



Folkhälsomyndigheten

# Synen på psykisk ohälsa och suicid

En befolkningsundersökning om kunskaper och attityder

Publicerad: 1 februari 2022

Uppdaterad: -

Artikelnummer: 21134



# Innehåll

Sammanfattning	4
Många har erfarenhet av egen eller andras psykiska ohälsa	4
Negativa attityder finns men andelen varierar stort	4
Yngre är mer positiva men har svårare att berätta	4
Kunskaperna om psykisk ohälsa och suicid varierar	5
Ändrade attityder kan minska stigmatisering	5
Summary	6
Many reported experiences of mental ill-health	6
Negative attitudes exist but depend on the dimension being investigated	6
More positive attitudes among the youngest participants	6
Knowledge of mental health and suicide	7
Changed attitudes can reduce stigmatization	7
Om publikationen	8
Bakgrund	9
Inledning	10
Hur vi använder begreppet psykisk ohälsa	10
Förekomst av olika typer av psykisk ohälsa i befolkningen	10
Hur kan skillnaderna förstås?	11
Vad är stigmatisering?	11
Begreppet stigmatisering är svårt att mäta	12
Behov av aktuell kunskap	13
Syfte	13
Metod	14
Webbenkäten	14
Genomförande	14
Deltagare	15
Statistiska analyser och resultatredovisning	15
Resultat	16
Vad är psykisk ohälsa?	16
Vanligt att uppge erfarenhet av psykisk ohälsa	16
Attityder till personer med psykisk ohälsa	17
Mer positiva attityder bland kvinnor	17

Yngre svarar oftare än äldre att personer med psykisk ohälsa är vanliga och omtänksamma	22
Föreställningar om livsvillkor vid psykisk ohälsa	22
Olika grupper syn på livsvillkor vid psykisk ohälsa	24
Psykiatriska tillstånd och symtom bedöms på olika sätt	25
Män och äldre svarar oftare att tillstånden är självorsakade	26
Kunskaper om psykisk ohälsa	28
Kunskaper om suicid	28
Att berätta om sin egen psykiska ohälsa	28
Diskussion	28
Störst skillnad i svar mellan de äldsta och de yngsta	29
Meningsfullt men svårt att prata om psykisk ohälsa	29
Försämrade livsmöjligheter vid psykisk ohälsa	30
Psykiatriska tillstånd bedöms på olika sätt	30
Kunskaper om psykisk ohälsa och suicid	31
Metodologiska överväganden	31
Slutord	32
Referenser	33
Bilaga 1. Kriterier vid bedömning av skattningsskalor	33
Bilaga 2. Enkätformulär	34
Hur ser man på psykisk ohälsa?	36

Observera att det är möjligt att ladda ner hela eller delar av en publikation. Denna pdf/utskrift behöver därför inte vara komplett. Hela publikationen och den senaste versionen hittar ni på [www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)

# Sammanfattning

I den här rapporten redovisar Folkhälsomyndigheten resultat av vår befolkningsundersökning om kunskaper och attityder kring psykisk ohälsa och suicid.

Undersökningen genomfördes som en webbenkät i mars 2021 och besvarades av drygt 10 000 personer i åldrarna 18–84 år. I undersökningen beskrev vi psykisk ohälsa brett: dels som olika typer av diagnoser, dels som besvär som man varken har fått diagnos eller behandling för, men som ändå påverkar det dagliga livet.

## Många har erfarenhet av egen eller andras psykiska ohälsa

Fritextsvar visar att de flesta deltagare i undersökningen förknippade psykisk ohälsa med depression, ångest, stress och att må dåligt.

Resultatet visar också att 38 procent uppgav egen erfarenhet av psykisk ohälsa, och 55 procent svarade att de regelbundet träffar någon som har psykisk ohälsa.

## Negativa attityder finns men andelen varierar stort

Undersökningen visar vidare att det finns negativa attityder bland deltagarna, men att andelen varierar stort beroende på olika vilka egenskaper eller tillstånd som bedöms. Exempelvis visar resultaten att:

- Majoriteten förknippade psykisk ohälsa med positiva eller neutrala egenskaper. Andelen som relaterade psykisk ohälsa till negativa egenskaper var mycket varierande. Exempelvis tyckte bara 4 procent att en person med psykisk ohälsa var ointelligent, medan 57 procent tyckte att en person med psykisk ohälsa var oförutsägbar.
- En hög andel (64–80 procent) svarade att psykisk ohälsa gör det svårare att bilda familj, få vänner, få en anställning och göra karriär. Många svarade även att det är svårare att hyra bostad (47 procent) och få sjukvård (37 procent) vid psykisk ohälsa.
- 13–39 procent svarade att psykiatriska tillstånd och symtom är orsakade av personen själv. För alkohol- och drogberoende och stressrelaterad psykisk ohälsa svarade en högre andel att tillstånden är självorsakade, jämfört med hallucinationer där andelen var lägst.

## Yngre är mer positiva men har svårare att berätta

Kvinnor 18–29 år och personer med erfarenhet av egen eller andras psykiska ohälsa hade överlag mer positiva attityder än andra. Den största skillnaden fanns mellan de yngsta (18–29 år) och de äldsta (65–84 år), där de yngre genomgående hade mer positiva attityder. Dessa skillnader skulle kunna indikera att äldre har mer stigmatiserande attityder till personer med psykisk ohälsa än yngre, men det skulle även kunna vara så att äldre och yngre uppfattar psykisk ohälsa på olika sätt.

Bland de som uppgett egen erfarenhet av psykisk ohälsa svarade hälften att det skulle kännas svårt – men meningsfullt – att berätta för någon om sin psykiska ohälsa. Fler yngre (18–29 år)

än äldre (65–84 år) svarade att det skulle kännas svårt.

## Kunskaperna om psykisk ohälsa och suicid varierar

Kunskaperna om psykisk ohälsa och suicid varierade bland deltagarna. Medan flertalet korrekt trodde att fler män än kvinnor dör i suicid, fanns en oriktig uppfattning om att det främst är unga människor som tar sina liv. I själva verket är suicidtalerna högst bland medelålders och äldre personer. Deltagarna svarade även att:

- Varannan person kommer att ha psykisk ohälsa någon gång i livet.
- De flesta kan ha ett meningsfullt liv trots långvarig psykisk ohälsa.
- Suicid går att förebygga.

## Ändrade attityder kan minska stigmatisering

Sammanfattningsvis visar undersökningen att det finns negativa föreställningar och förväntningar i befolkningen om psykisk ohälsa. Föreställningar om negativa konsekvenser vid psykisk ohälsa och att man själv bär skuld för sitt tillstånd, kan påverka i vilken grad man känner att man kan berätta för andra om sin psykiska ohälsa och vid behov söka stöd och behandling. Att förändra dessa föreställningar är en viktig del i det fortsatta arbetet för att minska stigmatiseringen vid psykisk ohälsa och suicid.

# Summary

In this report we show the results of a population-based study on knowledge and attitudes about mental health and suicide. A web-survey was designed and sent out to members of a web panel aged 18–84 years. In the survey, mental health was described broadly as different kinds of psychiatric diagnoses as well as mental issues that affect daily life but not to a degree that mental care is needed.

## Many reported experiences of mental ill-health

On an open-ended question at the beginning of the survey, most participants answered that they associate mental ill-health with depression, anxiety, stress, and uneasiness. A total of 38 percent claimed to have experienced mental ill-health themselves, and 55 percent said they had regular contact with a person who was experiencing mental ill-health.

## Negative attitudes exist but depend on the dimension being investigated

The participants' attitudes toward people with mental ill-health varied significantly depending on what was being asked for. Among other things, the results showed that:

- The majority of the participants associated mental ill-health with positive or neutral characteristics, but negative attitudes also existed. The prevalence of negative attitudes ranged from 4 to 57 percent. Few participants (4 percent) believed that a person with mental ill-health was unintelligent, but a majority (57 percent) associated mental ill-health with being unpredictable.
- Between 64 and 80 percent of the participants believed that mental ill-health causes more difficulties in important life domains like starting a family, making friends, gaining employment, and having a career. Almost half of the participants (47 percent) thought it would be more difficult to rent a home, and 37 percent thought it would be more difficult to get health care for a person with mental ill-health.
- 13–39 percent of the participants answered that they think mental disorders and symptoms are caused by the person them self. A higher number (38–39 percent) of the participants said they thought dependence on alcohol or drugs, but also stress-related disorders (34 percent), are caused by the person them self. Fewer participants thought that hallucinations were caused by the person them self.

## More positive attitudes among the youngest participants

In general, more positive attitudes toward people with mental ill-health were reported by women, the youngest age group (18–29 years), and people who reported personal experience of mental ill-health. The largest difference in attitudes was found between the youngest (18–29 years) and the oldest (65–84 years) age groups, with more positive attitudes among the youngest. This difference could imply more stigmatizing attitudes among older adults, but another explanation

could be that the generations have different perceptions of what mental ill-health is like. Among those who reported having experienced mental ill-health themselves, more younger than older participants thought it would be difficult to tell someone about one's mental ill-health.

## Knowledge of mental health and suicide

The knowledge of mental ill-health and suicide varied between the participants. Whereas most people believed correctly that more men than women die by suicide, many participants answered incorrectly that suicide is more common among younger than older people. The participants also answered that they thought:

- Almost half of the population will experience mental ill-health during their lifetime
- Most people can have a meaningful life despite mental ill-health
- Suicides can be prevented

## Changed attitudes can reduce stigmatization

In sum, the results of this study show that negative attitudes about people with mental ill-health persist. It was common to hold people responsible for their mental health condition, and the vast majority thought that mental ill-health affected important life domains. Such attitudes may affect one's willingness to disclose mental ill-health to others or to seek treatment when needed. Changing these beliefs may be crucial to reducing the stigmatization of mental ill health and reducing suicide.

# Om publikationen

Sedan 2018 har Folkhälsomyndigheten i uppdrag av regeringen att genom kunskapshöjande insatser bidra till att minska stigmatisering kring psykisk ohälsa och suicid. I uppdraget ingår även att undersöka förekomsten av stigmatisering i befolkningen och att planera för en kontinuerlig uppföljning av detta område.

I den här rapporten redovisas resultat av en befolkningsundersökning som genomfördes i mars 2021 och som handlar om kunskaper och attityder till psykisk ohälsa och suicid. Både kunskaper och attityder ingår i begreppet stigmatisering.

Rapporten är tänkt att användas som ett kunskapsunderlag för yrkesverksamma på kommunal, regional och nationell nivå. Särskilt användbart kan resultatet vara för dig som arbetar med psykisk hälsa, suicidprevention, jämlikhets- eller rättighetsfrågor. Rapporten kan även tjäna som ett underlag för diskussion kring föreställningar om psykisk ohälsa och suicid och på så vis bidra till ökad medvetenhet och förändring.

Rapporten har författats av utredare på enheten för psykisk hälsa och suicidprevention på Folkhälsomyndigheten. Ansvarig enhetschef har varit Johanna Ahnquist.

Folkhälsomyndigheten, 2022

*Karin Tegmark Wisell*  
Generaldirektör



# Bakgrund

Sedan 2018 har Folkhälsomyndigheten i uppdrag av regeringen att – genom kunskapshöjande insatser – bidra till att minska stigmatiseringen kring psykisk ohälsa och suicid. I uppdraget ingår även att undersöka förekomsten av stigmatisering i befolkningen och planera för en kontinuerlig uppföljning av detta område.

Som en del av förberedelserna inför en nationell befolkningsundersökning har vi gjort en kartläggning av den vetenskapliga litteraturen, i syfte att identifiera metoder och mätinstrument för att följa utvecklingen av stigmatisering i befolkningen. Vi har även studerat hur andra myndigheter, organisationer och forskare har angripit dessa frågor, främst i Sverige, men även i viss mån internationellt.

I denna rapport presenteras resultatet från Folkhälsomyndighetens befolkningsundersökning ”Synen på psykisk ohälsa och suicid”. Syftet med undersökningen är att förstå mer om hur personer med psykisk ohälsa uppfattas av andra, samt vilka kunskaper som finns om psykisk ohälsa och suicid.

# Inledning

Den här rapporten handlar om stigmatisering av personer som har psykisk ohälsa. Både stigmatisering och psykisk ohälsa är begrepp som är svåra att ringa in. Psykisk ohälsa används i många sammanhang som om det vore en enskild företeelse. Men psykisk ohälsa är i själva verket ett samlingsbegrepp som kan hänvisa till flera olikartade tillstånd, alltifrån lättare besvär av oro, stress och nedstämdhet till svårare psykiatriska tillstånd såsom bipolär sjukdom eller schizofreni (1). Även självskadebeteende, beroendeproblematik och suicid räknas in i begreppet. Psykisk ohälsa kan därmed variera stort både vad gäller symtom, svårighetsgrad, varaktighet och konsekvenser. För vissa kan psykisk ohälsa innebära ett relativt kortvarigt tillstånd med mindre påverkan på funktions-förmågan. För andra kan tillståndet vara i flera år och innebära större svårigheter att fungera i det vardagliga livet.

## Hur vi använder begreppet psykisk ohälsa

Eftersom psykisk ohälsa kan ha så varierande betydelse är begreppet inte särskilt användbart när myndigheter eller andra aktörer kommunicerar med varandra eller med exempelvis beslutsfattare. Att konstatera att psykisk ohälsa har ökat eller minskat säger till exempel ingenting om vilken typ av psykisk ohälsa det gäller. Bristen på tydlighet och specificitet riskerar att skapa missuppfattningar, något som i slutändan kan leda till felaktiga åtgärder och prioriteringar.

Till följd av detta har Folkhälsomyndigheten, tillsammans med Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), enats om en gemensam beskrivning av begreppet psykisk hälsa där psykisk ohälsa utgör en del (1). Beskrivningen avser inte att förklara hur psykisk ohälsa uppstår eller tar sig uttryck, utan är ett sätt att tydliggöra vad vi avser när vi kommunicerar om ämnet. Den rekommendation vi ger är att använda begreppet psykisk ohälsa sparsamt och enbart när vi avser ”all psykisk ohälsa”, det vill säga både självrapporterade psykiska besvär och diagnostiserade psykiatriska tillstånd. I andra sammanhang blir det tydligare att referera till den specifika del av begreppet som vi skildrar, till exempel psykiatriska tillstånd eller självrapporterade psykiska besvär. Eller ännu mer detaljerat, såsom depression eller sömnbesvär.

I den befolkningsundersökning som är temat för denna rapport ställde vi frågor om psykisk ohälsa. Valet att använda just ”psykisk ohälsa”, trots de problem som just redovisats, grundade sig på två ställningstaganden. Dels att vi ville undersöka stigmatisering i förhållande till all psykisk ohälsa, oavsett om den är själv-rapporterad eller diagnostiserad, mild eller svår. Dels att psykisk ohälsa är ett vedertaget begrepp i Sverige som i hög utsträckning används av allmänheten.

## Förekomst av olika typer av psykisk ohälsa i befolkningen

Med psykisk ohälsa menar vi alltså både självrapporterade psykiska besvär och diagnostiserade psykiatriska tillstånd, samt suicid. Förekomsten och utvecklingen av dessa olika tillstånd varierar stort. Det är därför det ofta blir missvisande att prata om att ”den psykiska ohälsan ökar eller minskar”.

Ju allvarligare ett tillstånd är, desto ovanligare är det i befolkningen och vice versa. Lätta psykiska besvär är mycket vanliga i alla befolkningsgrupper. I den nationella folkhälsoenkäten (Hälsa på lika villkor) uppger runt 40 procent i åldern 16–84 år att de har olika former av psykiska besvär, till exempel ängslan, oro, ångest eller sömnbesvär (2, 3). De flesta uppger att besvären är lätta.

Psykiatrisk vård är vanligt, men mindre förekommande än psykiska besvär. Statistik från Socialstyrelsen (4) visar att – under de senaste åren – har ungefär 12 procent av befolkningen (15+ år) hämtat ut antidepressiva läkemedel och drygt 4 procent har besökt psykiatrisk öppen- eller slutenvård (5). Antalet personer som dör i suicid i Sverige är ungefär 1 200 per år, vilket motsvarar 14 suicid per 100 000 invånare (3).

Psykisk ohälsa varierar i olika grupper av befolkningen. Högst andel som uppger psykiska besvär och suicidtankar finns bland unga i åldern 16–29 år och lägst andel finns i gruppen 65–84 år (3). Kvinnor uppger oftare besvär än män. Även andelen i psykiatrisk vård är högst bland unga (7 procent) och lägst bland äldre (2 procent) (3). Trots detta är det en betydligt högre andel av de äldre som hämtar ut psyko-farmaka. Även suicidtalerna är högst bland de äldsta i befolkningen, och fler män än kvinnor avlider i suicid (6).

