

Levekårsundersøkelsen 2005

## Psykiske problemer og behandling

Del 1: Hos hvem har pasientene søkt hjelp, og hva slags behandling har de fått?

Utarbeidet av: Odd Steffen Dalgard

Del 2: Hvordan vurderer pasientene effekten av behandling?

Utarbeidet av: Ingeborg Strømseng Sjetne, Øyvind Andresen Bjertnæs  
og Jon Helgeland, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Rapport 2008:5  
Nasjonalt folkehelseinstitutt

**Tittel:**

Levekårsundersøkelsen 2005  
Psykiske problemer og behandling

Del 1: Hos hvem har pasientene søkt hjelp,  
og hva slags behandling har de fått?  
Utarbeidet av: Odd Steffen Dalgard

Del 2: Hvordan vurderer pasientene effekten av behandling?  
Utarbeidet av Ingeborg Strømseng Sjetne,  
Øyvind Andresen Bjertnæs og Jon Helgeland,  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

**Publisert av :**

Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Postboks 4404 Nydalen  
NO-0403  
Norway

Tel: 21 07 70 00  
E-mail: folkehelseinstituttet@fhi.no  
www.fhi.no

**Design:**

Per Kristian Svendsen

**Layout:**

Grete Søimer

**Forsideillustrasjon:**

Eyewire – natural beauty

**Trykk:**

Nordberg Trykk AS

**Opplag:**

500

**Bestilling:**

publikasjon@fhi.no  
Fax: +47-21 07 81 05  
Tel: +47-21 07 82 00

ISSN:1503-1403  
ISBN: 978-82-8082-266-6 trykt utgave  
ISBN: 978-82-8082-267-3 elektronisk utgave

# Forord

Avdeling for helseovervåking og forebygging, Divisjon for psykisk helse, fikk i brev datert 31.10.2007 i oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet å analysere data fra Levekårsundersøkelsen 2005. Det ble lagt inn en forutsetning om samarbeid med Kunnskapssenteret på den delen av oppdraget som omhandlet helsetjenestedataene, fordi Kunnskapssenteret har et nasjonalt ansvar for brukerundersøkelser og utvikling av kvalitetsindikatorer for helsetjenesten.

Rapporten er derfor to-delt der de to institusjonene har tatt hvert sitt utgangspunkt:

1. Folkehelseinstituttet har tatt utgangspunkt i overvåking av helsetilstanden, samt de viktigste risiko og beskyttende faktorer av betydning for denne, og sett på hjelpesøking og behandling i forhold til dette.
2. Kunnskapssenteret har tatt utgangspunkt i brukernes vurdering av helsetjenestene.

Selv om det er noe overlapp, er utgangspunktene ulike.

Folkehelseinstituttet, ved Rune Johansen, har hatt ansvar for å tilrettelegge datafilene for Kunnskapssenteret. Begge institusjoner har gjort uavhengige analyser og tolkninger av dataene og står ansvarlig for hver sin delrapport. Gruppen på Kunnskapssenteret har fungert som referee på Folkehelseinstituttets del av rapporten og vise versa. I tillegg har Erik Nord vært referee for begge delrapportene. Marit Rognerud har skrevet kapittelet om metode som er lagt inn i del 1, har sydd sammen de to delrapportene og fungert som prosjektleder og koordinator. Odd Steffen Dalgard står ansvarlig for alle analysene og tolkningene i del 1.

# Innhold

Sammendrag .....	6
<b>DEL 1: Hos hvem har pasienten søkt hjelp og hva slags behandling har de fått? .....</b>	<b>9</b>
Innledning .....	9
Metode .....	9
Datamateriale .....	9
Vurdering av befolkningsrepresentativitet av dataene .....	9
Beskrivelse av avhengige og uavhengige variabler .....	10
Resultater .....	14
Behandling for psykiske problemer siste 12 måneder, hos de med mye psykiske plager .....	16
Betydningen av sosiodemografiske og psykososiale faktorer for hjelpsøking og behandling hos de med mye psykiske plager .....	19
Hjelpsøking og behandling siste 12 måneder hos de med lite psykiske plager .....	25
Diskusjon og konklusjon .....	27
Vedlegg .....	29
Hopkins Symptom Check list med 25 spørsmål (HSCL-25) .....	29

<b>Del 2: Hvordan vurderer brukerne effekten av behandlingen de har fått?</b> .....	<b>30</b>
Innledning .....	30
Metode .....	32
Materiale .....	32
Beskrivelse av utvalget .....	33
Sammenheng mellom individuelle kjennetegn og måten pasientene beskriver sine erfaringer på .....	33
Resultater .....	34
Samlet vurdering av utbytte .....	34
Bivariate sammenhenger mellom virkning av behandling og andre variable .....	34
Egenskaper ved respondentene og deres omgivelser .....	34
Type behandlere .....	35
Type behandling .....	36
Behandlingsnivå .....	36
Sammenheng mellom utbytte og andre variable: Multivariat regresjon .....	37
Konklusjon .....	39
Vedlegg .....	40
Vedlegg 1. Egenskaper ved underutvalget og sammenlikning med utvalget for øvrig. ....	40
Vedlegg 2. Sammenheng mellom egenskaper ved personene og skår på virkning av behandling .....	41
Vedlegg 3. Sammenheng mellom egenskaper ved personenes omgivelser og skår på virkning av behandling .....	42
Vedlegg 4. Sammenheng mellom egenskaper ved behandlingen og skår på virkning av behandling. ....	43
Referanser .....	44

# Sammendrag

Alle prevalenstall som presenteres i denne rapporten bør tas med forbehold. Det ser ut til å ha vært et selektivt frafall av individer med mye psykiske plager fra bruttoutvalget, slik at prosentandelene som har psykiske plager og har søkt hjelp for dette antakelig er lavere i dette datamaterialet enn andelene reelt sett er for befolkningen i Norge.

## **Del 1**

I alt 9 % av materialet har søkt faglig hjelp for psykiske problemer i løpet av de siste 12 månedene. De fordeler seg slik på type fagpersonell: Allmennpraktiserende lege: 6,4 %, psykiater: 1,1 %, psykolog: 2,3 %, sykepleier: 0,5 %, sosionom: 0,6 %, alternativ behandler: 0,8 %. Det er små forskjeller mellom helseregionene når det gjelder den totale hjelpsøking, men tendensen til hjelpsøking er størst i Helse Øst. Helse Nord skiller seg ut med minst andel som har søkt hjelp hos psykolog.

I alt 0,8 % har vært innlagt i sykehus, mens 2,9 % har fått psykoterapi/samtalebehandling og 3,1 % har fått medikamentell behandling. Det er små regionale forskjeller når det gjelder sykehusinnleggelse og medikamentell behandling, mens psykoterapi/samtalebehandling er hyppigst i Helse Øst og Helse Midt, og sjeldnest i Helse Nord.

Av de som har mye psykiske plager, målt ved HSCL-25 > 1,75, har i alt 42,6 % søkt faglig hjelp, mens bare 5,6 % av de med lite plager har søkt slik hjelp. Andelen av de med mye psykiske plager som har søkt hjelp hos allmennpraktiserende lege er 37,4 %, hos psykolog 16,8 % og hos psykiater 8,6 %. I alt 51,9 % har søkt hjelp både hos allmennpraktiserende lege og psykiater/psykolog, noe som tyder på at allmennlegen henviser omtrent halvparten av pasienter med psykiske plager til spesialistbehandling. Det er små regionale forskjeller når det gjelder hvem en har søkt hjelp hos, bortsett fra at Helse Nord har den minste andel når det gjelder hjelpsøking hos psykolog, og den største andel som bare har søkt hjelp i kommunehelsetjenesten.

Når det gjelder hjelpsøking for psykiske problemer ligger tallene for Norge omtrent på gjennomsnittet for europeiske land, mens de ligger i overkant for de som har mye psykiske plager. Andelen av pasienter med psykiske plager som henvises fra allmennlegen til spesialistbehandling ligger også noe i overkant av gjennomsnittet for europeiske land.

Av de med mye psykiske plager har 4,9 % vært innlagt i sykehus, mens 22,1 % har fått psykoterapi/samtalebehandling og 24,1 % har fått medikamentell behandling. Det er små regionale forskjeller når det gjelder type behandling, bortsett fra at Helse Nord og Helse Vest har minst andel når det gjelder psykoterapi/samtalebehandling. Av de med mye psykiske plager har 16 % fått beroligende medisiner daglig eller ukentlig, mens tallene for antidepressiva, smertestillende med og uten resept er henholdsvis 23,8, 18,8 % og 29,6 %. Det er små regionale variasjoner, bortsett fra at Helse Sør skiller seg klart ut med den største andel som har fått smertestillende medisiner, særlig de uten resept.

Blant dem med mye psykiske plager finner vi størst tendens til hjelpsøking hos kvinner, hos de med utdanning, hos de ugifte og skilte/separerte, og hos de med mye sosial støtte. Sosial støtte er da definert som positiv interesse og deltakelse fra andre i det en gjør. Mens andelen som har fått medisiner viser små forskjeller mellom de ulike sosiale grupper, er psykoterapi/samtalebehandling hyppigst hos kvinner, hos de unge, hos de i storbyer, hos ugifte og skilte/separerte, og hos de med mye sosial støtte.

### *Konklusjon*

Det er en forholdsvis stor andel av de med mye psykiske plager som ikke har søkt behandling siste år. Dette kan skyldes manglende behandlingsbehov, men også manglende behovsdekning. Antagelig spiller begge forhold en rolle for resultatene av denne undersøkelsen. Tallene kan tyde på at behovsdekningen er best hos kvinner, hos de med utdanning, hos de ikke-gifte og hos de med mye sosial støtte. Med hensyn til psykoterapi eller samtalebehandling, synes behovet å være minst dekket blant eldre, hos folk på landsbygda og hos de som hører til Helse Nord.

### **Del 2:**

I alt 427 svarere hadde søkt hjelp på grunn av psykiske helseproblemer og besvart spørsmål om behandlingens virkning.

Resultatene viser at de som søkte hjelp på grunn av psykiske helseproblemer i 2005 vurderte virkningen av behandlingen som moderat til meget god. Funnene i materialet tyder på at det er sammenheng mellom brukernes vurdering av virkning og deres symptomnivå, deres kjønn, hvilken type behandler de har gått til og hvilken type behandling de har fått. Faktorer som husholdningsinntekt og bosted ser ikke ut til å være av betydning.

Alt i alt er resultatene vanskelige å tolke. Vår vurdering er at det er begrenset hva dette ene utbyttespørsmålet kan benyttes til, og at det har metodiske svakheter. For framtidige helseundersøkelser bør det vurderes om det skal inkluderes et kort, validert instrument om brukererfaringer for å øke bruksnyttens til ulike formål.





# DEL 1

## Hos hvem har pasientene søkt hjelp og hva slags behandling har de fått?

*Utarbeidet av Odd Steffen Dalgard*

### Innledning

Samtlige data om behandling for psykiske problemer som inngår i denne rapporten er hentet fra det postale tillegget av Levekårsundersøkelsen, 2005. Det dreier seg her om spørsmål om hyppighet av hjelpsøking, hos hvilken kategori behandlere en har søkt hjelp, hvilken type behandling en har fått, og på hvilket nivå (spesialisthelsetjeneste/kommunehelsetjeneste) behandlingen har funnet sted. Vi vil i første omgang se på hvordan disse forhold fordeler seg på helseregion, uavhengig av respondentens psykiske plager. Derneft vil en undersøke forekomsten av hjelpsøking hos den del av materialet som har betydelige psykiske plager, dvs. som skårer over 1,75 på Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25). Mens de første tallene vil reflektere både forekomsten av psykiske plager i befolkningen, hjelpetilbudets kapasitet og motivasjonen for å søke hjelp, vil de siste tallene si noe om forholdet mellom behov for hjelp og mottatt hjelp. Vi forutsetter da at de som ifølge undersøkelsen har søkt om hjelp, som regel også har mottatt hjelp. Til slutt vil vi se på hvilke sosiale og psykososiale variable som er utslagsgivende når det gjelder hjelpsøking og behandling.

### Metode

#### *Datamateriale*

Dataene for denne studien er hentet fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse med tema helse i 2005. Dette er en landsdekkende tverrsnittsundersøkelse på et representativt utvalg av befolkningen over 15 år som gjentas om lag hvert tredje år med helse som hovedtema. I 2005-undersøkelsen ble det trukket et landsrepresentativt utvalg på 10 000 personer over

15 år. Det var en avgang på 303 personer på grunn av død eller bosetning i utlandet eller på institusjon.

Undersøkelsen består av 2 deler:

1. En intervjudel og
2. En spørreskjemadel (postalt tillegg) som man fyller ut selv og postlegger i etterkant.

Nesten alle spørsmålene om psykisk helse og bruk av helsetjenester innen det psykiske helsevernet befinner seg i del 2; i det postale tillegget. Intervjudelen består nesten utelukkende av SSB sitt faste spørrebatteri som har sitt hovedfokus på kronisk sykdom, funksjonshemming, hjelpebehov og bruk av somatiske helse- og omsorgstjenester. Intervjudelen har hatt en stabil svarprosent på ca 70 % både i 1998, 2002 og 2005, fordi man fortsetter å ringe opp de innkalte inntil svarprosenten er omtrent på det nevnte nivået. Det postale spørreskjemaet med spørsmål om psykisk helse purres imidlertid bare én gang, og svarprosenten har falt nokså betydelig på denne delen av undersøkelsen: Fra ca 70 % i 1998 til 64 % i 2002 og til 57 % i 2005, mens bare 50 % av bruttoutvalget deltok i både intervjudelen og den postale delen av undersøkelsen. I tall vil dette si at av de 9187 som fikk tilsendt det postale tillegget, svarte 5212 (ca 57 % av bruttoutvalget), mens det var bare 4850 av disse som også hadde deltatt i intervjudelen (drøye 50 % av bruttoutvalget).

Svarprosenten på psykisk helse-spørsmålene er nå så lav at man ikke uten videre kan si at materialet er befolkningsrepresentativt og egnet til måle forekomster og utviklingstrekk i befolkningen.

#### *Vurdering av befolkningsrepresentativitet av dataene*

Det er tidligere vist at mange psykisk syke vegrer seg for å delta i helseundersøkelser og at man i slike datamaterialer ofte finner lavere prevalenstall for psykiske plager og lidelser enn hva som er reelt i befolkningen (Hansen m. fl 2001). Når frafallet etter hvert har blitt så stort som i denne undersøkelsen, er det grunn til å studere nettoutvalget i forhold til befolkningsstatistikken for å få et inntrykk av hvem som har falt fra i dette datamaterialet.

Aldersgruppen 45-64 år og kvinner er noe overrepresentert i nettoutvalget i forhold til i befolkningen som utvalget skal representere. I og med at kvinner generelt har mer psykiske plager enn menn, vil dette tendere til å trekke prevalens for totalpopulasjonen noe opp, dersom vi ikke splitter materialet på kjønn. Den eldste aldersgruppen består av relativt få personer, og i tillegg er det bare hjemmeboende eldre som er med i undersøkelsen. Dette tyder på at det er de sykeste av de eldre som faller fra. Dette skulle tilsi at prevalens av psykiske plager hos eldre i dette materialet er lavere enn hva som er reelt i befolkningen. Høyt utdannede er også overrepresentert i utvalget i forhold til offisiell befolkningsstatistikk, og høyt utdannede har betydelig bedre psykisk og fysisk helse enn lavt utdannede (Næss m.fl 2007). Dette er forhold som skulle tilsi at utvalget har bedre psykisk helse, dvs. mindre psykiske plager enn befolkningen.

Innvandrere fra ikke-vestlige land er klart underrepresentert i utvalget. Dette er en gruppe med kjent psykisk oversykkelighet (Dalgard m fl 2007).

Vi har også sammenliknet forekomsten av innleggelser på psykiatriske sykehus i løpet av de siste 12 månedene i vårt materiale med tall fra Norsk pasientregister. Dette tyder også på at det er et selektivt frafall

av psykisk syke i vårt materiale. Alle prevalenstall som presenteres bør derfor tas med forbehold. De reelle tallene for psykiske plager og hjelpsøking i behandlingsapparatet er antagelig høyere enn disse dataene viser.

### *Beskrivelse av avhengige og uavhengige variabler*

#### **Avhengige variabler**

##### **Hjelpsøking og behandling**

Spørsmålene om hjelpsøking og behandling i det postale tillegget (se boksen under) er brukt som avhengige variabler i analysene. Alle som har svart ja på innledningsspørsmålet at de har søkt hjelp for sine psykiske helseproblemer er med i de videre analysene. Totalt hadde 427 personer svart ja på at de hadde søkt hjelp p.g.a. psykiske helseproblemer. Selv om det ikke ligger inne noe konkret spørsmål om de faktisk har mottatt hjelp, har vi brukt besvarelsen av oppfølgings-spørsmålene om hvem de har søkt hjelp hos, hva slags behandling de har fått og i hvilken del av helsetjenesten (kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten) som indikasjon på at de har mottatt hjelp.

