

Bilagor

Effektutvärdering av kampanjen Hjärnkoll 2009-2011

Bilaga 1 - 5

Innehåll

Bilaga 1. Jämförande befolkningsundersökning 2009-2010	3
Bilaga 2. Jämförande befolkningsundersökning 2009-2011	31
Bilaga 3. Utvärdering av utbildningsinsatser i samband med kampanjen Hjärnkoll..	64
Bilaga 4. Diskriminering av personer med psykisk ohälsa	73
Bilaga 5. Medieanalys till effektutvärdering.....	87

Bilaga 1. Jämförande befolkningsundersökning 2009-2010

Psykisk ohälsa – attityder, kunskap, beteende
En jämförande befolkningsundersökning 2009-2010

Lars Hansson
CEPI
Januari 2011

BAKGRUND

Regeringen har uppdragit till Handisam att i samarbete med Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH) utforma och driva ett riksomfattande program för att öka kunskapen om och förändra attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning, Hjärnkoll. I förarbetet till detta program skall Handisam/NSPH bland annat genom en befolkningsstudie undersöka och analysera attityder, kunskap och beteenden bland allmänheten om personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Denna befolkningsundersökning och följande undersökningar under 2010 och 2011 är också en del av utvärderingen av effekter av Hjärnkoll med avseende på attityder, kunskap och beteenden hos allmänheten.

UPPDRAGET

Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) genomför på uppdrag av Hjärnkoll tre befolkningsundersökningar som avser attityder, kunskap och beteende avseende psykisk sjukdom. Undersökningen skall i sin helhet ge underlag för att beskriva hur allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning förändras under den period Hjärnkoll pågår. Uppdraget omfattar bearbetning och rapportering av resultaten från dessa befolkningsundersökningar. Den första rapporten omfattar en beskrivning av attityder, kunskaper och beteenden för hela materialet och uppdelat på relevanta bakgrundsvariabler, samt jämförelser mellan undergrupper, utifrån den första befolkningsundersökningen. De följande befolkningsundersökningarna skall i huvudsak undersöka förändringar i attityder, kunskap och beteende med ett speciellt fokus på kampanjlänerna för Hjärnkoll. Undersökningarna genomförs under hösten 2009, 2010 respektive 2011.

SYFTE och FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna rapport är att med utgångspunkt från två svenska befolkningsundersökningar genomförda 2009-2010 undersöka förändringar i allmänhetens attityder i de kampanjlän som ingår i Hjärnkoll. De områden som utgör ett speciellt fokus i kampanjen är Region Västra Götaland, Uppsala och Västerbottens län. Utöver detta är syftet också att undersöka förändringar generellt i allmänheten mellan 2009 och 2010. Vidare kommer att belysas hur stor del av befolkningen som uppmärksammat kampanjen Hjärnkoll och vilken betydelse detta har för attityder, kunskap och beteende.

METOD

Urval

Datainsamlingen har genomfört av opinionsinstitutet NOVUS Group. NOVUS äger en webbpanel omfattande ett tvärsnitt av den svenska befolkningen som använts i undersökningen. Panelen är befolkningsrepresentativ avseende ålder, kön och region i åldersspannet 16-74 år. Urvalet för undersökningen utgörs av ett allmänhetsurval stratifierat för kön, ålder samt postnummer. Härutöver har, mot bakgrund av attityduppdragets uppläggning, gjorts tilläggsurval för tre specifika målgrupper:

1. 25-45 år bland allmänheten, även här stratifierat inom åldersintervallet på kön, ålder samt postnummer.
2. Kampanjlänen, här drogs ett allmänhetsurval inom valda regioner, stratifierat på kön samt ålder.
3. 25-45 år i kampanjlänen, stratifierat på kön samt ålder.

Nedanstående tabell visar urvalens storlek, deltagare och svarsfrekvens för de olika urvalen under 2009 respektive 2010.

		2009		2010		
	Urval	Deltagare	Frekvens	Urval	Deltagare	Frekvens
Allmänheten	3701	2053	55,5%	3912	2113	54 %
Allmänheten 25-45 år	1510	826	54,7%	1704	835	49 %
Kampanjlän	1587	846	53,3%	1561	859	55 %
Kampanjlän 25-45 år	1517	821	54,1%	2070	911	44 %

För varje enskilt urval har skickats 2-3 påminnelser, med cirka en veckas mellanrum. För att säkerställa materialets representativitet har det efterstratifierats och viktats efter kön, ålder samt valresultat 2006 respektive 2010. Undersökningarna genomfördes oktober-november 2009 och 2010. Bakgrundsuppgifter för deltagarna i den nationella undersökningen visas i tabell 1, och för deltagare i kampanjlänen i tabell 2. Den demografiska profilen för urvalen 2010 är snarlik den som fanns i urvalen 2009.

Frågeformulär

Fyra olika frågeformulär har använts i den webbaserade enkäten.

Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI)

Frågeformuläret CAMI konstruerades ursprungligen av Taylor och Dear (1981) och innehöll i den ursprungliga versionen 40 påståenden om attityder till psykisk sjukdom. I denna undersökning har en vidareutvecklad svensk version använts CAMI-s, innehållande 20 påståenden fördelade på tre attitydfaktorer som handlar om vidsynthet/pro-integration, rädsla/undvikande och inställning till en samhällsbaserad psykiatri. I frågeformuläret tar respondenten ställning till respektive påstående på en sex-gradig skala från instämmer inte alls =1 till instämmer helt och hållet = 6. Den svenska versionen har genomgått en psykometrisk testning (Högberg m fl 2008). För vissa analyser har svaren dikotomiserats så att svarsalternativen 1-3 = instämmer inte och svarsalternativen 4-6 = instämmer.

Fear of and Behavioural Intentions toward the mentally ill (FABI)

FABI innehåller 10 påståenden, ett om rädsla och nio om förväntade beteenden i olika typer av situationer eller kontakt med personer med psykisk sjukdom (Wolff m fl 1996). I denna undersökning har en svensk version använts som omfattar de nio påståendena om förväntade beteenden (Högberg m fl 2008). Samma sex-gradiga svarsskala som i CAMI har använts och svaren har i vissa analyser dikotomiserats på samma sätt.

Mental Health Knowledge Scale (MAKS)

MAKS är ett nyligen konstruerat frågeformulär för att undersöka kunskaper om psykisk sjukdom. Formuläret är konstruerat i England av Evans-Lacko m fl (2010) och har visat goda psykometriska egenskaper. MAKS innehåller 12 påståenden, sex som berör kunskaper om behandling/rehabilitering av personer med psykisk sjukdom, och sex påståenden där man tar ställning till om olika psykiatriska tillstånd är en sjukdom eller ej. Respondenten tar ställning till påståendena på en fem-gradig skala som sträcker sig från instämmer helt = 5 till tar helt avstånd från = 1. Det finns också en möjlighet att ange "vet inte". Svarsalternativen har i vissa analyser

dikotomiserats så att 4-5 = instämmer och 1-3 = instämmer inte. Formuläret har för denna undersökning översatts till svenska enligt vedertagna principer.

Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS)

RIBS är också ett nyutvecklat frågeformulär om tidigare/nuvarande erfarenheter av och framtida beteende gentemot personer med psykisk sjukdom. Formuläret är konstruerat i England av Evans-Lacko m fl (ej publicerat) och har visat goda psykometriska egenskaper (personlig kommunikation). Tidigare/Nuvarande erfarenheter skattas inom 4 områden: boende, arbete, grannskap och vänskap med en person med psykiska problem. Dessa frågor besvaras med "ja", "nej" eller "vet inte". I tillägg tar man ställning till framtida beteende inom samma 4 områden. Ex. "Skulle du i framtiden vilja bo tillsammans med en person som har psykiska problem?" Svarsskalan för dessa frågor sträcker sig från instämmer helt = 5 till helt avstånd från = 1. Man kan också här svara "vet inte". För dessa frågor har svarsalternativen i vissa analyser dikotomiserats så att 4-5 = instämmer och 1-3 = instämmer inte. Formuläret har för denna undersökning översatts till svenska enligt vedertagna principer.

Statistik

Deskriptiv statistik i form av procentuella fördelningar har använts. I jämförelser mellan undergrupper med avseende på enskilda påståenden/frågor har Chi-2 analyser gjorts med dikotomiserade svarsfördelningar. För CAMI har faktorpoäng beräknats för de tre faktorerna och använts i gruppjämförelser och i multipla regressionsanalyser för att analysera betydelsen av ett antal bakgrundsfaktorer för variationen i attityder.

RESULTAT

Har attityder, kunskaper och beteende förändrats i kampanjlänen?

Tabell 3 visar jämförelser med avseende på attityder i kampanjlänen mellan 2009 och 2010. Det finns signifikanta skillnader i fyra av de 20 påståenden som ingår i CAMI. I alla fyra tillfällena så har attityder förändrats i positiv riktning. Alla fyra kan också sägas uttrycka ett minskat behov av social distans.

När det gäller förväntat beteende finns det en positiv förändring i ett av de nio påståenden som ingår i FABI, se tabell 4. Det är en större andel som inte är motståndare till att personer med psykisk sjukdom bor i grannskapet. När det gäller framtida förväntat beteende finns det inga förändringar mellan åren, se tabell 5b. Det finns något fler 2010 som uppger att de har eller har haft en granne som har haft psykiska problem, tabell 5a.

Kunskaper angående psykisk ohälsa har generellt sett inte förändrats mellan 2009 och 2010. Det finns dock 2010 en något större andel som anser att stress är en psykisk sjukdom, tabell 6.

Skiljer sig de som uppmärksammat kampanjen från övriga i kampanjlänen?

I undersökningen 2010 ingick en fråga om man uppmärksammat att det pågår en kampanj som handlar om attityder till personer med psykisk sjukdom. I kampanjlänen hade cirka 17 % av de 859 deltagarna i kampanjlänen uppmärksammat detta. Jämförelser mellan dessa personer och övriga visar att de som uppmärksammat kampanjen i stor utsträckning har mer positiva attityder. I 12 av de 20 påståendena har gruppen som uppmärksammat kampanjen mer positiva attityder, tabell 7. De största skillnaderna i attityder berör huruvida personer som varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter, samt flera olika påståenden som handlar om utlokalisering och acceptans av psykiatrisk verksamhet i bostadsområden.

En viktig fråga är om de som uppmärksammat kampanjen utgör en undergrupp som på grund av bakomliggande sociala och sociodemografiska faktorer har mer positiva attityder och ett engagemang i kampanjens frågeställningar, vilket föranlett att man i större utsträckning uppmärksammat kampanjen. De bakgrundsfaktorer som i undersökningen 2009 hade den starkaste kopplingen till mer positiva attityder var

egen erfarenhet av psykisk sjukdom i någon form, att ha en yrkesutbildning eller yrkesverksamhet inom psykiatri, att ha en högskoleutbildning och att vara kvinna. För att pröva om uppmärksammandet av kampanjen har ett självständigt förklaringsvärde relativt dessa bakgrundsfaktorer gjordes en stegvis multipel regressionsanalys med de tre attitydfaktorerna i CAMI som oberoende variabler. Dessa tre attitydfaktorer uttrycker graden av vidsynthet/pro-integration, rädsla/undvikande och inställning till en samhällsbaserad psykiatri. Efter att ha kontrollerat för bakgrundsfaktorerna så visar det sig att i alla tre attitydfaktorerna har att man uppmärksammat kampanjen en signifikant relation till mer positiva attityder. De bakgrundsfaktorer som i tillägg är relaterade till mer positiva attityder är egen eller väns psykiska sjukdom (alla tre faktorerna), yrkesutbildning (rädsla/undvikande) eller yrkesverksamhet inom psykiatri (vidsynthet/pro-integration), och högskoleutbildning (inställning till en samhällsbaserad psykiatri). Det bör dock påpekas att det i samtliga tre analyser endast är en liten del av variationen i attityderna som är relaterad till dessa bakgrundsfaktorer och till att man uppmärksammat kampanjen.

När det gäller förväntade beteenden (FABI), tabell 8, finns det få skillnader. De som uppmärksammat kampanjen skulle i större utsträckning välkomna en patient i psykiatri till sitt hem, men å andra sidan vara mer oroliga för att besöka en sådan person i sitt hem. Man skulle också i större utsträckning tänka sig att bo tillsammans med en person med psykiska problem (RIBS), tabell 9b. Man har också i större utsträckning tidigare erfarenheter av nära kontakter med personer med psykiska problem (RIBS), tabell 9a.

Personer som uppmärksammat kampanjen anser också i större utsträckning att läkemedel och psykoterapi är effektiva behandlingsmetoder, och menar också i större utsträckning att de kan förmedla råd om professionell hjälp (MAKS), tabell 10.

Har attityder, kunskap och beteende i åldersgruppen 25-45 år förändrats i kampanjlänet?

En målgrupp för Hjärnkoll är åldersgruppen 25-45 år. I denna undergrupp finns det inga förändringar i kunskaper och förväntade beteenden mellan år 2009 och 2010. Det finns dock förändringar i positiv riktning i två attityder. Man anser 2010 i mindre utsträckning att personer med psykisk sjukdom är farliga 29 % vs 23 %, $p=.01$) och

är anser i större utsträckning att man inte bör motarbeta en utlokalisering av psykiatriska verksamheter till bostadsområden (75 % vs 81 %, $p=.01$).

Har attityder kunskap och beteende förändrats utanför kampanjlänen?

I den nationella undersökningen finns i urvalen som helhet inga signifikanta förändringar mellan 2009 och 2010 i attityder, kunskap och beteende.

Skiljer sig de som uppmärksammat kampanjen från övriga?

Antal deltagare i undersökningen 2010 som inte hade sin hemvist i kampanjlänen var 1601 personer varav 1526 svarat på frågan om man uppmärksammat kampanjen, vilket 14,4 % hade gjort. Jämförelser mellan denna grupp och övriga visar att det finns en rad skillnader i attityder (CAMI), tabell 11. I 14 av de 20 påståenden som ingår i CAMI har de som uppmärksammat kampanjen mer positiva attityder. I likhet med antagandet när det gäller motsvarande grupp i kampanjlänen kan detta bero på att de utgör en undergrupp som på grund av bakomliggande sociala och sociodemografiska faktorer har mer positiva attityder och ett engagemang i kampanjens frågeställningar, vilket föranlett att man i större utsträckning uppmärksammat kampanjen. En motsvarande analys med stegvisa multipla regressionsanalyser ger ett resultat som är likartat det i kampanjlänen. Efter att ha kontrollerat för samma bakgrundsfaktorer som i kampanjlänen så har att man uppmärksammat kampanjen en signifikant relation till mer positiva attityder i två av de tre attitydfaktorerna (vidsynthet/pro-integration, rädsla/undvikande). De bakgrundsfaktorer som också är relaterade till mer positiva attityder är egen, anhörigs eller nära väns psykiska sjukdom (alla tre faktorerna), yrkesverksamhet inom psykiatri (alla tre faktorerna), och kön (rädsla/undvikande). Det bör dock påpekas att precis som i de tidigare analyserna så är det endast en liten del av variationen i attityderna som är relaterad till dessa faktorer.

När det gäller förväntade beteenden så är de som uppmärksammat kampanjen generellt sett mer positiva till kontakt inom olika områden, det finns signifikanta skillnader i 8 av de 9 situationer som ingår i FABI, tabell 12. Det samma gäller framtida förväntade beteenden enligt RIBS, där man i större utsträckning kan tänka sig att bo, bo nära eller arbeta tillsammans med en person med psykiska problem tabell 13b. Man har också i större utsträckning tidigare erfarenheter inom dessa

områden av kontakt med personer med psykiska problem, tabell 13a. De som uppmärksammat kampanjen har också en större tilltro till att personer med psykisk sjukdom kan återhämta sig, vill ha ett lönearbete och att man får professionell hjälp inom psykiatrin, tabell 14. Man vet också i större utsträckning vilka råd man skall ge en vän för att denne skall få professionell hjälp

SAMMANFATTNING

Denna rapport har haft ett fokus på förändringar mellan 2009 och 2010 med avseende på attityder, kunskaper och förväntade beteenden i de län som utgjort Hjärnkolls kampanjlän, Västerbotten, Uppland och Västra Götaland. Resultaten visar att det finns vissa positiva förändringar i kampanjlänen framförallt vad gäller attityder som berör social distans. Dessa positiva förändringar är betydligt mer omfattande om man jämför de som säger sig ha uppmärksammat kampanjen jämfört med de övriga i befolkningsurvalet från kampanjlänen. Även här gäller det framförallt förändringar i attityder men i vissa fall även kunskaper och förväntade beteenden. De multivariata analyserna visade att dessa skillnader inte enbart kan hänföras till att de som uppmärksammat kampanjen tillhör en grupp i befolkningen som generellt sett visar mer positiva attityder. Att ha egen erfarenhet av psykisk sjukdom i någon form liksom att ha varit yrkesverksam eller ha en yrkesutbildning inom psykiatriområdet, eller en högskoleutbildning är relaterat till mer positiva attityder, men härutöver har också det faktum att man uppmärksammat kampanjen ett positivt inflytande i alla tre attitydfaktorerna. Detta kan tolkas som att kampanjen haft ett visst självständigt positivt inflytande på attityderna i kampanjlänen. Resultaten från analyserna av målgruppen 25-45 år i kampanjlänen visar att det finns få skillnader mellan 2009 och 2010.

Resultaten från denna undersökning visar också att attityder, kunskap och förväntade beteenden bland allmänheten generellt sett inte har förändrats mellan 2009 och 2010, vilket heller inte är att förvänta. Jämförelser mellan de som i riket utanför kampanjlänen uppmärksammat kampanjen och övriga visar att det i en majoritet av de påståenden man tar ställning till i attitydformuläret finns mer positiva attityder bland de som uppmärksammat kampanjen. Detta gäller också generellt sätt förväntade beteenden där man är mer positiv till kontakt och umgänge med personer med psykiska problem. Parallellt med analysen i kampanjlänen så har också det

faktum att man uppmärksammat kampanjen ett positivt inflytande på attityder utöver övriga prediktorer som egen erfarenhet och yrkesverksamhet inom psykiatrin. Detta kan tolkas som att kampanjen även på ett nationellt plan haft ett visst inflytande på en förändring mot mer positiva attityder, även om det precis som i kampanjlänen är en liten del av variationen i attityder som kan relateras till kampanjfaktorn.

REFERENSER

Högberg T, Magnusson A, Ewertzon M, Lützén K. Attitudes towards mental illness I Sweden: Adaptation and development of the Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire. *International Journal of Mental Health Nursing* 2008;17:302-310.

Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H, Rose D, Rhydderech D, Henderson C, Thornicroft G. Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *Canadian Journal of Psychiatry* 2010;55:440-448.

Evans-Lacko S, Rose D, Little K, Rhydderech D, Henderson C, Thornicroft G. Development and psychometric properties of a stigma related behaviour measure. Personal communication.

Taylor M, Dear J. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin* 1981;7:225-240

Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *British Journal of Psychiatry* 1996;168:191-198

Tabell 1.**Sociodemografiska bakgrundsuppgifter för deltagare i den nationella undersökningen 2010.**

Tabellen visar antal och procentuell andel (N=2113).

	N	%
Kön		
Man	950	45,0
Kvinna	1163	55,0
Ålder (m, range)	47 (15-93)	
Sammanboende		
Gift	946	44,8
Sammanboende	507	24,0
Ej sammanboende	660	31,2
Hemmaboende barn		
Ja	773	36,6
Nej	1340	63,4
Boendesituation		
Hyseslägenhet	581	27,5
Bostadsrätt	418	19,8
Villa/radhus	1094	51,8
Övrigt (inneboende m.fl.)	20	0,9
Högsta avslutad utbildning		
Grundskola	242	11,5
Gymnasium	893	42,3
Högskola/universitet	971	46,0
Ingen avslutad	7	,3
Huvudsaklig sysselsättning		
Studerande	194	9,2
Arbetare	511	24,2
Tjänsteman	593	28,1
Egen företagare	115	5,4
Föräldraledig	46	2,2
Långtidssjukskriven/förtidspensionerad	129	6,1
Ålderspensionär	346	16,4
Arbetsökande	116	5,5
Annan	63	3,0
Personlig erfarenhet av psykisk sjukdom *		
Ingen erfarenhet	548	25,9
Erfarenhet genom egen psykisk sjukdom	315	14,9
Erfarenhet genom anhörigs psykiska sjukdom	744	35,2
Erfarenhet genom nära väns psykiska sjukdom	873	41,3

Erfarenhet genom utbildning inom psykiatrisk vård/stöd/omsorg	357	16,9
Erfarenhet genom yrkesverksamhet inom psykiatrisk vård/stöd/omsorg	440	20,8
Annat	179	8,5

* Mer än ett alternativ kan anges

Tabell 2. Sociodemografiska bakgrundsuppgifter för deltagare i kampanjlänen 2010. Tabellen visar antal och procentuell andel (N=859).

