

Levekårsundersøkelsen 2005 Psykisk helse i Norge

Tilstandsrapport med
internasjonale sammenligninger

Jocelyne Clench-Aas
Marit Rognerud
Odd Steffen Dalgard

Rapport 2009:6
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Tittel:

Levekårsundersøkelsen 2005
Psykisk helse i Norge
Tilstandsrapport med
internasjonale sammenligninger

Forfattere

Jocelyne Clench-Aas
Marit Rognerud
Odd Steffen Dalgard

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:

www.colourbox.com

Trykk:

Nordberg Trykk AS

Opplag:

1000

Bestilling:

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

ISSN: 1503-1403

ISBN: 978-82-8082-323-6 trykt utgave

ISBN: 978-82-8082-324-3 elektronisk utgave

Forord

Folkehelseinstituttet presenterer med dette rapporten Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Divisjon for psykisk helse, Avdeling for helseovervåking og forebygging, fikk høsten 2007 i oppdrag fra Helsedirektoratet å analysere data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser. Som del av oppdraget utga vi i 2008 tre rapporter: Utvikling i psykisk helse over tid, 1998-2002-2005 (Rapport 2008:4)(1), Psykisk helse og behandling (Rapport 2008:5)(2) og Utsatte grupper og psykisk helse (Rapport 2008:8)(3). Alle rapportene bruker data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser og er utgitt i Folkehelseinstituttets rapportserie.

I denne fjerde rapporten forsøker vi å gjøre en mer omfattende tilstandsvurdering av henholdsvis risikonivå, helsetilstand og bruk av helsetjenester i Norge i 2005. Helsedirektoratet har ønsket at vi også skulle vurdere tilstanden i Norge i et internasjonalt perspektiv. Det er ikke alltid at data på tvers av landegrenser er sammenlignbare. Etter grundig vurdering har vi likevel valgt å presentere noen internasjonale data som vi mener er tilstrekkelig pålitelig til at det kan gjøres grove sammenligninger. Statusbeskrivelsene i denne rapporten omfatter både sosiale og geografiske ulikheter. Vi mener disse kan tjene som utgangspunkt for å vurdere grad av måloppnåelse for Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (St. meld. Nr 20 (2006-2007)(4)).

Ansvaret for rapporten har vært delt mellom forfatterne. Jocelyne Clench-Aas har utført alle data-analysene, produsert tabellene og figurene og samlet de internasjonale sammenligningene. Sammendraget, innledningskapitlene og litt av diskusjonen er skrevet av Marit Rognerud. De internasjonale sammenligningene er vurdert og beskrevet av Odd Steffen Dalgard. Vi vil takke Willy B. Eriksen for betydelige bidrag til diskusjonen og for hans faglige tilbakemeldinger også på andre deler av rapporten. Ellers har alle forfatterne deltatt i det redaksjonelle arbeidet. Anne Lill Thomassen og Grethe Hasselblad har formatert tabeller, lest korrektur og bearbeidet tekst. I tråd med de kvalitetssikringsprosedyrer Divisjon for psykisk helse følger, er det også på denne rapporten benyttet to eksterne fagfeller, professor Jon Martin Sundet, Psykologisk institutt, og professor Torbjørn Moum, Institutt for medisinske basalfag, Avdeling for atferdsfag, begge Universitetet i Oslo.

Jeg er stolt av å kunne presentere denne omfattende rapporten som mange vil bruke som oppslagsverk. Jeg takker alle som har bidratt til rapporten og ønsker leserne lykke til på vei mot et friskere folk - både nasjonalt og internasjonalt.

Vennlig hilsen

Arne Holte
Divisjonsdirektør
Professor, dr. philos
Divisjon for psykisk helse

Innhold

Forord.....	3
Sammendrag.....	6
1 Innledning.....	11
1.1 Målsetning	11
1.2 Definisjoner	11
1.3 Helseovervåking	12
1.3.1 Mål og hensikt	12
1.3.2 Begrunnelse for valg av indikatorer	13
1.3.3 Datakilder for overvåkingsformål	13
2 Materiale og metode.....	14
2.1 Populasjon og utvalg	14
2.2 Vurdering av befolkningsrepresentativitet av materialet	14
2.3 Inndelinger av materialet	15
2.4 Statistiske analyser	16
3 Resultater.....	17
3.1 Psykisk helse	17
3.1.1 Psykiske plager de siste 14 dager	17
3.1.2 Alkoholavhengighet	19
3.1.3 Mestring	21
3.1.4 Tilfredshet med livet	24
3.1.5 Sykemelding/trygd som følge av psykiske problemer	26
3.1.6 Forholdet mellom indikatorene på psykisk helse	28
3.2 Helsetjenester	28
3.2.1 Bruk av helsetjenester pga. psykiske helseproblemer	28
3.2.2 Bruk av medisiner mot psykiske helseproblemer	31
3.3 Risikofaktorer	34
3.3.1 Kroniske smerter	34
3.3.2 Kronisk somatisk sykdom	36
3.3.3 Lav sosial støtte	38
3.3.4 Negative livshendelser	40
3.3.5 Økonomiske problemer	42
3.3.6 Samlivsproblemer	44
3.3.7 Vold	45
3.3.8 Alkoholbruk	47
3.3.9 Narkotikabruk	50
3.3.10 Risiko på individnivå og tilskrivbar risiko på populasjonsnivå	55

4 Internasjonale sammenligninger	57
4.1 Psykisk helse	57
4.2 Helsetjenester	62
4.3 Risiko- eller beskyttende faktorer	65
5 Diskusjon	69
5.1 Oppsummering av viktigste funn	69
5.1.1 Prevalenstall for Norge 2005	69
5.1.2 Ulikheter mellom grupper og geografiske områder	70
5.2 Metoder og feilkilder	70
5.3 Sammenligning med funn i andre undersøkelser	71
5.3.1 Sammenlignet med andre norske studier	71
5.3.2 Internasjonale sammenligninger	72
5.3.3 Forebyggingspotensialet	72
5.4 Implikasjoner og videre forskning	73
5.5 Konklusjon	73
Referanser	75
Internasjonale indikatorlister	77

Bakgrunn

Hensikten med denne rapporten er først og fremst å beskrive befolkningens psykiske helse, og vurdere resultatene fra dette landsrepresentative utvalget i lys av tilsvarende funn fra andre land og fra andre norske undersøkelser. Vi viser også data om noen kjente risiko- og beskyttende faktorer for å peke på at helsefremmende og forebyggende arbeid kan fremme bedre psykisk helse i befolkningen og redusere behovet for helsetjenester og trygdeytelser pga psykisk sykdom.

For å identifisere risikogrupper og risikoområder, presenterer vi også signifikante forskjeller mellom grupper og geografiske områder i tillegg til gjennomsnittstallene. En oppfølging på et senere tidspunkt vil kunne gi svar på om vi når målsetningene om å redusere helseulikhetene som formulert i St. meld. Nr 20 (2006-2007)(4).

Definisjoner og begreper er nærmere beskrevet i kapittel 1.2.

Materiale

Datamaterialet er hentet fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse med tema helse i 2005. Dette er en landsrepresentativ utvalgsundersøkelse av ca. 10 000 individer over 15 år. Spørsmålene om psykisk helse kommer hovedsakelig fra det postale tillegget som hadde en svarprosent på 57 %.

Prevalenstall

Av de som har svart rapporterte 9 % å ha vært betydelig plaget av symptomer på angst og depresjon de siste 14 dagene (HSCL-25 > 1,75). 15 % svarte at de gjentatte ganger de siste 3 månedene hadde hatt vansker med å sovne eller opprettholde søvnen gjennom natten (data ikke vist), og en tilsvarende andel (15 %) var lite tilfredse med livet. 5 % svarte positivt på minst to av spørsmålene i spørrebatteriet "CAGE", noe som kan tyde på avhengighet av alkohol. 13 % i aldersgruppen 25-64 år svarte at de hadde vært sykmeldt eller trygdet på grunn av psykiske helseproblemer i løpet av det siste året. Blant de med betydelige psykiske plager (HSCL-25 > 1.75) var den tilsvarende andelen 43 %.

9 % hadde søkt hjelp i helsetjenesten på grunn av psykiske plager i løpet av det siste året. Av de som hadde betydelige psykiske plager, var det tilsvarende tallet 43 %. 4 % av deltagerne svarte at de brukte medisiner mot depresjon, mens 3 % brukte beroligende medikamenter ukentlig eller oftere. Av de med betydelige psykiske plager var det tilsvarende tallet hhv 24 % og 16 %.

Vurdering av prevalenstallene i et nasjonalt og internasjonalt perspektiv

Selv om dette er et landsrepresentativt utvalg av personer over 15 år, er nivåene av psykiske helseproblemer som presenteres i denne rapporten antagelig lavere enn de reelle nivåene i befolkningen som utvalget skal representere. Dette har flere årsaker som vi gjør nærmere rede for i diskusjonen. Det er dessuten betydelige metodiske problemer forbundet med å sammenligne prevalenstall som er gjort i ulike undersøkelser og på tvers av landegrenser. Det må derfor tas høyde for en relativt stor grad av usikkerhet knyttet til disse funnene.

Nivået av psykiske plager som er målt i denne undersøkelsen er signifikant lavere enn i levekårsundersøkelsen 1998. Det har vært en nedadgående trend i andel med betydelige psykiske plager (HSCL-25 > 1,75) fra 10,5 % i 1998 til 9,7 % i 2002 til 8,7 % i 2005.

I en undersøkelse fra Oslo og Lofoten i årene 1989-91 fant man at 15 % hadde betydelige psykiske plager (HSCL-25 \geq 1,75). Dette er en betydelig høyere andel enn det vi fant i våre data, men dataene til Sandanger og medarbeidere var altså samlet inn for snart 20 år siden, og disse var kun basert på personer som bodde i Oslo og Lofoten, og utvalget inkluderte ikke 16 og 17-åringer.

Sammenliknet med andre land i Europa kan det se ut som om tilfredsheten med livet er relativt høy i Norge og at andelen med betydelige psykiske plager er lav. Tilfredsheten med livet i Norge er imidlertid ikke høyere enn i de andre nordiske landene.

Andelen som søker hjelp for psykiske problemer i helsetjenesten ser ut til å ligge omtrent på gjennomsnittet for europeiske land, men sett i forhold til det lave nivået av psykiske plager som vi har i Norge, er andelen som søker og får hjelp høy. Dette kan tyde på at behovsdekningen i Norge er høyere enn i de fleste andre land i Europa. Bruken av medisiner mot depresjon er høy, men dette ligger på samme nivå som i de andre nordiske landene. Bruken av angstdempende medisiner er imidlertid lav i forhold til andre land i Europa.

I en internasjonal sammenheng ligger Norge svært høyt i medisinsk begrunnede trygdeytelser til folk i arbeidsfør alder, og i 2005 hadde Norge den høyeste veksten i nye uføretrygdede av 11 OECD-land. I følge OECD var 18,9 % av den norske befolkningen mellom 15 og 64 år mottakere av en medisinsk begrunnet trygdeytelse i 2007; hvorav 9,5 % var permanent uføretrygdede og 1,3 % var midlertidig uføretrygdet. Omtrent hvert 4. tilfelle av uføretrygd i Norge skyldes psykisk sykdom. Vi har ikke tilsvarende diagnostisk informasjon om årsak til uføretrygd i andre land.

Ulikheter mellom grupper og geografiske områder

Kjønn: Tilfredsheten med livet er nokså lik for menn og kvinner i Norge. Forekomsten av psykiske plager er imidlertid betydelig høyere blant kvinner enn blant menn, mens menn har et høyere forbruk av rusmidler og mindre sosial støtte (og en høyere selvmordsrate). Blant de med betydelige psykiske plager søker og får menn mindre hjelp fra helsetjenesten enn kvinner.

Alder: Den eldste aldersgruppen (65 år +) rapporterte høyere tilfredshet med livet, mindre psykiske plager, mindre rusmisbruk, færre negative livshendelser, mindre økonomiske problemer og mindre utsatt for vold siste år enn de yngre aldersgruppene. På den annen side hadde de eldste et høyere forbruk av medisiner mot angst og depresjon, mer somatiske helseproblemer og mindre sosial støtte.

Parforhold: Deltagere uten fast parforhold var klart mindre tilfredse med livet, hadde mer psykiske plager, hadde større økonomiske problemer og var mer sykmeldt og trygdet pga. psykiske problemer enn de som var i et fast parforhold.

Sosial ulikhet: Tilfredsheten med livet og opplevelse av kontroll og mestring økte med økende inntekt og økende utdanning, mens deltagere med lav inntekt og lav utdanning rapporterte om lavere mestring, mer psykiske plager og høyere forbruk av sykemelding/trygd. Psykiske plager og tilfredshet med livet hadde imidlertid sterkere sammenheng med inntekt enn med utdanning. Andelen alkoholavhengige var størst hos deltagere med lavt inntektsnivå selv om deltakerne med høyt inntektsnivå drakk oftere. Bruk av narkotika (både siste 12 måneder og noen gang i livet) viste en sterk sammenheng med inntektsnivå, der de med lav inntekt oftere rapporterte om narkotikabruk; både siste året og tidligere i livet.

Forskjeller mellom by og land og helseregioner: Det var ingen signifikante forskjeller i tilfredshet med livet mellom helseregionene eller mellom by og land. Deltagere fra større byer rapporterte derimot om mer psykiske plager og mer bruk av rusmidler (både alkohol og narkotika) enn de som bodde på landsbygda.

Risikofaktorer og forebyggingsmuligheter

Selv om arvelige faktorer betyr mye for utvikling av psykiske plager og lidelser og helse-tjenestene kan redusere plagene til mange av de som er syke, så har antakelig nivået av risiko- og beskyttende miljøfaktorer i et samfunn størst betydning for nivået av psykiske helseproblemer i befolkningen. Helsefremmende og forebyggende helsearbeid handler om å bedre helsen gjennom å redusere risikofaktorene og øke de beskyttende faktorene.

Ifølge WHO er det behov for å utvikle folkehelsestrategier som i større grad tar inn over seg bakenforliggende psykososiale og materielle faktorerens betydning. Dette utdypes noe mer i diskusjonskapittelet, men kunnskapsgrunnlaget om effekt og kostnadseffektivitet av forebyggende og helsefremmende tiltak er begrenset. Derfor er det en fornuftig strategi å teste ut flere aktuelle tiltak som pilotprosjekter og evaluere effekten, og helst også kostnads-effektiviteten, før det innføres omfattende og kostbare nasjonale reformer.

Konklusjon

Regelmessige befolkningsundersøkelser har vist seg som et nyttig redskap for å planlegge og evaluere folkehelsearbeidet. Helseregistrene har lite opplysninger om befolkningens psykiske helse og faktorer av betydning for denne, og det er derfor et særskilt stort behov for å gjennomføre helseundersøkelser av representative utvalg av befolkningen på disse områdene. Helseundersøkelser kan gi oss informasjon om hva problemene består i, hvor eventuelle tiltak bør settes inn, og det kan også gi oss en pekepinn på hva slags type tiltak som kan være hensiktsmessig. De metodologiske problemene knyttet til denne studien, og da særlig den store andelen av de inviterte som valgte å ikke delta, tyder på at den tradisjonelle Levekårsundersøkelsen ikke lenger er noe godt redskap til dette formålet.

Denne undersøkelsen bekrefter inntrykket fra en rekke tidligere studier at psykiske plager i form av angst, depresjon, søvnvansker og alkoholavhengighet representerer et stort samfunnsproblem i Norge. Etersom hovedtyngden av feilkildene i studien trolig har trukket estimatene ned, er det rimelig å anta at estimatene kan betraktes som minimumstall. Således kan vi med rimelig grad av sikkerhet anta at av omlag 3,7 millioner nordmenn i alderen over 15 år, var det minst 330.000 som var betydelig plaget av angst eller depresjon, og minst 185.000 som var

alkoholavhengige da undersøkelsen ble foretatt i 2005. Det er liten grunn til å tro at situasjonen er vesentlig annerledes nå tre år senere. Enkelte internasjonale sammenligninger kan tyde på at psykiske plager er enda mer utbredt i flere andre europeiske land, men det reduserer ikke inntrykket av at vi også her i Norge står overfor et meget omfattende problem. De samfunnsmessige konsekvensene er store, blant annet fordi psykiske plager også kan føre til alvorlige somatiske sykdommer og for tidlig død, og fordi mange med psykiske plager ikke klarer å fungere i arbeidslivet og blir sykmeldt over lang tid eller uføretrygdet. Psykiske plager hos foreldre og gravide kvinner kan dessuten ha varige, negative effekter på den oppvoksende slekt.

1.1 Målsetning

1. Målet med denne rapporten er først og fremst å beskrive og vurdere den norske befolkningens psykiske helsetilstand, samt bruk av helsetjenester og trygdeytelser pga. psykiske helseproblemer, og se dette i forhold til nivået av risikofaktorer som kan påvirkes ved hjelp av forebyggende arbeid.
2. For samtidig å kunne identifisere risikogrupper og risikoområder, viser vi alle resultater der vi finner store og signifikante forskjeller mellom grupper og geografiske områder.

1.2 Definisjoner

Verdens helseorganisasjon (WHO) sine helse-definisjoner

Helse defineres som:

"a state of complete physical, mental and sosial wellbeing, not merely the absence of disease".

Psykisk helse defineres som:

"a state of well-being in which the individual realizes his or her abilities, can cope with the normal stresses and life, can work productively and fruitfully, and is able to make contribution to his or her community".

Psykiske helseproblemer innebærer:

"mental health problems and strain, impaired functioning associated with distress, symptoms, and diagnosable mental disorders, such as schizofrenia and depression".

I denne rapporten har vi brukt både positive og negative mål på psykisk helse. I tillegg har vi sett på omfanget av arbeidsuførhet og helsetjenesteforbruk som følge av dårlig psykisk helse. Vi har brukt indikatoren tilfredshet med livet (TML) og opplevelse av mestring/kontroll som mål på positiv mental helse, mens rapporterte psykiske plager (symptomer som først og fremst er vanlige ved angst og depresjon, men

som ikke er diagnostiske) og et mål på avhengighet av alkohol (CAGE) som indikatorer på psykiske helseproblemer. Vi mangler per dags dato befolkningsrepresentative datakilder som gjør oss i stand til å si noe sikkert om forekomsten av psykiske lidelser eller diagnosebaserte sykdommer i den norske befolkningen.

Det er vanlig å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Mens de psykiske plagene kan være vanskelige å avgrense, lar de psykiske lidelsene seg dele inn etter diagnostiske systemer. Det postale spørreskjemaet i Levekårsundersøkelsen-2005 inneholder Hopkins Symptom Checklist med 25 spørsmål (HSCL-25) som først og fremst måler symptomer på angst og depresjon(5). 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. Man kan beregne en gjennomsnittsskåre eller man kan dikotomisere. Vi har gjort begge deler i denne rapporten. Hvis man deler skalaen i to, en høy og en lav skåre, er det vanlig å bruke verdier over 1,75 som "cut-off". Individuer med høy skåre sies å ha betydelige psykiske plager, men vi kan ikke angi noen bestemt diagnose. HSCL-25 måler imidlertid først og fremst symptomer og plager som er vanlige ved depresjon og angstlidelser. I en norsk undersøkelse har man funnet at mellom 50-60 % av individene med høy HSCL-skåre, kvalifiserte for én eller flere psykiatriske diagnoser ved kliniske intervjuer(5-7). I EUs helseovervåkingssystem brukes en tilsvarende indikator på selvrapporterte psykiske plager (psychological distress målt via 5 spørsmål i SF-36) som indikator for behandlingsbehov (8) og svenske studier har vist at slike psykiske plager er forbundet med betydelige økt risiko for selvmord (9).

1.3 Helseovervåking

1.3.1 Mål og hensikt

Nasjonale helseovervåking skal betjene helsemyndighetene med styringsinformasjon og beslutningsstøtte. Dataene skal kunne:

- Beskrive status og utvikling på viktige folkehelseområder.
- Danne grunnlag for å prioritere innsats, dimensjonere behov for helsetjenester og evaluere måloppnåelse.

For å planlegge folkehelsearbeidet, trenger vi også informasjon om omfanget av risikofaktorer for (og faktorer som beskytter mot) psykiske helseproblemer. Et annet ord for risiko- og beskyttende faktorer er helsedeterminanter. Folkehelsearbeid er definert som arbeidet for å fremme helse, forebygge sykdom og forlenge liv via organisert virksomhet av samfunnet.

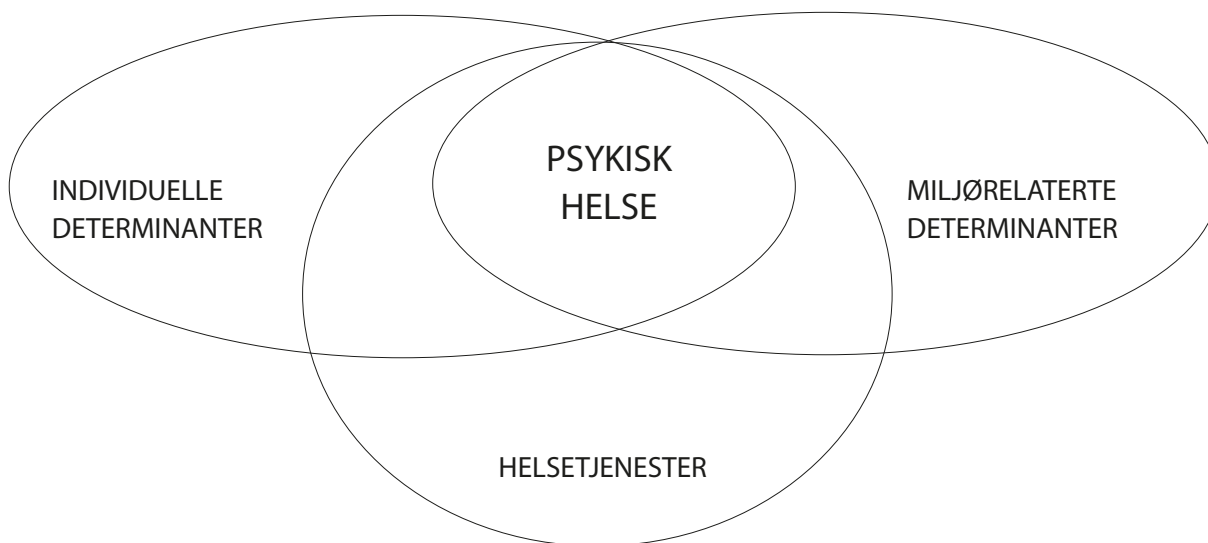
I figuren under har vi delt helsedeterminantene inn i individuelle og miljørelaterte determinanter av betydning for psykisk helse. Helsetjenestene som både kan virke inn på helsen, men som også er et behov som oppstår som en konsekvens av sykdom, har fått en egen ring.

De individuelle helsedeterminantene inkluderer i denne sammenheng arvelige faktorer, personlige egenskaper, fysisk helse og funksjonshemming, livsstil med mer. Miljørelaterte determinanter vil kunne inkludere

økonomi og generelle levekår, sosialt nettverk/ sosial støtte, samliv og familiesituasjon, vold, trusler og mobbing og en rekke andre forhold av betydning i bomiljø, arbeidsmiljø eller skolemiljø. Helsetjenester omfatter først og fremst bruk av kurative tjenester og medikamenter. Helsetjenester og trygdeytelser representerer kostnadene som for en stor del er konsekvenser av sykdom og nedsatt funksjonsevne. I løpet av Opptappingsplanen for psykisk helse 1998-2008 er det investert betydelige ressurser for å utvikle et bedre tjenestetilbud til befolkningen. Samtidig har psykiske helseproblemer blitt en stadig vanligere årsak til sykemelding og uføretrygd. (10, 11)

Selv om opptappingsplanen ble avsluttet i 2008, vil regjeringen i henhold til St. prp nr 1, 2007-2008 fortsatt holde et tydelig fokus på arbeidet med psykisk helse, og den legger vekt på å utvikle et bedre helseovervåkingssystem med mål og indikatorer som skal gjøre det mulig å følge med utviklingen i sektoren.

Internasjonale eksperter i EU og WHO peker på behovet for å se sammenhengen mellom den forebyggende innsatsen og behovet for helsetjenester og trygdeytelser. De anbefalte indikatorene for overvåking av psykisk helse (se vedlegg) inkluderer derfor mål på både helsedeterminanter, sykkelighet og tilbud/ bruk av helsetjenester og trygdeytelser.



1.3.2 Begrunnelse for valg av indikatorer

Indikatorerne i denne rapporten er hovedsakelig gitt ut fra spørrebatteriene som ligger inne i datasettet. Marit Rognerud har vært Folkehelseinstituttets rådgiver for valg av spørsmål om psykisk helse i Levekårsundersøkelsene med tema helse, både i 2002 og 2005. De endelige spørsmålene er blitt til som et resultat av Sosial- og helsedirektoratets prioriterte temaområder, internasjonale anbefalinger for overvåking av psykisk helse, interne prosesser ved Divisjon for psykisk helse, plassbegrensninger i det postale skjemaet, og til slutt Statistisk sentralbyrås egne vurderinger og prioriteringer.

Mange av indikatorerne er hentet fra EU's Health Monitoring programme og rapporten: Establishment of a set of mental health indicators for the European Union, Final report version 2.0 og prosjektet Mindfull (<http://info.stakes.fi/mindful/EN/database/indicators.htm>), samt en gjennomgang av rapporten EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys (WHO, Regional Office for Europe). Indikatorerne utgjør et basis datasett for overvåking av psykisk helse, inkludert helsedeterminanter og helsetjenester. En fullstendig oversikt over mål og indikatorer som er anbefalt av internasjonale organer er vedlagt som vedlegg. I denne rapporten har vi systematisert indikatorerne etter samme logikk som anvendt i European Community Health Indicators project (ECHI):

1. Demografiske og sosioøkonomiske faktorer.
2. Helsestatus.
 - Mortalitet.
 - Morbiditet.
1. Helsedeterminanter.
 - Personlige egenskaper.
 - Sosiale og kulturelle miljøforhold.
2. Helsetjenester.
 - Forebyggende og helsefremmende tiltak og tjenester.
 - Helsetjenestetilbud.
 - Helsetjenesteforbruk.
 - Bruk av sosiale tjenester og ytelser.
 - Utgifter.
 - Indikatorer på kvaliteten av helsetjenestene.

En rekke demografiske og sosioøkonomiske faktorer har også betydning for psykisk helse. Det eksisterer per dags dato ikke noen standardiserte indikatorer eller innsamlingsmetoder for disse faktorene. Data kan basere seg på befolkningsregistre, rutinestatistikk eller data fra helseundersøkelser. I rapporten Monitoring Mental Health in Europe, anbefaler man at det

rapporteres regelmessig på følgende faktorer av betydning for psykisk helse:

- * Urbanisering.
 - Etnisitet.
- * Enslighet blant voksne, derav andel ugifte, skilte og enker/enkemenn.
 - Skilsmisserate.
 - Andel husholdninger med enslig hovedforsørger.
 - Andel barn som bor i fosterhjem.
 - Andel barn som er i kontakt med barnevern.
 - Arbeidsledighet.
 - Andel pensjonister som bor alene.
- * Levestandard / indikatorer for finansielle problemer.
 - Andel under fattigdomsgrense.

Det nevnes i denne sammenheng også forhold som vold og seksuelt misbruk som foreløpig ikke er lagt inn som noe standardmål i indikatorlisten i vedlegget (kapittel 7).

1.3.3 Datakilder for overvåkingsformål

De primære datakildene for helseovervåking:

- Helseregistre (Dødsårsaksregisteret, Kreftregisteret, Medisinsk fødselsregister, Norsk pasientregister, Reseptregisteret og NAV/Rikstrygdeverket.)
- Repeterende befolkningsrepresentative utvalgsundersøkelser (Helseundersøkelser, HUS)

Helseregistre har lite opplysninger om psykisk helse, samt risiko- og beskyttende faktorer som er viktige for å planlegge og evaluere folkehelsearbeidet. WHO og EUs eksperter understreker derfor behovet for befolkningsrepresentative utvalgsundersøkelser for å overvåke psykisk helse. Statistisk sentralbyrås (SSB) levekårsundersøkelser er per dags dato de eneste nasjonale utvalgsundersøkelsene med spørsmål om psykisk helse som utføres regelmessig. Hovedformålet til disse undersøkelsene er imidlertid å overvåke kroniske lidelser (primært somatiske), funksjonshemming, omsorgsbehov og bruk av helse- og omsorgstjenester. Spørsmålene som SSB har lange tidsserier på, fyller opp det meste av undersøkelsen, og det er derfor begrenset plass til spørsmål som er viktige å følge med på for helsemyndighetene som har ansvar for å planlegge, prioritere og evaluere helsepolitikken på dette området.

2 Materiale og metode

2.1 Populasjon og utvalg

Dataene for denne studien er hentet fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse med tema helse i 2005. Dette er en landsdekkende tverrsnittundersøkelse der man trekker et landsrepresentativt utvalg av hjemmeboende individer over 15 år. Undersøkelsen gjentas om lag hvert tredje år med helse som hovedtema. I 2005-undersøkelsen ble det trukket et landsrepresentativt utvalg på 10000 individer over 15 år. Det var en avgang på 303 personer på grunn av død, bosetning i utlandet eller på institusjon. Bruttoutvalget besto derfor av 9697 personer. I 2005 ble det også trukket et tilleggsutvalg av barn og unge, men disse dataene er ikke analysert og beskrevet i denne rapporten.

Undersøkelsen består av 2 deler: En intervjudel og et spørreskjema som man fyller ut selv og postlegger i etterkant (postalt tillegg). Spørsmålene som er relevante for psykisk helse ligger i det postale tillegget. Svarprosentene i intervjudelen, der SSB sitt faste spørrebatteri ligger inne, har hatt en stabil svarprosent på ca. 70 % fordi SSB fortsetter å ringe og tilpasse tid for telefonintervjuet til de er oppe i en svarprosent på det nevnte nivå. Det purres imidlertid bare én gang på det postale tillegget, og svarprosenten på spørsmålene som gjelder psykisk helse har falt fra ca. 70 % i 1998, til 64 % i 2002 og til 57 % i 2005. 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 bare var 4850 av disse som også hadde deltatt i intervjudelen (drøye 50 % av bruttoutvalget).

2.2 Vurdering av befolkningsrepresentativitet av materialet

Det er tidligere vist at mange psykisk syke vegrer seg for å delta i helseundersøkelser, og at man i slike data-materialer ofte finner lavere prevalenstall for psykiske plager og lidelser enn hva som er reelt i befolkningen (12-15). Når frafallet etter hvert har blitt så stort som i denne undersøkelsen, er det grunn til å studere netto-

utvalget i forhold til befolkningsstatistikken, for å få et inntrykk av hvem som har falt fra i 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 for psykiske plager hos eldre i dette materialet er lavere enn hva som er reelt i befolkningen. Høyt utdannede er også noe overrepresentert i utvalget i forhold til offisiell befolkningsstatistikk, og høyt utdannede har betydelig bedre psykisk og fysisk helse enn lavt utdannede ((16)). 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. Det er vist i flere undersøkelser at innvandrere fra ikke-vestlige land har en betydelig overhyppighet av psykiske helseproblemer(13-16). I og med at spørreskjemaene i denne undersøkelsen heller ikke er oversatt til andre språk, og det heller ikke er brukt tolk, vil vi anta at det særlig er innvandrere med store språk- og integreringsproblemer som har falt fra.

Vi har også sammenlignet forekomsten av innleggelse på psykiatriske sykehus i løpet av de siste 12 månedene i vårt materiale, med tall på innleggelse i løpet av et år fra Norsk pasientregister. Disse sammenligningene viser også at det er et selektivt frafall av psykisk syke i vårt materiale. Alle prevalenstall om psykisk helse som presenteres i denne rapporten bør derfor tas med forbehold. De reelle tallene for psykiske plager og det å søke om hjelp i behandlingsapparatet, er antakelig høyere enn beregningene viser.

2.3 Inndelinger av materialet

Kjønn og alder.

Det øvrige materialet er delt inn i følgende aldersgrupper:

- Gruppe 1 - 16-24 år.
- Gruppe 2 - 25-44 år.
- Gruppe 3 - 45-64 år.
- Gruppe 4 - 65-74 år.
- Gruppe 5 - over 75 år.

Den eldste aldersgruppen består av relativt få personer, og i tillegg er det bare hjemmeboende som er med i undersøkelsen. De aller eldste (80+) er underrepresentert i denne gruppen. Derfor kan man stille spørsmål ved hvor representative resultatene for denne aldersgruppen er. Aldersgruppen 16-25 består i stor grad av individer under utdanning. Aldersgruppen 25-64 år utgjør den største gruppen (i arbeidsfør alder), hvor også svarprosenten er høyest. I denne gruppen er også antall individer høyt nok til at man kan bryte utvalget ytterligere ned og få representative underutvalg. Vi har derfor valgt denne gruppen for å studere sosiale og geografiske forskjeller, og utviklingen over tid.

