# UTBILDNING I FÖRSTA HJÄLPEN VID PSYKISK OHÄLSA. En effektstudie i två län

Bengt Svensson, Sigrid Stjernswärd, Lars Hansson

CEPI

Maj 2013

**Innehållsförteckning** **sid**

**SAMMANFATTNING** **3**

**BAKGRUND** **4**

***Innehållet i utbildningen*** **4**

***Utbildning av instruktörer*** **5**

***Effekter av programmet*** **5**

***Första hjälpen vid psykisk ohälsa i Sverige*** **6**

***Utvärderingen av det svenska projektet*** **7**

**FRÅGESTÄLLINGAR** **7**

**METOD** **8**

***Genomförande*** **8**

***Instrument*** **10**

***Deltagare*** **12**

***Fokusgruppsintervjuer*** **12**

***Analyser*** **13**

**FORSKNINGSETIK** **14**

**RESULTAT** **14**

***Demografi*** **14**

***Bortfallsanalys*** **15**

***Resultat från RCT-studien*** **16**

***Resultat från före- och efterstudien*** **19**

***Resultat av den kvalitativa analysen*** **21**

**DISKUSSION** **25**

**REFERENSER** **28**

**SAMMANFATTNING**

Projektet ”Första hjälpen vid psykisk ohälsa” startades genom ett regeringsuppdrag 2010. I uppdraget ingick att introducera en australiensisk utbildning i första hjälpen vid psykisk ohälsa i Sverige. Till att ansvara för utbildningsinsatsen utsågs Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) och till att genomföra en utvärdering av effekter bland deltagarna i utbildningen utsågs Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser (CEPI). Utvärderingen har genomförts genom en randomiserad kontrollerad studie och en före– och efterstudie. Dessutom har sex fokusgrupper med sammanlagt 24 deltagare genomförts. Resultaten från studierna visar samstämmigt för de som fullföljde studien att utbildningen förbättrar kunskapen om hur man agerar och beter sig i kontakten med personer med psykisk ohälsa och att den höjer deltagarnas självförtroende när det gäller att hjälpa någon med psykisk ohälsa. Intention to treat analyserna av den randomiserade kontrollerade studien visar dessutom att det även fanns en signifikant förbättring när det gäller benägenhet att erbjuda hjälp..

Båda studierna visar också i analyserna av de som fullföljde studien att den har positiva effekter på stigmatiserande attityder, medan intention to treat analysen i den randomiserade kontrollerade studien visar att detta bara är en icke signifikant trend. Den kvalitativa analysen av fokusgruppsintervjuerna understryker värdet av utbildningens konkreta och handfasta innehåll. Man rapporterade att man fått enkla och användbara verktyg för att kunna agera i möten med drabbade personer.

En tidigare version av denna rapport som inte innehåller intention to treat analyserna har använts som underlag för Socialstyrelsens avrapportering av projektet till regeringen.

## BAKGRUND

Mental Health First Aid (MHFA), på svenska ”Första hjälpen vid psykisk ohälsa”, är ett utbildningsprogram avsett för allmänheten som utvecklats i Australien. Det är tänkt att ge vanliga medborgare kunskap om hur man hjälper någon som drabbas av en akut kris eller av psykisk ohälsa. Utbildning i ”Första hjälpen vid psykisk ohälsa” kan vara till nytta genom att bidra till tidig intervention men även inom allmän samhällsbaserad psykiatri och bedöms särskilt lämplig för personer som i sin yrkesutövning kommer i kontakt med människor med psykisk ohälsa, som t.ex. lärare, poliser eller brandmän.

Tanken bakom utbildningsprogrammet är snarlik den som används vid annan första hjälpen-utbildning. På många arbetsplatser och i föreningar utbildas personalen/medlemmarna i hur man på bästa sätt skall hjälpa någon som råkat ut för en olycka eller akut sjukdom. Det är en allmän kunskap att man skall förvissa sig om fria luftvägar, stoppa blödningar, utföra hjärt-lungräddning och numera finns hjärtstartare på en rad platser som många också har kännedom om hur man använder. Däremot innehåller traditionella första hjälpen utbildningar sällan något om hur man hjälper någon med psykisk ohälsa. Med tanke på hur vanligt det är med psykisk ohälsa/sjukdom är chanserna väsentligt större att träffa någon med denna typ av problem än att få tillfälle att utnyttja sina färdigheter i hjärt-lungräddning.

”Första hjälpen vid psykisk ohälsa” består av tolv timmars undervisning som vanligtvis ges som tretimmarspass vid fyra tillfällen. Kursen erbjuds alla som är intresserade av att gå den. Internationella erfarenheter visar att kursdeltagarna vanligtvis är sådana som har många personkontakter i sitt arbete, som har en nära anhörig som är sjuk eller människor som ser det som sin samhälleliga plikt att lära sig första hjälpen även vid psykisk ohälsa (Jorm & Kitchener, 2006).

### Innehållet i utbildningen

Innehållet i utbildningen bygger i korthet på att lära sig bedöma risk för suicid eller annan skada, att lyssna utan att värdera, ge bekräftelse och information, uppmuntra till att söka lämplig professionell hjälp och att uppmuntra användandet av självhjälpsstrategier. De tillstånd som behandlas i utbildningen är depression, ångestsyndrom, psykos och missbruk. För vart och ett av tillstånden går man igenom symtom, tänkbara orsaker samt vilken evidensbaserad behandling som finns att erbjuda. Kopplat till de olika tillstånden behandlas

hur olika krissituationer kan hanteras. I detalj går man igenom hur man skall agera i kontakten med en person som uttrycker starka självmordstankar/självmordsavsikt, med en person som har en akut ångestattack, med någon som nyligen upplevt ett svårt psykiskt trauma, med någon som är akut psykotisk och våldsbenägen och slutligen med någon som överdoserat droger (Jorm m fl 2007).

Utbildningsmaterialet som används för att lära ut första hjälpen vid psykiska kriser bygger på riktlinjer som skapats av expertpaneler bestående av internationella experter, kliniker, brukare och närstående. I arbetet med att skapa riktlinjerna har den så kallade Delphi-metoden använts. Metoden innebär att en panel av experter upprepat besvarar frågeformulär, där feedback ges på resultaten. Proceduren upprepas tills att konsensus kring vilka rekommendationer som skall gälla uppnås eller avbryts när ingen konsensus kan uppnås (Kelly m fl 2008 a,b, Langlands m fl 2008 a,b).

**Utbildning av instruktörer**

Inom programmet har man utvecklat en instruktörsutbildning. Den vänder sig till personer som är intresserade av att arbeta som utbildare i ”Första hjälpen vid psykisk ohälsa”. Instruktörskursen innebär en veckas heltidsutbildning och därefter möjligheter till handledning. Kraven för att bli instruktör är att ha en god egen social funktion, ha god förmåga att kommunicera och att fungera som lärare, ha en positiv attityd till personer med psykiska problem, ha egen eller professionell erfarenhet av personer med psykiska problem, ha god kunskap om psykiatriska tillstånd och en god bakgrundskunskap om psykiatrisk vård och behandling (Kitchener & Jorm 2006).

**Effekter av programmet i Australien**

Effekter av ”Första hjälpen vid psykisk ohälsa” i Australien har utvärderats i fyra randomiserade kontrollerade studier och ett flertal icke kontrollerade studier. De olika studierna med en RCT-design har omfattat: 1) offentliganställda tjänstemän (Kitchener & Jorm 2004a), 2) allmänhet boende i glesbefolkade områden (Jorm et al. 2004b) 3) lärare vid gymnasieskolor (Jorm m.fl 2010a), och slutligen 4) där man jämfört tre grupper från allmänheten där en grupp endast läst manualen till ”Första hjälpen vid psykisk ohälsa”, en grupp har fått ett datorbaserat studieprogram och en grupp utgjort kontrollgrupp (Jorm m.fl 2010b). Dessa studier visar att utbildningen ger kunskaper som bättre överensstämmer med det aktuella kunskapsläget kring vård och behandling av olika psykiska ohälsotillstånd, att

kursdeltagarnas självförtroende att hjälpa personer med psykisk ohälsa ökar och att negativa attityder till personer med psykisk ohälsa minskar. I en av de 4 randomiserade kontrollerade studierna visades också att det fanns en positiv förändring i benägenhet att hjälpa en person med psykisk ohälsa (Jorm et al. 2004b). Det bör påpekas att hittills har endast studier av utbildningsinsatsen och dess effekter på kursdeltagare genomförts. Det finns inga studier som belägger faktiska effekter på personer med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom.