	N	%
Kön		
Man	433	50,4
Kvinna	426	49,6
Ålder (m, range)	48 (15-82)	
Sammanboende		
Gift	394	45,9
Sammanboende	211	24,6
Ej sammanboende	254	29,6
Hemmaboende barn		
Ja	328	38,2
Nej	531	61,8
Boendesituation		
Hyreslägenhet	252	29,3
Bostadsrätt	161	18,7
Villa/radhus	437	50,9
Övrigt (inneboende m.fl.)	9	1,0
Högsta avslutad utbildning		
Grundskola	102	11,9
Gymnasium	389	45,3
Högskola/universitet	364	42,4
Ingen avslutad	4	,5
Huvudsaklig sysselsättning		
Studerande	75	8,7
Arbetare	224	26,1
Tjänsteman	223	26,0
Egen företagare	41	4,8
Föräldraledig	21	2,4
Långtidssjukskriven/förtidspensionerad	55	6,4
Ålderspensionär	159	18,5
Arbetsökande	37	4,3
Annan	24	2,8

Personlig erfarenhet av psykisk sjukdom *

Ingen erfarenhet	235	27,4
Erfarenhet genom egen psykisk sjukdom	107	12,5
Erfarenhet genom anhörigs psykiska sjukdom	295	34,3
Erfarenhet genom nära väns psykiska sjukdom	359	41,8
Erfarenhet genom utbildning inom psykiatrisk vård/stöd/omsorg	154	17,9
Erfarenhet genom yrkesverksamhet inom psykiatrisk vård/stöd/omsorg	182	21,2
Annat	80	9,3

Tabell 3. Attityder till personer med psykisk sjukdom (CAMI) i kampanjlänen. Jämförelser mellan 2009-2010.

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningarna som helt eller delvis *inte instämmer* i respektive påstående i undersökningen 2009 respektive 2010. Antal deltagare i undersökningen 2009 var 846 personer och 2010 859 personer. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan de två åren har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Undersökning		Sign.
	2009	2010	
Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället	26,7	29,4	
Så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer	25,7	30,2	
Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle, som har en psykisk sjukdom	25,0	22,4	
Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde	83,3	88,8	.001
Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom för att få psykiatrisk vård	81,6	87,4	.001
Den lokala befolkningen behöver inte vara rädd för de människor som besöker deras närområde för att få psykiatrisk vård	30,5	27,0	
Ingen har rätt att utestänga människor med en psykisk sjukdom från deras grannskap Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom	19,8 89,6	19,9 92,7	.05
Det bästa sättet att omhänderta människor med en psykisk sjukdom är att låsa in dem	93,8	94,9	
De flesta personer som en gång varit	62,5	58,7	

patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga
barnvakter

Lokalbefolkningen bör acceptera att en
psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till
deras bostadsområde för att tillgodose
samhällets behov

34,7 31,4

Människor med en psykisk sjukdom är
mycket mindre farliga än vad de flesta
människor tror

27,8 24,8

Människor med en psykisk sjukdom ska inte
behandlas som utstötta från samhället

10,8 9,3

Människor med en psykisk sjukdom bör
isoleras från resten av samhället
Utlokalisering av en psykiatrisk verksamhet
till ett bostadsområde utgör ingen fara för
lokalbefolkningen

94,3 94,1

33,7 28,6 .05

Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken
annan sjukdom som helst

32,2 32,2

Psykiatriska verksamheter bör inte förläggas
till bostadsområden

71,9 70,2

Lokalbefolkningen har goda skäl att
motarbeta utlokalisering av psykiatrisk
verksamhet till deras bostadsområde

76,8 76,7

Att skydda samhället från människor med en
psykisk sjukdom borde betonas mindre

37,0 32,9

Att ha människor med en psykisk sjukdom
boende i ett bostadsområde må hända vara
bra för dem, men riskerna för
lokalbefolkningen blir i så fall alltför stora

80,7 82,3

Jag skulle hellre vilja ha en kvinna som
tidigare varit patient inom psykiatri som
granne, än en man som tidigare varit patient
inom psykiatri som granne

71,8 72,3

Tabell 4. Förväntat beteende mot personer med psykisk sjukdom (FABI) i kampanjlänen. Jämförelser mellan 2009-2010.

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningarna som helt eller delvis *inte instämmer* i respektive påstående i undersökningen 2009 respektive 2010. Antal deltagare i undersökningen 2009 var 846 personer och 2010 859 personer. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan de två åren har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Undersökning		Sign.
	2009	2010	
Jag är motståndare till att människor som har en psykisk sjukdom bor i mitt grannskap	83,9	87,9	.05
Jag kan tänka mig att arbeta tillsammans med någon som har en psykisk sjukdom	23,0	23,7	
Jag skulle bjuda in någon till mitt hem även om jag visste att denne led av en psykisk sjukdom	20,4	23,9	
Jag kan tänka mig att ha en vän som tidigare har varit patient inom psykiatrin	9,1	10,0	
Jag skulle undvika att prata med grannar som tidigare haft en psykisk sjukdom	93,1	93,3	
Jag skulle känna mig orolig om jag besökte någon med en psykisk sjukdom	84,4	85,3	
Om någon, som tidigare hade varit patient inom psykiatrin blev min granne, skulle jag välkomna denne i mitt hem någon gång då och då	25,0	22,7	
Jag skulle kunna prata naturligt med grannar som har haft en psykisk sjukdom	13,5	12,4	
Om någon som tidigare har haft en psykisk sjukdom blev min granne, skulle jag besöka denne	22,3	23,3	

Tabell 5a. Tidigare och nuvarande erfarenheter av personer med psykisk ohälsa (RIBS) i kampanjlänen. Jämförelser mellan 2009 – 2010.

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningen som svarat ja på respektive fråga 2009 respektive 2010. Antal deltagare i undersökningen 2009 var 846 personer och 2010 859 personer. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan de två åren har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Fråga	Undersökning		Sign.
	2009	2010	
Bor du för närvarande, eller har du någon gång bott tillsammans med en person med psykiska problem?	29,2	30,9	
Arbetar du för närvarande, eller har du någon gång arbetat tillsammans med en person med psykiska problem?	54,8	55,8	
Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en granne med psykiska problem?	45,8	53,4	.01
Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en nära vän med psykiska problem?	69,3	70,7	

Tabell 5b Framtida förväntat beteende visavi personer med psykisk ohälsa (RIBS) i kampanjlänen. Jämförelser mellan 2009-2010

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningen som helt eller delvis **instämmer** i respektive påstående 2009 respektive 2010. Antal deltagare i undersökningen 2009 var 846 personer och 2010 859 personer. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan de två åren har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Undersökning		Sign.
	2009	2010	
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo tillsammans med en person som har psykiska problem	39,5	42,7	
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att arbeta tillsammans med en person som har psykiska problem	72,1	71,8	
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo nära en person som har psykiska problem	74,2	72,6	
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att fortsätta relationen med en vän som fick psykiska problem	85,9	87,0	

Tabell 6. Kunskaper om psykisk ohälsa (MAKS) i kampanjlänen. Jämförelser mellan 2009 – 2010.

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningen som helt eller delvis *instämmer* i respektive påstående 2009 respektive 2010. Antal deltagare i undersökningen 2009 var 846 personer och 2010 859 personer. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan de två åren har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Undersökning		Sign.
	2009	2010	
De flesta människor med psykiska problem vill ha ett lönearbete	74,6	76,2	
Om jag hade en vän med psykiska problem, vet jag vilket råd jag skulle ge honom/henne för att få professionell hjälp	63,9	63,6	
Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem	79,1	78,5	
Psykoterapi (t.ex. kognitiv terapi eller stödsamtal) kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem	91,2	89,9	
Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt	63,6	66,5	
De flesta människor med psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården	30,3	31,5	
Depression är en form av psykisk sjukdom	76,8	80,4	
Stress är en form av psykisk sjukdom	29,1	35,3	.01
Schizofreni är en form av psykisk sjukdom	97,7	96,4	
Bipolärt syndrom (mano-depressiv sjukdom) är en form av psykisk sjukdom	96,4	96,0	
Alkohol och drogmissbruk är en form av psykisk sjukdom	47,0	50,3	
Sorg är en form av psykisk sjukdom	29,2	32,2	

Tabell 7. Attityder till personer med psykisk sjukdom (CAMI) i kampanjlänen 2010. Jämförelser mellan de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen.

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningarna som helt eller delvis *inte instämmer* i respektive påstående, uppdelat på de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen. Antal deltagare i undersökningen 2010 var 859 personer varav 828 svarat på frågan om kampanjen, 17 % av dessa hade uppmärksammat kampanjen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Uppmärksammat kampanjen		Sign.
	Ja	Nej	
Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället	34,1	28,2	
Så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer	30,4	30,3	
Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle, som har en psykisk sjukdom	14,4	24,3	.01
Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde	93,5	87,7	.05
Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom för att få psykiatrisk vård	89,3	86,8	
Den lokala befolkningen behöver inte vara rädd för de människor som besöker deras närområde för att få psykiatrisk vård	16,1	29,7	.001
Ingen har rätt att utestänga människor med en psykisk sjukdom från deras grannskap Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom	12,4 94,9	21,2 92,4	.05
Det bästa sättet att omhänderta människor med en psykisk sjukdom är att låsa in dem	93,5	95,0	
De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter	43,5	62,4	.001
Lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov	16,3	34,9	.001
Människor med en psykisk sjukdom är mycket mindre farliga än vad de flesta människor tror	17,8	26,9	.05
Människor med en psykisk sjukdom ska inte behandlas som utstötta från samhället	8,0	9,8	

Människor med en psykisk sjukdom bör isoleras från resten av samhället	91,4	94,7	
Utlokalisering av en psykiatrisk verksamhet till ett bostadsområde utgör ingen fara för lokalbefolkningen	15,0	31,8	.001
Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst	21,2	35,2	.001
Psykiatriska verksamheter bör inte förläggas till bostadsområden	83,0	66,9	.001
Lokalbefolkningen har goda skäl att motarbeta utlokalisering av psykiatrisk verksamhet till deras bostadsområde	89,8	73,4	.001
Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre	27,1	34,0	
Att ha människor med en psykisk sjukdom boende i ett bostadsområde må hända vara bra för dem, men riskerna för lokalbefolkningen blir i så fall alltför stora	89,5	80,5	.01
Jag skulle hellre vilja ha en kvinna som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne, än en man som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne	82,4	70,2	.01

Tabell 8. Förväntat beteende mot personer med psykisk sjukdom (FABI) i kampanjlänen 2010. Jämförelser mellan de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen.

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningarna som helt eller delvis *inte instämmer* i respektive påstående, uppdelat på de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen. Antal deltagare i undersökningen 2010 var 859 personer varav 828 svarat på frågan om kampanjen, 17 % av dessa hade uppmärksammat kampanjen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Uppmärksammat kampanjen		Sign.
	JA	Nej	
Jag är motståndare till att människor som har en psykisk sjukdom bor i mitt grannskap	89,8	87,7	
Jag kan tänka mig att arbeta tillsammans med någon som har en psykisk sjukdom	23,2	23,8	
Jag skulle bjuda in någon till mitt hem även om jag visste att denne led av en psykisk sjukdom	22,4	24,3	
Jag kan tänka mig att ha en vän som tidigare har varit patient inom psykiatrin	8,8	10,5	
Jag skulle undvika att prata med grannar som tidigare haft en psykisk sjukdom	90,6	93,6	
Jag skulle känna mig orolig om jag besökte någon med en psykisk sjukdom	79,9	86,4	.05
Om någon, som tidigare hade varit patient inom psykiatrin blev min granne, skulle jag välkomna denne i mitt hem någon gång då och då	14,4	24,5	.01
Jag skulle kunna prata naturligt med grannar som har haft en psykisk sjukdom	15,8	11,7	
Om någon som tidigare har haft en psykisk sjukdom blev min granne, skulle jag besöka denne	19,7	24,3	

Tabell 9a. Tidigare och nuvarande erfarenheter av personer med psykisk ohälsa (RIBS) i kampanjlänen 2010. Jämförelser mellan de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen.

Tabellen visar procentuella andelar som svarat ja på respektive fråga. Antal deltagare i undersökningen 2010 var 859 personer varav 828 svarat på frågan om de uppmärksammat kampanjen, 17 % av dessa hade uppmärksammat kampanjen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Fråga	Uppmärksammat kampanjen		Sign.
	Ja	Nej	
Bor du för närvarande, eller har du någon gång bott tillsammans med en person med psykiska problem?	44,5	28,1	.001
Arbetar du för närvarande, eller har du någon gång arbetat tillsammans med en person med psykiska problem?	70,3	52,3	.001
Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en granne med psykiska problem?	70,5	49,4	.001
Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en nära vän med psykiska problem?	80,3	68,9	.01

Tabell 9b Framtida förväntat beteende visavi personer med psykisk ohälsa (RIBS) i kampanjlänen 2010. Jämförelser mellan de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen.

Tabellen visar procentuella andelar som helt eller delvis *instämmer* i respektive påstående. Antal deltagare i undersökningen 2010 var 859 personer varav 828 svarat på frågan om de uppmärksammat kampanjen, 17 % av dessa hade uppmärksammat kampanjen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Uppmärksammat kampanjen		Sign.
	Ja	Nej	
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo tillsammans med en person som har psykiska problem	55,5	40,4	.001
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att arbeta tillsammans med en person som har psykiska problem	76,5	71,3	
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo nära en person som har psykiska problem	77,9	71,9	
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att fortsätta relationen med en vän som fick psykiska problem	90,4	87,0	

Tabell 10. Kunskaper om psykisk ohälsa(MAKS) i kampanjlänen 2010 Jämförelser mellan de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen.

Tabellen visar procentuella andelar som helt eller delvis *instämmer* i respektive påstående. Antal deltagare i undersökningen 2010 var 859 personer varav 828 svarat på frågan om de uppmärksammat kampanjen, 17 % av dessa hade uppmärksammat kampanjen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Uppmärksammat kampanjen		Sign.
	Ja	Nej	
De flesta människor med psykiska problem vill ha ett lönearbete	74,1	76,6	
Om jag hade en vän med psykiska problem, vet jag vilket råd jag skulle ge honom/henne för att få professionell hjälp	85,9	57,7	.001
Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem	85,5	77,1	.05
Psykoterapi (t.ex. kognitiv terapi eller stödsamtal) kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem	95,7	88,8	.01
Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt	73,6	64,9	
De flesta människor med psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården	36,3	29,9	
Depression är en form av psykisk sjukdom	77,9	81,0	
Stress är en form av psykisk sjukdom	40,3	34,0	
Schizofreni är en form av psykisk sjukdom	98,6	96,2	
Bipolärt syndrom (mano-depressiv sjukdom) är en form av psykisk sjukdom	95,7	96,7	
Alkohol och drogmissbruk är en form av psykisk sjukdom	51,8	49,2	
Sorg är en form av psykisk sjukdom	31,7	32,4	

Tabell 11. Attityder till personer med psykisk sjukdom (CAMI) bland allmänheten 2010. Jämförelser mellan de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen utanför kampanjlänen.

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningarna som helt eller delvis *inte instämmer* i respektive påstående, uppdelat på de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen. Antal deltagare i undersökningen 2010 utanför kampanjlänen var 1601 personer varav 1526 svarat på frågan om kampanjen, och 14,4 % av dessa hade uppmärksammat kampanjen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Uppmärksammat kampanjen		Sign.
	Ja	Nej	
Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället	27,1	30,3	
Så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer	27,9	29,8	
Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle, som har en psykisk sjukdom	16,4	24,2	.01
Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde	91,4	84,4	.01
Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom för att få psykiatrisk vård	88,2	85,1	
Den lokala befolkningen behöver inte vara rädd för de människor som besöker deras närområde för att få psykiatrisk vård	21,2%	29,7	.01
Ingen har rätt att utestänga människor med en psykisk sjukdom från deras grannskap	11,2	18,3	.01
Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom	94,0	89,6	.05
Det bästa sättet att omhänderta människor med en psykisk sjukdom är att låsa in dem	95,4	95,9	
De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter	47,5	67,2	.001
Lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov	23,0	32,9	.01
Människor med en psykisk sjukdom är mycket mindre farliga än vad de flesta människor tror	18,1	28,8	.001

Människor med en psykisk sjukdom ska inte behandlas som utstötta från samhället	8,7	12	
Människor med en psykisk sjukdom bör isoleras från resten av samhället	96,8	94,8	
Utlokalisering av en psykiatrisk verksamhet till ett bostadsområde utgör ingen fara för lokalbefolkningen	21,3	33,6	.001
Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst	17,2	36,9	.001
Psykiatriska verksamheter bör inte förläggas till bostadsområden	84,3	71,9	.001
Lokalbefolkningen har goda skäl att motarbeta utlokalisering av psykiatrisk verksamhet till deras bostadsområde	88,2	76,3	.001
Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre	23,7	38,8	.001
Att ha människor med en psykisk sjukdom boende i ett bostadsområde må hända vara bra för dem, men riskerna för lokalbefolkningen blir i så fall alltför stora	90,7	80,7	.001
Jag skulle hellre vilja ha en kvinna som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne, än en man som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne	68,3	70,3	

Tabell 12. Förväntat beteende mot personer med psykisk sjukdom (FABI) bland allmänheten 2010. Jämförelser mellan de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen utanför kampanjlänen.

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningarna som helt eller delvis *inte instämmer* i respektive påstående, uppdelat på de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen. Antal deltagare i undersökningen 2010 utanför kampanjlänen var 1601 personer varav 1526 svarat på frågan om kampanjen, och 14,4 % av dessa hade uppmärksammat kampanjen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Uppmärksammat kampanjen		Sign.
	JA	Nej	
Jag är motståndare till att människor som har en psykisk sjukdom bor i mitt grannskap	91,2	85,9	.05
Jag kan tänka mig att arbeta tillsammans med någon som har en psykisk sjukdom	19,0	27,6	.01
Jag skulle bjuda in någon till mitt hem även om jag visste att denne led av en psykisk sjukdom	15,7	24,4	.01
Jag kan tänka mig att ha en vän som tidigare har varit patient inom psykiatri	5,0	9,3	.05
Jag skulle undvika att prata med grannar som tidigare haft en psykisk sjukdom	95,5	93,3	
Jag skulle känna mig orolig om jag besökte någon med en psykisk sjukdom	90,0	82,9	.01
Om någon, som tidigare hade varit patient inom psykiatri blev min granne, skulle jag välkomna denne i mitt hem någon gång då och då	18,3	26,8	.01
Jag skulle kunna prata naturligt med grannar som har haft en psykisk sjukdom	7,8	15	.01
Om någon som tidigare har haft en psykisk sjukdom blev min granne, skulle jag besöka denne	14,1	27,6	.001

Tabell 13a. Tidigare och nuvarande erfarenheter av personer med psykisk ohälsa (RIBS) bland allmänheten 2010. Jämförelser mellan de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen utanför kampanjlänen.

Tabellen visar procentuella andelar som svarat ja på respektive fråga, uppdelat på de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen. Antal deltagare i undersökningen 2010 utanför kampanjlänen var 1601 personer varav 1526 svarat på frågan om kampanjen, och 14,4 % av dessa hade uppmärksammat kampanjen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Fråga	Uppmärksammat kampanjen		Sign.
	Ja	Nej	
Bor du för närvarande, eller har du någon gång bott tillsammans med en person med psykiska problem?	41,4	28,2	.001
Arbetar du för närvarande, eller har du någon gång arbetat tillsammans med en person med psykiska problem?	68,0	47,5	.001
Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en granne med psykiska problem?	59,1	46,2	.01
Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en nära vän med psykiska problem?	79,9	66,6	.001

Tabell 13b Framtida förväntat beteende visavi personer med psykisk ohälsa (RIBS) i kampanjlänen 2010. Jämförelser mellan de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen.

Tabellen visar procentuella andelar som helt eller delvis *instämmer* i respektive påstående, uppdelat på de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen. Antal deltagare i undersökningen 2010 utanför kampanjlänen var 1601 personer varav 1526 svarat på frågan om kampanjen, och 14,4 % av dessa hade uppmärksammat kampanjen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Uppmärksammat kampanjen		Sign.
	Ja	Nej	
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo tillsammans med en person som har psykiska problem	51,6	38,4	.001
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att arbeta tillsammans med en person som har psykiska problem	79,1	70,5	.01
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo nära en person som har psykiska problem	84,7	72,8	.001
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att fortsätta relationen med en vän som fick psykiska problem	91,7	87,3	

Tabell 14. Kunskaper om psykisk ohälsa(MAKS) i kampanjlänen 2010 Jämförelser mellan de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen.