Tabell 1: Antall deltagere i SSB's levekårsundersøkelse 2005, postalt skjema delte etter kjønn og alder

		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	284	353	637
	25-44	846	1053	1899
	45-64	947	982	1929
	65-74	278	273	551
	75+	102	88	190
Totalt		2459	2753	5212

Utdanning, inntekt og parstatus.

Dataene om utdanningslengde er hentet fra utdanningsregisteret. I Tabell 2 har vi delt materialet etter utdanning inn 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. 13 år eller mer.

Familiens inntekt korrigert for antall i familien ble brukt for undersøkelsen. Denne inntekten ble delt i kvartiler.

Geografisk inndeling av landet

Vi har stratifisert analysene etter de regionale helsefor- etakene (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 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 fire byer: Oslo, Stavanger, Bergen og Trondheim.

Tabell 2: Antall deltagere i SSB's levekårsundersøkelse 2005, delte etter kjønn, alder, utdanningsgruppe, inntekt og parforhold

		Menn	Kvinner	Totalt
Utdannings- gruppe	Lav - grunn- skole	322	367	689
	Middels - vide- regående	1389	1439	2828
	Høy - univer- sitet	663	849	1512
Husholdnings- inntekt i kvartiler	Lavest kvartil	410	590	1000
	2n kvartil	557	654	1211
	3e kvartil	648	652	1300
	Høyeste kvartil	675	664	1339

Er i parforhold	Kjønn		Totalt
	Menn	Kvinner	
Nei	574	732	1306
Ja	1797	1904	3701
Totalt	2371	2636	5007

Tabell 3: Antall deltagere i SSB's levekårsundersøkelse 2005, delt etter kjønn og helseregion

		Menn	Kvinner	Totalt
Helseregion	Øst	872	1005	1877
	Sør	455	494	949
	Vest	482	571	1053
	Midt	369	393	762
	Nord	281	290	571

Tabell 4: Antall deltagere i SSB's levekårsundersøkelse 2005, delt etter kjønn og etter botetthet av bosted

		Menn	Kvinner	Totalt
By-land	Landsbygd (<2000 innb)	702	753	1455
	Småby (mellom 2000 og 100000)	1052	1174	2226
	Storby (>100000)	535	628	1163

2.4 Statistiske analyser

Både når det gjelder indikatorene for psykisk helse og de ulike risikofaktorer (avhengige variable), har en undersøkt sammenhengen med de demografiske variable (uavhengige variable). Dette er først gjort i univariate analyser, der en har sett på sammenhengen mellom de uavhengige variable og de avhengige variable hver for seg. Signifikansnivået er her gjengitt i figurene ved angivelse av 95 % konfidensintervall. Da de uavhengige variable samvarierer, har en for å få et inntrykk av betydningen av den enkelte variabel når det justeres for betydningen av de andre, foretatt en multivariat statistisk analyse (General Linear Model) I tabellen gjengis da "marginal means", som er gjennomsnittsverdien for den avhengige variabel i de ulike demografiske undergrupper, når det justeres for de andre demografiske variable. I den utstrekning det er statistisk signifikant forskjell mellom gruppene, har en merket den aktuelle variabel med en stjerne (*). Dette betyr at det er signifikant forskjell mellom gruppene på 5 % nivå. Alle analyser er gjort i SPSS versjon 14.

3 Resultater

I presentasjonen av resultater har en først gjengitt de enkle, univariate analyser i tabells form eller som diagrammer. Dernest har en presentert resultatene av den multivariate analyse.

3.1 Psykisk helse

Vi har brukt både positive og negative mål på psykisk helse, hvilket er i tråd med Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon av psykisk helse. I tillegg har vi sett på omfanget av arbeidsuførhet og helsetjenesteforbruk som følge av dårlig psykisk helse. Vi har brukt indikatoren tilfredshet med livet (TML) og opplevelse av mestring/kontroll som mål på positiv mental helse, mens rapporterte psykiske plager (symptomer som først og fremst er vanlige ved angst og depresjon, men som ikke er diagnostiske) og et mål på avhengighet av

alkohol (CAGE) som indikatorer på dårlig psykisk helse. Vi mangler per dags dato befolkningsrepresentative datakilder for psykiatriske diagnoser.

3.1.1 Psykiske plager de siste 14 dager

Hopkins Symptom Checklist med 25 spørsmål (HSCL-25) måler symptomer og plager som først og fremst er vanlige ved depresjon og angstlidelser. Spørsmålene besvares etter en skala fra 1 (ikke plaget) til 4 (veldig mye plaget), og symptomnivået angis som gjennomsnittsskåre for spørsmålene (dvs. med en verdi mellom 1 og 4). Vi har også brukt HSCL-25 som et todelt mål, der gjennomsnittsverdier over 1,75 (HSCL-25 > 1,75) regnes som høy skåre eller betydelig grad av psykiske plager.

De 25 spørsmålene er følgende:

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 på hver 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"/>

Gjennomsnittsverdien for HSCL-25 i hele materialet er 1.3.

Tabell 5 viser fordelingen etter kjønn og alder når en bruker det todelte mål.

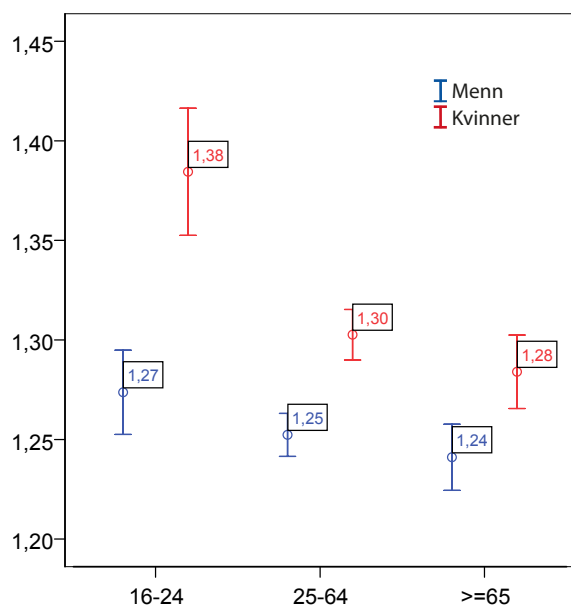
Tabell 5: HSCL-25 > 1,75 - prosent etter kjønn og alder

HSCL-25 delt i to grupper		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	8,8	16,5	13,1
	25-64	7,3	9,8	8,6
	>=65	3,6	8,7	6,0
Totalt		7,0	10,7	8,9

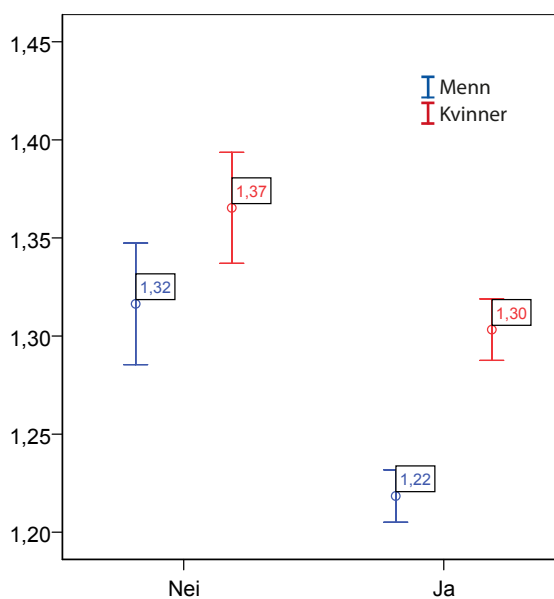
For hele materialet er det 8.9 % som har en skåre over 1.75 på HSCL-25, dvs. som har betydelige psykiske plager. De yngste kvinnene har den høyeste andelen av psykiske plager.

Demografiske variable og HSCL-25

Kjønn, alder og parforhold



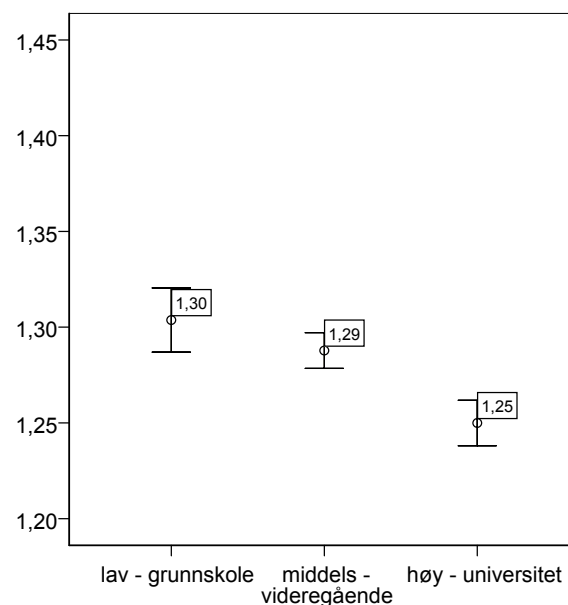
Figur 1: HSCL-25 - gjennomsnittskåre etter kjønn og alder (N = 5071)



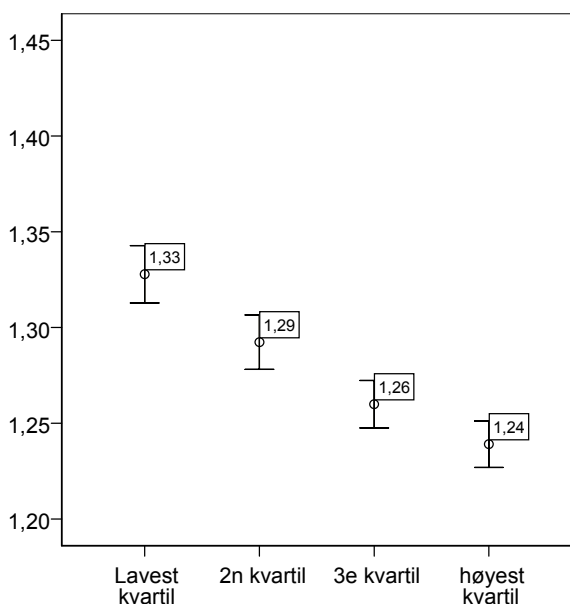
Figur 2: HSCL-25 - gjennomsnittskåre etter parforhold og kjønn (N = 4949)

Gjennomsnittstallene for HSCL er signifikant høyere blant kvinner enn blant menn, og dette gjelder alle aldersgrupper. De yngste kvinnene skiller seg ut med særlig høye tall. De som ikke er i parforhold har signifikant høyere tall enn de som er i parforhold, og dette gjelder begge kjønn.

Utdanning, inntekt, helseregion og by/land



Figur 3: HSCL-25 - gjennomsnittskåre etter utdanning (N = 4898)



Figur 4: HSCL-25 - gjennomsnittsskåre etter inntekt (kvartiler) (N = 4725)

Figurene viser at graden av psykiske plager øker signifikant med avtagende sosioøkonomisk status, og dette gjelder både utdanning og inntekt.

Det er ingen signifikante forskjeller mellom helse-regionene, men befolkningen i storbyene har en noe forhøyet gjennomsnittsskåre (data ikke vist).

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariate analyser, ser vi at kjønn (kvinner), alder (unge), utdanning (lav), inntekt (lav) og parforhold (nei) fortsatt er signifikant assosiert med høy gjennomsnittsskåre av HSCL-25, mens by-land forskjellene har et signifikansnivå på $p=0,052$. Det er ingen forskjell mellom helse-regionene.

Tabell 6: Beregnet gjennomsnitt (Estimated marginal means) for HSCL-25 i multivariat analyse (N = 4449)

DEMOGRAFISKE VARIABLER		Gj.sn.
Kjønn*	Menn	1,25
	Kvinner	1,32
Aldersgrupper*	16-24	1,31
	25-64	1,30
	>=65	1,25
Er i parforhold*	Nei	1,31
	Ja	1,26
Utdannings-gruppe*	Lav - grunnskole	1,31
	Middels - videregående	1,29
	Høy - universitet	1,25
Husholdnings-inntekt i kvartiler*	Lavest kvartil	1,34
	2n kvartil	1,30
	3e kvartil	1,26
	Høyest kvartil	1,24
Helseregion	Øst	1,29
	Sør	1,29
	Vest	1,29
	Midt	1,29
	Nord	1,27
By-land*	landsbygd (<2000 innb)	1,28
	småby (mellom 2000 og 100000)	1,28
	storby (>100000)	1,31

3.1.2 Alkoholavhengighet

Alkoholavhengighet er målt ved hjelp av CAGE ((17)). Dette spørrebatteriet er anbefalt av WHO som et mål på alkoholavhengighet. Avhengighet er et mål på et psykisk helseproblem, mens alkoholbruk er definert som en risikofaktor, men ikke et helseproblem.

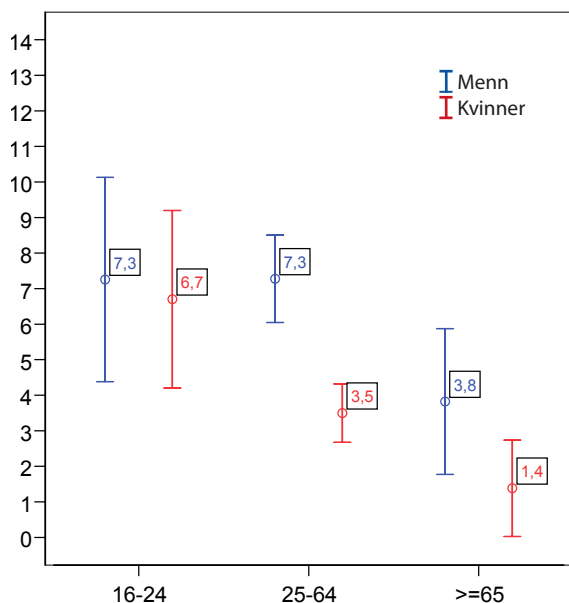
CAGE består av 4 spørsmål basert på erfaringer i løpet av de siste 12 månedene. Positivt svar på minst to spørsmål gir en sannsynlighet på mer enn 33 % for at personen er avhengig av alkohol (18, 19). Etter denne definisjonen er 5,2 % av utvalget avhengig av alkohol.

22 I løpet av de siste 12 månedene, har du opplevd følgende i forbindelse med bruk av alkohol?

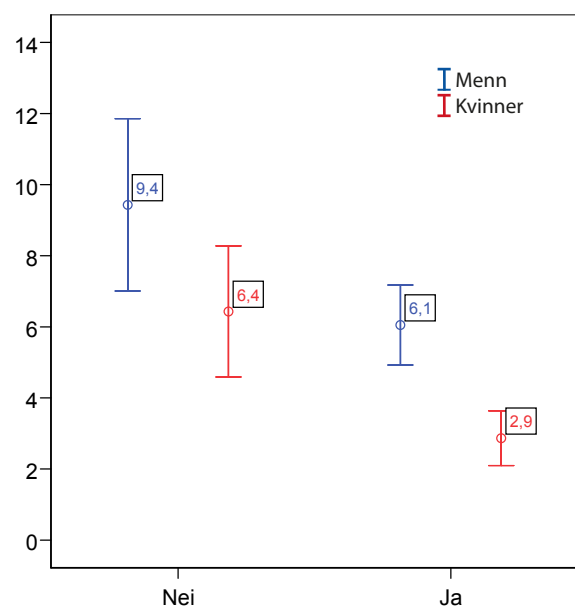
	Ja	Nei
forsøkt å redusere alkoholinntaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
folk som står deg nær har sagt at de sjeneres av dine drikkevaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hatt skyldfølelse knyttet til drikking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
av og til hatt behov for å drikke om morgenen/dagen derpå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Demografiske variable og avhengighet av alkohol

Kjønn, alder og parforhold



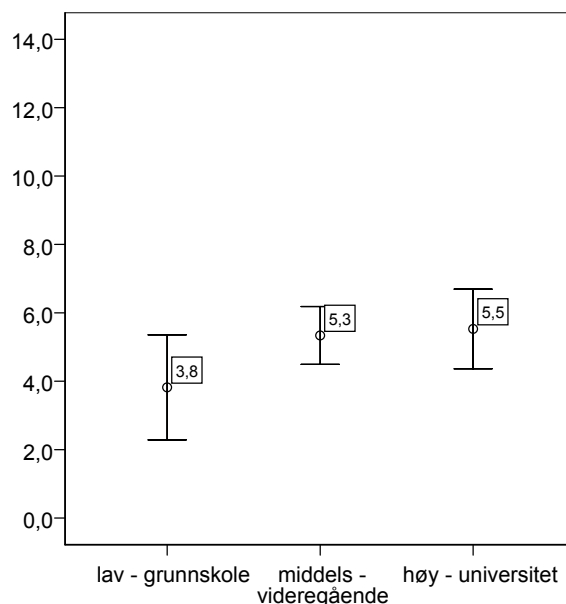
Figur 5: Andel (%) alkoholavhengige målt med CAGE, etter kjønn og alder (N = 4968)



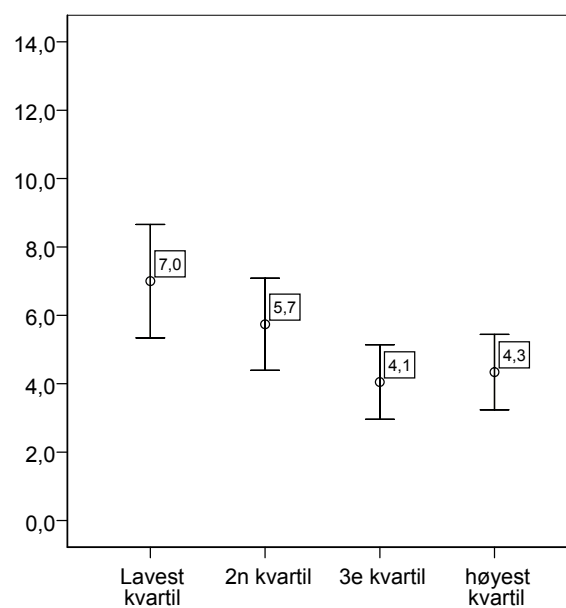
Figur 6: Andel (%) alkoholavhengige målt med CAGE, etter parforhold og kjønn (N = 4795)

Alkoholavhengighet målt med CAGE viser at det er signifikant flere menn enn kvinner som er alkoholavhengige. Det er en signifikant nedgang i avhengighet med alderen, og de som er i parforhold har signifikant lavere avhengighet enn de uten fast partner.

Utdanning, inntekt, helseregion og by/land

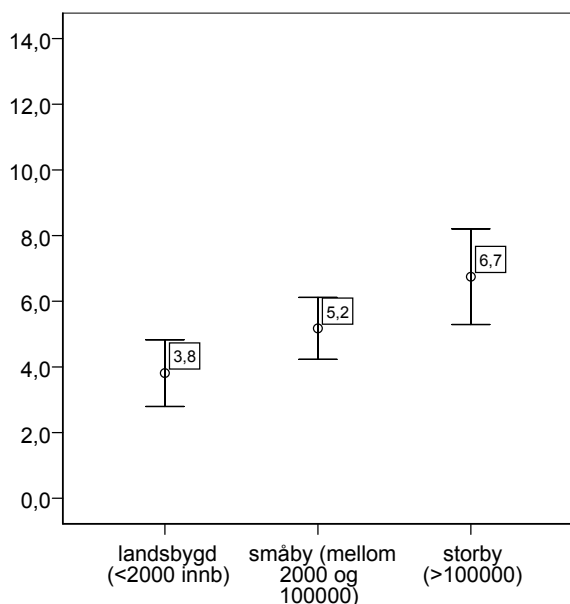


Figur 7: Andel (%) alkoholavhengige målt med CAGE, etter utdanning (N = 4801)



Figur 8: Andel (%) alkoholavhengige målt med CAGE, etter inntekt (kvartiler) (N = 4636)

Når det gjelder alkoholavhengighet, er det en ikke signifikant, men stigende trend med økende utdanning. Med økende inntekt er det derimot en avtagende trend, men heller ikke denne er statistisk signifikant.



Figur 9: Andel (%) alkoholavhengige målt med CAGE, etter innbyggertall (N = 4630)

Det er ingen signifikante forskjeller i avhengighet mellom helseregionene (data ikke vist), mens det er en signifikant høyere alkoholavhengighet i storbyene.

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariat analyse, ser vi at menn har en større tendens til å være alkoholavhengige enn kvinner. Andel avhengige synker med alder, mens avhengigheten er større hos de som ikke er i parforhold enn de som er i parforhold.

Tabell 7: Beregnede gjennomsnittlige prosentverdier (Estimated marginal means) for alkoholavhengighet i multivariat analyse (N = 4313)

DEMOGRAFISKE VARIABLER		Gj.sn.
Kjønn *	Menn	7,1
	Kvinner	3,5
Aldersgrupper *	16-24	6,9
	25-64	6,1
	>=65	2,9
Er i parforhold *	Nei	6,5
	Ja	4,1
Utdanningsgruppe	Lav - grunnskole	4,2
	Middels - videregående	5,5
	Høy - universitet	6,3
Husholdningsinntekter i kvartiler	Lavest kvartil	7,5
	2n kvartil	5,9
	3e kvartil	3,8
	Høyest kvartil	4,0
Helseregion	Øst	6,2
	Sør	4,4
	Vest	5,4
	Midt	4,4
	Nord	6,1
By-land	Landsbygd (<2000 innb)	4,0
	Småby (mellom 2000 og 100000)	5,4
	Storby (>100000)	6,6

Den observerte trend i den univariate analyse, med økt avhengighet i storbyene, er også signifikant i den multivariate analyse. Mellom helseregionene er det derimot ingen signifikant forskjell.

3.1.3 Mestring

Det postale skjemaet inneholder fem utsagn som dreier seg om erfaringer med å kontrollere og mestre ting i livet:

5 Under er det satt opp fem utsagn som dreier seg om erfaringer med å kontrollere og mestre ting i livet. Vi ber deg ta stilling til i hvilken grad du synes at disse utsagnene passer for deg. Sett ett kryss per linje.

	Svært enig	Enig	Like mye enig som uenig	Uenig	Svært uenig
Jeg har liten kontroll over det som hender med meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noen av mine problemer er det ikke mulig for meg å løse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er ikke mye jeg kan gjøre for å forandre på viktige ting i livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler ofte at jeg er hjelpeløs når det gjelder å takle livets problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av og til føler jeg meg som en brikke i livets spill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dette spørrebatteriet er anbefalt av EU, men mestring regnes da som en helsedeterminant, og ikke et mål på psykisk helse (20). I henhold til WHO's helsedefinisjon på psykisk helse, regnes evne til å mestre motgang, stress og livsbelastninger som et mål på god psykisk helse. Svaralternativene er rangert fra 1 (lav) til 5 (høy) og måler graden av kontroll og mestring. Målet kan brukes som en kontinuerlig variabel, der man beregner en totalskåre for de fem spørsmålene (verdi mellom 0 og 20), eller man kan todele etter i høy og lav mestring.

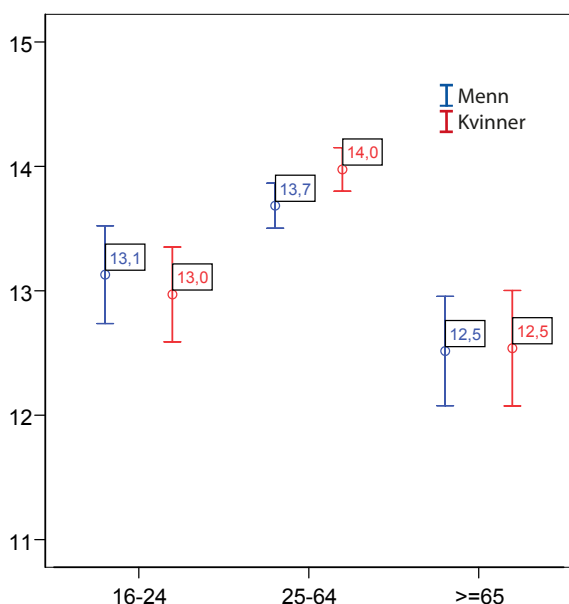
Figurene viser gjennomsnittsskåre, mens tabellen under viser prosentandel med lav mestring, dvs. verdier under 12 ((21)).

Tabell 8: Andel med lav mestring (under eller lik 12) etter kjønn og alder (N = 4990)

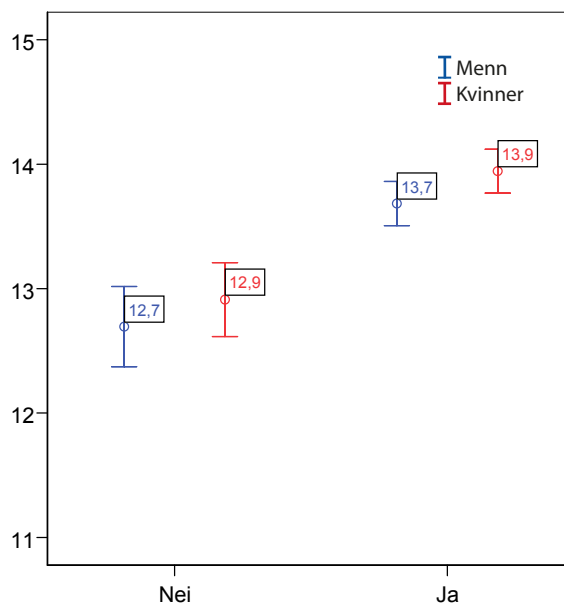
		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	30,9	32,6	31,8
	25-64	24,5	24,2	24,4
	>=65	37,7	40,6	39,1
Totalt		27,3	27,5	27,4

Demografiske variable og mestring

Kjønn, alder og parforhold



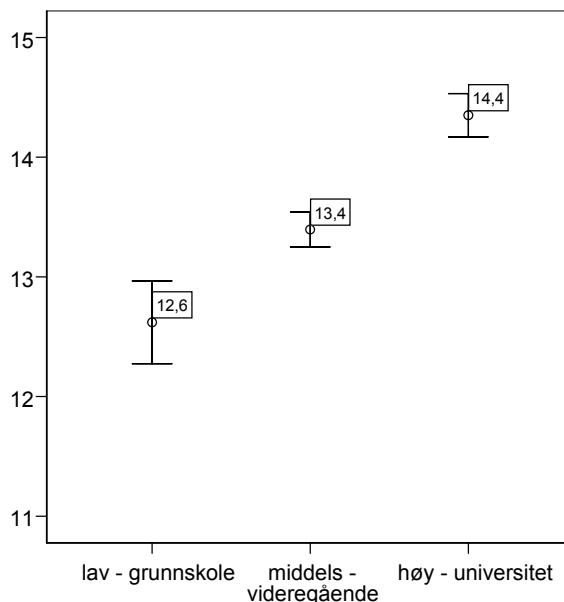
Figur 10: Mestring - gjennomsnittsskåre etter kjønn og alder (N = 4990)



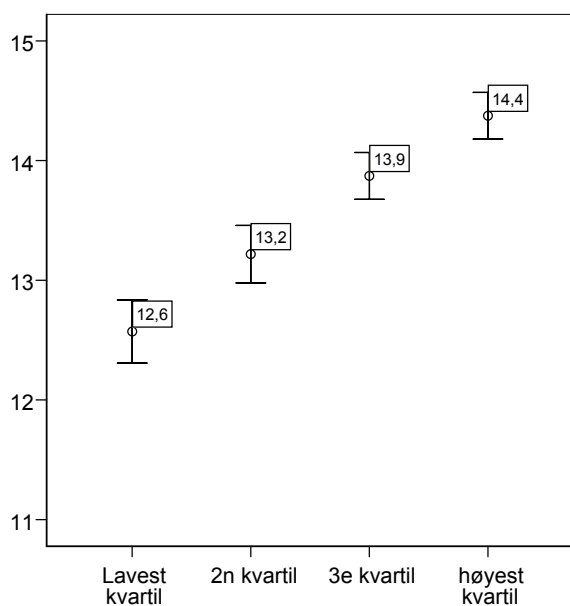
Figur 11: Mestring - gjennomsnittsskåre etter parforhold og kjønn (N = 4928)

Kvinner og menn har like mestringsevner. Grad av mestring er høyest når man er midtveis i livet. De i fast parforhold har en signifikant høyere opplevelse av mestring enn de som ikke er i parforhold.

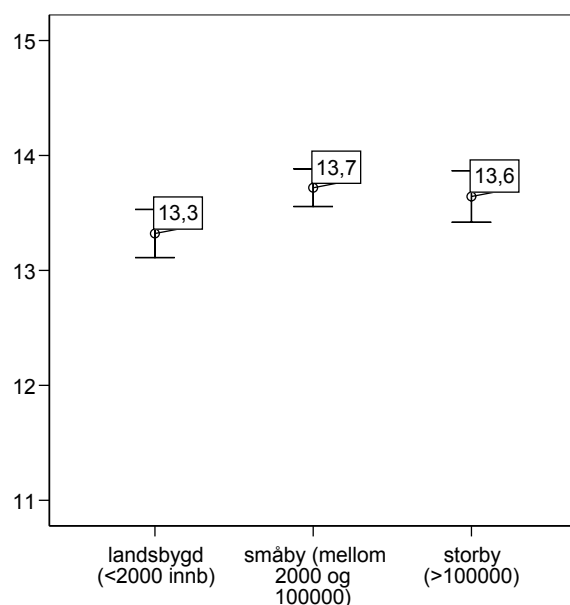
Utdanning, inntekt, helseregion og by/land



Figur 12: Mestring - gjennomsnittsskåre etter utdanning (N = 4826)



Figur 13: Mestring - gjennomsnittskåre etter inntekt (kvartiler) (N = 4646)



Figur 14: Mestring - gjennomsnittskåre etter by/land (N = 4640)

Mestring øker signifikant med økende utdanning og inntekt

Det er ingen signifikante forskjeller i mestring mellom helseregionene, mens de som bor på landsbygda har lavere grad av mestring enn de som bor i småbyer.

Tabell 9: Beregnet gjennomsnittskåre av mestring (Estimated marginal means) i multivariat analyse (N = 4432)

DEMOGRAFISKE VARIABLER		Gj.sn.
Kjønn *	Menn	13,1
	Kvinner	13,3
Aldersgrupper *	16-24	13,5
	25-64	13,4
	>=65	12,6
Er i parforhold *	Nei	12,9
	Ja	13,5
Utdanningsgruppe *	Lav - grunnskole	12,7
	Middels - videregående	13,1
	Høy - universitet	13,7
Husholdningsinntekt i kvartiler *	Lavest kvartil	12,5
	2n kvartil	13,0
	3e kvartil	13,5
	Høyest kvartil	13,8
Helseregion	Øst	13,2
	Sør	13,2
	Vest	13,0
	Midt	13,1
	Nord	13,3
By-land	Landsbygd (<2000 innb)	13,0
	Småby (mellom 2000 og 100000)	13,3
	Storby (>100000)	13,2

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariat analyse, ser vi at det er en tendens til høyere verdi for mestring hos kvinner enn hos menn, og graden av mestring synker med alderen. De som er i parforhold har signifikant høyere grad av mestring enn de som ikke er i parforhold. Mestring øker signifikant med både utdanning og inntekt, mens det er ingen signifikante geografiske forskjeller.

3.1.4 Tilfredshet med livet

Tilfredshet med livet (TML) er målt ved hjelp av Satisfaction with Life Scale (SWLS) ((22)), som kan oppfattes som et mål på positiv mental helse. Variabelen er laget på basis av en teori om at tilfredshet med livet er uttrykk for en persons vurdering av sitt eget liv i forhold til normen (standarden) i samfunnet (22, 23)). Denne indikatoren brukes hovedsakelig som en gjennomsnittsskåre og ikke som et todelt mål.

TML beregnes på bakgrunn av disse fem spørsmålene:

4 **Hvor fornøyd er du med livet?** Kryss av om hvor enig eller uenig du er i de følgende påstander. Sett ett kryss for hver linje.

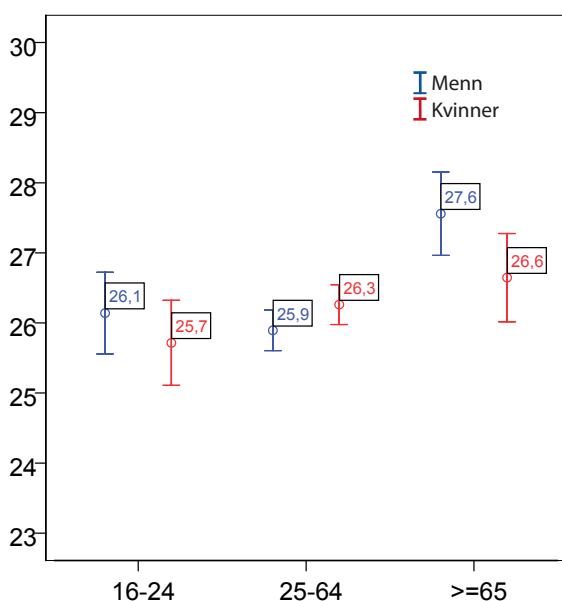
	Verken						
	Helt enig	Enig	Litt enig	enig eller uenig	Litt uenig	Uenig	Helt uenig
På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livsbetaingelsene mine er svært gode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hadde jeg kunne levd på nytt, ville jeg nesten ikke forandret noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

På en 7-punkts skala hvor 7 er mest fornøyd og 1 minst fornøyd, summeres verdiene fra de 5 spørsmålene slik at det blir en skala fra 5 (minst tilfreds) til 35 (mest tilfreds). Gjennomsnittsskåre i vårt materiale er 26,2.