## Bruk av helsetjenester

**10** Har du søkt hjelp p.g.a. psykiske helseproblemer i løpet av de siste 12 mnd?

- Ja  
 Nei → Gå til **6**

**11** Hvem har du søkt hjelp hos? Sett så mange kryss som passer.

- Allmennpraktiserende lege  
 Psykiater  
 Psykolog  
 Sykepleier  
 Sosialarbeider/sosionom  
 Annen psykoterapeut/f. eks gestaltterapeut  
 Alternative behandlere/naturmedisinere  
 Annet helsepersonell  
 Prest eller annen religiøs leder  
 Rådgiver  
 Andre

**12** Har du pga. psykiske helse problemer i løpet av de siste 12 månedene....

- Vært innlagt i sykehus  
 Brukt medisiner  
 Fått psykoterapi /samtaletterapi  
 Fått hjelp i egen kommune

**13** Fikk du hoveddelen av behandlingen/hjelpen i spesialisthelsetjenesten eller i egen kommune? Sett et kryss.

- Spesialisthelsetjenesten  
 Kommunen  
 Begge deler  
 Vet ikke

## Bruk av medisiner

**6** Hvor ofte har du i løpet av de siste 4 ukene brukt følgende medisiner?

	Daglig	Hver uke, men ikke daglig	Sjeldnere enn hver uke	Ikke brukt siste 4 uker
Smertestillende uten resept .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smertestillende med resept .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi-medisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma-medisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sovemedisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beroligende medisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisin mot depresjon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen medisin på resept .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Uavhengige variabler

### **Psykisk helse**

Behov for hjelp og behandling vil kunne variere med helsetilstand. Det er vanlig å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Mens de psykiske plagene kan være vanskelig å avgrense, lar de psykiske lidelsene seg dele inn etter diagnostiske systemer som f. eks ICD-10, DSM-IV m fl. Det postale spørreskjemaet i Helseundersøkelsen 2005 inneholder Hopkins Symptom Checklist med 25 spørsmål (HSCL-25) som først og fremst måler symptomer på angst og depresjon (Derogatis et al., 1974). Instrumentet er tidligere brukt i Helse- og levekårsundersøkelsene i 1987, 1995, 1998 og 2002, samt i en rekke andre helseundersøkelser i Norge. Spørsmålene er basert på at den som undersøkes angir om ulike symptomer er til stede, og i tilfelle i hvor stor grad. Hvis mengden og styrken på symptomene overstiger en bestemt skåre, antar man at dette er uttrykk for psykiske plager uten angivelse av noen bestemt diagnose. Det er vanlig å bruke verdier over 1,75 som "cut-off" for å identifisere individer med psykiske plager. For diagnostisering av psykiske lidelser må det foretas et klinisk intervju i tillegg. Det viser seg at mellom 50-60 % av de som har høy HSCL-skåre på spørreskjemaet får en eller flere psykiatriske diagnoser ved et klinisk intervju (Sandanger m. fl. 1998 og 1999). I EUs helseovervåkingssystem brukes også selvrapporing av psykiske plager (psychological distress) som indikator for behandlingsbehov (European Communities, 2004). Svenske studier har vist at betydelige psykiske plager gir økt risiko for selvmord med en relativ risiko i løpet av en 10 års periode på 18 for menn og 4 for kvinner (Sosialstyrelsen 2005).

### **Sosiodemografiske faktorer**

Tilkoblet registerinformasjon fra Statistisk sentralbyrå vedrørende alder, kjønn og utdanning, sivil status er tatt inn i analysene.

### Geografi

Vi har stratifisert analysene etter de regionale helsefor-  
etaken (RHF);

- Helseregion øst – Oslo, Østfold, Akershus, Hedmark, Oppland.
- Helseregion sør – Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder.
- Helseregion vest – Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane.
- Helseregion Midt-Norge – Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag.
- Helseregion nord – Nordland, Troms og Finnmark.

Vi har også delt opp materialet etter bostedsstørrelse, og har da definert landsbygd som bosted med færre enn 2000 innbyggere, tettsted/by med mellom 2000 og 100000 innbyggere, og storby som bosted med over 100000 innbyggere. Sistnevnte kategori består av bare fire byer; Oslo, Stavanger, Bergen og Trondheim.

### Utdanning

Dataene om utdanningslengde er hentet fra Utdanningsregisteret. I tabell 2 har vi delt materialet inn etter utdanning i 3 grupper (lav, middels og høy utdanning) etter antall år med skolegang/studier, etter følgende kategorisering;

- Lav utdanning – inntil 9 års utdanning (t.o.m. ungdomsskole)
- Middels utdanning - fullført videregående skole (nivå 1 og 2), dvs. 12 år
- Høy utdanning - fullført høyskole-, universitets- eller forskerutdanning, dvs. 15 år eller mer.

### Inntekt

Inntekt er beregnet som summen av husholdningens totale inntekt etter skatt dividert på kvadratroten av antall personer i husholdningen. Justert husholdningsinntekt regnes som et bedre mål på økonomiske levekår enn personlig inntekt.

### Parforhold

Det ligger inne informasjon om både sivil status basert på informasjon fra familierregisteret og selvrapportert samboerstatus og parforhold.

### **Psykososiale faktorer**

#### Sosial støtte

I denne studien har vi brukt to av spørsmålene som inngår i Oslo3 skalaen som mål på sosial støtte, nemlig "Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du får store personlige problemer (regn også med nærmeste familie)?", og "Hvor stor interesse viser folk for det du gjør". Det første spørsmålet besvares på en skala fra 1) Ingen, 2) 1 eller 2, 3) 3 til 5 personer og 4) 6 eller flere. Vi laget en variabel der verdi 3 og 4 ble slått sammen (de som svarer at de har 3 fortrolige eller mer) og sammenlignet denne gruppen med de som kun har 1-2 fortrolige eller ingen fortrolige. Det andre spørsmålet besvares på en skala fra 1 til 5 etter graden av opplevde deltakelse og interesse. Oslo3 skalaen er anbefalt internasjonalt for å måle sosial støtte, enten summert eller hvert spørsmål for seg (Dalgard m. fl. 2006; Korkeila m. fl. 2007). I denne undersøkelsen viser "opplevelsen av andres deltakelse og interesse" størst sammenheng med behandling for psykiske lidelser, og omtales da som "sosial støtte" i teksten.

### Mestring

Målet for mestring eller egen opplevelse av kontroll som ligger inne i dette datasettet, er anbefalt av EU og WHO for overvåking av faktorer som virker inn på psykisk helse (Perlin et al., 1981, Korkeila et al., 2007). Målet inneholder fem utsagn om erfaringer vedrørende mestring: 1) Jeg har liten kontroll over det som hender meg, 2) Noen av mine problemer er det ikke mulig for meg å løse, 3) Det er ikke mye jeg kan gjøre for å forandre på viktige ting i livet mitt, 4) Jeg føler ofte at jeg er hjelpeløs når det gjelder å takle livets problemer, og 5) Av og til føler jeg meg som en brikke i livets spill. Svaralternativene er rangert fra 1 (lav mestring) til 5 (høy mestring). Skårene ble omkodet til 0 til 20 (fra 0 (lav mestring) til 4 (høy mestring) og med en "cut-off" på 12, i overensstemmelse med internasjonal bruk (Korkeila et al., 2007). En tidligere studie på samme datamateriale (HUS-2002) viste ved Principal component analysis (PCA) at mestring og psykiske plager (HSCL-25) var to mål som representerte ulike fenomen (Dalgard m. fl 2007).

### Belastende livshendelser i løpet av de siste

#### 12 månedene

EUs og WHO's anbefalte liste med 12 spørsmål om belastende livshendelser siste året, er inkludert i datamaterialet (Brugha m. fl 1985, Korkeila m. fl 2003). Slike livshendelser innbefatter f. eks. alvorlig fysisk sykdom, skade eller overfall, dødsfall i nærmeste familie/venn, separasjon/skilsmiss, brudd på langvarig vennskap, arbeidsledighet, alvorlige økonomiske problemer, problemer med loven/politiet. Vi har delt utvalget inn i 3 grupper: de med ingen, de med en og de med to eller flere belastende livshendelser i løpet av det siste året.

# Resultater

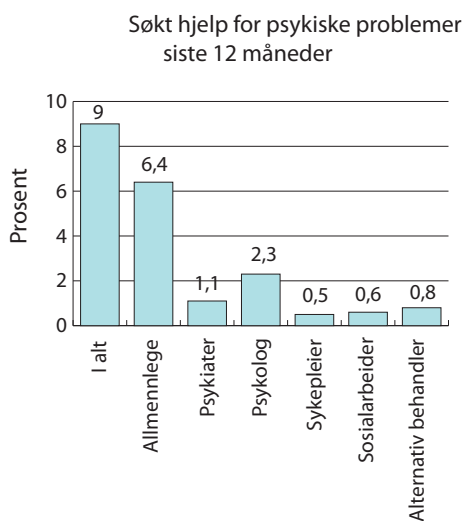
## Behandling for psykiske problemer siste 12 måneder, uansett nivå av psykiske plager, fordelt på helseregioner

### Søkt om hjelp hos hvem?

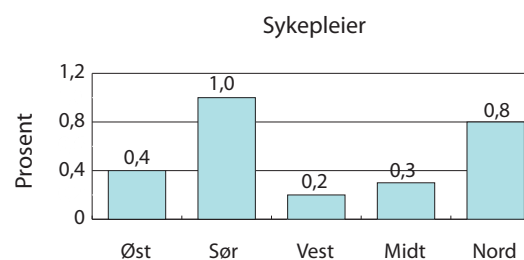
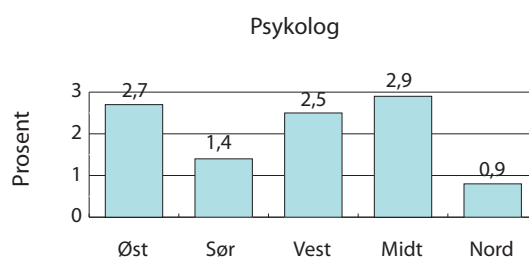
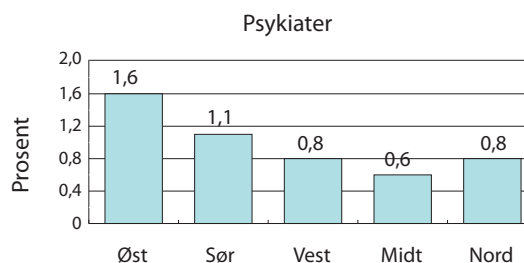
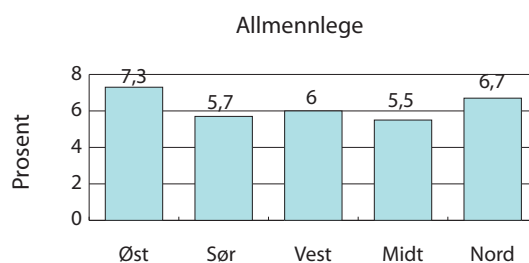
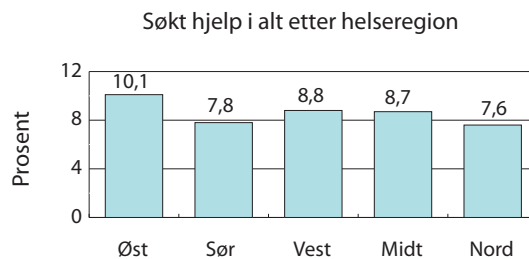
Av de 5212 som fikk tilsendt det postale skjema, svarte 5139 på spørsmålene om behandling for psykiske problemer. Fordelingen på helseregion var som følger:

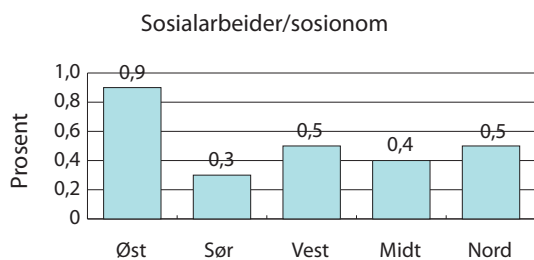
Helse Øst: 1856, Helse Sør: 930, Helse Vest: 1038, Helse Midt: 751, Helse Nord: 564.

Når det gjelder andel som har søkt hjelp, finner en følgende fordeling etter hvem en har søkt hjelp hos:



I alt 9 % har søkt hjelp for psykiske problemer siste 12 måneder. De fleste har søkt hjelp hos allmennpraktiserende lege, dernest kommer psykolog og psykiater. Når det gjelder de øvrige kategorier er det mindre enn én prosent som har søkt hjelp hos hver av disse. Av de som har søkt hjelp hos allmennpraktiserende lege har 24,5 % også søkt hjelp hos psykolog, og 14,2 % hos psykiater. De aller fleste av de som har vært hos psykiater har også vært hos allmennpraktiserende lege (82 %), mens det tilsvarende tall for psykologer er 70 %. De som har søkt hjelp fordeler seg slik på helseregioner og type faggrupper:





Det er en tendens til størst andel som har søkt hjelp i Helse Øst, men forskjellene er ikke statistisk signifikante.

Også når det gjelder allmennpraktiserende lege er det størst tendens til å søke hjelp i Helse Øst, og tendensen her er signifikant større enn i Helse Midt ( $p=0,049$ ).

Tendensen til å søke hjelp hos psykiater er størst i Helse Øst, og signifikant større her enn i Helse Midt ( $p=0,014$ ) og Helse Vest ( $p=0,044$ ).

Tendensen til hjelpsøking hos psykolog er størst i Helse Midt, Helse Vest og Helse Øst, og minst i Helse Nord og Helse Sør. Forskjellen mellom Helse Nord og Øst/Vest/ Midt er signifikant ( $p=0,001$ ).

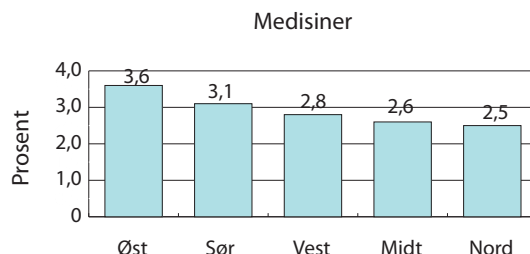
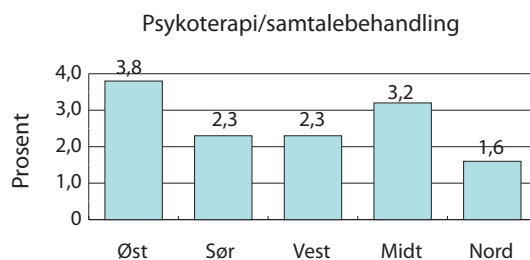
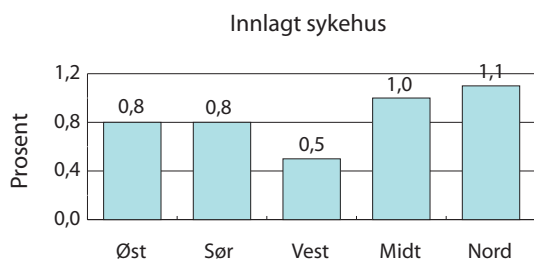
Tendensen til å søke hjelp hos sykepleier er størst i Helse Sør, og signifikant større her enn i Helse Øst ( $p=0,05$ ), Helse Vest ( $p=0,01$ ) og Helse Midt ( $p=0,044$ ).

Med hensyn til å søke hjelp hos sosialarbeider/ sosionom er den ingen signifikante forskjeller mellom helseregionene, men tendensen er størst i Helse Øst.

### Type behandling

En har her spurt om innleggelse i sykehus, behandling med psykoterapi eller samtalebehandling og behandling med medisiner. I alt 0,8 % har vært innlagt i sykehus, 2,9 % har fått psykoterapi/samtalebehandling og 3,1 % har fått medikamentell behandling.

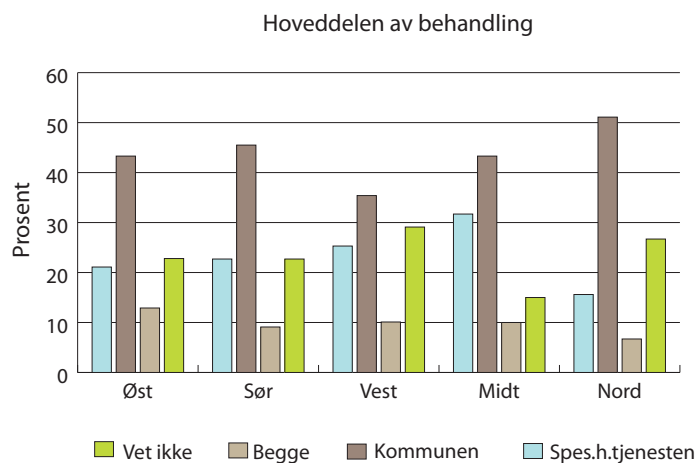
Fordelingen av de ulike typer behandling på helse-region fremgår av følgende:



Når det gjelder innleggelse og medikamentell behandling, er det ingen signifikante forskjeller mellom helseregionene. Når det gjelder psykoterapi/samtalebehandling er det imidlertid klare forskjeller. Andelen som har fått psykoterapi er størst i Helse Øst og minst i Helse Nord ( $p=0,002$ ). Også mellom Helse Øst og henholdsvis Helse Sør og Helse Vest er det signifikante forskjeller ( $p=0,014$ ).