Tabellen visar procentuella andelar som helt eller delvis *instämmer* i respektive påstående. Antal deltagare i undersökningen 2010 var 859 personer varav 828 svarat på frågan om de uppmärksammat kampanjen, 17 % av dessa hade uppmärksammat kampanjen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Uppmärksammat kampanjen		Sign.
	Ja	Nej	
De flesta människor med psykiska problem vill ha ett lönearbete	89,4	75,3	.001
Om jag hade en vän med psykiska problem, vet jag vilket råd jag skulle ge honom/henne för att få professionell hjälp	78,5	60,8	.001
Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem	85,3	80,6	
Psykoterapi (t.ex. kognitiv terapi eller stödsamtal) kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem	93,6	90,6	
Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt	68,9	58,5	.01
De flesta människor med psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården	34,7	27,3	.05
Depression är en form av psykisk sjukdom	78,2	79,0	
Stress är en form av psykisk sjukdom	38,4	33,6	
Schizofreni är en form av psykisk sjukdom	97,2	96,6	
Bipolärt syndrom (mano-depressiv sjukdom) är en form av psykisk sjukdom	96,8	96,4	
Alkohol och drogmissbruk är en form av psykisk sjukdom	52,3	48,9	
Sorg är en form av psykisk sjukdom	35,0	33,4	

Bilaga 2. Jämförande befolkningsundersökning 2009-2011

Psykisk ohälsa – attityder, kunskap, beteende
En jämförande befolkningsundersökning 2009-2011

Lars Hansson

CEPI

December 2011

SAMMANFATTNING

Det primära syftet med denna studie är att med utgångspunkt från tre svenska befolkningsundersökningar, genomförda 2009-2011, undersöka förändringar i allmänhetens attityder i de kampanjlän som ingår i Hjärnkoll. De områden som utgör ett speciellt fokus i kampanjen är Region Västra Götaland, Uppsala och Västerbottens län. Utöver detta är syftet också att undersöka förändringar generellt i allmänheten mellan 2009 och 2011. Undersökningen har genomförts som en web-baserad enkät och omfattar attityder, kunskaper och förväntade beteenden visavi psykisk sjukdom och personer med psykisk sjukdom. Befolkningsundersökningen 2011 omfattar 2317 personer och den särskilda undersökningen av befolkningen i kampanjlänen 803 personer.

Resultaten från undersökningen visar att attityder, kunskaper och beteende har förändrats i kampanjlänen mellan 2009 och 2011. Det finns positiva förändringar i en tredjedel av de 20 attityder som skattats, vilket är en förstärkning av de positiva fynden från undersökningen 2010 då 4 attityder hade förändrats i positiv riktning. Det finns också en positiv förändring vad avser förväntade beteenden där det fanns en (1) positiv förändring 2010, medan det finns positiva förändringar i 3 avseenden 2011 jämfört med 2009. Med tanke på framtida beteenden kan man också i större utsträckning tänka sig att arbeta tillsammans med en person med psykiska problem, en skillnad som inte fanns i jämförelsen 2009-2010. Däremot har kunskaper om psykisk sjukdom endast marginellt förändrats under perioden 2009-2011.

Det är också en större andel av deltagarna i kampanjlänen 2011 som uppmärksammat kampanjen, 25,5 % jämfört med 17 %, 2010. Det är ungefär en lika stor andel i övriga Sverige som 2011 anger att de uppmärksammat kampanjen, 27 %. Till skillnad från förra undersökningsomgången finns det 2011 i kampanjlänen inga skillnader i attityder, kunskaper och beteende mellan de som uppmärksammat kampanjen och de som inte uppmärksammat denna, medan det fanns ett antal skillnader vid undersökningen 2010.

Allmänhetens attityder utanför kampanjlänen har också i viss utsträckning förändrats mellan 2009 och 2011, vilket är en skillnad jämfört med föregående undersökning 2010 då det inte fanns några skillnader jämfört med 2009. Jämförelserna mellan 2009 och 2011 påvisade en rad skillnader i attityder, men även i förväntat beteende. Till skillnad från kampanjlänen fanns det i allmänhetsstudien utanför kampanjlänen skillnader mellan de som uppmärksammat eller inte uppmärksammat kampanjen,

framförallt vad gäller framtida beteenden, där det fanns ett flertal positiva förändringar.

BAKGRUND

Regeringen har uppdragit till Handisam att i samarbete med Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH) utforma och driva ett riksomfattande program för att öka kunskapen om och förändra attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning, Hjärnkoll. I utvärderingen av detta program skall Handisam/NSPH bland annat genomföra befolkningsstudier för att undersöka och analysera attityder, kunskap och beteenden bland allmänheten om personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Dessa befolkningsundersökningar har genomförts årligen under perioden 2009-2011. Av specifikt intresse i dessa undersökningar har varit utvecklingen i de tre kampanjlän som kampanjen Hjärnkoll omfattat. Dessa tre län är Västerbotten och Uppsala län samt Region Västra Götaland.

UTVÄRDERINGSUPPDRAGET

Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) genomför på uppdrag av Hjärnkoll befolkningsundersökningar som avser attityder, kunskap och beteende avseende psykisk sjukdom och personer med psykisk sjukdom. Undersökningen skall ge underlag för att beskriva hur allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning förändras under den period Hjärnkoll pågår. Uppdraget omfattar bearbetning och rapportering av resultaten från dessa befolkningsundersökningar. Rapporten från den första befolkningsundersökningen 2009, omfattade en beskrivning av attityder, kunskaper och beteenden för hela materialet och uppdelat på relevanta bakgrundsvariabler, samt jämförelser mellan undergrupper. De följande befolkningsundersökningarna 2010 och 2011 har i huvudsak undersökt förändringar i attityder, kunskap och beteende med ett speciellt fokus på kampanjlänen för Hjärnkoll. Undersökningarna har genomförts under oktober-november respektive år.

SYFTE och FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet är att med utgångspunkt från tre svenska befolkningsundersökningar, genomförda 2009-2011, undersöka förändringar i allmänhetens attityder i de kampanjlän som ingår i Hjärnkoll. De områden som utgör ett speciellt fokus i kampanjen är Region Västra Götaland, Uppsala och Västerbottens län. Utöver detta är syftet också att undersöka förändringar generellt i allmänheten mellan 2009 och 2011. Vidare kommer att beläggas hur stor del av befolkningen som uppmärksammat kampanjen Hjärnkoll och vilken betydelse detta har för attityder, kunskap och beteende.

METOD

Urval

Datainsamlingen har genomfört av opinionsinstitutet NOVUS Group. NOVUS äger en webbpanel omfattande ett tvärsnitt av den svenska befolkningen som använts i undersökningen. Panelen är befolkningsrepresentativ avseende ålder, kön och region i åldersspannet 16-74 år. Urvalet för undersökningen utgörs av ett allmänhetsurval stratifierat för kön, ålder samt postnummer. Härutöver har, mot bakgrund av attityduppdragets uppläggning, gjorts tilläggsurval för tre specifika målgrupper:

1. 25-45 år bland allmänheten, även här stratifierat inom åldersintervallet på kön, ålder samt postnummer.
2. Kampanjlänen, här drogs ett allmänhetsurval inom valda regioner, stratifierat på kön samt ålder.
3. 25-45 år i kampanjlänen, stratifierat på kön samt ålder.

Tabell 1 visar urvalens storlek, deltagare och svarsfrekvens för de olika urvalen under 2009-2011. För varje enskilt urval har skickats 2-3 påminnelser, med cirka en veckas mellanrum. För att säkerställa materialets representativitet har det stratifierats och viktats efter kön, ålder samt valresultat 2006 respektive 2010. Undersökningarna genomfördes oktober-november 2009-2011. Bakgrundsuppgifter för deltagarna i den nationella undersökningen 2011 visas i tabell 2a, och för deltagare i kampanjlänen i tabell 2b.

Frågeformulär

Fyra olika frågeformulär har använts i den webbaserade enkäten.

Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI)

Frågeformuläret CAMI konstruerades ursprungligen av Taylor och Dear (1981) och innehöll i den ursprungliga versionen 40 påståenden om attityder till psykisk sjukdom. I denna undersökning har en vidareutvecklad svensk version använts CAMI-s, innehållande 20 påståenden fördelade på tre attitydfaktorer som handlar om vidsynthet/pro-integration, rädsla/undvikande och inställning till en samhällsbaserad psykiatri. I frågeformuläret tar respondenten ställning till respektive påstående på en sex-gradig skala från instämmer inte alls =1 till instämmer helt och hållet = 6. Den svenska versionen har genomgått en psykometrisk testning (Högberg m fl 2008). För vissa analyser har svaren dikotomiserats så att svarsalternativen 1-3 = instämmer inte och svarsalternativen 4-6 = instämmer.

Fear of and Behavioural Intentions toward the mentally ill (FABI)

FABI innehåller 10 påståenden, ett om rädsla och nio om förväntade beteenden i olika typer av situationer eller kontakt med personer med psykisk sjukdom (Wolff m fl 1996). I denna undersökning har en svensk version använts som omfattar de nio påståendena om förväntade beteenden (Högberg m fl 2008). Samma sex-gradiga svarsskala som i CAMI har använts och svaren har i vissa analyser dikotomiserats på samma sätt.

Mental Health Knowledge Scale (MAKS)

MAKS är ett nyligen konstruerat frågeformulär för att undersöka kunskaper om psykisk sjukdom. Formuläret är konstruerat i England av Evans-Lacko m fl (2010) och har visat goda psykometriska egenskaper. MAKS innehåller 12 påståenden, sex som berör kunskaper om behandling/rehabilitering av personer med psykisk sjukdom, och sex påståenden där man tar ställning till om olika psykiatriska tillstånd är en sjukdom eller ej. Respondenten tar ställning till påståendena på en fem-gradig skala som sträcker sig från instämmer helt = 5 till tar helt avstånd från = 1. Det finns också en möjlighet att ange "vet inte". Svarsalternativen har i vissa analyser dikotomiserats så att 4-5 = instämmer och 1-3 = instämmer inte. Formuläret har för denna undersökning översatts till svenska enligt vedertagna principer.

Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS)

RIBS är också ett nyutvecklat frågeformulär om tidigare/nuvarande erfarenheter av och framtida beteende gentemot personer med psykisk sjukdom. Formuläret är konstruerat i England av Evans-Lacko m fl (ej publicerat) och har visat goda psykometriska egenskaper (personlig kommunikation). Tidigare/Nuvarande erfarenheter skattas inom 4 områden: boende, arbete, grannskap och vänskap med en person med psykiska problem. Dessa frågor besvaras med "ja", "nej" eller "vet inte". I tillägg tar man ställning till framtida beteende inom samma 4 områden. Ex. "Skulle du i framtiden vilja bo tillsammans med en person som har psykiska problem?" Svarsskalan för dessa frågor sträcker sig från instämmer helt = 5 till helt avstånd från = 1. Man kan också här svara "vet inte". För dessa frågor har svarsalternativen i vissa analyser dikotomiserats så att 4-5 = instämmer och 1-3 = instämmer inte. Formuläret har för denna undersökning översatts till svenska enligt vedertagna principer.

Statistik

Deskriptiv statistik i form av procentuella fördelningar har använts. I jämförelser avseende skillnader mellan undergrupper eller år har Chi-2 analyser gjorts med dikotomiserade svarsfördelningar.

RESULTAT

Har attityder, kunskaper och beteende förändrats i kampanjlänen?

Tabell 3 visar jämförelser med avseende på attityder i kampanjlänen mellan 2009 och 2010 och mellan 2009-2011. Det fanns 2010 jämfört med 2009 signifikanta skillnader i fyra av de 20 påståenden som ingår i CAMI. I alla dessa fyra tillfällena förändrades attityder i en positiv riktning och uttryckte en minskad social distans. Vid jämförelser mellan 2009 och 2011 visar det sig att det finns signifikanta skillnader i positiv riktning i 7 av de 20 påståendena i CAMI. I två av dessa fanns det förändringar redan 2010, men i övriga fem tillfällen rör det sig om nya områden där attityder förändrats. De positiva förändringarna rör områden som boende, grannskap, farlighet och delaktighet i samhället. Den största procentuella förändringen rör huruvida en person som varit patient på en psykiatrisk klinik är en pålitlig barnvakt. Fortfarande uttrycks här dock fortfarande den mest negativa attityden.

När det gäller förväntade beteenden (FABI) så finns det 2011 positiva förändringar i 3 av de 10 variablerna jämfört med 2009, variabler som handlar om benägenheten att arbeta tillsammans med en person med psykisk sjukdom eller umgås som grannar, tabell 4. I undersökningen 2010 fanns det en signifikant positiv förändring i en av de 10 variablerna. Resultatet att man i större utsträckning kan tänka sig att arbeta med en person med psykisk sjukdom återfinns också i formuläret om framtida förväntat beteende (RIBS) i jämförelser mellan 2009 och 2011, tabell 5b, en skillnad som inte fanns i jämförelser mellan 2009 och 2010.

Kunskaper om psykisk ohälsa, så som de studeras i denna undersökning, har i stort sett inte förändrats mellan 2009 och 2011. Den enda signifikanta skillnaden är att man 2011 i mindre utsträckning menar att personer med psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården, tabell 6.

Finns det skillnader i kampanjlänen mellan de som uppmärksammat kampanjen respektive inte uppmärksammat den?

I kampanjlänen uppger 25 % av deltagarna 2011 att de uppmärksammat en kampanj om stigma och diskriminering, en ökning från 17 % 2010. I jämförelser inom kampanjlänen mellan de som uppmärksammat kampanjen 2011 och övriga framkommer inga skillnader i attityder, kunskaper eller beteende i undersökningen 2011. Detta står i kontrast till motsvarande analyser i undersökningen 2010 då det t.ex. fanns skillnader i 12 av de 20 påståendena i attitydformuläret, där de som uppmärksammat kampanjen hade mer positiva attityder.

Har attityder kunskap och beteende förändrats bland allmänheten?

I den nationella undersökningen fanns inga signifikanta förändringar mellan 2009 och 2010 i attityder, kunskap och beteende. I jämförelser mellan 2009 och 2011 framkommer positiva förändringar i fem attityder och en negativ förändring i en attityd, tabell 7. Tre av de fem positiva förändringarna sammanfaller med förändringar i kampanjlänen, det rör delaktighet i samhället, betoningen på öppna vårdformer och om psykiatriska patienter är pålitliga barnvakter. De två övriga förändringarna berör tolerans och behovet av att skydda samhället från personer med psykisk sjukdom. Dock är det så att 2011 anser en större andel att psykiatriska verksamheter inte bör förläggas till bostadsområden. Det finns också en skillnad vad avser förväntat beteende där en något större andel menar att man skulle vara orolig om man besökte

någon med en psykisk sjukdom, tabell 8. Det finns inga förändringar i allmänhetsundersökningen vad avser framtida beteende och kunskaper mellan 2009 och 2011.

Finns det skillnader i attityder, kunskap och beteenden mellan kampanjlänen och övriga Sverige 2011?

Av de 2317 personer som deltog i allmänhetsundersökningen 2011 så var 526 personer bosatta i kampanjlänen. Jämförelser mellan kampanjlänen och övriga Sverige visar att det i 6 av 20 attityder finns mer positiva attityder i kampanjlänen, tabell 9. Den första befolkningsundersökningen 2009, i samband med kampanjens start, visade att det i utgångsläget inte fanns några skillnader mellan kampanjlänen och övriga Sverige. De största skillnaderna 2011 berör om psykiatriska patienter är pålitliga barnvakter, om man vill bo granne med en person med psykisk sjukdom och riskerna för lokalbefolkningen med att ha personer med psykisk sjukdom boende i ett bostadsområde. Deltagare från kampanjlänen känner också i mindre utsträckning oro för att besöka någon med psykisk sjukdom, tabell 10.

Vad gäller framtida beteende så är deltagare från kampanjlänen mer positiva till att bo tillsammans med, bo nära, arbeta tillsammans med och fortsätta relationen med en person med psykiska problem, tabell 11. Den enda skillnaden i kunskaper är att en större andel i kampanjlänen menar att personer med psykiska problem vill ha ett lönearbete, tabell 12.

Finns det skillnader bland allmänheten 2011 mellan de som uppmärksammat kampanjen och övriga?

För att undersöka kampanjens möjliga effekter utanför kampanjlänen har jämförelser gjorts mellan de som uppmärksammat kampanjen i övriga Sverige, vilket var 27 % av deltagarna, och de som inte uppmärksammat kampanjen. Det finns en signifikant skillnad i endast en attityd, personer som uppmärksammat kampanjen tar i mindre utsträckning avstånd från att psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan som helst, tabell 13. När det gäller förväntade beteenden är personer som uppmärksammat kampanjen mindre benägna att vara motståndare till att ha personer med psykisk sjukdom i sitt grannskap och mer benägna att ha dessa som grannar, att prata med dem och att arbeta tillsammans med dem, tabell 14.

Det finns också skillnader i uppfattningar om framtida beteende. Personer som uppmärksammat kampanjen kan i högre utsträckning tänka sig att arbeta tillsammans med, bo nära och fortsätta relationen med en person med psykiska problem, tabell 15b. Med avseende på kunskaper så vet man också i större utsträckning vilka råd man skulle ge för att en person med psykiska problem skall få professionell hjälp. Man uppfattar också i större utsträckning att psykoterapi är en effektiv behandling och att alkohol eller drogproblem är en psykisk sjukdom, tabell 16.

AVSLUTNING

Ett centralt fokus i denna rapport har varit om attityder, kunskaper och beteende förändrats i kampanjlänen mellan 2009 och 2011. Resultaten visar att så har skett i en tredjedel av de 20 attityder som skattats, vilket är en förstärkning av de positiva fynden från undersökningen 2010 då 4 attityder hade förändrats i positiv riktning. Det finns också en positiv förändring vad avser förväntade beteenden där det fanns en (1) positiv förändring 2010, medan det fanns positiva förändringar i tre avseenden 2011 jämfört med 2009. Med tanke på framtida beteenden kan man också i större utsträckning tänka sig att arbeta tillsammans med en person med psykiska problem, en skillnad som inte fanns i jämförelsen 2009-2010. Däremot har kunskaper om psykisk sjukdom endast marginellt förändrats under perioden 2009-2011.

Det är också en större andel av deltagarna i kampanjlänen 2011 som uppmärksammat kampanjen, 25,5 jämfört med 17 %, 2010. Det är noterbart att det är en ungefär lika stor andel i övriga Sverige som 2011 anger att de uppmärksammat kampanjen, 27 %. Till skillnad från förra undersökningsomgången finns det 2011 i kampanjlänen inga skillnader i attityder, kunskaper och beteende mellan de som uppmärksammat kampanjen och de som inte uppmärksammat denna, medan det fanns ett antal skillnader vid undersökningen 2010. Det är svårt att ge en entydig förklaring till detta, men det kanske kan ses mot bakgrund av andra resultat från undersökningen 2011 som visade att deltagare i kampanjlänen som helhet har mer positiva attityder och beteenden i en rad avseenden jämfört med övriga Sverige, oberoende av om de uppmärksammat kampanjen eller inte. En möjlig förklaring kan vara att kampanjarbetet utvecklats till att ha en omfattning som gör att man i

kampanjlänen inte uppfattar det som en del av en kampanj, alternativt att attitydarbetet inte saluförs som en specifik kampanj.

Allmänhetens attityder utanför kampanjlänen har också i viss utsträckning förändrats mellan 2009 och 2011, vilket är en skillnad jämfört med föregående undersökning 2010 då det inte fanns några skillnader jämfört med 2009. Jämförelserna mellan 2009 och 2011 påvisade en rad skillnader i attityder, men även i förväntat beteende. Till skillnad från kampanjlänen fanns det i allmänhetsstudien utanför kampanjlänen skillnader mellan de som uppmärksammat eller inte uppmärksammat kampanjen, framförallt vad gäller framtida beteenden, där det fanns ett flertal positiva förändringar.

REFERENSER

Handisam/Hjärnkoll. Psykisk ohälsa – attityder, kunskap, beteende. En jämförande befolkningsundersökning 2009-2010.

Högberg T, Magnusson A, Ewertzon M, Lützn K. Attitudes towards mental illness I Sweden: Adaptation and development of the Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire. *International Journal of Mental Health Nursing* 2008;17:302-310.

Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H, Rose D, Rhydderech D, Henderson C, Thornicroft G. Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *Canadian Journal of Psychiatry* 2010;55:440-448.

Evans-Lacko S, Rose D, Little K, Rhydderech D, Henderson C, Thornicroft G. Development and psychometric properties of a stigma related behaviour measure. Personal communication.

Taylor M, Dear J. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin* 1981;7:225-240.

Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *British Journal of Psychiatry* 1996;168:191-198.

Tabell 1. Urval, deltagare och svarsfrekvenser för befolkningsundersökningarna 2009-2011.

	2009			2010			2011		
	Urval	Deltagare	Frekvens	Urval	Deltagare	Frekvens	Urval	Deltagare	Frekvens
Allmänhet	3701	2053	55,5%	3912	2113	54 %	4212	2317	55 %
Allmänhet									
25-45 år	1510	826	54,7%	1704	835	49 %	1537	830	54 %
Kampanjlän	1587	846	53,3%	1561	859	55 %	1460	803	55 %
Kampanjlän									
25-45 år	1517	821	54,1%	2070	911	44 %	1706	802	47 %

Tabell 2a. Sociodemografiska bakgrundsuppgifter för deltagare i den nationella undersökningen 2011. Tabellen visar antal och procentuell andel (N=2317).