I den internasjonale sammenligningen er også spørsmål 3 brukt alene: "Jeg er fornøyd med livet", på en skala fra 1 (minst fornøyd) til 7 (mest fornøyd).

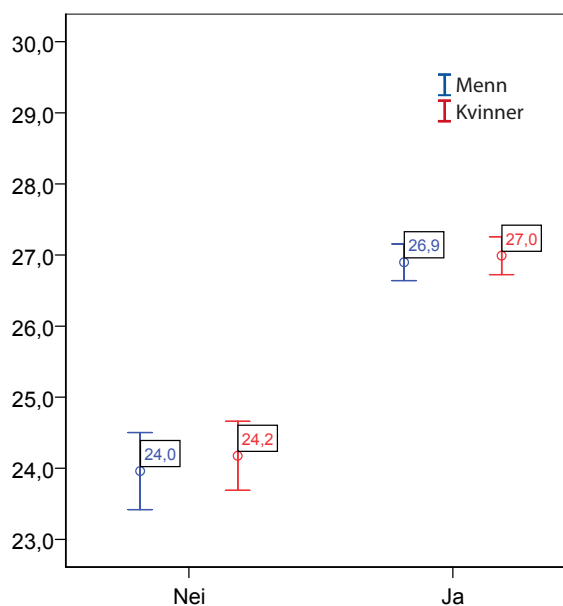
Demografiske variable og tilfredshet med livet

Kjønn, alder og parforhold



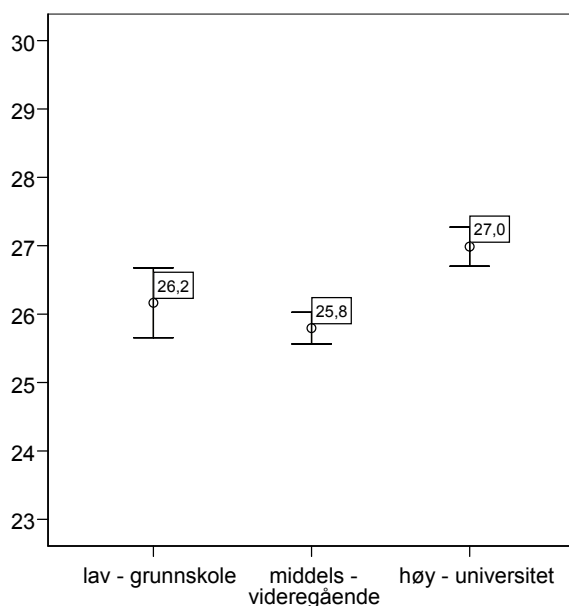
Figur 15: Tilfredshet med livet (TML) - gjennomsnittsskåre etter alder og kjønn (N = 4984)

Det er en tendens til økning i tilfredshet med livet med økende alder, særlig hos menn, men forskjellene er ikke statistisk signifikante. De som er i parforhold har signifikant høyere tilfredshet med livet enn de som ikke er i parforhold.

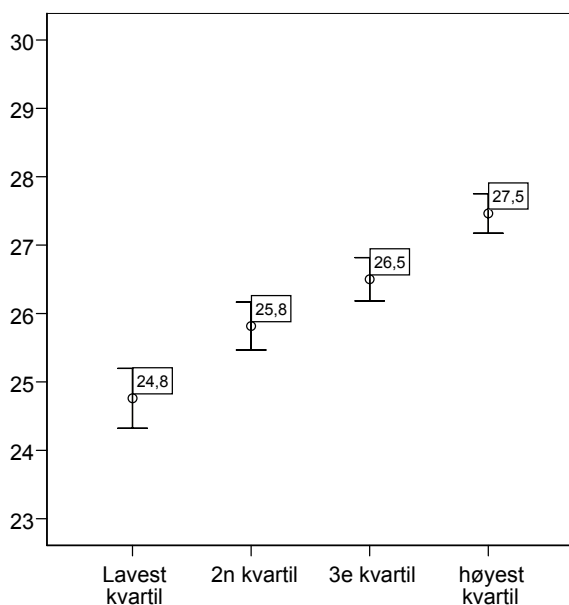


Figur 16: Tilfredshet med livet (TML) - gjennomsnittsskåre etter parforhold og kjønn (N = 4924)

Utdanning, inntekt, helseregion og by/land



Figur 17: Tilfredshet med livet (TML) - gjennomsnittsskåre etter utdanning (N = 4820)



Figur 18: Tilfredshet med livet (TML) - gjennomsnittsskåre etter inntekt (kvartiler) (N = 4641)

Det er en signifikant økning i tilfredshet med livet med økende inntekt. De med høyest utdanning er signifikant mer tilfreds med livet enn de med mindre utdanning.

Det er ingen signifikante geografiske forskjeller i opplevd tilfredshet.

Tabell 10: Beregnet gjennomsnittsskåre av tilfredshet med livet (Estimated marginal means) i multivariat analyse (N = 4429)

DEMOGRAFISKE VARIABLER		Gj.sn.
Kjønn	Menn	26,1
	Kvinner	26,3
Aldersgrupper *	16-24	26,5
	25-64	25,1
	>=65	26,9
Er i parforhold *	Nei	24,8
	Ja	27,6
Utdanningsgruppe*	Lav - grunnskole	26,1
	Middels - videregående	25,7
	Høy - universitet	26,7
Husholdningsinntekt i kvartiler *	Lavest kvartil	25,2
	2n kvartil	25,9
	3e kvartil	26,4
	Høyest kvartil	27,2
Helseregion	Øst	26,3
	Sør	26,3
	Vest	26,3
	Midt	26,0
	Nord	26,0
By-land	Landsbygd (<2000 innb)	26,4
	Småby (mellom 2000 og 100000)	26,2
	Storby (>100000)	25,9

Ved den multivariate analyse har aldersgruppen 25-64 år, og de med middels utdannelse, den laveste skåre på tilfredshet med livet. Tilfredsheten øker med økende inntekt, og de som er i parforhold angir større tilfredshet med livet enn de som ikke er i parforhold. Det er ingen geografiske forskjeller når det gjelder tilfredshet med livet.

3.1.5 Sykemelding/trygd som følge av psykiske problemer

Det er brukt følgende spørsmål:

17 Har du vært sykemeldt eller mottatt noen annen form for ytelser fra folketrygden (f.eks. uføretrygd, attføring eller rehabiliteringspenger) som følge av helt eller delvis redusert arbeidsevne pga. dine psykiske problemer de siste 12 månedene?

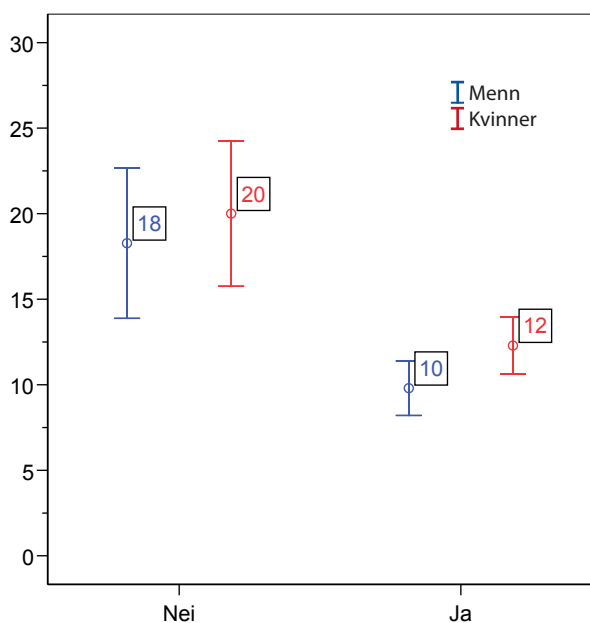
- Ja
- Nei

I analysen inngår bare de som er i alderen 25-64 år, og i analysen er det ikke inndelt i aldersgrupper.

Totalt har 12,6 % vært sykmeldte eller trygdede pga. psykiske problemer i løpet av det siste året, fordelt på 11,3 % av mennene og 13,8 % av kvinnene i materialet. Justert for kjønnsforskjellene i HSCL-skåre, var det ingen signifikante forskjeller mellom menn og kvinner i sykemelding/trygd pga psykiske problemer.

Demografiske variable og sykemelding

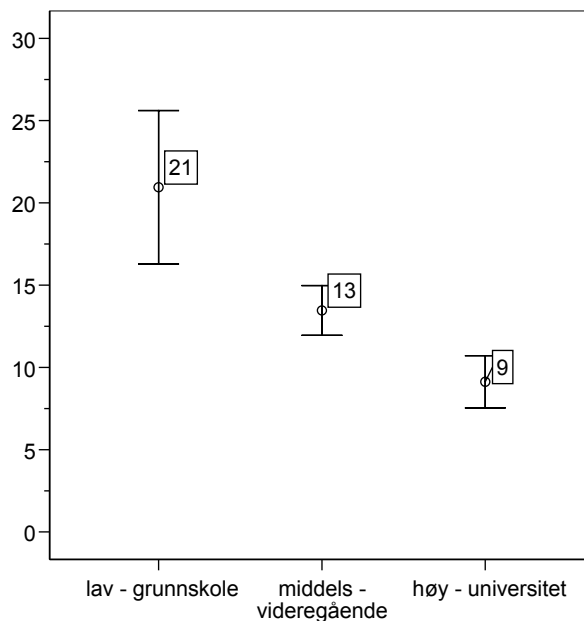
Kjønn og parforhold



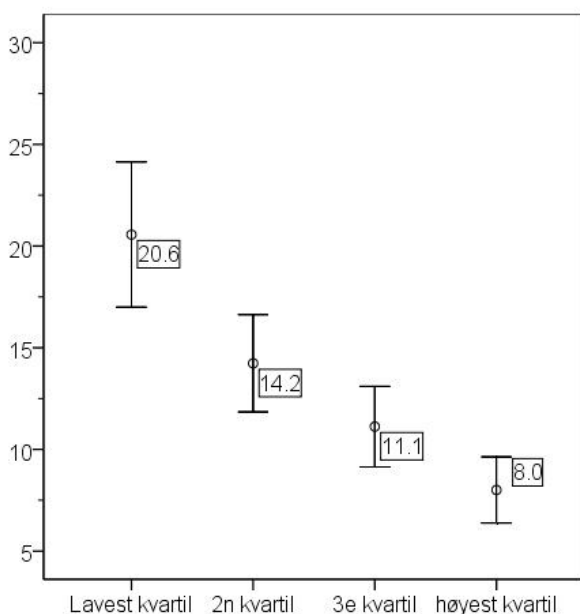
Figur 19: Andel sykmeldte/ trygdede (%) i løpet av de siste 12 måneder pga. psykiske problemer, etter parforhold og kjønn (N = 4765)

De som ikke er i parforhold har signifikant høyere bruk av sykemelding eller trygd enn de som er i parforhold.

Utdanning, yrke, helseregion og by/land



Figur 20: Andel (%) sykmeldte/trygdede i løpet av de siste 12 måneder pga. psykiske problemer, etter utdanning (4779)



Figur 21: Andel (%) sykmeldte/trygdede i løpet av de siste 12 måneder pga. psykiske problemer, etter inntekt (kvartiler) (N = 4606)

Andel sykmeldte/trygdede på grunn av psykiske problemer øker med avtakende utdanning og inntekt.

Det er ingen signifikante geografiske forskjeller i bruk av sykemelding eller trygd for psykiske problemer.

I den multivariate analysen finner vi fortsatt en signifikant høyere bruk av sykemelding/trygd for psykiske problemer hos kvinner, og hos dem som er uten fast parforhold. Det er avtagende bruk av slike trygdeytelser med økende utdanning og inntekt, mens det ikke er noen geografiske forskjeller, verken mellom helseregionene eller mellom by og land.

Hvis en bare ser på de som har betydelige psykiske plager ifølge HSCL (dvs. HSCL > 1,75), finner en ingen signifikante forskjeller mellom sosioøkonomiske grupper eller geografiske områder i sykemelding/trygd pga. psykisk sykdom. Dette tyder da på at forskjellene i trygdeforbruk skyldes forskjeller i psykiatrisk sykkelighet.

Tabell 11: Beregnede gjennomsnittlige prosentverdier (Estimated marginal means) for sykemelding/trygd på grunn av psykiske problemer siste år i multivariat analyse (N = 4283)

DEMOGRAFISKE VARIABLER		Gj.sn.
Kjønn*	Menn	14,9
	Kvinner	17,2
Er i parforhold*	Nei	18,5
	Ja	13,6
Utdanningsgruppe *	lav - grunnskole	20,3
	middels - videregående	15,7
	høy - universitet	12,2
Husholdningsinntekt i kvartiler*	Lavest kvartil	21,3
	2n kvartil	16,5
	3e kvartil	14,4
	høyest kvartil	12,1
Helseregion	Øst	16,0
	Sør	17,7
	Vest	13,4
	Midt	16,0
	Nord	17,2
By-land	landsbygd (<2000 innb)	15,0
	småby (mellom 2000 og 100000)	16,5
	storby (>100000)	16,6

3.1.6 Forholdet mellom indikatorene på psykisk helse

For å undersøke sammenhengen mellom de ulike indikatorer på psykisk helse har en gjort en korrelasjonsanalyse.

Tabell 12: Pearsons korrelasjonskoeffisienter mellom indikatorene på psykisk helse

	HSCL*	Mestring	CAGE	Medisiner	TML
HSCL - 25	1.00				
Mestring	-.52**	1.00			
Cage, alkoholavhengighet	.21**	-.11**	1.00		
Medisiner mot angst/depresjon	.38**	-.22**	.10**	1.00	
Tilfredshet med Livet (TML)	-.58**	.50**	-.14**	-.22**	1.00

*N fra 4693 til 4996

**p > 0.001

Det er en statistisk signifikant sammenheng mellom alle variable, spesielt mellom HSCL-25 og henholdsvis mestring og tilfredshet med livet, slik at en høy skåre på de to siste variable er knyttet til en lav skåre på HSCL-25. Høye verdier for alkoholavhengighet og medisinbruk er knyttet til en høy skåre for HSCL-25.

I alt 9 % av deltakerne hadde søkt hjelp for psykiske problemer siste år. Hvis en bare ser på de som i følge HSCL-25 har betydelige psykiske problemer. (HSCL-25>1.75), er andelen som har søkt hjelp 43 %.

3.2 Helsetjenester

3.2.1 Bruk av helsetjenester pga. psykiske helseproblemer

En har brukt følgende spørsmål om hjelpsøking på grunn av psykiske problemer:

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

Ja

Nei → Gå til **17**

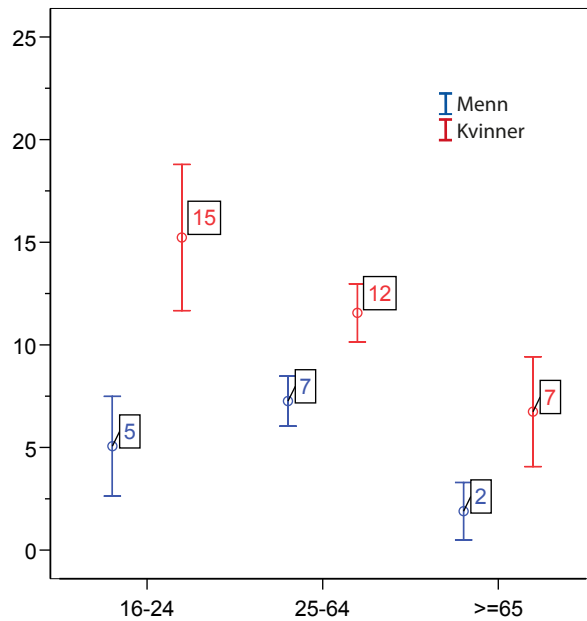
Andel som har søkt hjelp fremgår av Tabell 13.

Tabell 13: Andel (%) som har søkt hjelp fra helse-tjenesten de siste 12 måneder etter kjønn og alder (N =5133)

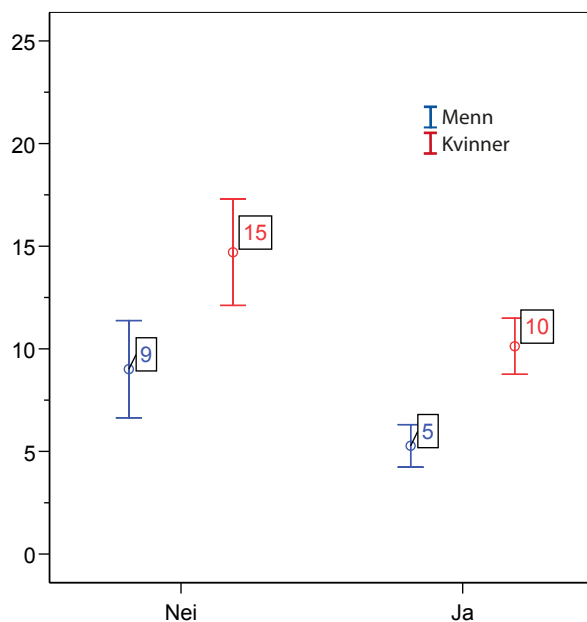
		Menn	Kvinner	Total
Alder	16-24	5,1	15,2	10,7
	25-64	7,3	11,6	9,5
	>=65	1,9	6,7	4,2
Total		6,2	11,5	9,0

Demografiske variable og hjelpsøking

Kjønn, alder og parforhold



Figur 22: Andel (%) som har søkt hjelp fra helsetjenesten siste 12 måneder på grunn av psykiske problemer, etter kjønn og alder (N = 5133)

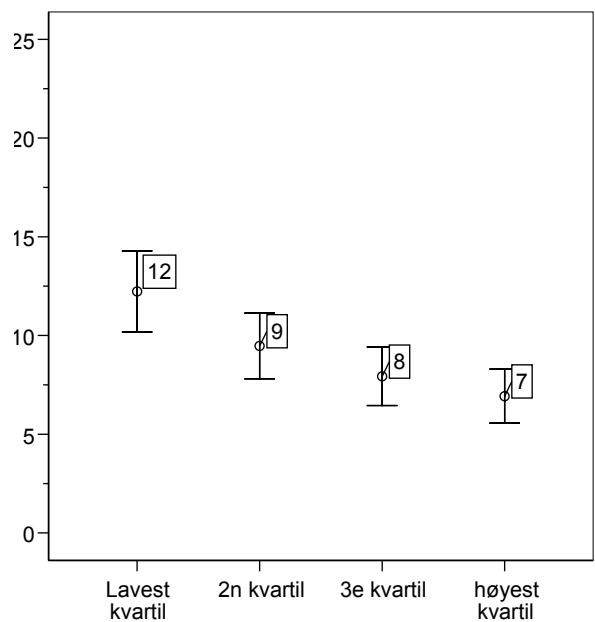


Figur 23: Andel (%) som har søkt hjelp fra helsetjenesten siste 12 måneder på grunn av psykiske problemer, etter parforhold og kjønn (N = 4947)

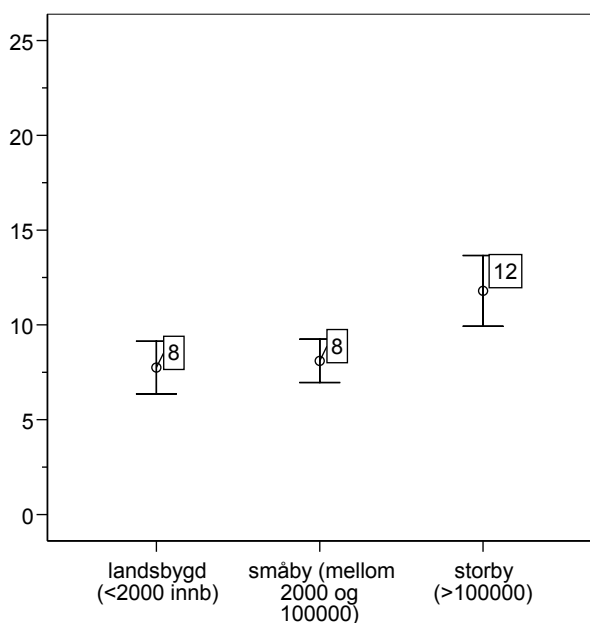
Kvinner søker oftere hjelp for psykiske problemer enn menn, og det er særlig gruppen yngre kvinner som søker hjelp i helsevesenet for sine problemer og plager. Det er en signifikant økning hos de som ikke er i parforhold.

Dersom vi bare ser på de med betydelige psykiske problemer (HSCL-25 > 1,75), finner vi fortsatt en signifikant høyere andel blant kvinner enn blant menn, men justert for høyt HSCL-nivå varierer hjelpsøkingen ikke lenger med alder og parforhold.

Utdannelse, inntekt, helseregion og by/land



Figur 24: Andel (%) som har søkt hjelp fra helsetjenesten siste 12 måneder på grunn av psykiske problemer, etter inntekt (kvartiler) (N = 4788)



Figur 25: Andel (%) som har søkt hjelp fra helse-tjenesten siste 12 måneder på grunn av psykiske problemer, etter by/land (N = 4782)

Det er ingen forskjeller i rapportert bruk av helsetjenester mellom utdanningsgrupper (data ikke vist), men en trend i retning av avtakende bruk med økende inntekt. Det er ingen regionale forskjeller (data ikke vist), men et høyere bruk i storbyer enn på landsbygd og i småbyer.

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariat analyse, finner vi det samme som i de univariate analyser. Det er høyere bruk av helsetjenester for psykiske problemer hos kvinner enn menn, og hos de som er ikke i parforhold, mens der avtagende bruk med økende alder og med økende inntekt. Det er ingen forskjeller mellom utdanningsgrupper og helseregioner, mens bruk av helsetjenester er størst i storbyene.

Tabell 14: Beregnede gjennomsnittlige prosentverdier (Estimated marginal means) for hjelpsøking på grunn av psykiske problemer siste år i multivariat analyse (N = 4452)

DEMOGRAFISKE VARIABLER		Gj.sn.
Kjønn *	Menn	6,1
	Kvinner	11,0
Aldersgrupper *	16-24	9,7
	25-64	11,2
	>=65	4,8
Er i parforhold*	Nei	10,3
	Ja	6,8
Utdannings-gruppe	Lav - grunnskole	9,8
	Middels - videregående	8,0
	Høy - universitet	9,0
Husholdnings-inntekt i kvartiler *	Lavest kvartil	10,9
	2n kvartil	9,2
	3e kvartil	7,9
	Høyest kvartil	6,3
Helseregion	Øst	9,4
	Sør	8,3
	Vest	8,5
	Midt	8,4
	Nord	8,2
By-land *	Landsbygd (<2000 innb)	7,6
	Småby (mellom 2000 og 100000)	7,4
	Storby (>100000)	10,7

3.2.2 Bruk av medisiner mot psykiske helseproblemer

I det postale spørreskjemaet er det stilt følgende spørsmål om bruk av medisiner:

Bruk av medisiner

6 I løpet av de siste 4 ukene, hvor ofte har du brukt følgende medisiner? Sett ett kryss per linje.

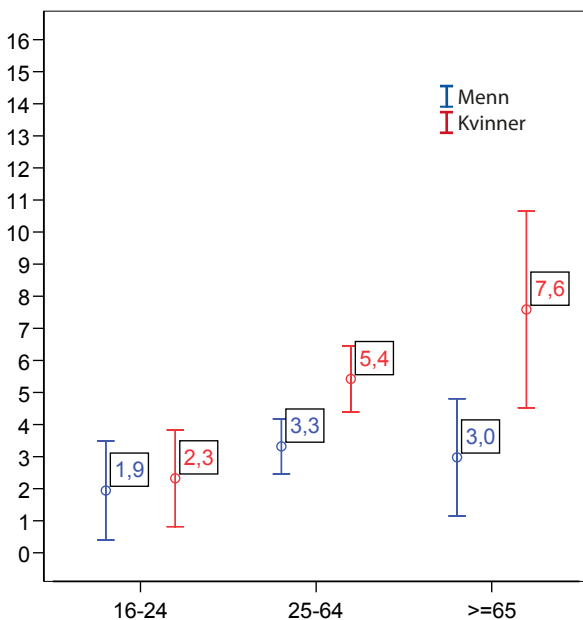
	Daalia	Hver uke, men ikke daalia	Sjeldnere enn hver uke	Ikke brukt siste 4 uker
Sovemedisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beroligende medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

3.2.2.1 Bruk av medisiner mot depresjon (antidepressiva)

4,2 % av deltagerne i undersøkelsen angir at de har brukt antidepressive medikamenter i løpet av de siste fire ukene. Blant de med HSCL-25 > 1,75 har 24 % brukt antidepressive medikamenter.

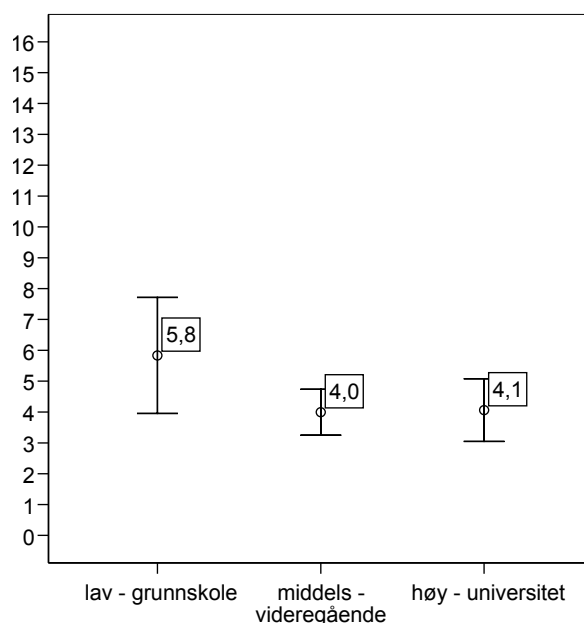
Demografiske variable og bruk av antidepressiva

Kjønn, alder og parforhold

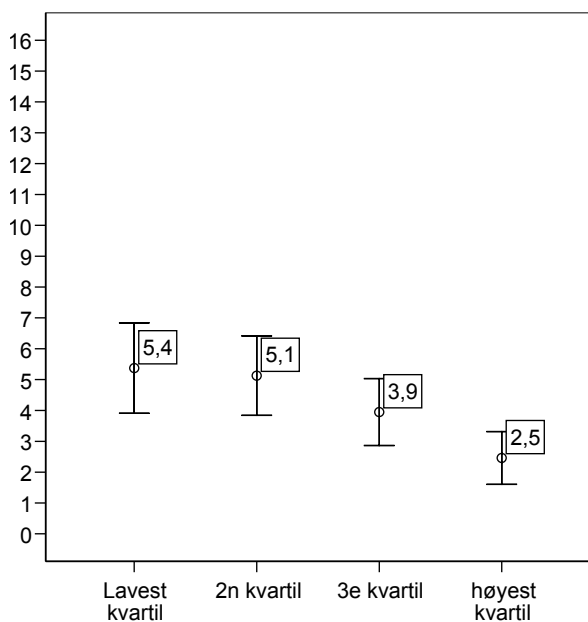


Figur 26: Andel (%) som bruker antidepressiva ukentlig eller mer, etter kjønn og alder (N = 4873)

Kvinner over 25 år bruker signifikant mer antidepressiva enn menn i samme aldersgrupper. Det er ingen signifikante forskjeller i forbruk mellom de som er i eller uten fast parforhold.

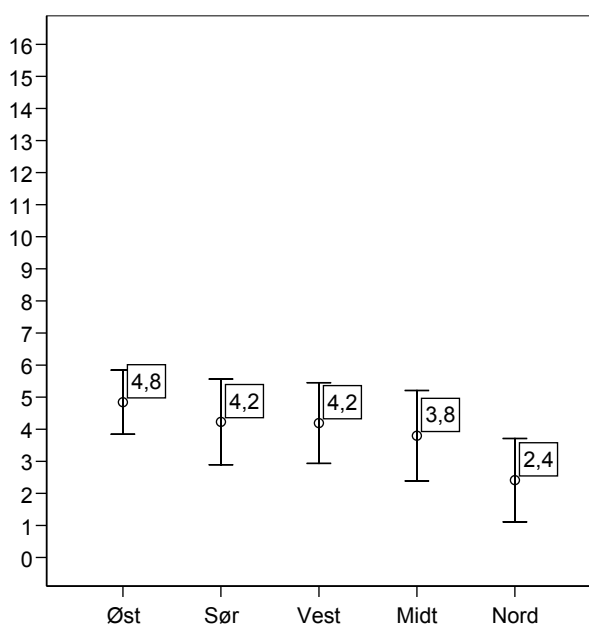


Figur 27: Andel (%) som bruker antidepressiva ukentlig eller mer, etter utdanning (N = 4706)



Figur 28: Andel (%) som bruker antidepressiva ukentlig eller mer, etter inntekt (kvartiler) (N = 4544)

Når det gjelder forbruk av antidepressive legemidler, er det en synkende trend med økende inntekt, mens nedgangen med økt utdanning ikke er signifikant.



Figur 29: Andel (%) som bruker antidepressiva ukentlig eller mer, etter helseregion (N = 4879)

Helse Nord har et signifikant lavere forbruk av antidepressiva enn gjennomsnittet for resten av landet, mens det er ingen signifikante forskjeller i forbruk mellom landsbygda og byene.

Tabell 15: Beregnede gjennomsnittlige prosentverdier (Estimated marginal means) for bruk av antidepressiva ukentlig eller mer i multivariat analyse (N = 4281)

DEMOGRAFISKE VARIABLER		Gj.sn.
Kjønn *	Menn	2,8
	Kvinner	4,7
Aldersgrupper *	16-24	1,2
	25-64	5,4
	>=65	4,6
Er i parforhold *	Nei	4,7
	Ja	2,8
Utdanningsgruppe	Lav - grunnskole	4,7
	Middels - videregående	3,3
	Høy - universitet	3,2
Husholdnings-inntekt i kvartiler *	Lavest kvartil	5,0
	2n kvartil	4,4
	3e kvartil	3,5
	Høyest kvartil	2,1
Helseregion *	Øst	4,7
	Sør	3,8
	Vest	4,2
	Midt	3,5
	Nord	2,6
By-land	Landsbygd (<2000 innb)	3,6
	Småby (mellom 2000 og 100000)	3,8
	Storby (>100000)	3,9

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariat analyse, finner vi omtrent det samme som i de univariate analysene; det er et signifikant høyere forbruk av antidepressiva hos kvinner enn hos menn og hos de som ikke er i parforhold mens forbruket øker med økende alder. Forbruket synker signifikant med økende inntekt, mens det ikke er noen signifikant sammenheng med utdanning. Det er et signifikant mindre forbruk i Helse Nord enn i Helse Øst, men ingen signifikant forskjell mellom by og land.

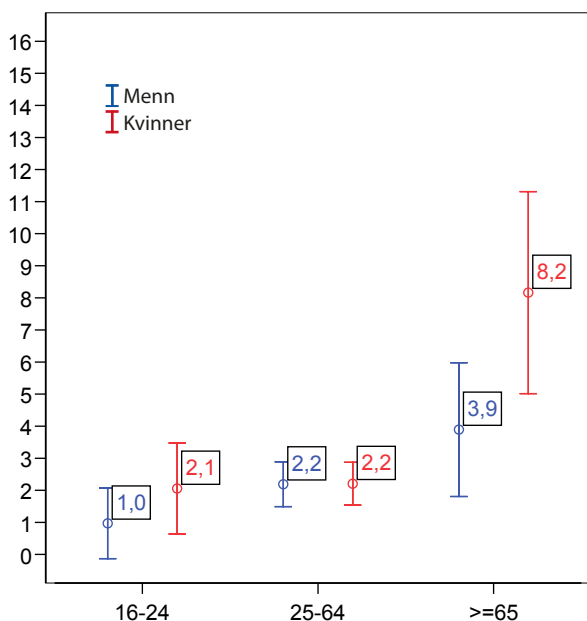
3.2.2.2 Bruk av beroligende midler

I alt 2,6 % av deltagerne i undersøkelsen har brukt beroligende medikamenter ukentlig eller mer. Blant de med HSCL-25 > 1,75 er det 16 % som har brukt beroligende medikamenter.

Det er en tendens til økende forbruk av beroligende midler med økende alder, og en tendens til større forbruk hos kvinner enn hos menn. Når det gjelder parforhold er det ingen forskjell.