I en kvalitativ studie (Jorm et al 2005) som gjordes 19–21 månader efter att utbildningen avslutats undersöktes om tidigare kursdeltagare haft användning för sina kunskaper och hur utfallet av detta varit. Resultaten kan sammanfattas i fyra olika områden. För det första hade en majoritet varit i situationer där psykisk ohälsa varit aktuell och att de med stöd av kunskaperna de fått under utbildningen kunnat vara till mer hjälp än de vanligtvis kunnat. För det andra rapporterade man positiva erfarenheter både vad gäller egna psykologiska upplevelser och interpersonella färdigheter. Särskilt gällde detta hur man skall bete sig i laddade möten med personer med ångestattacker, uttalad förtvivlan eller självmordshot. För det tredje uppmärksammade man att den rapporterade betydelsen av utbildningen var tämligen likartad för deltagare med väldigt olika förutsättningar. För det fjärde så fanns inga tecken på att någon övervärderat sin förmåga som hjälpare och tagit på sig ett större ansvar än det som rekommenderats.

**“Första hjälpen vid psykisk ohälsa” i Sverige**

Genom ett regeringsuppdrag 2010 har ett projekt avseende ”Första hjälpen vid psykisk ohälsa” genomförts i Sverige av Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP**).** Målsättningen var att i två län utbilda 2 000 personer under en tidsperiod om totalt 12 månader. Utgångspunkten för projektet var att ge kunskap om förutsättningarna för att i ett senare skede erbjuda programmet på rikstäckande nivå. I detta har ingått att belysa programmets praktiska genomförande, den strukturella modellen och lämpliga aktörers respektive roll och ansvar samt kostnader för utbildningsmaterial, overheadkostnader, personalkostnader och andra eventuella omkostnader. I uppdraget från regeringen anges att målgruppen för pilotstudien skall vara allmänhet, ideella organisationer och personer som i sin yrkesutövning kommer i kontakt med människor med psykisk ohälsa och/eller personer som är självmordsnära. Särskilt nämns personal inom socialtjänsten, skolan, polisen, kriminalvården och brandkåren, samt ambulanspersonal och

distriktssköterskor inom primärvården. Man pekar även ut lärare, skolsköterskor, skolkuratorer samt fritidsledare och fältassistenter som relevanta mottagare av utbildningen (Regeringsbeslut, 2010–11–18). Ett utvärderingsuppdrag har kopplats till utbildningen för att studera effekterna på de personer som deltar och i vilken mån dessa kvarstår sex månader efter avslutad utbildning.

***Utvärderingen av det svenska projektet***

Socialstyrelsen har uppdragit åt Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) att genomföra utvärderingen av effekterna bland deltagarna i det ovannämnda projektet. Innehållet i uppdraget har varit att studera om den aktuella utbildningen har effekt på kursdeltagarnas beredskap och möjlighet att använda sig av tillägnade kunskaper och i vilken mån man verkligen gjort detta. Enligt regeringsuppdraget bör det även undersökas om det är möjligt att genomföra en kvalitativ studie om hur personer som blivit hjälpta uppfattat den hjälp de fått.

## FRÅGESTÄLLNINGAR

Utvärderingens syfte är att undersöka vilka effekter utbildningen har för deltagarna i projektet och i vilken utsträckning dessa kvarstår ett halvår efter att utbildningen har avslutats.
De primära frågeställningarna är om utbildningen på ett varaktigt sätt:

- ökar kunskapen kring psykisk ohälsa och dess behandling
- ökar självförtroendet för att kunna hjälpa en person med psykisk ohälsa
- ökar kunskapen om bemötande och beteende vid kontakter med personer med psykisk ohälsa
- ökar benägenheten att bistå personer med psykisk ohälsa

Sekundära frågeställningar om effekter är om utbildningen:

- påverkar attityder till personer med psykisk ohälsa

## METOD

Projektet genomfördes i Västra Götaland och i Västerbotten. I båda länen fanns organisationer som hade resurser att monitorera utbildningarna och som också kunde fungera som samarbetspartner i utvärderingsarbetet. Länen bedömdes även lämpliga utifrån representativitetssynpunkt. Västra Götaland är en tätbefolkad region med cirka 1,6 miljoner

invånare och inbegriper storstaden Göteborg med 524 767 invånare. Förutom i Göteborg genomfördes utbildningar och utvärderingar i Vänersborg och Falköping. Västerbotten är präglad av glesbygd och saknar storstäder. I länet som helhet bor strax under 260 000 invånare och största staden är Umeå (116 891 inv). Utvärderingen i Västerbotten genomfördes i Umeå, Skellefteå, Lycksele och Malå. En randomiserad kontrollerad studie genomfördes i Västra Götaland medan undersökningen i Västerbotten genomfördes som en före– och efterstudie utan kontrollgrupp. För att skapa en fördjupad bild av deltagarnas uppfattningar om utbildningen genomfördes sex fokusgruppsintervjuer. Fokusgrupperna rekryterades från båda länen och genomfördes sex till åtta månader efter att deltagarna genomgått utbildningen. I samband med intervjuerna tillfrågades deltagarna om de hade hjälpt någon och om de i så fall kunde tillfråga denne om att bli intervjuad av någon från forskargruppen. Detta resulterade inte i att några informerade samtycken kunde inhämtas varför intervjustudien med personer som blivit hjälpta inte kunnat genomföras.

**Genomförande**

*Randomiserad kontrollerad studie, Västra Götaland*

Studien bygger på att en experimentgrupp som genomgått utbildning och en kontrollgrupp som inte genomgått utbildning jämförs avseende färdigheter i första hjälpen vid psykisk ohälsa vid en uppföljning efter 6 månader. Det totala utbildningsuppdraget var att utbilda 1000 personer i Västra Götaland under 2011 – 2012. Rekryteringen av kursdeltagare påbörjades under våren 2011 och i samband med denna även inklusionen av personer till utvärderingen. Samma person som ansvarade för administrationen av utbildningen och därigenom hade tillgång till kurslistor med namn på alla deltagare skötte även insamlandet av informerade samtycken och utskicken av frågeformulären som användes i postenkäten. Det var nödvändigt att datainsamlingen följde den takt som kunde upprätthållas av utbildningsresurserna som fanns tillgängliga. Det innebar att antalet personer som var tillgängliga under inklusionsperioden var 532 stycken. Samtliga tillfrågades och av dessa lämnade 398 personer informerat samtycke till att ingå i studien. De besvarade då en postenkät som bestod av ett frågeformulär som beskrivs i detalj nedan. Gruppen randomiserades sedan till att antingen ingå i experimentgruppen vilket innebar att de skulle genomgå utbildning under våren 2011 eller till kontrollgruppen som innebar att man sattes på en väntelista för att gå utbildning tidigast sex månader senare. Randomiseringen gjordes via webbtjänsten randomization.com (http://www.randomization.com/). Mättillfälle 1 för experimentgruppen inföll alltså under perioden mellan att man lämnat ett informerat

samtycke till att delta i studien och påbörjandet av utbildningen. Mättillfälle 2 inföll sex månader efter att utbildningen avslutats. Vid båda tillfällena genomfördes datainsamlingen via postenkäter. För kontrollgruppen inföll första mätningen efter att man lämnat informerat samtycke. Mättillfälle 2 inföll sex månader efter att data från mättillfälle 1 inkommit. Även här användes postenkäter som insamlingsmetod.

*Före- och efterstudie utan kontrollgrupp, Västerbotten*

Även här var uppdraget att utbilda 1000 personer i ”Första hjälpen vid psykisk ohälsa”. Samma rekryteringsprincip som i Västra Götaland användes. Den som administrerade kursdeltagarna gjorde även utskick av information om utvärderingen, inhämtade informerade samtycken och skötte utskicken av frågeformulären till mätningen sex månader efter utbildningen. Baselinemätningen och mätningen direkt efter utbildning gjordes i samband med kursstart och kursavslutning. Antalet personer som gick igenom utbildningen var 1115. Samtliga tillfrågades om de ville delta i utvärderingen. Deltagarna i studien besvarade frågeformuläret vid tre tillfällen. Första svarstillfället genomfördes i samband med att kursdeltagarna kom till sitt första undervisningstillfälle, det andra svarstillfället genomfördes innan kursdeltagarna lämnat undervisningssalen vid deras sista undervisningsdag och det tredje genomfördes via en postenkät som skickades ut sex månader efter att utbildningen avslutats

*Fokusgruppsintervjuer*

Totalt genomfördes 6 stycken fokusgrupper à 2-6 deltagare styck. Sammanlagt deltog 24 personer, varav 16 kvinnor och 8 män. Majoriteten deltagare hade erfarenhet av att möta personer med psykisk ohälsa inom sin yrkesroll, men ett fåtal saknade sådan erfarenhet.