### Nivå i helsetjenesten for hoveddelen av behandlingen

Det er her spurt om hoveddelen av behandlingen har funnet sted i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten eller begge deler. I alt 23 % har svart spesialisthelsetjenesten, 43 % kommunehelsetjenesten, 11 % begge og 23 % "vet ikke". Fordelingen på helseregion er som følger:



I alle regioner er andelen behandlede størst i kommunehelsetjenesten, men forholdet mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste varierer. Helse Nord skiller seg ut ved at andelen behandlet i spesialisttjenesten er liten, og mye mindre enn andelen behandlet i kommunehelsetjenesten. Mens forholdstallet mellom behandlede i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i Helse Nord er 3,3, varierer tallet for de øvrige helseregioner mellom 1,4 (Helse Vest og Helse Midt) og 2,1 (Helse Øst). Tallene er imidlertid noe usikre, siden forholdsvis mange har svart "vet ikke".

## Sammendrag

### Hjelpsøking og behandling for psykiske problemer siste 12 måneder, uansett nivå av psykiske plager

I alt 9 % har søkt hjelp for psykiske problemer. Fordelingen på ulike typer behandlere er som følger: Allmennlege: 6,4 %, psykiater: 1,1 %, psykolog 2,3 %, sykepleier 0,5 %, sosionom: 0,6 %, alternative behandlere: 0,8 %. Tendensen til å søke en eller annen form for hjelp er forholdsvis jevnt fordelt på helseregionene, men når det gjelder type behandler er det en del variasjon. Helse Øst viser størst andel når det gjelder å søke hjelp hos psykiater, mens tendensen til å søke hjelp hos psykolog er størst i Helse Øst, Helse Vest og Helse Midt. Helse Sør viser størst andel når det gjelder å søke hjelp hos sykepleier, og Helse Øst når det gjelder sosionom. Når det gjelder tendensen til å søke hjelp hos allmennpraktiserende lege er det ingen signifikante forskjeller mellom helseregionene.

Med hensyn til type behandling, har 0,8 % blitt innlagt i psykiatrisk institusjon, mens 2,9 % har fått psykoterapi/samtalebehandling og 3,1 % behandling med medisiner. Andelen som har fått psykoterapi/samtalebehandling er størst i Helse Øst og Helse Midt, og minst i Helse Nord. I alle helseregioner har en betydelig større andel søkt hjelp i kommunehelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. Denne tendensen er imidlertid størst i Helse Nord.

### Behandling for psykiske problemer siste 12 måneder hos de med mye psykiske plager

#### Søkt om hjelp hos hvem?

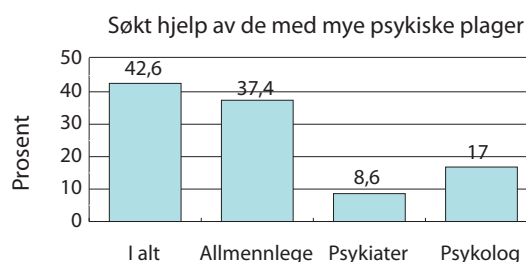
En har her inndelt materialet etter nivået av psykiske plager, målt ved HSCL-25, og i første rekke sett på hjelpsøking og behandling hos de som skårer over 1,75 og som derved kan antas å ha betydelige psykiske plager.

I denne delen av analysen inngår 444 personer. De fordeler seg på følgende måte etter helseregion:

Helse Øst: 173, Helse Syd: 78, Helse Vest: 80, Helse Midt: 68, Helse Nord: 45

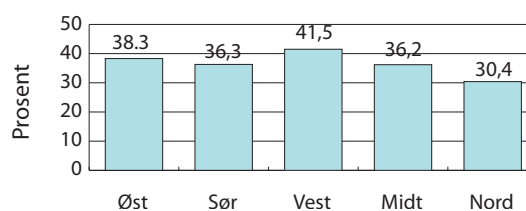
Dette betyr at tallene til dels blir små og usikre når en ser på behandling i ulike helseregioner.

Følgende diagram viser fordelingen på ulike faggrupper:

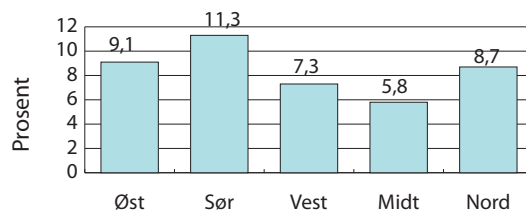


I alt 42,6 % av de med mye psykiske plager har søkt hjelp siste 12 måneder. De fleste har søkt hjelp hos allmennpraktiserende lege, deretter kommer psykolog og psykiater. Til sammenligning har bare 5,6 % av de med lite psykiske plager søkt en eller annen form for faglig hjelp.

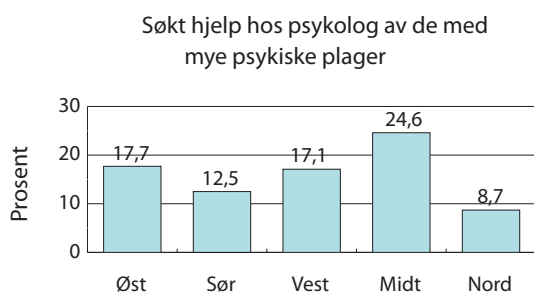
Søkt hjelp hos allmennlege av de med mye psykiske plager



Søkt hjelp hos psykiater av de med mye psykiske plager







Det er ingen signifikante forskjeller mellom de ulike helseregionene, bortsett fra når det gjelder psykologer. Her kommer Helse Nord dårligst ut, og forskjellen mellom Helse Midt og Helse Nord er statistisk signifikant ( $p=0,047$ ).

#### Søkt hjelp hos andre behandlere av de med mye psykiske plager

En finner følgende fordeling av hjelpsøking hos de andre kategorier behandlere:

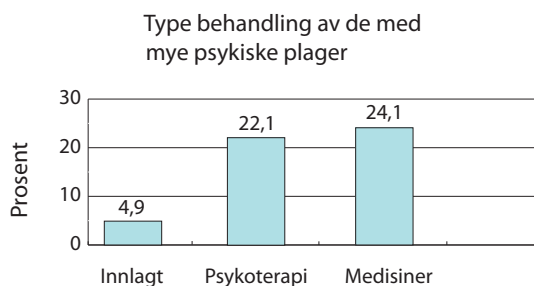
Sosialarbeider: 6 %, sykepleier: 3,3 %, alternativ behandler: 5,1 %, prest eller religiøs leder: 2,7 %. Bortsett fra alternativ behandler, der Oslo skiller seg ut med et særlig høyt tall, 8,6 %, er det ingen signifikante forskjeller mellom helseregionene når det gjelder de øvrige behandlere.

#### Viderehenvisning til spesialistbehandling

Det er av interesse å se på hvor stor andel av de som har søkt hjelp hos allmennpraktiserende lege som også har søkt hjelp hos psykiater eller psykolog, da dette kan si noe om henvisningspraksis. De fleste som har vært til spesialistbehandling hos psykiater eller psykolog, har nemlig først vært hos en allmennpraktiserende lege, som har en "gate-keeper" funksjon. Det viser seg da at av de med psykiske plager som har søkt hjelp hos allmennpraktiserende lege, har 20,6 % også søkt hjelp hos psykiater, og 39,7 % hos psykolog. I alt 51,9 % har søkt hjelp hos psykiater og/eller psykolog. Det kan altså se ut til at den allmennpraktiserende lege viderehenviser omtrent halvparten av de med psykiske plager til spesialistbehandling. Her varierer tallene fra 56,3 % i Helse Øst til 40,0 % i Helse Nord.

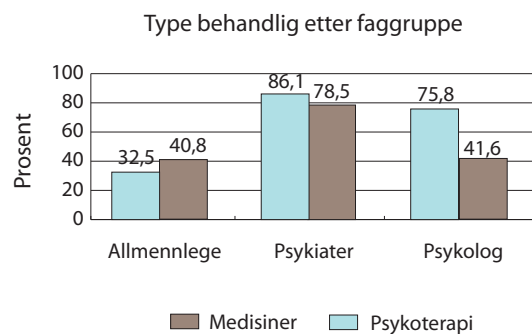
#### Type behandling

Type behandling fordeler seg på følgende måte:



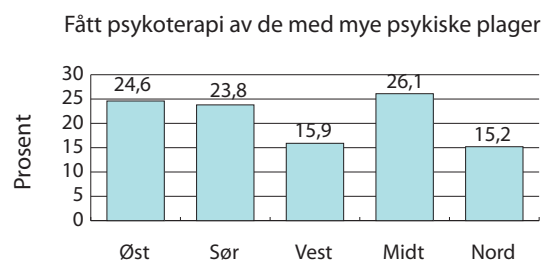
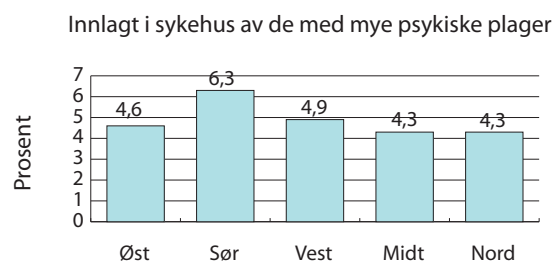
Andelen som har vært innlagt er forholdsvis liten. Omtrent like stor andel har fått psykoterapi/samtalebehandling og medikamentell behandling.

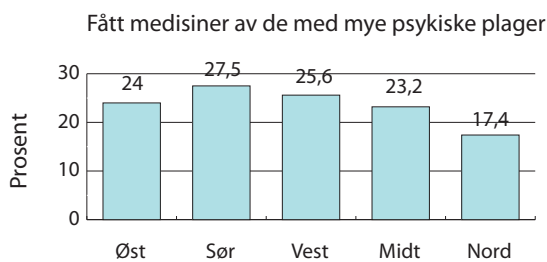
Som en kunne forvente, er det en sammenheng mellom type fagpersonell og type behandling. Dette fremgår av følgende diagram:



Av de som har søkt hjelp hos psykiater har de fleste fått både psykoterapi og medikamentell behandling. Også de som har søkt hjelp hos psykolog har i stor utstrekning fått psykoterapi, men her har langt færre fått medikamentell behandling. De som har søkt hjelp hos allmennlege har i mindre utstrekning fått spesiell behandling. Når en vurderer disse tall, må en huske på at mange har vært hos flere typer behandlingspersonell.

Fordelingen etter type behandling og helseregion fremgår av følgende:

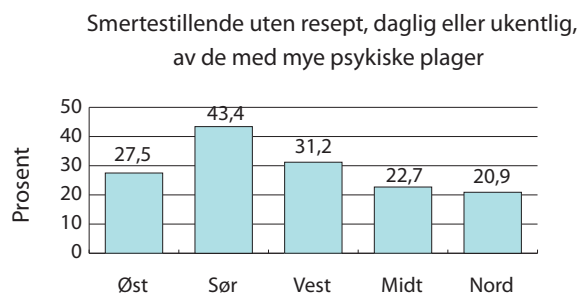
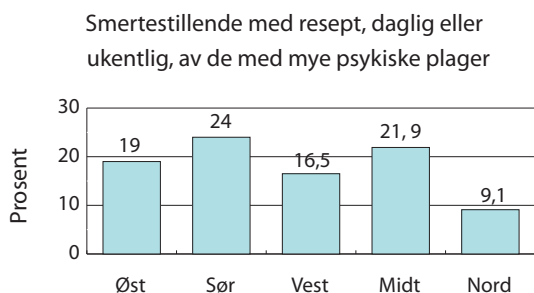
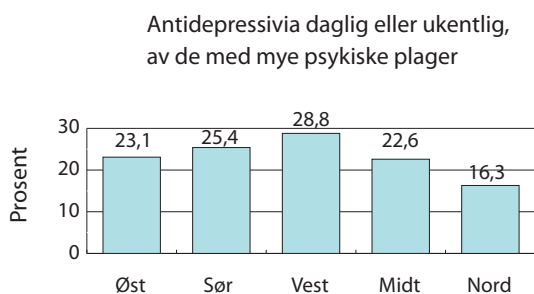
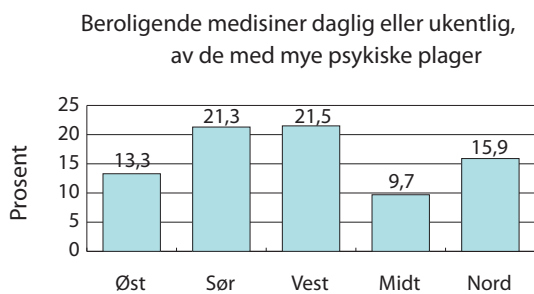




Det er ingen signifikante forskjeller mellom helseregionene, men en tendens til mindre psykoterapi/samtalebehandling i Helse Nord og Helse Vest.

#### Type medisiner

En har spurt om følgende medisiner: Beroligende medisiner, antidepressiva og smertestillende medisiner, med og uten resept. Med hensyn til *beroligende medisiner*, har i alt 16 % av de med psykiske plager brukt dette daglig eller ukentlig. For *antidepressiva* er tallet 23,8 %, for *smertestillende med resept* 18,8 % og for *smertestillende uten resept* 29,6 %. Fordelingen på helseregion er som følger:



Bortsett fra når det gjelder smertestillende medisiner, er det ingen signifikante forskjeller mellom helseregionene. Når det gjelder smertestillende med resept, skiller Helse Sør seg ut med den største andel brukere, og Helse Nord med den minste ( $p=0.052$ ). Det er imidlertid særlig når det gjelder smertestillende medisiner uten resept at Helse Sør skiller seg ut. Av de med psykiske plager har hele 43,4 % i denne helseregion brukt slike medisiner siste 12 måneder. Dette er signifikant mer enn i Helse Øst, Helse Midt og Helse Nord ( $p$ -verdier henholdsvis 0,018, 0,013 og 0,017).

#### Sammendrag

#### Hjelpsøking og behandling for psykiske problemer siste 12 måneder hos de med mye psykiske plager

Av de som har mye psykiske plager, det vil si med HSCl-skåre over 1,75, har 42,6 % søkt hjelp for psykiske problemer i løpet av siste 12 måneder. Fordelingen på type behandler er som følger: Allmennlege: 37,4 %, psykiater: 8,6 %, psykolog: 16,8 %, sosialarbeider: 6,0 %, sykepleier 3,3 %, alternativ behandler 5,1 %, prest/religiøs leder: 2,7 %. Av de som har søkt hjelp hos allmennlege, har 51,9 % også søkt hjelp hos psykiater og/eller psykolog. Med hensyn til fordeling av hjelpesøking etter helseregion, er hovedinntrykket at denne er forholdsvis jevn, og forskjellene er ikke statistisk signifikante. Det er imidlertid en tendens til at andelen som har søkt hjelp hos psykolog er størst i Helse Midt-Norge (24,6 %), og minst i Helse Nord (8,7 %). Når det gjelder type behandling hos dem som har psykiske plager, har 4,9 % vært innlagt i psykiatrisk institusjon, 22,1 % har fått psykoterapi/samtalebehandling og 24,1 % har fått behandling med medisiner. Heller ikke her er det noen statistisk signifikante forskjeller mellom helseregionene, men det er en tendens til minst psykoterapi/samtalebehandling og behandling med medisiner i Helse Nord. Med hensyn til type medisiner, har 16,0 % fått beroligende medisiner daglig eller ukentlig, 23,8 % antidepressiva, 18,8 % smertestillende med resept, og 29,6 % smertestillende uten resept. Når det gjelder den siste gruppen skiller Helse Sør seg ut med størst forbruk, idet hele 43,4 % av de med psykiske plager har brukt slike medisiner daglig eller ukentlig. Også når det gjelder smertestillende med resept, ligger Helse Sør på topp, med 24,0 % som har brukt slike medisiner.

## Betydningen av sosiodemografiske og psykososiale faktorer for hjelpsøking og behandling hos de med mye psykiske plager

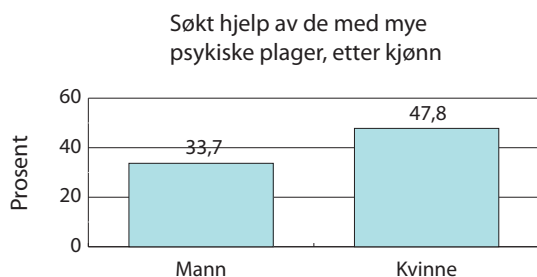
En har her sett på følgende sosiodemografiske faktorer: Kjønn, aldersgruppe, bopel (storby, småby, landsbygd), husholdningsinntekt, utdanningsnivå, sivil stand, og følgende psykososiale faktorer: Negative livshendelser, sosial støtte (opplevd positiv interesse og deltakelse fra andre), antall nære fortrolige og mestring. Vi skal først se på betydningen av faktorene enkeltvis, og deretter på sammenhengen mellom faktorene og hjelpsøking/ behandling i multivariate statistiske analyser, der en kontrollerer for effekten av de andre variable.