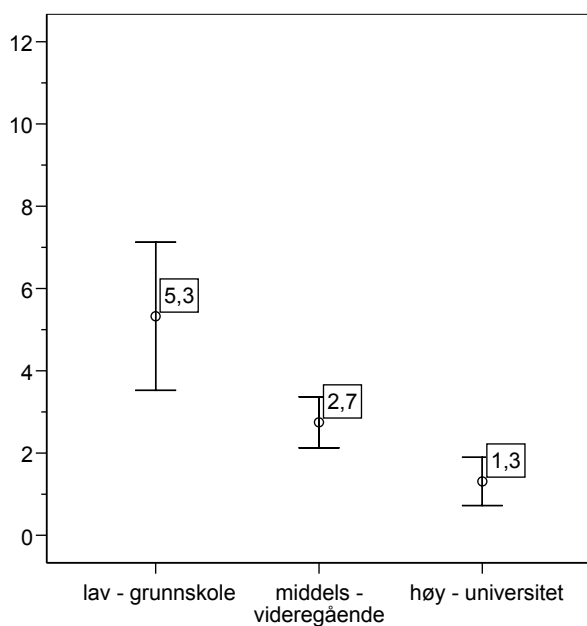
Demografiske variable og bruk av beroligende midler

Kjønn, alder og parforhold

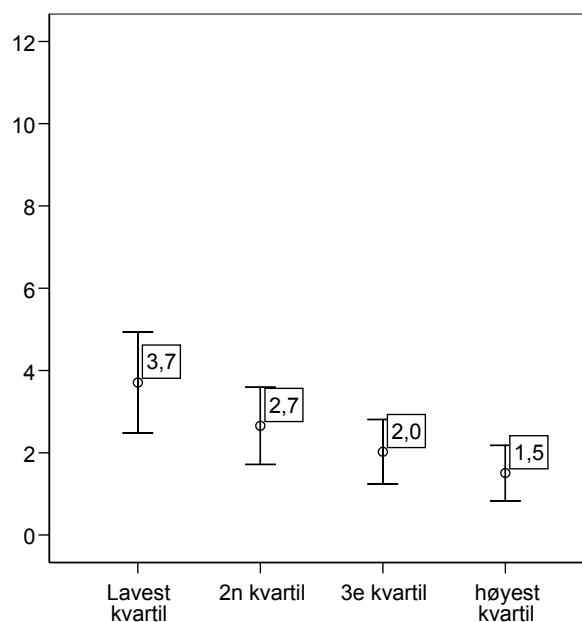


Figur 30: Andel (%) som bruker beroligende midler ukentlig eller mer, etter kjønn og alder (N = 4875)

Utdanning, inntekt, helseregion og by/land



Figur 31: Andel (%) som bruker beroligende midler ukentlig eller mer, etter utdanning (N = 4708)



Figur 32: Andel (%) som bruker beroligende midler ukentlig eller mer, etter inntektsnivå (kvartiler) (N = 4544)

Når det gjelder forbruk av beroligende legemidler, er det en synkende trend med økende utdanning og inntekt.

Det er ingen signifikante geografiske forskjeller i forbruk av beroligende midler.

Tabell 16: Beregnede gjennomsnittlige prosentverdier (Estimated marginal means) for bruk av beroligende medisiner i multivariat analyse (N = 4281)

DEMOGRAFISKE VARIABLER		Gj.sn.
Kjønn	Menn	2,4
	Kvinner	3,1
Aldersgrupper*	16-24	0,8
	25-64	2,9
	>=65	4,7
Er i parforhold *	Nei	3,6
	Ja	2,0
Utdanningsgruppe *	Lav - grunnskole	4,0
	Middels - videregående	2,8
	Høy - universitet	1,5
Husholdningsinntekt i kvartiler	Lavest kvartil	3,3
	2n kvartil	2,9
	3e kvartil	2,6
	Høyest kvartil	2,4
Helseregion	Øst	3,1
	Sør	3,1
	Vest	3,0
	Midt	2,1
	Nord	2,7
	By-land	Landsbygd (<2000 innb)
	Småby (mellom 2000 og 100000)	3,0
	Storby (>100000)	2,6

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariat analyse, er resultatene omtrent de samme som i de univariate analysene: Det er en tendens til at kvinner bruker beroligende medisiner oftere enn menn, men forskjellen er ikke signifikant. Forbruket øker signifikant med økende alder og de som er utenfor parforhold har

et større forbruk enn de som er i parforhold. Forbruket er avtakende med økende utdanning, mens forskjellene ikke er signifikante for inntekt. Det er ingen signifikante forskjeller geografisk, verken mellom helseregionene eller mellom by og land.

3.3 Risikofaktorer

3.3.1 Kroniske smerter

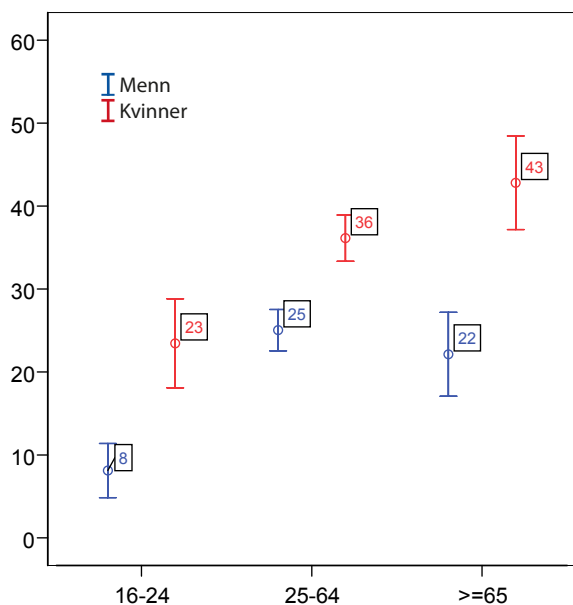
Spørsmålene som er brukt om kroniske smerter er en del av intervjuet av tilleggsutvalget.

Sm1 Har du langvarige eller stadig tilbakevendende smerter? (Svar Ja / Nei)

Kroniske smerter definerte med varighet på 3 måneder eller mer

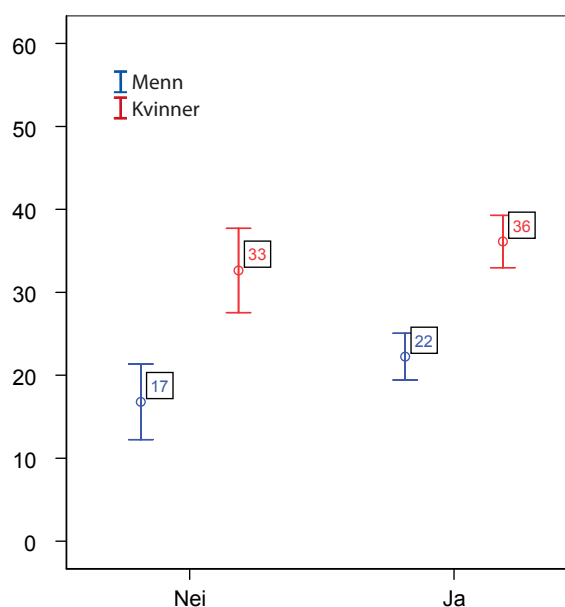
Demografiske variable og andel med kroniske smerter

Kjønn og alder



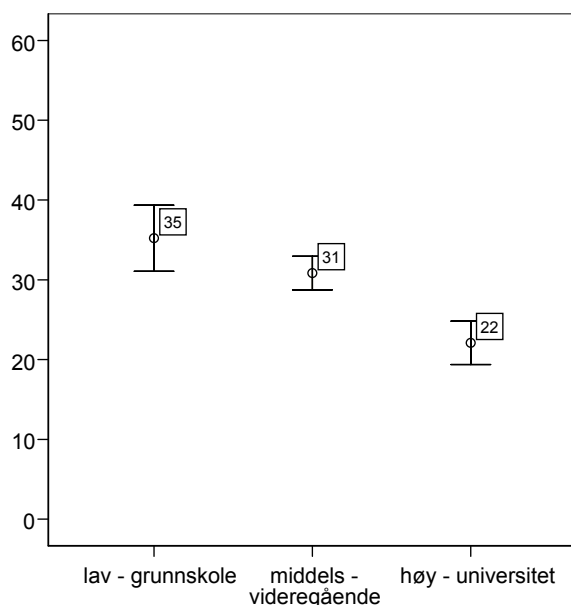
Figur 33: Andel (%) med kroniske smerter etter kjønn og alder (N = 3373)

Det er en signifikant høyere andel med kroniske smerter hos kvinner. Andel med kroniske smerter øker signifikant med økende alder. Hos menn slutter økningen tidligere enn hos kvinner, der den øker jevnt. Det er en tendens til at de som ikke er i parforhold i større utstrekning enn de som er i parforhold har kroniske smerter, men forskjellene er ikke statistisk signifikante.

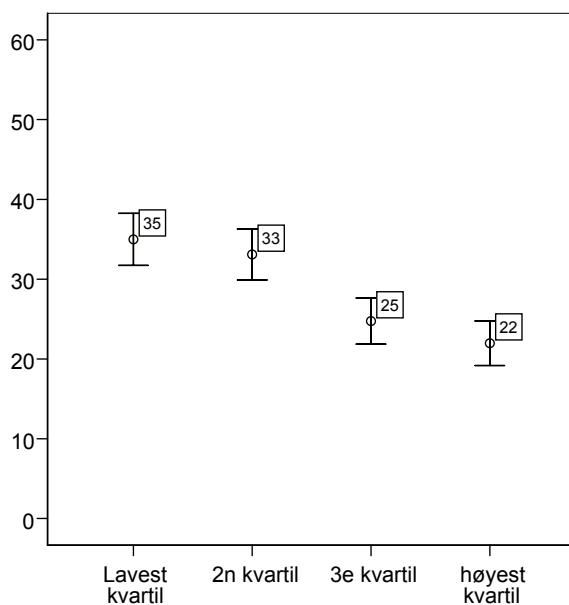


Figur 34: Andel (%) med kroniske smerter etter parforhold og kjønn (N = 2335)

Utdanning, inntekt, helseregion og by/land



Figur 35: Andel (%) med kroniske smerter etter utdanning (N = 3255)



Figur 36: Andel (%) med kroniske smerter etter inntekt (kvartiler) (N = 3373)

Andelen med kroniske smerter avtar signifikant med økende utdanning og økende inntekt. Det er ingen signifikante geografiske forskjeller når det gjelder kroniske smerter.

Tabell 17. Beregnede gjennomsnittlige prosentverdier (Estimated marginal means) for kroniske smerter i multivariat analyse (N = 2256)

DEMOGRAFISKE VARIABLER		Gj.sn.
Kjønn *	Menn	18,3
	Kvinner	33,0
Aldersgrupper *	16-24	14,9
	25-64	32,6
	>=65	29,4
Er i parforhold	Nei	23,6
	Ja	27,7
Utdanningsgruppe *	Lav - grunnskole	32,9
	Middels - videregående	27,4
	Høy - universitet	16,6
Husholdningsinntekt i kvartiler *	Lavest kvartil	31,4
	2n kvartil	29,3
	3e kvartil	22,6
	høyest kvartil	19,2
Helseregion	Øst	24,1
	Sør	24,7
	Vest	22,8
	Midt	26,6
	Nord	29,9
By-land	Landsbygd (<2000 innb)	26,1
	Småby (mellom 2000 og 100000)	23,4
	Storby (>100000)	27,4

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariat analyse finner vi, som i univariate analyser, at kvinner rapporterer kroniske smerter oftere enn menn, at rapporteringen øker med økende alder, og at den synker med økende utdanning og inntekt. Det er ingen forskjell mellom parforhold og ikke parforhold, og ingen geografiske forskjeller.

3.3.2 Kronisk somatisk sykdom

Opplysninger om kronisk somatisk sykdom bygger på følgende spørsmål:

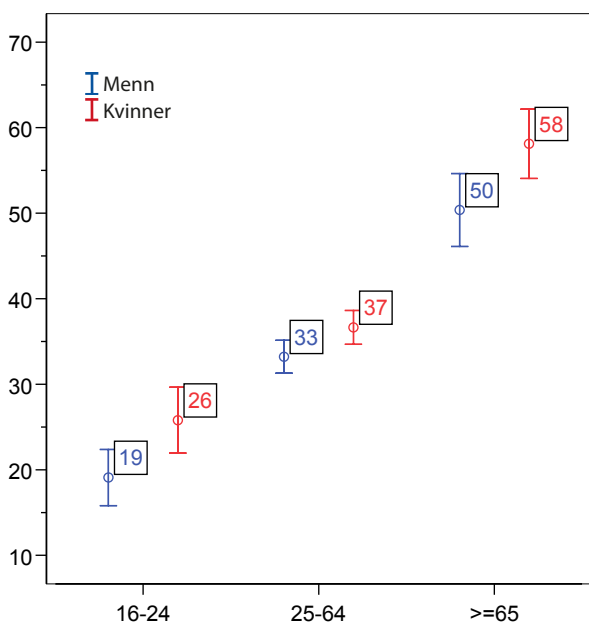
Har du noen sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen medfødt sykdom eller virkning av skade?
(Besvares som Ja/Nei)

Med varig sykdom eller lidelse menes sykdom/lidelse som har vart i minst 6 måneder, eller nyere sykdom/lidelse som en regner med vil bli varig. I denne sammenheng har en sett bort fra psykiske lidelser

Andel som angir at de har kronisk somatisk sykdom er 36,1 %.

Demografiske variable og kronisk somatisk sykdom

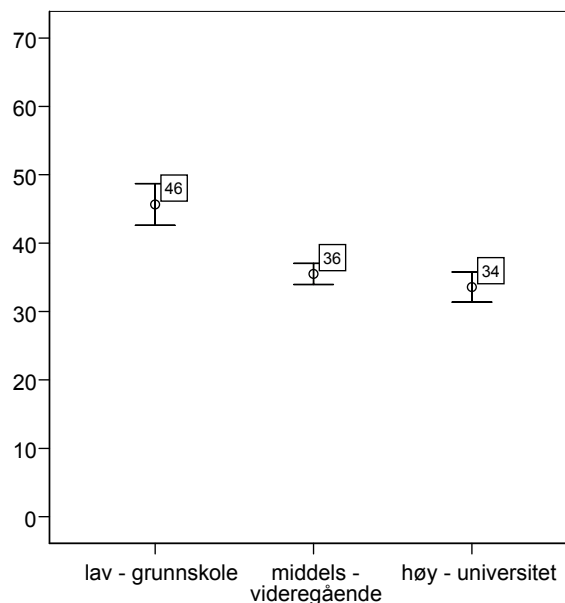
Kjønn og alder



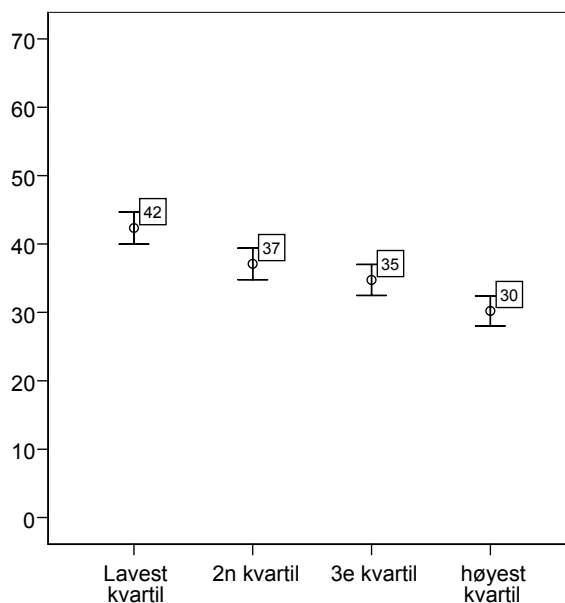
Figur 37: Andel (%) med kronisk somatisk sykdom etter kjønn og alder (N = 6759)

Andel med kronisk somatisk sykdom øker med økende alder, og kvinnene viser størst tendens til somatisk sykdom på alle alderstrinn. Det er ingen signifikant sammenheng mellom parforhold og kronisk somatisk sykdom

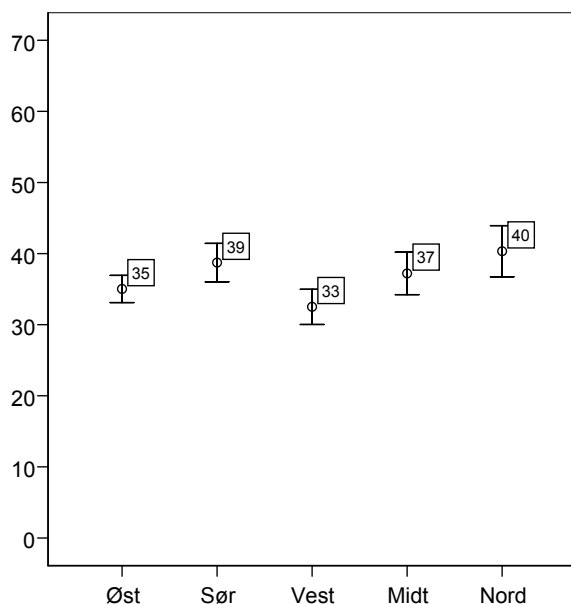
Utdanning, inntekt, helseregion og by/land



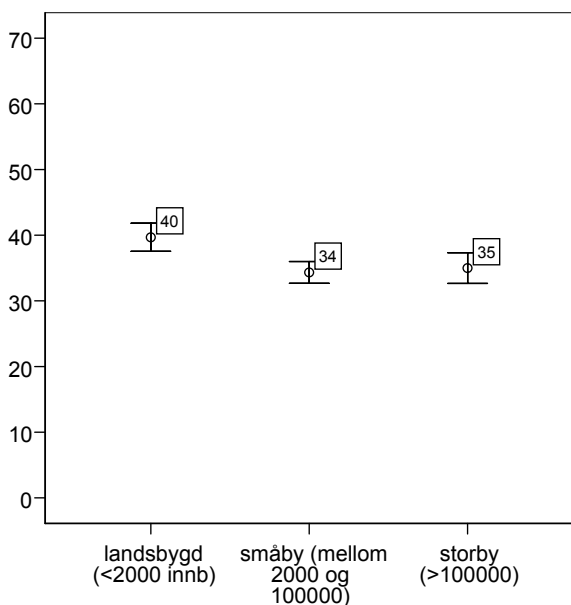
Figur 38: Andel (%) med kronisk somatisk sykdom etter utdanning (N = 6509)



Figur 39: Andel (%) med kronisk somatisk sykdom etter inntekt (kvartiler) (N = 6764)



Figur 40: Andel (%) med kronisk somatisk sykdom etter helseregion (N = 6766)



Figur 41: Andel (%) med kronisk somatisk sykdom etter by/land (N = 6753)

Det er en signifikant nedgang i andel med kronisk somatisk sykdom med høyere utdanning og inntekt. Helse Nord har en signifikant høyere andel av kronisk somatisk sykdom enn Helse Øst og Helse Vest. Beboere på landsbygda har mer kronisk somatisk sykdom enn beboere i små- og storbyer.

Tabell 18: Beregnede gjennomsnittlige prosentverdier (Estimated marginal means) for kronisk somatisk sykdom i multivariat analyse (N = 4498)

DEMOGRAFISKE VARIABLER		Gj.sn.
Kjønn *	Menn	36
	Kvinner	40
Aldersgrupper *	16-24	24
	25-64	40
	>=65	51
Er i parforhold	Nei	39
	Ja	37
Utdannings-gruppe *	Lav - grunnskole	44
	Middels - videregående	37
	Høy - universitet	34
Husholdnings-inntekt i kvartiler *	Lavest kvartil	42
	2n kvartil	39
	3e kvartil	38
	Høyest kvartil	34
Helseregion *	Øst	36
	Sør	41
	Vest	34
	Midt	38
	Nord	43
By-land *	Landsbygd (<2000 innb)	39
	Småby (mellom 2000 og 100000)	36
	Storby (>100000)	40

Andel med kronisk somatisk sykdom øker med økende alder og er signifikant høyere hos kvinner enn hos menn, når andre forhold er korrigert for i den multivariate analyse. Det er ikke signifikante forskjeller mellom de som lever i og utenfor parforhold, men en signifikant nedgang i kronisk somatisk sykdom ved høyere utdanning og inntekt. Helse Nord og Helse Sør har den største andel med kronisk somatisk sykdom, mens de fra landsbygda og storbyer har høyere andel med kronisk somatisk sykdom.

3.3.3 Lav sosial støtte

Spørsmålene om sosial støtte som er brukt internasjonalt (som refereres til som Oslo 3 skala) ((24, 25)) ble stilt for å måle sosialt støtte. Oslo 1 var stilt til hele gruppen i det postale skjemaet, mens Oslo 2 og 3 bare var stilt til halve utvalget. Når samtlige spørsmål om sosial støtte inngår i analysen, er med andre ord utvalget mindre enn ellers i undersøkelsen. Spørsmålene er som følger:

(Oslo 1): Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du får store personlige problemer (regn også med nærmeste familie)
Svares på en skala fra:

1) Ingen 2) 1 eller 2, 3) 3 til 5 personer og 4) 6 eller flere

(Oslo2): Hvor stor interesse viser folk for det du gjør? Vil du si at folk viser..

1) Ingen deltagelse og interesse 2) Liten deltagelse og interesse 3) Usikker 4) Noe deltagelse og interesse 5) Stor deltagelse og interesse

(Oslo 3): Det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det, er det..

1) Svært vanskelig 2) Vanskelig 3) Verken lett eller vanskelig 4) Lett 5) Svært lett

Verdiene legges sammen til en indeks for sosial støtte, med verdier fra 3 – 14. "Lav sosial støtte" er definert som verdiene under eller lik 8. "Middels støtte" er definert som verdiene fra 9 til 11, og 12 til 14 er betegnet som "høy sosial støtte" (26).

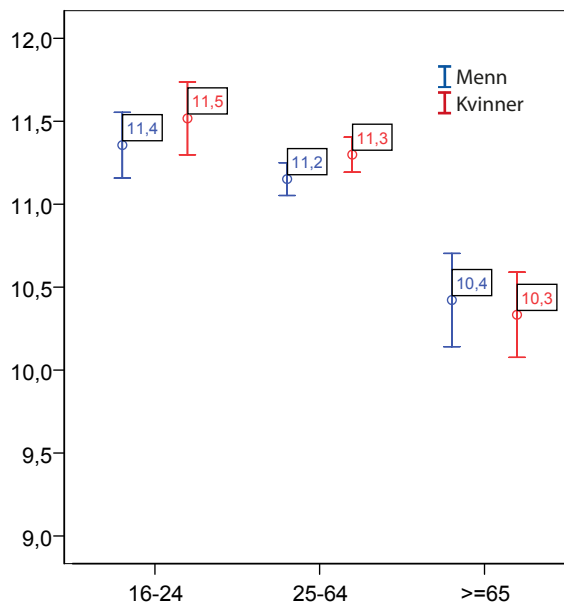
Andel i den norsk befolkningen som betegnes å ha lav sosial støtte er gitt i følgende tabell, og er for hele befolkningen 8,6 %.

Tabell 19: Andel av befolkningen med lav sosial støtte med verdier < 8.

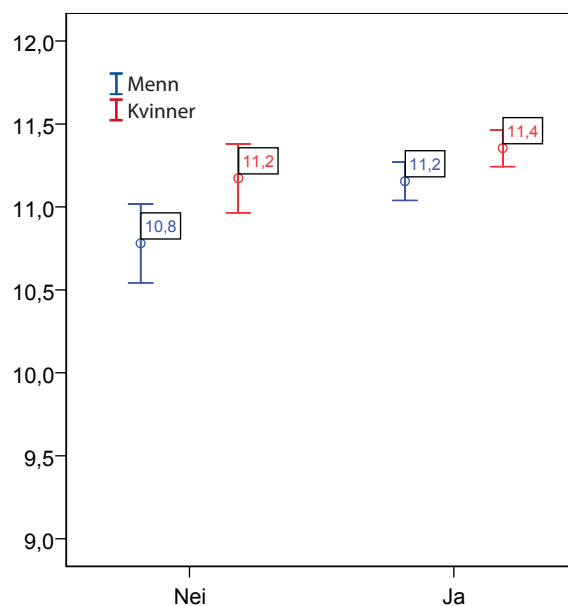
		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	4,9	3,4	4,2
	25-64	6,6	7,0	6,8
	>=65	18,7	21,2	20,0
Totalt		8,1	9,0	8,6

Demografiske variable og sosial støtte

Kjønn, alder og parforhold



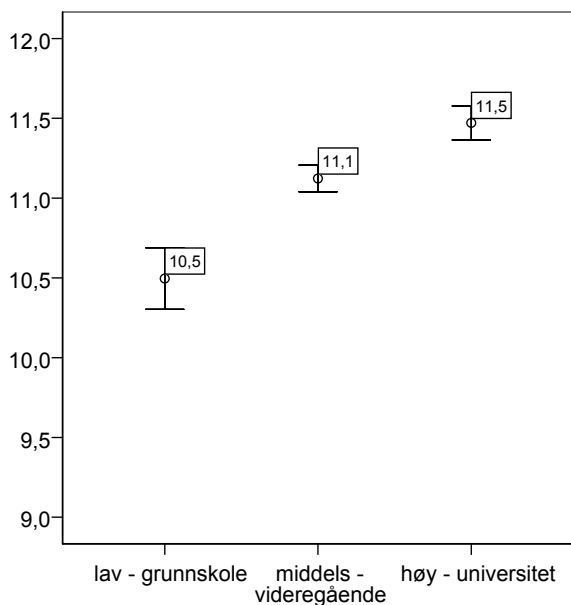
Figur 42: Sosial støtte - gjennomsnittskåre etter alder og kjønn (N = 3271)



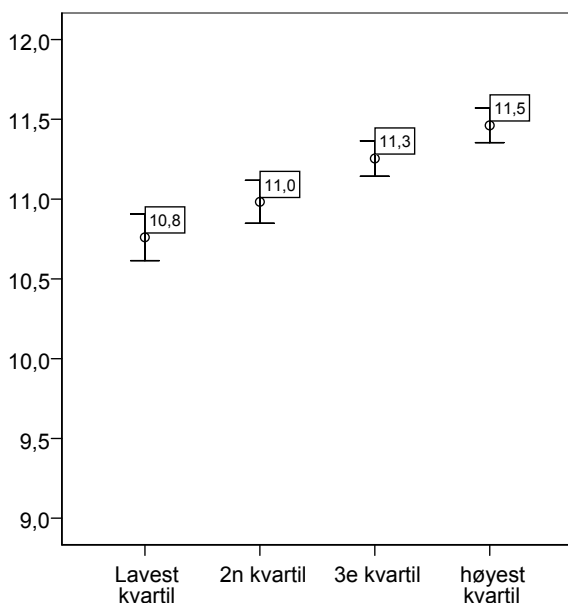
Figur 43: Sosial støtte - gjennomsnittskåre etter parforhold og kjønn (N = 2272)

Det er en klar, signifikant synkende trend med økende alder hos både menn og kvinner når det gjelder sosial støtte. De som er i parforhold har høyere verdier for sosial støtte enn de som ikke er i parforhold.

Utdanning, inntekt, helseregion og by/land



Figur 44: Sosial støtte - gjennomsnittskåre etter utdanning (N = 3158)



Figur 45: Sosial støtte - gjennomsnittskåre etter inntekt (kvartiler) (N = 3271)

Det er en signifikant økning i sosial støtte både med utdanning og inntekt.

Det er ingen signifikante, geografiske forskjeller, verken mellom helseregionene eller mellom by-land når det gjelder sosial støtte.

Tabell 20: Beregnede gjennomsnittsverdier (Estimated marginal means) for sosial støtte i multivariat analyse (N = 2193)

DEMOGRAFISKE VARIABLER		Gj.sn.
Kjønn *	Menn	10,9
	Kvinner	11,2
Aldersgrupper *	16-24	11,5
	25-64	11,0
	>=65	10,6
Er i parforhold *	Nei	10,9
	Ja	11,2
Utdanningsgruppe *	Lav - grunnskole	10,7
	Middels - videregående	11,1
	Høy - universitet	11,4
Husholdningsinntekt i kvartiler	Lavest kvartil	11,0
	2n kvartil	11,0
	3e kvartil	11,1
	Høyest kvartil	11,2
Helseregion	Øst	11,0
	Sør	11,0
	Vest	11,1
	Midt	11,1
	Nord	11,0
By-land	Landsbygd (<2000 innb)	11,1
	Småby (mellom 2000 og 100000)	11,2
	Storby (>100000)	11,0

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariate analyser ser vi at sosial støtte har signifikant høyere verdier hos kvinner enn hos menn og en synkende trend med stigende alder. De som er i parforhold har høyere verdier for sosial støtte enn de som ikke er det. Det er en signifikant økning i verdier ved økende utdanning, men ikke ved økende inntekt. Det er ingen signifikante geografiske forskjeller når det gjelder sosial støtte.

3.3.4 Negative livshendelser

Skjemaet inneholder 12 spørsmål knyttet til belastende livshendelser de siste 12 måneder. Dette er vesentlige risikofaktorer for psykisk helse, og spørrebatteriet er et anbefalt instrument fra EU/WHO for overvåking av helse (27).

