommende. Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$, $N_{2012}=1206$*

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
I svært liten grad (kode 1)	18	16	20	4
I liten grad (kode 2 og 3)	17	17	17	0
I noen grad (kode 4)	12	12	12	0
I stor grad (kode 5 og 6)	28	29	25	-4
I svært stor grad (kode 7)	21	25	24	-1
Vet ikke/ubesvart	3	2	2	0
Totalt	99	101	100	

Åpenhet om psykiske problemer

Tabell V.4 *Åpenhet om psykiske problemer overfor familien. Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$, $N_{2012}=1206$*

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
I svært liten grad (kode 1)	2	2	1	-1
I liten grad (kode 2 og 3)	6	6	5	-1
I noen grad (kode 4)	6	7	8	1
I stor grad (kode 5 og 6)	35	36	37	1
I svært stor grad (kode 7)	51	49	48	-1
Vet ikke/ubesvart	1	1	1	0
Totalt	101	101	100	

Tabell V.5 *Åpenhet om psykiske problemer overfor venner. Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$, $N_{2012}=1206$*

	2002	2007	2012	Endring 2007- 2012
I svært liten grad (kode 1)	4	3	2	-1
I liten grad (kode 2 og 3)	12	11	13	2
I noen grad (kode 4)	11	13	11	-2
I stor grad (kode 5 og 6)	38	40	42	2
I svært stor grad (kode 7)	35	33	32	-1
Vet ikke/ubesvart	1	1	1	0
Totalt	101	101	101	

Tabell V.6 *Åpenhet om psykiske problemer overfor kolleger. Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$, $N_{2012}=1206$*

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
I svært liten grad (kode 1)	9	9	8	-1
I liten grad (kode 2 og 3)	20	20	22	2
I noen grad (kode 4)	16	14	15	1
I stor grad (kode 5 og 6)	29	34	33	-1
I svært stor grad (kode 7)	22	20	19	-1
Vet ikke/ubesvart	4	3	3	0
Totalt	100	100	100	

Stigmatiserende syn på psykisk syke

Tabell V.7 *Folk med psykiske problemer er en belastning å være sammen med. Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$, $N_{2012}=1206$*

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
Helt uenig (kode 1)	20	24	25	1
Delvis uenig (kode 2 og 3)	36	36	41	5
Verken enig eller uenig (kode 4)	19	18	16	-2
Delvis enig (kode 5 og 6)	20	15	14	-1
Helt enig (kode 7)	4	4	3	-1
Vet ikke/ubesvart	2	3	2	-1
Totalt	101	100	101	

Tabell V.8 *Det er flaut å ha psykiske problemer. Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$, $N_{2012}=1206$*

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
Helt uenig (kode 1)	37	48	41	-7
Delvis uenig (kode 2 og 3)	28	25	31	6
Verken enig eller uenig (kode 4)	11	10	12	2
Delvis enig (kode 5 og 6)	18	12	12	0
Helt enig (kode 7)	5	4	3	-1
Vet ikke/ubesvart	1	1	1	0
Totalt	100	101	100	

Tabell V.9 *Folk som er psykiske syke er ofte farlige for omgivelsene. Prosent.*
 $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$, $N_{2012}=1206$

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
Helt uenig (kode 1)	24	23	24	1
Delvis uenig (kode 2 og 3)	46	47	50	3
Verken enig eller uenig (kode 4)	15	15	11	-4
Delvis enig (kode 5 og 6)	10	10	10	0
Helt enig (kode 7)	2	3	2	-1
Vet ikke/ubesvart	2	2	3	1
Totalt	99	100	100	

Tabell V.10 *Folk som får psykiske lidelser har liten viljestyrke. Prosent.*
 $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$, $N_{2012}=1206$

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
Helt uenig (kode 1)	39	41	39	-2
Delvis uenig (kode 2 og 3)	31	31	38	7
Verken enig eller uenig (kode 4)	11	11	9	-2
Delvis enig (kode 5 og 6)	12	12	8	-4
Helt enig (kode 7)	4	3	3	0
Vet ikke/ubesvart	3	3	3	0
Totalt	100	101	100	

Tabell V.11 *Hvis man får psykiske problemer har man mislyktes i livet.*
Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$, $N_{2012}=1206$

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
Helt uenig (kode 1)	57	56	61	5
Delvis uenig (kode 2 og 3)	30	29	28	-1
Verken enig eller uenig (kode 4)	6	6	4	-2
Delvis enig (kode 5 og 6)	4	5	5	0
Helt enig (kode 7)	2	2	1	-1
Vet ikke/ubesvart	1	1	1	0
Totalt	100	99	100	

Mulighetene til å bli frisk

Tabell V.12 *Folk som har vært psykisk syke vil aldri være i stand til å arbeide igjen. Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$, $N_{2012}=1206$*

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
Helt uenig (kode 1)	63	66	68	2
Delvis uenig (kode 2 og 3)	20	20	22	2
Verken enig eller uenig (kode 4)	4	4	3	-1
Delvis enig (kode 5 og 6)	8	7	4	-3
Helt enig (kode 7)	4	3	3	0
Vet ikke/ubesvart	1	1	1	0
Totalt	100	101	101	