	N	%
Kön		
Man	1052	45,4
Kvinna	1265	54,6
Ålder (m, range)	46 (16-88)	
Sammanboende		
Gift	1006	43,4
Sammanboende	526	22,7
Ej sammanboende	785	33,9
Hemmaboende barn		
Ja	775	33,4
Nej	1542	66,6
Boendesituation		
Hyreslägenhet	631	27,2
Bostadsrätt	461	19,9
Villa/radhus	1184	51,1
Övrigt (inneboende m.fl.)	41	1,8
Högsta avslutad utbildning		
Grundskola	230	9,9
Gymnasium	1071	46,2
Högskola/universitet	1009	43,5
Ingen avslutad	7	0,3
Huvudsaklig sysselsättning		
Studerande	252	10,9
Arbetare	550	23,7
Tjänsteman	680	29,3
Egen företagare	122	5,3
Föräldraledig	39	1,7
Långtidssjukskriven/förtidspensionerad	124	5,4
Ålderspensionär	387	16,7
Arbetsökande	103	4,4
Annan	60	2,6
Personlig erfarenhet av psykisk sjukdom *		
Ingen erfarenhet	593	25,6
Erfarenhet genom egen psykisk sjukdom	342	14,8
Erfarenhet genom anhörigs psykiska sjukdom	835	36,0
Erfarenhet genom nära väns psykiska sjukdom	952	41,1
Erfarenhet genom utbildning inom psykiatrisk vård/stöd/omsorg	356	15,4
Erfarenhet genom yrkesverksamhet inom psykiatrisk vård/stöd/omsorg	422	18,2
Annat	171	7,4

* Mer än ett alternativ kan anges

Tabell 2b. Sociodemografiska bakgrundsuppgifter för deltagare i kampanjlänen 2011. Tabellen visar antal och procentuell andel (N=803).

	N	%
Kön		
Man	376	46,8
Kvinna	427	53,2
Ålder (m, range)	45 (16-88)	
Sammanboende		
Gift	345	43,0
Sammanboende	186	23,2
Ej sammanboende	272	33,9
Hemmaboende barn		
Ja	253	31,5
Nej	550	68,5
Boendesituation		
Hyreslägenhet	227	28,3
Bostadsrätt	150	18,7
Villa/radhus	411	51,2
Övrigt (inneboende m.fl.)	15	1,9
Högsta avslutad utbildning		
Grundskola	73	9,1
Gymnasium	369	46,0
Högskola/universitet	358	44,6
Ingen avslutad	3	0,4
Huvudsaklig sysselsättning		
Studerande	102	12,7
Arbetare	195	24,3
Tjänsteman	227	28,3
Egen företagare	44	5,5
Föräldraledig	9	1,1
Långtidssjukskriven/förtidspensionerad	43	5,4
Ålderspensionär	125	15,6
Arbetsökande	39	4,9
Annan	19	2,4
Personlig erfarenhet av psykisk sjukdom *		
Ingen erfarenhet	198	24,7
Erfarenhet genom egen psykisk sjukdom	116	14,4
Erfarenhet genom anhörigs psykiska sjukdom	305	38,0
Erfarenhet genom nära väns psykiska sjukdom	354	44,1
Erfarenhet genom utbildning inom psykiatrisk vård/stöd/omsorg	126	15,7
Erfarenhet genom yrkesverksamhet inom psykiatrisk vård/stöd/omsorg	155	19,3
Annat	51	6,4

Tabell 3. Attityder till personer med psykisk sjukdom (CAMI) i kampanjlänen. Jämförelser mellan 2009-2010 och 2009-2011

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningarna som helt eller delvis **inte instämmer** i respektive påstående i undersökningarna 2009-2011. Antalet deltagare i undersökningen 2009 var 651, 2010 859 och 2011 526 personer. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan åren har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Andel som inte instämmer			Signifikans		
	Undersökningsår	2009	2010	2011	2009-2010	2009-2011
Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället		27,7	29,4	20,4		.01
Så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer		28,0	30,2	22,5		.05
Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle, som har en psykisk sjukdom		23,2	22,4	19,6		
Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde		84,1	88,8	88,7	.001	.01
Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom för att få psykiatrisk vård		82,8	87,4	91,0	.001	.001
Den lokala befolkningen behöver inte vara rädd för de människor som besöker deras närområde för att få psykiatrisk vård		28,5	27,0	27,5		
Ingen har rätt att utestänga människor med en psykisk sjukdom från deras grannskap		19,3	19,9	19,6		
Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom		89,6	92,7	90,2	.05	
Det bästa sättet att omhänderta människor med en psykisk sjukdom är att låsa in dem		95,7	94,9	96,5		
De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter		60,5	58,7	51,3		.01

Lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov	32,9	31,4	28,5	
Människor med en psykisk sjukdom är mycket mindre farliga än vad de flesta människor tror	27,7	24,8	20,4	.01
Människor med en psykisk sjukdom ska inte behandlas som utstötta från samhället	10,8	9,3	9,0	
Människor med en psykisk sjukdom bör isoleras från resten av samhället	95,3	94,1	94,4	
Utlokalisering av en psykiatrisk verksamhet till ett bostadsområde utgör ingen fara för lokalbefolkningen	33,0	28,6	29,0	.05
Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst	32,2	32,2	27,2	
Psykiatriska verksamheter bör inte förläggas till bostadsområden	73,8	70,2	74,4	
Lokalbefolkningen har goda skäl att motarbeta utlokalisering av psykiatrisk verksamhet till deras bostadsområde	78,0	76,7	79,0	
Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre	37,0	32,9	33,9	
Att ha människor med en psykisk sjukdom boende i ett bostadsområde må hända vara bra för dem, men riskerna för lokalbefolkningen blir i så fall alltför stora	80,7	82,3	86,7	.05
Jag skulle hellre vilja ha en kvinna som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne, än en man som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne	71,8	72,3	71,0	

Tabell 4. Förväntat beteende mot personer med psykisk sjukdom (FABI) i kampanjlänen. Jämförelser mellan 2009-2010 och 2009-2011. Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningarna som helt eller delvis **inte instämmer** i respektive påstående i undersökningarna 2009-2011. Antalet deltagare i undersökningen 2009 var 651, 2010 859 och 2011 526 personer. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan åren har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Andel som inte instämmer			Signifikans	
	Undersökningsår			2009-2010	2009-2011
	2009	2010	2011		
Jag är motståndare till att människor som har en psykisk sjukdom bor i mitt grannskap	83,9	87,9	88,1	.05	
Jag kan tänka mig att arbeta tillsammans med någon som har en psykisk sjukdom	23,0	23,7	18,8		.05
Jag skulle bjuda in någon till mitt hem även om jag visste att denne led av en psykisk sjukdom	20,4	23,9	19,6		
Jag kan tänka mig att ha en vän som tidigare har varit patient inom psykiatri	9,1	10,0	8,3		
Jag skulle undvika att prata med grannar som tidigare haft en psykisk sjukdom	93,1	93,3	94,4		
Jag skulle känna mig orolig om jag besökte någon med en psykisk sjukdom	84,4	85,3	88,4		
Om någon, som tidigare hade varit patient inom psykiatri blev min granne, skulle jag välkomna denne i mitt hem någon gång då och då	25,0	22,7	20,3		.05
Jag skulle kunna prata naturligt med grannar som har haft en psykisk sjukdom	13,5	12,4	9,6		.05
Om någon som tidigare har haft en psykisk sjukdom blev min granne, skulle jag besöka denne	22,3	23,3	22,8		

Tabell 5a. Tidigare och nuvarande erfarenheter av personer med psykisk ohälsa (RIBS) i kampanjlänet. Jämförelser mellan 2009 – 2010 och 2009-2011

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningen som svarat **ja** på respektive fråga 2009 respektive 2010. Antalet deltagare i undersökningen 2009 var 651, 2010 859 personer och 2011 526. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan åren har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Fråga	Andel som svarat ja Undersökningsår			Signifikans	
	2009	2010	2011	2009-2010	2009-2011
Bor du för närvarande, eller har du någon gång bott tillsammans med en person med psykiska problem?	29,2	30,9	33,2		
Arbetar du för närvarande, eller har du någon gång arbetat tillsammans med en person med psykiska problem?	54,8	55,8	56,5		
Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en granne med psykiska problem?	45,8	53,4	51,0	.01	
Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en nära vän med psykiska problem?	69,3	70,7	71,9		

Tabell 5b Framtida förväntat beteende visavi personer med psykisk ohälsa (RIBS) i kampanjlänet. Jämförelser mellan 2009-2010 och 2009-2011

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningen som helt eller delvis **instämmer** i respektive påstående 2009 -2011. Antalet deltagare i undersökningen 2009 var 651, 2010 859 och 2011 526 personer. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan åren har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Andel som instämmer Undersökningsår			Signifikans	
	2009	2010	2011	2009-2010	2009-2011
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo tillsammans med en person som har psykiska problem	39,5	42,7	35,9		
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att arbeta tillsammans med en person som har psykiska problem	72,1	71,8	77,2		.05
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo nära en person som har psykiska problem	74,2	72,6	77,5		
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att fortsätta relationen med en vän som fick psykiska problem	85,9	87,0	90,0		

Tabell 6. Kunskaper om psykisk ohälsa (MAKS) i kampanjlänen. Jämförelser mellan 2009 – 2010 och 2009-2011

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningen som helt eller delvis **instämmer** i respektive påstående 2009 -2011. Antalet deltagare i undersökningen 2009 var 651, 2010 859 och 2011 526 personer. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan åren har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Andel som instämmer			Signifikans	
	Undersökningsår			2009-2010	2009-2011
	2009	2010	2011		
De flesta människor med psykiska problem vill ha ett lönearbete	74,6	76,2	80,4		
Om jag hade en vän med psykiska problem, vet jag vilket råd jag skulle ge honom/henne för att få professionell hjälp	63,9	63,6	62,2		
Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem	79,1	78,5	79,1		
Psykoterapi (t.ex. kognitiv terapi eller stödsamtal) kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem	91,2	89,9	94,2		
Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt	63,6	66,5	62,4		
De flesta människor med psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården	30,3	31,5	26,4		.05
Depression är en form av psykisk sjukdom	75,0	80,4	79,9		
Stress är en form av psykisk sjukdom	29,1	35,3	34,0	.01	
Schizofreni är en form av psykisk sjukdom	97,7	96,4	98,4		
Bipolärt syndrom (mano-depressiv sjukdom) är en form av psykisk sjukdom	96,4	96,0	98,2		
Alkohol och drogmissbruk är en form av psykisk sjukdom	47,0	50,3	50,3		
Sorg är en form av psykisk sjukdom	29,2	32,2	30,6		

Tabell 7. Attityder till personer med psykisk sjukdom (CAMI) bland allmänheten. Jämförelser mellan 2009-2011.

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningarna som helt eller delvis **inte instämmer** i respektive påstående i undersökningen 2009 och 2011. Antal deltagare i undersökningen 2009 var 2053 personer och 2011 2317 personer. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan de två åren har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Andel som inte instämmer		Sign.
	Undersökningsår 2009	2011	
Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället	28,5	22,5	.001
Så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer	28,4	23,4	.001
Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle, som har en psykisk sjukdom	24,1	20,4	.05
Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde	85,9	85,9	
Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom för att få psykiatrisk vård	86,0	85,2	
Den lokala befolkningen behöver inte vara rädd för de människor som besöker deras närområde för att få psykiatrisk vård	29,7	29,3	
Ingen har rätt att utestänga människor med en psykisk sjukdom från deras grannskap Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom	19,8 90,3	18,6 88,6	
Det bästa sättet att omhänderta människor med en psykisk sjukdom är att låsa in dem	95,3	95,2	
De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter	61,2	57,0	.05
Lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov	31,8	29,5	
Människor med en psykisk sjukdom är mycket mindre farliga än vad de flesta människor tror	25,6	23,4	
Människor med en psykisk sjukdom ska inte behandlas som utstötta från samhället	11,4	10,5	

Människor med en psykisk sjukdom bör isoleras från resten av samhället	93,8	92,9	
Utlokalisering av en psykiatrisk verksamhet till ett bostadsområde utgör ingen fara för lokalbefolkningen	32,7	31,7	
Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst	32,8	30,4	
Psykiatriska verksamheter bör inte förläggas till bostadsområden	74,4	71,1	.05
Lokalbefolkningen har goda skäl att motarbeta utlokalisering av psykiatrisk verksamhet till deras bostadsområde	79,7	77,5	
Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre	36,7	33,3	.05
Att ha människor med en psykisk sjukdom boende i ett bostadsområde må hända vara bra för dem, men riskerna för lokalbefolkningen blir i så fall alltför stora	83,2	80,9	
Jag skulle hellre vilja ha en kvinna som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne, än en man som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne	89,7	70,0	

Tabell 8. Förväntat beteende mot personer med psykisk sjukdom (FABI) bland allmänheten. Jämförelser mellan 2009-2011.

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningarna som helt eller delvis **inte instämmer** i respektive påstående i undersökningen 2009 och 2011. Antal deltagare i undersökningen 2009 var 2053 personer och 2011 2317 personer. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan de två åren har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Andel som inte instämmer		Sign.
	Undersökningsår 2009	2011	
Jag är motståndare till att människor som har en psykisk sjukdom bor i mitt grannskap	86,8	86,8	
Jag kan tänka mig att arbeta tillsammans med någon som har en psykisk sjukdom	23,3	21,1	
Jag skulle bjuda in någon till mitt hem även om jag visste att denne led av en psykisk sjukdom	20,0	20,4	
Jag kan tänka mig att ha en vän som tidigare har varit patient inom psykiatrin	8,5	8,4	
Jag skulle undvika att prata med grannar som tidigare haft en psykisk sjukdom	94,0	92,6	
Jag skulle känna mig orolig om jag besökte någon med en psykisk sjukdom	87,0	84,6	.05
Om någon, som tidigare hade varit patient inom psykiatrin blev min granne, skulle jag välkomna denne i mitt hem någon gång då och då	25,1	23,0	
Jag skulle kunna prata naturligt med grannar som har haft en psykisk sjukdom	13,1	11,9	
Om någon som tidigare har haft en psykisk sjukdom blev min granne, skulle jag besöka denne	22,3	23,4	

Tabell 9. Attityder till personer med psykisk sjukdom (CAMI) bland allmänheten 2011. Jämförelser mellan kampanjlänen och övriga Sverige

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningarna som helt eller delvis **inte instämmer** i respektive påstående, uppdelat på deltagare från kampanjlänen respektive övriga Sverige. Antalet deltagare i allmänhetsundersökningen 2011 var 2317, varav 526 från kampanjlänen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Andel som inte instämmer		Sign.
	Kampanjlän Nej	Ja	
Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället	23,1	20,4	
Så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer	23,7	22,5	
Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle, som har en psykisk sjukdom	20,6	19,6	
Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde	85,1	88,7	.05
Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom för att få psykiatrisk vård	83,5	91,0	.001
Den lokala befolkningen behöver inte vara rädd för de människor som besöker deras närområde för att få psykiatrisk vård	29,8	27,5	
Ingen har rätt att utestänga människor med en psykisk sjukdom från deras grannskap Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom	18,4 88,1	19,6 90,4	
Det bästa sättet att omhänderta människor med en psykisk sjukdom är att låsa in dem	94,9	96,5	
De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter	58,7	51,3	.01
Lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov	29,8	28,5	
Människor med en psykisk sjukdom är mycket mindre farliga än vad de flesta människor tror	75,7	79,6	.05

Människor med en psykisk sjukdom ska inte behandlas som utstötta från samhället	10,9	9,0	
Människor med en psykisk sjukdom bör isoleras från resten av samhället	92,4	94,4	
Utlokalisering av en psykiatrisk verksamhet till ett bostadsområde utgör ingen fara för lokalbefolkningen	32,4	29,0	
Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst	31,4	27,2	.05
Psykiatriska verksamheter bör inte förläggas till bostadsområden	70,1	74,4	
Lokalbefolkningen har goda skäl att motarbeta utlokalisering av psykiatrisk verksamhet till deras bostadsområde	77,1	79,0	
Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre	33,1	33,9	
Att ha människor med en psykisk sjukdom boende i ett bostadsområde må hända vara bra för dem, men riskerna för lokalbefolkningen blir i så fall alltför stora	79,1	86,7	.001
Jag skulle hellre vilja ha en kvinna som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne, än en man som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne	69,7	71,0	

Tabell 10. Förväntat beteende mot personer med psykisk sjukdom (FABI) bland allmänheten 2011. Jämförelser mellan kampanjlänen och övriga Sverige

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningarna som helt eller delvis **inte instämmer** i respektive påstående, uppdelat på deltagare från kampanjlänen respektive övriga Sverige. Antalet deltagare i allmänhetsundersökningen 2011 var 2317, varav 526 från kampanjlänen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Andel som inte instämmer Kampanjlän		Sign.
	Nej	Ja	
Jag är motståndare till att människor som har en psykisk sjukdom bor i mitt grannskap	86,5	88,1	
Jag kan tänka mig att arbeta tillsammans med någon som har en psykisk sjukdom	21,7	18,8	
Jag skulle bjuda in någon till mitt hem även om jag visste att denne led av en psykisk sjukdom	20,7	19,6	
Jag kan tänka mig att ha en vän som tidigare har varit patient inom psykiatri	8,4	8,3	
Jag skulle undvika att prata med grannar som tidigare haft en psykisk sjukdom	92,1	94,4	
Jag skulle känna mig orolig om jag besökte någon med en psykisk sjukdom	83,4	88,4	.01
Om någon, som tidigare hade varit patient inom psykiatri blev min granne, skulle jag välkomna denne i mitt hem någon gång då och då	23,8	20,3	
Jag skulle kunna prata naturligt med grannar som har haft en psykisk sjukdom	12,5	9,6	
Om någon som tidigare har haft en psykisk sjukdom blev min granne, skulle jag besöka denne	23,9	21,8	

Tabell 11a. Tidigare och nuvarande erfarenheter av personer med psykisk ohälsa (RIBS) bland allmänheten 2011. Jämförelser mellan kampanjlänen och övriga Sverige

Tabellen visar procentuella andelar som svarat **ja** på respektive fråga, uppdelat på deltagare från kampanjlänen respektive övriga Sverige. Antalet deltagare i allmänhetsundersökningen 2011 var 2317, varav 526 från kampanjlänen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Fråga	Andel som svarat ja Kampanjlän		Sign.
	Nej	Ja	
Bor du för närvarande, eller har du någon gång bott tillsammans med en person med psykiska problem?	32,6	33,2	
Arbetar du för närvarande, eller har du någon gång arbetat tillsammans med en person med psykiska problem?	57,2	56,5	
Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en granne med psykiska problem?	51,8	51,0	
Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en nära vän med psykiska problem?	71,0	71,9	

Tabell 11b Framtida förväntat beteende visavi personer med psykisk ohälsa (RIBS) bland allmänheten 2011. Jämförelser mellan kampanjlänen och övriga Sverige

Tabellen visar procentuella andelar som helt eller delvis **instämmer** i respektive påstående, uppdelat på deltagare från kampanjlänen respektive övriga Sverige. Antalet deltagare i allmänhetsundersökningen 2011 var 2317, varav 526 från kampanjlänen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Andel som instämmer Kampanjlän		Sign.
	Nej	Ja	
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo tillsammans med en person som har psykiska problem	36,5	43,4	.01
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att arbeta tillsammans med en person som har psykiska problem	69,8	77,2	.001
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo nära en person som har psykiska problem	70,0	77,5	.001
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att fortsätta relationen med en vän som fick psykiska problem	85,5	90,0	.01

Tabell 12. Kunskaper om psykisk ohälsa (MAKS) bland allmänheten 2011. Jämförelser mellan kampanjlänen och övriga Sverige

Tabellen visar procentuella andelar som helt eller delvis **instämmer** i respektive påstående, uppdelat på deltagare från kampanjlänen respektive övriga Sverige. Antalet deltagare i allmänhetsundersökningen 2011 var 2317, varav 526 från kampanjlänen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Andel som instämmer		Sign.
	Kampanjlän Nej	Ja	
De flesta människor med psykiska problem vill ha ett lönearbete	75,4	80,4	.05
Om jag hade en vän med psykiska problem, vet jag vilket råd jag skulle ge honom/henne för att få professionell hjälp	62,5	62,2	
Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem	80,8	79,1	
Psykoterapi (t.ex. kognitiv terapi eller stödsamtal) kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem	92,0	94,2	
Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt	60,7	62,4	
De flesta människor med psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården	30,3	26,4	
Depression är en form av psykisk sjukdom	78,9	79,9	
Stress är en form av psykisk sjukdom	32,1	34,0	
Schizofreni är en form av psykisk sjukdom	96,9	98,4	
Bipolärt syndrom (mano-depressiv sjukdom) är en form av psykisk sjukdom	96,1	98,2	
Alkohol och drogmissbruk är en form av psykisk sjukdom	47,4	50,3	
Sorg är en form av psykisk sjukdom	33,1	30,6	

Tabell 13. Attityder till personer med psykisk sjukdom (CAMI) bland allmänheten 2011. Jämförelser mellan de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen utanför kampanjlänen.