Spørsmålene er som følger:

9 Har noe av det følgende hendt deg i løpet av de siste 12 måneder? Sett ett kryss per linje.

	Ja	Nei
Du har selv vært utsatt for en alvorlig fysisk sykdom, skade eller overfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En av dine nærmeste har vært alvorlig syk, utsatt for skade eller overfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din mor eller far, din ektefelle/samboer eller barn er avgått ved døden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En nær familievenn eller annen slektning (f.eks onkel/tante, søskenbarn, besteforeldre) er avgått ved døden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du er blitt separert på grunn av problemer i ekteskapet/samboerskapet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har brutt et langvarig vennskap/forhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har hatt et alvorlig problem med en nær venn, nabo eller slektning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du er blitt arbeidsledig eller har søkt forgyves etter ny jobb i mer enn en måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du er blitt avskjediget fra din jobb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har hatt alvorlige økonomiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har hatt problemer med politiet og blitt fremstilt for retten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noe du satte stor pris på er mistet eller blitt stjålet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabell 21: Andel som har opplevd negative hendelser de siste 12 måneder (N = 5046)

	Kjønn		Total
	Menn	Kvinner	
	Ja	Ja	Ja
Har en nær familievenn eller annen slektning avgått ved døden siste 12 mnd?	22,5%	22,6%	22,6%
Har en av dine nærmeste vært alvorlig syk, skadet eller blitt overfalt siste 12 mnd?	19,4%	23,3%	21,5%
Har du hatt alvorlige problemer med en nabo, venn eller slektning siste 12 mnd?	9,1%	12,3%	10,8%
Har du brutt et langvarig vennskap/forhold siste 12 mnd?	7,1%	8,8%	8,0%
Har du hatt alvorlige økonomiske problemer i løpet av de siste 12 mnd?	8,1%	7,8%	8,0%
Har du vært utsatt for alvorlig fysisk sykdom, skade eller overfall siste 12 mnd?	8,9%	7,0%	7,9%
Har din mor, far, ektefelle/samboer eller barn avgått ved døden siste 12 mnd?	7,2%	6,8%	7,0%
Har du blitt arbeidsledig, eller forgyves søkt etter ny jobb i mer enn en mnd i løpet av de siste 12mnd?	5,7%	7,3%	6,6%
Har noe du har satt stor pris på blitt mistet eller stjålet siste 12 mnd?	4,4%	4,3%	4,4%
Har du blitt separert siste 12 mnd?	3,4%	3,4%	3,4%
Har du blitt avskjediget fra jobben i løpet av de siste 12 mnd?	1,7%	1,8%	1,8%
Har du hatt problemer med politiet og/eller blitt fremstilt for retten i løpet av de siste 12 mnd?	1,6%	0,3%	0,9%

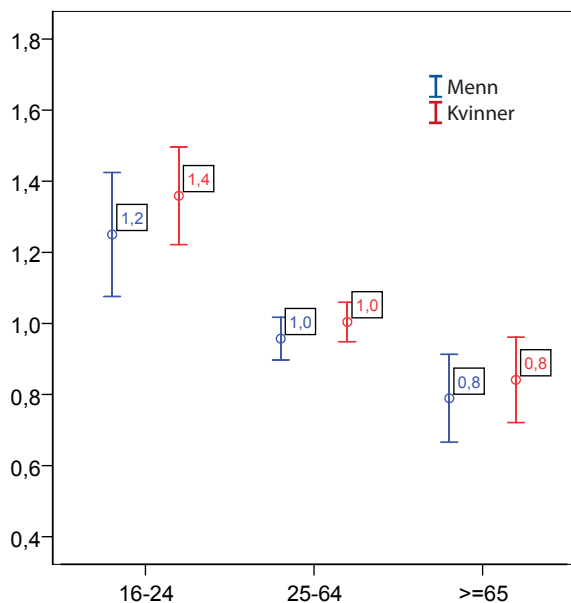
Andel med to eller flere negative livshendelser kan brukes som et grovt mål på livshendelser (21, 24). I Norge har 26 % av befolkningen vært utsatt for 2 eller flere negative livshendelser siste 12 måneder. Fordelingen etter kjønn og alder fremgår av følgende tabell:

Tabell 22: Andel (%) med 2 eller flere negative hendelser siste året etter kjønn og alder (N = 5040)

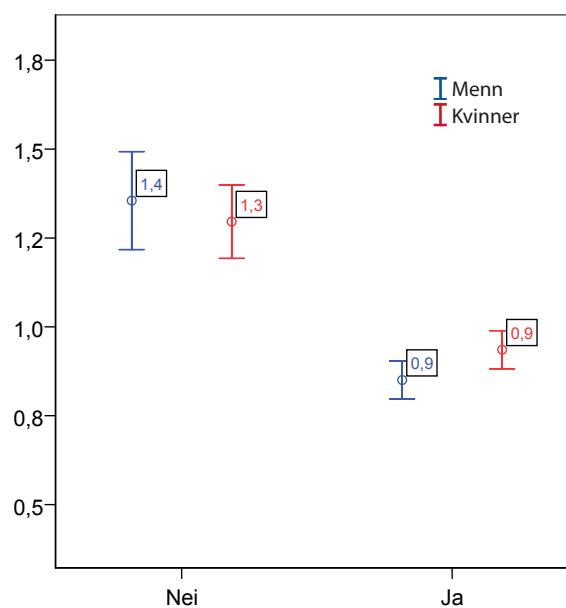
		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	33	38	36
	25-64	24	26	25
	>=65	20	22	21
Totalt		25	27	26

Demografiske variable og negative livshendelser

Kjønn, alder og parforhold



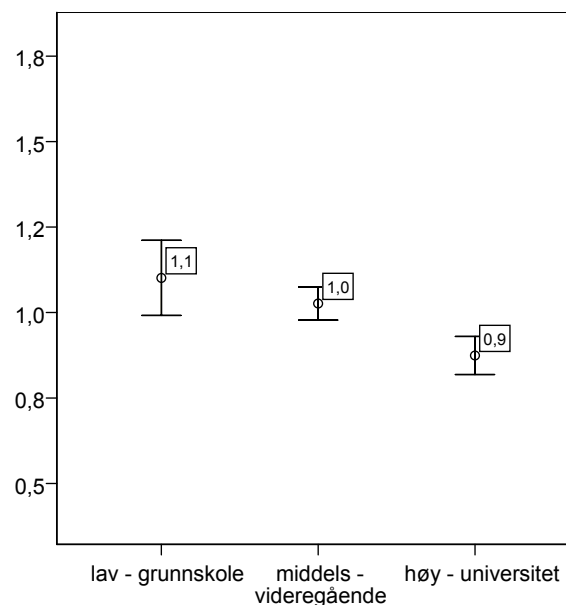
Figur 46: Negative hendelser - gjennomsnittsansall etter kjønn og alder (N = 5040)



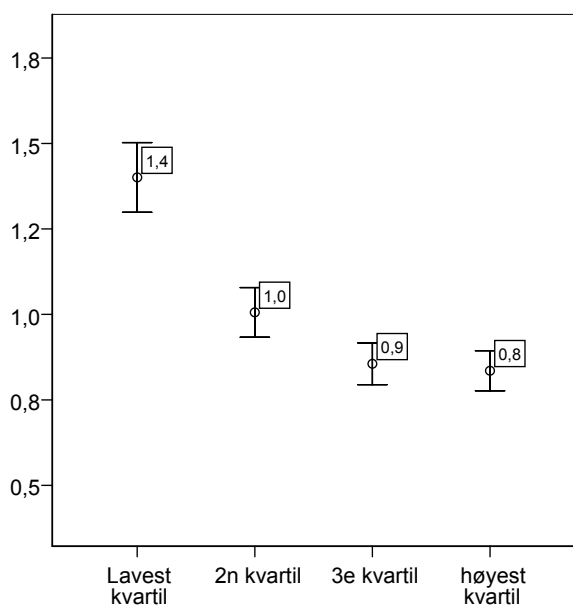
Figur 47: Negative hendelser - gjennomsnittsansall etter parforhold og kjønn (N = 4864)

Gjennomsnittlig antall negative livshendelser i løpet av de siste 12 måneder viser en klart synkende trend med alder. Det er ingen signifikante kjønnsforskjeller. De som er i parforhold har signifikant færre negative livshendelser enn de som ikke er i parforhold.

Utdanning, inntekt, helseregion og by/land



Figur 48: Negative hendelser - gjennomsnittsansall etter utdanning (N = 4882)



Figur 49: Negative hendelser - gjennomsnittsansall etter inntekt (kvartiler) (N = 4705)

Det gjennomsnittlige antall negative livshendelser viser en signifikant synkende trend med økende utdanning og inntekt. Det er ikke signifikante geografiske forskjeller.

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariat analyse, er resultatene omtrent de samme som ved univariate analyser. Det er ingen signifikante kjønnsforskjeller, men det er en synkende trend med økende alder. De som ikke er i parforhold er mer utsatt for negative livshendelser enn de som er i parforhold. Det er en synkende trend med utdanning og inntekt, men ingen forskjell mellom helseregionene eller mellom by og land.

Tabell 23: Beregnede gjennomsnittsverdier (Estimated marginal means) for negative livshendelser i multivariat analyse (N = 4387)

DEMOGRAFISKE VARIABLER		Gj.sn.
Kjønn	Menn	1,04
	Kvinner	1,07
Aldersgrupper *	16-24	1,19
	25-64	1,13
	>=65	0,84
Er i parforhold *	Nei	1,22
	Ja	0,89
Utdanningsgruppe *	Lav - grunnskole	1,12
	Middels - videregående	1,08
	Høy - universitet	0,97
Husholdningsinntekt i kvartiler *	Lavest kvartil	1,36
	2n kvartil	1,04
	3e kvartil	0,90
	Høyest kvartil	0,91
Helseregion	Øst	1,06
	Sør	1,06
	Vest	1,01
	Midt	1,04
	Nord	1,10
By-land	Landsbygd (<2000 innb)	0,99
	Småby (mellom 2000 og 100000)	1,07
	Storby (>100000)	1,11

3.3.5 Økonomiske problemer

Ett av spørsmålene brukt i batteriet av negative livshendelser er rapportert her:

9 Har noe av det følgende hendt deg i løpet av de siste 12 måneder? Sett ett kryss per linje.

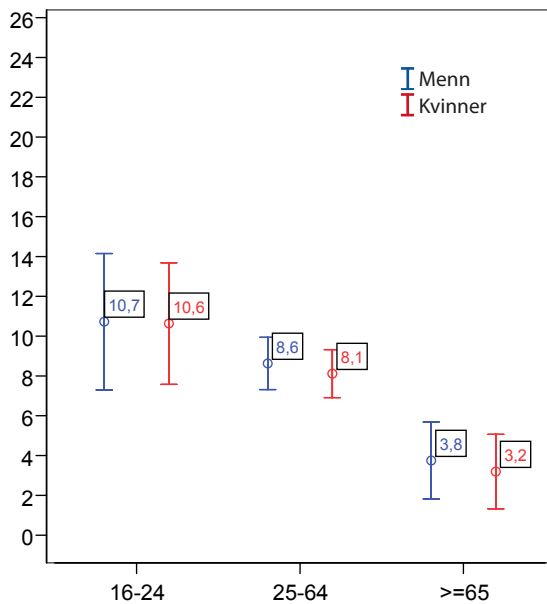
Ja Nei

Du har hatt alvorlige økonomiske problemer

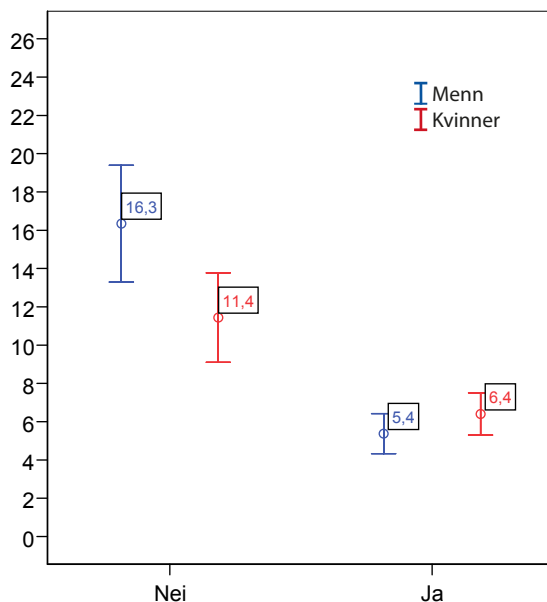
I alt 8 % av materialet oppgir at de har/har hatt økonomiske problemer siste 12 måneder.

Demografiske variable og økonomiske problemer

Kjønn, alder og parforhold



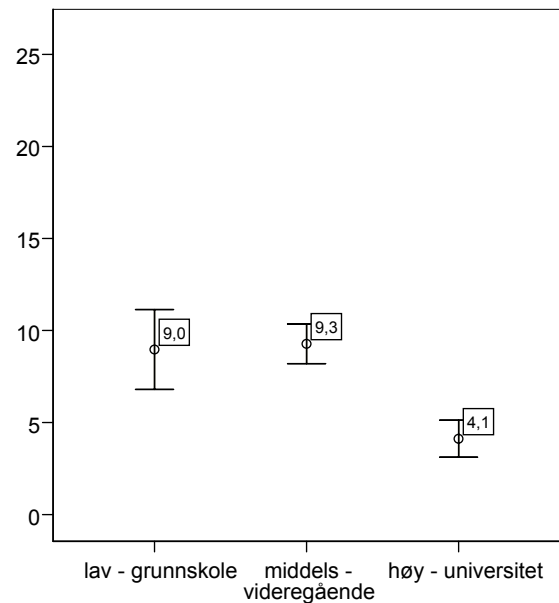
Figur 50: Andel (%) med økonomiske problemer de siste 12 måneder etter kjønn og alder (N = 5150)



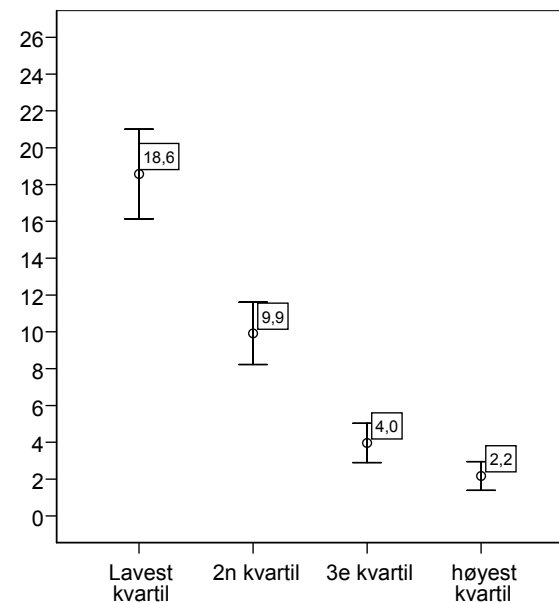
Figur 51: Andel (%) med økonomiske problemer de siste 12 måneder etter parforhold og kjønn (N = 4962)

Det er ingen kjønnsforskjell når det gjelder økonomiske problemer, med andelen med slike problemer avtar med økende alder. Andelen med økonomiske problemer er større hos de som ikke er i parforhold enn hos de som er i parforhold.

Utdanning, inntekt, helseregion og by/land



Figur 52: Andel (%) med økonomiske problemer de siste 12 måneder etter utdanning (N = 4977)



Figur 53: Andel (%) med økonomiske problemer de siste 12 måneder etter inntekt (kvartiler) (N = 4803)

Andelen med økonomiske problemer er minst hos de med høyest utdanning, og avtar med økende inntekt. Det er ikke signifikante geografiske forskjeller når det gjelder rapportering av økonomiske problemer.

Tabell 24: Beregnede gjennomsnittlige prosentverdier (Estimated marginal means) for økonomiske problemer siste 12 måneder i multivariat analyse (N = 4485)

DEMOGRAFISKE VARIABLER		Gj.sn.
Kjønn	Menn	7,6
	Kvinner	6,3
Aldersgrupper *	16-24	7,4
	25-64	10,7
	>=65	2,7
Er i parforhold *	Nei	9,4
	Ja	4,5
Utdanningsgruppe *	Lav - grunnskole	7,3
	Middels - videregående	8,6
	Høy - universitet	4,9
Husholdningsinntekt i kvartiler*	Laveste kvartil	16,2
	2n kvartil	8,2
	3e kvartil	2,5
	Høyeste kvartil	0,9
Helseregion	Øst	7,3
	Sør	6,7
	Vest	6,4
	Midt	7,2
	Nord	7,3
By-land	Landsbygd (<2000 innb)	6,7
	Småby (mellom 2000 og 100000)	6,9
	Storby (>100000)	7,2

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariat analyse, er det ingen signifikant kjønnsforskjell når det gjelder rapportering av økonomiske problemer.

Andel med økonomiske problemer er høyest i aldersgruppen 25-69 år og hos de som ikke er i parforhold.

Andel med økonomiske problemer er minst hos de med høyest utdanning, mens det ikke er noen forskjell mellom dem med middels eller lav utdanning. Det er ingen geografiske forskjeller når det gjelder rapportering av økonomiske problemer.

3.3.6 Samlivsproblemer

For å måle samlivsproblemer har vi brukt "Relationship Satisfaction scale"(28). Skalaen ble utviklet i den norske Mor og barn-undersøkelsen, og er basert på flere tidligere skalaer, bl.a. "Marital Satisfaction Scale"(29). Andelen øker med avtakende inntekt. I vår undersøkelse har vi brukt 4 av 10 spørsmål i skalaen:

3 Kryss av for hvor enig du er i beskrivelsene under? Sett ett kryss per linje. Verken

	Helt enig	Enig	Litt enig	Litt enig eller uenig	Litt uenig	Uenig	Helt uenig
Min partner og jeg har problemer i parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er svært lykkelig i mitt parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min partner er generelt forståelsesfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med forholdet til min partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ved å summere svarene har en laget en indeks med verdier fra -12 til +12. De som har skåret mellom -12 og 0 er klassifisert som "lite tilfredsstillende samliv". Andelen med lite tilfredsstillende samliv blant de i materialet som er over 20 år, og som lever i parforhold, er vist i tabell 25.

Det er signifikant flere kvinner enn menn som rapporterer lite tilfredsstillende samliv, og tilfredsheten er lavest hos de eldste kvinnene.

Tabell 25: Andel (%) med lite tilfredsstillende samliv, etter kjønn og alder (N = 3503)

		Menn	Kvinner	Totalt
Aldersgrupper	20-24	7,1	8,3	7,8
	25-64	10,7	14,0	12,4
	>=65	8,6	15,4	11,2
Totalt		10,2	13,7	12,0

Demografiske variable og tilfredshet med samliv

Utdannelse, inntekt, helseregion og by/land

Det er ingen signifikante forskjeller i tilfredshet med samliv, verken med utdanning eller med inntekt. Det er en høyere tilfredshet med ekteskap i Helse Vest, mens det ikke er noen signifikant forskjell mellom by og land.

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariat analyse, er resultatet det samme som i de univariate analysene: Kvinner er mindre tilfredse med sitt samliv enn menn, og tilfredsheten er størst i Helseregion Vest. Ellers har ingen andre faktorer noen betydning.

Tabell 26: Beregnede gjennomsnittsverdier (Estimated marginal means) for lite tilfredshet med samliv i multivariat analyse (N = 3192)

DEMOGRAFISKE VARIABLER		Gj.sn.
Kjønn*	Menn	7,9
	Kvinner	11,4
Aldersgrupper	16-24	6,4
	25-64	11,6
	>=65	11,0
Utdannings-gruppe	lav - grunnskole	8,7
	middels - videregående	10,8
	høy - universitet	8,9
Husholdnings-inntekt i kvartiler	Lavest kvartil	7,7
	2n kvartil	12,1
	3e kvartil	10,1
	høyest kvartil	8,9
Helseregion	Øst	10,6
	Sør	10,7
	Vest	7,2
	Midt	10,2
	Nord	9,7
By-land	landsbygd (<2000 innb)	9,0
	småby (mellom 2000 og 100000)	9,9
	storby (>100000)	10,1

3.3.7 Vold

Det å ha vært utsatt for vold er målt med fire spørsmål :

Livshendelser

9 Har noe av det følgende hendt deg i løpet av de siste 12 måneder? Sett ett kryss per linje.

Ja Nei

Du er blitt kuet, fornedret eller ydmyket over lengre tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noen har truet med å skade deg eller noen som står deg nær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du er blitt sparket, slått eller utsatt for andre former for fysisk vold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du er blitt tvunget eller forsøkt tvunget til seksuell omgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabell 27 viser hvor stor andel som er blitt utsatt for vold de siste 12 måneder.

Tabell 27: Andel utsatt for ulike former for vold de siste 12 måneder (N = 5130)

	Menn	Kvinner	Totalt
Har du blitt kuet, for-nedret eller ydmyket over lengre tid i løpet av de siste 12 mnd?	4,3 %	5,3 %	4,8 %
Har noen truet med å skade deg eller noen som står deg nær siste 12 mnd?	3,5 %	2,8 %	3,1 %
Har du blitt sparket, slått eller utsatt for andre former for fysisk vold i løpet av de siste 12 mnd?	2,7 %	1,8 %	2,3 %
Har du blitt tvunget eller forsøkt tvunget til seksuell omgang i løpet av de siste 12 mnd?	0,2 %	0,8 %	0,5 %
Andel utsatt for minst en form for vold.	8,3 %	7,7 %	8,0 %

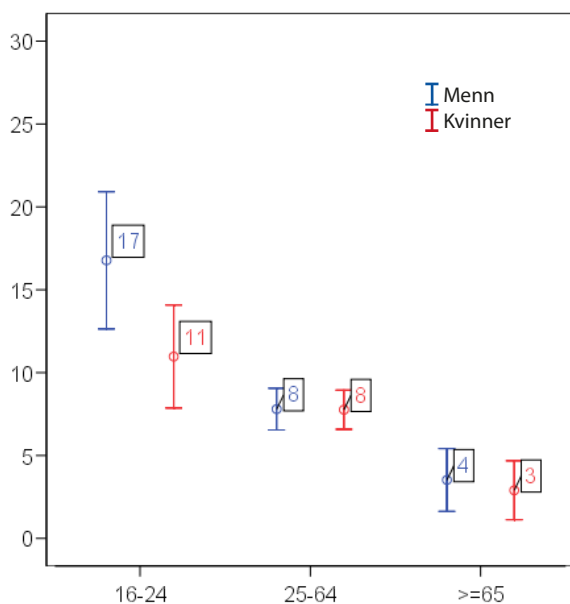
I det følgende skal vi se på dem som har vært utsatt for minst en form for vold.

Tabell 28: Andel (%) av befolkningen som er utsatt for vold i det hele tatt (N = 5124)

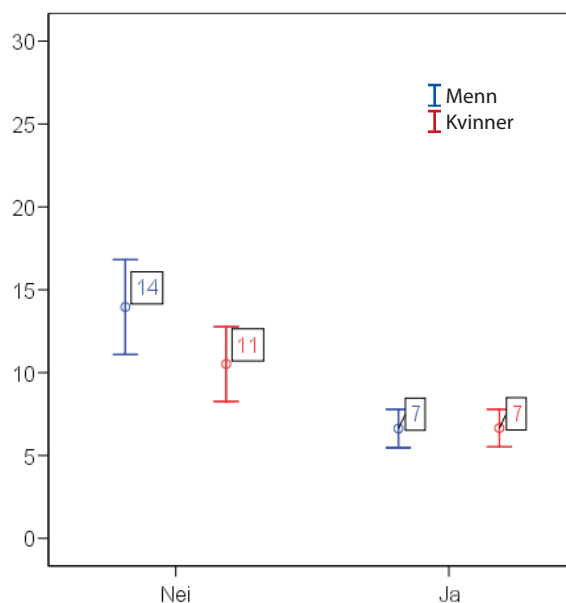
		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	16,8	11,0	13,6
	25-64	7,8	7,8	7,8
	>=65	3,5	2,9	3,2
Totalt		8,3	7,7	8,0

Demografiske variable og utsatt for vold

Kjønn, alder og parforhold



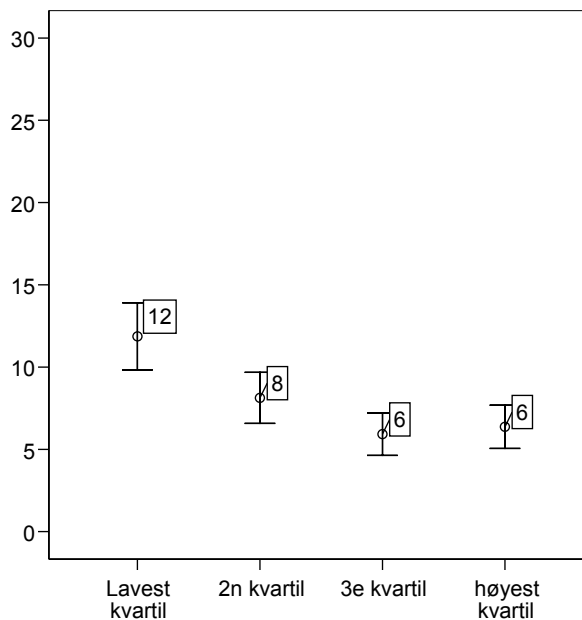
Figur 54: Andel (%) utsatt for vold de siste 12 måneder etter kjønn og alder (N = 5124)



Figur 55: Andel utsatt for vold de siste 12 måneder etter parforhold og kjønn (N = 4939)

Det er en signifikant nedgang i rapportering om vold med økende alder. Det er ingen kjønnsforskjeller for vold totalt (men kvinner rapporterer oftere enn menn å ha blitt kuet eller tvunget til seksuell omgang). De som ikke er i parforhold har vært mest utsatt for vold.

Utdanning, inntekt, helseregion og by/land



Figur 56: Andel (%) utsatt for vold de siste 12 måneder etter inntekt (kvartiler) (N = 4778)

Det er ingen signifikante forskjeller mellom utdanningsgrupper, men tendensen til å ha vært utsatt for vold avtar med økende inntekt. Det er ingen geografiske forskjeller.

Tabell 29: Beregnede gjennomsnittlige prosentverdier (Estimated marginal means) for "utsatt for vold" i multivariat analyse (N = 4446)

DEMOGRAFISKE VARIABLER		Gj.sn.
Kjønn	Menn	9,2
	Kvinner	7,6
Aldersgrupper *	16-24	12,1
	25-64	9,4
	>=65	3,7
Er i parforhold *	Nei	10,2
	Ja	6,7
Utdanningsgruppe	Lav - grunnskole	8,5
	Middels - videregående	8,4
	Høy - universitet	8,3
Husholdningsinntekt i kvartiler *	Lavest kvartil	11,9
	2n kvartil	8,6
	3e kvartil	6,1
	Høyest kvartil	7,1
Helseregion	Øst	7,4
	Sør	8,8
	Vest	9,5
	Midt	8,9
	Nord	7,5
By-land	Landsbygd (<2000 innb)	8,3
	Småby (mellom 2000 og 100000)	8,2
	Storby (>100000)	8,7

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariat analyse ser vi at resultatene er omtrent de samme som ved univariate analyser. Det er ingen signifikante kjønnsforskjeller i den samlede variabel som indikerer det å være utsatt for minst en form for vold. Det er en signifikant nedgang i det å være utsatt for vold med økende alder og med økende inntekt, mens det ikke er noen forskjell mellom utdanningsgrupper. Det er mer sannsynlig å være utsatt for vold blant de som ikke er i parforhold enn de som er i parforhold. Det er ingen signifikante geografiske forskjeller.

3.3.8 Alkoholbruk

Alkoholkonsum ble målt ved følgende spørsmål:

21 I løpet av de siste 12 månedene, hvor ofte har du... Sett ett kryss per linje.

	Ingen ganger	1 gang i md. eller sjeldnere	2-3 ganger i mnd	1 gang per uke	2-3 ganger per uke	4-7 ganger per uke
drukke noen form for alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drukke så mye at du har følt deg tydelig beruset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drukke 5 drinker eller mer på en kveld (tilsvarer fem ½ flasker pils eller 1/1 flaske vin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I den følgende fremstilling har vi bare brukt svarene på spørsmålet om "drukket noen form for alkohol", gradert fra 1 til 6.

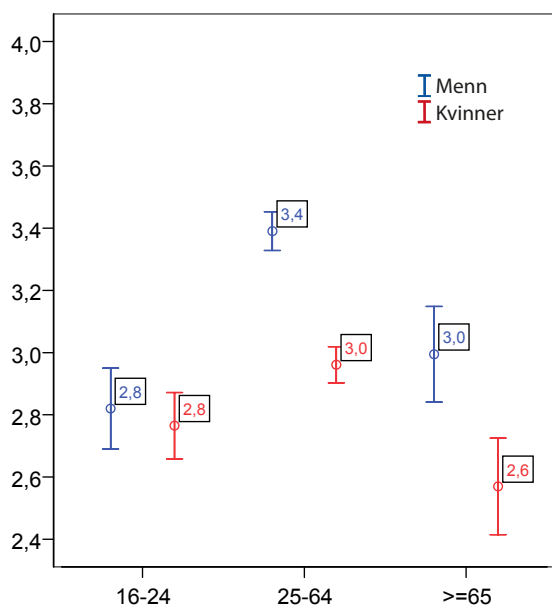
Tabell 30: Andel av menn og kvinner som inntar alkohol (N = 4962)

		Kjønn		Total
		Menn	Kvinner	
Hyppighet av alkohol konsum (N = 5177)	Ikke i det hele tatt	9 %	14 %	12 %
	Av og til	24 %	32 %	28 %
	Månedlig eller mer	67 %	54 %	60 %
Beruset (N = 5082)	Ikke i det hele tatt	38 %	56 %	48 %
	Av og til	43 %	34 %	38 %
	Månedlig eller mer	20 %	10 %	15 %
5 enheter eller mer (N = 5119)	Ikke i det hele tatt	35 %	56 %	46 %
	Av og til	39 %	31 %	35 %
	Månedlig eller mer	27 %	13 %	19 %

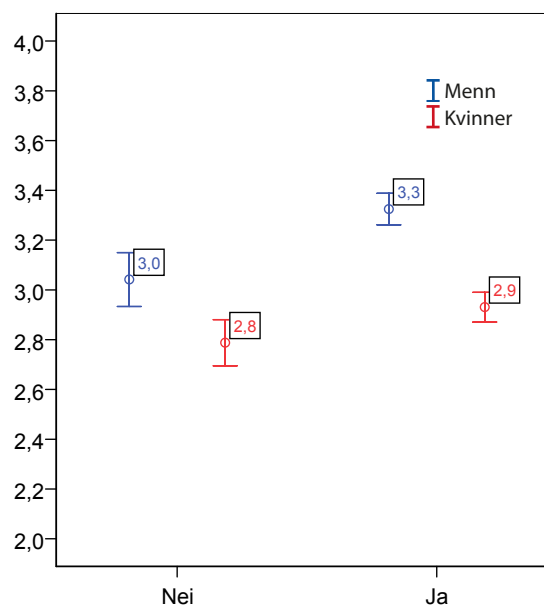
I det følgende presenteres bare svarere på det første spørsmålet, på en skala fra 1-6.

Demografiske variable og alkoholkonsum

Kjønn, alder og parforhold



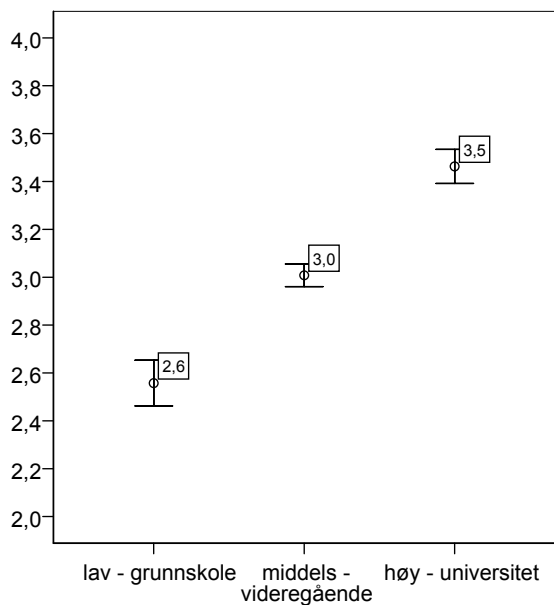
Figur 57: Hyppigheten av alkoholkonsum etter kjønn og alder (N = 5171)



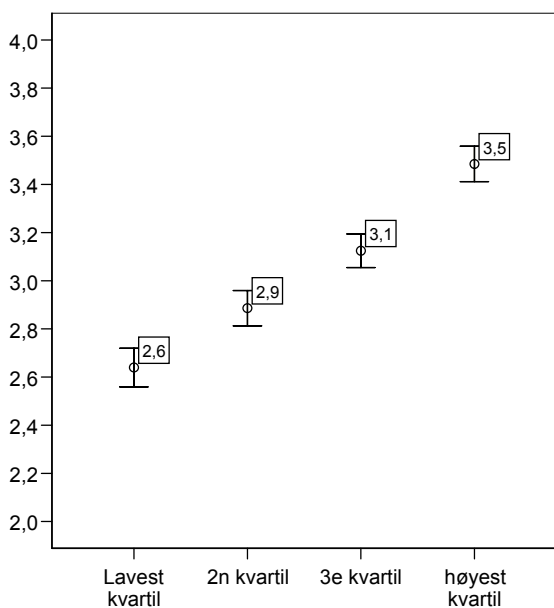
Figur 58: Hyppigheten av alkoholkonsum de siste 12 måneder, etter parforhold (N = 4977)

Hyppigheten av alkoholkonsum er signifikant større hos menn enn hos kvinner, og størst hos midde-laldrende menn. Konsumet er størst hos de som er i parforhold.

Utdanning, inntekt, helseregion og by/land

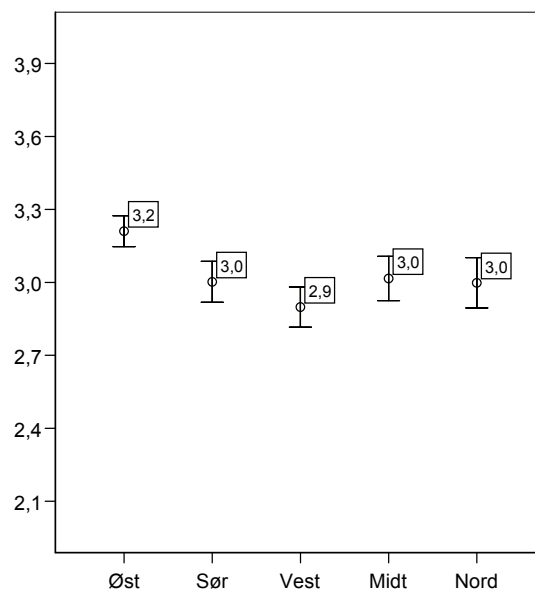


Figur 59: Hyppigheten av alkoholkonsum de siste 12 måneder etter utdanning (N = 4998)

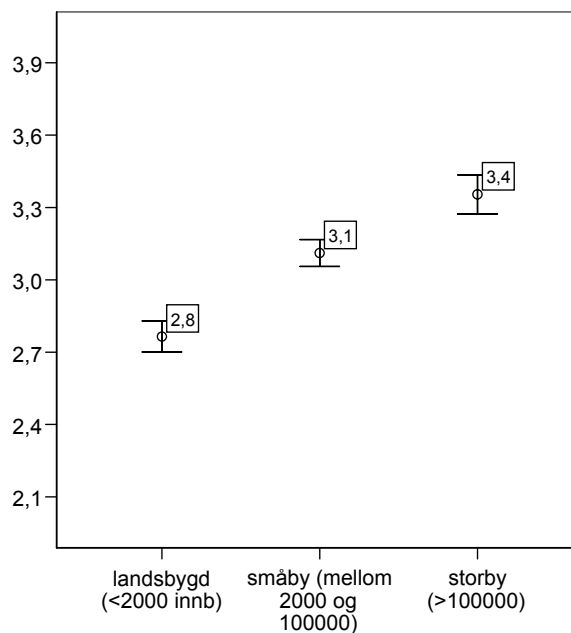


Figur 60: Hyppigheten av alkoholkonsum de siste 12 måneder etter inntekt (kvartiler) (N = 4821)

Hyppigheten av alkoholkonsum øker signifikant med økende utdanning og inntekt.