Intervjuerna fördelade sig enligt följande: en grupp i Göteborg, en i Vänersborg, en i Falköping och tre i Umeå. Mallen bygger på de frågor som användes i den kvalitativa studien som genomförts i Australien (Jorm et al 2005):

1) Har du haft erfarenhet av en situation där en person verkar ha haft psykiska problem sedan du avslutade kursen?
2) Om inte, hur trygg tror du att du skulle känna dig ifall du skulle hamna i en sådan situation? Hur tror du att du skulle hantera den?
3) Är det som du förväntade dig att det skulle bli eller är du överraskad över att inte ha stött på en sådan situation?

4) Hur väl förberedd skulle du känna dig ifall du skulle möta en person med psykiska problem?
5) Har eller hur har kursen påverkat hur du känner för och tänker kring personer som drabbas av psykiska problem?
6) Finns det något du vill tillägga avseende kursen och dess värde för dig?

För dig med sådan erfarenhet:

7) Kan du berätta om situationen och de problem som du tror att personen ifråga hade?
8) Kunde du hjälpa henne/honom?
9) Om inte, varför tror du att du inte kunde hjälpa henne/honom?
10) Kan du ge oss exempel på saker du gjorde?
11) Vilken effekt tror du att det hade på henne/honom?
12) Kan du ge ett exempel på hur relationen eller känslorna till den personen har förändrats?
13) Har eller hur har kursen påverkat hur du känner för och tänker kring personer som drabbas av psykiska problem?
14) Finns det något du vill tillägga avseende kursen och dess värde för dig?

**Instrument**

Samma frågeformulär som utprovats och använts i de ursprungliga effektstudierna i Australien har översatts till svenska och använts i de två studierna. Frågeformuläret omfattar sociodemografiska uppgifter, varför de är intresserade av att gå kursen, bakgrundsuppgifter om den egna psykisk hälsan, tidigare kontakter med personer som har psykisk ohälsa och den hjälp de erbjudit. Frågeformuläret finns sedan i två olika versioner. En version med en vinjett på en person med depression och en med en vinjett på en person med psykossjukdom. Frågorna som sedan följer är identiska och utgår ifrån vinjetterna. I det första avsnittet får man ta ställning till det tillstånd som beskrivs i vinjetten och om man bedömer att personen behöver hjälp. Sedan skall man utifrån en uppräkning av ett antal yrkeskategorier ange vilka som kan ge adekvat hjälp. Kategorierna omfattar: allmänläkare, apotekare, kurator, socialsekreterare, telefonrådgivare, psykiater, psykolog, någon i familjen, nära vän, naturmedicinare, själasörjare, och slutligen ”att försöka klara sig själv”. Svaren som kan ges är huruvida kontakten med någon av ovanstående skulle ”hjälpt”, ”gjort det sämre” eller ”varken eller”. Facit för båda vinjetterna är att de korrekta svaren skall vara: allmänläkare, psykiater och psykolog. Därefter besvaras frågor om vilka behandlingsinsatser som kan hjälpa. Insatserna man skall ta ställning till är: smärtstillande, antidepressiva, antibiotika, sömnmedel, antipsykotiska läkemedel, lugnande läkemedel, fysisk aktivitet, läsa om personer med samma problem, roa sig, meditation/yoga, avhålla sig från alkohol, få rådgivning, få

KBT, få psykoterapi, få hypnos, bli inlagd på psykiatrisk klinik, få ECT-behandling, dricka alkohol för att koppla av, äta speciell diet. Facit för behandlingsinsatser är för depression att man får antidepressiva läkemedel, får rådgivning, får KBT. För psykosvinjetten är de korrekta svaren antipsykotiska läkemedel och att bli inlagd på psykiatrisk klinik. Frågorna sammanfattas i antal rätt angivelser av yrkeskategori och behandlingsinsats. För depression innebär det maximalt 6 poäng och för psykos 5 poäng.

I frågeformuläret ingår två skalor om social distans till personer med psykisk ohälsa. Var och en innehåller nio identiska påståenden som besvaras på en femgradig skala med svarsalternativen: håller helt med, håller delvis med, håller varken med eller tar avstånd från, tar delvis avstånd från, tar helt avstånd från. Frågorna utgår från vinjetterna vilket innebär att ställningstagandena gäller antingen depression eller psykos beroende på vilken version man besvarar. I det första formuläret ombeds man ange ”i vilken utsträckning du själv” håller med om påståendet och i det andra vad ”du tror de flesta andra människor tycker”. Konstruktören av skalan har inte rapporterat några psykometriska mått men man har i tidigare studier summerat variablerna i de båda skalorna (Jorm m fl. 2004a,b, 2010 a,b). Det har därför funnits skäl att förfara på samma sätt i denna studie. I det aktuella svenska materialet är Cronbachs alfa för skalan ”vad du själv anser” 0.65 och för skalan ”vad andra tycker” 0.84, således ett acceptabelt värde för den senare skalan och något i underkant för den förra. Värdena baseras på baseline-mätningarna från båda studierna. Det sista avsnittet i frågeformuläret innehåller kunskapsfrågor kring hur man skall agera i kontakter med personer med akut psykisk ohälsa och vilka bemötandestrategier som är mest lämpliga. Frågorna är formulerade som påståenden och svarsalternativen är ”håller med”, ”håller inte med” samt ”vet inte”. Området summeras till antal rätt och fel. Poängantalet kan variera mellan 0-16. I båda studierna har varannan deltagare fått en vinjett om depression och varannan en vinjett om psykosjukdom. Frågeformuläret vid uppföljningen innehåller samma variabler bortsett från sociodemografiska uppgifter (Jorm m fl 2004a,b,) och deltagarna har besvarat samma version av formuläret.

**Deltagare**

Inklusion av deltagare i RCT-studien i Västra Götaland framgår av tabell 1.

**Tabell 1. Flödesschema RCT-studien**

| | | |
|---|---|---|
| | **Bedömda för inklusion = 532** | |
| | Bortfall → | Ville ej delta=126 |
| | ←Randomiserade = 406→ | |
| Experimentgrupp: 199<br>Genomgått utbildning:199 | | Kontrollgrupp = 207 |
| ↓ | Uppföljning 6 mån | ↓ |
| Bortfall = 64<br>Ville ej delta | | Bortfall = 65<br>Ville ej delta |
| ↓ | | ↓ |
| Fullföljde studien = 135 | | Fullföljde studien = 142 |

Inklusionen av deltagare till före- och efterstudien i Västerbotten framgår av tabell 2.

Av tabellen framgår att det även i denna studie blir ett betydande bortfall trots att många genomgick utbildningen.

**Tabell 2. Flödesschema före - och efterstudien i Västerbotten.**

| | |
|---|---|
| Tillgängliga | 1115 |
| Ej lämnat informerat samtycke | 494 |
| Inkluderade baslinjemätning | 621 |
| Bortfall | 146 |
| Mätning efter utbildning | 475 |
| Bortfall | 205 |
| Mätning sex månader efter utbildningen = | 270 |

***Fokusgruppsintervjuer***

Sammanlagt 24 deltagare deltog de sex fokusgrupperna. Av deltagarna var 16 kvinnor och 8 män. Samtliga intervjuade hade deltagit i kursen 6-8 månader före intervjutillfället. Bland deltagarna fanns representanter för en rad olika organisationer, såsom Arbetsförmedlingen,

Räddningstjänsten, Socialtjänsten, Svenska Kyrkan, och sjukvården. Ett stort antal yrkesgrupper fanns representerade, som exempelvis arbetsförmedlare, socionomer, diakoner, stödpersoner och olika typer av vårdpersonal.