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningarna som helt eller delvis **inte instämmer** i respektive påstående, uppdelat på de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen. Antalet deltagare i undersökningen 2011 utanför kampanjlänen var 1514, och 403 av dessa, 26,6%, hade uppmärksammat kampanjen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Andel som inte instämmer		Sign.
	Uppmärksammat kampanjen		
	Ja	Nej	
Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället	23,0	23,3	
Så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer	21,2	24,4	
Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle, som har en psykisk sjukdom	16,6	20,9	
Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde	88,0	84,1	
Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom för att få psykiatrisk vård	85,9	82,3	
Den lokala befolkningen behöver inte vara rädd för de människor som besöker deras närområde för att få psykiatrisk vård	29,4	29,9	
Ingen har rätt att utestänga människor med en psykisk sjukdom från deras grannskap Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom	18,7 89,5	18,3 88,2	
Det bästa sättet att omhänderta människor med en psykisk sjukdom är att låsa in dem	95,4	95,0	
De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter	54,3	59,4	
Lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov	26,2	30,3	
Människor med en psykisk sjukdom är mycket mindre farliga än vad de flesta människor tror	23,5	24,4	

Människor med en psykisk sjukdom ska inte behandlas som utstötta från samhället	10,9	10,7	
Människor med en psykisk sjukdom bör isoleras från resten av samhället	92,9	92,5	
Utlokalisering av en psykiatrisk verksamhet till ett bostadsområde utgör ingen fara för lokalbefolkningen	34,6	31,5	
Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst	27,8	32,7	.05
Psykiatriska verksamheter bör inte förläggas till bostadsområden	72,8	69,0	
Lokalbefolkningen har goda skäl att motarbeta utlokalisering av psykiatrisk verksamhet till deras bostadsområde	79,6	76,7	
Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre	36,7	31,6	
Att ha människor med en psykisk sjukdom boende i ett bostadsområde må hända vara bra för dem, men riskerna för lokalbefolkningen blir i så fall alltför stora	80,7	79,1	
Jag skulle hellre vilja ha en kvinna som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne, än en man som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne	72,5	69,1	

Tabell 14. Förväntat beteende mot personer med psykisk sjukdom (FABI) bland allmänheten 2011. Jämförelser mellan de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen utanför kampanjlänen.

Tabellen visar procentuella andelar av antalet deltagare i undersökningarna som helt eller delvis **inte instämmer** i respektive påstående, uppdelat på de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen. Antalet deltagare i undersökningen 2011 utanför kampanjlänen var 1514, och 403 av dessa, 26,6%, hade uppmärksammat kampanjen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Andel som inte instämmer		Sign.
	Uppmärksammat kampanjen JA	Nej	
Jag är motståndare till att människor som har en psykisk sjukdom bor i mitt grannskap	89,8	85,2	.05
Jag kan tänka mig att arbeta tillsammans med någon som har en psykisk sjukdom	17,1	23,2	.01
Jag skulle bjuda in någon till mitt hem även om jag visste att denne led av en psykisk sjukdom	18,4	21,2	
Jag kan tänka mig att ha en vän som tidigare har varit patient inom psykiatri	6,1	9,0	
Jag skulle undvika att prata med grannar som tidigare haft en psykisk sjukdom	91,8	91,9	
Jag skulle känna mig orolig om jag besökte någon med en psykisk sjukdom	85,0	83,2	
Om någon, som tidigare hade varit patient inom psykiatri blev min granne, skulle jag välkomna denne i mitt hem någon gång då och då	21,5	24,3	
Jag skulle kunna prata naturligt med grannar som har haft en psykisk sjukdom	8,9	13,3	.05
Om någon som tidigare har haft en psykisk sjukdom blev min granne, skulle jag besöka denne	19,1	24,5	.05

Tabell 15a. Tidigare och nuvarande erfarenheter av personer med psykisk ohälsa (RIBS) bland allmänheten 2011. Jämförelser mellan de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen utanför kampanjlänen.

Tabellen visar procentuella andelar som svarat **ja** på respektive fråga, uppdelat på de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen. Antalet deltagare i undersökningen 2011 utanför kampanjlänen var 1514, och 403 av dessa, 26,6%, hade uppmärksammat kampanjen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Fråga	Andel som svarat ja Uppmärksammat kampanjen		Sign.
	Ja	Nej	
Bor du för närvarande, eller har du någon gång bott tillsammans med en person med psykiska problem?	36,0	31,2	
Arbetar du för närvarande, eller har du någon gång arbetat tillsammans med en person med psykiska problem?	64,6	54,2	.001
Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en granne med psykiska problem?	61,4	49,6	.001
Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en nära vän med psykiska problem?	74,9	69,7	

Tabell 15b Framtida förväntat beteende visavi personer med psykisk ohälsa (RIBS) bland allmänheten 2011. Jämförelser mellan de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen utanför kampanjlänen.

Tabellen visar procentuella andelar som helt eller delvis **instämmer** i respektive påstående, uppdelat på de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen. Antalet deltagare i undersökningen 2011 utanför kampanjlänen var 1514, och 403 av dessa, 26,6%, hade uppmärksammat kampanjen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Andel som instämmer		Sign.
	Uppmärksammat kampanjen		
	Ja	Nej	
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo tillsammans med en person som har psykiska problem	36,7	36,5	
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att arbeta tillsammans med en person som har psykiska problem	73,9	68,2	.05
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo nära en person som har psykiska problem	74,2	68,9	.05
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att fortsätta relationen med en vän som fick psykiska problem	89,5	84,6	.05

Tabell 16. Kunskaper om psykisk ohälsa (MAKS) bland allmänheten 2011. Jämförelser mellan de som uppmärksammat respektive inte uppmärksammat kampanjen utanför kampanjlänen.

Tabellen visar procentuella andelar som helt eller delvis **instämmer** i respektive påstående. Antalet deltagare i undersökningen 2011 utanför kampanjlänen var 1514, och 403 av dessa, 26,6%, hade uppmärksammat kampanjen. Vikter har använts för att göra urvalet representativt med avseende på vissa bakgrundsvariabler. Jämförelser mellan grupperna har gjorts och i förekommande fall anges om skillnader är statistiskt säkerställda ($P < .05$).

Påstående	Andel som instämmer Uppmärksammat kampanjen		Sign.
	Ja	Nej	
De flesta människor med psykiska problem vill ha ett lönearbete	77,6	74,9	
Om jag hade en vän med psykiska problem, vet jag vilket råd jag skulle ge honom/henne för att få professionell hjälp	73,4	59,4	.001
Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem	84,3	80,1	
Psykoterapi (t.ex. kognitiv terapi eller stödsamtal) kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem	95,6	91,3	.01
Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt	64,9	59,9	
De flesta människor med psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården	29,2	31,5	
Depression är en form av psykisk sjukdom	79,3	78,1	
Stress är en form av psykisk sjukdom	36,5	31,3	
Schizofreni är en form av psykisk sjukdom	98,5	96,9	
Bipolärt syndrom (mano-depressiv sjukdom) är en form av psykisk sjukdom	96,5	96,2	
Alkohol och drogmissbruk är en form av psykisk sjukdom	54,3	44,7	.001
Sorg är en form av psykisk sjukdom	37,6	32,2	

Bilaga 3. Utvärdering av utbildningsinsatser i samband med kampanjen Hjärnkoll

Utvärdering av utbildningsinsatser i samband med kampanjen Hjärnkoll

CEPI september 2011

BAKGRUND

Under åren 2010-2011 pågår i Sverige en nationell kampanj riktad till allmänheten som handlar om kunskap och attityder till psykisk ohälsa, Hjärnkoll. Målet för arbetet med Hjärnkoll är att öka allmänhetens kunskaper och påverka negativa attityder till psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Som en del av denna kampanj har utvecklats utbildningsmoduler som riktar sig till studenter i olika högskoleutbildningar som under våren prövats i några olika utbildningar. Utvärderingen av dessa utbildningsinsatser skall ge underlag för fortsatta satsningar inom området. Utbildningsmodulen integreras som en del i den utbildning som ges till studenterna. Den nya komponent som tillförs utbildningarna är framförallt att personer med egen erfarenhet av psykisk sjukdom medverkar i utbildningen. Deras uppgift är att dela med sig av sin erfarenhet och tillsammans med studenterna reflektera kring olika teman som belyses under utbildningarna.

Utvärderingens syfte

Utvärderingens syfte är att undersöka om utbildningsinsatser medför förändringar i deltagarnas attityder, kunskap eller förväntade beteenden visavi personer med psykisk sjukdom. Utvärderingen avser också att bidra till en fortsatt utveckling av antistigmaorienterade utbildningsinsatser. Utvärderingen omfattar utbildningar som genomförts vid Polisutbildningen vid Umeå Universitet, ett omvårdnadsprogram vid Mittuniversitetet i Sundsvall och ett omvårdnadsprogram vid Komvux i Vänersborg

Utbildningsinsatsen

Utgångspunkten för utvärderingen är en utbildningsinsats om attityder och kunskaper om psykisk ohälsa som innehåller tre moment, vilka upprepas för olika psykiska ohälsotillstånd. I utbildningen ingår för varje tillstånd en teoridel, en video från UR:s Inferoserie och kontakt med attitydambassadörer.

Polisutbildningen vid Umeå universitet

Tillägget till psykiatrikursen i utbildningen bestod av en halvdags seminarium där en ambassadör deltog, möjligheten att se på URs filmer från serien Inferno, samt ambassadörsmedverkan under planerade "stationsövningar". Under seminariet bereddes studenterna tillfälle att reflektera kring sina egna erfarenheter av psykisk ohälsa. En ambassadör medverkade och berättade om sina erfarenheter. Studenterna fick möjlighet att se på filmer från serien Inferno. Under stationsövningar som gestaltade olika teman deltog attitydambassadörerna. Sammanlagt gestaltades 6 teman. På några av stationerna medverkade ambassadörerna med relevant erfarenhet. Ambassadörens uppgift var att efter "scenariot spelats upp" vara med i reflektionen tillsammans med studenterna och delge sina erfarenheter.

Mittuniversitetet i Sundsvall

Utbildningsinsatsen skedde inom ramen för kursen Kommunikation och Bemötande som genomförs inom ramen för det psykiatriska omvårdnadsprogrammet. Tillägg en till kursen var föreläsningar inom tre teman, att man såg avsnitt ur Inferoserien samt hade utbildningspass där attitydambassadörer deltog för information och reflektion.

Omvårdnadsprogrammet Vänersborg

Utbildningsmodulen ingick som en del av Medicinsk grundkurs, psykiatri. Vissa utbildningstillfällen anpassades för att utgöra en del av interventionen: introduktion psykisk hälsa/ohälsa, ångestsjukdomar, bipolär sjukdom, psykossjukdom. I de tre senare momenten ingick teori, film från inferoserien och reflektion tillsammans med en attitydambassadör

METOD OCH GENOMFÖRANDE

Uppläggning

Polisutbildningen vid Umeå universitet

Vid polisutbildningen i Umeå genomfördes utvärderingen som en kvasiexperimentell studie med jämförelsegrupp. Datainsamling kring kunskap, attityder och förväntade beteenden genomfördes före utbildning och några veckor efter utbildningsmodulens genomförande. Denna datainsamling skedde i den utbildningsomgång i termin 3 som fick ta del av denna utbildningsmodul, och parallellt i utbildningsomgången i termin 1 som inte fick ta del av denna utbildningsmodul. Antalet studenter i termin 3 var 60 och i termin 1 72.

Psykiatriskt omvårdnadsprogram Mittuniversitetet och Komvux i Vänersborg

Vid utbildningarna i Sundsvall och Vänersborg genomfördes utvärderingen som en kvasiexperimentell före-efter studie vilket innebär att datainsamling kring kunskap, attityder och förväntade beteenden genomfördes före och några veckor efter utbildningsmodulens avslutande. Antalet studenter i Sundsvall var 35 och i Vänersborg 30.

Metod

I utvärderingen användes samma frågeformulär (självskattningsformulär) som används i de fortlöpande befolkningsundersökningarna som är en del av utvärderingen av Hjärnkoll. Viss bakgrundsinformation om deltagarna samlas också in. De instrument som användes för att undersöka förändringar i attityder, kunskaper och förväntade beteenden var följande.

Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI)

Frågeformuläret CAMI konstruerades ursprungligen av Taylor och Dear (1981) och innehöll i den ursprungliga versionen 40 påståenden om attityder till psykisk sjukdom. I denna undersökning har en vidareutvecklad svensk version använts CAMI-s, innehållande 20 påståenden fördelade på tre attitydfaktorer som handlar om vidsynthet/pro-integration, rädsla/undvikande och inställning till en samhällsbaserad psykiatri. I frågeformuläret tar respondenten ställning till respektive påstående på en sex-gradig skala från instämmer inte alls =1 till instämmer helt och hållet = 6. Den svenska versionen har genomgått en psykometrisk testning (Högberg m fl 2008). För vissa analyser har svaren dikotomiserats så att svarsalternativen 1-3 = instämmer inte och svarsalternativen 4-6 = instämmer.

Fear of and Behavioural Intentions toward the mentally ill (FABI)

FABI innehåller 10 påståenden, ett om rädsla och nio om förväntade beteenden i olika typer av situationer eller kontakt med personer med psykisk sjukdom (Wolff m fl 1996). I denna undersökning har en svensk version använts som omfattar de nio påståendena om förväntade beteenden (Högberg m fl 2008). Samma sex-gradiga svarsskala som i CAMI har använts och svaren har i vissa analyser dikotomiserats på samma sätt.

Mental Health Knowledge Scale (MAKS)

MAKS är ett nyligen konstruerat frågeformulär för att undersöka kunskaper om psykisk sjukdom. Formuläret är konstruerat i England av Evans-Lacko m fl (2010) och har visat goda psykometriska egenskaper. MAKS innehåller 12 påståenden, sex som berör kunskaper om behandling/rehabilitering av personer med psykisk sjukdom, och sex påståenden där man tar ställning till om olika psykiatriska tillstånd är en sjukdom eller ej. Respondenten tar ställning till påståendena på en fem-gradig skala som sträcker sig från instämmer helt = 5 till tar helt avstånd från = 1. Det finns också en möjlighet att ange "vet inte". Svarsalternativen har i vissa analyser dikotomiserats så att 4-5 = instämmer och 1-3 = instämmer inte. Formuläret har för denna undersökning översatts till svenska enligt vedertagna principer.

Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS)

RIBS är också ett nyutvecklat frågeformulär om tidigare/nuvarande erfarenheter av och framtida beteende gentemot personer med psykisk sjukdom. Formuläret är konstruerat i England av Evans-Lacko m fl (ej publicerat) och har visat goda psykometriska egenskaper (personlig kommunikation). Tidigare/Nuvarande erfarenheter skattas inom 4 områden: boende, arbete, grannskap och vänskap med en person med psykiska problem. Dessa frågor besvaras med "ja", "nej" eller "vet inte". I tillägg tar man ställning till framtida beteende inom samma 4 områden. Ex. "Skulle du i framtiden vilja bo tillsammans med en person som har psykiska problem?" Svarsskalan för dessa frågor sträcker sig från instämmer helt = 5 till tar helt avstånd från = 1. Man kan också här svara "vet inte". För dessa frågor har svarsalternativen i vissa analyser dikotomiserats så att 4-5 = instämmer och 1-3 = instämmer inte. Formuläret har för denna undersökning översatts till svenska enligt vedertagna principer.

Kontakter med personer med psykisk ohälsa

Deltagarna får också besvara ett antal frågor om på vilka sätt de varit i kontakt med personer med psykisk ohälsa (vän, egen familj, arbetskamrat, egen ohälsa etc.)

Genomförande

Kontaktperson och/eller lärare vid utbildningen informerade i förväg om att det i anslutning till utbildningsmodulen kommer att genomföras en utvärdering av denna. Vid ett undervisningstillfälle informerade en representant för utvärderingen om utvärderingens syfte, innehåll, vad det innebär att delta, tidsåtgång, frivillighet att delta och konfidentialitet. Denna information delades även ut i skriftlig form tillsammans med frågeformulären. Vid detta tillfälle gavs också information om att man skall besvara frågeformulären vid två tillfällen, en gång före utbildningsmodulen och en gång några veckor efter densamma, liksom information

om procedurer med förseglade kuvert för att bevara konfidentialiteten. Alla insamlade kuvert förvarades inlåsta av representant för utvärderingen för att efter avslutad datainsamling vidarebefordras för bearbetning. Vid polisutbildningen i Umeå gavs denna information också till studenterna i termin 1, dock modifierad med hänsyn till att de ombads att delta för att utgöra en jämförelsegrupp

Deltagare

Vid polisutbildningen i Umeå fanns 60 studenter i termin tre. Av dessa deltog 54 vid baslinjemätningen och 46 av dessa vid uppföljningsmätningen. I termin 1 fanns 72 studenter varav 66 deltog i baslinjemätningen och 59 vid uppföljningen.

Omvårdnadsprogrammet vid Mittuniversitetet i Sundsvall hade 35 studenter varav 29 deltog i baslinjemätningen. Tjugosex av dessa deltog också vid uppföljningsmätningen.

Omvårdnadsutbildningen vid Komvux Vänersborg hade 30 studerande varav 24 deltog i baslinjemätningen och 20 av dessa vid uppföljningstillfället.

Alla analyser är baserade på de som deltog vid båda tillfällena.

Statistiska analyser

Vid jämförelser mellan grupper har t-test använts och vid jämförelser före efter utbildning inom grupper har Wilcoxon's matched pairs test använts.

RESULTAT**Polisutbildningen vid Umeå universitet**

Det fanns vid den baslinjemätning som gjordes före utbildningens start inte några signifikanta skillnader i attityder, kunskaper eller förväntade beteenden mellan studenter I termin 3 som genomgick utbildning och studenterna I termin 1 som utgjorde jämförelsegrupp. Efter utbildningen fanns en rad signifikanta skillnader, se tabell 1.

Tabell 1. Tabellen visar attityder, bemötandefrågor och kunskaper där det efter avslutad utbildningsmodul fanns signifikanta skillnader mellan utbildningsgrupp och jämförelsegrupp (N=105, 46 i utbildningsgruppen och 59 i jämförelsegruppen)

Påstående/fråga	Utbildning instämmer (%)	Jämförelse Instämmer (%)	Signifikans *
Attityder			
Så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer	89	77	.041
Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle, som har en psykisk sjukdom	98	84	.001
Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom	2	7	.039
De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter	57	36	.038
Bemötande			
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo tillsammans med en person som har psykiska problem	46	22	.001
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo nära en person som har psykiska problem	80	70	.039
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att arbeta tillsammans med en person som har psykiska problem	62	40	.035
Kunskaper			
Om jag hade en vän med psykiska problem, vet jag vilket råd jag skulle ge honom/henne för att få professionell hjälp	62	52	.001
Psykoterapi (t.ex. kognitiv terapi eller stödsamtal) kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem	98	90	.004

*Jämförelserna har gjorts med t-test. I tabellen presenteras procentsatser för att tydligare presentera skillnader mellan grupperna.

Resultatet visar att i 4 av attitydfrågorna har de polisstudenter som genomgått utbildningen mer positiva attityder än jämförelsegruppen. Den största skillnaden fanns i uppfattningen om psykiatriska patienter som pålitliga barnvakter. I 3 av 4 frågor om framtida bemötanden har utbildningsgruppen också en mer positiv inställning. Den största skillnaden fanns i inställningen till att i framtiden arbeta tillsammans med en person med psykiska problem. Vad gäller kunskaper så ansåg sig också utbildningsgruppen efter utbildningsmodulen i större

utsträckning veta vilket råd angående professionell hjälp de skulle ge en vän med psykiska problem.

Omvårdnadsprogrammet vid Mittuniversitetet i Sundsvall

I denna del av undersökningen genomfördes mätningar av attityder kunskaper och bemötande före och efter utbildningsmodulen. Tabell 2 visar i vilka avseenden det fanns signifikanta skillnader mellan baslinjemätningen och mätningen efter avslutad utbildning

Tabell 2. De attityder kunskaper eller bemötandefrågor där det fanns signifikanta förändringar mellan mätning före och efter utbildningsmodulen vid Mittuniversitetet i Sundsvall (N=26)

Påstående/fråga	Före utb. instämmer (%)	Efter utb. Instämmer (%)	Signifikans *
Attityder			
Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället	77	100	.001
Människor med en psykisk sjukdom bör isoleras från resten av samhället	++		.022
Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst	69	77	.033
Kunskaper			
De flesta människor med psykiska problem vill ha ett lönearbete	76	92	.020
Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt	76	92	.009
De flesta människor med psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården	20	68	.001

*Jämförelserna har gjorts med Wilcoxon's matched pairs test. I tabellen presenteras procentsatser för att tydligare presentera eventuella skillnader mellan grupperna. ++ Alla svarar i den icke instämmande delen av skalan både före och efter utbildning men det finns en signifikant förskjutning mot att i högre grad inte instämma. Tabellens konstruktion medger inte att detta presenteras

Det finns positiva förändringar i tre attityder och i tre variabler som rör kunskaper. Den största förändringen i attityder handlar om att den bästa behandlingen är att vara delaktig i samhället. Man menar också i större utsträckning efter utbildningen att personer med psykiska problem vill ha ett lönearbete, kan återhämta sig fullständigt och får professionell hjälp inom sjukvården

Omvårdnadsprogrammet vid Komvux i Vänersborg

I denna del av undersökningen genomfördes mätningar av attityder kunskaper och bemötande före och efter utbildningsmodulen. Tabell 2 visar i vilka avseenden det fanns signifikanta skillnader mellan baslinjemätningen och mätningen efter avslutad utbildning.