I denne delen av undersøkelsen inngår i utgangspunktet 444 personer, men med noe varierende antall svar for de ulike spørsmål. Når det gjelder inntekt, finnes det bare opplysninger for de som er under 67 år, så her blir materialet redusert til 413 personer. For sosial støtte finnes det bare opplysninger i halvparten av materialet, slik at materialet her blir redusert til 215.

### Søkt om hjelp, uspesifisert

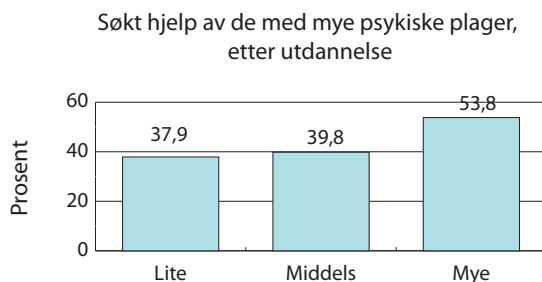
Følgende faktorer ser ut til å ha liten betydning for hjelpsøking hos de med psykiske plager:

Alder, bopel, husholdningsinntekt, negative livshendelser, antall nære fortrolige og mestring. Vi vet allerede at helseregion spiller liten rolle. Kjønn, utdanning, sivil stand og sosial støtte har imidlertid en signifikant betydning, slik det fremgår av følgende diagrammer:



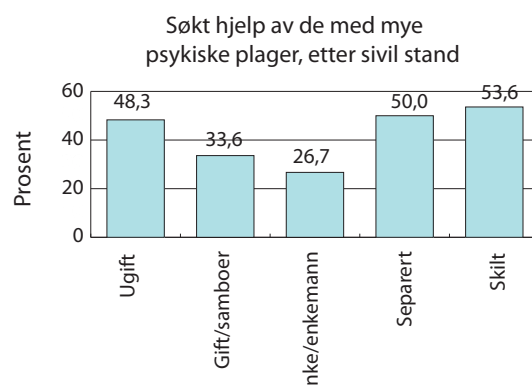
$P=0,002$

Tendensen til å søke hjelp er størst hos kvinner..



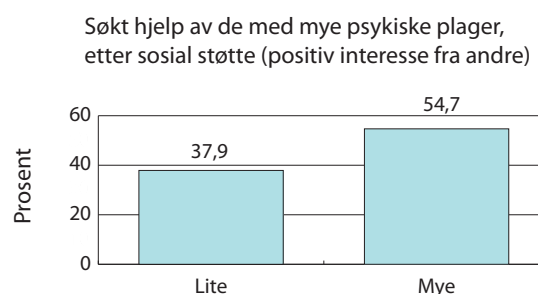
$P=0,047$

Tendensen til å søke hjelp er størst hos de med mye utdanning.



$P=0,02$

Tendensen til å søke hjelp er størst hos ugifte og skilte/separerte.



$P=0,013$

Tendensen til å søke hjelp er størst hos de med mye sosial støtte.

Forholdet mellom de ulike variable og hjelpsøking hos de med psykiske plager fremgår også av tabellen nedenfor, som viser resultatet av en logistisk regresjonsanalyse. Odds ratio angir her graden av sammenheng mellom variablene og det å ha søkt hjelp for psykiske problemer. Mens den første kolonnen viser sammenhengen mellom hver enkelt variabel og hjelpsøking, viser den andre kolonnen sammenhengen når det kontrolleres for de sosiale variablene (utdanning, inntekt og parforhold), og siste kolonne når det også kontrolleres for psykososiale variable (sosial støtte/nære fortrolige, mestring, negative livshendelser siste år). Da det som nevnt ovenfor bare finnes data om inntekt for de under 67 år, er materialet i første og andre kolonne redusert til 413, og da det finnes data om sosial støtte bare i halvparten av materialet, er dette redusert til 215 i den siste kolonnen. På grunn av de forholdsvis små tall, skal det da ganske store forskjeller til før disse blir statistisk signifikante.

**Tabell 1** Odds ratio (OR) for å søke hjelp hos de med psykiske plager i forhold til sosiale og psykososiale variable.

	I. Ujustert	II. Justert for sosiodemografiske variable	III. Justert for sosiodemografiske og psykososiale variable
<u>Kjønn</u>			
Mann	1,00	1,00	1,00
Kvinne	<b>1,70 (1,28-2,57) *</b>	1,42 (0,83-2,42)	1,56 (0,71-3,45)
<u>Alder</u>			
15-44	1,00	1,00	1,00
45-66	0,98 (0,66-1,46)	1,55 (0,86-2,79)	1,23 (0,52-2,90)
<u>Bosted</u>			
Landsbygd	1,00	1,00	1,00
Småby	1,06 (0,64-1,77)	0,80 (0,43-1,49)	0,68 (0,28-1,67)
Storby	1,51 (0,88-2,62)	1,26 (0,65-2,45)	1,57 (0,59-4,21)
<u>Husholdningsinntekt</u>			
Lav	1,00	1,00	1,00
Middels	1,12 (0,67-1,88)	1,37 (0,74-2,54)	1,06 (0,42-2,68)
Høy	0,81 (0,43-1,52)	0,89 (0,40-1,96)	0,82 (0,28-2,38)
<u>Utdanning</u>			
Lav	1,00	1,00	1,00
Middels	1,26 (0,68-2,34)	1,56 (0,68-3,56)	1,00 (0,32-3,15)
Høy	<b>2,26 (1,12-4,57) *</b>	<b>3,07 (1,21-7,82) *</b>	1,99 (0,55-7,22)
<u>Sivil stand</u>			
Ugift	1,00	1,00	1,00
Gift/samboer	<b>0,54 (0,34-0,86) *</b>	0,52 (0,27-1,03)	0,54 (0,20-1,42)
Enke/enkem.	0,53 (0,10-2,98)	0,63 (0,09-4,34)	-
Separert	1,06 (0,30-3,80)	1,07 (0,24-4,88)	0,83 (0,10-6,60)
Skilt	1,34 (0,72-2,50)	1,41 (0,64-3,09)	1,02 (0,33-3,13)
<u>Neg.l.hendelser</u>			
Ingen	1,00	0,81 (0,37-1,80)	1,00
En	1,40 (0,75-2,61)	1,17 (0,57-2,40)	0,60 (0,19-1,94)
To eller flere	1,70 (0,99-2,92)		0,69 (0,24-1,97)
<u>Sosial støtte</u>			
Lite	1,00		1,00
Mye	<b>1,98 (1,12-3,50) *</b>		<b>2,47 (1,17-5,23) *</b>
<u>Mestring</u>			
Lav	1,00		1,00
Høy	0,71 (0,47-1,06)		0,64 (0,30-1,39)

p-verdier

\* <0,05

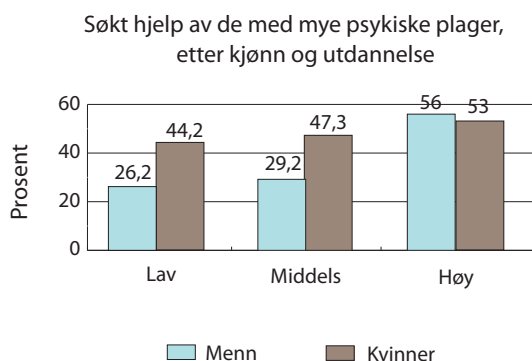
\*\* <0,01

\*\*\* <0,001

Den første kolonnen er i samsvar med det vi allerede vet; nemlig at det å være kvinne, ha høy utdanning, være skilt og det å ha mye sosial støtte trekker i retning av hjelpesøking. Når det kontrolleres for de sosiodemografiske variable, reduseres imidlertid effekten av kjønn og sivil stand, slik at bare effekten av utdanning står igjen. Når en i den siste kolonnen også trekker inn de psykososiale variable, gjenstår bare effekten av sosial støtte. Dette betyr da at når en kontrollerer for effekten av samtlige variable, har personer som opplever mye sosial støtte mer en dobbelt så stor tendens til å søke hjelp som de med lite sosial støtte.

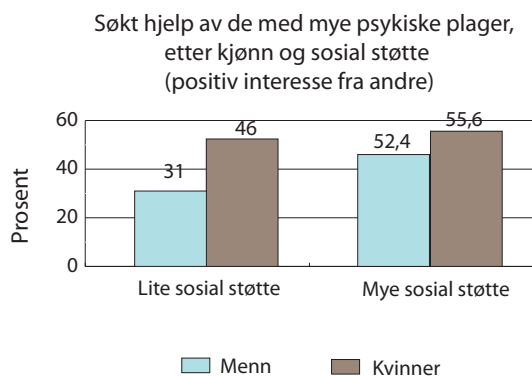
### Kjønn og hjelpesøking

Når en splitter opp etter kjønn, er resultatene noe forskjellige for kvinner og menn når det gjelder betydningen av utdanning og sosial støtte for hjelpesøking. Både utdanning og sosial støtte ser ut til å spille størst rolle for menn. Dette framgår av tabellene nedenfor:



Mens det er en signifikant sammenheng mellom utdanning og hjelpesøking hos menn ( $p=0,027$ ), er denne sammenheng ikke signifikant hos kvinner.

Også når det gjelder sosial støtte er forholdene forskjellige hos menn og kvinner:



Mens sammenhengen mellom hjelpesøking og sosial støtte er signifikant hos menn ( $p=0,028$ ), er den ikke det hos kvinner. Det samme bildet kommer frem når en ser på forholdene i en logistisk regresjonsanalyse, med kontroll for de ulike variable.

### Søkt om hjelp hos allmennpraktiserende lege, psykiater eller psykolog?

Når en undersøker sammenhengen mellom de ulike variable og det å søke hjelp hos allmennpraktiserende lege, fremstår kjønn og sosial støtte som de viktigste variable. Kvinner ( $p=0,019$ ) og de med mye sosial støtte ( $p=0,033$ ) har søkt slik hjelp oftere enn de andre. De andre variable viser ingen signifikant sammenheng med hjelpesøking hos allmennpraktiserende lege.

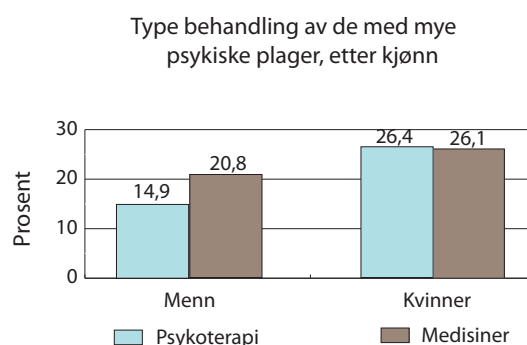
Når det gjelder hjelpesøking hos psykiater, finner en ingen signifikante sammenhenger med de sosiodemografiske og psykososiale variable. Hjelpesøking hos psykolog viser imidlertid signifikant sammenheng med alder, sivil stand, husholdningsinntekt, bosted og sosial støtte. De yngste ( $p=0,001$ ), de ikke-gifte ( $p=0,006$ ), de som bor i storbyer ( $p=0,003$ ), de med lav inntekt ( $p=0,027$ ) og de med mye sosial støtte ( $p=0,049$ ) søker mer hjelp hos psykolog enn andre.

### Type behandling

En sammenligner her først de som har oppgitt behandling med psykoterapi/samtalebehandling med de øvrige, og deretter de som har oppgitt behandling med medisiner med de øvrige. Mange har oppgitt at de har fått begge typer behandling. Blant de som har oppgitt psykoterapi/samtalebehandling har 63 % også oppgitt behandling med medisiner, og av de som har oppgitt behandling med medisiner har også 58 % oppgitt psykoterapi/samtalebehandling. Vi vil senere se spesielt på de som henholdsvis har fått psykoterapi/samtalebehandling alene, og de som har fått behandling med medisiner alene.

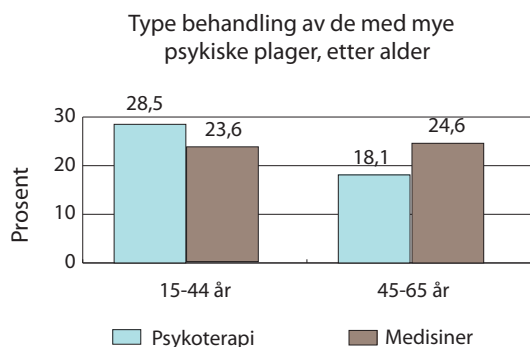
Fordelingen av henholdsvis psykoterapi/samtalebehandling og behandling med medisiner i på sosiale grupper fremgår av følgende:

### Kjønn



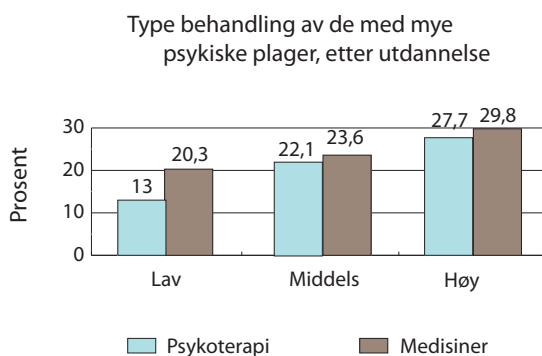
Med hensyn til psykoterapi, er andelen som får slik behandling signifikant større hos kvinner enn hos menn ( $p=0.003$ ), mens kjønnsforskjellen ikke er signifikant når det gjelder medisiner. Mens tendensen hos menn går i retning av mest medikamentell behandling, er den motsatt hos kvinner.

### Alder



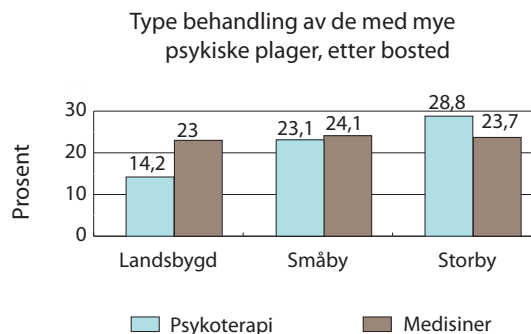
Når det gjelder behandling med psykoterapi, er andelen som får slik behandling signifikant større hos yngre enn hos eldre ( $p=0,001$ ), men det ikke er noen signifikant forskjell når det gjelder medikamentell behandling. Mens det er en tendens til mest psykoterapi hos de yngste, er det en tendens til mest medikamentell behandling hos de eldste.

### Utdannelse



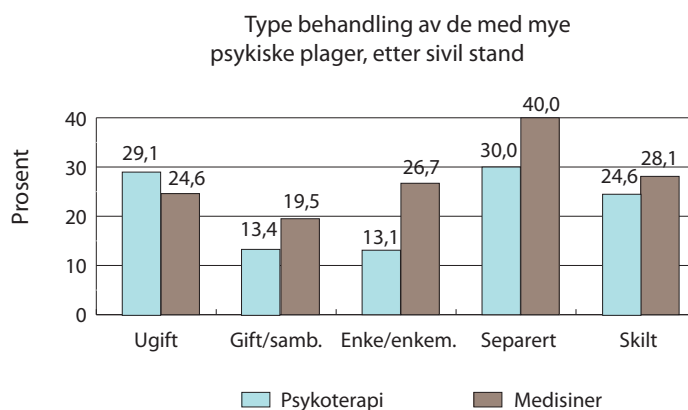
Både psykoterapi og medikamentell behandling viser en stigende tendens med økende utdanning. Forskjellene er imidlertid ikke statistisk signifikante.

### Bosted



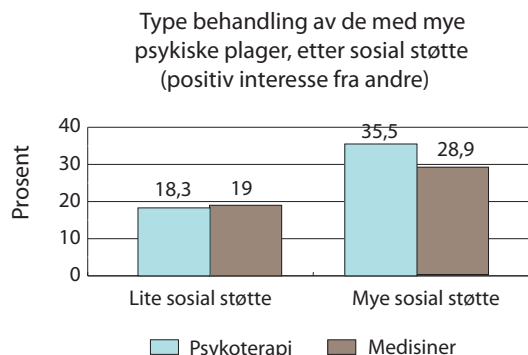
Andelen som har fått psykoterapi øker signifikant fra landsbygd til storby ( $p=0,026$ ), mens det ikke er noen forskjell når det gjelder medikamentell behandling. Mens det på landsbygda er en tendens til at flest får medikamentell behandling, er det i storbyene en tendens til at flest får psykoterapi.

### Sivil stand



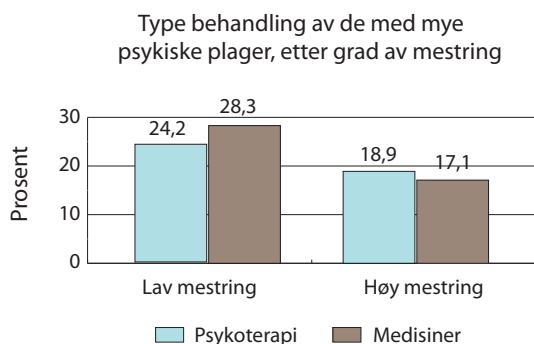
Når det gjelder psykoterapi, er andelen som får slik behandling minst hos de gifte og de som lever i samboerforhold ( $p=0,012$ ). Også når det gjelder medikamentell behandling, er det en tendens til at andelen er minst hos de gifte, men forskjellene er ikke statistisk signifikante.