Tabell V.13 *Man kan ikke gjøre noe med den psykiske helsen, for den er skjebnestyrt. Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$, $N_{2012}=1206$*

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
Helt uenig (kode 1)	56	63	64	1
Delvis uenig (kode 2 og 3)	24	23	23	0
Verken enig eller uenig (kode 4)	6	4	4	0
Delvis enig (kode 5 og 6)	9	6	5	-1
Helt enig (kode 7)	4	3	3	0
Vet ikke/ubesvart	2	1	0	-1
Totalt	101	101	99	

Tabell V.14 *Det er ikke mye som kan gjøres for en person som får en psykisk lidelse. Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$, $N_{2012}=1206$*

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
Helt uenig (kode 1)	50	61	58	-3
Delvis uenig (kode 2 og 3)	24	27	30	3
Verken enig eller uenig (kode 4)	4	3	5	2
Delvis enig (kode 5 og 6)	15	6	5	-1
Helt enig (kode 7)	7	2	2	0
Vet ikke/ubesvart	1	1	1	0
Totalt	101	100	101	

Tabell V.15 *Folk med psykiske lidelser blir aldri helt friske igjen. Prosent.*
 $N_{2002}=1999, N_{2007}=1998, N_{2012}=1206$

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
Helt uenig (kode 1)	37	43	38	-5
Delvis uenig (kode 2 og 3)	32	33	38	5
Verken enig eller uenig (kode 4)	10	7	8	1
Delvis enig (kode 5 og 6)	14	10	10	0
Helt enig (kode 7)	4	4	3	-1
Vet ikke/ubesvart	3	3	2	-1
Totalt	101	101	99	

Tabell V.16 *Folk som har vært psykisk syke kan aldri bli helt lykkelige igjen. Prosent.* $N_{2002}=1999, N_{2007}=1998, N_{2012}=1206$

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
Helt uenig (kode 1)	50	58	50	-8
Delvis uenig (kode 2 og 3)	26	25	31	6
Verken enig eller uenig (kode 4)	5	5	4	-1
Delvis enig (kode 5 og 6)	11	8	9	1
Helt enig (kode 7)	6	3	3	0
Vet ikke/ubesvart	3	2	2	0
Totalt	101	101	99	

Tabell V.17 *De fleste psykiske lidelser er medfødt. Prosent.* $N_{2002}=1999, N_{2007}=1998, N_{2012}=1206$

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
Helt uenig (kode 1)	42	40	32	-8
Delvis uenig (kode 2 og 3)	37	39	44	5
Verken enig eller uenig (kode 4)	10	10	11	1
Delvis enig (kode 5 og 6)	5	6	9	3
Helt enig (kode 7)	2	1	1	0
Vet ikke/ubesvart	5	4	4	0
Totalt	101	100	101	

Tabell V.18 *En psykisk knekk kan på sikt gi livet styrke. Prosent.* $N_{2002}=1999, N_{2007}=1998, N_{2012}=1206$

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
Helt uenig (kode 1)	3	2	2	0
Delvis uenig (kode 2 og 3)	13	14	13	-1
Verken enig eller uenig (kode 4)	17	15	17	2
Delvis enig (kode 5 og 6)	44	40	43	3
Helt enig (kode 7)	21	27	23	-4
Vet ikke/ubesvart	3	2	2	0
Totalt	101	101	100	

Optimistisk syn og enkle løsningerTabell V.19 *Ved å hjelpe en som er psykisk syk med økonomiske og sosiale problemer, bedres ofte tilstanden. Prosent.* $N_{2002}=1999, N_{2007}=1998, N_{2012}=1206$

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
Helt uenig (kode 1)	5	4	3	-1
Delvis uenig (kode 2 og 3)	26	24	22	-2
Verken enig eller uenig (kode 4)	21	20	23	3
Delvis enig (kode 5 og 6)	35	36	36	0
Helt enig (kode 7)	10	12	13	1
Vet ikke/ubesvart	3	4	4	0
Totalt	100	101	101	

Tabell V.20 *Miljøforandringer hjelper ofte på psykiske problemer. Prosent.* $N_{2002}=1999, N_{2007}=1998, N_{2012}=1206$

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
Helt uenig (kode 1)	3	3	3	0
Delvis uenig (kode 2 og 3)	23	18	18	0
Verken enig eller uenig (kode 4)	21	24	23	-1
Delvis enig (kode 5 og 6)	39	40	39	-1
Helt enig (kode 7)	12	11	11	0
Vet ikke/ubesvart	4	4	6	2
Totalt	102	100	100	

Tabell V.21 *Den beste måten å opprettholde god psykisk helse på er å unngå vonde tanker. Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$, $N_{2012}=1206$*

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
Helt uenig (kode 1)	25	18	13	-5
Delvis uenig (kode 2 og 3)	33	33	37	4
Verken enig eller uenig (kode 4)	14	16	18	2
Delvis enig (kode 5 og 6)	17	20	20	0
Helt enig (kode 7)	7	9	9	0
Vet ikke/ubesvart	4	3	3	0
Totalt	100	99	100	