Tabell 3. Attityder kunskaper eller bemötandefrågor där det fanns signifikanta förändringar mellan mätning före och efter utbildningsmodulen vid Komvux i Vänersborg (N=20)

Påstående/fråga	Före utb. instämmer (%)	Efter utb. Instämmer (%)	Signifikans *
Attityder			
Utlokalisering av en psykiatrisk verksamhet till ett bostadsområde utgör ingen fara för lokalbefolkningen	68	84	.044
Lokalbefolkningen har goda skäl att motarbeta utlokalisering av psykiatrisk verksamhet till deras bostadsområde	21	15	.012
Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst	55	85	.033
Bemötande			
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo nära en person som har psykiska problem	77	100	.008
I framtiden skulle jag kunna tänka mig att arbeta tillsammans med en person som har psykiska problem	65	82	.041
Kunskaper			
De flesta människor med psykiska problem vill ha ett lönearbete	45	67	.001
Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt	61	72	.044
De flesta människor med psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården	41	76	.004

*Jämförelserna har gjorts med t-test. I tabellen presenteras procentsatser för att tydligare presentera eventuella skillnader mellan grupperna.

Det fanns i denna del av studien positiva förändringar i tre attityder, två bemötandefrågor och i tre kunskapsfrågor. Största förändringen i attityder gällde att psykisk sjukdom är som vilken annan sjukdom som helst. Förändringarna i kunskaper gällde samma variabler som vi Mittuniversitetet. I Vänersborg fanns också positiva förändringar i två bemötandefrågor som handlade om att arbeta tillsammans med eller bo nära personer med psykiska problem.

DISKUSSION OCH SAMMANFATTNING

Man konstaterar att i alla tre utbildningarna påverkas attityder, kunskaper och bemötande i positiv riktning. Ur vetenskaplig synpunkt får de förändringar som ägde rum vid polisutbildningen i Umeå störst tyngd eftersom här fanns en jämförelsegrupp. Före utbildningen fanns inga skillnader mellan grupperna, medan ett antal sådana kunde konstateras efter densamma. Vi konstaterar också att analyser inom jämförelsegruppen visade att det inte skedde några förändringar i jämförelser mellan baslinjemätningen och den uppföljande mätningen. Det är osannolikt att det finns någon alternativ förklaring till förändringarna i den grupp som fick utbildning. Förändringarna var också mest omfattande i den del av utvärderingen som genomfördes i Umeå. Förklaringen till detta kan vara att i den form som utbildningen gavs i Umeå fanns det fler moment, och även praktiska övningar, där attitydambassadörer deltog.

Det fanns också påtagliga förändringar inom ramen för det två övriga utbildningsinsatserna. I Vänersborg visade resultaten förändringar inom alla tre områdena, attityder, kunskap och bemötande, vid utbildningen i Sundsvall inom områdena attityder och kunskaper. Även om uppbyggnaden av undersökningen inte hade en lika stark design här så validerar resultaten från dessa resultaten från polisutbildningen i Umeå. Man kan också notera att hos deltagarna i dessa två utbildningar så hade man redan vid baselinemätningen relativt sett positiva attityder, vilket innebär att utrymmer för positiva förändringar var mindre utifrån de skalor som användes.

Den slutsats som kan dras är att dessa utbildningar med största sannolikhet påverkar attityder, kunskaper och förväntat bemötande visavi personer med psykisk sjukdom. En lärdom att ta med sig i ett vidare utvecklande av utbildningsmodulen kan vara att ytterligare stärka deltagandet av attitydambassadörer på olika sätt. En viktig begränsning i denna undersökning är att förändringar endast följdes upp efter avslutad utbildning. Det fanns inte möjligheter att göra ytterligare uppföljningar vid senare tillfällen, vilket hade utgjort en viktig tilläggsinformation i frågan om dessa förändringar är mer bestående.

REFERENSER

Högberg T, Magnusson A, Ewertzon M, Lützén K. Attitudes towards mental illness I Sweden: Adaptation and development of the Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire. *International Journal of Mental Health Nursing* 2008;17:302-310.

Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H, Rose D, Rhydderech D, Henderson C, Thornicroft G. Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *Canadian Journal of Psychiatry* 2010;55:440-448.

Evans-Lacko S, Rose D, Little K, Rhydderech D, Henderson C, Thornicroft G. Development and psychometric properties of a stigma related behaviour measure. Personal communication. Taylor M, Dear J. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin* 1981;7:225-240.

Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *British Journal of Psychiatry* 1996;168:191-198.

Bilaga 4. Diskriminering av personer med psykisk ohälsa

Diskriminering av personer med psykisk ohälsa En intervjuundersökning

CEPI 2011

Bakgrund

Under åren 2010-2011 pågår i Sverige en nationell kampanj riktad till allmänheten som handlar om kunskap och attityder till psykisk ohälsa, Hjärnkoll. Målet för arbetet med Hjärnkoll är att öka allmänhetens kunskaper och påverka negativa attityder till psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. I förlängningen av detta är det naturligtvis också av stort intresse att undersöka omfattningen av diskriminering av personer med psykisk ohälsa i Sverige för att ge ett underlag för ett framtida kampanjarbete.

Syfte

Den aktuella intervjustudien har som övergripande syfte att undersöka förekomsten av upplevd diskriminering i ett urval av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa som har kontakt med den psykiatriska vården

Metod och genomförande

Studien genomförs som en explorativ studie i ett av kampanjlänen, Västerbotten, och i Hallands län som inte är ett kampanjlän. Bakgrunden till att också inkludera deltagare från Halland är att dessa utgör en kontrollgrupp som underlag för en framtida uppföljning i kampanjlän Västerbotten.

I studien används ett intervjuformulär som utvecklats inom ramen för en internationell studie om diskriminering, den s.k. INDIGO-studien. Detta formulär används också i utvärderingen av den nu aktuella engelska antistigmakampanjen Time To Change. Formuläret heter Discrimination and Stigma Scale (DISC-12) (Indigo study group 2008) och har översatts till svenska av CEPI, och också prövats i en pilotstudie. I den här studien användes en version av formuläret som anpassats till att genomföras som en telefonintervju.

DISC-12 innehåller 21 frågor kring upplevd diskriminering inom olika livsområden, 4 frågor om förväntad diskriminering (självdiskriminering), 2 frågor om hur man hanterat diskriminering och 5 frågor kring positiv särbehandling på grund av den psykiska ohälsan. Intervjun omfattar frågor om man på olika sätt blivit orättvist behandlad på grund av sin psykiska ohälsa, till exempel när det gäller att skaffa arbete eller bostad, och om situationer där man har hindrat sig själv från att göra saker på

grund av hur andra skulle kunna reagera på vederbörandes psykiska ohälsa. Det finns också frågor om hur man hanterat en orättvis behandling och om situationer när man har blivit mer fördelaktigt eller positivt behandlad på grund av den psykiska ohälsan. Vissa bakgrundsuppgifter som kön, ålder osv. ingår också. Telefonintervjun har vanligtvis varat cirka 30-45 minuter och intervjuerna genomfördes under våren 2011. Intervjun omfattade de erfarenheter man hade av diskriminering under de senaste 2 åren.

För att kunna genomföra intervjuerna har intervjuerna utbildats i intervjumethodik och praktiskt tränats i att genomföra intervjuer. Sammanlagt har 15 intervjuare använts varav 6 har en bakgrund med egen erfarenhet av psykisk ohälsa.

Inklusionskriterium för att delta i studien har varit att man har kontakt med en landstingsbaserad eller kommunal psykiatrisk verksamhet (ej slutenvård). För att få kontakt med personer som kan delta i studien har receptionspersonal eller liknande i de verksamheter som tackat ja till att delta i studien informerat patienter om studien när de besöker mottagningen eller motsvarande. Ett informationsmaterial om studien har vid detta tillfälle överlämnats till deltagarna. Detta informationsmaterial innehöll också en sida där man accepterar deltagande och anger namn och telefonnummer för vidare kontakt. En lokal koordinator har sedan fördelat deltagare till de personer som skall genomföra intervjuerna.

I den statistiska bearbetningen har i förekommande fall använts deskriptiv statistik, korrelationstest, t-test, Mann-Whitney U-test, envägs ANOVA och Kruskal Wallis test.

Deltagare

I studien deltar sammanlagt 156 personer varav 106 från Västerbotten och 50 från Halland. Det fanns inga skillnader i bakgrundsuppgifter mellan de två grupperna (ålder, kön, utbildning, antalet år man haft kontakt med psykiatri, erfarenhet av psykiatrisk slutenvård, tvångsvård, självrapporterad diagnos). En översikt över bakgrundsuppgifter för alla deltagare återfinns i tabell 1.

Resultat

Rapporterad upplevda erfarenheter av diskriminering presenteras i tabell 2, uppdelat på inte alls, lite grann, i viss utsträckning och mycket. I tabellen anges också om ett visst område inte varit aktuellt att bedöma för deltagaren. Denna grupp ingår i beräkningarna av de procentuella andelar som i olika utsträckning rapporterar diskriminering. Bortfallet av svar var mycket litet och bortses från i tabellen. I vissa variabler finns det en stor andel som anger ej aktuellt som svarsalternativ, vilket innebär att man t.ex. aldrig sökt ett arbete eller levt under äktenskapliga förhållanden. Om man utifrån tabellen fokuserar på områden där man upplevt mycket diskriminering (blivit orättvist behandlad) så finns de högsta frekvenserna inom livsområdena psykiatrins personal (20,1%) den egna familjen (17,3%) och av partner (16,8%). Relativt få personer beskriver mycket diskriminering inom områdena, allmänna kommunikationer, att utöva sin religion eller det egna boendet.

Det område där man främst uttrycker att man hindrat sig själv (självstigma) är att man hemlighållit sina psykiska problem för omgivningen, där 35% rapporterar att man i stor utsträckning gjort detta.

En sammanfattande bild av resultaten ges i tabell 3, där resultaten aggregerats och svaren delats upp i om man inte alls upplevt diskriminering respektive om man i någon utsträckning upplevt detta. I tabellen har resultatet rangordnats från områden med mest respektive minst upplevd diskriminering. I det här perspektivet är områdena den egna familjen, att omgivningen tagit avstånd, att skaffa eller behålla vänner och psykiatrins personal de områden man rapporterar mest omfattande diskriminering. Den upplevda diskrimineringen är dock omfattande i ytterligare ett antal områden, se tabell 3. Områdena med minst omfattande diskriminering rör religion, allmänna kommunikationer och att bilda familj/skaffa barn.

En redovisning av hur många livsområden man upplevt diskriminering inom visas i tabell 4. I genomsnitt har man upplevt diskriminering inom 6 livsområden (av 21 möjliga i intervjun) med en spridning från 0 till 18 livsområden. I genomsnitt har man hindrat sig själv inom 2 av de 4 områden som tas upp i intervjun med en spridning från 0 till alla 4. Man upplever sig i genomsnitt också positivt särbehandlad inom ett

av de 5 områden som diskuteras under intervjun, med en spridning i gruppen från 0 till alla 5 områdena.

Det fanns inga statistiskt säkerställda skillnader i antal livsområden med avseende på en rad sociala och kliniska bakgrundsvariabler. Den enda skillnad som upptäcktes var relaterad till diagnosgrupp. I intervjun ombads respondenten själv ange vilken diagnos man hade, vilket 136 deltagare gjorde. Dessa grupperades grovt i Ångest/depression, psykos, neuropsykiatrisk diagnos och övriga. I den delskala som handlade om att ha blivit diskriminerad (orättvist behandlad) så hade personer med ångest/depression upplevt diskriminering inom i genomsnitt 5,2 områden, personer med psykossjukdom inom 7,2 områden och personer med en neuropsykiatrisk diagnos inom 9,9 områden. Den senare gruppen hade upplevt diskriminering inom signifikant fler områden än de två övriga ($p=.001$), som sinsemellan inte skilde sig signifikant åt. I de övriga delskalorna fanns inga signifikanta skillnader.

Sammanfattning

I den här rapporten redovisas resultat om upplevd diskriminering baserad på 156 intervjuer genomförda i Västerbotten och Halland. Det är svårt att säkert uttala sig om representativiteten i de resultat som redovisas. Deltagandet bygger på informerat samtycke och vi har inga uppgifter kring de som tillfrågats men tackat nej till att delta. Det kan finnas många faktorer bakom att tacka ja eller nej till deltagande som kan påverka resultaten, vilka därför måste tolkas med försiktighet. Det som tyder på att det finns en viss allmängiltighet i det som rapporterats är att det utifrån en bedömning av en rad bakgrundsfaktorer verkar vara en ganska bred grupp som valt att delta. Spridningen bakgrundsfaktorer liksom i kliniska variabler är ganska stor. Det finns också en stor spridning i den omfattning av diskriminering som rapporteras, från i stort sett ingen alls till en mycket omfattande upplevd diskriminering. Ett tecken på en viss allmängiltighet i resultaten är också att det inte fanns några skillnader i bakgrundsvariabler eller rapporterad diskriminering mellan deltagare från de två länen som är representerade i undersökningen.

Sammanfattningsvis så redovisas en ganska omfattande diskriminering i den här undersökningen med en stor spridning i omfattning mellan olika livsområden och mellan olika individer. Det är viktigt att betona att intervjun omfattade upplevelser

under de senaste 2 åren. Områden som den egna familjen, vänner och psykiatrins personal är områden där man upplever mest omfattande diskriminering, men i en rad andra områden ser man också höga frekvenser av rapporterad diskriminering. Det är en ganska liten grupp med neuropsykiatriska diagnoser som är med i undersökningen, men de är den grupp som redovisar den mest omfattande diskrimineringen, mätt i antalet livsområden som är påverkade. Detta är ett område som bör belysas ytterligare för att få mer säker kunskap.

Självstigmatisering är också ett utbrett redovisat fenomen, framförallt genom att man hemlighåller sin psykiska ohälsa för omgivningen, men även när det gäller att inleda en nära relation eller söka arbete.

Tabell 1. Bakgrundsuppgifter för deltagarna i studien (N=156 om annat ej anges)

	Antal	Procent
Kön (N=153)		
Kvinna	54	35,3
Man	99	64,7
Ålder (m, SD)	42 (13)	
Samboendesituation (N=143)		
Ensam	78	54,5
Partner	46	32,2
Föräldrar	8	5,6
Annan	11	7,7
Utbildning (N=152)		
Grundskola	27	17,8
Gymnasium	69	45,4
Högskola/universitet	56	36,8
Arbetsituation (N=140)		
Arbete (heltid/deltid)	37	26,4
Arbetslös	33	23,6
Pension	54	38,6
Utbildning	16	11,4
Kontakt med psykiatri		
Antal år sedan första kontakt (m, sd)	15 (11)	
Antal inläggningar i slutenvård (m, sd, N=120)	5 (14)	
Någon gång varit tvångsinlagd (N=149)	49	32,9
Självrapporterad diagnos (N=136)		
Ångest/depression	63	46,3
Psykos	51	38,5
Neuropsykiatri	16	11,8
Övrigt	6	4,4

Tabell 2. Tabellen visar frekvenser av upplevd diskriminering inom olika livsområden utifrån formulärets svarsalternativ. Materialet omfattar 156 individer med enstaka bortfall i svar som inte redovisas här.

Frågor	Inte alls	Lite grand	I viss utstr.	Mycket	Ej aktuellt
Orättvist behandlad					
Har du blivit orättvist behandlad när det gäller att få vänner eller behålla dem?	47,4	15,4	21,8	12,8	2,6
Har du blivit orättvist behandlad av dina grannar eller av människor som bor i närheten?	72,4	12,2	5,8	5,8	3,8
Har du blivit orättvist behandlad av en person du haft en träff med eller haft ett intimt förhållande med?	48,1	13,6	9,1	14,3	14,9
Har du blivit orättvist behandlad när det gäller ditt boende?	78,1	4,5	5,8	3,9	7,7
Har du blivit orättvist behandlad i skolan eller under din utbildning?	32,7	5,8	14,1	15,4	32,1
Har du blivit orättvist behandlad av din partner, under äktenskapet eller när ni separerade?	31,6	11,0	7,7	16,8	32,9
Har du blivit orättvist behandlad av din familj?	45,5	14,1	22,4	17,3	0,6
Har du blivit orättvist behandlad när det gäller att få ett arbete?	43,5	7,8	7,1	12,3	29,2
Har du blivit orättvist behandlad när det gäller att behålla ett arbete?	40,9	7,1	11,0	13,6	40,9
Har du blivit orättvist behandlad när du använt allmänna kommunikationer?	82,7	5,1	4,5	1,9	5,8
Har du blivit orättvist behandlad när det gäller att få sociala förmåner eller sjukersättning?	61,3	5,8	14,2	14,8	3,9
Har du blivit orättvist behandlad när du utövar din religion?	42,3	0,6	3,8	0,6	52,6
Har du blivit orättvist behandlad i sociala sammanhang?	67,3	12,2	10,9	5,8	3,8
Har du blivit orättvist behandlad av polisen?	50,0	3,9	3,9	5,2	37,0

Har du blivit orättvist behandlad när du sökt hjälp för fysiska hälsoproblem?	59,0	9,0	14,7	15,4	1,9
Har du blivit orättvist behandlad av personalen i psykiatrin?	52,6	13,0	14,3	20,1	0,0
Har du blivit orättvist behandlad när det gäller ditt privatliv och din personliga integritet?	68,6	9,2	9,2	9,2	3,9
Har du blivit orättvist behandlad när det gäller din personliga trygghet och säkerhet?	60,6	7,1	12,9	15,5	3,9
Har du blivit orättvist behandlad i samband med att du bildat familj och skaffat barn?	32,9	0,0	5,2	3,9	58,0
Har du blivit orättvist behandlad i rollen som förälder?	22,4	7,1	9,0	9,0	52,6
Har människor som vet om att du har psykiska problem undvikit dig eller tagit avstånd från dig?	44,5	20,0	18,1	14,8	2,6
Hindrat dig själv					
Har du hindrat dig själv från att söka ett arbete?	35,1	8,4	20,1	14,9	21,4
Har du hindrat dig själv från att söka en utbildning eller en kurs?	42,6	12,3	16,1	13,5	15,5
Har du hindrat dig själv från att inleda en nära relation?	35,3	9,6	22,4	21,8	10,9
Har du hemlighållit eller dolt dina psykiska problem för andra?	31,4	9,6	23,7	35,3	0,0
Bemästrat stigma					
Har du blivit god vän med någon som inte själv har kontakt med psykiatrin?	21,9	8,4	25,8	40,0	3,9
Har du kunnat använda din inre kraft och styrka för att handskas med stigma och diskriminering?	15,6	17,5	36,4	25,3	5,2
Positivt särbehandlad					
Har du blivit mer positivt behandlad av din	38,1	14,2	27,7	16,8	3,2

familj?					
Har du blivit mer positivt behandlad när det gäller att få sociala förmåner eller ekonomiska bidrag?	53,9	12,3	11,7	7,8	14,3
Har du blivit mer positivt behandlad när det gäller ditt boende?	56,8	3,2	9,7	7,7	22,6
Har du blivit mer positivt behandlad när du utövar din religion?	27,9	1,9	1,3	2,6	66,2
Har du blivit mer positivt behandlad när det gäller arbete?	43,8	5,2	6,5	10,5	34,0

Tabell 3. Tabellen visar i rangordning (%) upplevd diskriminering inom olika livsområden, om man hindrat sig själv, bemästrat stigma samt upplevt positiv särbehandling. Materialet omfattar 156 individer med enstaka bortfall i svar som inte redovisas här

Frågor	Nej	Ja	Ej aktuellt
Orättvist behandlad			
Har du blivit orättvist behandlad av din familj?	45,5	53,9	0,6
Har människor som vet om att du har psykiska problem undvikit dig eller tagit avstånd från dig?	44,5	52,9	2,6
Har du blivit orättvist behandlad när det gäller att få vänner eller behålla dem?	47,4	50,0	2,6
Har du blivit orättvist behandlad av personalen i psykiatri?	52,6	47,4	0,0
Har du blivit orättvist behandlad när du sökt hjälp för fysiska hälsoproblem?	59,0	39,1	1,9
Har du blivit orättvist behandlad av en person du haft en träff med eller haft ett intimt förhållande med?	48,1	37,0	14,9
Har du blivit orättvist behandlad av din partner, under äktenskapet eller när ni separerade?	31,6	35,5	32,9
Har du blivit orättvist behandlad när det gäller din personliga trygghet och säkerhet?	60,6	35,5	3,9
Har du blivit orättvist behandlad i skolan eller under din utbildning?	32,7	35,2	32,1
Har du blivit orättvist behandlad när det gäller att få sociala förmåner eller sjukersättning?	61,3	34,8	3,9
Har du blivit orättvist behandlad i sociala sammanhang?	67,3	28,9	3,8
Har du blivit orättvist behandlad när det gäller ditt privatliv och din personliga integritet?	68,6	28,5	3,9
Har du blivit orättvist behandlad när det gäller att få ett arbete?	43,5	27,3	29,2

Har du blivit orättvist behandlad i rollen som förälder?	22,4	25,0	52,6
Har du blivit orättvist behandlad av dina grannar eller av människor som bor i närheten?	72,4	23,8	3,8
Har du blivit orättvist behandlad när det gäller att behålla ett arbete?	40,9	18,2	40,9
Har du blivit orättvist behandlad när det gäller ditt boende?	78,1	14,2	7,7
Har du blivit orättvist behandlad av polisen?	50,0	13,0	37,0
Har du blivit orättvist behandlad när du använt allmänna kommunikationer?	82,7	11,5	5,8
Har du blivit orättvist behandlad i samband med att du bildat familj och skaffat barn?	32,9	9,1	58,0
Har du blivit orättvist behandlad när du utövar din religion?	42,3	5,1	52,6
Hindrat dig själv			
Har du hemlighållit eller dolt dina psykiska problem för andra?	31,4	68,6	0,0
Har du hindrat dig själv från att inleda en nära relation?	35,3	53,8	10,9
Har du hindrat dig själv från att söka ett arbete?	35,1	43,5	21,4
Har du hindrat dig själv från att söka en utbildning eller en kurs?	42,6	41,9	15,5
Bemästrat stigma			
Har du kunnat använda din inre kraft och styrka för att handskas med stigma och diskriminering?	15,6	79,2	5,2
Har du blivit god vän med någon som inte själv har kontakt med psykiatri?	21,9	74,2	3,9
Positivt särbehandlad			

Har du blivit mer positivt behandlad av din familj?	38,1	58,7	3,2
Har du blivit mer positivt behandlad när det gäller att få sociala förmåner eller ekonomiska bidrag?	53,9	31,8	14,3
Har du blivit mer positivt behandlad när det gäller arbete?	43,8	22,2	34,0
Har du blivit mer positivt behandlad när det gäller ditt boende?	56,8	20,6	22,6
Har du blivit mer positivt behandlad när du utövar din religion?	27,9	5,9	66,2

Tabell 4. Antalet livsområden där man upplevt diskriminering, uppdelat på de 4 delskalorna i DISC-formuläret. Medelvärden, standardavvikelse, samt min och maxvärden anges i tabellen (N=156)

Delskala	Antal områden (m)	SD	Min	Max
Orättvist behandlad (0-21)	6,3	3,9	0	18
Hindrat sig själv (0-4)	2,1	1,2	0	4
Bemästrat diskriminering (0-2)	1,4	0,6	0	2
Positiv särbehandling (0-5)	1,4	1,1	0	5

Referenser

Discrimination and Stigma Scale DISC 12 © 2008 The INDIGO Study Group.