**Analyser**

*RCT-studien och före- och efterstudien utan kontrollgrupp*

De kvantitativa studierna har analyserats med deskriptiv och analytisk statistik. I före- och efterstudien har jämförelser före och efter utbildningen gjorts med t-test för parade grupper. I RCT-studien har analyserna för kontinuerliga variabler gjorts med ANOVA repeated measures. För demografiska data har dikotoma variabler analyserats med $Chi^2$-analys och kontinuerliga med t-test för oberoende grupper. Samtliga analyser är utförda med IBM SPSS statistics 20. En post hoc power analys genomfördes för de resultat där det fanns signifikanta skillnader mellan experiment- och kontrollgrupp. Programmet G-power användes för dessa analyser. Effektstorlekar har räknats ut med formeln för Cohens d (Cohen J, 1988). Bedömningarna av effektstorlek följer de vedertagna där 0.2 – 0.5 anger liten effekt, 0.5 – 0.8 medelstor effekt och högre än 0.8 stor effekt.

I de variabler där vi i analyserna av de som fullföljde studien noterar signifikanta skillnader mellan grupperna i RCT-studien har vi genomfört intention to treat analyser som inkluderar de personer som inte deltog vid uppföljningstillfället 6 månader efter avslutad utbildning. En resultatbearbetning som tillämpar intention to treat principen (avsikt att behandla) innebär att resultat från alla deltagare inkluderas i analyserna, alltså även de som inte fullföljt studien. Intention to treat-analys är önskvärd, eftersom vissa deltagares resultat annars kan uteslutas på otillräckliga eller felaktiga grunder. Vi har här även inkluderat det primära effektmåttet om benägenhet att bistå personer med psykisk ohälsa. Multipel imputering användes för skattningar av den information som saknades. Vid imputeringsprocessen användes statistikprogrammet R som använder MICE (Multiple Imputation by Chained Equations) för beräkningar av imputerade värden. En fördel med denna metod är att den inte kräver ett monotont bortfallsmönster och att man därför kan gå direkt på imputeringen. Vidare tillåts specificering av en separat modell för varje variabel som imputeras. Skillnader mellan experiment- och kontrollgrupp har i intention to treat analyserna testats i en linjär modell med baselinjejustering, en ANCOVA-modell. Skattningarna av mellangrupps-effektstorlekar har utgått från ANCOVA-analysernas t-statistika och från imputationsprogrammets skattade

frihetsgrader för denna. Under ett antagande om likstora grupper och kan effektstorlekarna beräknas enligt: d = t*roten(2/n) = [df = 2*n-2] = t*2*roten(1/(df+2)).

*Kvalitativ analys av fokusgruppsintervjuerna*

De transkriberade intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim & Lundman (2004). Materialet lyssnades igenom, transkriberades och lästes igenom ett flertal gånger för att få en god inblick i innehållet. Meningsbärande enheter som svarade på syftet markerades och kodades. Koderna grupperades till olika kategorier som väl beskrev innehållet, utan att utelämna väsentlig information.

## FORSKNINGSETIK

Tillstånd att genomföra studien har inhämtats från Regionala etikprövningsnämnden, Lund (Beslut 2011/4)

## RESULTAT

### Demografi

**Tabell 3. Bakgrundsdata för grupperna. RCT-studie (totalt sample n=406, experimentgrupp n = 199 kontrollgrupp n=207), före- och efterstudie, (n=475)**

| | **RCT-studie** | | **Före- och efter studie** |
|---|---|---|---|
| | **Experimentgrupp** | **Kontrollgrupp** | |
| Ålder (år) , m (sd ) | 45,6 (10,7) | 45,6 (10,3) | 47,0 (11,3) |
| | % | | % |
| Kvinnor | 75,9 | 78,3 | 81 |
| Högskoleutbildning | 74,9 | 75,4 | 64 |
| Födda i Sverige | 88,4 | 93,2 | 95 |
| Arbetar inte i vården | 83,3 | 84,7 | 65 |
| Egen erfarenhet av psykisk ohälsa | 22,7 | 27,7 | 22 |
| Haft psykisk ohälsa i familjen | 42,7 | 44,7 | 47 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Träffat någon med psykisk ohälsa senaste sex månaderna | 85,3 | 85,9 | 79 |
| | * inga skillnader mellan experimentgrupp och kontrollgrupp | | |

Demografiska data för deltagarna i RCT-studien och före-och efterstudien presenteras i tabell 3.

Bland deltagarna var majoriteten kvinnor och högutbildade. Det fanns inga skillnader i något avseende mellan experimentgrupp och kontrollgrupp. Deltagarna i före- och efterstudien som besvarat frågeformuläret vid sex månaders uppföljning (n=270) skiljde sig inte avseende ålder (F=0,403, p = 0,525) och kön ($chi^2$ 0,976, p=0,323) från deltagarna i RCT-studien. Däremot fanns en procentuellt större andel personer med högskoleutbildning i den randomiserade kontrollerade studien ($chi^2$ 13,167, p=0,001) och färre personer som arbetade i vården ($chi^2$ 22,796, p=0,001).

**Bortfallsanalys**

Uppgifter från de deltagare i före- och efterstudien som endast besvarat frågeformuläret före utbildningen (n = 146) användes för att göra en bortfallsanalys i syfte att undersöka om de som fullföljt uppföljningen vid sex månader utifrån demografiska data skiljde sig från dem som endast svarat före utbildningen. Resultatet av analysen visade att det inte fanns några väsentliga skillnader mellan dessa grupper. Den enda skillnaden var att de som inte fullföljt uppföljningen var signifikant yngre än de som slutfört sitt deltagande, (m=47 resp m=45, p=0,022). Motsvarande analys kunde även genomföras för RCT-studien där demografiska data för dem som fallit bort mellan första mätningen och uppföljningen (n=129) kunde jämföras med dem som fullföljt vid båda tillfällena. Även här var de som inte besvarat frågeformuläret vid andra mätningen yngre (m=46 resp m=44, p=0,15). I övrigt fanns inga skillnader avseende demografiska data.

## Resultat från den randomiserade kontrollerade studien för de som fullföljde studien

**Tabell 4. Medelvärden och standardavvikelser före utbildning (mätning 1) och vid sex månaders uppföljning (mätning 2) för experimentgrupp och kontrollgrupp, effekter av utbildningen och effektstorlekar.**