Tabell V.22 *God psykisk helse dreier seg i stor grad om å kontrollere følelser. Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$, $N_{2012}=1206$*

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
Helt uenig (kode 1)	23	24	22	-2
Delvis uenig (kode 2 og 3)	35	36	39	3
Verken enig eller uenig (kode 4)	16	14	16	2
Delvis enig (kode 5 og 6)	18	17	15	-2
Helt enig (kode 7)	5	6	5	-1
Vet ikke/ubesvart	3	4	2	-2
Totalt	100	101	99	

Tabell V.23 *Folk som trives i jobben sin får sjelden psykiske problemer. Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$, $N_{2012}=1206$*

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
Helt uenig (kode 1)	11	10	9	-1
Delvis uenig (kode 2 og 3)	29	27	29	2
Verken enig eller uenig (kode 4)	19	20	18	-2
Delvis enig (kode 5 og 6)	29	33	35	2
Helt enig (kode 7)	9	8	7	-1
Vet ikke/ubesvart	3	3	2	-1
Totalt	100	101	100	

Hjelpeapparatets rolle

Tabell V.24 *Hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig resurser på barn og unge med psykiske problemer. Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$, $N_{2012}=1206$*

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
Helt uenig (kode 1)	43	44	35	-9
Delvis uenig (kode 2 og 3)	35	37	37	0
Verken enig eller uenig (kode 4)	9	8	12	4
Delvis enig (kode 5 og 6)	6	6	7	1
Helt enig (kode 7)	2	2	2	0
Vet ikke/ubesvart	5	4	6	2
Totalt	100	101	99	

Tabell V.25 *Hvis man får psykiske problemer bør man løse dem selv. Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$, $N_{2012}=1206$*

	2002	2007	2012	Endring 2007-2012
Helt uenig (kode 1)	46	58	43	-15
Delvis uenig (kode 2 og 3)	32	25	37	12
Verken enig eller uenig (kode 4)	8	6	10	4
Delvis enig (kode 5 og 6)	9	7	7	0
Helt enig (kode 7)	3	4	2	-2
Vet ikke/ubesvart	1	1	1	0
Totalt	99	101	100	

Tabell V.26 *Betydningen av problemer med psykisk helse er overdrevet. Prosent. $N_{2002}=1999$, $N_{2007}=1998$, $N_{2012}=1206$*

	2002	2007	2012	Endring 2002-2007
Helt uenig (kode 1)	37	38	28	-10
Delvis uenig (kode 2 og 3)	38	39	48	9
Verken enig eller uenig (kode 4)	9	10	10	0
Delvis enig (kode 5 og 6)	9	8	8	0
Helt enig (kode 7)	3	2	3	1
Vet ikke/ubesvart	4	3	5	2
Totalt	100	101	102	

Vedlegg 3

Avhengige variabler. Variasjonsbredde og standardavvik

Tabell V.27 *Gjennomsnitt og standardavvik for indeksene Stigma og Optimist. Stigma varierer fra 6 til 42 (mest stigmatiserende), Optimist varierer fra 5 til 35 (mest optimistiske)*

	2002			2007			2012		
	N	Gj. snitt	St. avvik	N	Gj. snitt	St. avvik	N	Gj. snitt	St. avvik
Stigma	1851	14,1	6,5	1854	13,0	5,9	1118	12,6	5,7
Optimist	1772	18,9	5,5	1761	19,3	5,4	1082	19,8	5,0

Tabell V.28 *Gjennomsnitt og standardavvik for spørsmål om engasjement og åpenhet. Variablene varierer fra 1 (i svært liten grad) til 7 (i svært stor grad)*

	2002			2007			2012		
	N	Gj. snitt	St. avvik	N	Gj. snitt	St. avvik	N	Gj. snitt	St. avvik
Engasjement for psykisk helse i befolkningen	1980	3,5	2,0	1982	3,7	1,9	1194	3,8	1,8
Engasjement for folk som står nær	1946	4,7	2,0	1964	4,9	2,0	1188	4,9	2,0
Engasjement for egen psykiske helse	1931	4,3	2,2	1951	4,5	2,1	1178	4,2	2,2
Vil være åpen i forhold til familien	1983	6,0	1,4	1985	6,0	1,3	1198	5,9	1,3
Vil være åpen i forhold til venner	1978	5,3	1,7	1990	5,5	1,6	1195	5,3	1,6
Vil være åpen i forhold til kolleger	1930	4,5	1,9	1938	4,7	1,8	1167	4,4	1,9

Tabell V.29 *Gjennomsnitt og standardavvik for spørsmål om holdninger til psykisk syke og psykiske lidelser. Variablene varierer fra 1 (helt uenig) til 7 (helt enig)*