## Hur kan skillnaderna förstås?

Det finns sannolikt flera olika förklaringar till att förekomsten av psykisk ohälsa varierar över tid och mellan olika grupper i befolkningen. Att fler yngre än äldre uppger psykiska besvär kan bero på att unga står inför många utmaningar som är förknippade med att bli vuxen. Det kan också finnas skillnader i attityder till psykisk ohälsa mellan generationerna, och detta kan påverka hur vi besvarar frågor om psykiska besvär i enkäter och vår vilja att söka psykiatrisk vård. Det talas ibland om att attityderna till psykisk ohälsa har förändrats och att det finns en större öppenhet kring att tala om dessa frågor i dag jämfört med tidigare. Detta är svårt att undersöka på ett vetenskapligt sätt. De svenska undersökningar som tidigare har genomförts av Hjärnkoll (7) (2009–2014) och Socialstyrelsen (8) (2017) tyder inte på att det har skett någon större förändring av människors attityder under denna tidsperiod, i alla fall inte till personer med psykiatriska tillstånd ("psykisk sjukdom").

Vissa menar dock att det finns mindre tabu kring psykisk ohälsa nu än tidigare. Det är tydligt att psykisk ohälsa tar större plats i både media och det offentliga samtalet. Som ett exempel gav en sökning med orden "psykisk ohälsa" 44 träffar i Dagens Nyheters artikelarkiv år 2000, men runt 300 träffar 2020 (9). Även om detta kan påverkas av att fler artiklar publiceras genom den ökade digitaliseringen, innebär det ändå att människor oftare exponeras för frågor som rör psykisk ohälsa. Det ökade intresset för psykisk ohälsa kan spegla vår inställning och påverka våra attityder, till både vår egen och andras psykiska hälsa.

## Vad är stigmatisering?

Stigma kommer från grekiskan och betyder märke. I antikens Grekland bränn-märktes personer som var kriminella. Märket var både ett straff för personen själv och en varning för allmänheten. Den stigmatisering som människor möter i dag sker sannolikt på ett mer subtilt sätt och är sällan så medveten som vi beskriver här.

Mest utsatta för stigmatisering är grupper som avviker från de normer som råder i ett samhälle

eller i en kultur. Det kan till exempel gälla personer som har en annan könsidentitet, religion eller funktionssätt än vad majoriteten har. Stigmatisering innebär att en grupp som avviker från normerna pekats ut och betraktas som annorlunda och sämre än ”oss andra”. Denna grupp associeras med negativa egenskaper och fördomar. För personer med psykiatriska tillstånd handlar dessa egenskaper ofta om att vara våldsamt, farlig och oberäknelig (10). Ytterligare en komponent av stigmatiseringen är att den grupp som avviker från normerna får en lägre social status i samhället och alltså betraktas som mindre värd. Detta kan i sin tur leda till ökad risk för sämre bemötande och diskriminering.

Den negativa inställningen, eller attityden, till en viss grupp delas vanligen av flertalet i befolkningen (medvetet eller omedvetet) och kallas därför för allmänhetens stigmatisering (11). Personer som tillhör den stigmatiserade gruppen kan också ta till sig allmänhetens attityder och stigmatisera sig själva. Detta kallas självstigmatisering och antas utgöra ett hinder för personer att söka hjälp och vård (12). Att tillhöra en stigmatiserad grupp innebär en stor stress, eftersom man måste tackla både stigmatiseringen i samhället och sin egen självstigmatisering. Dessutom kan man kanske inte vara öppen med vem man är eller söka stöd av andra.

Begreppet stigmatisering är uppbyggt av tre relaterade komponenter: kunskaper, attityder och beteenden (13). Bristande kunskap om psykisk ohälsa kan utgöra en grogrund för negativa attityder, vilka kan påverka vårt beteende. Det kan till exempel vara att vi undviker att träffa eller prata med en person som tillhör den stigmatiserade gruppen. Sambandet verkar dock inte vara linjärt, vilket innebär att ökade kunskaper inte per automatik leder till förbättrade attityder eller ett bättre bemötande (14). Ofta behöver stigmatisering bearbetas på flera plan, exempelvis genom att både öka kunskaper och interagera med personer från den stigmatiserade gruppen (11).

## Begreppet stigmatisering är svårt att mäta

I Sverige har förhållandevis få undersökningar genomförts för att studera förekomsten av stigmatisering mot personer med psykisk ohälsa i befolkningen. Under åren 2009–2014 genomförde organisationen Hjärnkoll kampanjer som syftade till att minska stigmatiseringen mot personer med psykiatriska tillstånd (7). I samband med detta genomfördes även mätningar för att undersöka om dessa aktiviteter haft effekt. År 2017 upprepade Socialstyrelsen Hjärnkolls undersökning i ett befolkningsurval (8). Befolkningsundersökningar om stigmatisering kring suicid är heller inte vanliga i Sverige, men i en undersökning fann man till exempel att kvinnor och personer som själva gjort suicidförsök hade mer accepterande attityder till suicid än andra (15).

Det finns flera utmaningar i att mäta stigmatisering vid psykisk ohälsa. Som tidigare nämnts är både stigmatisering (16) och psykisk ohälsa otydligt definierade begrepp. Kanske som en följd av detta finns det en mängd olika skattningsskalor för att mäta stigmatisering vid psykisk ohälsa (10) och även flera skalor för att mäta stigmatisering kring suicid. Av de drygt 400 olika skattningsskalor som finns på området i dag är flertalet inte validerade, och de flesta är inriktade på specifika diagnoser eller attityder i olika delpopulationer (10). Nästan samtliga skattningsskalor innehåller nedvärderande frågor och påståenden om personer med psykisk ohälsa. Även om detta är essensen i stigmatisering innebär det en risk för bias i form av social önskvärdhet, det vill säga att man besvarar frågorna mer utifrån hur man ”borde” än utifrån hur man känner (17). Vår bedömning är dessutom att det kan finnas en risk att sådana nedvärderande frågor leder till att stigmatiseringen vidmakthålls i stället för att minska.

## Behov av aktuell kunskap

Både i Sverige och internationellt har merparten av alla undersökningar kring stigmatisering fokuserat på allvarigare psykiatriska tillstånd, till exempel schizofreni (7, 8, 10). Detta grundar sig troligen i att personer med dessa tillstånd löper högre risk än andra att drabbas av stigmatisering (18). Allvarliga psykiatriska tillstånd är dock förhållandevis ovanliga i befolkningen. Betydligt fler i Sverige diagnostiseras med lätta till medelsvåra depressions-, ångest- eller stressyndrom. Dessa tre tillstånd står för merparten av alla besök i den psykiatriska öppenvården (5) och de utgör mer än 90 procent av all sjukskrivning i psykiatriska diagnoser (Försäkringskassan, 2020:8 ”Sjukskrivning i psykiatriska diagnoser”).

Trots att depressions-, ångest- och stressyndrom är vanliga i befolkningen finns mindre kunskap om allmänhetens attityder och beteenden till dessa tillstånd, särskilt i en svensk kontext. År 2020 publicerades en första internationell systematisk litteraturöversikt som visar att det förekommer stigmatiserande attityder mot personer som har ångestsyndrom särskilt bland män och personer utan erfarenhet eller kunskap om psykisk ohälsa. En systematisk litteraturöversikt där man sammanställt resultat från befolkningsundersökningar genomförda i USA visar att det också förekommer stigmatiserande attityder till unga med depression (19). Vi har inte funnit någon motsvarande litteraturöversikt för stressrelaterad psykisk ohälsa, men enskilda studier indikerar lägre grad av stigmatisering vid utmattningstillstånd än depression (20).

Om det finns stigmatiserande attityder till vanliga former av psykiatriska tillstånd – och kanske till odiagnostiserade psykiska besvär – skulle detta innebära att en stor andel av befolkningen är berörda. Det är därför viktigt att även kartlägga förekomsten av allmänhetens stigmatisering av lätta till medelsvåra psykiatriska tillstånd, samt psykiska besvär.

## Syfte

Syftet med undersökningen är att kartlägga vilka kunskaper och attityder som finns i befolkningen när det gäller psykisk ohälsa och suicid.

# Metod

För att mäta stigmatisering vid psykisk ohälsa eller suicid valde vi att genomföra en befolkningsinriktad och webbaserad enkätundersökning. Arbetet inleddes med en genomgång av den vetenskapliga litteraturen i syfte att identifiera lämpliga mätinstrument till enkäten. Även så kallad grå litteratur från Sverige och andra nordiska länder undersöktes.

## Webbenkäten

Litteratursökningar genomfördes i Pubmed och Scopus i september 2019 i syfte att identifiera systematiska litteraturöversikter som sammanställt instrument för att mäta stigmatisering vid psykisk ohälsa eller suicid. Tre översiktsartiklar identifierades (10, 21, 22). Samtliga skattningsskalor som beskrevs i artiklarna undersöktes av tre utredare utifrån fastställda kriterier (appendix 1). Enbart en skala uppfyllde samtliga kriterier. Denna skala översattes till svenska och testades med kognitiva intervjuer av en enkätspecialist. De kognitiva intervjuerna ger en förståelse för hur frågorna och svarsalternativen liksom tonaliteten uppfattas av deltagarna. Resultatet visade att skalan inte fungerade tillfredsställande. Därför valde vi att tillsammans med enkätspecialist konstruera egna enkätfrågor.

Enkäten innehöll en introduktionstext och totalt 12 frågor (appendix 2). I texten beskrevs psykisk ohälsa i breda ordalag: ”Psykisk ohälsa kan se ut på olika sätt. Det kan röra olika typer av diagnoser, men det kan också handla om besvär som man varken har fått diagnos eller behandling för, men som ändå påverkar en i det dagliga livet.” Enkätfrågorna var indelade i följande block:

- innebörd av ordet psykisk ohälsa
- attityder till personer med psykisk ohälsa
- föreställningar om hur psykisk ohälsa påverkar olika livsområden
- attityder till olika psykiatriska tillstånd och symtom
- erfarenhet av egen eller andras psykiska ohälsa
- känslor kring att berätta om sin egen psykiska ohälsa
- kunskap om psykisk ohälsa och suicid

Den första frågan i enkäten handlade om vad man tänker på när man hör ordet psykisk ohälsa och besvarades med egna ord. Alla andra frågor hade fasta svarsalternativ. Svarsalternativen var ofta konstruerade som semantiska differentialer, det vill säga ordpar i motsatsförhållande (t.ex. ”pålitlig–opålitlig”). Mellan ordparen fanns en skala 1–5 där deltagaren ombads att markera den siffra som bäst stämde överens med hens uppfattning. Några frågor krävde att deltagaren angav ett svar 0–100. Enkäten testades i kognitiva intervjuer, och resultatet visade att den fungerade väl i bemärkelsen att deltagarna förstod och kände sig bekväma med frågorna.

## Genomförande

Webbenkäten skickades ut i Novus Sverigepanel under perioden 2–18 mars 2021. Sverigepanelen består av cirka 40 000 personer i åldern 18–84 år som alla har blivit utvalda genom obundna slumpmässiga befolkningsurval. Detta innebär att alla i befolkningen har lika stor

sannolikhet att bli utvalda. Sverigepanelen är representativ i åldrarna 18–79 år (men inte för åldersgruppen 80–84 år) vad gäller kön, ålder och var i landet man bor. Ingen ersättning ges till deltagarna i Sverigepanelen och kravet för deltagande är att man besvarar minst en enkät per år.

## Deltagare

Ett slumpmässigt urval av Sverigepanelen fick förfrågan om att delta i undersökningen. Sammanlagt besvarade 10 355 personer enkäten, vilket motsvarade en svarsfrekvens om 62 procent. Novus tillhandahöll även ett antal bakgrundsvariabler om deltagarna: kön, ålder, utbildningsnivå, inkomst, sysselsättning, län, födelseland, civilstånd, hushållsstorlek samt antal barn i hushållet. I denna rapport analyseras och presenteras enbart skillnader mellan könen, åldersgrupperna och utbildningsnivåerna. Dessa bakgrundsvariabler redovisas i tabell 1.

**Tabell 1.** Fördelning av deltagare utifrån sociodemografiska egenskaper. Antal och andel i procent.

Sociodemografi	Antal (procent)
Kvinna	5 386 (52)
Man	4 969 (48)
Totalt	10 355 (100)
18–29 år	1 483 (14)
30–44 år	3 224 (31)
45–64 år	2 793 (27)
65–84 år	2 855 (28)
Förgymnasial	717 (7)
Gymnasial	4 029 (39)
Eftergymnasial	5 587 (54)

## Statistiska analyser och resultatredovisning

Resultatet har viktats för att ge större tyngd åt underrepresenterade grupper, till exempel de med förgymnasial utbildning. Svaren på varje fråga analyserades deskriptivt och redovisas i procentandelar. De flesta frågor besvarade deltagarna på en 5-gradig skala. Ibland redovisar vi hela svarsfördelningen på den skalan (1–5), ibland har liknande svarsalternativ slagits samman, till exempel 1–2 som representerar positiva värden, 4–5 som representerar negativa värden och 3 som är ett neutralt värde. Svaren på frågorna redovisas först för hela urvalet 18–84 år och sedan enligt nedan:

- kön (kvinnor och män)
- åldersgrupp (18–29 år; 30–44 år; 45–64 år; 65–84 år)
- utbildningsnivå (förgymnasial; gymnasial; eftergymnasial)
- erfarenhet av egen psykisk ohälsa eller erfarenhet av andras psykiska ohälsa

Skillnader mellan ovanstående grupper analyserades med Chi-2-tester. Enbart skillnader som var statistiskt säkerställda redovisas (95 % konfidensintervall).

# Resultat

## Vad är psykisk ohälsa?

Eftersom undersökningen syftade till att fånga in attityder till många olika former av psykisk ohälsa gav vi deltagarna en bred beskrivning av begreppet innan enkäten påbörjades: ”Psykisk ohälsa kan se ut på olika sätt. Det kan röra olika typer av diagnoser, men det kan också handla om besvär som man varken har fått diagnos eller behandling för, men som ändå påverkar en i det dagliga livet.”

Den första frågan besvarade deltagarna med egna ord. (”Vilket är det första ord som du tänker på när du hör ’psykisk ohälsa?’”). Ordmolnet i figur 1 sammanfattar resultatet. Ju större storlek på ordet desto vanligare svar. Vanligast var sålunda att ange depression som svar – det skrev nästan var fjärde person. Andra vanliga ord var ”ångest”, ”må dåligt” och ”stress”. Det fanns inga tydliga skillnader i svaren mellan kvinnor och män eller mellan olika åldersgrupper.

**Figur 1.** Ordmoln som visar de ord som flest förknippade med psykisk ohälsa. Ju större storlek på ordet, desto oftare förekom ordet som svar.



## Vanligt att uppgive erfarenhet av psykisk ohälsa

I enkäten frågade vi även efter deltagarnas egna erfarenheter av psykisk ohälsa. Totalt svarade 38 procent i åldern 18–84 år att de har eller har haft psykisk ohälsa och 55 procent svarade att de regelbundet träffar någon eller några som de vet har psykisk ohälsa, till exempel en familjemedlem, släkting eller arbetskamrat.

Tabell 2 visar att andelen som uppgav erfarenhet av psykisk ohälsa var högre bland kvinnor, den yngsta åldersgruppen (18–29 år) och bland de med eftergymnasial utbildning, jämfört med män, den äldsta åldersgruppen (65–84 år) och personer med förgymnasial utbildning. Dessa skillnader gällde både erfarenhet av egen psykisk ohälsa och indirekt erfarenhet via någon annan.

**Tabell 2.** Andel av deltagarna som uppgav egen erfarenhet av psykisk ohälsa eller indirekt erfarenhet, via någon annan. Fördelat på kön, åldersgrupp och utbildningsnivå.



Sociodemografi	Egen erfarenhet	Indirekt erfarenhet
Kvinna	45 %	61 %
Man	32 %	50 %
18–29 år	56 %	64 %
30–44 år	49 %	65 %
45–64 år	35 %	57 %
65–84 år	17 %	35 %
Förgymnasial	34 %	47 %
Gymnasial	39 %	55 %
Eftergymnasial	40 %	60 %

## Attityder till personer med psykisk ohälsa

Attityder mättes genom frågan ”Hur är en person med psykisk ohälsa?”. Frågan besvarades genom skattningar på en femgradig skala mellan följande ordpar: pålitlig/opålitlig; förutsägbar/oförutsägbar; intelligent/ointelligent; vanlig/konstig; omtänksam/egoistisk. Låga skattningar (1–2) reflekterar mer positiva attityder och högre värden (4–5) mer negativa attityder. Mittenvärdet (3) betraktas som ett neutralt värde, där man inte tar ställning för eller emot ett visst ord. Det fanns även möjlighet att svara ”vet ej”.