| | Experimentgrupp (n=135) | | Kontrollgrupp (n=142) | | Utbildning X tid | | | Effektstorlek | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Variabel** | **Mätning 1** | **Mätning 2** | **Mätning 1** | **Mätning 2** | ***df*** | **F** | ***p*** | **Exp.grp** | **Kontr.grp** | **Skillnad[a]** |
| **Samtliga deltagare** | | | | | | | | | | |
| Kunskap | 7,2(2,2) | 8,8(2,1) | 7,4(2,5) | 7,5(2,3) | 1 | 25,9 | 0,0001 | 0,75 | 0,04 | 0,71 |
| Säker på att hjälpa | 2,4(0,8) | 2,7(0,6) | 2,4(0,7) | 2,4(0,7) | 1 | 12,8 | 0,0001 | 0,43 | 0,00 | 0,43 |
| Benägenhet att hjälpa | 2,9(0,9) | 3,1(0,8) | 2,8(0,9) | 2,8(0,9) | 1 | 2,2 | 0,143 | 0,24 | 0,00 | 0,24 |
| **Vid depression** | | | | | | | | | | |
| Vem och vad hjälper | 5,2(1,2) | 5,4(0,9) | 4,9(1,3) | 5,2(1,1) | 1 | 0,38 | 0,537 | 0,18 | 0,25 | -0,07 |
| Social distans, personlig uppfattning | 35,7(5,5) | 36,2(4,9) | 37,0(4,4) | 36,0(5,2) | 1 | 4,3 | 0,040 | 0,10 | – 0,21 | 0,31 |
| Social distans de flestas uppfattning | 23,2(7,1) | 24,3(6,8) | 25,9(6,5) | 24,4(6,7) | 1 | 2,6 | 0,108 | 0,16 | – 0,23 | 0,39 |
| Att bli granne med NN | 1.4(0,6) | 1,2(0,4) | 1,2(0,4) | 1,2(0,6) | 1 | 2,9 | 0,092 | 0,40 | 0,00 | 0,40 |
| Att bli vän med NN | 1,4(0,6) | 1,4(0,6) | 1,3(0,5) | 1,3(0,5) | 1 | 0,15 | 0,695 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Att bli kollega med NN | 1,7(0,7) | 1,6(0,6) | 1,5(0,6) | 1,5(0,6) | 1 | 0,73 | 0,394 | 0,15 | 0,00 | 0,15 |
| Att NN blir ingift i familj | 1,7(0,7) | 1,7(0,7) | 1,6(0,7) | 1,6(0,6) | 1 | 0,02 | 0,892 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| **Vid psykos** | | | | | | | | | | |
| Vem och vad hjälper | 4,2(1,0) | 4,3(1,0) | 4,2(0,9) | 4,2(0,9) | 1 | 0,51 | 0,475 | 0,10 | 0,00 | 0,10 |
| Social distans, personlig uppfattning | 33,5(4,9) | 33,6(5,1) | 34,0(4,7) | 33,6(4,8) | 1 | 0,57 | 0,452 | 0,02 | – 0,08 | 0,10 |
| Social distans de flestas uppfattning | 22,5(5,8) | 22,4(5,8) | 21,9(6,3) | 22,6(5,8) | 1 | 0,97 | 0,327 | – 0,02 | – 0,12 | – 0,10 |
| Att bli granne med NN | 1,8(0,6) | 1,6(0,5) | 1,9(0,6) | 1,8(0,6) | 1 | 0,36 | 0,552 | 0,36 | 0,17 | 0,19 |
| Att bli vän med NN | 1,7(0,6) | 1,6(0,6) | 1,8(0,7) | 1,8(0,6) | 1 | 0,70 | 0,403 | 0,17 | 0,00 | 0,17 |
| Att bli kollega med NN | 1,9(0,6) | 1,7(0,6) | 2,0(0,7) | 2,0(0,6) | 1 | 0,65 | 0,422 | 0,33 | 0,00 | 0,33 |
| Att NN blir ingift i familj | 2,2(0,6) | 2,0(0,7) | 2,3(0,6) | 2,3(0,6) | 1 | 2,6 | 0,108 | 0,31 | 0,00 | 0,31 |

a Positiv effektstorlek indikerar en fördel för experimentgruppen

Tabellen visar att resultaten med avseende på de primära frågeställningarna för de som fullföljde studien är följande:

1. Kunskap kring psykisk ohälsa och dess behandling (i tabellen ”vem och vad hjälper”). Frågorna kring området handlar om vilka yrkeskategorier som kan hjälpa och vilka insatser som är evidensbaserade för tillstånden depression respektive psykos. Resultaten visar ingen effekt av utbildningen.

2. Självförtroendet kring att kunna hjälpa en person med psykisk ohälsa ökar signifikant för dem som genomgått utbildning (p=0,0001, ES=0,43). (I tabellen ”säker på att hjälpa”)

3. Kunskapen om bemötande och beteende vid kontakter med personer med psykisk ohälsa förbättras signifikant hos dem som genomgått utbildning jämfört med dem som inte gjort detta (p=0,0001, ES=0,71). Resultatet baseras på ett frågeformulär med 15 frågor om hur man bemöter en person med psykisk ohälsa och vad som är ett lämpligt förhållningssätt och beteende i dessa situationer. (I tabellen ”kunskap”)

4. Frågan om man erbjudit hjälp till en person med psykisk ohälsa och i vilken utsträckning man gjort detta visar ingen signifikant skillnad mellan experimentgrupp och kontrollgrupp. (I tabellen ”erbjudit hjälp”)

Den sekundära frågeställningen om utbildningen leder till en positivare attityd till personer med psykisk ohälsa visar att de som genomgått utbildning får en positivare attityd till personer med depression (p=0,040, ES=0,31) men inte vid psykos. (I tabellen ”social distans, personlig uppfattning)

En post hoc poweranalys visade att power i analyserna av de som fullföljde studien, med avseende på de signifikanta skillnaderna som fanns i RCT-studien, varierade mellan .82 och .99.

**Tabell 5. Intention to treat analyser Medelvärden och standardfel före utbildning (mätning 1) och vid sex månaders uppföljning (mätning 2) för experimentgrupp och kontrollgrupp, effekter av utbildningen och effektstorlekar.**

| | **Experimentgrupp (n=199)** | | **Kontrollgrupp (n=207)** | | **Signifikansprövning** | | | | **Effekt storlek** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Variabel** | **Mätning 1** | **Mätning 2** | **Mätning 1** | **Mätning 2** | **Estimat** | **SE** | **CI** | **P** | |
| Kunskap | 7,3(0,16) | 8,7(0,16) | 7,2(0,16) | 7,6(0,21) | -1,08 | 0,34 | -1,77 – -0,40 | 0,003 | 0,88 |
| Säker på att hjälpa | 2,5(0,05) | 2,7(0,06) | 2,4(0,05) | 2,4(0,05) | -0,23 | 0,06 | -0,35 – -0,12 | <0,001 | 0,70 |
| Benägenhet att hjälpa | 2,8(0,07) | 3,0(0,08) | 2,8(0,07) | 2,7(0,07) | -0,25 | 0,10 | -0,44 – -0,05 | 0,015 | 0,58 |
| Social distans, personlig uppfattning. depression | 35,8(0,48) | 36,1(0,57) | 36,4(0,48) | 35,2(0,71) | -1,35 | 0,7 | -2,73 – 0,04 | 0,057 | 0,44 |

Tabell 5 visar att resultaten från intention to treat analyserna med avseende på de primära frågeställningarna är följande:

1. Självförtroendet kring att kunna hjälpa en person med psykisk ohälsa ökar signifikant för dem som genomgått utbildning jämfört med kontrollgruppen ($p<0,001$). (I tabellen ”säker på att hjälpa”). Detta resultat är i överensstämmelse med analyserna av de som fullföljde studien. Effektstorleken är medelstor (ES=0,70).

2. Kunskapen om bemötande och beteende vid kontakter med personer med psykisk ohälsa förbättras signifikant hos dem som genomgått utbildning jämfört med dem som inte gjort detta ($p=0,003$). Resultatet baseras på ett frågeformulär med 15 frågor om hur man bemöter en person med psykisk ohälsa och vad som är ett lämpligt förhållningssätt och beteende i dessa situationer (I tabellen ”kunskap”). Detta resultat är i överensstämmelse med analyserna av som fullföljde studien. Effektstorleken är stor (ES=0,88).

3. Frågan om man erbjudit hjälp till en person med psykisk ohälsa och i vilken utsträckning man gjort detta visar en signifikant skillnad mellan experimentgrupp och kontrollgrupp (P=0,015 (I tabellen ”erbjudit hjälp”). Denna skillnad återfanns inte i analyserna av de som fullföljde studien. Effektstorleken är i intention to treat analyserna medelstor (ES=0,58).

I den sekundära frågeställningen om utbildningen leder till en positivare attityd till personer med psykisk ohälsa visade analyserna av de som fullföljde att de som genomgått utbildning får en positivare attityd till personer med depression (I tabellen ”social distans, personlig uppfattning). Intention to treat analyserna visar här att det finns samma trend men den blir inte signifikant (P=0,057). Effektstorleken är medelstor (ES=0,44).