	2002			2007			2012		
	N	Gj. snitt	St. avvik	N	Gj. snitt	St. avvik	N	Gj. snitt	St. avvik
Folk med psykiske problemer er en belastning å være sammen med	1957	3,2	1,7	1952	3,0	1,7	1185	2,9	1,6
Det er flaut å ha psykiske problemer	1979	2,8	1,9	1984	2,4	1,8	1196	2,5	1,7
Folk som er psykisk syke er ofte farlige	1961	2,7	1,5	1958	2,8	1,6	1168	2,6	1,5
Folk som får psyk lidelser har liten viljestyrke	1941	2,6	1,8	1947	2,4	1,7	1174	2,4	1,6
Hvis man får psyk lidelser har man mislyktes i livet	1977	1,9	1,4	1978	1,9	1,4	1195	1,8	1,3
Folk som har vært psyk syke vil aldri være i stand til å arbeide igjen	1988	2,0	1,7	1991	1,9	1,6	1196	1,7	1,4
Man kan ikke gjøre noe med psyk lidelse, den er skjebnestyrt	1956	2,1	1,7	1983	1,9	1,5	1202	1,8	1,4
Det er ikke mye som kan gjøres for en med psyk lidelse	1979	2,5	2,0	1985	1,8	1,4	1198	1,9	1,4
Folk med psyk lidelser blir aldri helt friske igjen	1934	2,7	1,8	1944	2,3	1,7	1177	2,4	1,6
Folk med psyk lidelser blir aldri helt lykkelige igjen	1939	2,4	1,9	1968	1,9	1,6	1179	2,1	1,6
En psykisk knekk kan gi livet styrke	1948	5,0	1,6	1958	5,3	1,6	1178	5,1	1,5

Tabell V.30 *Gjennomsnitt og standardavvik for spørsmål om holdninger til psykiske syke og psykiske lidelser. Variablene varierer fra 1 (helt uenig) til 7 (helt enig)*

	2002			2007			2012		
	N	Gj. snitt	St. avvik	N	Gj. snitt	St. avvik	N	Gj. snitt	St. avvik
Ved å hjelpe med øk og sosiale problemer bedres ofte tilstanden	1937	4,3	1,6	1918	4,4	1,6	1164	4,5	1,6
Miljøforandringer hjelper ofte på psyk problemer	1926	4,5	1,5	1913	4,5	1,5	1139	4,6	1,5
Den beste måten å unngå psyk problemer på er å unngå vonde tanker	1917	3,2	1,9	1932	3,4	1,9	1167	3,6	1,8
God psyk helse dreier seg om å kontrollere følelser	1931	3,1	1,8	1924	3,0	1,8	1180	3,1	1,7
Folk som trives i jobben får sjelden psyk problemer	1942	3,9	1,8	1945	4,0	1,7	1180	4,0	1,7
Hjelpeapparatet bruker nok ressurser på barn og unge med psyk probl	1893	2,2	1,5	1931	2,1	1,5	1132	2,4	1,5
Hvis man får psyk probl bør man løse dem selv	1982	2,3	1,6	1987	2,0	1,6	1196	2,2	1,5
Betydningen av probl med psyk helse er overdrevet	1913	2,4	1,6	1934	2,2	1,5	1151	2,5	1,5

Vedlegg 4

Regresjonsanalyser

Tabell V.31 *Hva kan forklare engasjement i forhold til psykisk helse? 2007 og 2012. Separate analyser. Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. Jo høyere skåre, desto større engasjement.¹ Estimated marginal means²*

<i>Engasjement i forhold til</i> <i>År</i>	<i>befolkningen</i>		<i>folk som står nær</i>		<i>eget vedkommende</i>	
	2007	2012	2007	2012	2007	2012
<i>Kvinne³</i>	3,6	3,8	5,0	4,9	4,6	4,2
Mann	3,2	3,4	4,4	4,5	4,2	3,9
<i>Alder 18-29 år</i>	3,5	3,4	4,9	4,8	4,8	4,2
Alder 30-44 år	3,2	3,6	4,6	4,8	4,4	4,5
Alder 45-59 år	3,4	3,6	4,4	4,6	4,1	3,9
Alder 60 år +	3,5	3,9	4,8	4,6	4,4	3,7
<i>Grunnskole</i>	3,2	3,5	5,0	5,0	4,6	4,0
Videregående utd.	3,3	3,5	4,5	4,7	4,3	4,2
Lavere universitetsutd.	3,4	3,8	4,6	4,7	4,4	4,2
Høyere universitetsutd.	3,6	3,6	4,6	4,3	4,3	3,8
<i>Inntekt < 300 000</i>	3,5	3,6	4,8	4,7	4,6	4,3
Inntekt 300 000-600 000	3,3	3,8	4,7	4,8	4,3	4,2
Inntekt >600 000	3,3	3,4	4,5	4,6	4,4	3,7
<i>Helse-/velferdstjenester</i>	4,1	4,0	5,0	5,0	4,9	4,6
Håndv/transp/produksj	3,0	3,6	4,5	4,6	4,3	4,0
Kontor/konsulent	3,1	3,2	4,6	4,4	4,1	3,9
Serviceyrker	3,3	3,5	4,5	4,6	4,5	3,9
Andre yrker	3,4	3,8	4,8	4,9	4,3	3,9
<i>Oslo</i>	3,3	3,8	4,8	5,0	4,4	4,4
Nord-Norge	3,3	3,6	4,4	4,5	4,2	4,2
Midt-Norge	3,5	3,5	4,7	4,6	4,8	3,8
Vestlandet	3,5	3,7	4,8	4,8	4,4	4,1
Sørøst-Norge	3,3	3,3	4,6	4,3	4,4	3,8
Østlandet	3,4	3,6	4,8	4,9	4,3	4,2
<i>Kjenner en syk</i>	3,8	4,1	5,2	5,2	4,8	4,2
Kjenner ikke en syk	3,0	3,2	4,2	4,2	4,1	3,9
Gjennomsnitt	3,7	3,9	4,9	5,0	4,5	4,2
Standardavvik	1,9	1,9	2,0	2,0	2,1	2,2
N	1982	1193	1964	1186	1951	1172