### Sosial støtte



Andelen som har fått psykoterapi er størst hos de med mye sosial støtte ( $p=0,004$ ), mens forskjellen ikke er signifikant når det gjelder medikamentell behandling.

### Mestring



Både når det gjelder psykoterapi og medikamentell behandling er andelen størst hos de med lav grad av mestring. Denne forskjell er signifikant bare når det gjelder medikamentell behandling ( $p=0,005$ ).

Sammenfattende kan en altså si at det å få psykoterapi/samtalebehandling er avhengig av en rekke sosio-demografiske og psykososiale variable, i motsetning til medikamentell behandling, som viser en mer jevn fordeling. For å få et inntrykk av de sosiale variables spesielle betydning for psykoterapi/samtalebehandling, har en foretatt en logistisk regresjonsanalyse der det justeres for medikamentell behandling. Resultatene fremgår av følgende tabell:

**Tabell 2**

Odds ratio (OR) for psykoterapi/samtalebehandling i forhold til sosiodemografiske og psykososiale variable.

	I. Ujustert	II. Justert for sosiodemografiske variable	III. Justert for sosiodemografiske og psykososiale variable
<u>Kjønn</u>			
Mann	1,00	1,00	1,00
Kvinne	<b>2,05 (1,25-3,39) **</b>	1,62 (0,75-3,47)	1,72 (0,57-5,24)
<u>Alder</u>			
15-44	1,00	1,00	1,00
45-66	<b>0,56 (0,34-0,90) *</b>	0,61 (0,28-1,33)	0,47 (0,15-1,44)
<u>Bosted</u>			
Landsbygd	1,00	1,00	1,00
Småby	1,81 (0,96-3,42)	1,48 (0,58-3,75)	1,24 (0,33-4,69)
Storby	<b>2,45 (1,27-4,76) **</b>	<b>2,82 (1,10-7,27) *</b>	<b>4,10 (1,07-15,66) *</b>
<u>Hushold,innt.</u>			
Lav	1,00	1,00	1,00
Middels	0,58 (0,31-1,07)	<b>0,42 (0,17-0,99) *</b>	0,53 (0,15-1,87)
Høy	0,54 (0,25-1,18)	0,80 (0,27-2,35)	0,52 (0,12-2,25)
<u>Utdanning</u>			
Lav	1,00	1,00	1,00
Middels	1,89 (0,88-4,04)	1,05 (0,30-3,72)	0,83 (0,15-4,62)
Høy	<b>2,55 (1,11-5,87) *</b>	1,56 (0,40-6,11)	0,59 (0,09-3,79)
<u>Sivil stand</u>			
Ugift	1,00	1,00	1,00
Gift/samboer	<b>0,38 (0,21-0,67) **</b>	0,77 (0,31-1,94)	0,91 (0,26-3,22)
Enke/enkemann	0,37 (0,08-1,71)	2,09 (0,17-25,75)	-
Separert	1,04 (0,26-4,19)	0,53 (0,08-3,66)	0,31 (0,02-4,90)
Skilt	0,79 (0,40-1,57)	0,86 (0,32-2,33)	1,11 (0,27-4,67)
<u>Neg.l.hendelser</u>			
Ingen	1,00	1,00	1,00
En	0,70 (0,32-1,50)	0,45 (0,14-1,41)	0,56 (0,12-2,68)
To eller flere	1,27 (0,68-2,36)	0,84 (0,32-2,18)	0,47 (0,11-1,90)
<u>Sosial støtte</u>			
Lite	1,00		1,00
Mye	<b>2,46 (1,31-4,63) **</b>		<b>3,11 (1,16-8,36) **</b>
<u>Mestring</u>			
Lav	1,00		1,00
Høy	0,73 (0,46-1,17)		2,08 (0,68-6,38)
<u>Medisiner</u>			
	<b>13,10 (7,68-22,35)***</b>	<b>14,88 (7,01-31,59) ***</b>	<b>17,29 (5,39-55,53)***</b>



Resultatene i den første kolonnen er i samsvar med det vi allerede vet; nemlig at de som i størst utstrekning får psykoterapi/samtalebehandling er kvinner, de yngre, de som bor i storby, de med høy utdanning, de ikke-gifte og de med mye sosial støtte. Når det i den andre kolonnen justeres for alle sosiodemografiske variable og medikamentell behandling, er det fortsatt en signifikant sammenheng mellom psykoterapi og det å bo i storby, mens de med middels inntekt har minst tendens til å få denne type behandling. I den siste kolonnen, der det også justeres for mestring og sosial støtte, er det fortsatt en signifikant sammenheng mellom henholdsvis det å bo i storby og det å ha mye sosial støtte, og det å få psykoterapi/samtalebehandling.

Da vi fra før vet at det er en sammenheng mellom storby og psykolog, og mellom psykolog og psykoterapi, kunne det tenkes at sammenhengen mellom storby og psykoterapi kan forklares ved at flere i storbyen søker hjelp hos psykolog. For å undersøke dette, har en foretatt en logistisk regresjonsanalyse, der en også har justert for hjelpsøking hos psykolog (data ikke vist). Som forventet reduseres da sammenhengen mellom henholdsvis storby, sosial støtte og psykoterapi, men sammenhengene er fortsatt grensesignifikante: ( $p=0,09$  for storby og  $p=0,06$  for sosial støtte).

Når en ser spesielt på de som bare har fått psykoterapi/samtalebehandling uten medikamentell behandling i tillegg og sammenligner dem med de øvrige, blir de tendenser som er beskrevet ovenfor gjennomgående forsterket. Mens 11,6 % av kvinnene har fått slik behandling er andelen blant menn 2,4 % ( $p<0,001$ ). Når det gjelder aldersgrupper, er andelen som har fått slik behandling synkende fra den yngste til den eldste aldersgruppen: 16,3 %, 8,3 %, 5,8 %, 0,0 % ( $p=0,007$ ). Også når det gjelder utdanning er det en klar forskjell, med økende andel som har fått psykoterapi/samtalebehandling med stigende utdanning: 4,3 %, 7,0 %, 13,8 % ( $p=0,05$ ). Med hensyn til bosted, har 16,9 % av de som bor i storbyer fått slik behandling, mot henholdsvis 5,3 % og 5,2 % i landdistrikter og småbyer ( $p=0,001$ ). Når det gjelder sivil stand, negative livshendelser, mestring og sosial støtte er det ingen statistisk signifikant sammenheng med psykoterapi/samtalebehandling uten medikamentell behandling i tillegg.

Når en ser på dem som bare har fått behandling med medisiner, uten psykoterapi/samtalebehandling i tillegg, er det bare alder som gir statistisk signifikant utslag. Her er det en markert økning fra yngste til eldste aldersgruppe: 1,2 %, 9,0 %, 12,3 %, 25,6 % ( $p<0,001$ ).

## Sammendrag

### Betydningen av sosiale og psykososiale faktorer for hjelpsøking og behandling hos de med psykiske plager

Følgende grupper av de med psykiske plager skiller seg ut i bivariate analyser med signifikant størst hjelpsøking: Kvinner, de med høy utdanning, ikke-gifte og de med mye sosial støtte. Ved justering for de sosiodemografiske variable, fremstår utdanning som den viktigste variabel. Når det også justeres for mestring og sosial støtte, fremstår sosial støtte som den viktigste variabel. Betydningen av utdanning og sosial støtte for hjelpsøking ser ut til å være større hos menn enn hos kvinner.

Med hensyn til type behandler, er tendensen til å søke hjelp hos allmennpraktiserende lege størst hos kvinner og de med mye sosial støtte, mens de ulike sosiodemografiske og psykososiale variable synes å være av mindre betydning når det gjelder å søke hjelp hos psykiater. Når det gjelder å søke hjelp hos psykolog, er imidlertid en rekke forhold av betydning. Det er de unge, de ikke-gifte, de som bor i storbyer, de som har lav husholdningsinntekt og de som har mye sosial støtte som i størst utstrekning har søkt hjelp hos psykolog. Med hensyn til type behandling, følger psykoterapi/samtalebehandling omtrent det samme mønster som hjelpsøking hos psykolog, mens behandling med medisiner er knyttet til lav mestringsevne. Når en justerer for sosiale variable, fremstår storby som den viktigste variabel når det gjelder psykoterapi, mens storby og sosial støtte fremstår som de viktigste variable når det også justeres for sosial støtte og mestring. Sammenhengen mellom storby og psykoterapi blir redusert når det justeres for det å ha søkt hjelp hos psykolog.

Når det gjelder behandling med medisiner, er det en sammenheng mellom lav grad av mestring og stor andel som bruker medisiner.

### Hjelpsøking og behandling siste 12 måneder hos de med lite psykiske plager

Når det gjelder de som har lite psykiske plager, dvs. en skåre på under 1,75 på HSCL, vil vi her bare gi en summarisk beskrivelse. Den variabel som slår sterkest ut når det gjelder hjelpsøking i denne gruppen er negative livshendelser. Odds ratio for hjelpsøking hos de som har oppgitt to eller flere livshendelser er 2,58 ( $p<0,001$ ), sammenlignet med de som ikke har oppgitt noen slik livshendelse. Denne sammenhengen reduseres noe ved justering for de øvrige variable, men er fortsatt statistisk signifikant ( $p<0,001$ ). En annen

variabel som også viser sterk sammenheng med hjelpsøking hos de med lite psykiske plager, er kjønn. Kvinnene søker mest hjelp, OR ujustert 1,77 ( $p < 0,001$ ), OR justert for sosiale variable 1,73 ( $p < 0,001$ ). Ved justering også for sosial støtte og mestring, reduseres imidlertid sammenhengen mellom kjønn og hjelpsøking betydelig. Lav skåre på mestring, høy alder, bosted storby, lav inntekt og sivil stand separert, trekker også i retning av hjelpsøking, men disse sammenhenger

er ikke statistisk signifikante i den logistiske regresjonsanalyse. Uansett type behandler, finner en den samme tendens til mest hjelpsøking hos kvinner og de som har oppgitt mange negative livshendelser. Også når det gjelder psykoterapi/samtalebehandling hos de som har lite psykiske plager, er tendensen til slik behandling størst hos kvinner, hos dem med mange negative livshendelser og hos dem med lav skåre på mestring.

# Diskusjon og konklusjon

At andelen som har søkt hjelp for psykiske problemer, uavhengig av grad av psykiske plager, viser små geografiske variasjoner, kan tyde på at det samlede hjelpetilbud er forholdsvis jevnt fordelt mellom helse-regionene. Dette sier imidlertid lite om forholdet mellom behov og hjelpetilbud, da hyppigheten av psykiske plager kan variere mellom de ulike helseregioner. Det er først når en ser på hjelpsøking hos de som har forholdsvis mye psykiske plager, at en kan si noe om forholdet mellom hjelpetilbud og hjelpebehov. Hvis en stor andel av de med psykiske plager har søkt hjelp, tyder dette på at hjelpetilbudet er godt dekket, forutsatt at de som har søkt hjelp også har fått hjelp. Vi vet ikke noe sikkert om det siste, men går i denne rapporten ut fra at det å ha søkt hjelp vanligvis også betyr at en har fått hjelp. Hvis, på den annen side, forholdsvis mange med lite psykiske plager har søkt og fått hjelp, kan dette tyde på overbehandling. Det siste synes ikke å være tilfelle, da bare en meget liten andel (5,6 %) av de med lite psykiske plager har søkt hjelp. Til gjengjeld har disse ofte vært utsatt for ulike negative livshendelser, noe som kan tyde på at slike i seg selv kan gjøre det naturlig å søke faglig hjelp.

Fra et helsepolitisk synspunkt er det med utgangspunkt i de foreliggende tall særlig grunn til å stille følgende spørsmål:

- I hvor stor grad er behovet for behandling for psykiske problemer dekket i vårt land?
- Hvordan har utviklingen vært i løpet av de senere år?
- Er behandlingsbehovet like godt dekket i de ulike helseregioner?
- Er behandlingsbehovet like godt dekket for alle sosiale grupper?

Når det gjelder det første spørsmål, er det meget vanskelig å gi et svar. Det faktum at noe under halvparten av de som har psykiske plager har søkt om hjelp for psykologiske problemer i løpet av siste år, kan tyde på at hjelpebehovet langt fra er dekket. På den annen side er det heller ikke slik at alle med psykiske plager nødvendigvis er i behov av faglig hjelp. Den beste hjelp vil ofte være støtte fra det sosiale nett-

verket. Det er også slik at det vi måler, nemlig aktuelle symptomer på angst og depresjon (HSCL-25 > 1,75), kan være av rent forbigående natur, uten å kreve spesielle tiltak. Men alt tatt i betraktning, tyder nok tallene på at det fortsatt er et udekket behov for faglig hjelp ved psykiske problemer. Internasjonal statistikk viser at vi sammenlignet med andre europeiske land kommer ut omtrent "midt på treet" når det gjelder å søke hjelp for psykologiske problemer, uansett symptomnivå. Når det gjelder hjelpsøking hos de som har mye psykiske plager, ser imidlertid tallene for Norge å ligge i overkant av det som er vanlig for Europa og USA (The European Opinion Research Group, 2003, Kessler et al., 2005). Her er det imidlertid vanskelig å sammenligne tallene, da målemetoden for psykiske plager ikke er identisk i den europeiske og norske undersøkelsen. I en landsomfattende undersøkelse fra USA (Wang et al., 2005) fant en at 41,1 % av de med en psykiatrisk diagnose hadde fått en eller annen form for behandling siste 12 måneder, noe som samsvarer med tallene fra Norge. Men heller ikke her er tallene direkte sammenlignbare. I en undersøkelse fra Nord-Trøndelag (Roness et al. 2005) ble det konkludert med at det finnes et betydelig udekket behov for behandling av psykiske problemer. I denne undersøkelsen var andelen av de med angst og/eller depresjon som har søkt faglig hjelp noe lavere enn i den foreliggende undersøkelse. Mens bare 13 % av de med depresjon hadde søkt faglig hjelp, var tallene for angst 25 % og for de med både angst og depresjon 39 %; altså noe mindre tall i den foreliggende undersøkelsen. Hvorvidt denne forskjellen skyldes at forholdene i Nord-Trøndelag er annerledes enn i landet forøvrig, eller at undersøkelsesmetodikken er forskjellig, er uvisst.

At omtrent halvparten av de som har søkt hjelp hos allmennpraktiserende lege også har vært hos psykiater og/eller psykolog, tyder på en "referral rate" som ligger i overkant av det en har funnet for europeiske land (The State of Mental Health in the European Union). Her varierer tallene mellom ca. 20 % i Frankrike og ca. 50 % i Italia og Frankrike.

Når det gjelder endring over tid, fremgår det av rapporten "Helse- og levekårsundersøkelsen – utvik-

ling 1998 – 2005” (Johansen et al. 2008) at det blant kvinner, men ikke blant menn, har skjedd en klar økning i hjelpsøking hos psykolog i løpet av perioden og at økningen har vært størst i storbyene. Dette reflekterer nok i første rekke at det har skjedd en økning i antall psykologer i storbyene i det aktuelle tidsrom, og at dette har bidratt til å avhjelpe befolkningens behov for faglig hjelp ved psykiske problemer. Når det gjelder hjelpsøking for psykiske problemer hos allmennpraktiserende lege eller psykiater, finnes det ikke sammenlignbare tall for det aktuelle tidsrom. Med hensyn til innleggelse i psykiatriske institusjoner fremgår det av den samme rapport at det fra 2002 til 2005 har vært en økning, noe som også samsvarer med den offisielle innleggelsesstatistikk. Hvorvidt behovet for innleggelse er dekket, sier imidlertid undersøkelsen ingenting om.

Når det gjelder dekningen av behovet for helsetjenester i de ulike helseregioner, tyder tallene på at forskjellene ikke er særlig store, med unntak av psykologer, der behovet synes dårligst dekket i Helse Nord. Spesielt når det gjelder hjelpsøking hos allmennpraktiserende lege, er det små variasjoner mellom helseregionene. En fester seg imidlertid ved at hjelpsøking i Helse Nord i større utstrekning enn i de andre helseregionene dekkes gjennom den kommunale helsetjeneste.