## Resultat från före-och efterstudien

**Tabell 6. Medelvärden och standardavvikelser för mätning före utbildning (mätning 1), direkt efter utbildning (mätning 2) och sex månader efter utbildning (mätning 3), signifikansvärden och effektstorlekar**

| | **Före- och eftermätning** | | | **Uppföljning mätning 1-2 (n = 475)** | | | **Uppföljning Mätning 1-3 (n = 270)** | | | **Effektstorlek** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Variabel** | **Mätning 1** | **Mätning 2** | **Mätning 3** | **t** | ***df*** | **p** | **t** | ***df*** | **p** | **Uppf. 1** | **Uppf. 2** |
| Kunskap | 7,2(2,2) | 10,4(2,8) | 9,7(2,0) | – 22,2 | 474 | 0,0001 | – 18,7 | 269 | 0,0001 | 1,28 | 1,19 |
| Säker på att hjälpa | 2,3(0,8) | 2,7(0,6) | 2,8(0,6) | – 11,6 | 459 | 0,0001 | – 11,3 | 270 | 0,0001 | 0,57 | 0,71 |
| Benägenhet att hjälpa | 2,9(0,9) | 3,0(0,9) | 3,1(0,8) | – 2,4 | 364 | 0,019 | – 4,6 | 215 | 0,0001 | 0,11 | 0,23 |
| **Vid depression** | | | | | | | | | | | |
| Vem och vad hjälper | 5,2(1,1) | 5,3(1,4) | 5,5(0,9) | – 1,1 | 225 | 0,289 | – 2,5 | 135 | 0,013 | 0,08 | 0,30 |
| Social distans, personlig uppfattning | 36,3(5,0) | 37,2(4,7) | 37,1(5,4) | – 3,3 | 211 | 0,001 | – 1,7 | 133 | 0,081 | 0,19 | 0,15 |
| Social distans de flestas uppfattning | 25,7(7,0) | 25,0(4,7) | 25,3(7,2) | 0,95 | 210 | 0,341 | 0,84 | 135 | 0,402 | – 0.12 | – 0,06 |
| Att bli granne med NN | 1,2(0,5) | 1,2(0,4) | 1,2(0,4) | 0,87 | 203 | 0,063 | 0,19 | 130 | 0,848 | 0,00 | 0,00 |
| Att bli vän med NN | 1,4(0,6) | 1,2(0,5) | 1,2(0,4) | 3,1 | 203 | 0,002 | 2,6 | 130 | 0,011 | 0,36 | 0,40 |
| Att bli kollega med NN | 1,6(0,7) | 1,5(0,6) | 1,5(0,6) | 3,4 | 201 | 0,001 | 2,3 | 130 | 0,022 | 0,15 | 0,15 |
| Att NN blir ingift i familj | 1,7(0,7) | 1,5(0,6) | 1,5(0,6) | 4,4 | 196 | 0,0001 | 3,5 | 128 | 0,001 | 0,31 | 0,31 |
| **Vid psykos** | | | | | | | | | | | |
| Vem och | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| vad hjälper | 4,1(1.0) | 4,4(1,1) | 4,4(0,9) | -2,7 | 133 | 0,007 | -3,8 | 133 | 0,0001 | 0,29 | 0,32 |
| Social distans, personlig uppfattning | 33,4(4,7) | 35,1(4,7) | 34,4(4,7) | -4,6 | 243 | 0,0001 | -2,6 | 132 | 0,009 | 0,36 | 0,21 |
| Social distans de flestas uppfattning | 23,1(6,0) | 22,7(6,1) | 23,0(6,3) | 1,1 | 243 | 0,281 | 0,3 | 133 | 0,735 | – 0,07 | – 0,02 |
| Att bli granne med NN | 1,7(0,6) | 1,6(0,6) | 1,6(0,6) | 2,3 | 232 | 0,023 | 1,5 | 124 | 0,131 | 0,17 | 0,17 |
| Att bli vän med NN | 1,7(0,5) | 1,6(0,6) | 1,5(0,6) | 2,5 | 235 | 0,013 | 2,7 | 123 | 0,007 | 0,18 | 0,36 |
| Att bli kollega med NN | 1,9(0,6) | 1,7(0,6) | 1,8(0,5) | 3,8 | 232 | 0,0001 | 1,7 | 125 | 0,083 | 0,33 | 0,18 |
| Att NN blir ingift i familj | 2,1(0,5) | 2,0(0,6) | 2,0(0,6) | 1,9 | 231 | 0,62 | 1,1 | 127 | 0,269 | 0,18 | 0,18 |

Resultaten med avseende på de primära frågeställningarna vid uppföljningen sex månader efter utbildningen var följande, Tabell 6.

1. Kunskap kring psykisk ohälsa och dess behandling (i tabellen ”vem och vad hjälper”). Frågorna kring området handlar om vilka yrkeskategorier som kan hjälpa och vilka insatser som är evidensbaserade för tillstånden depression respektive psykos. Resultaten visar en signifikant förbättring i båda fallen (p=0,013, ES=0,30 respektive p=0,0001, ES=0,32).

2. Självförtroendet kring att kunna hjälpa en person med psykisk ohälsa ökar signifikant för dem som genomgått utbildning (p=0,0001, ES=0,71). (I tabellen ”säker på att hjälpa”).

3. Kunskapen om bemötande och beteende vid kontakter med personer med psykisk ohälsa förbättras signifikant hos dem som genomgått utbildning jämfört med dem som inte gjort detta (p=0,0001, ES=1,19). Resultatet baseras på ett frågeformulär med 15 frågor om hur man bemöter en person med psykisk ohälsa och vad som är ett lämpligt förhållningssätt och beteende i dessa situationer. (I tabellen ”kunskap”).

4. Frågan om man erbjudit hjälp till en person med psykisk ohälsa och i vilken utsträckning man gjort detta visar en signifikant positiv förändring (p=0,0001, ES=0,23). (I tabellen ”erbjudit hjälp”).

Den sekundära frågeställningen om utbildningen leder till positivare attityder till personer med psykisk ohälsa visar att de som genomgått utbildning får en bättre attityd till personer

med psykos (p=0,009, ES=0,21) men inte till personer med depression (I tabellen ”social distans, personlig uppfattning).

För de frågeställningar som behandlar ställningstaganden till att bli granne, vän, kollega eller att få en person med depression respektive psykos ingift i sin familj sker förändringar som kvarstår sex månader efter kursen avslutats. För depression sker en positiv förändring avseende att bli vän med (p=0,011, ES=0,40), att bli kollega med (p=0,022, ES=0,40) och att få en person med depressionssjukdom ingift i familjen (p=0,001, ES=0,31). Endast en specifik fråga kring psykos uppvisar en positiv förändring vid sex månaders uppföljningen. Denna är att bli vän med (p = 0,007, ES = 0,36).

**Resultat från fokusgruppsintervjuerna**

Analysen resulterade i fem kategorier, varav den sista består av exempel på hur kursen påverkat deltagare och situationen i vilken de agerat (Tabell 6). Kategorierna beskrivs mer utförligt nedan.

**Tabell 6. Resultatkategorier baserade på fokusgrupperna**

| | **Kategorier** |
|---|---|
| 1. | Delvis ökad medvetenhet, kunskap och förståelse |
| 2. | Delad inverkan på attityd och bemötande |
| 3. | Verktyg och trygghet |
| 4. | Tankar kring upplägg och innehåll |
| 5. | Konkreta exempel på hur deltagarna i utbildningen och fokusgrupperna rapporterar att de tillämpat den tillämpade kunskapen |

.

1. *Delvis ökad medvetenhet, kunskap och förståelse*

   Oavsett tidigare erfarenheter av möten med personer med psykisk ohälsa upplevdes kursen som värdefull för majoriteten av deltagare. Några av deltagarna från utåtriktade och mer operativa verksamheter efterfrågade dock en större yrkesanpassning av utbildningen. För flertalet deltagare var innehållet redan känt sedan tidigare, även om det bidrog med en mer nyanserad bild av den psykiska ohälsan. I dessa fall fungerade kursen därför mest som en uppskattad repetition, påminnelse och bekräftelse av det egna arbetssättet. För en minoritet av deltagarna var innehållet nytt och bidrog då med ny, värdefull kunskap.

Majoriteten deltagare hade en betydande erfarenhet av att möta personer med psykisk ohälsa i sin yrkesroll. Flertalet uttryckte ändå att kursen var en ögonöppnare för psykisk ohälsa i allmänhet och inom privatlivet i synnerhet. Kursen främjade därför en ökad medvetenhet och förståelse för personer med psykisk ohälsa. Detta bidrog till en större ödmjukhet i mötet med drabbade personer. Flera deltagare uttryckte att det skulle kännas svårt och känsligt att lyfta problematiken med en berörd part i privata sammanhang, samtidigt som kursdeltagandet belyste det personliga ansvaret i att agera vid misstankar om psykisk ohälsa.

2. *Delad inverkan på attityd och bemötande*

Flertalet deltagare, med professionell erfarenhet av psykisk ohälsa, uttryckte att kursen inte förändrade deras sätt att se på eller bemöta personer med psykisk ohälsa. Snarare gav den bekräftelse på att de agerat på rätt sätt tidigare. Den psykiska ohälsan beskrevs som något som var vanligt och tycktes inte upplevas som laddat eller märkvärdigt.