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

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

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

Tabell V.32 *Hva kan forklare åpenhet? 2007 og 2012. Separate analyser. Jo høyere skåre, jo større vilje til åpenhet. ² Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. Estimated marginal means*

	<i>Åpenhet i fbt familien</i>		<i>Åpenhet i fbt venner</i>		<i>Åpenhet i fbt kolleger</i>	
	2007	2012	2007	2012	2007	2012
<i>Kvinne³</i>	6,1	5,6	5,6	5,3	4,8	4,5
<i>Mann</i>	5,6	5,5	5,0	5,0	4,4	4,3
<i>Alder 18-29 år</i>	5,8	4,9	4,8	4,7	3,9	3,2
<i>Alder 30-44 år</i>	5,7	5,7	5,4	5,2	4,6	4,4
<i>Alder 45-59 år</i>	5,9	5,9	5,6	5,5	4,9	4,8
<i>Alder 60 år +</i>	6,0	5,8	5,6	5,5	5,1	5,1
<i>Grunnskole</i>	5,8	5,5	5,3	5,3	4,7	4,6
<i>Videregående utd.</i>	6,0	5,5	5,4	5,1	4,8	4,4
<i>Lavere universitetsutd.</i>	5,9	5,7	5,3	5,2	4,6	4,4
<i>Høyere universitetsutd.</i>	5,8	5,6	5,3	5,0	4,4	4,1
<i>Inntekt < 300 000</i>	5,6	5,3	5,3	4,9	4,5	4,3
<i>Inntekt 300 000-600 000</i>	6,0	5,7	5,4	5,3	4,7	4,3
<i>Inntekt >600 000</i>	6,0	5,7	5,4	5,3	4,7	4,5
<i>Helse-/velferdstjenester</i>	5,9	5,8	5,4	5,4	4,8	4,8
<i>Håndv/transp/produksj</i>	5,8	5,4	5,1	4,9	4,2	4,2
<i>Kontor/konsulent</i>	5,7	5,4	5,1	5,0	4,4	4,2
<i>Serviceyrker</i>	6,2	5,5	5,8	5,3	5,1	4,2
<i>Andre yrker</i>	5,8	5,6	5,3	5,2	4,5	4,6
<i>Oslo</i>	5,8	5,4	5,3	4,8	4,3	3,9
<i>Nord-Norge</i>	5,9	5,5	5,2	5,5	4,6	4,6
<i>Midt-Norge</i>	5,8	5,7	5,2	5,1	4,5	4,7
<i>Vestlandet</i>	5,9	5,6	5,4	5,1	4,7	4,4
<i>Sørøst-Norge</i>	5,9	5,6	5,5	5,2	4,7	4,4
<i>Østlandet</i>	5,9	5,6	5,4	5,2	4,7	4,4
<i>Kjenner en syk</i>	6,0	5,6	5,3	5,2	4,6	4,4
<i>Kjenner ikke en syk</i>	5,8	5,5	5,4	5,1	4,6	4,4
Gjennomsnitt	6,0	6,1	5,5	5,5	4,7	4,6
Standardavvik	1,3	1,3	1,6	1,5	1,8	1,8
N	1985	1197	1990	1192	1983	1161

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

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

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

Tabell V.33 *Hva kan forklare vurderinger¹ knyttet til hjelpeapparatets rolle? 2007 og 2012. Jo høyere skåre, desto mer enig i påstandene. ¹ Estimerte gjennomsnitt for ulike grupper. ² Estimated marginal means*