Med hensyn til dekning av behandlingsbehov i de ulike sosiale grupper, tyder undersøkelsen på at det her er betydelige variasjoner. Det er i første rekke de med utdanning og de som opplever mye sosial støtte som har søkt hjelp for sine psykologiske problemer, hvilket kan tyde på at behandlingsbehovet er best dekket i disse gruppene. Dette er interessant, tatt i betraktning at det er de samme grupper som er minst utsatt for psykiske plager, slik det bl.a. fremgår av rapporten “Utsatte grupper og psykisk helse” (Myklestad, 2008). Det å ha utdanning og det å ha et støttende sosialt nettverk, noe som ofte henger sammen, har altså en dobbelt positiv effekt på den psykiske helse: Risikoen for å utvikle psykiske helseproblemer er redusert, mens tendensen til å søke faglig hjelp når en først har utviklet problemene er øket. Hvorvidt tendensen til å søke faglig hjelp i seg selv bidrar til den forholdsvis lave hyppighet av psykiske plager i de aktuelle grupper er uvisst, men muligheten foreligger. Det at støtte fra venner bidrar til at en søker faglig hjelp for psykiske problemer er for øvrig i samsvar med den tidligere omtalte undersøkelse fra Nord-Trøndelag, der også kjønn og utdanning slår ut på omtrent den samme måten som i den foreliggende undersøkelse (Rones et al. 2005). Det er interessant at det i første rekke er hos menn at utdanning og sosial støtte trekker i retning av hjelpsøking, mens kvinnene søker

hjelp relativt uavhengig av disse forhold.

Når det gjelder hvilke type behandler en har søkt hjelp hos, og hvilke type behandling en har fått, kan undersøkelsen tyde på at det her er betydelige sosiale forskjeller i behovsdekning.

Spesielt når det gjelder behandling hos psykolog, og behandling med psykoterapi eller samtale, er det særlig de yngre i storbyene som ser ut til å få sine behov dekket. Det kan være ulike grunner til dette. Når det gjelder bosted, reflekterer nok tallene i første rekke at tilgjengeligheten av slik behandling er størst i storbyene, et forhold som åpenbart er blitt forsterket i løpet av de siste årene (Johansen, 2008). Hvis en ikke forutsetter at det i første rekke er folk i storbyene som kan dra nytte av psykologhjelp, hvilket i seg selv synes å være en urimelig antakelse, tyder undersøkelsen på at det bør satses sterkere på en geografisk spredning av psykologer, slik at også behovet på landsbygda og i Helse Nord kan imøtekommes. At det i første rekke er de unge som har fått psykoterapi/samtalebehandling, mens behandlingen av de eldre ofte har vært begrenset til medisiner, reiser både faglige og etiske spørsmål. Selv om høy alder i en del tilfelle kan føre til at en i mindre utstrekning kan gjøre seg nytte av psykoterapi/samtalebehandling, er det i og for seg lite faglige holdepunkter for at slik behandling bør forbeholdes unge mennesker. Snarere synes en her å stå overfor en type forskjellsbehandling som ikke er ukjent når det gjelder helsetjenester generelt, og som har basis i en antagelse om at “en kan gjøre mindre for eldre”. Her synes det å være behov for holdningsendringer, og ikke minst for en videreutvikling av faget alderspsykiatri.

## Hopkins Symptom Checklist med 25 spørsmål (HSCL-25)

### Plager

**7** Nedenfor finner du en oppstilling av plager og problemer som man av og til har. Angi hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet av de siste 14 dagene. Sett ett kryss per linje.

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Hodepine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skjelving .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matthet eller svimmelhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet, indre uro .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutselig frykt uten grunn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadig redd eller engstelig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertebank, hjerteslag som løper avgårde .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av å være anspent, oppjaget .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfall av angst eller panikk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Så rastløs at det er vanskelig å sitte stille .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangel på energi, alt går langsommere enn vanlig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett for å klandre deg selv .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett for å gråte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tanker om å ta ditt liv .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dårlig matlyst .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnproblemer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, tungsindig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av ensomhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tap av seksuell lyst og interesse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av å være lur i en felle eller fanget .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mye bekymret eller urolig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uten interesse for noe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av at alt er et slit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av å være unyttig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Del 2

## Hvordan vurderer brukerne effekten av behandlingen de har fått?

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Ingeborg Strømseng Sjetne, Øyvind Andresen Bjertnæs og Jon Helgeland.

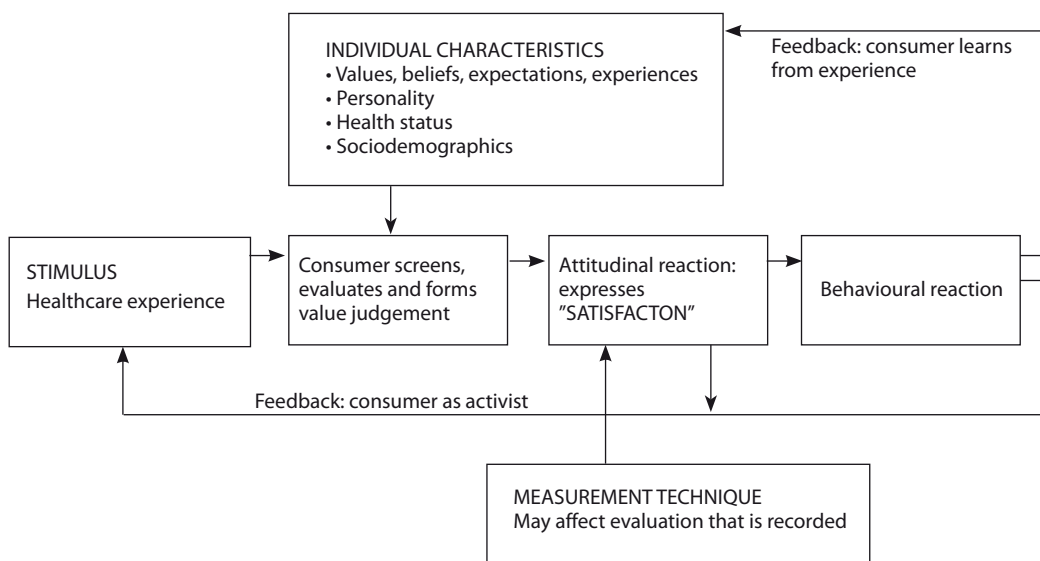
### Innledning

Avsnittet skulle ut fra de foreliggende dataene gi svar på hvordan de som hadde søkt hjelp på grunn av psykiske helseproblemer vurderte virkningen av den behandlingen de har fått. Vi har undersøkt gjennomsnittskåre for ulike behandlingstyper og ulike behandlere. Eventuell betydning av alder, kjønn, bosted og sosiale faktorer for hvordan svarerne vurderer virkningen av behandlingen ble undersøkt.

I Nasjonal helseplan (Helse- og omsorgsdepartementet 2006) og Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i

Sosial- og helsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet 2005), understrekes viktigheten av systematisk kartlegging av brukernes erfaringer. Informasjonen skal brukes til viktige formål som for eksempel kvalitetsforbedring, styring og sykehusvalg. I tillegg til ulike former for involvering og høring av individuelle brukere og brukerorganisasjoner, kartlegges pasientenes erfaringer systematisk i Norge. Dette gjøres enten ved hjelp av lokale brukererfæringsundersøkelser eller i nasjonale helseundersøkelser ([www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)). Systematiske undersøkelser av brukernes erfaringer og synspunkter er også vanlig internasjonalt, enten det gjelder brukererfæringer og -tilfredshet (Crow et al. 2002) eller andre pasientrapporterte utfallsmål (Fitzpatrick et al. 1998).

Modellen i Figur 1 illustrerer et rammeverk for å utforske sammenhenger mellom brukernes vurderinger og variabler som kan tenkes å påvirke vurderingene. To elementer er særlig relevante for den herværende problemstillingen. Rammeverket innebærer en antagelse om at individuelle kjennetegn over et vidt spekter er assosiert med vurdering av behand-



Figur 1. Helhetlig modell av tilfredshet med helsetjeneste (Crow et al 2002, s.9)

ling. Videre at vurderingen (nødvendigvis) er påvirket av de forutgående erfaringene. Sammenlignet med informasjonen Kunnskapssenteret samler inn i sine brukererfæringsundersøkelser, er det foreliggende materialet knapt med henblikk på hvilke tjenester som blir vurdert og på klinisk informasjon. På den annen side inneholder materialet langt mer data om sosio-demografiske forhold. Vi hadde følgelig en begrenset mulighet til å gjøre analyser i tråd med våre etablerte tilnærminger, til gjengjeld mulighet til å utforske sammenhenger som var nye for oss.

I kartlegging av brukererfæringer, både nasjonalt og internasjonalt, er det vanlig å operere med multidimensjonale måleinstrumenter; dvs. spørsmålssett som henter inn informasjon om ulike områder, som for eksempel organisering eller informasjon (Bjertnæs et al. 2008; Garratt et al. 2006; Garratt et al. 2005; Pettersen et al. 2004). Det er også vanlig å relatere erfaringene til et konkret utrednings-/behandlingsforløp knyttet til en spesifikk helsetjenesteleverandør, for eksempel siste døgnopphold ved et konkret sykehus. Dette betyr at det er mulig å utarbeide og presentere resultater på ulike områder for mange institusjoner

samtidig. Det gjør resultatene anvendelige i internt kvalitetsforbedringsarbeid og til andre formål hvor det er ønskelig å sammenligne institusjoner med hverandre (for eksempel ved valg av sykehus ved elektive innleggelser).

I helseundersøkelsen er det kun stilt ett generelt spørsmål om virkningen av behandlingen (de siste 12 månedene) for de som har oppgitt at de har søkt hjelp pga. psykiske helseproblemer (Hougen 2006). Dette betyr at det er begrenset hva brukerne er bedt om å vurdere, samtidig som det er uvisst hvilke(-n) konkret helsetjenesteleverandør(-er) som er vurdert. Hvilken virkning brukerne mener behandlingen har hatt er imidlertid et viktig spørsmål å undersøke nærmere. Datamaterialet i Helseundersøkelsen gir flere interessante muligheter til å analysere hvilke faktorer som er forbundet med god eller dårlig virkning. I dette kapitlet ser vi om egenskaper ved personene, deres omgivelser eller egenskaper ved behandlingen er relatert til brukernes vurdering av virkningen av behandlingen de har fått.

# Metode

## Materiale

Analysene er basert på den delen av utvalget som i den postale delen har svart ja på Spørsmål nr 10; "Har du søkt hjelp pga. psykiske helseproblemer i løpet av de siste 12 månedene?" (Svaralternativ Ja eller Nei) og besvart Spørsmål nr 14; "Alt i alt, hvordan vurderer du den behandlingen du har fått de siste 12 månedene?" (svarskala 1-meget god virkning; 2- god virkning; 3-moderat virkning; 4-liten virkning; 5-ingen virkning).

Hvilke data som er tilgjengelig om den enkelte svarer, er avhengig av hvilket utvalg hun/han inngår i. Det er 427 personer i underutvalget. 31 av disse har besvart kun den postale delen av undersøkelsen.

I de følgende framstillingene er svarverdiene orientert slik at høye verdier representerer gunstige beskrivelser. Vi har brukt statistikkprogrammet SPSS.

Noen bemerkninger til hovedspørsmålene 10 og 14:

1. Den innledende overskriften i spørsmål 10 retter oppmerksomheten mot helsetjenester, og kan ha utelukket respondenter for hvem det ville vært aktuelt å bruke svaralternativer som for eksempel "prest" og "alternative behandlere/naturmedisinere" i senere spørsmål under denne overskriften.
2. Spørsmål 10 er ikke entydig med tanke på om det sikter kun til behandling som har startet de siste tolv måneder, eller om det også omfatter behandling som allerede var i gang for tolv måneder siden.
3. I spørsmålene som følger etter spørsmål 10 har man tatt for gitt at de som har søkt hjelp også har fått hjelp, og ikke står på venteliste eller endog er blitt avvist.
4. Det må settes spørsmålstegn ved reliabiliteten til spørsmål 14. Spørsmålet er spesielt vanskelig å besvare for de som har hatt flere behandlere/ behandlinger hvor effektvurderingen er ulik, og for de som har opplevd bedring på ett eller flere områder og forverring på andre områder.

### Bruk av helsetjenester

**10** Har du søkt hjelp pga. psykiske helseproblemer i løpet av de siste 12 månedene?

Ja

Nei → Gå til **17**

**14** Alt i alt, hvordan vurderer du den behandlingen du har fått de siste 12 månedene? Syns du den har hatt...

meget god virkning

god virkning

moderat virkning

liten virkning

ingen virkning



### *Beskrivelse av utvalget*

Sammenligning av kjennetegn ved gruppen av personer som hadde søkt hjelp i psykisk helsevern og respondentgruppen for øvrig, viste flere statistisk signifikante forskjeller (Vedlegg 1). Gjennomsnittsalderen var lavere i underutvalget og det var større andel kvinner. En lavere andel levde i parforhold og gjennomsnittskåren for egenvurdert helse var lavere. En lavere andel var i utdanning, 1.gangstjeneste, i arbeid eller alderspensjonert. Underutvalget hadde høyere utdanning enn det øvrige. Respondentgruppen i underutvalget var oftere røykere, de hadde langt oftere brukt rusmidler (utenom alkohol) eller dopingpreparater i løpet av sitt liv, og problemer med alkohol eller pengespill forekom oftere enn i utvalget for øvrig. Langt flere hadde skåre på Hopkins Symptoms Checklist som indikerer dårlig mental helse. En større andel av respondentene i underutvalget hadde familiemedlemmer med nåværende eller tidligere psykiske problem, og forholdsvis flere var bosatt i storbyer.

### *Sammenheng mellom individuelle kjennetegn og måten pasientene beskriver sine erfaringer på*

Det er kjent fra tidligere forskning, nasjonalt og internasjonalt, at individuelle kjennetegn er assosiert med brukeres beskrivelse av tjenester de har mottatt (Hargraves et al. 2001; Young et al. 2000). I Kunnskapscenterets nasjonale undersøkelse av pasienterfaringer ved poliklinikker i psykisk helsevern høsten 2004 fant man at kjønn og alder var av betydning for hvordan pasientene svarte, og i sammenligninger mellom enheter ble det justert for ulik sammensetning av pasientgruppene (Bjertnæs et al. 2005). Høsten 2005 svarte 2676 som hadde vært innlagt ved døgnenheter i psykisk helsevern på Kunnskapscenterets undersøkelse. Her ble alder, diagnosegruppe, frivillighet av innleggelse og sivilstatus brukt til å justere svarene før vi gjorde sammenligninger mellom enhetene som deltok (Dahle et al. 2006).

# Resultater

## Samlet vurdering av utbytte

Figur 1 viser fordelingen og gjennomsnittet på spørsmålet om vurdering av utbytte for hele underutvalget. De 427 svarene fordeler seg med overvekt på positive vurderinger. Vi ser at den største prosentandelen brukere har svart verdi 4 "God virkning", og at noen færre har svart verdi 3 "moderat virkning". Gjennomsnittet på en skala fra 1 til 5 hvor 5 er best, ligger på 3,4 og dermed nesten midt mellom moderat og god virkning.

## Bivariate sammenhenger mellom virkning av behandling og andre variable

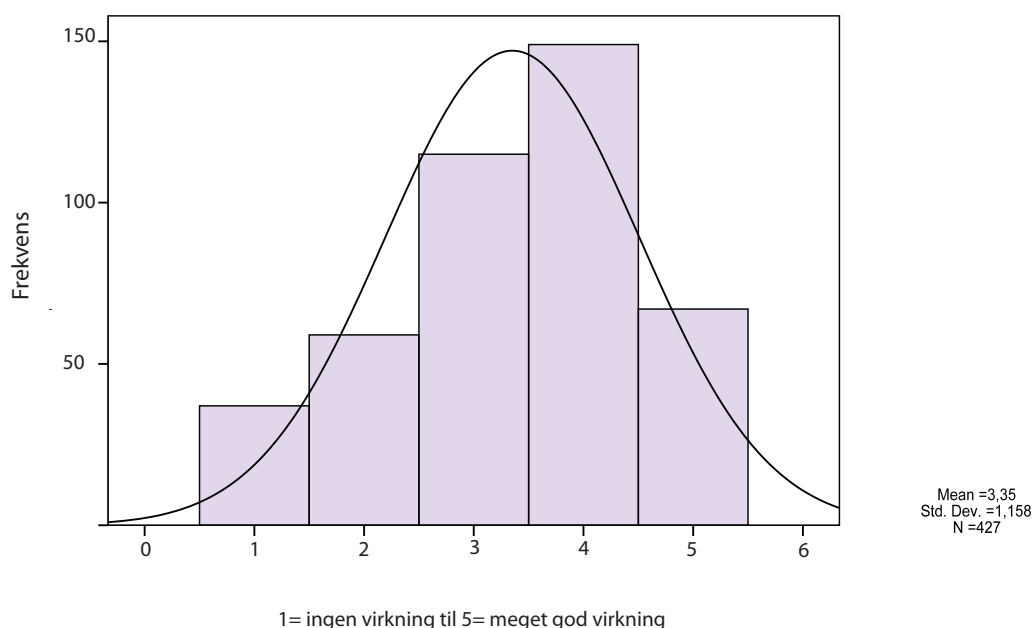
### Egenskaper ved respondentene og deres omgivelser

Vedlegg 2 viser i tabellform bivariate sammenhenger mellom egenskaper ved respondentene i underutvalget og deres vurdering av virkning av behandlingen. Følgende forskjeller var statistisk signifikante: De som beskrev egen helse som "god" hadde bedre

virkning av behandlingen enn de som beskrev den som "dårlig". Kvinner vurderte virkningen som bedre enn menn gjorde. Gruppen som var i utdanning, i 1.gangstjeneste, i arbeid eller alderspensjonert (altså har / har hatt arbeidslivstilknytning) ga en mer positiv vurdering enn de øvrige. Ikke-røykere beskrev virkningen av behandlingen mer positivt enn dagligrøykere.