Svarsfördelningen för samtliga ordpar redovisas i tabell 3. Enligt deltagarnas skattningar förknippar merparten psykisk ohälsa antingen med positiva eller neutrala egenskaper, vilket innebär att de flesta har angett värdena 1–3. Mest positiva svar hade ordparet intelligent/ointelligent där 89 procent angav värdet 1–3. Ordparet förutsägbar/oförutsägbar utmärkte sig då majoriteten av deltagarna (56 procent) gjorde högre, det vill säga mer negativa skattningar. De flesta svarade därmed att en person med psykisk ohälsa är oförutsägbar. Även om neutrala och positiva svar oftast dominerade fanns det en betydande andel som gjorde negativa skattningar. Till exempel svarade var femte deltagare att personer med psykisk ohälsa är egoistiska och konstiga och 37 procent angav att de är opålitliga. Därutöver var det 4,2–9,8 procent som svarade ”vet ej”. Denna andel var lägst för ordparet vanlig/konstig och högst för omtänksam/egoistisk.

**Tabell 3.** Svarsfördelning bland deltagarna 18–84 år på frågan ”hur är en person med psykisk ohälsa?” Radprocenten summerar inte till 100 procent, då ”vet ej” inte ingår i redovisningen.

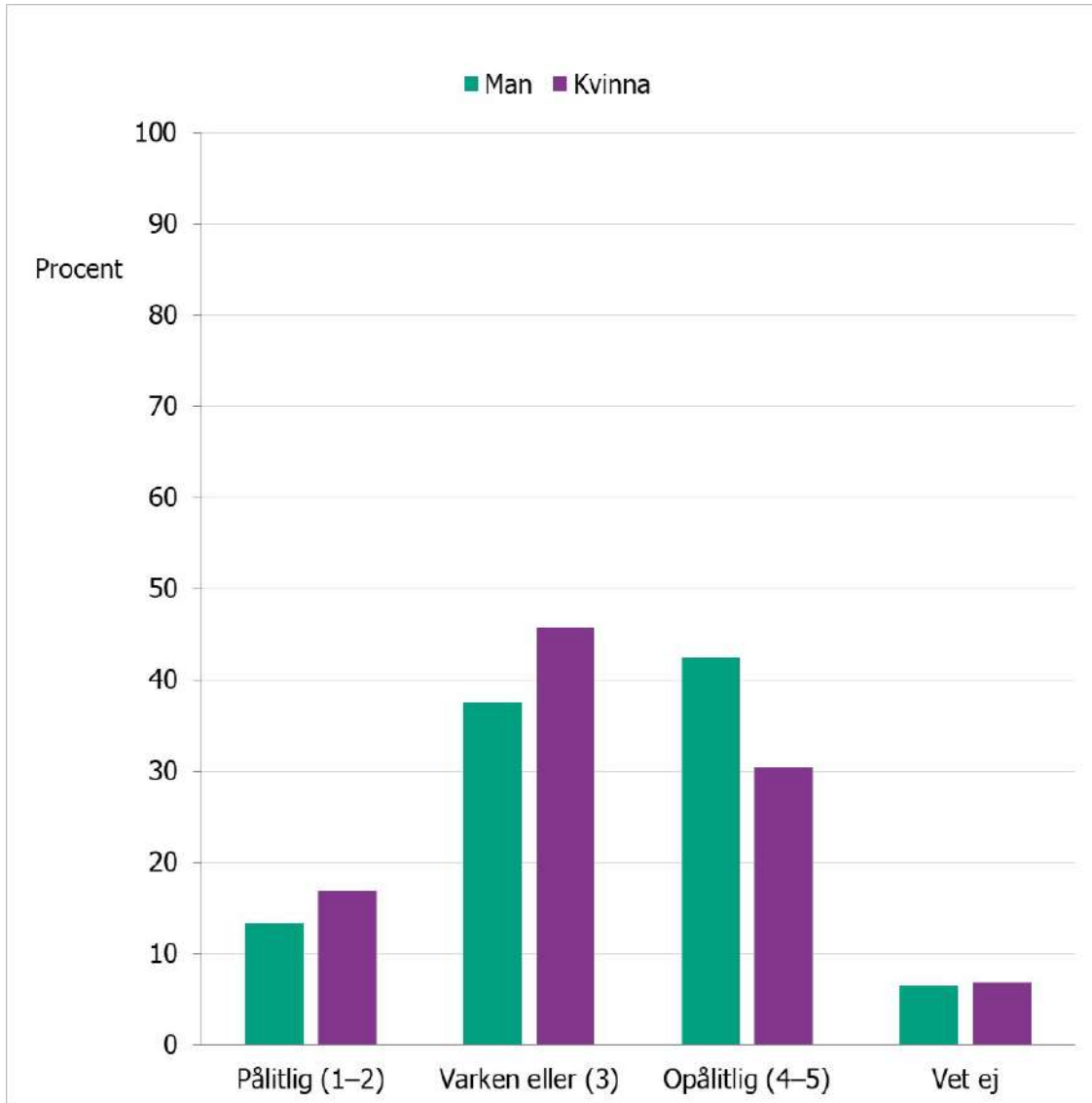
Ord 1	1–2	3	4–5	Ord 2
Pålitlig	15 %	42 %	37 %	Opålitlig
Förutsägbar	7 %	31 %	56 %	Oförutsägbar
Intelligent	40 %	49 %	4 %	Ointelligent
Vanlig	40 %	36 %	20 %	Konstig
Omtänksam	20 %	47 %	23 %	Egoistisk

## Mer positiva attityder bland kvinnor

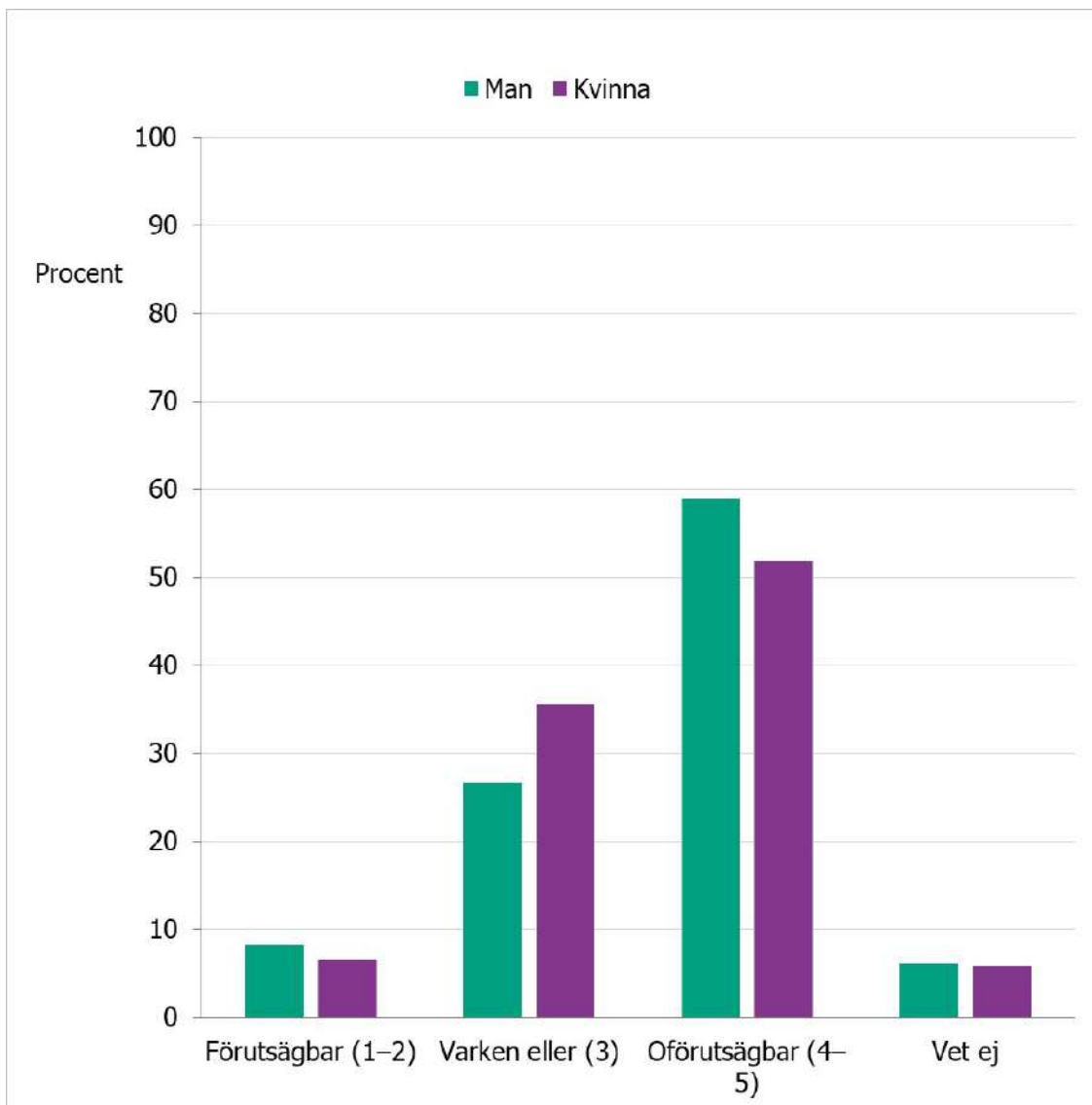
I figur 2–6 redovisas svarsfördelningen fördelat på kön. För samtliga ordpar utom omtänksam/egoistisk fanns statistiskt säkerställda könsskillnader, vilket innebär att kvinnor gjorde

lägre, alltså mer positiva skattningar än män. Kvinnor svarade i högre utsträckning att personer med psykisk ohälsa är intelligenta och vanliga, medan män oftare svarade att de är oförutsägbara, opålitliga och konstiga.

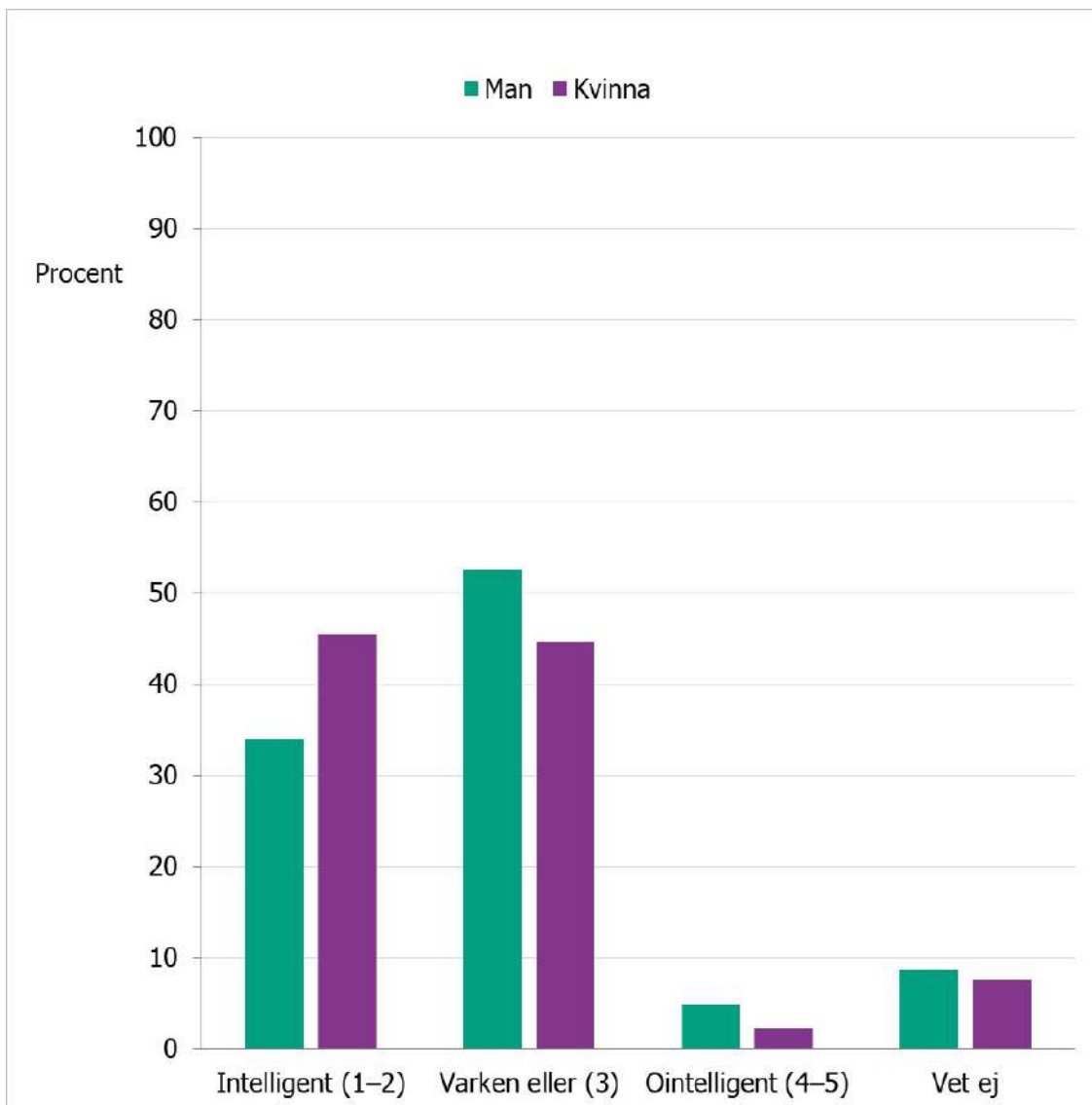
**Figur 2.** Andel kvinnor och män (18–84 år) som svarade att en person med psykisk ohälsa är pålitlig, opålitlig, varken eller, samt andelen som svarade "vet ej".



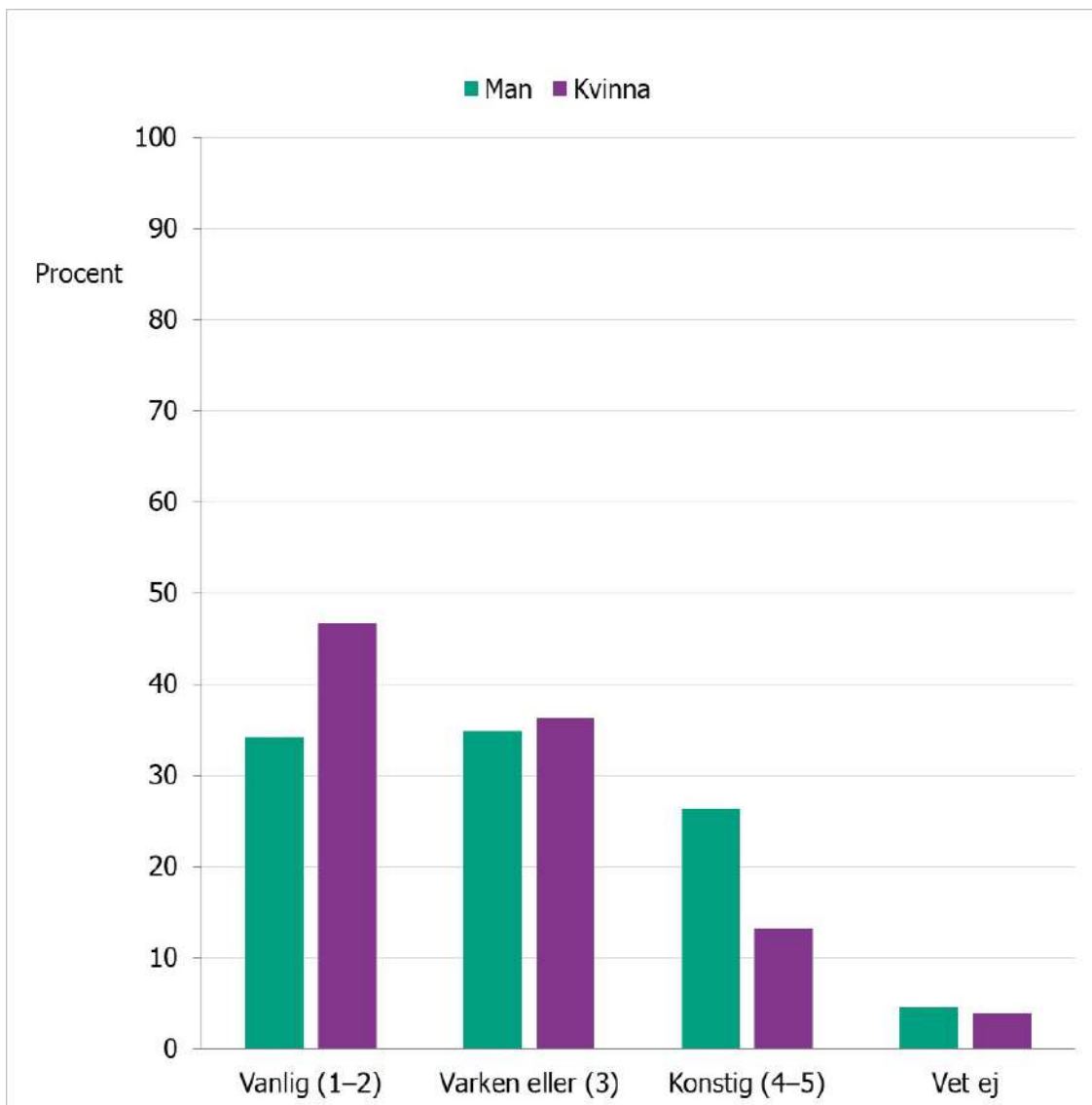
**Figur 3.** Andel kvinnor och män (18–84 år) som svarade att en person med psykisk ohälsa är förutsägbar, oförutsägbar, varken eller, samt andelen som svarade "vet ej".