	Bør løse problemene selv		Problemer med psykisk helse er overdrevet		Bruker tilstrekkelig ressurser på barn/ unge	
	2007	2012	2007	2012	2007	2012
Kvinne	2,0	2,2	2,3	2,7	2,2	2,5
Mann	2,1	2,3	2,6	2,9	2,5	2,6
Alder 18-29 år	2,0	2,5	2,6	3,3	2,5	2,9
Alder 30-44 år	1,9	2,0	2,4	2,7	2,3	2,5
Alder 45-59 år	2,0	2,1	2,3	2,6	2,2	2,4
Alder 60 år +	2,4	2,4	2,5	2,6	2,3	2,3
Grunnskole	2,2	2,3	2,6	3,1	2,6	2,9
Videregående utd.	2,1	2,1	2,6	2,7	2,3	2,4
Lavere universitetsutd.	2,0	2,2	2,4	2,6	2,2	2,3
Høyere universitetsutd.	1,9	2,4	2,3	2,7	2,1	2,4
Inntekt < 300 000	2,1	1,9	2,7	2,8	2,5	2,6
Inntekt 300 000-600 000	2,2	2,5	2,3	2,7	2,2	2,3
Inntekt >600 000	1,9	2,3	2,4	2,8	2,2	2,5
Helse-/ velferdstjenester	1,9	2,2	2,3	2,7	2,3	2,5
Håndv/transp/produksj	2,3	2,3	2,5	2,7	2,3	2,7
Kontor/konsulent	2,1	2,1	2,5	2,8	2,4	2,4
Serviceyrker	1,9	2,4	2,6	3,0	2,3	2,6
Andre yrker	2,0	2,3	2,5	2,7	2,4	2,3
Oslo	2,0	2,1	2,4	2,8	2,1	2,5
Nord-Norge	2,2	2,5	2,7	2,7	2,6	2,3
Midt-Norge	2,0	2,2	2,4	2,6	2,5	2,5
Vestlandet	2,2	2,4	2,4	2,8	2,3	2,3
Sørøst-Norge	2,0	2,1	2,5	3,0	2,2	2,7
Østlandet	2,0	2,2	2,4	2,9	2,2	2,7
Kjenner en syk	2,0	2,2	2,4	2,6	2,3	2,5
Kjenner ikke en syk	2,1	2,3	2,6	3,0	2,3	2,5
Gjennomsnitt	2,0	2,3	2,2	2,3	2,1	2,5
Standardavvik	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
N	1987	1194	1934	1146	1931	1154

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

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

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

Tabell V.34 *Hva kan forklare engasjement i forhold til psykisk helse? 2012. Multivariat lineær regresjon. Ustandardiserte koeffisienter.*

	<i>Engasjement i forhold til befolkningen</i>	<i>Engasjement i forhold til folk som står nær</i>	<i>Engasjement i forhold til eget vedkommende</i>
Konstant	2,44	3,48	3,19
Kvinne ¹	,52	,45	,50
Alder 30-44 år ²	,23	,00	,15
Alder 45-59 år ²	,32	-,17	-,30
Alder 60 år + ²	,08	-,03	-,18
Videregående utd. ³	-,01	-,03	,20
Lavere universitetsutd. ³	,25	-,04	,22
Høyere universitetsutd. ³	,27	-,30	-,02
Inntekt 300000-600000 ⁴	,09	,02	,00
Inntekt >600000 ⁴	-,24	-,27	-,53
Håndverk/transport/produksjon ⁵	-,23	-,14	-,31
Kontor/konsulent ⁵	-,51	-,43	-,52
Serviceyrker ⁵	-,15	-,12	-,33
Andre yrker ⁵	,03	,07	-,47
Nord-Norge ⁶	-,64	-,74	-,45
Midt-Norge ⁶	-,44	-,38	-,57
Vestlandet ⁶	-,22	-,18	-,28
Sørøst-Norge ⁶	-,59	-,56	-,38
Østlandet ⁶	-,34	-,06	-,08
Kjenner noen som er syk ⁷	,96	1,07	,48
Enigbias ⁸	,01	,02	,03
Forklart varians (R ²)	,14	,12	,09

¹ Referansekategori (0) er Mann

² Referansekategori (0) er Alder 18-29 år

³ Referansekategori (0) er Grunnskole

⁴ Referansekategori (0) er Inntekt <300000=0

⁵ Referansekategori (0) er Helse-/velferdstjenester

⁶ Referansekategori (0) er Oslo

⁷ Tendensen til å si seg enig uansett (kontrollvariabel)

Fet skrift: signifikant på minst 5%-nivå

Tabell V.35 *Hva kan forklare åpenhet? 2012. Multivariat lineær regresjon. Ustandardiserte koeffisienter.*

	<i>Åpenhet i forhold til familien</i>	<i>Åpenhet i forhold til venner</i>	<i>Åpenhet i forhold til kolleger</i>
Konstant	4,18	3,27	2,59
Kvinne ¹	,19	,34	,28
Alder 30-44 år ²	,48	,68	,97
Alder 45-59 år ²	,75	1,01	1,51
Alder 60 år + ²	,15	,20	,36
Videregående utd. ³	-,02	-,27	-,12
Lavere universitetsutd. ³	,05	-,09	,01
Høyere universitetsutd. ³	-,02	-,27	-,35
Inntekt 300000-600000 ⁴	,16	,23	,07
Inntekt >600000 ⁴	,20	,17	,19
Håndverk/transport/produksjon ⁵	-,35	-,32	-,15
Kontor/konsulent ⁵	-,36	-,22	-,27
Serviceyrker ⁵	-,25	-,10	-,13
Andre yrker ⁵	-,10	-,01	,13
Nord-Norge ⁶	,08	,45	,61
Midt-Norge ⁶	,21	,09	,47
Vestlandet ⁶	,16	,11	,18
Sørøst-Norge ⁶	,05	,11	,34
Østlandet ⁶	,17	,12	,23
Kjenner noen som er syk ⁷	,21	,21	,35
Enigbias ⁸	,02	,02	,00
Forklart varians (R ²)	,07	,08	,09