Andra deltagare påtalade att kursen synliggjorde deras fördomar kring ämnet psykisk ohälsa. Till exempel när det gäller farlighet vid psykisk ohälsa eller att den drabbade bär ett eget ansvar för sina problem. De menade att kursen gav dem nya insikter och användbara tips i mötet med personer med psykisk ohälsa, vilka de applicerat efter genomgången kurs, exempelvis genom att uppträda lugnt och inte visa rädsla i mötet med någon som befinner sig i någon form av kris. Därmed bidrog kursen till en ändrad syn på och ett annorlunda bemötande gentemot personer med psykisk ohälsa.

Samtidigt menade majoriteten deltagare att kursen bidrog till att motverka fördomar och avdramatisera den psykiska ohälsan rent generellt. Deltagandet i kursen underlättade dialogen kring psykisk ohälsa, såväl inom professionella som privata sammanhang. Kursen gav upphov till många tankar och känslor hos flertalet deltagare, vilket ledde till givande gruppdiskussioner i samband med kursen. Kursen genererade också reflektioner kring det personliga modet och ansvaret, vikten av att se individen bakom sjukdomen och att gå utanför sin egen komfortzon och gängse normer i mötet med personer med psykisk ohälsa.

3. *Verktyg och trygghet*

Deltagarna beskrev kursen som en verktygslåda, som bidrog till en ökad trygghet och ett bättre självförtroende att agera vid möten med personer som de misstänker drabbats av psykisk ohälsa. De upplevde att deras benägenhet att agera stärktes. Även om många hade en förförståelse för vad man borde göra blev kursen en påminnelse om att man måste våga förhöra sig om personers psykiska hälsa och eventuella suicidtankar. Kursen förstärkte på så sätt impulsen att agera i stället för att undvika att bemöta en person som mådde psykisk dåligt. Detta underlättades av att kursen gav konkreta verktyg för att hantera en situation, såsom tips om bemötande och hänvisning till professionell hjälp.

Vidare upplevde flertalet deltagare att denna verktygslåda bidrog till att stärka dem i sin yrkesroll genom att förbättra handlingsberedskapen och erbjuda en konkret handlingsplan. Kursdeltagandet tydliggjorde även ansvarsfördelning och gränssättning vid möten med personer med psykisk ohälsa som var i behov av professionellt stöd. Många deltagare uttryckte att de kände sig säkrare och mer uthålliga i att å sina klienters vägnar stå på sig i kontakten med andra berörda och aktuella vårdgivare. På så vis beskrev flertalet deltagare att de agerade språkrör åt sina klienter.

Värdet av att få ett gemensamt språk genom att kollegor, och helst samtliga medarbetare på en arbetsplats, också deltog i kursen poängterades. Att kursinnehållet även förankrades hos arbetsledare togs även upp som en viktig punkt. Nästintill samtliga deltagare kunde rekommendera kursen till kollegor, andra yrkesgrupper och allmänheten.

4. *Tankar kring upplägg och innehåll*

Erfarna och kunniga instruktörer beskrevs som en förutsättning för kursens genomslagskraft då detta ingav förtroende och gjorde det möjligt för deltagarna att få svar på sina frågor. De deltagare som haft nyutbildade instruktörer sökte i stället svar på sina frågor hos andra deltagare i samband med gruppdiskussionerna. De sistnämnda tycks ha bidragit med ett mervärde genom givande diskussioner, nätverkande och möjlighet att få inblick i andra organisationers arbetssätt.

Deltagarna uttryckte att upplägget som innefattade 4 x 3 timmar med veckovisa möten var att föredra framför två heldagar, vilka upplevdes som alltför komprimerade och inte gav utrymme för bearbetning och reflektion mellan träffarna. Andra deltagare menade att två heldagar var enklare att avsätta tidsmässigt, även om de uttryckte att det blev mycket information på kort tid. Strukturen upplevdes generellt som något tillrättalagd och upprepande, samtidigt som den bidrog till en gynnsam repetition.

Boken beskrevs som en pedagogisk uppslagsbok som gav en samlad och nyanserad bild av den psykiska ohälsan och strategier för att hantera den. Filmerna gav konkreta och tänkvärda exempel genom att visa personer och situationer som var lätta att identifiera sig med enligt deltagarna.

Nedanstående är sammanfattningar av berättelser som deltagarna i fokusgrupperna har gett i samband med intervjuerna och avspeglar den praktiska nytta man anser sig ha haft av att gå utbildningen i ”Första hjälpen vid psykisk ohälsa”.

5. *Exempel 1*

*Situation:* Jag fick besök av en klient med Asperger syndrom som råkat illa ut med myndigheterna, som inte kom vidare i livet och visade på en oförmåga att sköta sina administrativa uppgifter.

*Handling:* Jag tog upp den observerade problematiken med klienten och vi benade upp och diskuterade den tillsammans.

*Effekt (nu/på sikt):* Klienten anmälde sig till ett specialanpassat program (för arbetsrehabilitering), med positiv utgång.

*Påverkan av kursen:* Kursen gav mig mod att fråga klienten om den observerade problematiken och att stå på mig.

*Ytterligare:* Jag har fått mod att stå på mig även gentemot vården, för att komma vidare. Jag viker mig inte om det är tydligt att det gäller en annan organisation.

Exempel 2

*Situation:* Jag har träffat personer med traumatiska upplevelser bakom sig, som får negativa besked från olika myndigheter.

*Handling:* Jag har varit medmänniska genom att sitta ner med klienten, att sitta sida vid sida, lyssna och visa förståelse.

*Effekt (nu/på sikt):* Det har hjälpt mig och klienten, då det har slutat på ett bra sätt eftersom andra myndigheter har nappat och agerat.

*Påverkan av kursen:* Kursen har varit lärorik genom att jag har fått förklaringar till vissa beteenden och verktyg att hantera situationen med, som bemötandetips. Vissa fördomar har kommit på kant.

*Ytterligare:* Genom kursen har jag lärt mig att vara medmänniska, att studera fallet, att ge hjälp och stöd, samt hänvisa till professionell hjälp.

## DISKUSSION

Båda studierna utgör stickprov ur en större population. Bortfallen är ganska stora och detta bör beaktas vid tolkningen av resultaten. I de variabler där vi i analyserna av de som fullföljde studien fann signifikanta skillnader har vi, med tillägg för variabeln benägenhet att hjälpa genomfört intention to treat analyser för att undersöka resultaten för all som inkluderades i studien. Huruvida de personer som avböjt att delta i utvärderingen men deltagit i utbildningen skiljer sig från dem som ingår i studiens underlag är inte känt. För dem som inte lämnat ett informerat samtycke kan man inte heller eftersöka information om deras bakgrundsuppgifter. Det finns en homogenitet i materialet som sannolikt har ett samband med det direktiv som följde med uppdraget och som innebar att utbildningarna skulle genomföras för särskilda grupper. Det kan innebära att resultatet har en begränsad generaliserbarhet till allmänheten som helhet och i högre grad speglar effekterna som kan uppnås hos en grupp som till största delen består av offentliganställda, välutbildade kvinnor i yrken med stor kontaktyta mot allmänheten. Studierna från Australien har en större mångfald vad gäller undersökningsgrupper. De är dels genomförda på en större arbetsplats med en rad olika yrkeskategorier, dels i rurala områden i Australien, dels för gymnasielärare och slutligen som internetutbildning för bred allmänhet (Kitchener m.fl 2004, Jorm m.fl 2004, Jorm m.fl 2010a, Jorm m.fl 2010b). Resultaten från de olika studierna skall därför ses mot bakgrund av att utbildningen getts till olika målgrupper.