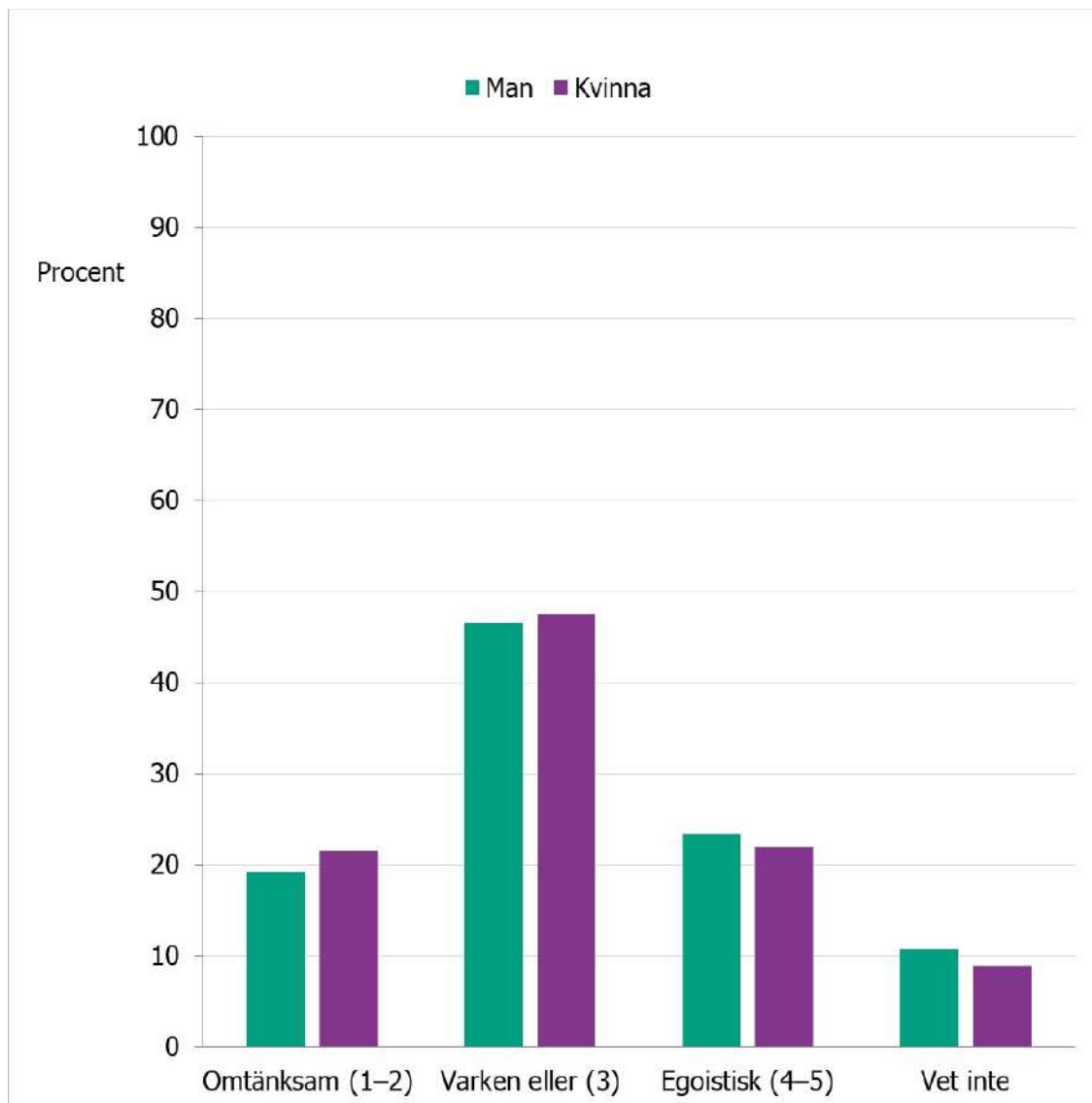
**Figur 4.** Andel kvinnor och män (18–84 år) som svarade att en person med psykisk ohälsa är intelligent, ointelligent, varken eller, samt andelen som svarade "vet ej".



**Figur 5.** Andel kvinnor och män (18-84 år) som svarade att en person med psykisk ohälsa är vanlig, konstig, varken eller, samt andelen som svarade "vet ej".



**Figur 6.** Andel kvinnor och män (18–84 år) som svarade att en person med psykisk ohälsa är omtänksam, egoistisk, varken eller, samt andelen som svarade "vet ej".



## Yngre svarar oftare än äldre att personer med psykisk ohälsa är vanliga och omtänksamma

I relation till ålder fanns den största skillnaden i attityder mellan de yngsta (18–29 år) och de äldsta (65–84 år). Denna skillnad var extra uttalad för ordparen omtänksam/egoistisk och vanlig/konstig. Andelen som svarade att en person med psykisk ohälsa är omtänksam var 35 procent av de yngsta och 12 procent av de äldsta. Äldre svarade dubbelt så ofta som yngre ”vet ej” på denna fråga. För ordparet vanlig/konstig svarade nästan dubbelt så många yngre (57 procent) som äldre (30 procent) att en person med psykisk ohälsa är vanlig. Motsatsen, konstig, svarade 23 procent av de äldsta och 13 procent av de yngsta.

Det fanns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan olika utbildningsnivåer. Däremot fanns det skillnader mellan personer med respektive utan erfarenhet av egen eller annans psykiska ohälsa. Personer med erfarenhet svarade oftare än de utan erfarenhet att personer med psykisk ohälsa är pålitliga, intelligenta, omtänksamma och vanliga.

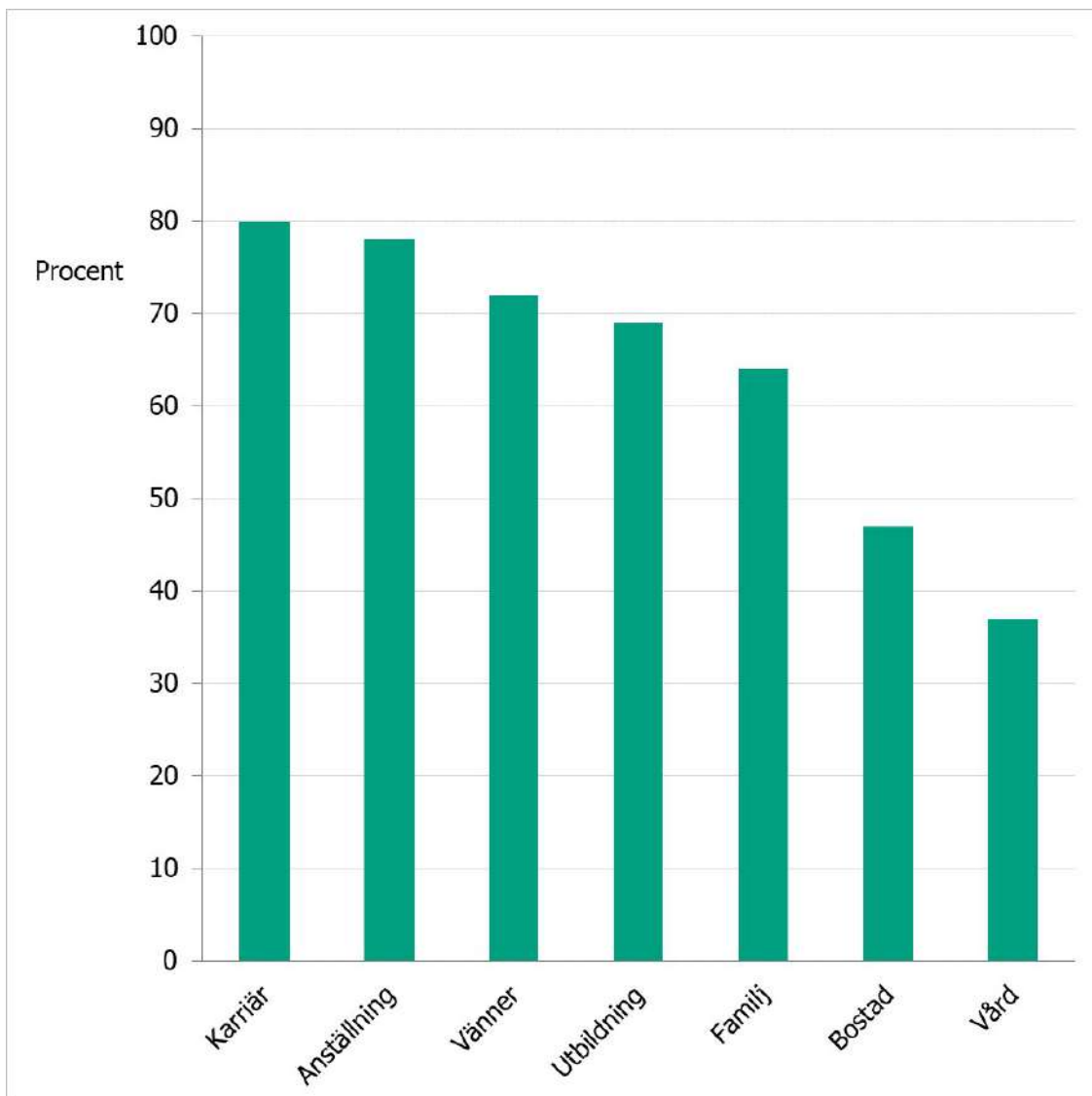
## Föreställningar om livsvillkor vid psykisk ohälsa

Nästa fråga i enkäten handlade om huruvida man tror att psykisk ohälsa underlättar eller försvårar inom sju olika livsområden: utbildning, anställning, karriär, vänskap, familjebildning, bostad och sjukvård.

Som framgår av figur 8 var det en övervägande majoritet som svarade att de tror att psykisk ohälsa är något som försvårar möjligheterna inom de sju livsområdena. Att det är svårare att göra karriär och få anställning för någon som har psykisk ohälsa tror runt 80 procent av deltagarna. Men en stor majoritet svarade även att de tror att det är svårare att få vänner (72 procent), utbilda sig (69 procent) och bilda familj (64 procent). Knappt hälften (47 procent) svarade att de tror att det är svårare för någon med psykisk ohälsa att hyra en bostad, och 37 procent tror att det är svårare att få sjukvård. Bara runt 1 procent svarade att de tror att personer med psykisk ohälsa har det lättare inom ovanstående områden. Ett undantag är att få sjukvård, där 14 procent menade att det är lättare att få sjukvård för den som har psykisk ohälsa.

Män svarade i högre grad än kvinnor att de tror att psykisk ohälsa försvårar inom alla livsområden utom vad gäller att få sjukvård. Men könsskillnaderna var inte alltid så stora. De största skillnaderna gällde familjebildning och vård, där fler män (68 procent) än kvinnor (60 procent) uppgav att de tror att det är svårare att bilda familj för en person som har psykisk ohälsa. För sjukvård gällde motsatsen, eftersom fler kvinnor (43 procent) än män (31 procent) menade att det är svårare att få sjukvård.

**Figur 8.** Andel av deltagarna 18–84 år som uppgav att en person med psykisk ohälsa har det svårare inom olika livsområden.



## Olika grupper syn på livsvillkor vid psykisk ohälsa

I relation till ålder fanns de största skillnaderna mellan den yngsta (18–29 år) och den äldsta åldersgruppen (65–84 år) och det gällde främst livsområdena anställning, bostad och vänner.

- Fler äldre (85 procent) än yngre (71 procent) svarade att de tror att det är svårare att få anställning för en person med psykisk ohälsa.
- Fler äldre (57 procent) än yngre (37 procent) svarade att de tror att det är svårare att hyra bostad vid psykisk ohälsa.
- Fler yngre (77 procent) än äldre (69 procent) svarade att de tror att det är svårare att få vänner för någon med psykisk ohälsa.

Oavsett utbildningsbakgrund svarade de flesta ganska lika på frågorna om livsområden. Den enda statistiskt säkerställda skillnaden gällde sjukvård. Av de med eftergymnasial utbildning svarade 40 procent att de tror att det är svårare att få sjukvård för en person med psykisk ohälsa. Motsvarande andel bland de med förgymnasial utbildning var 32 procent.

Jämförelser mellan personer med respektive utan egen erfarenhet av psykisk ohälsa visar på



skillnader vad gäller sjukvård och utbildning. Att det är svårare för en person med psykisk ohälsa att få sjukvård trodde 46 procent av de med egen erfarenhet och 31 procent av de utan egen erfarenhet. När det gällde utbildning svarade 74 procent av de med egen erfarenhet och 66 procent av de utan erfarenhet att de föreställer sig att det är svårare för en person med psykisk ohälsa att utbilda sig. Likvärdiga resultat fanns för personer med respektive utan erfarenhet av andras psykiska ohälsa.

## Psykiatriska tillstånd och symtom bedöms på olika sätt

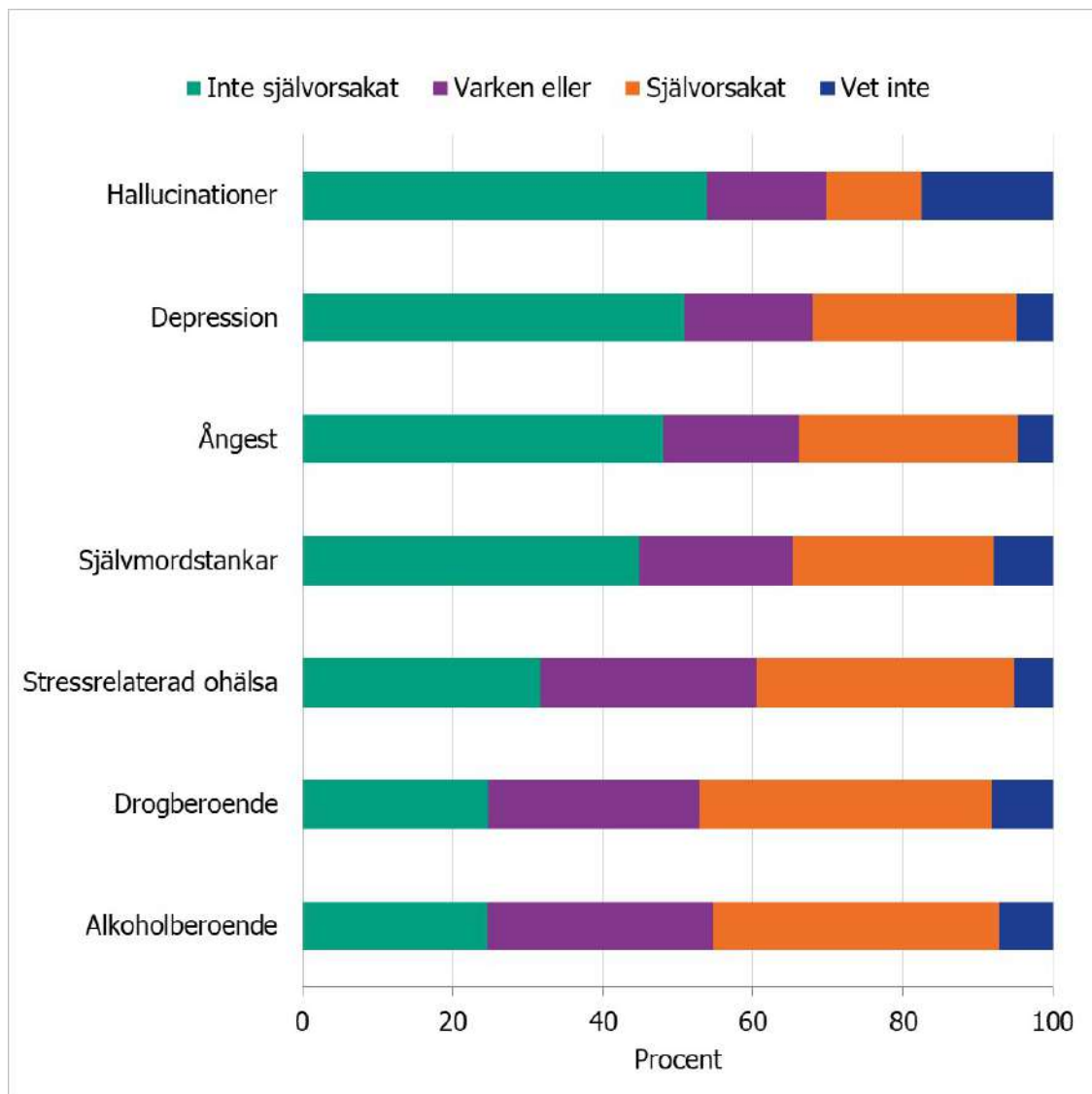
I nästa fråga listades sju olika psykiatriska tillstånd eller symtom där deltagaren fick skatta i vilken mån hen tror att dessa orsakades av personen själv eller inte. Skalan löpte från ”inte alls” till ”helt och hållet”. Vilka tillstånd som bedömdes framgår av figur 9, som också redovisar svarsfördelningen.