Figur 61: Hyppigheten av alkoholkonsum de siste 12 måneder etter helseregionen (N = 5177)



Figur 62: Hyppigheten av alkoholkonsum de siste 12 måneder etter by/land (N = 4815)

Det konsumeres mest i Helseregion Øst, og konsumet stiger fra landsbygd mot storby.

Tabell 31: Beregnet gjennomsnitt (Estimated marginal means) av alkoholkonsum i multivariat analyse (N = 4476)

DEMOGRAFISKE VARIABLER		Gj.sn.
Kjønn *	Menn	3,16
	Kvinner	2,81
Aldersgrupper	16-24	2,94
	25-64	3,05
	>=65	2,96
Er i parforhold	Nei	2,97
	Ja	3,00
Utdannings- gruppe *	Lav - grunnskole	2,69
	Middels - videregående	2,99
	Høy - universitet	3,27
Husholdnings- inntekt i kvartiler *	Lavest kvartil	2,72
	2n kvartil	2,87
	3e kvartil	3,03
	Høyest kvartil	3,31
Helseregion *	Øst	3,08
	Sør	2,95
	Vest	2,82
	Midt	3,00
	Nord	3,06
By-land *	Landsbygd (<2000 innb)	2,74
	Småby (mellom 2000 og 100000)	3,00
	Storby (>100000)	3,21

I den multivariate analyse forsvinner forskjellene i alkoholkonsum når det gjelder parforhold, mens hyppigheten av alkoholkonsum fortsatt stiger med stigende utdanning og inntekt. Alkoholkonsum er signifikant høyere hos menn. Hyppigheten øker mot storby, og er lavest i helseregion Vest.

3.3.9 Narkotikabruk

I det postale skjemaet spørres det om bruk av hasj, marihuana og andre narkotiske stoffer de siste 12 måneder og noen gang i livet.

23 Kryss av for det som passer for deg. Sett to kryss per linje, ett for 'siste 12 måneder' og ett for 'Hele livet'.

	Siste 12 måneder						Hele livet	
	Ingen ganger	1 gang i md. eller sjeldnere	2-3 ganger i md.	1 gang per uke	2-3 ganger per uke	4-7 ganger per uke	Har du noen gang gjort det?	
							Ja	Nei
Brukt hasj eller marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt andre narkotiske stoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt anabole steroider eller andre dopingpreparater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt tabletter (legemidler) for å få rus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I analysen har en kombinert svarene på de to første spørsmål, og skilt ut som egen gruppe de som har brukt hasj, marihuana og/eller andre narkotiske stoffer siste 12 måneder eller noen gang i livet.

Andel som har brukt hasj, marihuana eller andre narkotiske stoffer de siste 12 måneder er 3,5 % for hele befolkningen.

Andel som har brukt hasj, marihuana eller andre narkotiske stoffer noen gang i livet er 17,2 %.

Tabell 32 viser fordelingen på kjønn og alder.

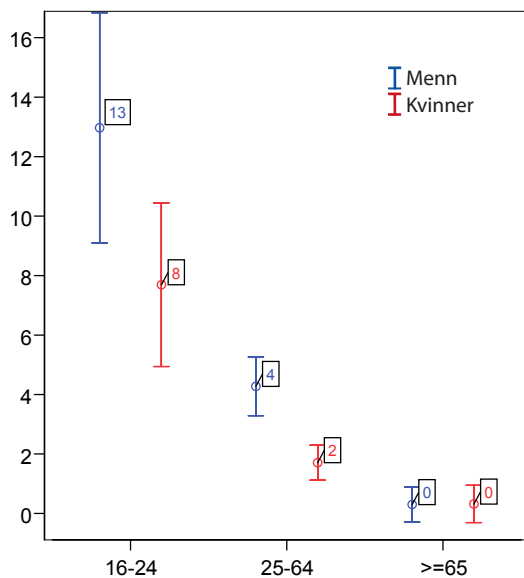
Tabell 32: Andel som har brukt marihuana, hasj eller andre narkotiske stoffer noen gang i livet etter kjønn og alder (N = 4202)

		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	26,8	23,4	24,9
	25-64	21,0	15,9	18,2
	>=65	1,5	0,8	1,2
Totalt		19,2	15,4	17,2

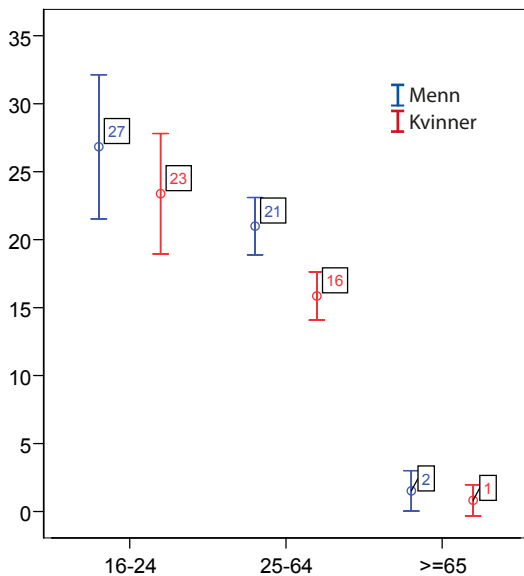
Demografiske variable og bruk av hasj, marihuana eller andre narkotiske stoffer

Kjønn, alder og parforhold

A)

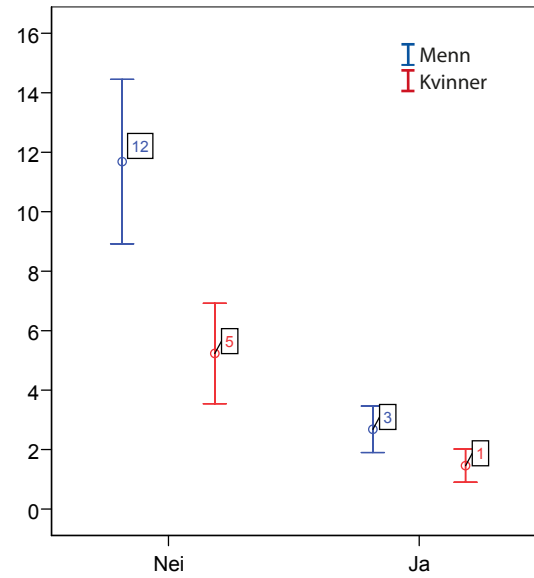


B)

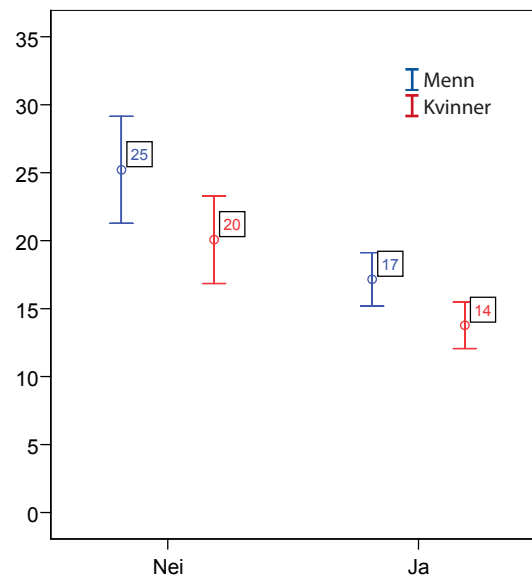


Figur 63: Andel (%) som har brukt marihuana, hasj eller andre narkotiske stoffer de siste 12 måneder (A) (N = 4790) og andel som har brukt marihuana, hasj eller andre narkotiske stoffer noen gang i livet (B) (N = 4202) etter kjønn og alder

A)



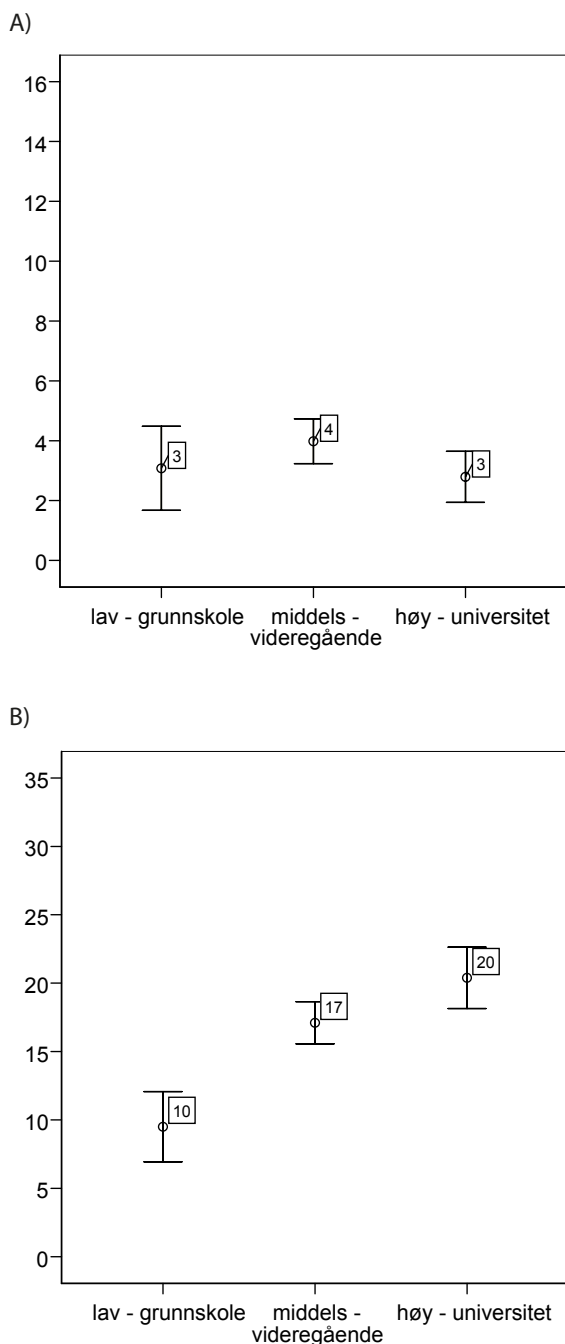
B)



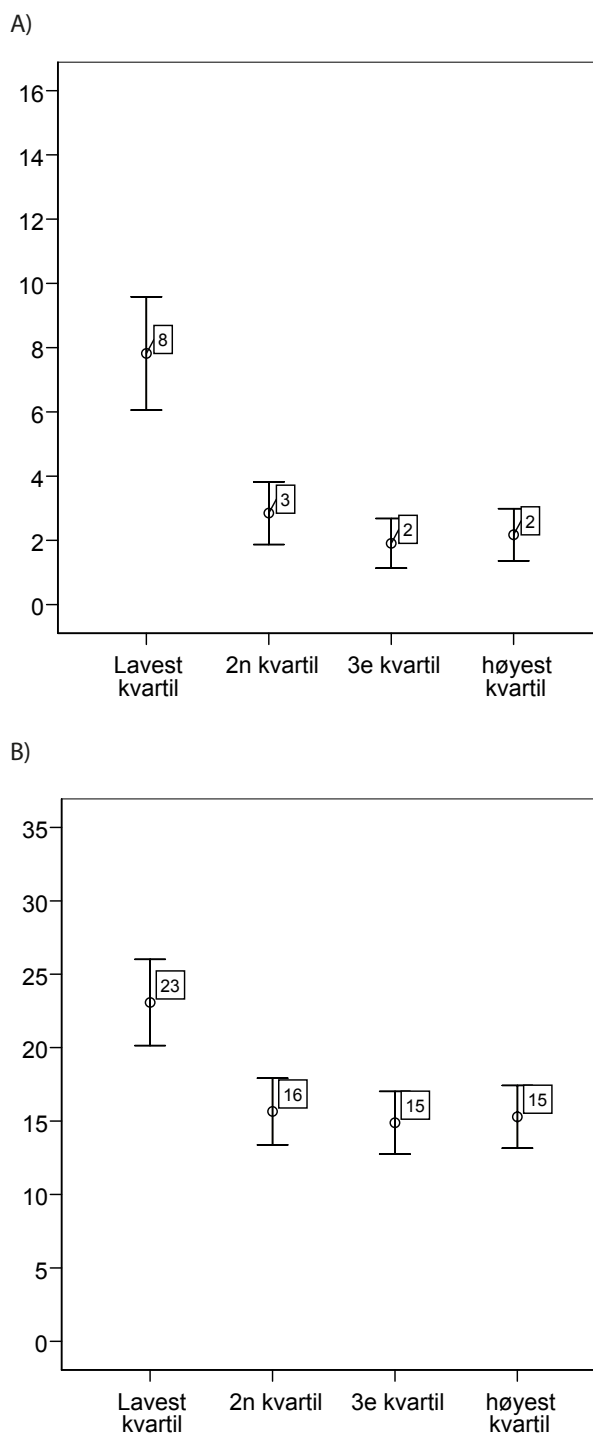
Figur 64: Andel (%) som har brukt marihuana, hasj eller andre narkotiske stoffer de siste 12 måneder (A) (N = 4614) og andel som har brukt marihuana, hasj eller andre narkotiske stoffer noen gang i livet (B) (N = 4066) parforhold og kjønn

Det er signifikant høyere bruk av narkotiske stoffer, både siste 12 måneder og noen gang i livet, blant menn enn blant kvinner. Det er en signifikant synkende trend med økende alder. De som ikke er i parforhold har et signifikant høyere forbruk enn de som er i parforhold.

Utdanning, inntekt, helseregion og by/land

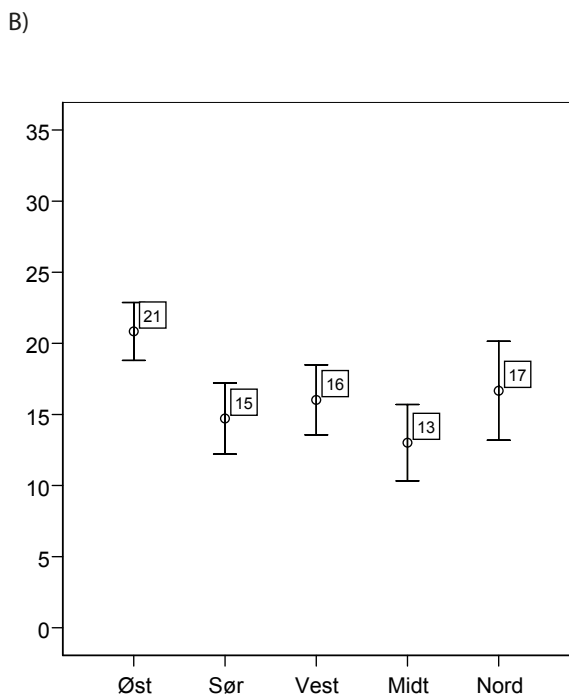
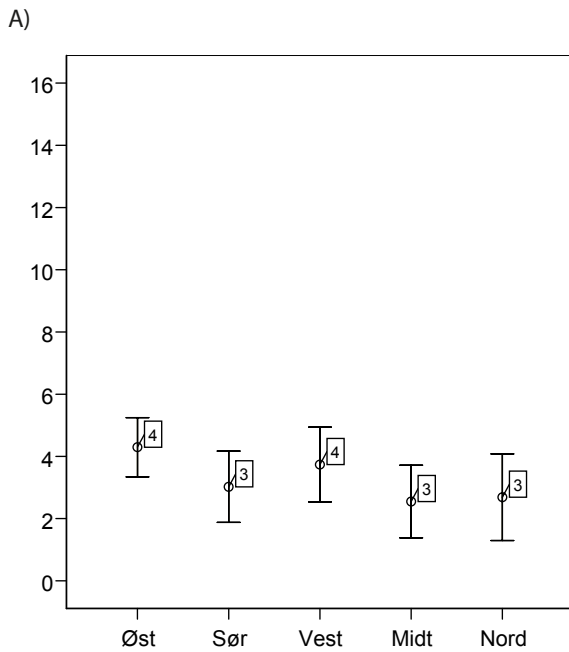


Figur 65: Andel (%) som har brukt marihuana, hasj eller andre narkotiske stoffer de siste 12 måneder (A) (N = 4629) og andel som har brukt marihuana, hasj eller andre narkotiske stoffer noen gang i livet (B) (N = 4061) etter utdanning

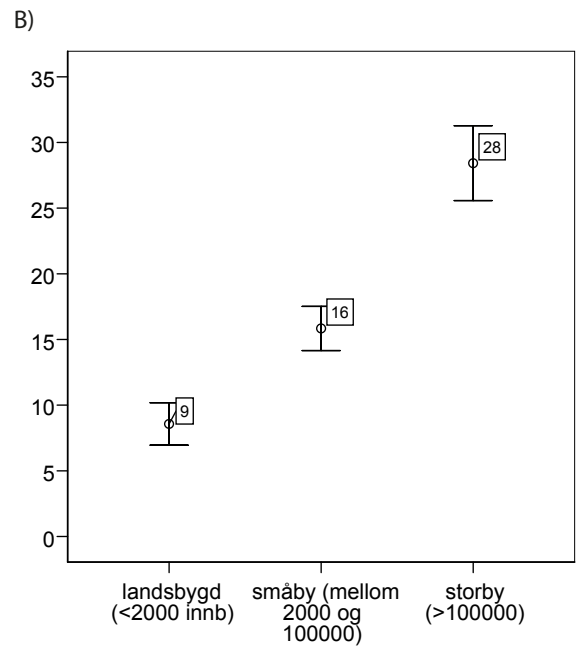
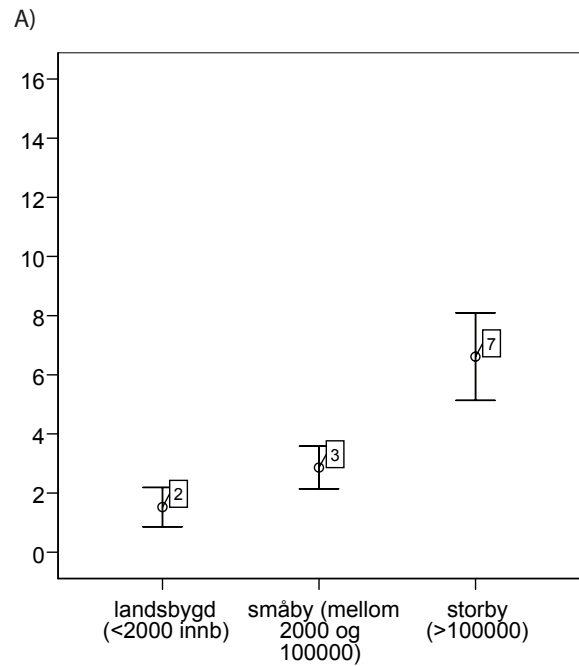


Figur 66: Andel (%) som har brukt marihuana, hasj eller andre narkotiske stoffer de siste 12 måneder (A) (N = 4467) og andel som har brukt marihuana, hasj eller andre narkotiske stoffer noen gang i livet (B) (N = 3937) etter inntekt (kvartiler)

Det er ingen signifikante forskjeller i bruk av narkotika de siste 12 måneder mellom de ulike utdanningsgrupper, men en klar økning i bruk av narkotika noen gang i livet med økende utdanning. Andel som har brukt narkotika, både siste 12 måneder og tidligere i livet, er størst hos de med lavest inntekt, mens det ikke er noen forskjell mellom de øvrige inntektsgrupper.



Figur 67: Andel (%) som har brukt marihuana, hasj eller andre narkotiske stoffer de siste 12 måneder (A) (N = 4796) og andel som har brukt marihuana, hasj eller andre narkotiske stoffer noen gang i livet (B) (N = 4207) etter helseregion



Figur 68: Andel (%) som har brukt marihuana, hasj eller andre narkotiske stoffer de siste 12 måneder (A) (N = 4461) og andel som har brukt marihuana, hasj eller andre narkotiske stoffer noen gang i livet (B) (N = 3931) etter by/land

Det er ingen forskjell mellom helseregionene når det gjelder bruk av narkotiske stoffer siste 12 måneder, men befolkningen i Helse Øst har klart størst forbruk noen gang i livet.

Andelen som har brukt hasj, marihuana eller andre narkotiske stoffer de siste 12 måneder eller noen gang i livet, er signifikant høyere i storbyer enn i småbyer og på landsbygd.

Tabell 33: Beregnede gjennomsnittlige prosentverdier (Estimated marginal means) for bruk av marihuana, hasj eller andre narkotiske stoffer de siste 12 måneder i multivariat analyse (N = 4150)

DEMOGRAFISKE VARIABLER		Gj.sn.
Kjønn *	Menn	6,45
	Kvinner	3,70
Aldersgrupper *	16-24	9,63
	25-64	4,40
	>=65	1,19
Er i parforhold *	Nei	6,81
	Ja	3,34
Utdannings-gruppe	Lav - grunnskole	4,29
	Middels - videregående	5,59
	Høy - universitet	5,35
Husholdnings-inntekt i kvartiler *	Lavest kvartil	8,65
	2n kvartil	4,56
	3e kvartil	3,62
	Høyest kvartil	3,47
Helseregion	Øst	5,48
	Sør	4,95
	Vest	5,38
	Midt	4,14
	Nord	5,43
By-land *	Landsbygd (<2000 innb)	3,06
	Småby (mellom 2000 og 100000)	4,34
	Storby (>100000)	7,83

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariat analyse ser vi at resultatene er omtrent de samme som i de univariate analyser. Det er høyest forbruk de siste 12 måneder hos menn, og forbruket avtar med økende alder. De som er i parforhold har et mindre forbruk enn de som ikke er i parforhold. Det er ingen signifikant sammenheng mellom narkotikaforbruk de siste 12 måneder og utdanning, mens det er et synkende forbruk med økende inntekt. Det er ingen geografiske forskjeller mellom helseregionene, mens det er økende forbruk fra landsbygda til storbyer.

Tabell 34 Beregnede gjennomsnittlige prosentverdier (Estimated marginal means) for bruk av marihuana, hasj eller andre narkotiske stoffer noen gang i livet (N = 3669) i multivariat analyse

DEMOGRAFISKE VARIABLE		Gj.sn.
Kjønn *	Menn	17,6
	Kvinner	13,0
Aldersgrupper *	16-24	23,6
	25-64	19,7
	>=65	2,7
Er i parforhold *	Nei	17,7
	Ja	13,0
Utdannings-gruppe *	Lav - grunnskole	10,9
	Middels - videregående	16,4
	Høy - universitet	18,7
Husholdningsinntekt i kvartiler *	Lavest kvartil	21,6
	2n kvartil	14,8
	3e kvartil	13,2
	høyest kvartil	11,7
Helseregion *	Øst	17,5
	Sør	16,0
	Vest	14,3
	Midt	11,0
	Nord	17,8
By-land *	Landsbygd (<2000 innb)	7,1
	Småby (mellom 2000 og 100000)	13,2
	Storby (>100000)	25,7

Resultatene av den multivariate analyse av narkotikaforbruk noen gang i livet er forskjellige fra forbruk de siste 12 måneder, men de gjenspeiler de resultater vi fant i de univariate analyser. Det er et høyere forbruk noen gang i livet hos menn, og forbruket avtar med økende alder. De som er i parforhold har et mindre forbruk enn de som ikke er i parforhold. I motsetning til forbruket de siste 12 måneder, er det en sterk signifikant sammenheng mellom narkotikaforbruk noen gang i livet og utdanning, slik at forbruket stiger med økende utdanning. Når det gjelder inntekt er forholdet motsatt, i det forbruket avtar med økende inntekt. Forbruket er størst i Helse Øst og Helse Nord, og økende mot storbyene.

3.3.10 Risiko på individnivå og tilskrivbar risiko på populasjonsnivå

Tabellen under viser forholdet mellom risikoeksponering og henholdsvis høy HSCL, bruk av helsetjenester og trygdeytelser på individnivå. Vi ser at de fleste av de nevnte risikofaktorene er assosiert med økt forekomst av de nevnte helseutfallene.

Vi har delt risikofaktorene inn i livshendelser som har skjedd siste året og i tilstander som antas å være mer

langvarige eller kroniske som er målt som prevalens på intervju tidspunktet. I og med at de belastende livshendelsene er mer kortvarige og forbigående av natur, er det mulig at betydningen av disse for å utvikle psykiske helseproblemer ikke kan sammenlignes direkte med eksponeringsfaktorer som er mer langvarige og kroniske.

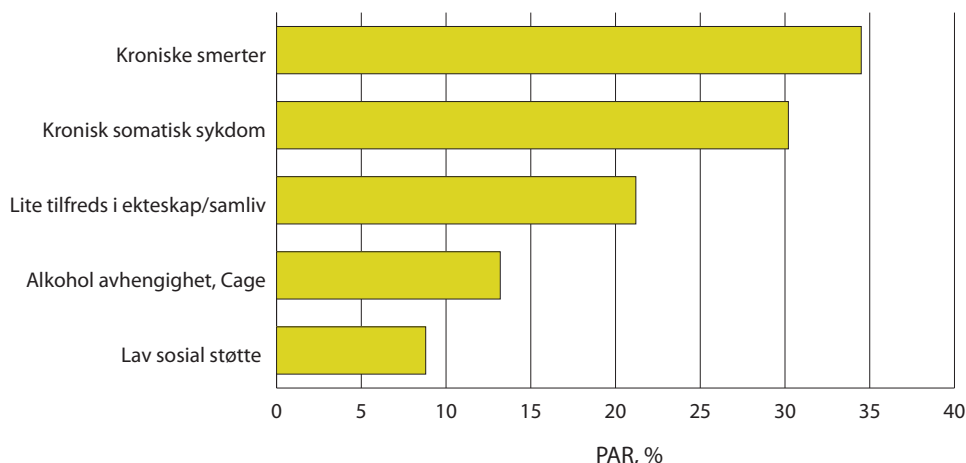
Tabell 35: Odds ratio (OR) justert for alder og kjønn (logistisk regresjons analyse) ved tilstedeværelse av de ulike risikofaktorer. Andelen som har denne risikofaktoren er angitt i %

Hendelser i løpet av siste året	%	Odds ratio for helseutfall			
		HSCL-25>1,75	Søkt legehjelp	Tar medisiner	Trygdet/sykmeldt
Du har selv vært utsatt for en alvorlig fysisk sykdom, skade eller overfall	7,9	3,7	2,4	2,8	3,0
En av dine nærmeste har vært alvorlig syk, utsatt for skade eller overfall	21,5	2,1	1,5	1,5	1,6
Din mor eller far, din ektefelle/samboer eller barn er avgått ved døden	7,0	1,8	-	-	2,0
En nær familievenn eller annen slektning (f.eks onkel/tante, søskenbarn, besteforeldre) er avgått ved døden	22,6	-	-	-	-
Du er blitt separert på grunn av problemer i ekteskapet/samboerskapet	3,4	4,6	4,7	3,0	3,3
Du har brutt et langvarig vennskap/forhold	8,0	3,7	3,4	3,6	2,2
Du har hatt et alvorlig problem med en nær venn, nabo eller slektning	10,8	4,0	3,0	2,7	2,5
Du er blitt arbeidsledig eller har forgjeves søkt etter ny jobb i mer enn en måned	6,6	2,9	2,9	2,5	2,8
Du er blitt avskjediget fra din jobb	1,8	3,9	3,0	4,7	3,1
Du har hatt alvorlige økonomiske problemer	8,0	7,2	4,0	4,9	4,9
Du har hatt problemer med politiet og blitt fremstilt for retten	0,9	7,8	6,6	7,5	6,1
Noe du satte stor pris på er mistet eller blitt stjålet	4,4	2,9	1,7	2,5	1,5
Utsatt for vold	8,0	5,7	5,1	3,1	3,8
Bruk av narkotika	3,5	3,8	3,1	6,3	2,3
Tilstand på intervju tidspunktet (prevalens)	%				
Lav sosial støtte	8,6	5,4	3,4	3,7	2,5
Lite tilfreds i ekteskap/parforhold	12,2	3,7	2,4	1,9	1,7
Kroniske smerter	28,7	3,2	2,3	4,0	3,3
Kronisk somatisk sykdom	36,1	2,4	2,1	2,7	3,2
Livstidsprevalens					
Brukt av narkotika noen gang i løpet av livet	17,2	2,0	2,2	2,0	1,5

Alle odds ratio (OR) som er oppgitt i tabellen er signifikante, men det er nokså store forskjeller i OR som er knyttet til de ulike risikofaktorene. Tabellen viser også stor variasjon i hyppighet/forekomst av de ulike risikofaktorene. Selv om eksponering for en risikofaktor, som f. eks å ha hatt problemer med politiet eller blitt framstilt for retten er knyttet til betydelig oversykelighet og et høyt forbruk av helsetjenester/trygdeytelser, er det få som eksponeres for dette (i underkant av 1 prosent) og da blir betydningen dette har for folkehelsen allikevel beskjeden.

Når man skal vurdere betydningen av en risikofaktor for folkehelsen, er det vanlig å beregne tilskrivbar risiko på populasjonsnivå eller Population attributable risk (PAR). PAR er et mål på hvor mye helsetilstanden til hele populasjonen ville bli bedret (i prosent) hvis helsetilstanden til den angitte gruppen hadde vært lik helsen til resten av populasjonen. Dette beregner på en måte den teoretiske bedringen av folkehelsen (i

prosent) man kunne forvente ved å eliminere denne risikofaktoren. Når man skal tolke tilskrivbar risiko, eller hvor mye som kan "tilskrives" den enkelte faktoren, er det imidlertid flere forhold som man må tenke på. Når gruppene er overlappende eller har felles bakenforliggende årsaker, så vil summen av de tilskrivbare risikoene i prosent kunne overskride 100 %. Dessuten kan årsaksrekkefølgen gå i motsatt retning, som f. eks ved at trøbbel med politiet er forårsaket av psykiske helseproblemer og ikke motsatt. Figuren under viser beregninger av Tilskrivbar risiko på befolkningsnivå (PAR) for HSCL-25>1,75 i prosent. Her har vi bare tatt med de mer langvarige og kroniske belastningene når vi har beregnet PAR, fordi vi antar at langvarige belastninger/tilstander ikke er direkte sammenlignbare med kortvarige og mer forbigående negative livshendelser.



Figur 69: Tilskrivbar risiko på befolkningsnivå (PAR) på HSCL-25>1,75 justert for kjønn og alder¹

¹PAR er basert på Relative Risk (30) og beregnet som beskrevet i Rothman, K.1998 (31).

Summen av PAR i % blir mer enn 100 selv uten å ta inn negative livshendelser i beregningen av PAR. Dette kan skyldes en eller flere av de tidligere nevnte forhold. I tillegg finnes det også andre risiko- og beskyttende faktorer som vi ikke har data på. Figuren viser at kroniske smerter, kronisk somatisk sykdom og ekteskaps-/samlivsproblemer er de risikofaktorene som slår sterkest ut på populasjonsnivå.

4 Internasjonale sammenligninger

Det er av betydelig interesse å vite hvor Norge ligger i forhold til andre land både når det gjelder forekomst av psykiske plager og lidelser, risiko- og beskyttelsesfaktorer og behandling. Dette kan gi verdifull informasjon om psykiske lidelser som samfunnsproblem, forhold som påvirker den psykiske helse og omfang og bruk av behandlingsressurser. En forutsetning for en slik sammenligning er internasjonalt godtatte indikatorer og sammenlignbarhet av data både for psykisk helse, risiko- og beskyttelsesfaktorer og behandling. Både EU og WHO har arbeidet med utviklingen av slike sett med indikatorer, og det er foretatt flere internasjonale undersøkelser der en direkte kan sammenligne data fra ulike land. Blant annet fordi Norge ikke er medlem av EU, har ikke Norge deltatt i alle disse undersøkelsene, og en har derfor ikke alltid direkte sammenlignbare tall for Norge. Når det gjelder noen indikatorer, har en imidlertid foretatt separate undersøkelser i Norge der de samme målemetoder har vært brukt, slik at en, riktignok med forbehold, kan sammenligne data fra Norge med andre land. En må imidlertid være oppmerksom på at ulike rammer og utforminger av undersøkelser kan påvirke resultatene, slik at de ikke blir helt sammenlignbare. I det følgende vil en derfor bare inkludere Norge direkte i de statistiske sammenligninger der Norge har deltatt i den internasjonale undersøkelsen. Der tallene fra Norge er basert på separate undersøkelser, vil disse bli presentert for seg. Når det gjelder data av denne type, som kan være kulturelt sensitive, og som bygger på spørsmål som kan være vanskelige å oversette slik at de oppfattes på samme måte i ulike land, må en imidlertid ta forbehold også når det gjelder sammenlignbarheten innenfor én og samme undersøkelse. Til en viss grad må derfor resultatene fra noen av de internasjonale sammenligninger oppfattes som tentative, og før en trekker bastante konklusjoner er det behov for flere undersøkelser.