De primära frågeställningarna i de båda studierna var om utbildningen ”Första hjälpen vid psykisk ohälsa” med en varaktighet upp till sex månader förändrade kunskap om behandling och bemötande av personer med depression eller psykos. En sekundär frågeställning var om utbildningen minskade stigmatiserande attityder till personer med psykisk ohälsa. Både den randomiserade kontrollerade studien och före- och efterstudien visar i analyserna av de som fullföljde studien att kunskapen om hur man agerar och beter sig i kontakten med personer

med psykisk ohälsa på ett signifikant sätt förbättras. Detta är även fallet när det gäller kursdeltagarnas självförtroende för att hjälpa en person med psykisk ohälsa. Intention to treat analyserna bekräftade resultaten från RCT-studien i dessa avseenden och visade en signifikant skillnad även när det gäller att benägenhet att erbjuda hjälp, med en medelstor effektstorlek, Detta är ett resultat av stor betydelse eftersom förändring i faktiskt beteende efter genomgången utbildning kan anses vara en nyckelfaktor i bedömningar av effektiviteten av MHFA. Detta resultat har tidigare visats endast i en av de fyra australiensiska studierna (Jorm et al 2004b). Resultaten i övrigt överensstämmer ganska väl med det som tidigare visats i de australiensiska studierna. Ett konsistent fynd i samtliga kontrollerade studier som genomförts är att självförtroendet för att hjälpa en person med psykisk ohälsa förbättras signifikant. Det finns även stöd för att deltagarnas kunskaper kring psykisk ohälsa och dess behandling bättre överensstämmer med vad som är konsensus i expertgrupper (Kitchener & Jorm 2004a, Jorm & Kitchener 2004b, Jorm m. fl 2010 a, Jorm 2010 b). Frågeställningen om kursdeltagarna i högre utsträckning erbjuder hjälp efter att ha gått utbildningen är i de australiensiska studierna endast signifikant i en studie (Jorm & Kitchener 2004b). Denna är gjord som en kluster-randomiserad studie i glesbefolkade områden i Australien. Studien omfattade 16 lokala områden och 753 personer ingick i undersökningsgruppen. Av dessa utgjorde experimentgruppen 416 personer. De andra studierna, som inte visar några förändringar, har ett väsentligt lägre deltagarantal. Den randomiserade studien i Västra Götaland visar inga signifikanta förändringar medan den till deltagarantalet större före- och efterstudien i Västerbotten klart visar sådana. Det skall också noteras att effektstorlekarna i den kontrollerade studien och i före- och efterstudien är i det närmaste identiska i analyserna av de som fullföljde studien.

Förändringar av attityder till personer med psykisk ohälsa visar att det i likhet med tidigare studier sker positiva förändringar hos dem som genomgått kursen ”Första hjälpen vid psykisk ohälsa”. Den sociala distansen till personer med depression minskar signifikant i den kontrollerade studien. Motsvarande förändring finns däremot inte när det gäller personer med psykos. Det omvända förhållandet föreligger i före- och efterstudien. Där minskar den sociala distansen till personer med psykos men för personer med depression kvarstår inte den initialt signifikanta positiva förändringen (före-efter utbildning) vid sexmånadersuppföljningen. Vidare visar före- och efterstudien signifikanta positiva förändringar avseende att bli vän med, bli kollega med och att bli ingift i familjen med personer med depression. Motsvarande resultat för personer med psykos är en signifikant positiv förändring avseende att bli vän med

en sådan person. I de australiensiska studierna sker också en positiv förändring. I tre studier redovisas aggregerade data för förekomsten av stigmatiserande attityder (Kitchener & Jorm 2004a, Jorm & Kitchener 2004b, Jorm m. fl 2010 b) och i den fjärde redovisas förändringarna på item-nivå (Jorm m. fl 2010 a). Man noterar en minskad social distans till personer med depression (Kitchener & Jorm 2004a), för personer med psykos (Jorm m. fl 2010 b) och slutligen i ett sammanslaget värde för båda tillstånden (Jorm & Kitchener 2004b). Förändringarna på item-nivå innefattade att inte se depression som en personlig svaghet och att inte behöva dölja psykisk ohälsa för andra (Jorm m. fl 2010 a).

De viktigaste fynden i den kvalitativa analysen är att utbildningens praktiska inriktning varit särskilt fruktbar. Man beskriver att man fått en användbar verktygslåda som man kan utnyttja och i många fall redan utnyttjat vid uppföljningen. Sedan understryks vikten av att instruktörerna har goda psykiatriska kunskaper utanför det manualiserade upplägget som presenteras under utbildningen. Man anser att instruktörerna bör ha arbetet med psykiatrisk problematik på ett sådant sätt att de kan besvara en rad frågor som kommer upp under utbildningen. I en del av utbildningarna beskriver man att man kunnat få svar från andra kursdeltagare och att man tyckt det varit positivt. Detta har uppenbarligen fungerat för den målgrupp som studerats men ger ingen stabilitet i utbildningskvaliteten på sikt. Det förefaller viktigt att kvalitetssäkra kompetensen hos instruktörerna om utbildningen skall ges till en större målgrupp.

Studien i sin helhet visar en del positiva resultat både i de kvantitativa och i de kvalitativa analyserna. Detta skall ses mot bakgrund av att målgruppen som helhet borde ha en stor förförståelse för problematiken som tas upp under de tolv timmar som utbildningen varar. En majoritet av kursdeltagarna var högutbildade kvinnor, en grupp som i undersökningar i allmänhet har visat en mer positiv och mindre stigmatiserande inställning till personer med psykisk ohälsa än andra kategorier av befolkningen, se till exempel en översikt av Thornicroft (2006). Dessutom hade många deltagare grundutbildningar för yrkesfunktioner där kunskap om psykisk ohälsa är obligatoriska inslag. Man kan även anta att många internutbildats i olika typer av krisinterventioner eller annan utbildning i bemötande av personer med psykisk ohälsa. Det vore rimligt att gruppen mest skulle uppleva utbildningen som repetition och att kunskapen man fick redan var känd. Detta påtalas ibland i det kvalitativa materialet men man uttrycker ändå uppfattningen att utbildningen gett värdefulla insikter. Kursmaterialet och upplägget av utbildningen har ett tydligt och konkret innehåll. Det ger handfast och tydlig

information på ett sätt som sällan förmedlas i ordinär undervisning. Detta talar för att utbildningen har förtjänster som kanske inte tillgodoses via annan information om psykisk ohälsa. Studien speglar dock en grupp som inte är representativ för befolkningen i stort. En tentativ slutsats är att eftersom deltagarna i denna studie är mer välutbildade och har mer kunskaper och kanske mer positiva attityder till personer med psykisk ohälsa än befolkningen i genomsnitt så skulle detta skulle tala för att resultaten från denna studie ligger under de genomsnittliga resultat som kan förväntas vid en mer generell implementering av MHFA. Vår generella slutsats är att resultaten endast med stor försiktighet kan generaliseras till grupper utanför den population som undersökts.

## REFERENSER


Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. Hilldale: L. Erlbaum Associates 1988

Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004:24:105-112

Jorm AF, Kitchener BA, O'Kearney R, Dear KB. Mental health first aid training of the public in a rural area: a cluster randomized trial [ISRCTN53887541]. BMC Psychiatry 2004 Oct 23;4:33

Jorm AF. Kitchener BA. Mugford SK. Experiences in applying skills learned in a mental health first aid training course: a qualitative study of participants' stories. BMC Psychiatry 2005:5:43

Jorm AF, Kitchener BA. Mental health first aid training: review of evaluation studies. Austr NZ J of Psychiatry 2006:40:6-8

Jorm AF, Kitchener BA, Kanowski LG, Kelly CM. Mental health first aid training for members of the public. Int J Clin Health Psychol 2007:7:141-151

Jorm AF, Kitchener BA, Sawyer MG, Scales H, Cvetkovski S. Mental health first aid training for high school teachers: a cluster randomized trial. BMC Psychiatry 2010:10:51 (a)

Jorm AF, Kitchener BA, Fischer JA, Cvetkovski S. Mental health first aid training by e-learning: a randomised controlled trial. Aust NZ J Psychiatry 2010:44:1072-1081 (b)

Kelly CM. Jorm AF. Kitchener BA. Langlands RL. Development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: A Delphi study. BMC Psychiatry 2008:8:17

Kelly CM. Jorm AF. Kitchener BA. Langlands RL. Development of mental health first aid guidelines for non-suicidal self injury: A Delphi study. BMC Psychiatry 2008: 8:62

Kitchener B. Jorm AF. Mental health first aid training in a workplace setting: A randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2004:4:23

Langlands RL. Jorm AF. Kelly CM. Kitchener BA. First aid for depression: A Delphi consensus study with consumers, carers and clinicians. J Affective Dis 2008:105:157-165

Langlands RL. Jorm AF. Kelly CM. Kitchener BA. First aid recommendations for psychosis: Using the Delphi method to gain consensus between mental health consumers, carers and clinicians. Schizophr Bull 2008:34:435-443

Thornicroft G. Shunned: discrimination against people with mental illness. Oxford university press, Oxford 2006