Resultatet visar att de listade tillstånden bedömdes olika. Det var en högre andel av deltagarna som svarade att de tror att alkohol- och drogberoende var orsakat av personen själv (38 respektive 39 procent), medan en lägre andel trodde att hallucinationer var självorsakade (13 procent).

För alkohol- och drogberoende, samt stressrelaterad psykisk ohälsa, var det en högre andel som svarade att dessa tillstånd är självorsakade än som svarade att de inte är det. När det gäller ångest, depression och suicidtankar svarade ungefär en fjärdedel att de tror att personen själv har orsakat sina problem, medan ungefär hälften tog avstånd ifrån detta.

Utöver detta var det 16–30 procent som inte tog ställning till om olika tillstånd är självorsakade eller inte, utan som svarade ”varken eller”. Det var även en viss andel som svarade att de inte visste. Det gällde särskilt för hallucinationer, där 17 procent svarade att de inte visste om det var orsakat av personen själv eller inte.

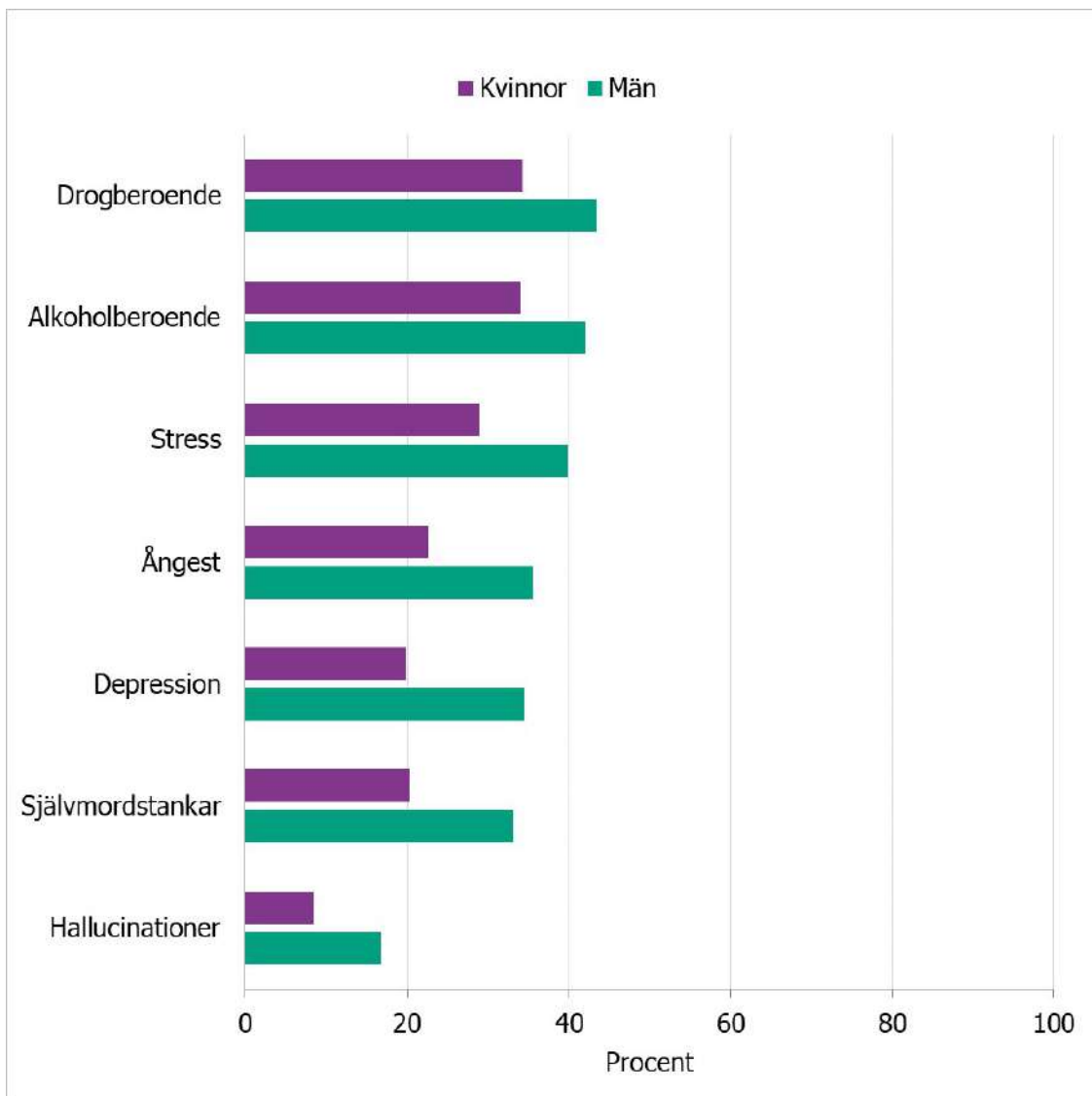
**Figur 9.** Andel av deltagarna som svarade om de tror att olika psykiatriska tillstånd och symtom är orsakade av personen själv eller inte.



## Män och äldre svarar oftare att tillstånden är självorsakade

Män svarade oftare än kvinnor att de tror att psykiatriska tillstånd och symtom är orsakade av personen själv (figur 10). Dessa könsskillnader var statistiskt säkerställda. Könsskillnaderna var mindre för alkohol- och drogberoende än för de andra tillstånden.

**Figur 10.** Andel kvinnor och män som instämde i att olika psykiatriska tillstånd och symtom är orsakade av personen själv.



Både mönstret och andelarna som redovisas i figur 10, kring könsskillnader, stämmer väl överens med hur de yngsta (18–29 år) och de äldsta (65–84 år) åldersgrupperna svarade. De yngsta skattade likt kvinnorna och de äldsta skattade likt männen. Detta innebär att äldre oftare än yngre svarade att tillstånden är självorsakade och detta gällde främst för depression, ångest och självmordstankar, men även hallucinationer. För alkohol- och drogeroende liksom stressrelaterad psykisk ohälsa var skillnaderna mellan åldersgrupperna små eller obefintliga. Det var även fler äldre än yngre som svarade ”vet ej”. Högst andel osäkra svar finns för hallucinationer, där 22 procent av de äldsta och 15 procent av de yngsta svarade ”vet ej”.

Även skillnaderna mellan olika utbildningsnivåer följde samma mönster som redovisats ovan. Mest skiljde sig grupperna med förgymnasial respektive eftergymnasial utbildning. Även här var skillnaderna störst för depression, ångest, självmordstankar och hallucinationer. Personer med förgymnasial utbildning instämde oftare i att problemen var självorsakade än de med eftergymnasial utbildning. På frågorna om alkohol- och drogeroende, men även stressrelaterad psykisk ohälsa, fanns bara små skillnader mellan utbildningsnivåerna.

Även bland personer med erfarenhet av egen eller andras psykiska ohälsa svarade en lägre andel att de olika tillstånden är självorsakade jämfört med de utan erfarenhet.

## Kunskaper om psykisk ohälsa

Här redovisas svaren på tre kunskapsfrågor om psykisk ohälsa. Här skulle deltagarna skatta hur stor andel av befolkningen som kommer att ha psykisk ohälsa, hur många som är fortsatt sjukskrivna efter 3 år och hur stor andel av de som inte blir av med sin psykiska ohälsa som har ett meningsfullt liv. Svaren angavs i procent, alltså som en siffra 0–100.

### Deltagarna tror att varannan kommer att uppleva psykisk ohälsa

På frågan om hur stor andel av befolkningen som kommer att ha psykisk ohälsa någon gång i livet var det genomsnittliga svaret 47 procent. Uppfattningen var alltså att varannan person kommer att erfara psykisk ohälsa vid något tillfälle. Kvinnor skattade en högre andel (53 procent) än män (41 procent). Skillnaderna mellan den yngsta (18–29 år) och äldsta åldersgruppen (65–84 år) var stor. Yngre personer trodde att fler i befolkningen (60 procent) skulle ha psykisk ohälsa och äldre personer trodde färre (36 procent).

Det fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad i skattningar mellan olika utbildningsnivåer, däremot fanns det en skillnad mellan de med respektive utan erfarenhet av egen psykisk ohälsa. De med erfarenhet trodde att dubbelt så många i befolkningen (61 procent) skulle ha psykisk ohälsa någon gång i livet jämfört med de utan erfarenhet (36 procent).

### Många av deltagarna föreställer sig långa sjukskrivningar

Nästa fråga gällde sjukskrivning. Här skulle deltagarna skatta hur stor andel av alla som varit sjukskrivna för psykisk ohälsa som är kvar i sjukskrivning efter 3 år. Resultatet visar att deltagarna trodde att 43 procent skulle vara fortsatt sjukskrivna efter 3 år. Det fanns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan kvinnor och män och inte heller mellan olika utbildningsnivåer eller mellan grupper med respektive utan erfarenhet av psykisk ohälsa. Däremot fanns en skillnad mellan den yngsta och den äldsta åldersgruppen, där de yngsta trodde på en lägre andel sjukskrivna (39 procent) jämfört med de tre äldre åldersgrupperna, där skattningarna låg på 41–45 procent.

### Många tror på ett meningsfullt liv trots psykisk ohälsa

Nästa fråga handlade om hur stor andel av de som inte helt blir av med sin psykiska ohälsa som ändå har ett meningsfullt liv. I genomsnitt svarade deltagarna att de tror att 65 procent av de som inte blir av med sin psykiska ohälsa har ett meningsfullt liv. Det fanns ingen skillnad i skattningar mellan kvinnor och män, däremot mellan olika åldersgrupper, utbildningsnivåer och mellan de med respektive utan erfarenhet av psykisk ohälsa. Störst skillnad fanns mellan de yngsta (18–29 år) och de äldsta (65–84 år). De yngsta svarade att de tror att en högre andel (75 procent) har ett meningsfullt liv, jämfört med de äldsta som skattade 55 procent. För utbildningsnivå var skillnaderna inte lika stora, men gruppen med förgymnasial utbildning trodde att 61 procent har ett meningsfullt liv, vilket är lägre än de med eftergymnasial utbildning som skattade 69 procent. På motsvarande sätt svarade personer med egen erfarenhet att de tror att 69 procent har ett meningsfullt liv, medan de utan egen erfarenhet i genomsnitt svarade 63 procent.

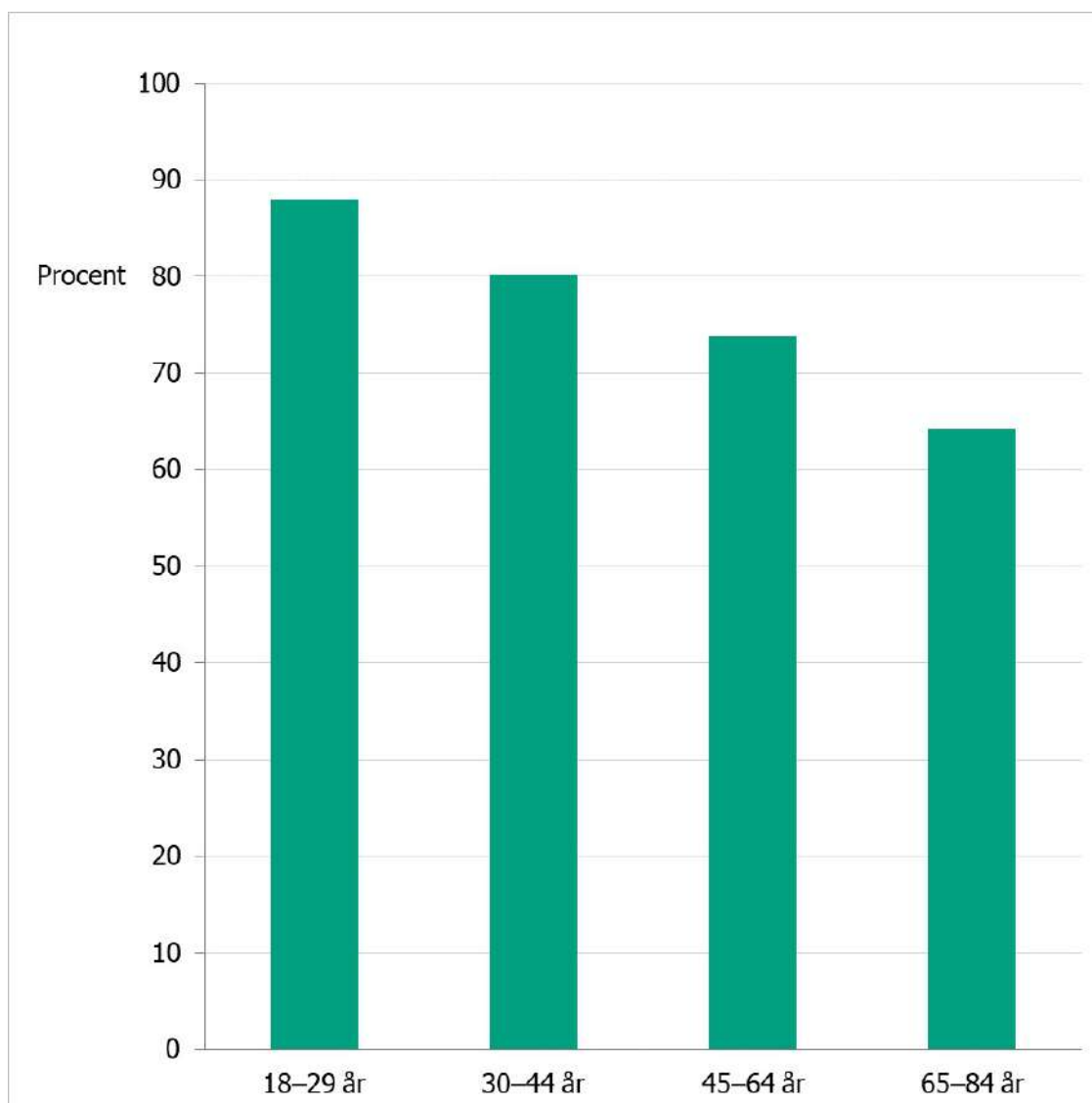
## Kunskaper om suicid

Enkäten innehöll även två frågor om suicid som besvarades med ordpar med en femgradig svars skala emellan. Den första frågan rörde om man tror att de flesta suicid är förebyggbara/inte förebyggbara; planerade/impulsiva; ett rop på hjälp/önskan om att dö. Den andra frågan rörde om man tror att de flesta som dör i suicid är unga/gamla; män/kvinnor; friska/sjuka; rika/fattiga.

### Tre av fyra svarar att självmord kan förebyggas

Tre fjärdedelar av deltagarna svarade att de tror att suicid kan förebyggas. Andelen var högre bland kvinnor (78 procent) än män (74 procent), och högre bland de yngsta (88 procent) än de äldsta (64 procent). Skillnaderna mellan åldersgrupperna visas i figur 11. Det fanns även skillnader mellan olika utbildningsnivåer. I gruppen med förgymnasial utbildning angav 70 procent att de tror att suicid går att förebygga, vilket kan jämföras med 80 procent bland de med eftergymnasial utbildning.