¹ Referansekategori (0) er Mann

² Referansekategori (0) er Alder 18-29 år

³ Referansekategori (0) er Grunnskole

⁴ Referansekategori (0) er Inntekt <300000=0

⁵ Referansekategori (0) er Helse-/velferdstjenester

⁶ Referansekategori (0) er Oslo

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

⁸ Tendensen til å si seg enig uansett (kontrollvariabel)

Fet skrift: signifikant på minst 5%-nivå

Tabell V.36 *Hva kan forklare stigmatiserende holdninger til psykisk sykdom og psykisk syke? 2012. Multivariat lineær regresjon. Ustandardiserte koeffisienter.*

Konstant	-1,24
Kvinne ¹	-1,36
Alder 30-44 år ²	-,12
Alder 45-59 år ²	-,21
Alder 60 år + ²	,29
Videregående utd. ³	-2,42
Lavere universitetsutd. ³	-3,72
Høyere universitetsutd. ³	-4,13
Inntekt 300000-600000 ⁴	-,78
Inntekt >600000 ⁴	-1,28
Håndverk/transport/ produksjon ⁵	-,08
Kontor/konsulent ⁵	-,34
Serviceyrker ⁵	,92
Andre yrker ⁵	-,72
Nord-Norge ⁶	-,90
Midt-Norge ⁶	-,70
Vestlandet ⁶	,04
Sørøst-Norge ⁶	,81
Østlandet ⁶	,47
Kjenner noen som er syk ⁷	-1,72
Enigbias ⁸	,41
Forklart varians (R ²)	,35

¹ Referansekategori (0) er Mann

² Referansekategori (0) er Alder 18-29 år

³ Referansekategori (0) er Grunnskole

⁴ Referansekategori (0) er Inntekt <300000=0

⁵ Referansekategori (0) er Helse-/velferdstjenester

⁶ Referansekategori (0) er Oslo

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

⁸ Tendensen til å si seg enig uansett (kontrollvariabel)

Fet skrift: signifikant på minst 5%-nivå

Tabell V.37 *Hva kan forklare optimistiske og lettvinde holdninger til muligheten av å bli frisk av psykisk sykdom? 2012.*
Multivariat lineær regresjon. Ustandardiserte koeffisienter.

Konstant	13,65
Kvinne ¹	-1,54
Alder 30-44 år ²	-,61
Alder 45-59 år ²	-1,05
Alder 60 år + ²	-0,07
Videregående utd. ³	-3,11
Lavere universitetsutd. ³	-4,48
Høyere universitetsutd. ³	-4,52
Inntekt 300000-600000 ⁴	-,44
Inntekt >600000 ⁴	-,42
Håndverk/transport/ produksjon ⁵	-,57
Kontor/konsulent ⁵	-,62
Serviceyrker ⁵	-,79
Andre yrker ⁵	,02
Nord-Norge ⁶	,67
Midt-Norge ⁶	,37
Vestlandet ⁶	1,25
Sørøst-Norge ⁶	-,08
Østlandet ⁶	,66
Kjenner noen som er syk ⁷	-,48
Enigbias ⁸	,23
Forklart varians (R ²)	,20

¹ Referansekategori (0) er Mann

² Referansekategori (0) er Alder 18-29 år

³ Referansekategori (0) er Grunnskole

⁴ Referansekategori (0) er Inntekt <300000=0

⁵ Referansekategori (0) er Helse-/velferdstjenester

⁶ Referansekategori (0) er Oslo

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

⁸ Tendensen til å si seg enig uansett (kontrollvariabel)

Fet skrift: signifikant på minst 5%-nivå

Tabell V.38 *Hva kan forklare vurderinger knyttet til hjelpeapparatets rolle? 2012. Multivariat lineær regresjon. Ustandardiserte koeffisienter.*

	<i>Hvis man får psykiske problemer bør man løse dem selv</i>	<i>Betydningen av problemer med psykisk helse i landet vårt er overdrevet</i>	<i>Hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig ressurser på barn/ unge med psykiske probl.</i>
Konstant	,39	2,21	2,52
Kvinne ¹	-,21	-,34	-,27
Alder 30-44 år ²	-,37	-,52	-,63
Alder 45-59 år ²	-,32	-,65	-,86
Alder 60 år + ²	-,02	-,13	-,16
Videregående utd. ³	-,18	-,15	,03
Lavere universitetsutd. ³	-,10	-,16	-,22
Høyere universitetsutd. ³	-,02	-,17	-,18
Inntekt 300000-600000 ⁴	,09	-,10	-,15
Inntekt >600000 ⁴	-,06	-,06	,02
Håndverk/transport/produksjon ⁵	-,02	-,02	-,05
Kontor/konsulent ⁵	-,12	,01	-,17
Serviceyrker ⁵	,08	,29	,07
Andre yrker ⁵	,06	-,06	-,24
Nord-Norge ⁶	,39	-,11	-,26
Midt-Norge ⁶	,21	-,12	,10
Vestlandet ⁶	,21	,12	-,10
Sørøst-Norge ⁶	,15	,08	,04
Østlandet ⁶	,22	,05	,02
Kjenner en som er syk	-,03	-,45	-,08
Enigbias ⁷	,04	,03	,02
Forklart varians R ²	,06	,07	,05