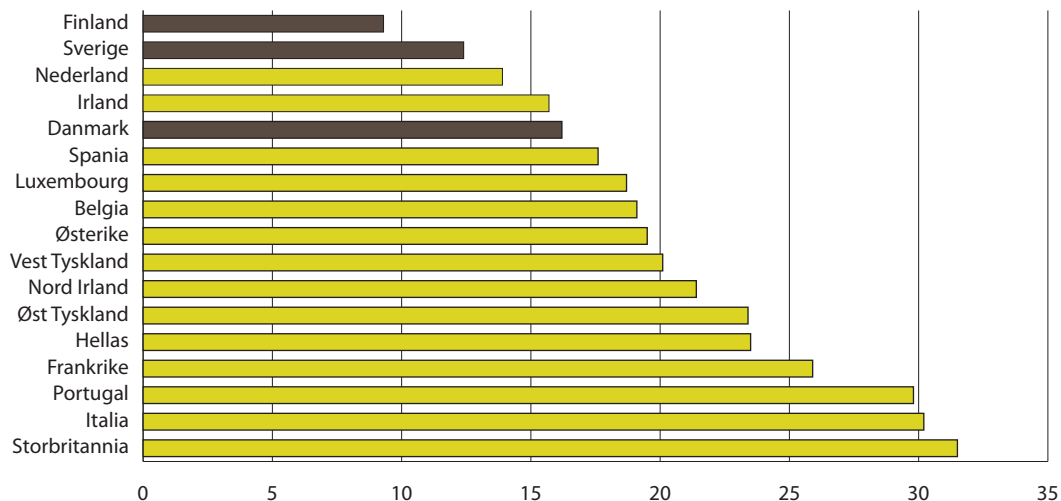
4.1 Psykisk helse

Psykiske plager

I de fleste EU-landene har man brukt 5 spørsmål fra spørreskjemaet SF-36 som går under navnet MHI-5 til å måle graden av psykiske plager eller "psychological distress" som det ofte betegnes internasjonalt. Norge

har stort sett brukt spørreskjemaet Hopkins Symptom Checklist – 25 (HSCL-25). De to målene er imidlertid svært høyt korrelert (32). Grenseverdien for hva man regner til kategorien "mye psykiske plager" kan likevel være noe ulik. Europeiske verdier ble rapportert i EUROBAROMETER-undersøkelsen (26), hvor grenseverdien for "mye psykiske plager" var satt til MHI-5 = 52. For å kunne vurdere hvordan Norge kan sammenlignes med resten av Europa, har vi brukt verdiene fra HSCL-25 i Levekårsundersøkelsen 2005, samt verdiene fra Levekårsundersøkelsen 2002, der både HSCL-25 og MHI-5 lå inne. Undersøkelsen fra 2002 viser at grenseverdien for HSCL-25 som tilsvarer en verdi av MHI-5 = 52 er 1,82. Andelen i 2005 som hadde en HSCL-25 skåre over 1,82 var 5,6 %. Når en antar at dette er sammenlignbart med andelen med "mye psykiske plager" slik dette er målt i EUROBAROMETER-undersøkelsen(26), finner en at Norges verdier er lavest.

Selv om sammenlignbarheten av prevalenstillene kan være noe usikker, kan de relative tall ved sammenligning av ulike undergrupper i de enkelte land gi interessante resultater. Andelen med psykiske plager fordelt etter alder i de ulike land, tyder på at hyppigheten av psykiske plager går ned med økende alder i Norge og i enkelte andre land, mens den går opp i andre. Et usikkerhetsmoment her er, imidlertid, et selektivt frafall av de med mest psykiske plager blant de eldste, fordi disse er på institusjon. Det er bare hjemmeboende som har vært med i den norske undersøkelsen. Hvorvidt dette slår ut forskjellig i ulike land er uvisst.



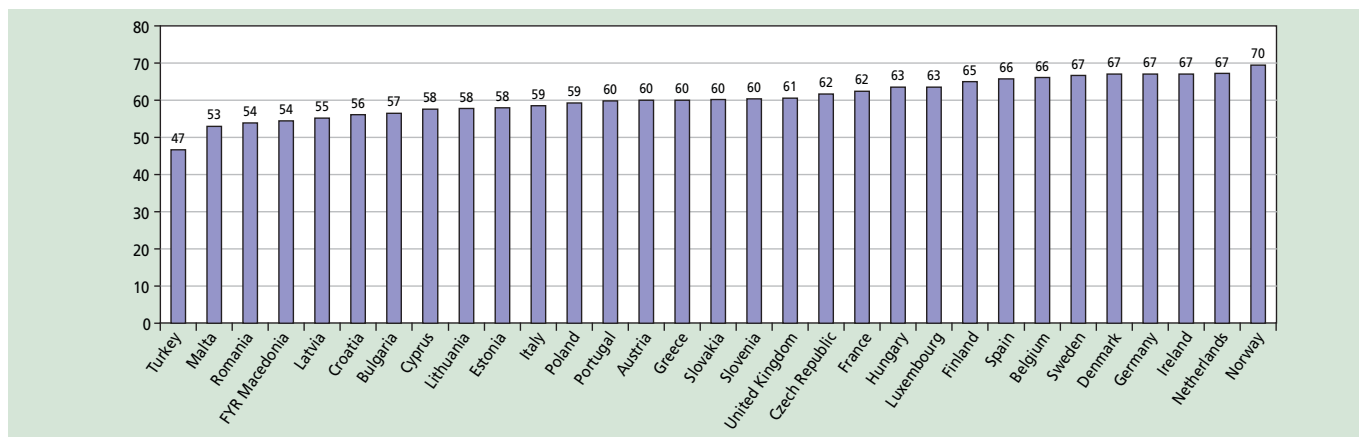
Figur 70: Andel (%) med "mye psykiske plager" målt som MHI-5<52 etter land basert på EUROBAROMETERundersøkelsen (26)

Tabell 36: Andel med "mye psykiske plager" målt som MHI-5<52 etter land og alder (26)

Land	15-25	26-44	45-64	65+ år	Totalt	p
Belgia	13,8	18,8	23,1	18,1	19,1	0,095
Danmark	18,9	13,7	17,9	15,6	16,2	0,417
Vest-Tyskland	17,4	15,5	20,2	28,4	20,1	0,003
Hellas	16,3	20,4	25,4	33,3	23,5	0,001
Italia	26,9	29,0	32,6	31,5	30,2	0,562
Spania	12,0	14,2	22,3	25,0	17,6	0,001
Frankrike	19,1	24,1	30,7	30,3	25,9	0,020
Irland	6,8	15,4	21,4	19,1	15,7	0,000
Nord-Irland	23,2	0,0	18,8	34,4	23,5	0,664
Luxembourg	15,3	18,9	21,3	16,8	18,7	0,619
Nederland	11,4	12,7	16,6	13,0	13,9	0,308
NORGE*	11,2	6,6	7,2	4,9	7,2	0,000
Portugal	14,9	16,9	41,3	49,7	29,8	0,000
Storbritannia	26,4	33,1	35,1	27,5	31,5	0,157
Øst-Tyskland	19,0	23,1	22,5	27,6	23,4	0,299
Finland	8,2	8,1	11,0	9,1	9,3	0,595
Sverige	17,3	15,7	10,6	7,2	12,4	0,006
Østerrike	12,8	16,4	22,0	28,9	20,5	0,001
Totalt	18,3	21,7	26,2	27,2	23,4	0,000

Også ved en annen Europeisk undersøkelse (The European Quality of Life Survey, 2007(33)) fant en at den psykiske helsen i Norge var meget god sammenlignet med andre land. Denne undersøkelsen som var basert

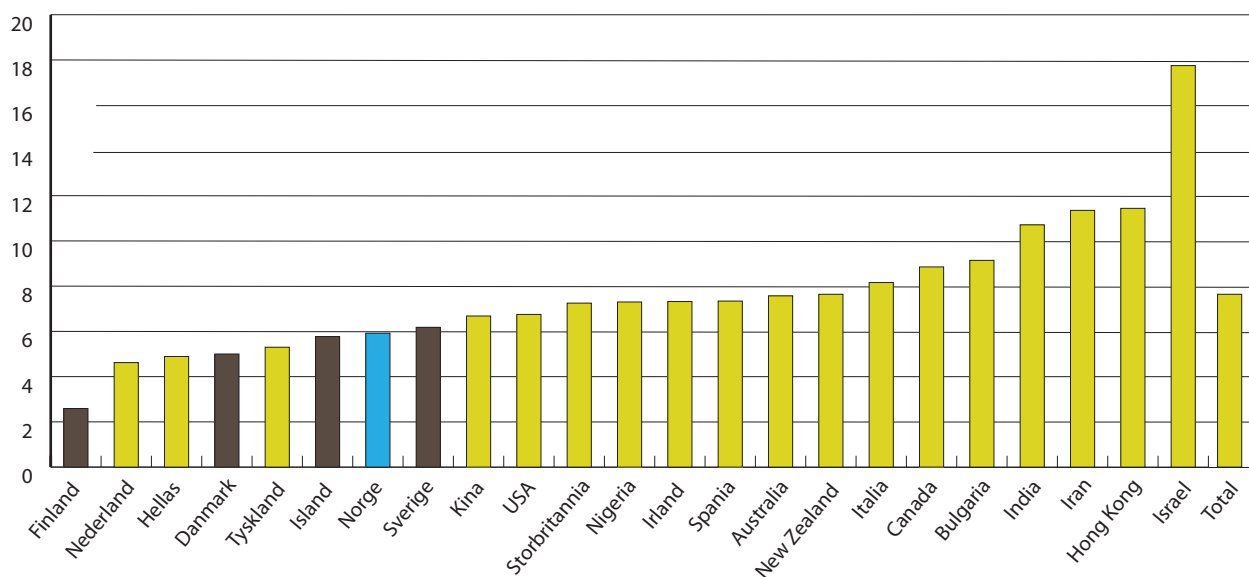
på fem spørsmål med fokus på opplevelse av energi og vitalitet, viste at Norge kom best ut av samtlige land. Dette fremgår av Figur 71.



Figur 71: Fordeling av psykisk helse (Høy verdi = god helse)(33)

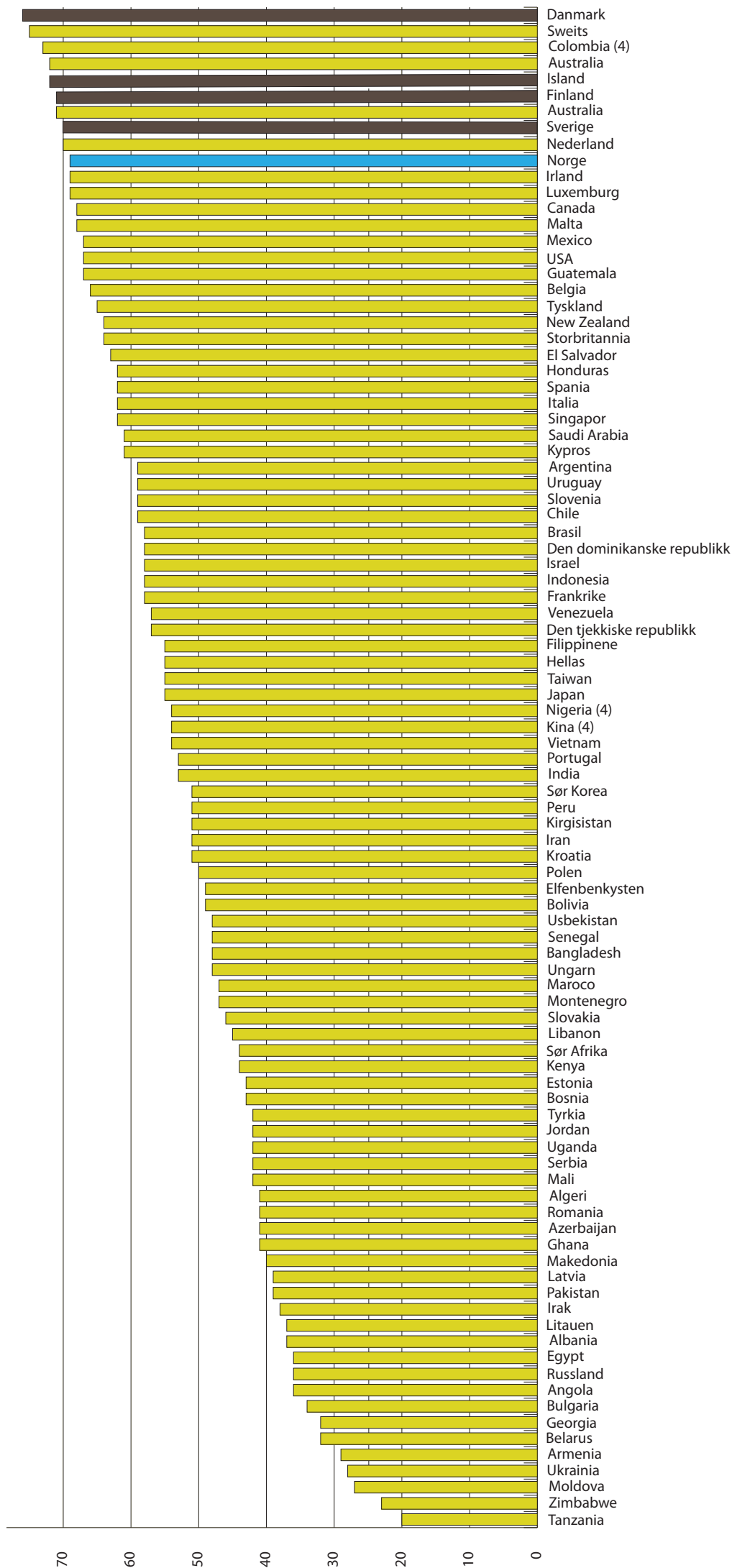
At Norge kommer godt ut når det gjelder psykisk helse, fremgår også av Figur 72, der en viser fordelingen av depressive plager målt ved Beck Depression Inventory

(BDI) ("World Database of Happiness – State of Nations (34)).



Figur 72: Gjennomsnittstall fra 1974-99 av nåværende depresjon målt ved BDI

Også her kommer Norge godt ut, sammen med de øvrige Nordiske land.



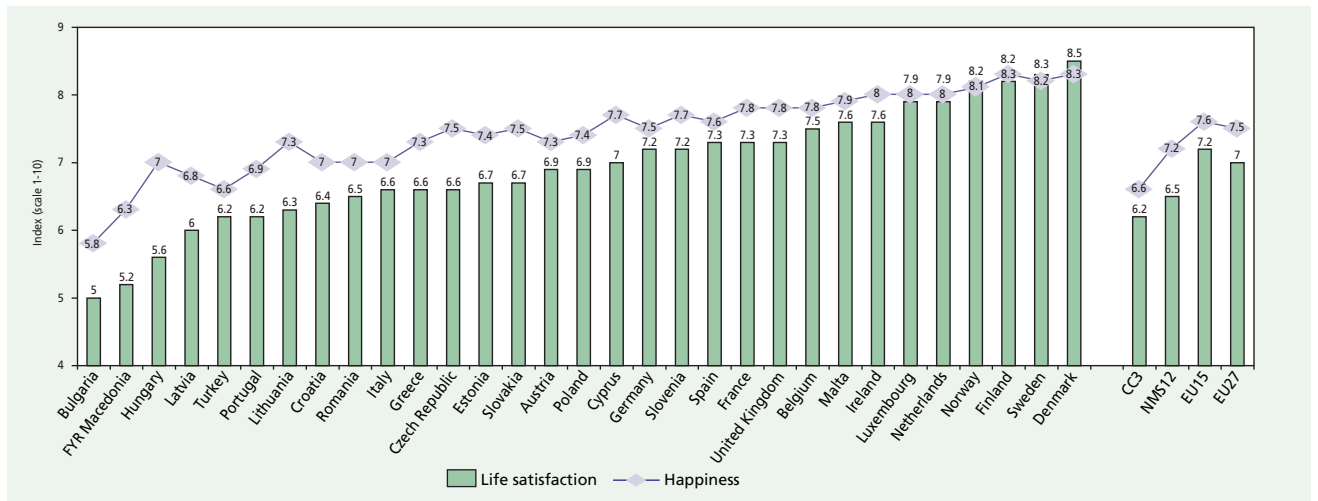
Figur 73: Tilfredshet med livet (TML) justert for ulikhet innen landene* fra World Database of Happiness (skala 1-10). De fleste verdiene er rapportert i 1999, mens de norske verdiene er fra 2005. Norge er i blått og Norden i brunt (34, 34, 37)

HSCL, MHI-5 og BDI måler psykiske plager, i første rekke depresjon og angst. Dette er ikke det samme som diagnostiserte psykiske lidelser, og det er ikke sikkert at disse følger det samme mønster. Det foreligger imidlertid få internasjonale undersøkelser med felles metodikk der en direkte kan sammenligne hyppigheten av psykiske lidelser. Når det gjelder klinisk depresjon, foreligger en slik undersøkelse, der Oslo inngår (35). Hyppigheten av depresjon var da 8.8 % i Oslo, mot 6.5 % i Turku, 12.3 % i Dublin, 2.8 % i Santander og 17.1 % i Liverpool. Her lå altså ikke Oslo spesielt godt an, i en viss motsetning til tallene for MHI-5 og BDI (kfr.ovenfor). Når det gjelder psykiske lidelser målt med standardisert kliniske intervju (CIDI), er tallene for Oslo svært like de en har funnet i USA (36).

Tilfredshet med livet

Tilfredshet med livet (TML) er som tidligere nevnt et mål på "positiv" psykisk helse. Når vi ser på en undersøkelse foretatt i land fra alle verdensdeler finner vi at innbyggerne i Norge og resten av Skandinavia er blant de mest tilfredse (data tilgjengelig i State of Nations) (34).

Også i en annen internasjonal undersøkelse kom Norge, sammen med de andre nordiske land, best ut når det gjelder tilfredshet med livet. Dette fremgår av Figur 74.

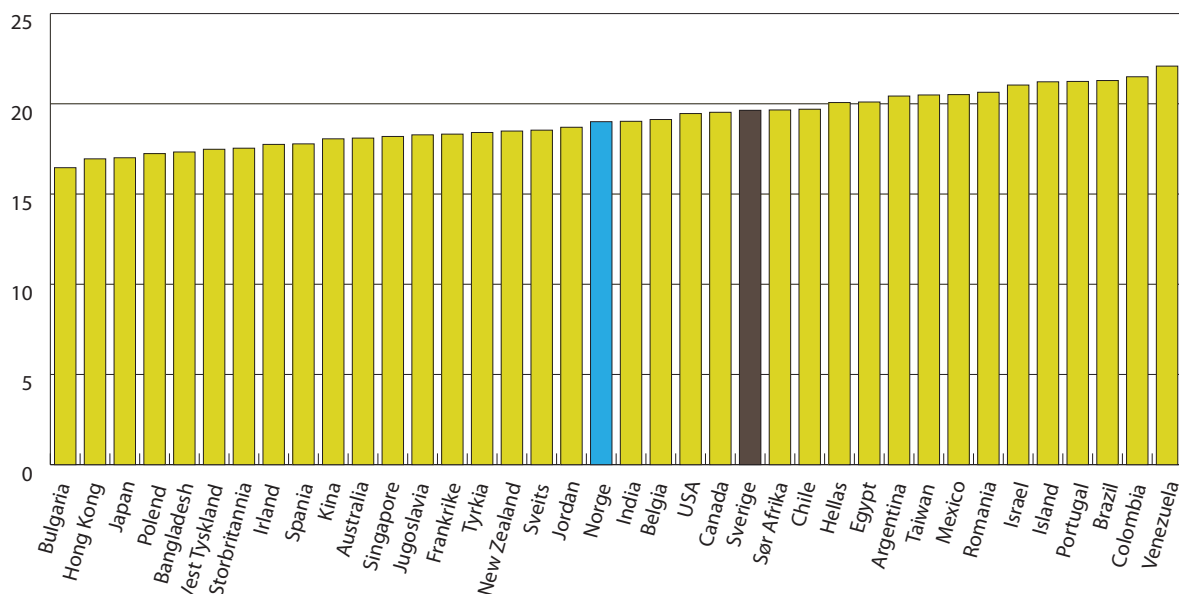


Figur 74: Tilfredshet med livet (European Quality of Life Survey, 2007(33))

Mestring

Opplevelse av mestring og kontroll med livet er i likhet med tilfredshet med livet et mål på velvære og god

psykisk helse. I en internasjonal undersøkelse der en brukte 'Spence-Helmreich Mastery Scale' (34) som mål for mestring, lå verdiene for Norge nær gjennomsnittet.



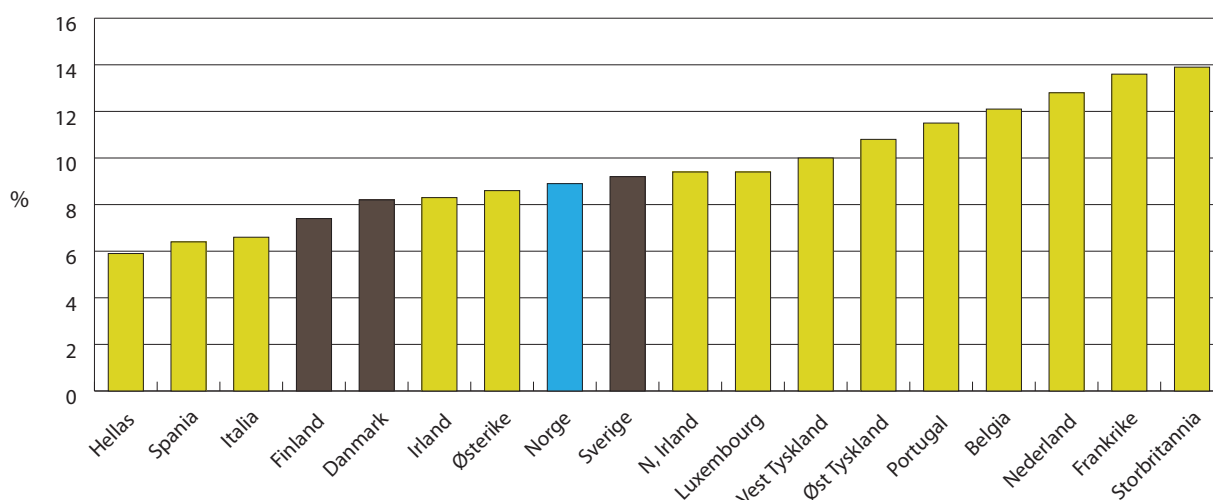
Figur 75: Mestring målt ved gjennomsnitt for 'Spence-Helmreich Mastery Scale' (34) i forskjellige nasjoner

4.2 Helsetjenester

Bruk av helsetjenester for psykiske plager

Når det gjelder bruk av helsetjenesten for psykiske plager, har Folkehelseinstituttet utarbeidet en egen rapport (2), basert på Levekårsundersøkelsen 2005. Her

gjengis bare noen av de sentrale funnene fra denne. Når det gjelder tallene for Europa, er disse som de norske tallene basert på selvrapporinger, og de skulle for så vidt være sammenlignbare. Andelen som har søkt hjelp i helsetjenesten for psykiske problemer siste 12 måneder, uansett nivå av psykiske plager, fremgår av Figur 76.



Figur 76: Andel (%) blant hele befolkningen som har søkt hjelp fra helsetjenesten for psykiske problemer siste 12 måneder i helsetjenesten, uansett nivå av psykiske plager, etter land. (MINDFUL/Eurobarometerundersøkelsen(26))

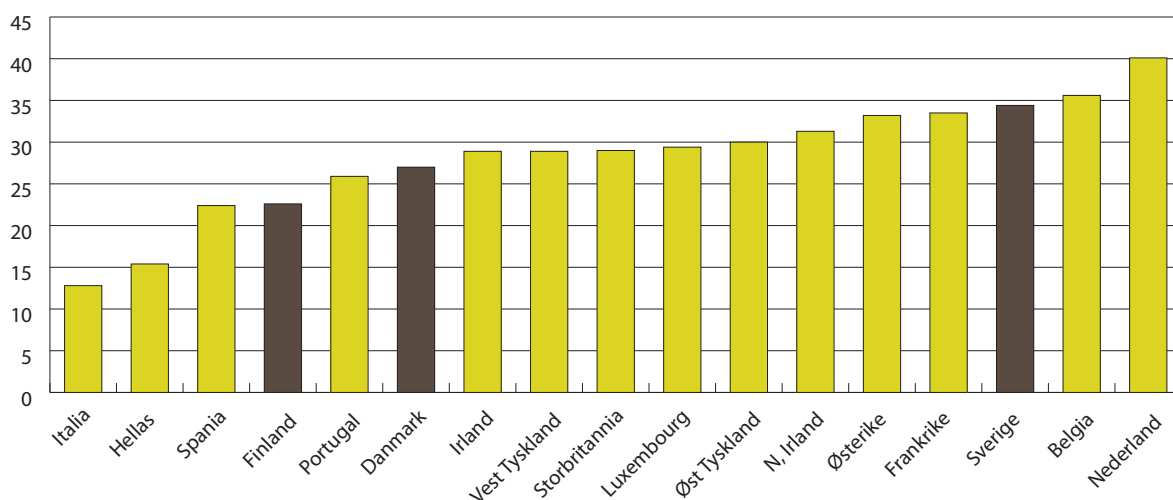
Andel av befolkningen som har søkt hjelp i helsetjenesten for psykiske problemer siste 12 måneder er for Norge 9 %. Dette betyr at Norge ligger nær gjennomsnittet for Europa når det gjelder slik hjelpsøking. Vi vet imidlertid ikke om dette reflekterer hyppigheten av psykiske plager i befolkningen, kapasiteten til helsevesenet eller holdninger til hjelpsøking for psykiske plager.

Av større interesse er det å se på hjelpsøking hos dem som har mye psykiske plager, da dette kan si noe om behovsdekning. Også her vil imidlertid holdninger til helsevesenet kunne spille inn, slik at en relativt lav andel med hjelpsøking i en gitt befolkningsgruppe ikke nødvendigvis betyr lav behovsdekning, men kan reflektere en lav motivasjon for å søke hjelp i helseve-

senet for psykiske plager. En må derfor være forsiktig med bastante tolkninger av funnene.

Når det gjelder nivået av psykiske plager, er dette for Norges vedkommende som tidligere nevnt HSCL-25. For de andre europeiske landene er nivået av psykiske plager basert på et annet spørreskjema (MHI-5), som er betydelig mer kortfattet enn HSCL-25 (32). Når en bruker en grenseverdi på skalaen som svarer til det en oppfatter som "mye psykiske plager" på HSCL-25, skulle imidlertid tallene være rimelig sammenlignbare.

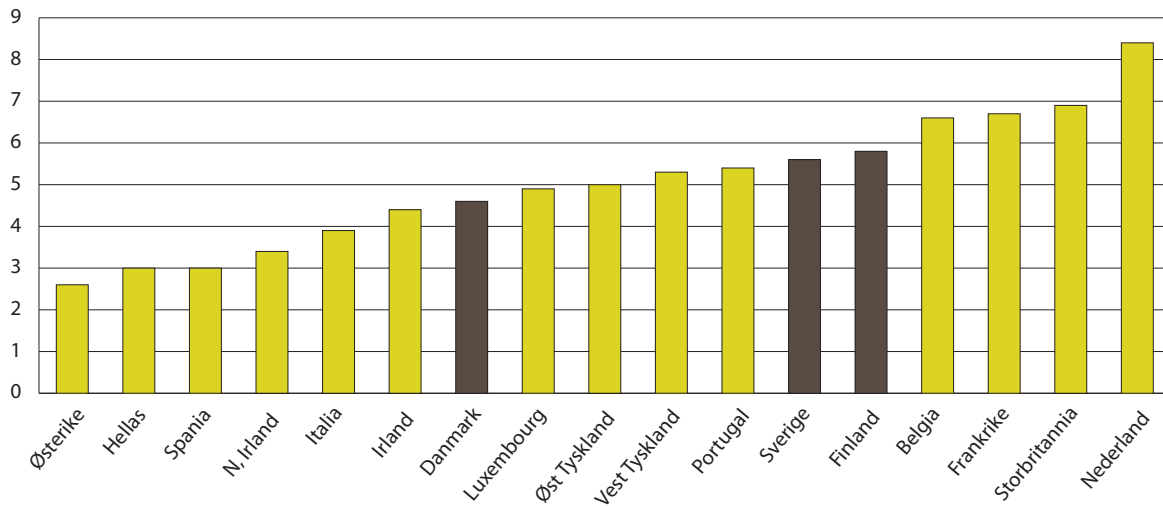
Andel som har søkt hjelp for psykiske problemer blant dem som har "mye psykiske plager" fremgår av Figur 77.



Figur 77: Andel (%) med mye psykiske plager som har søkt hjelp fra helsetjeneste de siste 12 måneder etter land

Når det gjelder Norge, er andelen som har søkt hjelp 43 %, hvilket kan tyde på at behovsdekningen er forholdsvis god i Norge, sammenlignet med andre europeiske land.

Andel hjelpsøkere blant dem som ikke har "mye psykiske plager" fremgår av Figur 78.



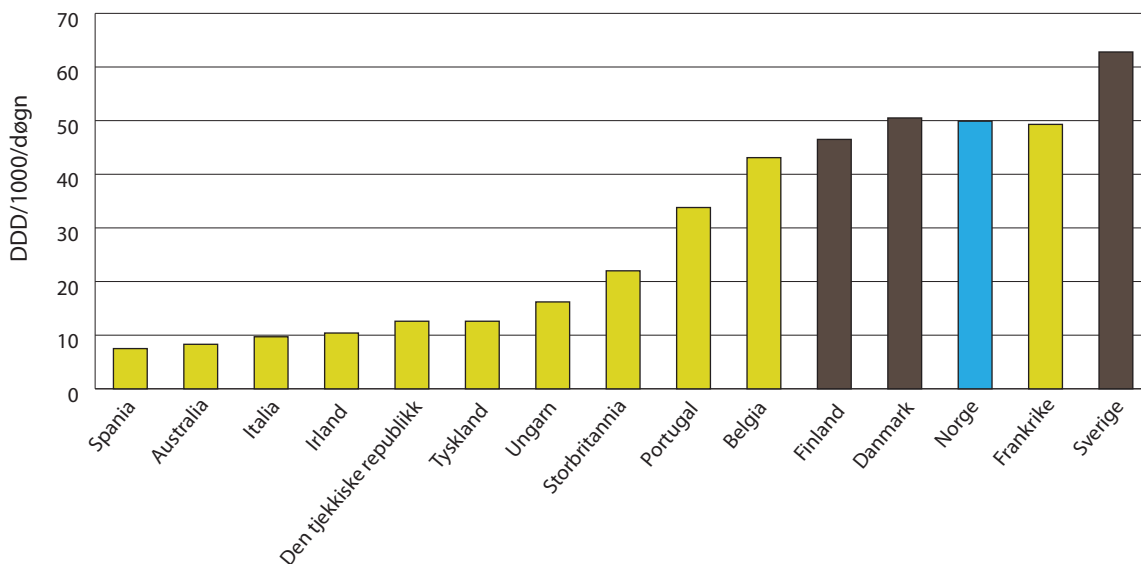
Figur 78: Andel (%) som har søkt hjelp fra helsetjenesten blant dem som ikke har mye psykiske plager

For Norge er andelen hjelpsøkere i denne gruppen 9 %, hvilket er et høyt tall i europeisk sammenheng.

sammenlignbare tall for europeiske land. Tallene inngår i publikasjonen MINDFUL (21).

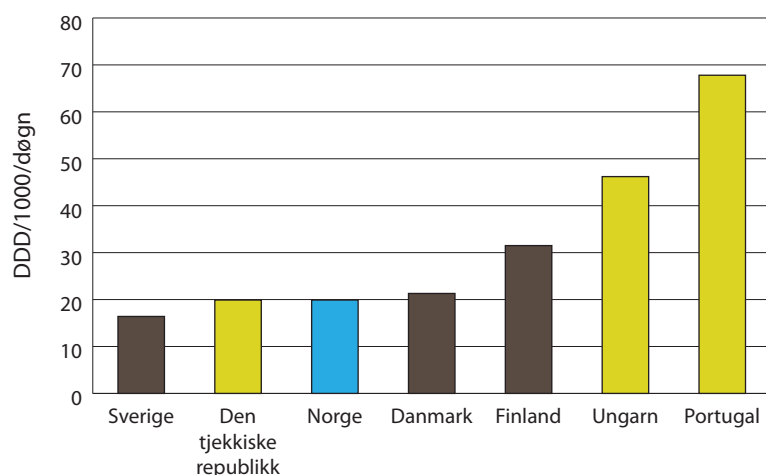
Medisinforbruk

Både når det gjelder medisiner mot depresjon (anti-depressiva) og mot angst (anxiolytika) finnes det



Figur 79: Bruk av antidepressiva etter land (DDD/1000/døgn). De norske verdiene kommer fra reseptregisteret

Forbruket av antidepressiva i Norge, som i de andre nordiske land, er blant de høyeste i Europa.