**Figur 11.** Andel av deltagarna 18–84 år fördelat på åldersgrupp som svarade att de tror att suicid går att förebygga.



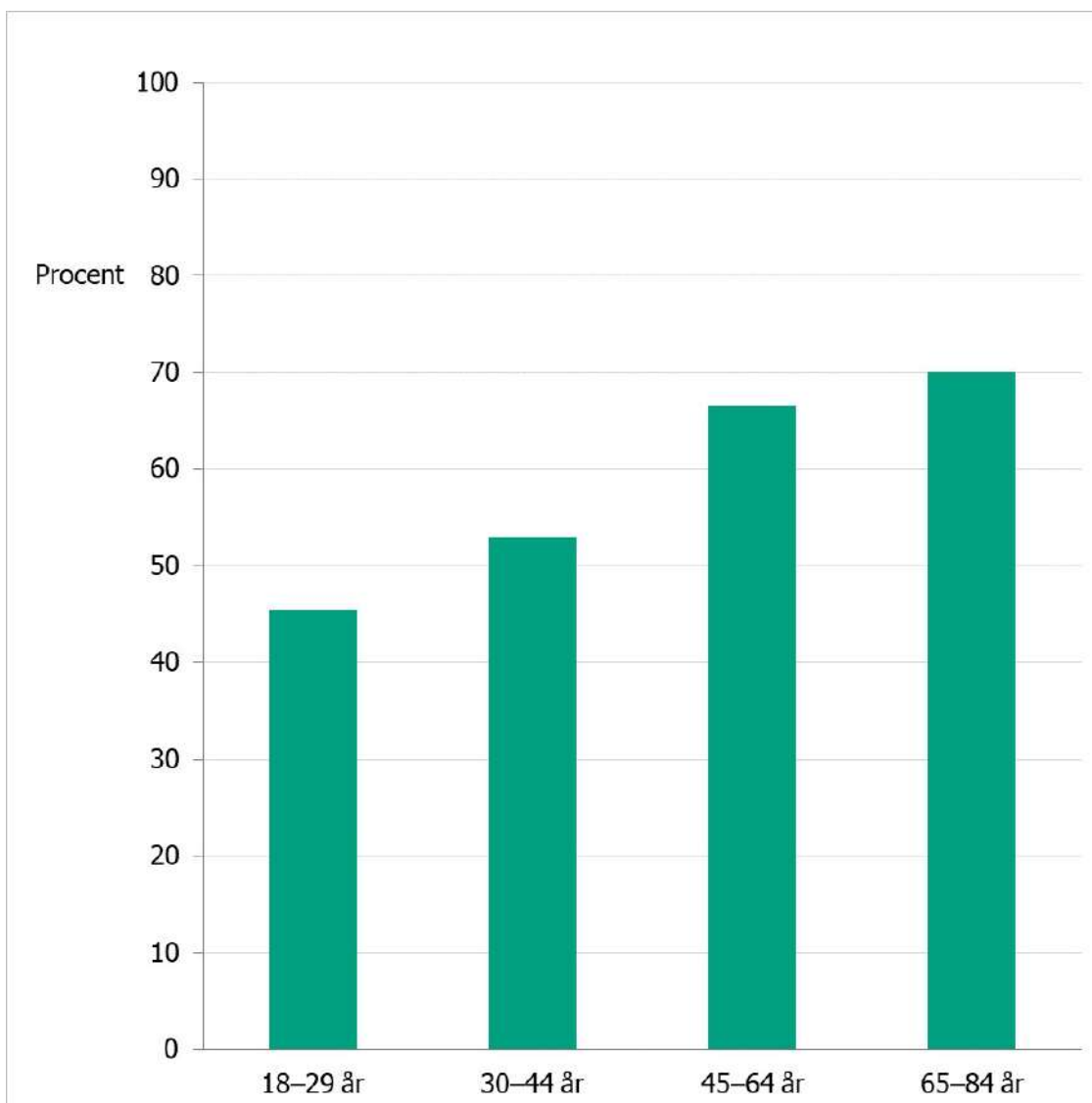
## De flesta tror att suicid är planerade

En fjärdedel (25 procent) svarade att de tror att de flesta självmord är impulsiva handlingar, medan 41 procent trodde att de är planerade. Män (29 procent) och den yngsta åldersgruppen (30 procent) uppfattade oftare att suicid är impulsiva, jämfört med kvinnor (21 procent) och den äldsta åldersgruppen (22 procent). Skillnaderna mellan olika utbildningsnivåer och mellan de med respektive utan egen erfarenhet av psykisk ohälsa var inte statistiskt säkerställd.

## Majoriteten tror att självmord är ett rop på hjälp

En övervägande majoritet (60 procent) svarade att de tror att de flesta suicid utgör ett rop på hjälp. En lägre andel (14 procent) trodde att det handlar om en verklig önskan om att dö. Fler kvinnor (62 procent) än män (58 procent) trodde att suicid är ett rop på hjälp. Den största skillnaden fanns dock mellan de olika åldersgrupperna (figur 12). Den äldsta åldersgruppen svarade oftare att de tror att suicid är ett rop på hjälp (70 procent) än den yngsta åldersgruppen (45 procent). Personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa trodde i lägre utsträckning (54 procent) att suicid är ett rop på hjälp jämfört med de utan erfarenhet, där andelen var 65 procent.

**Figur 12.** Andel av deltagarna 18–84 år fördelat på åldersgrupp som svarade att de tror att de flesta suicid är ett rop på hjälp.



## Varannan tror att suicid är vanligast bland unga

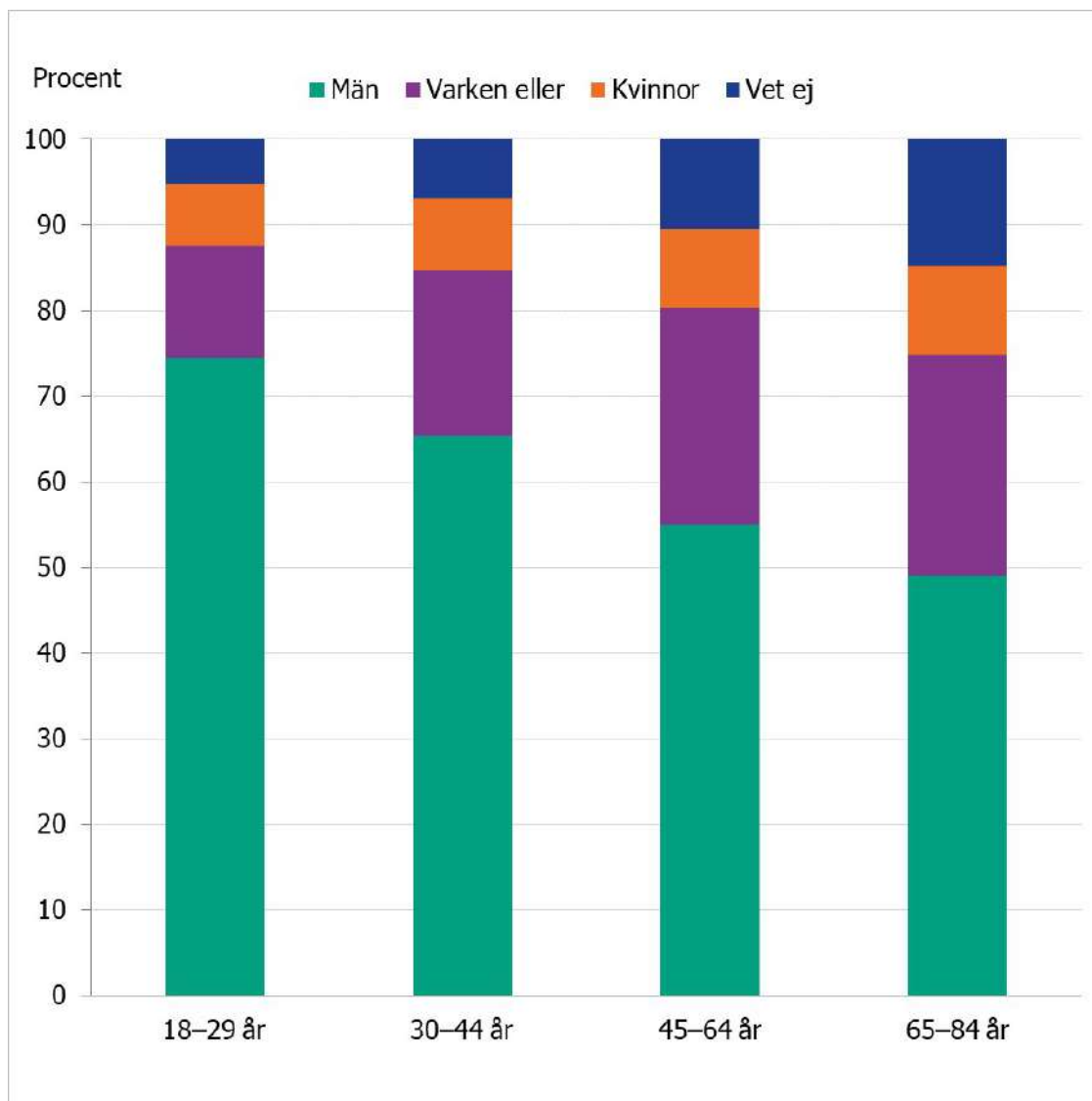
Svensk statistik visar att suicidtalerna är högst bland medelålders och äldre personer (6), men i enkäten svarade hälften (51 procent) att de tror att suicid är vanligare bland yngre än äldre personer. Det var 6 procent som angav att suicid är vanligast bland äldre. Övriga svarade att de tror att suicid var lika vanligt bland unga som gamla. Män trodde oftare (54 procent) än kvinnor (48 procent) att det främst är unga som dör i suicid, liksom personer med gymnasial eller förgymnasial utbildning (54 procent) jämfört med de med eftergymnasial utbildning (46 procent). När det gäller ålder uppgav 59 procent av de yngsta att det främst är unga som dör i suicid. Bland de äldsta var andelen 49 procent. Skillnaderna var små mellan personer med respektive utan erfarenhet av psykisk ohälsa.

## Sex av tio tror att fler män än kvinnor dör i suicid

Statistik från dödsorsaksregistret visar att två tredjedelar av alla som dör i suicid i Sverige är män (6). Detta var även något som många svarade i enkäten. Totalt uppgav 60 procent av deltagarna att de tror att självmord är vanligare bland män än kvinnor. Andelen var något högre bland kvinnor (61 procent) än män (58 procent). Större skillnad fanns mellan de yngsta (18-29 år) och de äldsta (65-84 år). Det var 74 procent av de yngsta och 49 procent av de äldsta som

svarade att de tror att män oftare dör i suicid. Äldre svarade även oftare än yngre att suicid är lika vanligt bland kvinnor och män och de uppgav oftare ”vet ej” (figur 13). Det fanns även skillnader mellan de med och utan eftergymnasial utbildning, där en lägre andel av de utan eftergymnasial utbildning (55 procent) trodde att suicid främst sker bland män. I gruppen med eftergymnasial utbildning var motsvarande andel 66 procent.

**Figur 13.** Svartsfördelning i procent på påståendet ”Jag tror att de flesta som tar sitt liv är ...” (män/kvinnor/varken eller/vet ej). Andel av deltagarna 18–84 år fördelat på åldersgrupp.



### Många tror att suicid är lika förekommande i fattiga som rika grupper

Även om suicid förekommer i alla socioekonomiska grupper, är andelen högre i områden med låga inkomster (23). Minskad inkomst är dessutom relaterat till en statistiskt ökad risk för suicid och vice versa (24). Resultatet av enkäten visade dock att en hög andel av befolkningen (66 procent) tror att suicid är lika förekommande i fattiga som rika grupper. Fler män (25 procent) än kvinnor (16 procent) trodde att suicid oftare sker bland fattiga och det samma gällde unga (25 procent) jämfört med äldre (17 procent).



Majoriteten av deltagarna (54 procent) svarade att de tror att de flesta som tar sitt liv är sjuka, 6 procent trodde att de flesta är friska medan övriga ansåg att det inte var någon skillnad mellan friska och sjuka. På denna fråga var skillnaderna i svar små mellan kvinnor och män, olika ålders- och utbildningsgrupper, liksom mellan de med och utan erfarenhet av psykisk ohälsa.

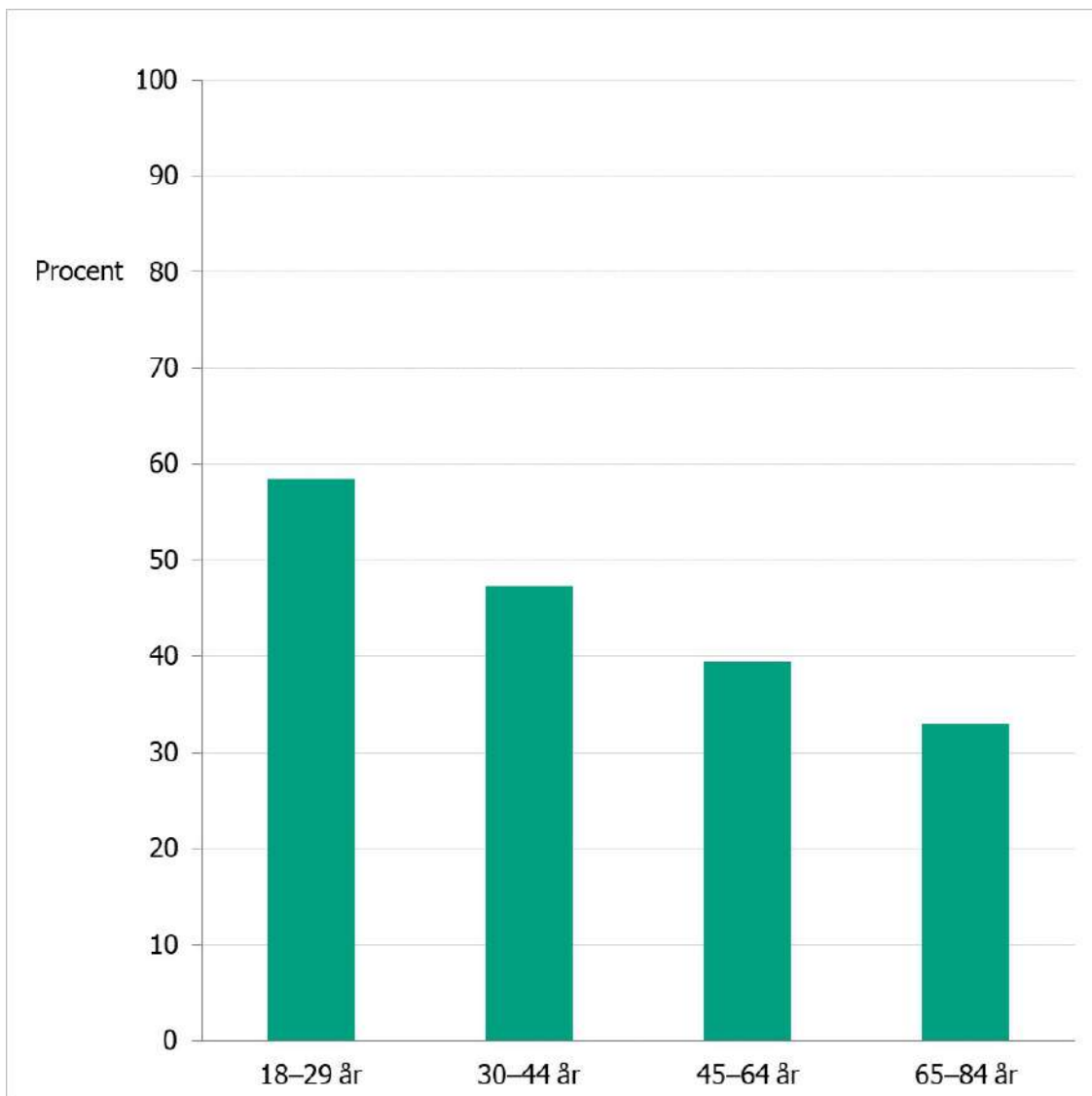
## Att berätta om sin egen psykiska ohälsa

De som i enkäten uppgav att de hade erfarenhet av egen psykisk ohälsa fick svara på några extra frågor om hur de skulle kännas att berätta för någon om sin psykiska ohälsa.

### Yngre tycker ofta att det skulle kännas svårt att berätta

Av de med egen erfarenhet svarade nästan hälften (47 procent) att det skulle kännas svårt att berätta för någon sin psykiska ohälsa. Män svarade oftare (49 procent) än kvinnor (44 procent) att det skulle kännas svårt. Den största skillnaden fanns dock mellan åldersgrupperna. Mer än dubbelt så många (58 procent) i den yngsta åldersgruppen (18–29 år) svarade att det skulle kännas svårt att berätta jämfört med personer i den äldsta åldersgruppen (65–84 år) där andelen var 33 procent (figur 14). Därutöver fanns statistiskt säkerställda, men mindre skillnader mellan grupper med olika utbildningsnivåer. Fler med förgymnasial än eftergymnasial utbildning svarade att det skulle kännas svårt att berätta för någon om sin psykiska ohälsa. Skillnaderna mellan dessa utbildningsgrupper var 4 procentenheter.