Contact: Prof. Graham Thornicroft, Institute of Psychiatry, King's College London

Bilaga 5. Medieanalys till effektutvärdering

Medieanalys till effektutvärdering

David Lerdell
Stockholm den 31 maj 2012
uppdaterad den 1 juni 2012

Innehåll

Personbeskrivningar	91
Framställningen av personer med psykisk ohälsa i media	93
Kampanjen Hjärnkolls påverkan	96
Samlad analys av förändringen över tid	99

Bakgrund

Den 1 juni 2012 lämnar Hjärnkoll in en effektutvärdering för den första tre-årsperioden 2009-2011 till Socialdepartementet.

Denna rapport sammanfattar medieanalysen under 2010-2011 inom ramen för projektet Hjärnkoll.

Rapporten svarar på följande frågor:

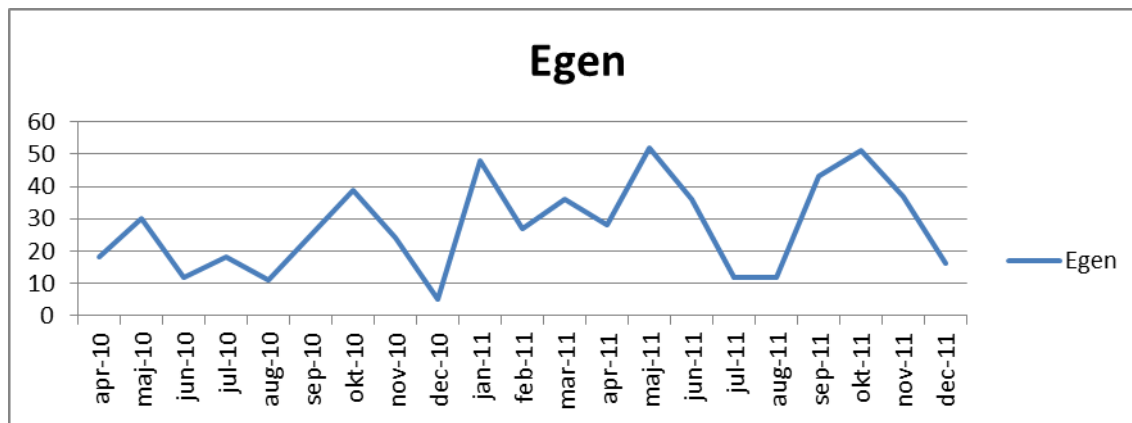
- Har antalet personbeskrivningar där personer med egen erfarenhet berättar ökat under projekttiden 2010-2011? Om så är fallet, hur mycket? Vad beror ökningen på?
- Har det skett någon förändring hur personer med psykisk ohälsa framställs i media utifrån parametrarna positivt/negativt/neutralt?
- Går det att se om kampanjen Hjärnkoll påverkat hur personer med psykisk ohälsa framställs i media. Om så är fallet på vilket sätt?

Utifrån den samlade bilden formuleras en analys om förändringen över tid.

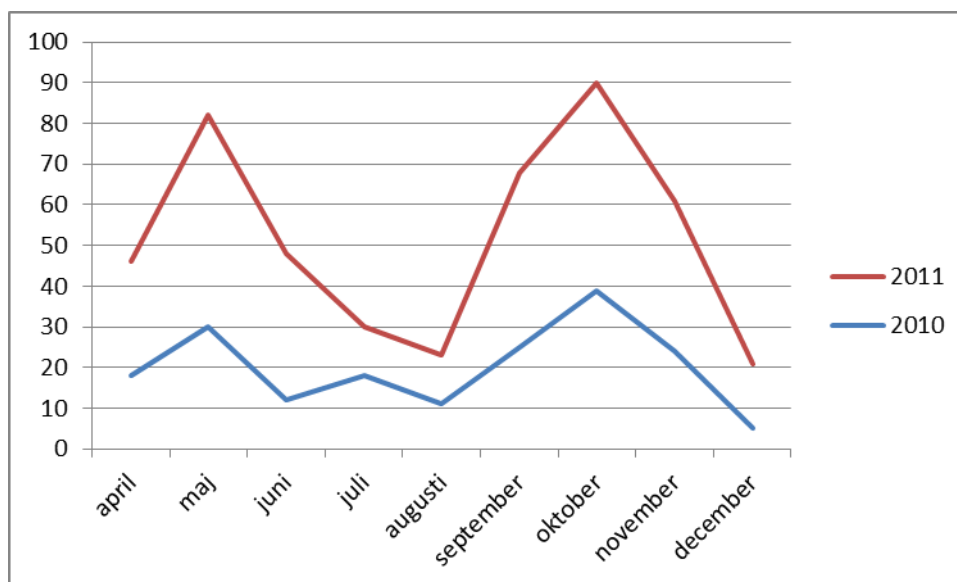
Personbeskrivningar

Förändring av antalet personbeskrivningar där personer med egen erfarenhet förekommer under projektiden 2010-2011

Medieanalyserna tog sin början i april 2010, och ser vi till hela perioden april 2010 till december 2011 ser utvecklingen ut som följer:



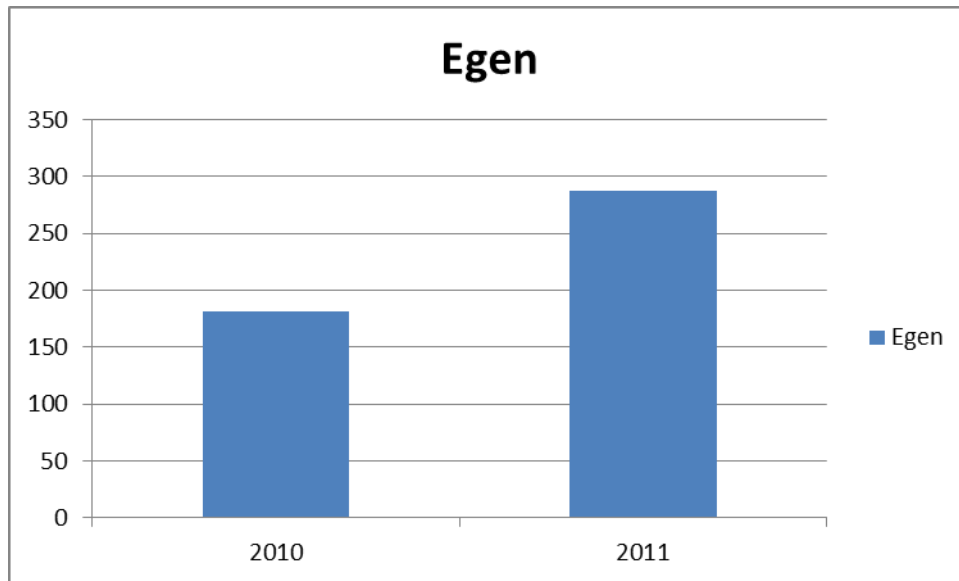
I syfte att kunna urskilja hur medierapporteringen ompersoner som delar med sig av egna erfarenheter av psykisk ohälsa har vi nedan valt att jämföra perioderna april-december 2010 med april-december 2011, eftersom det förekommer stora säsongsvariationer med exempelvis dippar kring jul och nyår.



I ovanstående graf – där 2010 jämförs med motsvarande period 2011 – framkommer med stor tydlighet att rapporteringen har ökat relativt kraftigt under 2011 jämfört med föregående år.

- Under perioden **april-december 2010** publicerades det totalt **182 artiklar**

- Under perioden **april-december 2011** publicerades det totalt **287 artiklar**



Detta innebär att det publicerades **105 fler artiklar under 2011** jämfört med motsvarande period 2010; vilket motsvarar **en ökning på cirka 58 %**.

Vi ser följande **förklaringar till denna ökning**:

- Det har blivit lättare för ”vanliga” människor att berätta om sina diagnoser och erfarenheter då mer eller mindre offentliga personer – ofta celebriteter – delat med sig av egna erfarenheter i olika medieinslag. Här ser vi dock en viss skillnad mellan olika diagnoser – det är fler personer med erfarenhet av exempelvis ADHD och depression än personer med erfarenhet av ”tyngre” diagnoser som exempelvis schizofreni som delar med sig av egna erfarenheter av psykisk ohälsa.
- Vi har också fångat in ett antal artiklar där diagnosen – eller ”sjukdomen” – står i fokus vilka är vinklade så att diagnosen (”sjukdomen”) är som vilken annan sjukdom som helst, vilket bidrar till att avdramatisera den egna diagnosen och minskar känslor av stigma.

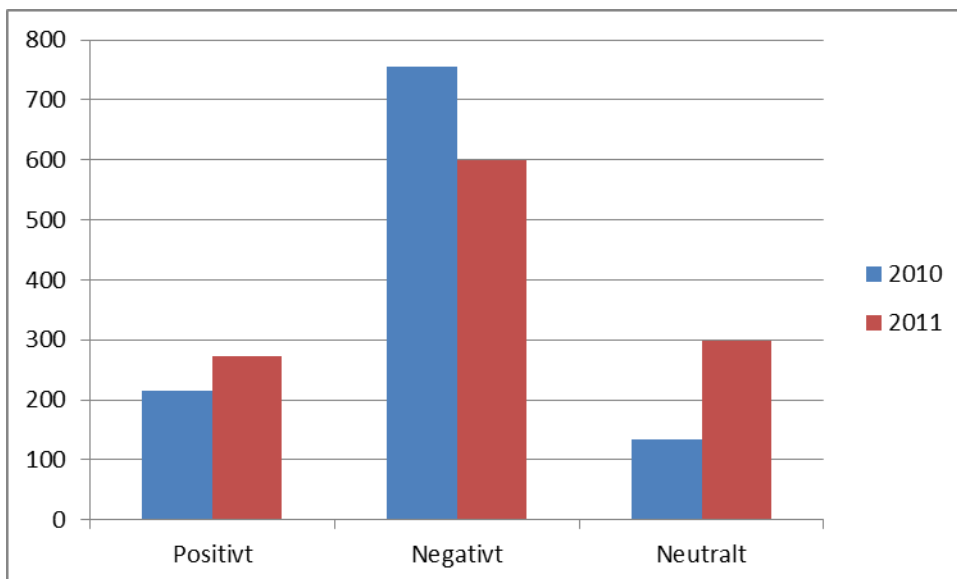
Framställningen av personer med psykisk ohälsa i media

Har det skett någon förändring hur personer med psykisk ohälsa framställs i media utifrån parametrarna positivt/negativt/neutralt?

Obs! Vänligen notera att graferna nedan är rensade från slentrianartad rapportering som enbart rör brottslighet och psykisk ohälsa; exempelvis nyhetstelegram som berättar om en misstänkt gärningsman och att denne ska genomgå en rättspsykiatrisk undersökning.

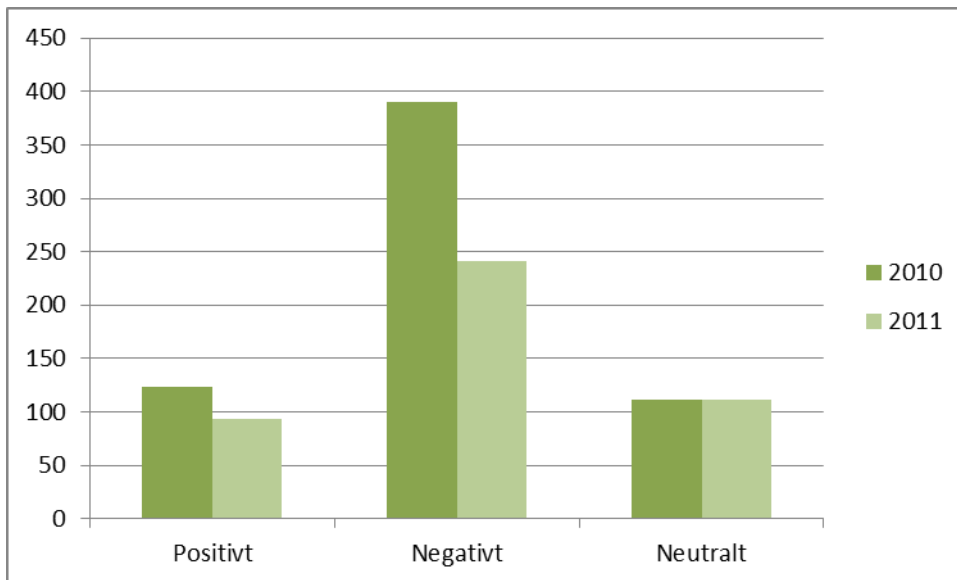
Personbeskrivningar

Person	2010	2011
Positivt	215	273
Negativt	755	600
Neutralt	135	298



Vårdbeskrivningar

Vård	2010	2011
Positivt	123	93
Negativt	390	241
Neutralt	112	112



Förklaringar:

För såväl artiklar som behandlar ”person” och ”vård” ser vi att **antalet negativt artiklar har minskat** under april – december 2011 jämfört med motsvarande period 2010.

Det finns förmodligen en rad förklaringar till denna minskning, men den viktigaste förklaringen torde vara att journalister i allmänhet har blivit mer angelägna att beskriva personer, vård och händelser som rör psykisk ohälsa **mer nyanserat över tid**.

Däremot ser vi att **de negativt artiklarna fortfarande utgör en majoritet av rapporteringen kring psykisk ohälsa i media**. En delförklaring till detta ligger i att stigmat kring psykisk ohälsa fortfarande finns kvar (även om det minskat över tid). En annan förklaring är att en hel del av rapporteringen handlar om att vissa aspekter av psykisk ohälsa – såväl för person som inom vården – inte är särskilt positiv utan är förknippade med ett antal problem och bekymmer.

Vi ser även att **antalet positiva vinklade artiklar om personer har ökat över tid**, vilket till stor del förklaras av rapportering kring dels offentliga personer (celebriteter), dels artiklar som rör Hjärnkoll, där man berättar om egna erfarenheter av psykisk ohälsa som även lyfter fram positiva aspekter och berättelser om personer som efter en tid kan leva ett gott liv med en diagnos.

Däremot har **antalet negativt vinklade artiklar som rör vården ökat**, vilket till stor del förklaras av att man från mediehall genomfört ett antal **granskningar av de brister som finns inom vården**.

Det kan handla om artiklar om personer med psykiska funktionshinder som sällan framställs negativt men där man betonar att dessa personer inte får det stöd eller den vård de behöver (och har rätt till).

När personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa delar med sig av erfarenheter av vården är det nästan uteslutande negativt. Detta kan kanske förklaras med att man känner sig mer manad att väcka uppmärksamhet kring något som inte står rätt till och som behöver förändras än kring något som fungerar optimalt.

Kampanjen Hjärnkolls påverkan

Vad gäller Hjärnkolls eventuella påverkan kan vi konstatera att rapporteringen har förändrats över tid.

Ser vi till punkterna ovan har:

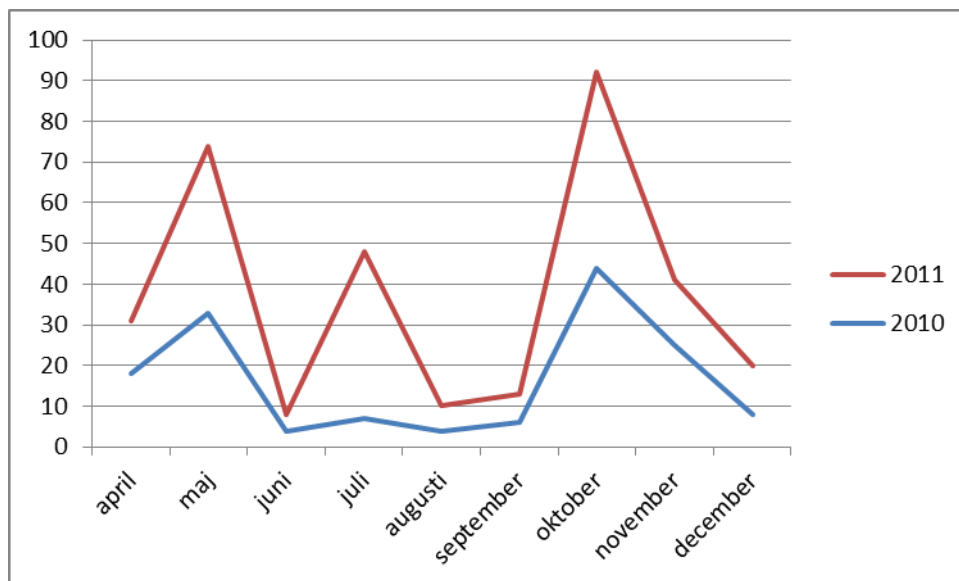
- Antalet artiklar där personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa intervjuas har ökat kraftigt.
- Antalet negativt vinklade artiklar som rör personer har minskat.
- Antalet positivt vinklade artiklar som rör personer har ökat.
- Antalet negativt vinklade artiklar som rör vården har ökat.
- Majoriteten av rapporteringen kring psykisk ohälsa är fortfarande negativt vinklad, även om den negativa rapporteringen minskat något över tid.
- Rapporteringen om psykisk ohälsa i allmänhet har blivit något mer nyanserad.

Förklaringar

Till att börja med kan vi alltså konstatera att stigma kring psykisk ohälsa finns kvar i media då majoriteten av artiklar och inslag fortfarande är negativt vinklade.

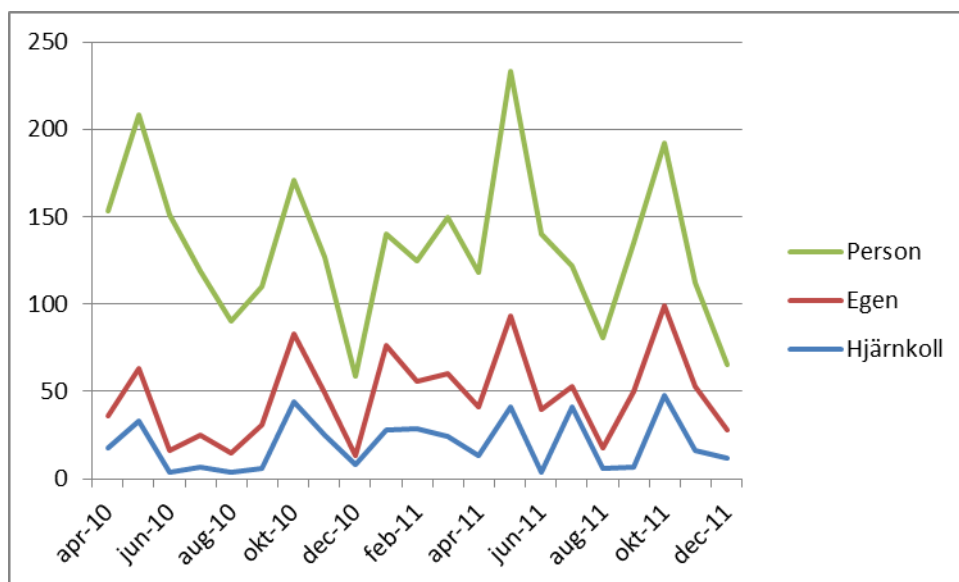
Dock är det tydligt att andelen negativt vinklade artiklar minskar samtidigt som den positivt vinklade rapporteringen kring personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa ökar.