En utforskende beskrivelse av det foreliggende materialet bekrefter altså antakelsen om ulikheter i beskrivelsen av behandlingsresultat. Det er uvisst om ulikhetene er et utslag av forskjeller i selve behandlingen de ulike gruppene opplevde å ha fått, eller av forskjell i gruppens måte å besvare spørsmålene på.

Det var ikke forskjell i svarene fra dem som hadde svart henholdsvis ja eller nei på spørsmålet "Var dette første gang i ditt liv at du fikk hjelp pga. psykiske helseproblemer?", men bare 83 av respondentene hadde besvart dette spørsmålet. Andre studier indikerer at varighet av behandling påvirker brukernes vurdering av utbytte (Bjertnæs et al. 2008).



**Figur 2.** Fordeling av svar på spørsmål 14 om virkning av behandlingen.

**Tabell 1.** "Hvem har du søkt hjelp hos? Sett så mange svar som passer." Antall svar, gjennomsnitt for vurdering av behandlingens virkning og standardavvik.

	Antall svar	Gjennomsnitt	Standardavvik
Allmennpraktiserende lege	336	3,30	1,15
Psykiater	74	3,20	1,20
Psykolog	153	3,20	1,16
Sykepleier	28	3,43	1,07
Sosialarbeider/sosionom	37	2,84	1,21
Annen psykoterapeut, f.eks. gestaltterapeut	23	3,35	1,07
Alternative behandlere/naturmedisinere	41	3,22	1,06
Annet helsepersonell	33	3,18	1,21
Prest eller annen religiøs leder	20	3,45	1,19
Rådgiver	22	3,00	1,11
Andre	60	3,22	1,19

Vedlegg 3 viser respondentenes vurdering av behandlingsevne etter bosted, økonomi og forekomst av psykiske problemer i familien. Sammenlikninger mellom grupperinger på disse områdene viste ingen signifikante forskjeller.

#### Type behandlere (Tabell 1, figur 3)

Analysene av hvem som er oppsøkt for å få hjelp, viste at det var forskjell mellom regionene. For psykiater, psykolog og sykepleier var forskjellene statistisk signifikante (side 15 i Del 1). Det kan være et utslag av at tilgjengeligheten til ulike typer behandlere varierer mellom regionene, og at type behandler ikke utelukkende er en følge av seleksjon på grunnlag av brukernes tilstand.

Vi grupperte brukere av de tre oftest forekommende behandler typene (allmennpraktiserende lege, psykolog og psykiater), og sammenlignet hver gruppe, respektivt, mot de øvrige svarerne.

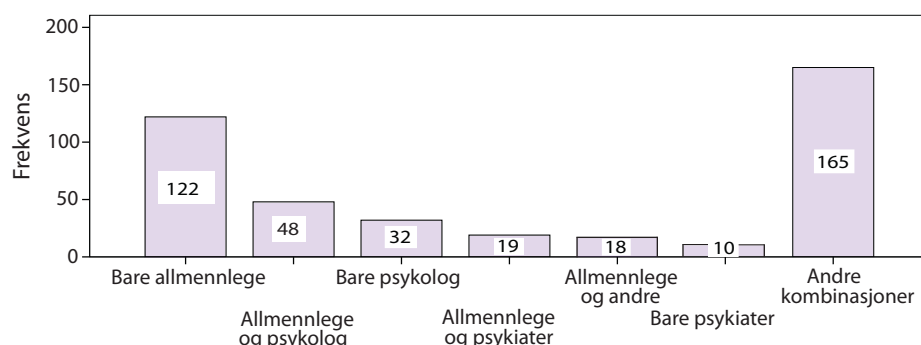
For svarere hvor allmennlege inngikk i behandlingen, som eneste behandler eller en blant flere, var gjennomsnittskåren på behandlingsevne lavere enn hos de øvrige, henholdsvis 3,30 og 3,54, men forskjellen var ikke statistisk signifikant ( $p=0.082$ , t-test). Allmennlege inngår i behandlingen for 79 % av respondentene.

Hvorvidt allmennlegen har representert en langvarig behandlingsrelasjon eller kun vært portåpner til behandling på høyere tjenestenivå, er ikke kjent.

Brukere som hadde søkt hjelp blant andre (eller bare) hos psykolog hadde noe lavere gjennomsnittskåre på sin vurdering av behandlingsevnen enn de øvrige, henholdsvis 3,20 og 3,44, og forskjellen var statistisk signifikant ( $p=0.038$ , t-test).

Brukere som hadde søkt hjelp blant andre (eller bare) hos psykiater hadde noe lavere gjennomsnittskåre på sin vurdering av behandlingsevnen enn de øvrige, henholdsvis 3,20 og 3,38, men forskjellen var ikke statistisk signifikant ( $p=0.225$ , t-test).

De elleve svaralternativene for type behandler ga mange ulike kombinasjoner. Gruppen som "har søkt hjelp hos" bare allmennlege hadde høyere skåre på behandlingsevne enn de øvrige, med gjennomsnitt 3,56 mot 3,24 ( $p=0.012$ , t-test). En mulig forklaring er at allmennlegene i større grad gir behandling til personer med lettere psykiske lidelser, mens personer med vanskeligere tilstander henvises videre i behandlingssystemet. Se også Vedlegg 4.



**Figur 3.** Antall respondenter med ulike kombinasjoner av svar på spørsmål 11: "Hvem har du søkt hjelp hos?" i grupper på minst 10 respondenter (n=414).

### Type behandling (Tabell 2, figur 4)

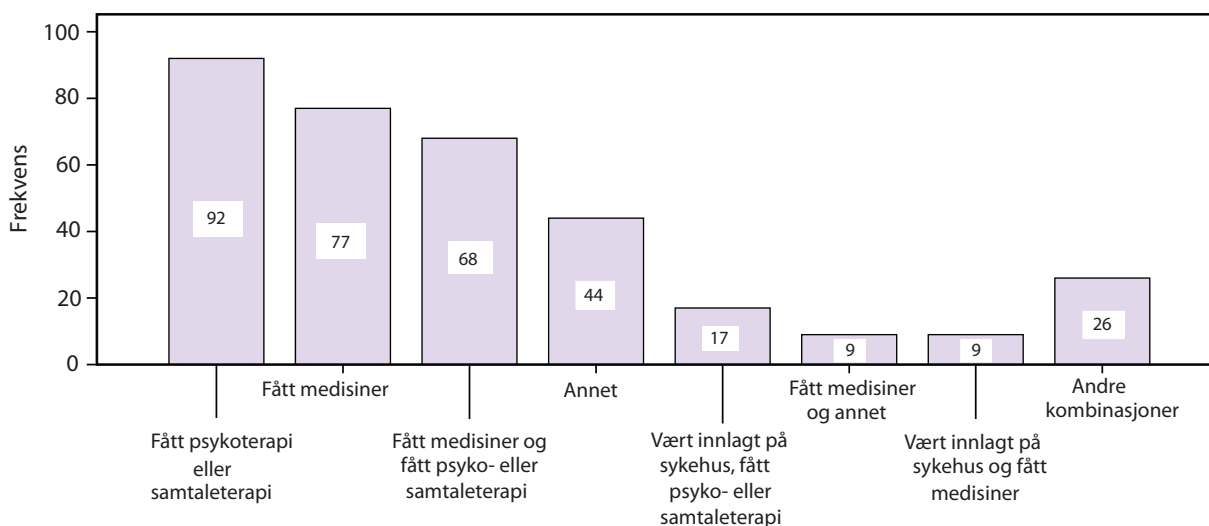
Analysene av hvilken type behandling svarerne har mottatt viste at det var forskjell mellom regionene. Andelen svarere som har mottatt psykoterapi / samtalebehandling er størst blant svarere fra Helse Øst og minst i helse Nord (side 15 Del 1). Det kan være et utslag av at tilgjengeligheten til ulike typer behandling

varierer mellom regionene, og at behandlingstilbudet ikke utelukkende er en følge av beslutninger basert på brukernes helsetilstand.

85 respondenter hadde ikke besvart spørsmålet. Sammenligning av svar fra gruppene hver for seg mot de øvrige, viste ikke statistisk signifikante forskjeller (t-test).

**Tabell 2.** "I løpet av de siste 12 månedene, har du på grunn av psykiske helseproblemer.... Sett så mange kryss som passer" Antall svar, gjennomsnitt for vurdering av behandlingens virkning og standardavvik.

Behandlingstype	Antall svar	Gjennomsnitt	Standardavvik
Vært innlagt på sykehus	39	3,31	1,17
Fått medisiner	195	3,30	1,19
Fått psykoterapi eller samtaleterapi	198	3,40	1,15
Annet	74	3,14	1,26



**Figur 4.** Antall respondenter med ulike kombinasjoner av svar på spørsmål 12, om type behandling, i grupper på minst 9 respondenter (n=342).

Vi samlet de fem minste gruppene i én gruppe og sammenlignet deretter fire grupper uten å finne statistisk signifikante forskjeller på gjennomsnittskåre for behandlingens virkning ( $p=0.221$ , ANOVA). Se også Vedlegg 4.

delen av behandlingen. I utvalget var det 59 respondenter som ikke hadde krysset av for noen av alternativene, og 81 svarer at de ikke vet på hvilket nivå i helsetjenesten behandlingen har funnet sted.

### Behandlingsnivå (Tabell 3)

Spørsmål 13 spør hvor respondenter har fått hoved-

Vi sammenlignet svarene fra de ulike gruppene og fant ikke statistisk signifikante forskjeller ( $p=0.088$ , ANOVA). Se også vedlegg 4.

**Tabell 3.** "Fikk du hoveddelen av behandlingen/hjelpen i spesialisthelsetjenesten eller i egen kommune? Sett ett kryss." Antall svar, gjennomsnitt for vurdering av behandlingens virkning og standardavvik.

Tjenestenivå	Antall svar	Gjennomsnitt	Standardavvik
Spesialisthelsetjenesten	87	3,46	1,09
Kommunen	164	3,43	1,18
Begge deler	36	3,22	1,24
Vet ikke	81	3,07	1,17

### Sammenheng mellom utbytte og andre variable: Multivariat regresjon

For innledningsvis å undersøke potensiell sammenheng mellom sosiale faktorer og vurdering av behandlingens virkning satte vi opp en lineær regresjonsmodell. Forklaringsvariablene ble tatt inn på grunnlag av forskning og erfaringer fra pasienterfaringsundersøkelser som er omtalt ovenfor. Dette gjelder alder, kjønn, egenvurdert helse og utdanning. Hopkins Symptoms Checklist (HSCL) innebærer en mer spesifikk vurdering av egenvurdert helse, og denne ble også inkludert. Nære relasjoner og arbeidslivstilknytning antas å være relatert til psykisk helse og fungering. Derfor tok vi inn en variabel som anga at svareren "Er for tiden i et parforhold som har vart i mer enn 6 måneder" og en variabel som angir om hun/han er i utdanning, arbeid, førstegangstjeneste eller er alderspensjonert.

Vi inkluderte samlet husholdsinntekt i modellen som et mål på sosioøkonomisk status (justert for antall

medlemmer i husholdet). For å representere bosted i modellen tok vi inn helseregion og en variabel som beskriver bostedet som landsbygd, småby eller storby. Som det framgår av figur 2 og 3 ovenfor er det få og til dels små "rene" grupper når det gjelder behandlere og behandlingstyper. I modellen tok vi inn en variabel som deler svarerne inn i en gruppe som er behandlet kun av allmennlege versus andre behandlere/ behandlerekombinasjoner. Behandlingstype ble tatt inn ved en variabel som skiller behandling med samtale- eller psykoterapi (alene eller kombinert med medisiner) fra øvrige behandlingstyper- eller kombinasjoner. Det var ikke data i materialet om hvor lenge behandlingen hadde pågått eller om den var avsluttet. Ettersom dataene kun er tverrsnittsobservasjoner innebærer egenvurdert helse og HSCL et tolkningsproblem. Det er ikke kjent om skårene er utgangspunkt for eller resultat av behandlingen, eller noe midt mellom. Alternativet til å akseptere tolkningsproblemet er å unnlate å korrigere for disse egenskapene ved svarerne i modellene.

**Tabell 4.** Lineær regresjon på spørsmål om virkning av behandlingen

Bakgrunnsvariabel	p
Kjønn	0,001
Aldersgruppe	0,581
Utdanningsnivå	0,712
Egenvurdert helse	0,288
Hopkins Symptoms Check List-skår	0,000
Er i parforhold	0,181
Er sysselsatt	0,323
Justert husholdningsinntekt	0,749
Helseregion	0,706
Landsbygd-småby-storby	0,799
Behandlet kun av allmennlege	0,150
Samtale-/psykoterapi inngikk i behandling	0,311
Behandlingsnivå	0,508

På grunnlag av denne modellen ekskluderte vi variabler hvor p-verdien tilsa at sammenheng var svært lite trolig (>0.200), såfremt variablene ikke var ansett å være særlig relevante for problemstillingen. Alder, utdanning, landsbygd-småby-storby, helseregion,

behandlingsnivå, egenvurdert helse og husholdningsinntekt ble fjernet.

De gjenstående variablene ble brukt i en ordinal logistisk regresjonsmodell (Tabell 5).

**Tabell 5** Ordinal logistisk regresjon på virkning av behandlingen

Forklaringsvariabler	Estimat	p	95% konfidensintervall
Hopkins Symptoms Check List-skår	-1,38	0,000	-1,79 ; - 0,96
Mann	-0,68	0,004	-1,13 ; - 0,22
Kvinne (referanseverdi)	-		
Er i ikke parforhold	-0,29	0,198	-0,72 ; 0,15
Er i parforhold (referanseverdi)	-		
Uten arbeidslivstilknytning	-0,13	0,614	-0,63 ; 0,37
Med arbeidslivstilknytning (referanseverdi)	-		
Er behandlet av flere enn allmennlege	-0,68	0,017	-1,24 ; - 0,12
Behandlet kun av allmennlege (referanseverdi)	-		
Psyko-/samtaletterapi inngikk i behandling	0,57	0,018	0,10 ; 1,04
Psyko-/samtaletterapi inngikk ikke (referanseverdi)	-		

Blant forklaringsvariablene i modellen er det symptomnivå (HSCL) som er sterkest assosiert med vurdering av virkning. Imidlertid er dette vanskelig å tolke, i og med at HSCL og virkning av behandlingen er målt på samme tid. Gitt at behandlingsforløpet ved psykiske lidelser ofte er langvarig, er det grunn til å anta at de fleste svarerne er underveis i forløpet, og i så fall er HSCL bare delvis et resultatmål. Da er det ikke overraskende at personer med høy HSCL-skåre også vurderer effekten av behandlingen som dårlig. Vi prøvde modellen også uten HSCL. Det generelle bildet endret seg ikke.

Vi ser at kvinner har en mer positiv vurdering av virkningen av behandling enn menn. Dette er sammenfallende med resultatene fra Kunnskapssenterets pasienterfaringsundersøkelse av brukere av poliklinikk i psykisk helsevern i 2004, hvor kvinner hadde signifikant høyere skåre enn menn på blant annet indeksen "Utbytte"(Bjertnæs et al. 2005). Det er uvisst hvordan dette kan tolkes i de foreliggende dataene, for eksempel om det kan tilskrives ulikhet mellom kjønnene i behandlingstilbud eller ulikhet i måte å besvare slike spørsmål på.

Å være behandlet av flere enn allmennlege er negativt assosiert med vurderingen av behandlingseffekt. En mulig forklaring på dette er at personer med alvorlige

problemer blir henvist videre fra allmennlege til spesialister. Én blant flere mulige tolkninger av den positive assosiasjonen mellom samtaleterapi og en positiv vurdering av behandlingseffekten, kan være at samtaleterapi innebærer et større omfang av oppmerksomhet og kontakt enn andre behandlingsformer. I en systematisk kunnskapsoppsummering av pasienttilfredshetsstudier, trekkes relasjonelle forhold mellom pasient og helsepersonell fram som den viktigste helsetjenestefaktoren for pasienttilfredshet (Crow et al. 2002).

Sosioøkonomiske forhold ser ut til å ha liten betydning. En kan ikke utelukke at dette ville vært annerledes om utvalget hadde vært større. Personer som bor på institusjon er ikke inkludert i utvalget, hvilket utelukker gruppen med mest alvorlig sykdom. Likeledes er det et kjent fenomen i undersøkelser av denne typen at tendensen til å svare er svakere hos personer som har problemer med rusmisbruk og/eller psykisk helse enn hos andre.

Variablene som beskriver behandlere og behandlingstyper er gruppert i modellene, og må tolkes med stor forsiktighet.