**Figur 14.** Andel av de med erfarenhet av psykisk ohälsa som svarade att de tycker att det skulle kännas svårt att berätta för någon om sin psykiska ohälsa, fördelat på åldersgrupp.



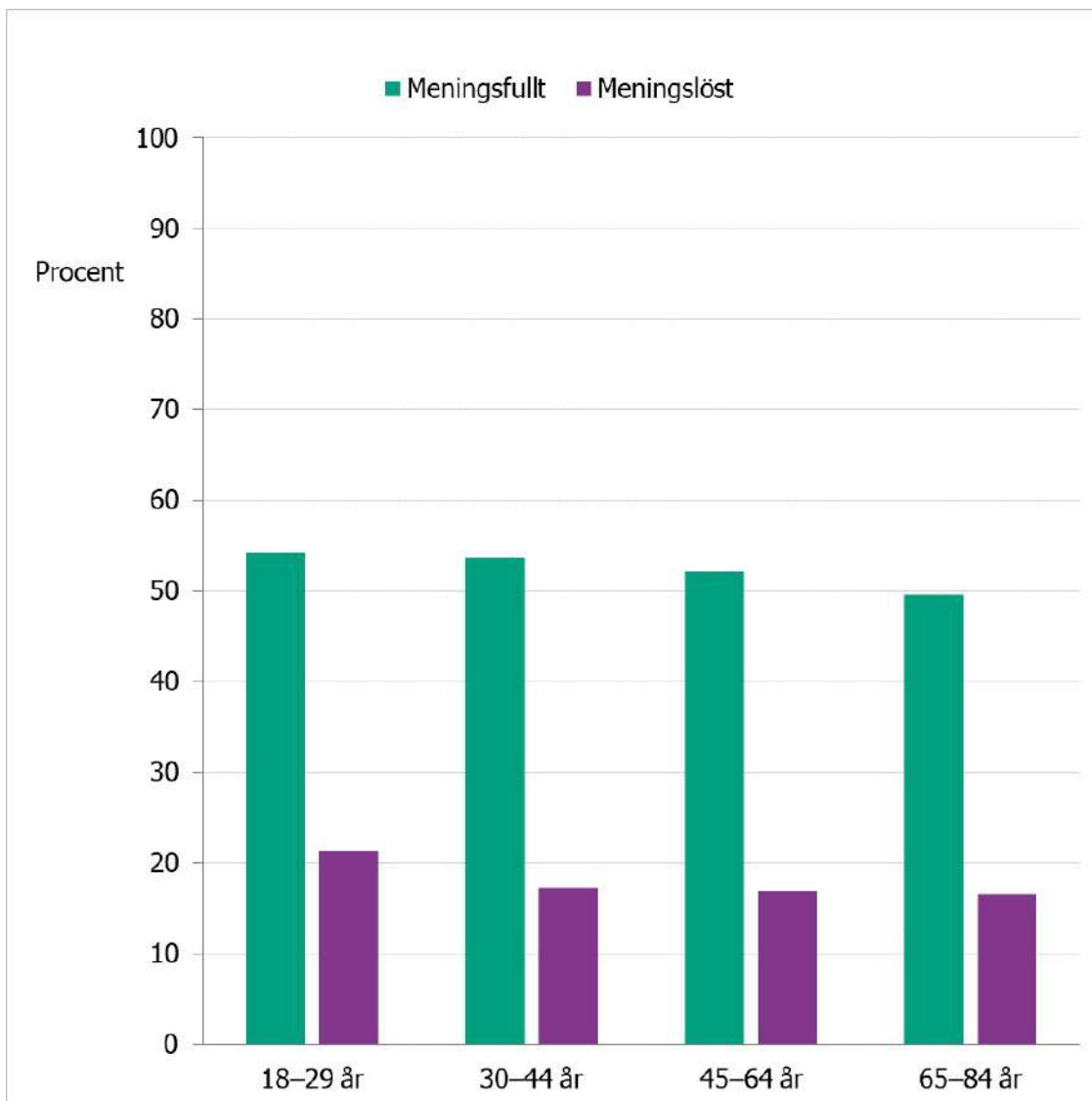
## Mer än hälften tycker att det skulle kännas meningsfullt att berätta

Även om en hög andel svarade att det skulle kännas svårt att berätta om sin psykiska ohälsa svarade mer än hälften (53 procent) att det skulle kännas meningsfullt. Runt 18 procent svarade att det skulle kännas meningslöst och en fjärdedel uppgav att det varken skulle kännas meningsfullt eller meningslöst. Fler män (22 procent) än kvinnor (15 procent) svarade att det skulle kännas meningslöst och det svarar även fler av de yngsta (21 procent) jämfört med de äldsta (17 procent) (figur 15).

Paradoxalt nog är andelen som tycker att det skulle kännas meningsfullt att prata om sin psykiska ohälsa också högst bland de yngsta. De yngsta tycker alltså i högre utsträckning att det både skulle kännas meningsfullt och meningslöst. Färre i denna åldersgrupp svarar istället i mittenkategorin (varken meningsfullt eller meningslöst).

Det fanns även skillnader mellan de olika utbildningsgrupperna. Det var en högre andel (25 procent) av de med förgymnasial utbildning som svarade att det skulle kännas meningslöst att berätta om sin psykiska ohälsa jämfört med de med eftergymnasial utbildning där andelen var 14 procent.

**Figur 15.** Andel av de med egen erfarenhet av psykisk ohälsa som svarade att de tycker att det skulle kännas meningsfullt respektive meningslöst att berätta för någon om sin psykiska ohälsa, fördelat på åldersgrupp.



# Diskussion

Syftet med enkätundersökningen var att kartlägga vilka kunskaper och attityder som finns i befolkningen när det gäller psykisk ohälsa och suicid. Vi valde medvetet att ha en bred beskrivning av psykisk ohälsa som inkluderade både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd.

Sammanfattningsvis visar resultatet på en hög förekomst av självrapporterad psykisk ohälsa, då två av fem svarade att de har egen erfarenhet (nu eller tidigare i livet) och mer än hälften angav att de regelbundet träffar någon som de vet har psykisk ohälsa. I genomsnitt uppskattade deltagarna att varannan person kommer att erfara psykisk ohälsa någon gång i livet. De ord som deltagarna själva främst förknippade med psykisk ohälsa var depression, ångest, stress och att må dåligt.

När det gäller kunskaper och attityder till psykisk ohälsa och suicid fanns vissa positiva resultat. Till exempel svarade 40 procent att personer med psykisk ohälsa är vanliga och intelligenta, och man tror att 65 procent av de som har långvarig psykisk ohälsa har meningsfulla liv. Tre av fyra tror även att suicid kan förebyggas.

I andra delar är resultatet mindre positivt. Även om det fanns en övervikt åt positiva och neutrala attityder var det en varierande och ibland betydande andel av deltagarna (4–56 procent) som förknippade psykisk ohälsa med negativa egenskaper. Var femte person associerade psykisk ohälsa med att vara konstig eller egoistisk, hälften tyckte oförutsägbar och ungefär tre av fem svarade opålitlig. En hög andel svarade också att psykiatriska tillstånd och symtom är självorsakade. Detta gällde särskilt alkohol- och drogeroende samt stressrelaterad psykisk ohälsa, där närmare 40 procent svarade att tillstånden var självorsakade. Men även för andra tillstånd såsom depression och ångest svarade ungefär var fjärde person att tillstånden orsakades av personen själv. En stor andel av befolkningen (37–80 procent) hade också en bild av att psykisk ohälsa försvårar inom många viktiga områden i livet, alltifrån att få sjukvård till att få vänner eller en anställning.

## Störst skillnad i svar mellan de äldsta och de yngsta

Resultatet visade på skillnader mellan olika grupper. Mer positiva attityder fanns generellt bland kvinnor, den yngsta åldersgruppen (18–29 år), personer med eftergymnasial utbildning samt grupper med erfarenhet av egen eller andras psykiska ohälsa. Detta resultat är i stora drag i linje med de befolkningsundersökningar som genomförts av Socialstyrelsen (8) och Hjärnkoll (7) samt med internationella systematiska litteraturöversikter (19).

I vår undersökning var skillnaderna mellan könen och utbildningsnivåerna relativt små jämfört med skillnaderna mellan yngre (18–29 år) och äldre (65–84 år). Fler äldre än yngre personer förknippade till exempel psykisk ohälsa med att vara konstig och egoistisk, och fler äldre svarade att psykiatriska tillstånd och symtom är självorsakade. Äldre personer svarade också mer sällan att suicid kan förebyggas. I tidigare svenska undersökningar har resultatet i relation till ålder varit blandat. I en studie som baseras på Hjärnkolls undersökning (25) hade yngre bättre kunskaper och en större vilja att interagera med personer med psykisk sjukdom, medan äldre hade mer positiva attityder än yngre. I Socialstyrelsens undersökning var gruppen över 46 år mer positiva till att interagera personer med psykiatriska tillstånd i samhället, men i övrigt saknades

åldersskillnader (8). Undersökningarna är dock inte riktigt jämförbara då vi ställde helt andra frågor än Hjärnkoll och Socialstyrelsen. Även åldersindelningarna skiljde sig åt. Både Socialstyrelsen och Hjärnkoll ställde dessutom frågor om ”psykisk sjukdom”, medan vi använde det bredare begreppet ”psykisk ohälsa”. Även detta har sannolikt påverkat resultatet. Psykisk ohälsa är ett begrepp som många kan relatera till – inte minst den yngsta åldersgruppen där mer än hälften (56 procent) uppgav egen erfarenhet. Egen erfarenhet är i sin tur relaterat till mer positiva attityder. Men när analyserna justerades för egen erfarenhet av psykisk ohälsa kvarstod skillnaderna mellan åldersgrupperna, vilket innebär att ålder verkar ha en betydelse för utfallet.

Åldersskillnaderna kan tolkas på olika sätt. En tolkning är att äldre personer har mer stigmatiserande attityder än yngre. En annan förklaring är att äldre och yngre uppfattar psykisk ohälsa på olika sätt. Även om båda åldersgrupperna förknippade psykisk ohälsa med samma ord (depression, ångest, stress och att må dåligt), är det inte säkert att grupperna lägger samma innebörd i vad det innebär att till exempel ha en depression. Även föreställningar om ett meningsfullt liv trots psykisk ohälsa liksom längd på sjukskrivningar vid psykisk ohälsa skiljde sig mellan ålders-grupperna, vilket skulle kunna indikera att äldre uppfattar psykisk ohälsa som något allvarligare än vad yngre gör.

## Meningsfullt men svårt att prata om psykisk ohälsa

Nästan hälften av de med egen erfarenhet svarade att det skulle kännas svårt att prata med någon om sin psykiska ohälsa. En lika stor andel uppgav dock att det skulle kännas meningsfullt. Män svarade något oftare än kvinnor att det skulle kännas svårt och meningslöst, men de största skillnaderna fanns även här mellan åldersgrupperna.

Trots att den yngsta åldersgruppen oftare uppgav erfarenhet av egen och andras psykiska ohälsa och generellt hade mer positiva attityder jämfört med den äldsta åldersgruppen, svarade yngre i högre grad att det skulle kännas svårt att prata om sin psykiska ohälsa. I den äldsta åldersgruppen – som ju oftare förknippade psykisk ohälsa med negativa egenskaper – svarade en högre andel att det skulle kännas lätt att prata. Detta kan förstås på olika sätt. Äldre har mer livserfarenhet, vilket kan göra det lättare att sätta ord på sina känslor. Äldre kan också ha mer erfarenhet av psykisk ohälsa i och med att de har levt längre. Detta kan ha gett de äldre fler möjligheter att prata om psykisk ohälsa. Det kan också finnas en högre grad av självstigmatisering i den yngsta åldersgruppen. I en systematisk litteraturoversikt och metaanalys framkommer att sambandet mellan ålder och självstigmatisering varierar mellan olika studier, men på hela taget verkar självstigmatisering vara vanligare bland yngre än äldre personer (26). Äldre personer (65+ år) verkar också vara mer positiva till att söka hjälp vid egen psykisk ohälsa, jämfört med yngre åldersgrupper (27).

## Försämrade livsmöjligheter vid psykisk ohälsa

En stor majoritet av befolkningen svarade att psykisk ohälsa får konsekvenser inom flera viktiga livsområden. Att få anställning och göra karriär, men även att få vänner, var det som flest (cirka två tredjedelar) trodde var svårare för någon med psykisk ohälsa, men en majoritet trodde även att det var svårare att få sjukvård och bostad.

Det stämmer att svåra psykiatriska tillstånd kan leda till ökade svårigheter i kontakten med sjukvården (28) liksom långa perioder av sjukskrivning som inte sällan övergår till sjuk- och

aktivitetsersättning, det som tidigare kallades förtidspension (29). Men de flesta som besvarade webbenkäten associerade psykisk ohälsa med depression, ångest och stress. Även dessa tillstånd är förenade med svårigheter till exempel i arbetslivet och att fungera socialt. Men inte för alla. Man beräknar att runt 15–20 procent av befolkningen uppfyller kriterierna för ett psykiatriskt tillstånd vid ett givet tillfälle varje år. Trots det var färre än 2 procent sjukskrivna i en psykiatrisk diagnos 2019. Detta innebär att de flesta som har psykisk ohälsa finns i arbetslivet eller i studier. Att ha psykisk ohälsa är svårt, oavsett form, men föreställningen om att det blir svårare att uppnå många centrala livsmål, till exempel att få vänner, familj eller utbildning, stämmer inte för alla som har psykisk ohälsa. Föreställningarna kan i sig skapa problem, eftersom de sannolikt förhindrar öppenhet kring psykisk ohälsa.

## Psykiatriska tillstånd bedöms på olika sätt

Enkäten visar att psykiatriska tillstånd och symtom bedömdes olika när det gäller om problemen är självorsakade eller inte. Till exempel var det färre som ansåg att hallucinationer är självorsakade, medan alkohol- och drogberoende och stressrelaterad psykisk ohälsa oftare antogs vara självorsakade. Detta resultat går också i linje med studier som visat att allmänheten sällan uppfattar alkohol- och drogberoende som ett psykiatriskt tillstånd och där personer med dessa tillstånd oftare skuldbeläggs än personer som har andra psykiatriska tillstånd (30). Hallucinationer är ett symtom som bland annat förekommer vid schizofreni, och studier visar att personer med schizofreni upplevs som mindre ansvariga för sitt tillstånd än personer med depression (31).

Det finns mindre forskning kring stigmatisering vid stressrelaterad psykisk ohälsa. Några studier visar till skillnad från våra resultat att dessa tillstånd är förknippade med lägre grad av stigmatiserande attityder jämfört med till exempel depression (20). Det bör dock betonas att den fråga vi ställde enbart gällde en del av stigmatiseringsbegreppet, nämligen i vilken mån man själv är ansvarig för detta. Schizofreni anses till exempel vara ett av det mest stigmatiserande tillstånden, trots att färre uppfattar att man har sig själv att skylla för schizofreni.

## Kunskaper om psykisk ohälsa och suicid

Den kunskapsfråga som utmärkte sig i resultatet är att nära hälften trodde att det främst är unga människor som dör i suicid, trots att suicidtalerna är högst i de äldre åldersgrupperna (6). Ett positivt resultat är att tre fjärdedelar ansåg att suicid kan förebyggas. En stor majoritet svarade också att många lever ett meningsfullt liv trots kvarvarande psykisk ohälsa.

Ytterligare ett resultat som stod ut var uppfattningen om mycket långa sjukskrivningar för personer med psykisk ohälsa, där skattningen var att 43 procent skulle vara fortsatt sjukskrivna efter 3 år. Den faktiska sjukskrivningslängden vid psykiatriska tillstånd var knappt 3 månader i snitt (median) 2019 (32). En sådan föreställning speglar att psykisk ohälsa är något som är långvarigt och får konsekvenser för lång tid framöver, när det gäller till exempel arbetsförmåga. Det är dock troligt att själva frågekonstruktionen har påverkat denna skattning, och frågan bör omformuleras till nästa datainsamling.

## Metodologiska överväganden

För att kunna genomföra undersökningen på ett sätt som stämde överens med syftet i

regeringsuppdraget – att bidra till att minska stigmatiseringen kring psykisk ohälsa och suicid – såg vi oss tvungna att konstruera egna enkätfrågor. I forskningen kring stigmatisering är detta inte ovanligt. I en systematisk litteratur-översikt identifierades över 400 olika instrument för att mäta stigmatisering vid psykisk ohälsa (10). Trots att vi gjorde en systematisk genomgång av de instrument som beskrevs i tre systematiska litteraturöversikter (10, 21, 22) fann vi inget som var förenligt med vårt uppdrag. Även om stigmatisering handlar om negativa stereotyper och fördomar var den nedlåtande tonen i instrumenten svår att förena med uppdraget. Även resultatet av de kognitiva intervjuer som genomfördes på vår första enkät visade att några av de intervjuade blev upprörda av vissa frågor. I en kvalitativ studie kring stigmatisering vid abort fann man att en del deltagare reagerade starkt och kände obehag och tvivel kring sin abort när de besvarade ett etablerat mätinstrument (33).