¹ Referansekategori (0) er Mann

² Referansekategori (0) er Alder 18-29 år

³ Referansekategori (0) er Grunnskole

⁴ Referansekategori (0) er Inntekt <300000=0

⁵ Referansekategori (0) er Helse-/velferdstjenester

⁶ Referansekategori (0) er Oslo

⁷ Tendensen til å si seg enig uansett (kontrollvariabel)

Fet skrift: signifikant på minst 5%-nivå

Vedlegg 5

Spørreskjema 2012

Introduksjon

God dag, mitt navn er og jeg ringer fra Vi gjennomfører for tiden en undersøkelse om befolkningens holdninger til 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 Helsedirektoratet ønsker å finne ut hvilke holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser som er i befolkningen. En hensikt er å undersøke om disse har endret seg etter helsemyndighetenes satsning på kommunikasjon som en del av Opptrappingsplanen for psykisk helse.

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

DATA

Målgruppe: kvinner og menn over 18 år

Utvalg: Landsrep

Antall int: 1200

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 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 2.

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 3.

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
- 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
- miljøforandringer hjelper ofte på psykiske problemer
- den beste måten å opprettholde god psykisk helse er å unngå vonde tanker

- 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
- folk som får psykiske lidelser har liten viljestyrke
- folk som trives i jobben sin får sjelden psykiske problemer
- de fleste psykiske lidelser er medfødt
- hvis man får psykiske problemer har man mislyktes i livet
- folk med psykiske problemer kan være like hyggelige å være sammen med som andre folk
- det er ikke flaut å ha psykiske problemer
- folk med psykiske lidelser kan bli helt friske igjen
- folk som er psykisk syke er sjelden farlige for omgivelsene
- folk som har vært psykisk syke kan bli helt lykkelige igjen
- man kan selv gjøre mye for å styrke sin egen psykiske helse

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

Spørsmål 4.

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 III: Bakgrunnsspørsmål**Spørsmål 5.
REGISTRER**

Fylke og kommune

**Spørsmål 6.
REGISTRER KJØNN**

1. Kvinne
2. Mann

Spørsmål 7.

Hvor stor var ditt husholds samlede brutto årsinntekt i 2011?

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 8.

Hva er din høyeste fullførte utdanning?

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

Spørsmål 9.

Kan jeg spørre om din alder?

NOTER**Spørsmål 10.**

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 11.

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

Norsk institutt for by- og region-forskning (NIBR) er et uavhengig, samfunnsvitenskapelig forskningsinstitutt som utvikler og formidler forskningsbasert kunnskap til nytte for beslutningstakere og samfunnsborgere.

NIBR tilbyr handlingsorientert og beslutningsrelevant forskning og utredning for oppdragsgivere i offentlig og privat sektor og konkurrerer om oppdrag nasjonalt og internasjonalt. Instituttet legger vekt på å være en konkurransedyktig bidragsyter til programforskningen i Norges forskningsråd og til internasjonale forskningsprogrammer, bl.a. i regi av EU. NIBR er en frittstående stiftelse, og realisering av instituttets forskningsmål forutsetter at driften går med økonomisk overskudd. Alt overskudd tilbakeføres til NIBR og brukes i tråd med instituttets formål.

NIBRs kjernekompetanse er by- og regionforskning. Dette er et bredt tverrfaglig og flerfaglig samfunnsvitenskapelig forskningsfelt som bl.a. omfatter: analyser av samfunnsforhold og samfunnsendring i urbane og rurale samfunn og på tvers av regioner, sektorer og nivåer, analyser av regional utvikling og verdiskaping, areal- og boligplanlegging, forvaltning, demokrati og velferdsutvikling innenfor og på tvers av lokale samfunn, territorielle samfunnsanalyser koplet til studier av bærekraftig utvikling.

By- og regionforskning er et internasjonalt forskningsfelt, og NIBR engasjerer seg aktivt i internasjonal forskning på instituttets satsingsområder.

NIBR har 65 forskere med samfunnsfaglig og planfaglig bakgrunn. Staben omfatter sosiologer, statsvitere, økonomer, demografer, antropologer, geografer, arkitekter og sivilingeniører.

Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR)

Gaustadalléen 21
0349 OSLO
Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
www.nibr.no

NIBR er en del av CIENS

CIENS er et strategisk forskningssamarbeid mellom uavhengige forskningsinstitutter og Universitetet i Oslo. CIENS er et nasjonalt og internasjonalt senter for tverr- og flerfaglig forskning om miljø og samfunn. Senteret er basert på felles faglige strategier og forskningsprogram, og samarbeider om forsknings- og formidlingsoppgaver. Gjennom CIENS er rundt 500 forskere samlokalisert i Forskningsparken.

Rapporten handler om engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom. Vi har målt hvordan folks holdninger har utviklet seg fra 2007 til 2012. Folk flest er lite stigmatiserende i sine holdninger mot psykisk syke. I hvilken grad de ønsker å vise engasjement og åpenhet avhenger av nærheten i relasjonen med den man stilles overfor. Utviklingen viser at folks holdninger i stor grad preges av stabilitet.