# Konklusjon

Resultatene viser at de som søkte hjelp på grunn av psykiske helseproblemer i 2005 vurderte virkningen av behandlingen de fikk som moderat til god. Funnene i materialet tyder på at det er sammenheng mellom brukernes vurdering og deres symptomnivå, kjønn, behandler og behandlingstype. Bosted ser ikke ut til å være av betydning.

Andre studier indikerer at varighet av behandlingen påvirker brukernes vurdering av utbytte (Bjertnæs et al. 2008), noe det ikke har vært mulig å undersøke i denne studien. Diagnose og andre kliniske variable

som kan være relatert til utbytte mangler også i det foreliggende materialet.

Alt i alt er resultatene vanskelige å tolke. Vår vurdering er at det er begrenset hva dette ene utbyttespørsmålet kan benyttes til, og at det har metodiske svakheter. For framtidige helseundersøkelser bør det vurderes om det skal inkluderes et kort, validert instrument om brukererfaringer for å øke bruksnyttens til ulike formål, og dessuten hvilke andre individuelle faktorer som i så fall bør inkluderes.

# Vedlegg 1

## Egenskaper ved underutvalget og sammenligning med utvalget for øvrig.

	Underutvalg		Øvrige respondenter		p for forskjell
	n		n		
Alder. Gjennomsnitt og standardavvik.	427	41.5 (14.5)	6701	45.8 (18.1)	<0.001 <sup>a</sup>
Kvinne. Prosent.	427	67.2	6701	48.8	<0.001 <sup>b</sup>
Er i parforhold som har vart >6 mnd. Prosent.	410	63.2	4597	74.9	<0.001 <sup>b</sup>
Egenvurdert helse (skala 1-5, 5 best). Gjennomsnitt og standardavvik.	396	3.6 (1.1)	6369	4.1 (0.86)	<0.001 <sup>a</sup>
I utdanning, 1.gangstjeneste, arbeid eller pensjonert. Prosent.	396	76.8	6371	88.4	<0.001 <sup>b</sup>
1. generasjon innvandrere uten norsk bakgrunn. Prosent.	427	4.4	6700	6.4	0.105 <sup>b</sup>
Utdanningsnivå, gruppert. Prosent.	410		6453		0.016 <sup>b</sup>
Lav (t.o.m. ungdomsskole 10 år)		12.2		16.1	
Middels (t.o.m.påbygning videregående 14+ år)		55.6		57.3	
Høy (universitet / høyskole 14 år og mer)		32.2		26.6	
Røykevaner. Prosent.					<0.001 <sup>b</sup>
Ikkerøyker		51.5		66.8	
Festrøyker		11.9		9.6	
Dagligrøyker		36.6		23.6	
Noen gang brukt rusmidler (ekskl.alkohol) eller dopingpreparater. Prosent.	335	31.3	3858	16.6	<0.001 <sup>b</sup>
Pengespill fører til problem. Prosent.	415	1.9	4637	0.5	0.003 <sup>b</sup>
Har alkoholproblem (CAGE). Prosent.	401	15.2	4573	4.3	<0.001 <sup>b</sup>
Hopkins Symptoms Check List skår >1.75. Prosent.	416	43.0	4661	5.9	<0.001 <sup>b</sup>
Justert husholdningsinntekt. Prosent.	396		6369		0.059 <sup>b</sup>
Høyest (>322000)		15.9		20.3	
Høy (259000-322000)		19.2		20.1	
Middels (211000-259000)		18.2		20.1	
Lav (165000-211000)		23.5		19.8	
Lavest(<165000)		23.2		19.8	
By og land. Prosent.					<0.001 <sup>b</sup>
Landsbygd		25.6		30.1	
Småby		41.6		46.7	
Storby		32.7		23.2	
Helseregion. Prosent.	427		6701		0.065 <sup>b</sup>
Helse Øst		35,4		41,9	
Helse Sør		18,8		15,5	
Helse Vest		20,2		19,4	
Helse Midt-Norge		14,8		14,3	
Helse Nord		10,8		8,9	
Familiemedlem har/har hatt psykiske problemer. Prosent.	410	66.6	4517	39.2	<0.001 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> t-test    <sup>b</sup> kji-kvadrattest



## Sammenheng mellom egenskaper ved personene og skåre på virkning av behandling

	n	Gjennomsnitt	Standardavvik	p
Alder.	427			0,092 <sup>a</sup>
fra og med 16 til 25 år	66	3,05	1,23	
fra og med 25 til 45 år	180	3,42	1,09	
fra og med 45 til 65 år	156	3,42	1,18	
fra og med 65 til 75 år	19	3,37	1,26	
75 år eller mer	6	2,67	1,03	
Egenvurdert helse.	396			0,004 <sup>a</sup>
Meget god	78	3,46	1,29	
God	172	3,51	1,05	
Verken god eller dårlig	84	3,27	1,11	
Dårlig	45	2,91	1,22	
Meget dårlig	17	2,76	1,44	
Kjønn.				0,012 <sup>b</sup>
Kvinne	287	3,45	1,11	
Andre	140	3,15	1,23	
Er i parforhold som har vart >6 mnd.				0,076 <sup>b</sup>
Ja	259	3,42	1,11	
Andre	151	3,21	1,21	
I utdanning, 1.gangstjeneste, arbeid eller pensjonert.				0,002 <sup>b</sup>
Ja	304	3,45	1,12	
Andre	92	3,02	1,25	
1. generasjon innvandrere uten norsk bakgrunn.				0,789 <sup>b</sup>
Ja	19	3,42	1,39	
Andre	408	3,35	1,15	
Utdanningsnivå, gruppert.	409			0,325 <sup>a</sup>
Lav (t.o.m. ungdomsskole 10 år)	50	3,28	1,13	
Middels (t.o.m.påbygning videregående 14+ år)	228	3,32	1,16	
Høy (universitet / høyskole 14 år og mer)	132	3,49	1,12	
Røykevaner.	395			0,021 <sup>a</sup>
Ikkerøyker	204	3,48	1,17	
Festroyker	47	3,45	1,10	
Dagligroyker	145	3,14	1,16	
Noen gang brukt rusmidler (ekskl.alkohol) eller dopingpreparater. Prosent.				0,239 <sup>b</sup>
Ja	105	3,23	1,23	
Andre	230	3,39	1,09	
Pengespill fører til problem.				0,222 <sup>b</sup>
Ja	8	2,88	1,55	
Andre	407	3,38	1,14	
Har alkoholproblem (CAGE).				0,067 <sup>b</sup>
Ja	61	3,11	1,11	
Andre	340	3,41	1,16	
Hopkins Symptoms Check List skåre				<0,001 <sup>b</sup>
>1.75	179	2,93	1,15	
≤1.75	237	3,66	1,06	

<sup>a</sup>. ANOVA    <sup>b</sup>.t-test

## Sammenheng mellom egenskaper ved personens omgivelser og skåre på virkning av behandling.

	n	Gjennomsnitt	Standardavvik	p
Familiemedlem har / har hatt psykiske problemer.				0,095 <sup>b</sup>
Ja	273	3,41	1,11	
Andre	137	3,20	1,23	
Justert husholdningsinntekt.				0,116 <sup>a</sup>
Lavest (<165000)	92	3,12	1,27	
Lav (165000-211000)	93	3,29	1,18	
Middels (211000-259000)	72	3,57	1,02	
Høy (259000-322000)	76	3,38	1,08	
Høyest (>322000)	63	3,49	1,20	
By og land.				0,431 <sup>a</sup>
Landsbygd	101	3,24	1,23	
Småby	164	3,38	1,13	
Storby	129	3,43	1,14	
Helseregion.				0,693 <sup>a</sup>
Helse Øst	179	3,35	1,14	
Helse Sør	66	3,20	1,23	
Helse Vest	83	3,46	1,15	
Helse Midt-Norge	61	3,43	1,18	
Helse Nord	38	3,29	1,14	

<sup>a</sup>: ANOVA

<sup>b</sup>: t-test

# Vedlegg 4

## Sammenheng mellom egenskaper ved behandlingen og skåre på virkning av behandling.

	n	Gjennomsnitt	Standardavvik	p
<b>Behandlere</b>				
Søkt hjelp hos allmennpraktiserende lege				0,082 <sup>b</sup>
Ja	336	3,30	1,15	
Andre	91	3,54	1,17	
Søkt hjelp hos psykolog				0,038 <sup>b</sup>
Ja	153	3,20	1,16	
Andre	274	3,44	1,15	
Søkt hjelp hos psykiater				0,225 <sup>b</sup>
Ja	74	3,20	1,20	
Andre	353	3,38	1,15	
<b>Kombinasjoner av behandlere.</b>				
Bare Allmennpraktiserende lege	122	3,56	1,12	0,079 <sup>a</sup>
Allmennpraktiserende lege og Psykolog	48	3,29	1,01	
Bare Psykolog	32	3,44	1,29	
Allmennpraktiserende lege og Psykiater	19	3,63	1,12	
Allmennpraktiserende lege og Andre	18	3,11	1,28	
Bare Psykiater	10	3,50	1,18	
Andre kombinasjoner	165	3,15	1,18	
<b>Behandling.</b>				
Vært innlagt på sykehus				0,806 <sup>b</sup>
Ja	39	3,31	1,17	
Andre	388	3,36	1,16	
Fått medisiner				0,426 <sup>b</sup>
Ja	195	3,30	1,19	
Andre	232	3,39	1,13	
Fått psykoterapi eller samtaleterapi				0,382 <sup>b</sup>
Ja	198	3,40	1,15	
Andre	229	3,31	1,16	
Annet				0,077 <sup>b</sup>
Ja	74	3,14	1,26	
Andre	353	3,40	1,13	
<b>Kombinasjoner av behandling.</b>				
Fått psykoterapi eller samtaleterapi	92	3,55	1,11	0,638 <sup>a</sup>
Fått medisiner	77	3,36	1,21	
Fått medisiner og Fått psyko- eller samtaleterapi	68	3,29	1,13	
Annet	44	3,16	1,27	
Vært innlagt på sykehus, Fått medisiner og Fått psyko- eller samtaleterapi	17	3,41	1,18	
Fått medisiner og Annet	9	3,11	1,17	
Vært innlagt på sykehus og Fått medisiner	9	3,33	1,32	
Andre kombinasjoner	26	3,15	1,26	
<b>Tjenestenivå.</b>				
Spesialisthelsetjenesten	87	3,46	1,09	0,088 <sup>a</sup>
Kommunen	164	3,43	1,18	
Begge	36	3,22	1,24	
Vet ikke	81	3,07	1,17	

<sup>a</sup>: ANOVA    <sup>b</sup>: t-test

## Referanser

- Bjertnæs, O. A., Garratt, A., Helgeland, J., Holmboe, O., Dahle, K. A., Hanssen-Bauer, K., & Røttingen, J. A. "Fore-sattes vurderinger av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker". Tidsskrift for Den norske legeförening 2008. 128 (9) : 1041-5
- Bjertnæs, Ø. A., Bjørngaard, J. H., Garratt, A., Dahle, K. A., Saunes, I. S., & Ruud, T. 2005. Pasienterfaringer ved poliklinikker for voksne i det psykiske helsevernet i Norge - Metododokumentasjon., Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (i samarbeid med SINTEF Helse), Oslo.
- Brugha, T.S., Bebbington, P., Tennant, C. et al. The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long term contextual threat. *Psychological Medicine* 1985;15:189-194.
- Clench-Aas, J., Rognerud, M., Dalgard, O.S. Psykisk helse i Norge i 2005. Statusrapport basert på analyser av leve-kårsundersøkelsen 2005. Nasjonalt folkehelseinstitutt 2008.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. "The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature", *Health Technology Assessment* 2002, vol. 6, no. 32, pp. 1-244.
- Dahle, K. A., Holmboe, O., & Helgeland, J. 2006, Brukerer-faringer med døgnhøheter i psykisk helsevern. Resultater og vurderinger etter en nasjonal undersøkelse i 2005., Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo.
- Dalgard, O.S., Dowrick, C, Lehtinen, V. et al. Negative life events, social support and gender difference in depression.: A multinational community survey with data from the ODIN study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006; 41: 444-451
- Dalgard, O.S., Thapa, S.B., Hauff, E et al. Immigration, psychosocial variables and psychological distress. *Scand J Psychology*. 2007; 47:551-558.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H., Covi, L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavioral Science* 1974 Jan; 19(1):1-15.
- European Opinion Research Group (EORG).The Mental Health Status of the European Population: The SANCO Directorate-General; 2003. Apr. Eurobarometer 58.2.
- European Communities, 2004. The State of Mental Health in the European Union. (<http://europa.eu.int>)
- Fitzpatrick, R., Davey, C., Buxton, M. J., & Jones, D. R. "Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials", *Health Technology Assessment* 1998, vol. 2, no. 14, p. i-74.
- Garratt, A., Bjørngaard, J. H., Dahle, K. A., Bjertnæs, O. A., Saunes, I. S., & Ruud, T. "The Psychiatric Out-Patient Experiences Questionnaire (POPEQ): data quality, reliability and validity in patients attending 90 Norwegian clinics", *Nordic Journal of Psychiatry* 2006, vol. 60, no. 2, pp. 89-96.
- Garratt, A. M., Bjaertnes, O. A., Krogstad, U., & Gulbrandsen, P. "The OutPatient Experiences Questionnaire (OPEQ): data quality, reliability, and validity in patients attending 52 Norwegian hospitals", *Quality and Safety in Health Care* 2005, vol. 14, no. 6, pp. 433-437.
- Hansen, V., Jacobsen, B.K., Arnesen, E. Prevalence of serious psychiatric morbidity in attenders and non-attenders to a health survey of a general population: the Tromsø Health Study. *Am J of Epidemiol* 2001 Nov 15;154 (10):891-4.
- Hargraves, J. L., Wilson, I. B., Zaslavsky, A., James, C., Walker, J. D., Rogers, G., & Cleary, P. D "Adjusting for patient characteristics when analyzing reports from patients about hospital care", *Medical Care* 2001, vol. 39, no. 6, pp. 635-641.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2006, Nasjonal helse-plan (2007-2010): særtrykk av St.prp nr 1(2006-2007) kapittel 6 Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
- Hougen, H.C. 2006, Samordnet levekårsundersøkelse 2005 -tverrsnittsundersøkelsen. Dokumentasjons-rapport. Notat 2006/39. Statistisk sentralbyrå, Oslo URL: [http://www.ssb.no/emner/00/90/notat\\_200639/notat\\_200639.pdf](http://www.ssb.no/emner/00/90/notat_200639/notat_200639.pdf)
- Johansen, R., Rognerud, M., Sundet, J.M. *Helse- og leve-kårsundersøkelsene. Utvikling i psykisk helse 1998, 2002 og 2005*. Nasjonalt folkehelseinstitutt 2008.
- Kessler, R.C, Demler, O., Frank, R.G. et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*. 2005;352(24):2515-23.
- Korkeila, J.A., Lehtinen, V., Bijl, R.V., Dalgard, O.S., et al. Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scand J Public Health* 2003;31:1-8.
- Korkeila, J., Kovess,V., Dalgard, O.S., et al. Piloting mental health indicators for Europe. *Journal of Mental Health* 2007; 16: 401-403
- Kringlen, E., Torgersen, S., Cramer, V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*. 2001 JUL;158(7):1091-8.
- Myklestad, I., Rognerud, M., Johansen, R. *Helse- og leve-kårsundersøkelsen 2005. Utsatte grupper og psykisk helse*. Nasjonalt folkehelseinstitutt 2008.
- Næss, Ø., Rognerud, M., Strand, B.H. *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*. Oslo. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport 2007:1
- Pettersen, K. I., Veenstra, M., Guldvog, B., & Kolstad, A. "The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability", *International Journal of Quality in Health Care* 2004, vol. 16, no. 6, pp. 453-463.
- Perlin L.I., Lieberman, M.A., Menagan, E., Mullan, J.T. The stress process. *J Health Soc Behav* 1981;22:337-56.
- Roness, A., Mykletun, A., Dahl, A.A. Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005; 111: 51-58

Sosialstyrelsen 2005. *Folkhelsorapport*. Epidemiologisk center, Stockholm ???

Sosial- og helsedirektoratet 2005, *-og bedre skal det bli! : en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten* Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.

Sandanger, I., Moum, T., Ingebrigtsen, G., Dalgard, O.S., Sørensen, T., Bruusgaard, D. Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I. *Soc.Psychiatry Psychiatr Epidemiology* 1998;33: 345-354.

Sandanger, I. *Occurrence of psychiatric disorders - an epidemiological study, conceptual, methodological, and empirical issues*. Oslo: Institute of general practice and community medicine, University of Oslo and Institute group of psychiatry, University of Oslo 1999.

Wang, P.S., Lane, M., Olofson, M. et al Twelve-month use of mental health services in the United States. Results from the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry* 2005, vol. 62.

Young, G. J. J., Meterko, M. P., & Desai, K. R. P. Patient Satisfaction With Hospital Care: Effects of Demographic and Institutional Characteristics. *Medical Care* 2000, vol. 38, no. 3, pp. 325-334.