Den enkät som användes i vår studie hade frågor som var utformade som semantiska differentialer (ordpar) och kunde på så vis fånga in både positiva och negativa föreställningar kring psykisk ohälsa. Detta bidrar till att frågorna blir mindre ledande och mindre påverkade av social önskvärdhet. Ordningen på svarsalternativen slumpades dessutom för att ytterligare minska risken för socialt önskvärda svar. En nackdel med att skapa egna enkätfrågor är att resultatet blir svårt att jämföra med andra studier. Tidigare nationella undersökningar har utgått från andra skalor (7, 8), där fokus har varit på svåra psykiatriska tillstånd (psykisk sjukdom). I vår undersökning ville vi inte enbart fokusera på de svåraste tillstånden utan täcka in alla former av psykisk ohälsa, även vanligare tillstånd såsom depression, ångest och stressrelaterad psykisk ohälsa. Den första frågan som vi ställde i enkäten syftade delvis till att sätta ramarna för vilken typ av psykisk ohälsa som man kunde tänka på när man besvarade resten av frågorna. Det är oklart om det fungerade så som vi hade tänkt oss. Att döma av svaren på den öppna frågan verkar det ändå som att vi hamnade rätt, eftersom de flesta associerade psykisk ohälsa med depression, ångest och stress.

I denna rapport har vi fokuserat på att presentera det deskriptiva resultatet av befolkningsundersökningen, men detta behöver kompletteras med analyser som kan ge svar på återstående frågor och undersöka skillnader mellan andra grupper än de som redovisats i denna rapport. Om undersökningen ska upprepas behöver även enkätfrågorna ses över. Även om merparten av frågorna överlag fungerade väl fanns några frågor som gav mindre information och någon enstaka fråga som kan ha lett deltagarna fel, till exempel frågan om sjukskrivning. Psykometriska tester av enkätfrågorna har påbörjats, vilket är nödvändigt för att säkerställa att de verkligen mäter det vi avsåg att mäta.

Resultatet av undersökningen är baserat på tvärsnittsdata insamlade via en webbenkät i Novus Sverigepanel. Den ger alltså en bild av en population vid en viss tidpunkt eller under ett kort tidsintervall. Denna tidpunkt sammanföll med covid-19-pandemin, men det är inte klart om detta har påverkat resultatet. Även om Sverigepanelen är representativ för befolkningen i åldern 18–79 år vad gäller kön, ålder och var i landet man bor, är det en relativt låg andel av befolkningen som väljer att gå med i en panel, vilket kan påverka generaliserbarheten i resultatet.

## Slutord

Sammanfattningsvis visar undersökningen att det finns negativa föreställningar och förväntningar i befolkningen vad gäller psykisk ohälsa. Föreställningar om negativa konsekvenser vid psykisk ohälsa, liksom att man själv bär skuld för sitt tillstånd, kan påverka i vilken grad man känner att

man kan berätta för andra om sin psykiska ohälsa och vid behov söka stöd och behandling. Att förändra dessa föreställningar är en viktig del i det fortsatta arbetet för att minska stigmatisering kring psykisk ohälsa och suicid.



# Referenser

1. SKR, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen. Begrepp inom området psykisk hälsa. Version 2020.2020. [citerad 2022-01-10]. Hämtad från: [https://skr.se/download/18.1c90461a17cda637a4363ded/1636721711698/PM\\_Begrepp-inom-området-psykisk-halsa-TA.pdf](https://skr.se/download/18.1c90461a17cda637a4363ded/1636721711698/PM_Begrepp-inom-området-psykisk-halsa-TA.pdf)
2. Folkhälsomyndigheten. Psykisk hälsa och suicidprevention. Lägesrapport 2019.2020. [citerad 2022-01-10]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/p/psykisk-halsa-och-suicidprevention.-lagesrapport-2019/>
3. Folkhälsomyndigheten. Psykisk hälsa och suicidprevention. Lägesrapport 2020.2021. [citerad 2022-01-10]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/p/psykisk-halsa-och-suicidprevention-lagesrapport-2020/>
4. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för läkemedel. 2021.
5. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för diagnoser. 2021.
6. Folkhälsomyndigheten. Statistik om suicid 2021 [citerad 2022-01-10]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/>
7. delaktighet Mf. Hjärnkoll – psykiska olikheter lika rättigheter. Redovisning av effekter och resultat från regeringsuppdraget Hjärnkoll 2009-2014. Stockholm: 2014.
8. Socialstyrelsen. Allmänhetens kunskaper om psykiska sjukdomar samt attityder till och avsikter för framtida beteenden gentemot personer med psykisk sjukdom. Befolkningsundersökning 2017.2018.
9. DN:s historiska arkiv [Internet]. 2021 [citerad 2021-11-02]. Hämtad från: <https://arkivet.dn.se/>
10. Fox AB, Earnshaw VA, Taverna EC, Vogt D. Conceptualizing and Measuring Mental Illness Stigma: The Mental Illness Stigma Framework and Critical Review of Measures. *Stigma Health*. 2018;3(4):348-76. DOI:10.1037/sah0000104.
11. Folkhälsomyndigheten. Kartläggning av insatser som syftar till att minska stigma om psykisk ohälsa. En litteraturöversikt av grå litteratur. 2019.
12. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2015;45(1):11-27. DOI:10.1017/S0033291714000129
13. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27:363-85. DOI:DOI 10.1146/annurev.soc.27.1.363.
14. Stuart H. Reducing the stigma of mental illness. *Glob Ment Health (Camb)*. 2016;3:e17. DOI:10.1017/gmh.2016.11.
15. Renberg ES, Hjelmeland H, Koposov R. Building models for the relationship between attitudes toward suicide and suicidal behavior: based on data from general population surveys in Sweden, Norway, and Russia. *Suicide Life Threat Behav*. 2008;38(6):661-75. DOI:10.1521/suli.2008.38.6.661.
16. Stuart H, Arboleda-Florez J, Norman S. *Paradigms lost. Fighting stigma and the lessons learned*. New York: Oxford University Press; 2012.
17. Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(8):907-22. DOI:10.1016/j.cpr.2010.06.004.
18. Colizzi M, Ruggeri M, Lasalvia A. Should we be concerned about stigma and discrimination in people at risk for psychosis? A systematic review. *Psychol Med*. 2020;50(5):705-26. DOI:10.1017/S0033291720000148.
19. Parcesepe AM, Cabassa LJ. Public stigma of mental illness in the United States: a systematic literature review. *Adm Policy Ment Health*. 2013;40(5):384-99. DOI:10.1007/s10488-012-0430-z.
20. Bianchi R, Verkuilen J, Brisson R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout and depression: Label-related stigma, help-seeking, and syndrome overlap. *Psychiatry Res*. 2016;245:91-8. DOI:10.1016/j.psychres.2016.08.025.
21. Kodaka M, Postuvan V, Inagaki M, Yamada M. A systematic review of scales that measure attitudes toward suicide. *Int J Soc Psychiatry*. 2011;57(4):338-61. DOI:10.1177/0020764009357399.
22. Wei Y, McGrath P, Hayden J, Kutcher S. The quality of mental health literacy measurement tools evaluating the stigma of mental illness: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27(5):433-62. DOI:10.1017/S2045796017000178.
23. Magnusson S, Makinen IH. Sweden: Income and Suicide. *Psychol Rep*. 2010;107(1):157-62. DOI:10.2466/02.12.13.17.Pr0.107.4.157-162.
24. Folkhälsomyndigheten. Högre risk för suicid bland personer som blir sjukskrivna eller arbetslösa.2020. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/hogre-risk-for-suicid-bland-personer-som-blir-sjukskrivna-eller->

[arbetslosa/](#)

25. Hansson L, Stjernsward S, Svensson B. Changes in attitudes, intended behaviour, and mental health literacy in the Swedish population 2009-2014: an evaluation of a national antistigma programme. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;134:71-9. DOI:10.1111/acps.12609.
26. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2010;71(12):2150-61. DOI:10.1016/j.socscimed.2010.09.030.
27. Mackenzie CS, Heath PJ, Vogel DL, Chekay R. Age differences in public stigma, self-stigma, and attitudes toward seeking help: A moderated mediation model. *J Clin Psychol*. 2019;75(12):2259-72. DOI:10.1002/jclp.22845.
28. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. 2018.
29. Försäkringskassan. Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning. 2017.
30. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol*. 2011;46(2):105-12. DOI:10.1093/alcalc/agq089.
31. Anglin DM, Link BG, Phelan JC. Racial differences in stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Psychiatr Serv*. 2006;57(6):857-62. DOI:10.1176/ps.2006.57.6.857.
32. Försäkringskassan. Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år. 2020.
33. Wollum A, Makleff S, Baum SE. Exploring Experiences Responding to the Individual Level Abortion Stigma Scale: Methodological Considerations From In-depth Interviews. *Front Glob Womens Health*. 2021;2:678101. DOI:10.3389/fgwh.2021.678101.
34. Kobau R, Diiorio C, Chapman D, Delvecchio P, Members SCMISP. Attitudes about mental illness and its treatment: validation of a generic scale for public health surveillance of mental illness associated stigma. *Community Ment Health J*. 2010;46(2):164-76. DOI:10.1007/s10597-009-9191-x.

# Bilaga 1. Kriterier vid bedömning av skattningsskalor

En informationsspecialist på Folkhälsomyndigheten genomförde litteratursökningar i databaserna Pubmed och Scopus i september 2019. Syftet var att hitta systematiska litteraturöversikter om mätinstrument som använts för att mäta stigmatisering vid psykisk ohälsa eller suicid.

Sökningen resulterade i 160 träffar och av dessa bedömdes tre systematiska litteraturöversikter (10, 21, 22) vara relevanta. Wei (22) och Fox (10) beskrev instrument för att mäta stigmatisering vid psykisk ohälsa, medan Kodakas (21) artikel hade fokus på suicid och suicidrelaterade beteenden.

I den mån artiklarna fanns att tillgå i fulltextformat screenades alla mätinstrument som ingick i litteraturöversikterna. Skalorna bedömdes av tre utredare, utifrån följande kriterier:

1. Skalan mäter allmänhetens stigmatisering
2. Skalan är generisk – inte diagnosspecifik
3. Skalan innehåller neutrala påståenden/frågor, eller har en balanserad blandning av positiva och negativa påståenden/frågor
4. Skalan kan (efter eventuell översättning) användas i en svensk befolkningsundersökning
5. Skalan har genomgått psykometrisk testning

Enbart en skala (34) uppfyllde alla ovanstående kriterier. Andra skalor exkluderades i huvudsak beroende på att de var diagnosspecifika eller för att de inte mätte allmänhetens stigmatisering. Det vanligaste problemet var dock att frågorna och påståendena i mätinstrumenten var mycket negativt formulerade och ibland nedvärderande gentemot personer med psykisk ohälsa. Vi bedömde detta som oförenligt med det övergripande syftet i regeringsuppdraget, att bidra till att minska stigmatisering kring psykisk ohälsa och suicid.

Den skala som uppfyllde våra kriterier (34) översattes till svenska och testades i kognitiva intervjuer av enkätspecialist. Resultatet av dessa kognitiva intervjuer visade att den svenska översättningen av skalan inte fungerade tillfredsställande. Flera intervjuade upplevde t.ex. att vissa frågor var tvetydiga, vilket gav upphov till irritation och minskad motivation att fullfölja enkäten.

# Bilaga 2. Enkätformulär

## Hur ser man på psykisk ohälsa?

Den här undersökningen genomförs på uppdrag av Folkhälsomyndigheten. Syftet är att förstå mer om hur personer med psykisk ohälsa uppfattas av andra. Resultaten kommer användas i arbetet med öka kunskapen om psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa kan se ut på olika sätt. Det kan röra olika typer av diagnoser, men det kan också handla om besvär som man varken har fått diagnos eller behandling för, men som ändå påverkar en i det dagliga livet.

I enkäten ställer vi frågor om hur du tänker och känner kring personer med psykisk ohälsa. Dessutom handlar några frågor om din egen erfarenhet av psykisk ohälsa. Några frågor handlar om din syn på självmord.

Inga svar kommer att kunna spåras till dig som person, utan alla svar redovisas på gruppnivå. Inga svar är rätt eller fel, utan svara som du tycker passar bäst för hur du tänker och känner.

Stort tack för din medverkan!

### Vilket är det första ord du kommer att tänka på när du hör ”psykisk ohälsa”?

Fritext: \_\_\_\_\_

### Hur är en person med psykisk ohälsa?

Nedan finns ordpar med en skala emellan. Markera på skalan den punkt mellan ordparen som stämmer bäst överens med din uppfattning.

Pålitlig ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) Opålitlig

Intelligent ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) Ointelligent

Egoistisk ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) Omtänksam

Konstig ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) Vanlig

Oförutsägbar ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) Förutsägbar

**Om en person har psykisk ohälsa – hur tror du att det påverkar hens möjligheter inom följande områden?”. Markera på skalan den punkt som stämmer bäst överens med din uppfattning:**

Mycket lättare; Lättare; Varken eller; Svårare; Mycket svårare; Vet ej

Att få sjukvård

Att få anställning

Att göra karriär

Att utbilda sig

Att hyra en bostad

Att få vänner

Att bilda familj

**Psykisk ohälsa kan ta sig olika uttryck. Nedan listas några olika typer av besvär som man kan ha. Generellt i vilken omfattning tror du att dessa besvär är orsakade av personen själv?**

Markera det svar som stämmer bäst överens med din uppfattning:

Inte alls; Delvis; Helt och hållet; Vet inte

Ångest

Depression

Hallucinationer

Själv mordstankar

Stressrelaterad ohälsa

Alkoholberoende

Drogberoende

Här kommer några frågor som rör din egen erfarenhet av psykisk ohälsa.

**Träffar du regelbundet någon person/några personer som har psykisk ohälsa?**

Nej

Ja, en

Ja, flera

Vet inte

Vill inte svara

**I vilket/vilka sammanhang träffar du någon/några personer som har psykisk ohälsa?**

Flera svarsalternativ är möjliga.

I familjen/slakten

I vänskapskretsen

På arbetsplatsen/på skolan

Annat sammanhang

Vet inte

Vill inte svara

**Har du egen erfarenhet av psykisk ohälsa?**

Nej, jag har inte haft psykisk ohälsa

Ja, jag har eller har haft psykisk ohälsa

Vet inte

Vill inte svara

**Hur skulle det kännas att berätta för någon annan om din psykiska ohälsa?** Nedan finns ordpar med en skala emellan. Markera på skalan den punkt mellan ordparen som stämmer bäst överens med din uppfattning.

Lätt ( ) ( ) ( ) ( ) Svårt

Intressant ( ) ( ) ( ) ( ) Ointressant

Bekvämt ( ) ( ) ( ) ( ) Obekvämt

Meningslöst ( ) ( ) ( ) ( ) Meningsfullt

Onormalt ( ) ( ) ( ) ( ) Normalt

Nu kommer några frågor om hur du tänker kring självmord och människor som har tagit sina liv.

**Jag tror att de flesta självmord är...**

Nedan finns ordpar med en skala emellan. Markera på skalan den punkt mellan orden som stämmer bäst överens med din uppfattning.

Planerade ( ) ( ) ( ) ( ) Impulsiva

Ett rop på hjälp ( ) ( ) ( ) ( ) En önskan att dö

Kan förebyggas ( ) ( ) ( ) ( ) Kan inte förebyggas

**Jag tror att de flesta som tar sitt liv är...**

Nedan finns ordpar med en skala emellan. Markera på skalan den punkt mellan orden som stämmer bäst överens med din uppfattning.

Unga ( ) ( ) ( ) ( ) Gamla

Friska ( ) ( ) ( ) ( ) Sjuka

Fattiga ( ) ( ) ( ) ( ) Rika

Sociala ( ) ( ) ( ) ( ) Osociala

**Hur stor andel av alla som har varit sjukskrivna för psykisk ohälsa tror du fortfarande är sjukskrivna efter 3 år?**

0 procent ----- 100 procent

**Hur stor del av Sveriges befolkning tror du kommer att ha psykisk ohälsa någon gång under livet?**

0 procent -----100 procent

**Av de som inte helt blir av med sin psykiska ohälsa, hur stor del av dessa tror du ändå har ett meningsfullt liv?**

0 procent -----100 procent