Det är i denna del – att fler positivt vinklade artiklar publiceras – som det går att dra tydliga paralleller till Hjärnkoll, där vi dels ser att antalet artiklar ökat över tid om man jämför perioden april-december 2010 med perioden april-december 2011:



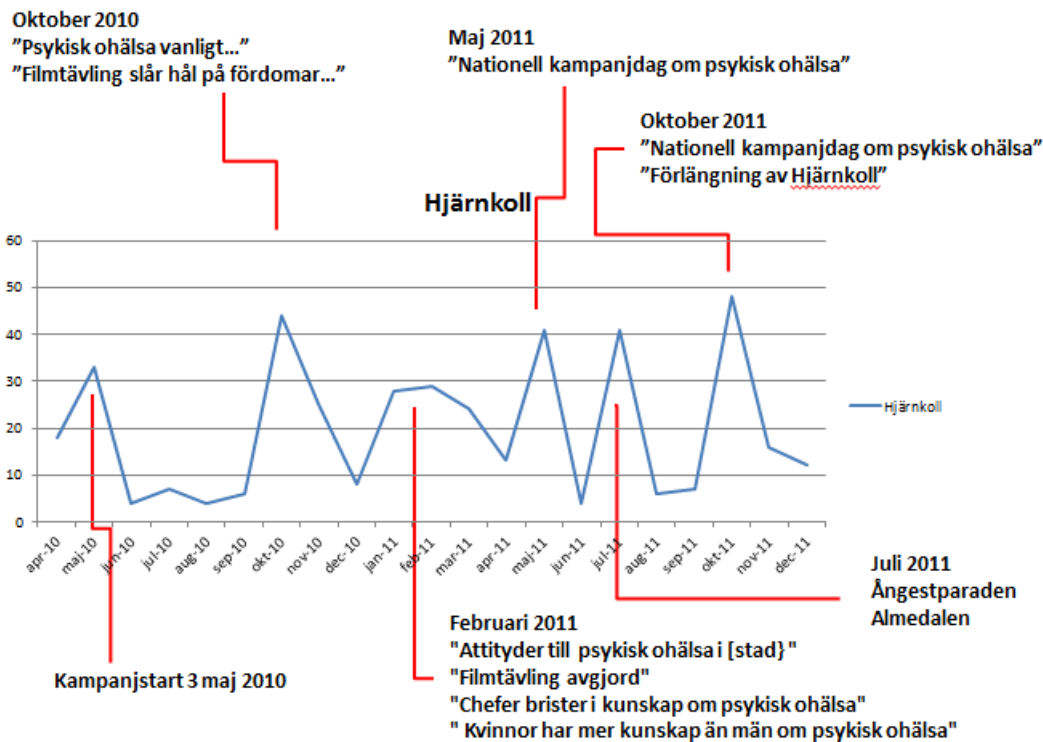
Men att konstatera att antalet artiklar om Hjärnkoll har ökat innebär naturligtvis inte direkt att antalet positivt vinklade artiklar i stort nödvändigtvis ökar.

Att Hjärnkollrapporteringen dock har påverkat rapporteringen framgår dock tydligt om vi relaterar rapporteringen kring Hjärnkoll med rapporteringen av "person" (artiklar och inslag som berättar om en person; i tredjeperson) och "egen" (artiklar och inslag som berättas av en person; i förstaperson). (Obs! Notera att graferna nedan omfattar perioden april 2010-december 2011).



I ovanstående graf ser vi en tydlig korrelation mellan Hjärnkoll och rapporteringen kring "person" och "egen". Topparna i Hjärnkollrapporteringen motsvaras av toppar i rapporteringen om såväl personer i allmänhet som av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa.

Topparna i grafen ovan motsvarar även kampanjinsatser från Hjärnkolls sidan:



Ett starkt intryck är att Hjärnkoll har påverkat rapporteringen genom sina ambassadörer. Artiklar som dessa framställs från personen i frågas perspektiv, och om den blir positiv eller negativ beror på den personens erfarenhet som han/hon berättar om, och inte på att personen i sig framställs som negativ eller en fara för samhället.

Vårt intryck är även att Hjärnkolls arbete gör att fler journalister får upp ögonen för problematiken kring psykisk sjukdom och hur människor som lever med det behandlas. När de sedan skriver artiklar och intervjuar personer framställs dessa mer nyanserat än i artiklar om brottslighet som annars är det sättet där personer med psykiska sjukdomar ofta nämns, och då på ett ytterst negativt sätt.

Samlad analys av förändringen över tid

Stigmat kring psykisk ohälsa är fortfarande tydligt i medierapporteringen; framför allt i de artiklar och inslag som förknippar (vålds)brottslighet med personer som lider av psykisk ohälsa. Denna rapportering blir mycket omfattande när spektakulära våldsbrott inträffar som exempelvis serieskytten/terroristen i Malmö ("Lasermannen 2") och massakern utförd av Anders Behring Breivik (som i skrivande stund dock inte är fälld ännu).

När dylika våldsbrott som har – eller misstänks ha – kopplingar till psykisk ohälsa inträffar kan man som analytiker inom detta område få känslan av att all positiv rapportering som ägt rum spelar liten roll för det stigma som fortfarande är tydligt i media.

Dock påstår vi att rapporteringen trots allt blivit mer nyanserad över tid. Ett exempel är rapporteringen kring "Lasermannen 2" som (själv)diagnosticerats med Aspergers syndrom. Den negativt vinklade rapporteringen är "som värst" i kvällstidningarna, därför är det intressant att notera att i samband med rapporteringen om "Lasermannen 2" valde Expressen att publicera ett antal informativa artiklar om diagnosen Asperger samt lyfta fram personer som bar diagnosen och som samtidigt klarade sig mycket bra.

Nedan några exempel:

Exempel på artikel om nyanserad rapportering kring våldsbrott och psykisk ohälsa



EXPRESSEN.SE
Torsdag 31 maj 2012
BERÄTTANDE SOM BERÖR

Tack för stöd
▶ Läs chefredaktörns blogg

START NÖJE SPORT EXPRESSEN.TV KULTUR LEDARE SPEL VÄDER

TIDNINGEN  Skriv ut text Storlek på text: 



Ragnar mördade sin styvpappa och sina två halvsyskon i Härnösand den 11 maj förra året. Han erkände trippelmordet och dömdes till sluten rättspsykiatrisk vård. Foto: Christian Örnberg

Diagnosen kan inte förklara mordet

Ragnar Nilsson, 21, har Aspergers syndrom - men fick aldrig någon hjälp. Så småningom blev han svårpsykiiskt sjuk. Då mördade han sin styvfar och två syskon. Det är verkligheten bakom trippelmordet i Härnösand. Men: det var inte asperger som orsakade det hemska brottet.

ANNONS:

LÄS MER OM

- ▶ Läsarna berättar om sina barn med aspergers syndrom | 12 feb 2011
- ▶ Emil, 13, har asperger och är en mästare på vikkonst | 12 feb 2011
- ▶ "Om mina barn får Aspergers skulle jag välkomna det" | 11 feb 2011

MENY

- Förstasidan
- Allt om bilar
- Bloggar
- Debatt
- Dejting
- Dokument
- Expressen rättar
- Expressen.tv
- Extra
- Fotboll
- Hockey
- Horoskop
- Husdjur
- Hälsa
- Jobb & Ekonomi
- Krönikörer
- Kultur
- Ledare
- Leva & bo
- Mobilt
- Mode
- Musik
- Nöje
- Raka svar
- Res
- Sanktan
- Spela spel

Expressen den 9 februari 2011.

<http://www.expressen.se/nyheter/diagnosen-kan-inte-forklara-mordet/>

Exempel på person som framställer den egna diagnosen som en tillgång

EXPRESSEN.SE
Torsdag 31 maj 2012
BERÄTTANDE SOM BERÖR

Jag var rät helt tagen
▶ Läs fler k

START NÖJE SPORT EXPRESSEN.TV KULTUR LEDARE SPEL VÅDER

TIDNINGEN Skriv ut text Storlek på text: A A A

KUNGENS SMARTA ASSANGE I SVERIGE
EXPRESSEN
L-FORIA
Dr. Ann SAMBON KÖRDE PÅ KVINNA
LIDAS HYLLES

Följ Expressen på facebook
Gilla 10k

MENY
Förstasidan
Allt om bilar
Bloggar
Debatt
Dejting
Dokument
Expressen rättar
Expressen.tv
Extra
Fotboll
Hockey
Horoskop
Husdjur
Hälsa
Jobb & Ekonomi
Krönikörer
Kultur
Ledare
Leva & bo
Mobilt
Mode
Musik
Nöje
Raka svar
Res
Sanktan
Spela spel
Sport
Testa dig själv
Trav
Tv-tablå
Tävla & Vinn
Väder

POSITIV. Tommy Mäkelä, 27, med dottern Livia, 3, är en av många med Aspergers syndrom som lever ett självständigt liv med jobb och familj. Tommy berättar att hans funktionsnedsättning gjort honom stark och beslutsam och positiv. "Eftersom jag haft det tufft och fått kämpa ser jag i dag med optimism på det mesta", säger han. Foto: Leif Gustafsson

"Om mina barn får Aspergers skulle jag välkomna det"

I tre dagar har Expressen berättat om sanningen bakom diagnosen Aspergers syndrom. Vi har fått mängder av glada mejl från läsare. Många vill berätta själva om hur de

ANNONS:
LÄS MER OM
▶ Läsarna berättar om sina barn med aspergers syndrom | 12 feb 2011
▶ Emil, 13, har asperger och är en mästare på vikkonst | 12

Expressen den 11 februari 2011

<http://www.expressen.se/nyheter/om-mina-barn-far-aspergers-skulle-jag-valkomna-det/>

Exempel på person som berättar om egna erfarenheter (som fick stor spridning)

Café

START | CAFÉ STIL | BLOGGAR | BILDER |

Café.se > Nyheter > Exklusivt i nya Café: Petter talar ut om sin ADHD

Nyheter | Publicerad 14 april 2011 08:00

Exklusivt i nya Café: Petter talar ut om sin ADHD



Han är dyslektikern som hyllats för sina texter och som mot alla odds blivit en av Sveriges största artister. Men bakom framgången och det stenhårda arbetstempot finns en hemlighet som ingen, inte ens **Petter** själv, känt till och som präglat hela hans liv. För första gången berättar hiphopstjärnan nu om sin ADHD. Cafés **Jan Gradvall** mötte honom samma dag som han fick sin diagnos.

Hela intervjun finns över nio sidor i Café 5/2011, som landar hos prenumeranter i dagarna och finns i butik tisdag 19 april.

Petter om diagnosen:

– Mest av allt känner jag lättnad. Att jag nu tagit tag i det här, rätt ut det en gång för alla, gör att jag slutligen förstår varför det gick som det gick i skolan. Det var så många gånger som jag kände mig dum, korkad, akademiskt underlägsen.

– Men som psykologen sa till mig nu efter det iq-test som ingick i undersökningen: Nu har jag slutligen papper på att jag faktiskt är normalbegåvad. Vissa saker är jag bättre på än andra, vissa saker är jag sämre på. Psykologen sa också att jag genom att organisera mitt liv så in i minsta detalj redan har tagit tag i min egen behandling.

Café 14 april 2011 <http://cafe.se/petter/>

Exempel på rapportering om attitydambassadör (Arvid Lagercrantz)



The screenshot shows a video player interface for TV4 Play. The top navigation bar includes 'Logga in', 'Skaffa premium', and 'Support'. Below this, there are menu items for 'Kategorier', 'Alla program', 'Live', 'PREMIUM', and 'BIG BROTHER 24-7'. A search bar with the text 'Sök' is also present. The main content area features a video player with a dark overlay on the left containing program information. The video itself shows a man, Arvid Lagercrantz, speaking. A yellow banner at the bottom of the video identifies him as 'ARVID LAGERCRANTZ, journalist och författare'. Below the video player, there are social media sharing options, a comment section with 'Visa kommentarer', and a list of other participants: 'Mer med: ARVID LAGERCRANTZ, HILLEVI WAHL, RICKARD BRACKEN, ING-MARIE WIESELGREN'. A 'Dimma ner' (Dim) button is also visible.

Nyhetsmorgon - Varannan berörs av psykisk ohälsa

Nyhetsmorgon

Nyhetsmorgon

Programinfo

Klippinfo

Varannan svensk berörs av psykisk ohälsa. Arvid Lagercrantz, före detta vd och chefredaktör, Hillevi Wahl, krönikör, och Rickard Bracken, Hjärnkoll, om ett folkhälsoproblem. Dessutom chattar psykiatern Ing-Marie Wieselgren på tv4.se.

Rekommendera 0

Visa kommentarer

Mer med: ARVID LAGERCRANTZ, HILLEVI WAHL, RICKARD BRACKEN, ING-MARIE WIESELGREN

Dimma ner

TV4 Nyhetsmorgon

http://www.tv4play.se/nyheter_och_debatt/nyhetsmorgon?title=varannan_berors_av_psykisk_ohalsa&videoid=1085228

Arvid Lagercrantz fick stort genomslag i flera stora medier däribland Dagens Nyheter och Sveriges Radio.

Exempel på person som berättar om negativa egna erfarenheter:

NORRBOTTEN

Ojämlig medicinering av ADHD

Publicerat: måndag 08 augusti kl 16:36, Nyheter P4 Norrbotten |  Dela ▼ |  4 gillar



Bengt Westling som har ADHD uppmanar alla att lyssna på de som är berörda. Foto: Boel Engkvist/ Sveriges Radio

Det är fyra gånger fler pojkar än flickor i åldrarna 10-14 år i Norrbotten, som får medicin mot ADHD, visar statistik från Socialstyrelsen.

 "Jag råder alla att lyssna" ▼

Det beror på stora brister i vården om hur adhd yttrar sig hos de båda könen, eftersom det är mer synligt hos pojkar än hos flickor.

Det säger Bengt Westling från Luleå som har stor erfarenhet - då både han och hans son har adhd:

- Det är lika mycket flickor som pojkar som har adhd, men det är väl det att flickorna håller in det mer, att det har en större oro inåt än kanske utåt som pojkarna här har. Och de är mer utåtagerande.

Bengt Westling är själv diagnostiserad med ADHD. Genom föreningarna Attention och Hjärnkoll åker han runt och föreläser om just ADHD som går att se, säger han:

- Det är ju upp till oss föräldrar och även skolpersonal och professioner som jag tjarar om att kunna läsa in det här, för det här kan man se. Den här rastlösheten kanske, och den här oron och duktig på vissa saker, kan bli specialist på det.

Fakta om ADHD

ADHD är ett neuropsykiatriskt funktionshinder och det betyder att det finns vissa svårigheter som bygger på hur hjärnan arbetar och fungerar. Det har ingenting att göra med intelligenskvoten, och många med ADHD har stor förmåga inom olika områden. Funktionshinder av det här slaget är delvis osynliga och märks inte direkt. Det kan lätt leda till felaktiga förväntningar, missförstånd och orimliga krav.

SR 8 augusti 2011

<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=98&artikel=4636855>

Exempel på granskning av brister i vården

PILLER PENGAR. PSYKVÅRD

#livegranskning

AFTONBLADET granskar den svenska psykiatrin

LIVE



Start
Tipsarkiv
Landstingslistan
Källskydd
Redaktionen
Om granskningen
Aftonbladet.se
Sök

Krav på regler för privata diagnoser

METOD – Jag upprepar gång på gång att vi behöver ta fram riktlinjer. Det säger Mårten Gerle, Socialstyrelsens psykiatriexpert, om den nya privata marknaden för neuropsykiatriska diagnoser. Det finns idag inga regler för de metoder som används för att sätta neuropsykiatriska diagnoser. Myndigheten SBU, som ska granska sjukvårdens metoder, konstaterade för en tid sedan: "Nyligen genomförda praxisinventeringar i [...]"

11 kommentarer Claes Petersson 

Nya besparingar hotar psykiatrin

TILLGÅNGLIGHETEN (Uppdaterad version) Just nu pågår budgetarbetet i landstingen. På flera håll har det varit klart länge att det väntar tuffa nedskärningar inom psykiatrin. • I somras kom uppgifter från Blekinge om att 35 anställda inom psykiatrin skulle tvingas sluta. • I Sörmland drar man ner på antalet slutenvårdsplatser i både Nyköping och Eskilstuna, totalt handlar [...]"

115 kommentarer Kristina Edblom 

Landstingslistan: Så vanlig är adhd-diagnos där du bor

METOD 19 av 21 svenska landsting. På så många håll är adhd den i särklass vanligaste diagnosen inom den öppna barn- och ungdomspsykiatrin. Listan toppas av Halland där 63,02 procent av barnen och ungdomarna i psykiatrin klassats med adhd-problematik". Halland är

Vad handlar granskningen om?

[Här läser du allt om varför vi granskar den svenska psykiatriska vården.](#)

GRANSKNING #5

Kartläggning: här sker flest självmord

Granskning #5: I Borås inträffar ett självmord varje månad
Flertalet sker inom öppenvården – samtidigt har sjukhuset stora problem med överbeläggning.



GRANSKNING #4



Psykvårdens svek kostade dem livet

Unik granskning: Inom mindre än fem år har 1 446 patienter inom psykiatrin tagit sina liv Socialstyrelsen: "Förändringen tar för lång tid".
"Hade de gått in till honom då kanske han hade levt idag" Kenneth tog sitt liv inne på psykiatrisk avdelning.

<http://pillerpengarpsykvard.aftonbladet.se/>.

Ett exempel från 2006 (obs!) om kopplingen mellan psykisk ohälsa och våldsbrott

AFTONBLADET Sveriges största tidning - 2,6 miljoner läsare varje dag Stock Timme för

PLUS Köp Plus! Logga in på Plus Tipsa Aftonbladet Aftonbladet Shoppa

TORSDAG 2012-05-31

Aftonbladet Nyheter

Publicerad: 2006-07-02 0 rekommenderar Textstorlek: 1 2 3

Fler vansinnesdåd i Sverige

Morgonens vansinnesdåd i Täby är långt ifrån det första. De senaste åren har flera fall uppmärksamrats där en ensam gärningsman agerat utan något uppenbart motiv. Flera gånger har det slutat i en meningslös tragedi.

- **Den 19 maj 2003.** En 32-årig man överfaller flera personer med ett järnrör i närheten av Åkeshovs tunnelbanestation i västra Stockholm. En 70-årig man avlider av sina skador. Sex personer skadas. Mannen dömdes till rättspsykiatrisk vård.
- **Den 31 maj 2003.** En 50-årig hemlös man kör in bland fotgängare på Västerlånggatan i Gamla stan i Stockholm. Två personer avlider och 16 skadas. Mannen dömdes till rättspsykiatrisk vård.
- **Den 11 september 2003.** En 24-årig man i Arvika knivdödar en femårig flicka. Han ska ha inspirerats av mordet dagen innan på utrikesminister Anna Lindh. Han dömdes till rättspsykiatrisk vård.
- **Den 2 februari 2004.** En 44-årig man går oprovocerat till attack mot en 50-årig man på Södermalm i Stockholm. 50-åringen skadas allvarligt och svävar till en början mellan liv och död. 44-åringen dömdes till livstids fängelse.
- **Den 19 oktober 2004.** En åttaårig pojke och en 56-årig kvinna knivskärs till döds i Linköping. Fortfarande är ingen gripen för dådet.
- **Den 18 juni 2006.** En 62-årig kvinna knivmördas i sitt hem på Öland. Hennes 63-årige man skadas svårt. En 33-årig fågelskådare sitter häktad, misstänkt för mord och mordförsök.

Johanna Melén, TT

► [21-åringen var aldrig med på övningarna](#) Hemvärnet: "Han var svår att nå"

► [30 000 hemvärnsmän kan ha vapen hemma](#) Skottdramat i Täby väcker debatt inom kåren

► [Helen ledde polisen till skottskadade flickan](#) "Jag ser hur hon blöder"

► [Fler vansinnesdåd i Sverige](#)

► [Hemvärnsman sköt ner kvinna](#) 21-åring gick bärsärkagång med automatvapen i Täby - tog sitt eget liv

Aftonbladet 2006-07-02

<http://www.aftonbladet.se/nyheter/article10851349.ab>

###

Slut på rapporten.

###