Figur 80: Bruken av anxiolytika, (DDD/1000/døgn) i Norge sammenlignet med andre land. Norske verdier kommer fra reseptregisteret

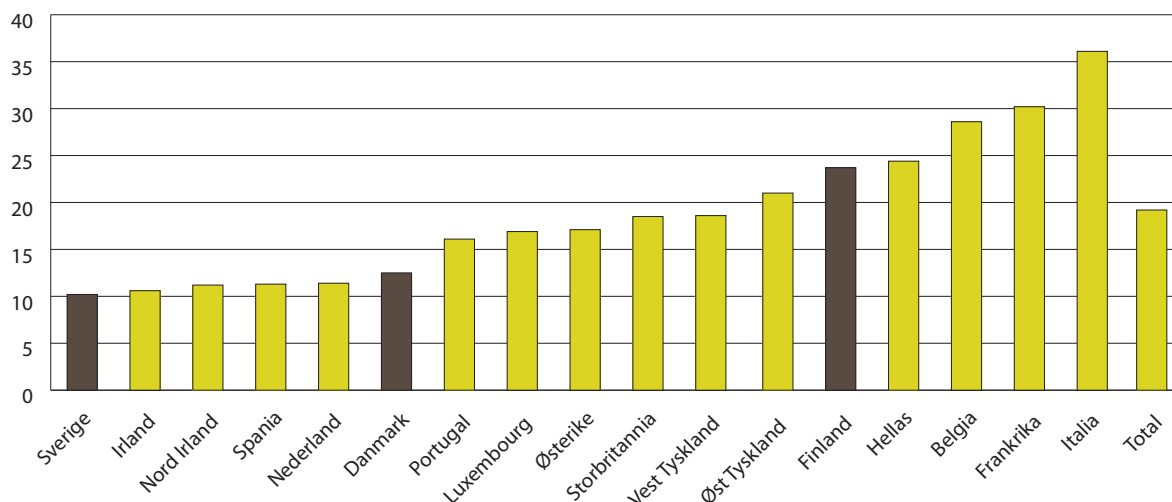
Norge har et forholdsvis lavt forbruk av anxiolytika.

4.3 Risiko- eller beskyttende faktorer

Sosial støtte

Opplevelse av sosial støtte er knyttet til god psykisk helse. Oslo 3-items Social Support Scale (OSS-3) (24)

har vært brukt i flere internasjonale undersøkelser, og dette muliggjør en sammenligning. Resultatene fra Eurobarometer undersøkelsen (26), der Norge ikke var med, fremgår av Figur 81.

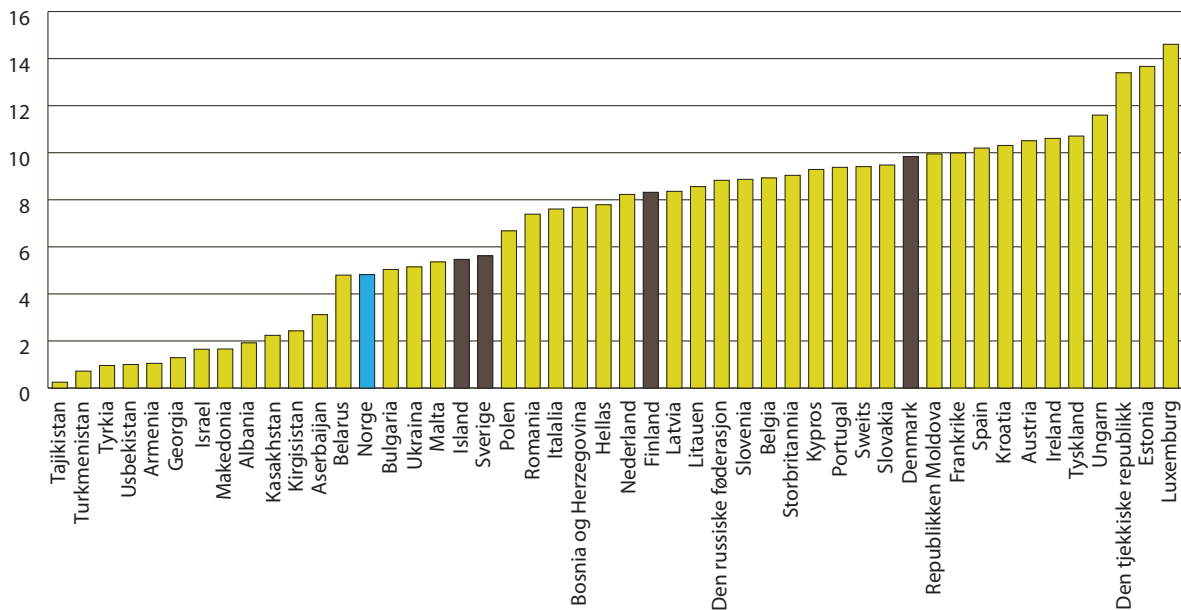


Figur 81: Andel (%) med lav sosial støtte (OSS-3) basert på data fra Eurobarometer 2003

I Norge har en brukt OSS-3 i Levekårsundersøkelsen 2005. Her finner en at andel med lav sosial støtte er 9 %, hvilket da er et meget lavt tall, omtrent svarende til tallene fra Sverige og Irland.

Alkoholforbruk

Alkoholforbruk basert på WHO's, Health for All (38), fremgår av Figur 82.



Figur 82: Inntak av ren alkohol per innbygger. Data kommer fra HFA (38)

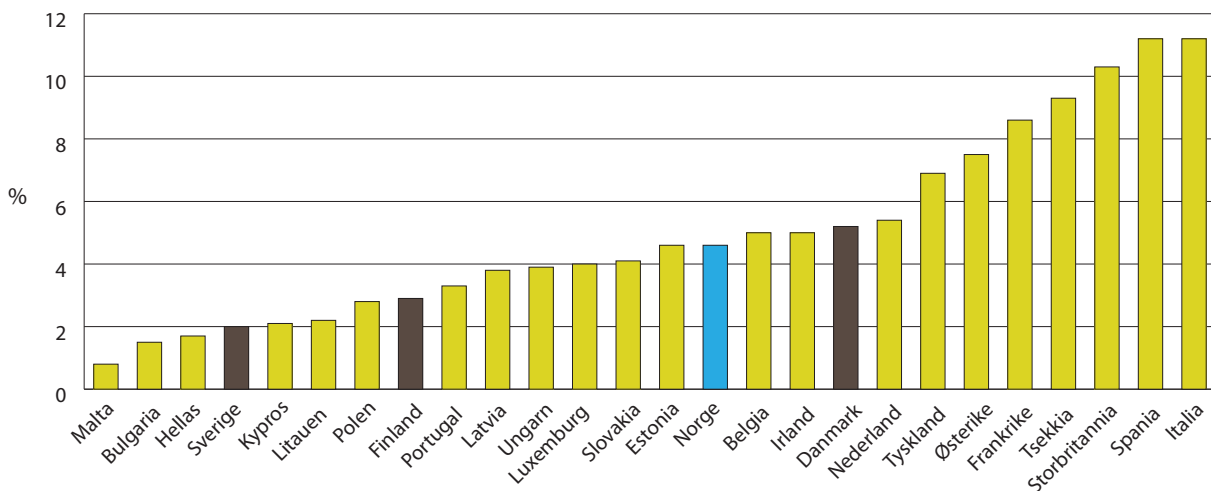
Tallene for Norge ligger svært lavt, og det er hovedsakelig bare muslimske land som ligger lavere. Norge har lavest inntak av alle de nordiske landene. Dødsfall relatert til alkohol er også lavt i Norge, men ikke så lavt som inntaket skulle tilsi (data ikke vist). Måten det drikkes på i Norge, med tildels store mengder alkohol

over kort tid ("fyllerangel"), i motsetning til et mer jevnt forbruk, kan kanskje forklare dette.

Bruk av narkotiske stoffer

Bruken av cannabis i løpet av de siste 12 måneder er basert på tall fra EU's overvåkingscenter for narkotika (39).

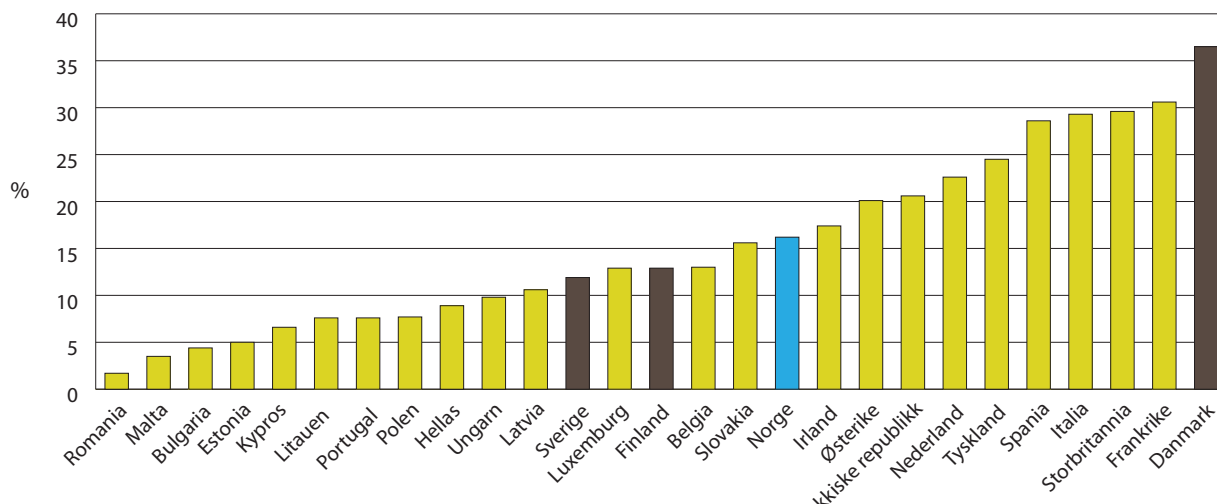
Prevalens siste måneder av cannabis bruk



Figur 83: Prosent som har brukt cannabis siste 12 måneder i europeiske land. Norske tall i blått

Forbruket av cannabis i Norge ligger noe under gjennomsnittet for europeiske land, med 4,5 % som har brukt cannabis siste 12 måneder.

Når det gjelder bruk av cannabis noen gang i livet, er fordelingen som vist i Figur 84.

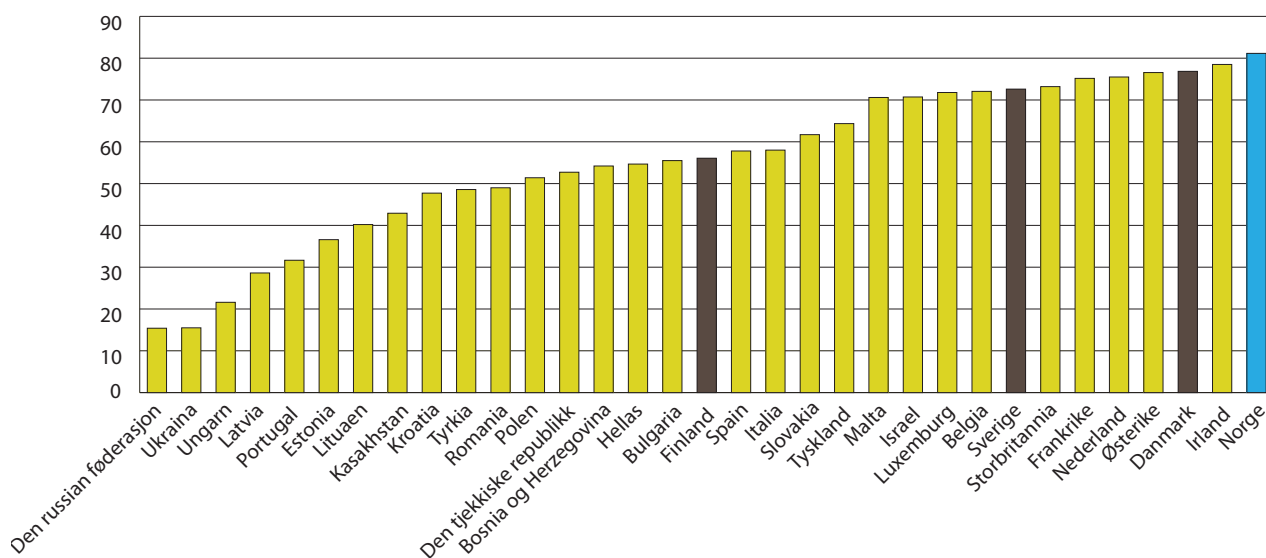


Figur 84: Prosent som har brukt cannabis noen gang i livet i forskjellige land. Norske tall i blått.

Også her ligger tallene for Norge omtrent "midt på treet", med 16 % som har brukt cannabis noen gang i livet.

Egenvurdert helse

Egenvurdert helse basert på WHO's Health for All Database fremgår av Figur 85.



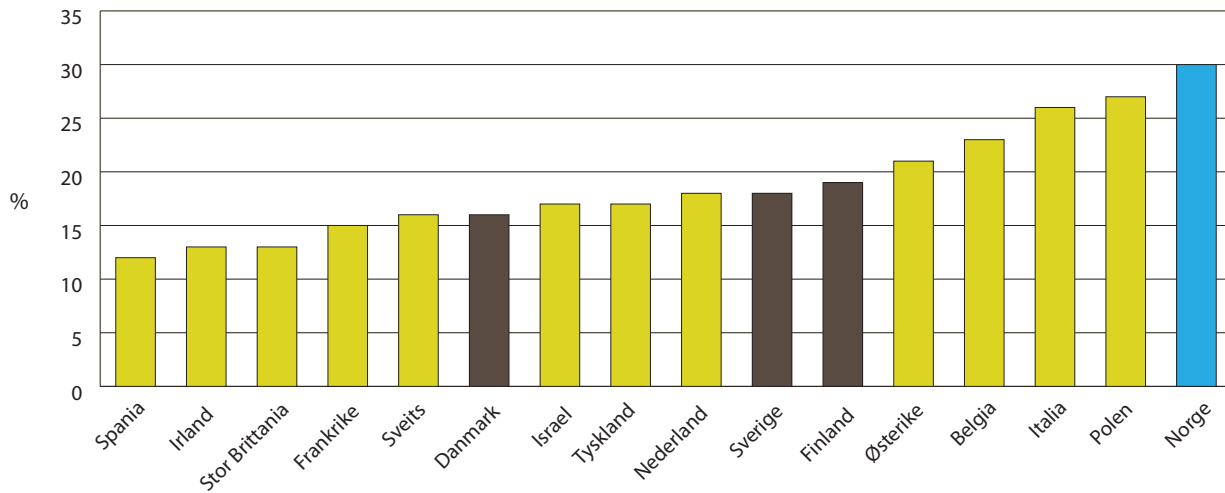
Figur 85: Prosent med god eller bedre egenvurdert helse. De fleste land målt i 2002, noen få går tilbake til slutten av 1990-årene

Norge er blant de land der andelen som vurderer sin egen helse som god eller bedre er størst, og tallene er på omtrent samme nivå som for Danmark og Sverige.

Kroniske smerter

Sykdommer eller tilstander som medfører kontinuerlige eller stadig tilbakevendende smerter går under

betegnelsen kroniske smerter. Kroniske smerter viser sterk sammenheng med psykiske plager. I en undersøkelse over utbredelsen av kroniske smerter i Europa (40) finnes følgende fordeling:



Figur 86: Prevalens av kroniske smerter i Europa blant 46 394 voksne i et telefonintervju

Når det gjelder kroniske smerter lå Norge høyest av de land som inngikk i undersøkelsen.

5.1 Oppsummering av viktigste funn

5.1.1 Prevalenstall for Norge 2005

Psykisk helse og bruk av helsetjenester

I dette landsomfattende utvalget av personer over 15 år var det 9 % som rapporterte å ha vært betydelig plaget av symptomer på angst og depresjon de siste 14 dagene (HSCL-25 > 1,75). 15 % svarte at de gjentatte ganger de siste 3 månedene hadde hatt vansker med å sovne eller opprettholde søvnen gjennom natten. 5 % svarte positivt på minst to av spørsmålene i spørrebatteriet "CAGE", noe som tyder på at de var avhengige av alkohol. 15 % av utvalget var lite tilfredse med livet. 13 % av deltakerne i aldersgruppen 25-64 år hadde angivelig vært sykmeldt eller trygdet på grunn av psykiske problemer i løpet av de siste 12 månedene. Blant de med betydelige psykiske plager (HSCL-25>1.75) var den tilsvarende andelen 43 %.

	%
Lite tilfreds med livet	15
Betydelige psykiske plager (HSCL-25>1,75)	9
Søvnproblemer	15
Alkoholavhengig, CAGE	5
Lav mestrings	24
Sykmeldt/trygdet siste år pga. psykisk sykdom (25-64 år)	13

9 % av deltakerne rapporterte at de hadde søkt hjelp i helsetjenesten på grunn av psykiske plager i løpet av de siste 12 månedene. Av de som hadde betydelige psykiske plager, var det tilsvarende tallet 43 %.

4 % av deltakerne svarte at de brukte medisiner mot depresjon, mens 3 % brukte beroligende medikamenter ukentlig eller oftere. Av de med betydelige psykiske plager var det tilsvarende tallet hhv. 24 % og 16 %.

	%
Søkt hjelp i helsetjenesten siste året pga. psykiske problemer	9
Søkt hjelp siste året pga. psykiske problemer av de med HSCL-25>1,75	43
Bruker antidepressive medisiner	4
Bruker antidepressive medisiner av de med HSCL-25>1,75	24
Brukt beroligende	3
Brukt beroligende medisiner av de med HSCL-25>1,75	16

Risikofaktorer

30 % av deltakerne rapporterte smerter som hadde vært vedvarende eller stadig tilbakevendende i mer enn 3 måneder. 36 % oppga å ha én eller flere somatiske sykdommer som hadde vart i minst 6 måneder, men dette inkluderte et stort spekter av sykdommer fra lett eksem og allergi, til invalidiserende og dødelige sykdommer.

I løpet av de siste 12 månedene hadde 26 % opplevd minst to negative eller belastende livshendelser. Slike livsbelastninger kan f. eks være brudd på ekteskap/samliv (3,4 %) og nære forhold (8 %), blitt arbeidsledig (6,6 %), hatt alvorlige økonomiske problemer (8 %), opplevd alvorlig sykdom eller dødsfall i nærmeste familie (5,5 %) eller vært utsatt for vold (8 %).

15 % av deltakerne hadde vært beruset av alkohol månedlig eller mer siste året, og 4 % hadde brukt hasj, marihuana og andre narkotiske stoffer i løpet av det samme tidsrommet.

9 % hadde en opplevelse av lite sosial støtte. 2 % hadde ingen andre personer som sto dem nær. 21 % hadde 1-2 personer som sto dem nær.

	%
Mindre god eller dårlig egenvurdert helse	19
Kroniske smerter	30
Lav sosial støtte	9
Lite tilfreds med ekteskapet	13
2 eller flere negative livshendelser siste året	25
Utsatt for vold siste året	8
Beruset månedlig eller oftere siste året	15
Brukt hasj, marijuana eller andre narkotiske stoffer de siste året	4

5.1.2 Ulikheter mellom grupper og geografiske områder

Kjønn: Kvinnene i utvalget rapporterte mer psykiske plager i form av angst og depresjon enn mennene. Kvinnene rapporterte også oftere at de hadde tatt kontakt med helsetjenesten pga. psykiske plager de siste 12 månedene, og rapporterte et høyere forbruk av medisiner mot angst og depresjon enn mennene. Mennene hadde imidlertid et høyere forbruk av alkohol og narkotika og rapporterte mindre sosial støtte enn kvinnene. Kvinner og menn var omtrent like tilfredse med livet, men kvinner i parforhold synes å være noe mindre tilfredse med parforholdet enn menn i parforhold.

Aldersgrupper: Den eldste aldersgruppen (65 år eller eldre) rapporterte mindre psykiske plager, mindre rusmisbruk, færre negative livshendelser de siste 12 måneder, og en større tilfredshet med livet enn de yngre aldersgruppene. På den annen side rapporterte den eldste aldersgruppen om et høyere forbruk av medisiner mot angst og depresjon, mer somatiske helseproblemer og mindre sosial støtte enn de yngre.

Parforhold: Deltagere uten fast parforhold var klart mindre tilfredse med livet, hadde mer psykiske plager og var mer sykmeldt og trygdet pga. psykiske problemer enn de som var i et fast parforhold.

Sosial ulikhet: Tilfredsheten med livet og opplevelse av kontroll og mestring økte med økende inntekt, mens deltagerne med lav inntekt rapporterte om lavere mestring og mer psykiske plager. Andelen alkoholavhengige var størst hos deltagerne med lavt inntektsnivå selv om deltakerne med høyt inntektsnivå drakk oftere. Bruk av narkotika (både siste 12 måneder og noen gang i livet) viste en sterk sammenheng med inntektsnivå, der de med lav inntekt rapporterte signifikant oftere om narkotikabruk; både siste året og tidligere i livet.

Deltagerne med høyt utdanningsnivå drakk oftere enn deltagerne med lavt utdanningsnivå og her fant vi også samsvar mellom hyppig konsum og økt andel alkoholavhengige blant de høyt utdannede. Deltagere med lavt utdanningsnivå rapporterte ellers om lavere mestring og mer psykiske plager i form av angst og depresjon. Psykiske plager og tilfredshet med livet hadde imidlertid sterkere sammenheng med inntekt enn med utdanning.

Forskjeller mellom by og land og helseregioner: Det var ingen signifikante forskjeller i tilfredshet med livet mellom helseregionene eller mellom by og land. Deltagere fra større byer rapporterte derimot om mer psykiske plager og rusmiddelbruk (både alkohol og narkotika) enn de som bodde på landsbygda.

5.2 Metoder og feilkilder

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 (12). 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 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 for psykiske plager hos eldre i dette materialet er lavere enn hva som er reelt i befolkningen. Høyt utdannede er også noe overrepresentert i utvalget i forhold til offisiell befolkningsstatistikk, og høyt utdannede har betydelig bedre psykisk og fysisk helse enn lavt utdannede (16). 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. Det er vist i flere undersøkelser at innvandrere fra ikke-vestlige land har en betydelig overhyppighet av psykiske helseproblemer (16, 24). I og med at spørreskjemaene i denne undersøkelsen heller ikke er oversatt til andre språk, og det heller ikke er brukt tolk,

vil vi anta at det særlig er innvandrere med store språk- og integreringsproblemer som har falt fra.

Vi har også sammenlignet forekomsten av innleggelser på psykiatriske sykehus i løpet av de siste 12 månedene i vårt materiale, med tall på innleggelser i løpet av et år fra Norsk pasientregister. Disse sammenligningene viser også at det er et selektivt frafall av psykisk syke i vårt materiale. Alle prevalenstill om psykisk helse som presenteres i denne rapporten bør derfor tas med forbehold. De reelle tallene for psykiske plager, og det å søke om hjelp i behandlingsapparatet, er antakelig høyere enn beregningene viser.

De fleste av spørrebatteriene har tidligere vært gjenstand for omfattende uttesting, og de ser ut til å ha akseptabel validitet og reliabilitet. Men man må likevel ta høyde for ulike former for rapporteringsfeil, dels på grunn av at noen deltagere kan ha misforstått spørsmål, og dels fordi noen kan ha husket feil (recall-bias). Særlig spørsmål som er relatert til opplevelser mange måneder tilbake i tid, vil være forbundet med recall-bias. Ettersom graden av recall-bias kan tenkes å variere med faktorer som alder og utdanningsnivå, er det mulig at den statistiske sammenhengen mellom disse faktorene og den psykiske helsen kan ha blitt påvirket.

Studien har et tverrsnittsdesign. Det vil si at alle målingene ble foretatt samtidig. Vi kan derfor ikke trekke noen konklusjoner om årsaksforhold på grunnlag av disse resultatene.

5.3 Sammenligning med funn i andre undersøkelser

5.3.1 Sammenlignet med andre norske studier

Sandanger og medarbeidere undersøkte i årene 1989-91 2015 personer i alderen 18 år eller eldre fra Lofoten og Oslo (41). De fant at 15 % av utvalget hadde betydelige psykiske plager (HSCL-25 \geq 1,75). Dette er en høyere andel enn det vi fant i utvalget fra Levekårsundersøkelsen 2005, men dataene til Sandanger og medarbeidere var altså samlet inn for snart 20 år siden, og var kun basert på personer som bodde i Oslo og Lofoten, og utvalget inkluderte ikke 16 og 17-åringer.

Kringlen og medarbeidere undersøkte i årene 1994-97 2066 personer fra Oslo i alderen 18-65 år ved hjelp av et psykiatrisk intervju (36). De fant at 33 % av utvalget hadde hatt en eller flere psykiatriske lidelser i løpet av de siste 12 månedene. 7 % ble vurdert til å være alkoholavhengige. Ettersom Kringlen og medarbeidere

ikke benyttet samme målemetode som Levekårsundersøkelsen, er det vanskelig å gjøre noen direkte sammenligning med resultatene fra denne.

Flere forfattere har gjort studier av psykiske plager på grunnlag av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) fra 1997 (42). HUNT baseres på et tilfeldig utvalg av personer i alderen 20-89 år, bosatt i Nord-Trøndelag. Ingvar Bjelland og medarbeidere benyttet svarene fra spørrebatteriet Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) og fant at 20 % av utvalget hadde enten en angstlidelse eller en depressiv lidelse (42).

Pallesen og medarbeidere undersøkte i 2001 forekomsten av søvnvansker i et representativt utvalg av den norske befolkning i alderen 18 år eller eldre ved hjelp av telefonintervju (43). De fant at 11 % hadde DSM-IV-definert insomnia.

Divisjon for psykisk helse ved Nasjonalt folkehelseinstitutt gjorde nylig en sammenligning mellom funnene i Levekårsundersøkelsene 2005, 2002, og 1998 (1). Forekomsten av betydelige psykiske plager (HSCL-25 $>$ 1,75) i utvalgene fra 1998 og 2002 var henholdsvis 11 % og 10 %, og altså litt høyere enn i utvalget fra 2005 som var 9 %. Andelen av de inviterte som deltok i undersøkelsene var imidlertid vesentlig høyere i 1998 og 2002, og dette kan være hele eller en del av forklaringen på den fallende forekomsten.

Flere studier har funnet at forekomsten av angst og depresjon er høyere blant kvinner enn blant menn (36, 41), og at forekomsten av alkoholmisbruk er høyere blant menn enn blant kvinner (36). Flere tidligere studier har også funnet en relativt høy forekomst av psykiske plager blant personer med lav utdanning (42).

13 % av deltakerne mellom 25 og 64 år i denne studien oppgir å ha vært sykmeldt eller uføretrygdet pga. psykiske plager i løpet av siste året. En nylig publisert OECD-rapport(11) viser at 18,9 % av den norske befolkningen fra 15 til 64 år var mottagere av en helserelatert trygdeytelse i 2007; hvorav 9,5 % var permanent uførtrygdede, 1,3 % var midlertidig uførtrygdet, 4,2 % var på attføring eller rehabilitering og 3,9 % var sykmeldt. OECD-tallene stemmer ganske godt med en uførate på ca. 10 % i 2003 som presenteres i FHI-rapport 2009:4(1). Mykletun og Knudsen(10) hevder her at psykiske lidelser var årsak til omtrent hvert fjerde tilfelle av uføretrygd, men at gjennomsnittsalderen ved innvilgelse av uføretrygd var lavere for psykiske lidelser enn for somatiske sykdommer og skader, og at psykiske lidelser derfor var årsak til forholdsvis flere tapte arbeidsår.

5.3.2 Internasjonale sammenligninger

Som nevnt i forrige kapittel, er det betydelige meto-
diske problemer forbundet med å sammenligne
prevalenstall som er gjort i ulike undersøkelser på
tvers av landegrensene. Det må derfor tas høyde for den
relativt store graden av usikkerhet som er knyttet til
disse funnene. Dataene tyder imidlertid på at tilfreds-
sheten med livet er høy og andelen med betydelig
psykiske plager er lav i Norge, sammenlignet med de
fleste andre landene i Europa. Tilfredsheten med livet i
Norge er imidlertid ikke høyere enn i de andre nordiske
landene.

Hjelpsøkingen i helsetjenesten pga. psykiske
problemer ser ut til å være omtrent på gjennomsnittet
for europeiske land, men sett i forhold til den lave
andelen med betydelige plager i Norge er andelen
som får hjelp av de med betydelige plager høy. Dette
kan tyde på at behovsdekningen er høyere i Norge enn
i de fleste andre land i Europa. Bruken av medisiner
mot depresjon er høy, men dette ligger på samme nivå
som i de andre nordiske landene. Bruken av angstdem-
pende medisiner er imidlertid lav i forhold til andre
land i Europa.

Når det gjelder helserelaterte trygdeytelser til folk
i arbeidsfør alder, så ligger Norge svært høyt i en
internasjonal sammenheng, og i 2005 hadde Norge
den høyeste veksten i nye uføretrygdede av 11 OECD-
land(11). Veksten i uføretrygdede skyldes for en stor
del psykiske lidelser(3). Våre analyser av levekårsun-
dersøkelsene 1998, 2002 og 2005 tyder imidlertid
ikke på noen økning i psykiske plager, men heller en
reduksjon, fra 1998 til 2005(1). OECD hevder at man
medikaliserer arbeidsledighet og sosiale problemer i
Norge, og at dette bidrar til lav arbeidsledighet og høy
medisinsk arbeidsuførhet her i landet(11).

Risikofaktornivået er også jevnt over lavt i Norge.
Oversikten over alkoholinntak i en rekke land som
publiseres av WHO kan tyde på at bruken av alkohol
er svært lav i Norge, og at det nesten bare er innbyg-
gere i muslimske land som har et lavere forbruk av
alkohol enn nordmenn. Norge har lavest inntak av alle
de Nordiske landene. Dødsfall relatert til alkohol er
også lavt i Norge, men ikke så lavt som alkoholinntaket
skulle tilsi. Ellers er levekårene generelt gode her i
landet, med bl.a. god økonomi og lav arbeidsledighet,
og opplevelsen av sosial støtte ser ut til å være god i
et internasjonalt perspektiv. Befolkningens somatiske
helse er generelt god, men forekomsten av kroniske
smerter er overraskende høy. Her kan det se ut til at
Norge ligger på topp i Europa.

5.3.3 Forebyggingspotensialet

Selv om arvelige faktorer betyr mye for utvikling av
både psykiske sykdommer og plager, og helsetjenes-
tene kan redusere plagene til de syke, så vil nivået av
risiko- og beskyttende faktorer i miljøet antakelig bety
mest for nivået av vanlige psykiske helseproblemer på
befolkningsnivå. Helsefremmende og forebyggende
helsearbeid handler om å bedre helsen gjennom å
påvirke risiko- og beskyttende miljøfaktorer.

Denne studien har et tverrsnittsdesign. Det vil si at
måling av risikofaktorer og helseutfall ble foretatt
samtidig. Vi kan derfor ikke uttale oss om årsaker og
årsaksrekkefølger for enkeltindivider basert på disse
dataene, men "risikofaktorene" i denne rapporten er
alle godt dokumentert og kjent fra tidligere studier(8,
44, 45). Tiltak som kan påvirke forekomsten av disse
risikofaktorene vil derfor også kunne påvirke nivået av
psykiske helseplager.

Levekårene i Norge er gode, bl.a. med god økonomi,
lav arbeidsledighet og også med forholdsvis god sosial
støtte. Alt dette er av stor betydning for den psykiske
helsen til befolkningen. WHO fremhever at det viktig
å sørge for å redusere graden av nederlag i utdannel-
sesforløpet, redusere usikkerhet og arbeidsløshet for å
sikre god helse, og at samfunn som gir alle innbyggere
en mulighet til å spille en fullverdig og nyttig rolle i det
sosiale, økonomiske og kulturelle liv, vil være sunnere
enn de samfunn hvor mennesker opplever usikkerhet,
utstøting og forsakelse(46). WHO hevder også at det
er behov for å utvikle folkehelsestrategier som i større
grad tar inn over seg bakenforliggende psykososiale
og materielle faktorerens betydning(45, 46).

Forekomst av kroniske smerter ligger på nær 30
% i dette materialet. Kroniske smerter ser ut til å
være et stort folkehelseproblem, og beregningene
av tilskrivbar risiko på befolkningsnivå tyder på at
kroniske smerter også betyr mye for nivået av psykiske
plager på befolkningsnivå. Årsaken til at den høye
forekomsten av kroniske smerter i Norge er ikke lett å
forklare, og dette burde utforskes nærmere.

De sosiale og sivile (relatert til parstatus) forskjellene
i helse er imidlertid relativt store, og vi ser en tendens
til opphopning av flere psykososiale risikofaktorene
hos utsatte grupper som enslige, lavt utdannede og
de med lav inntekt. En grundigere analyse av risikout-
satte grupper har vist at mer enn 20 % av befolkningen
tilhører mer enn én utsatt gruppe(3) og dette gir en
mangedoblet risikoøkning for psykiske helsepro-
blemer. Det er vist effekt av en rekke helsefremmende
tiltak med vekt på å øke mestring og sosial støtte både
her til lands og internasjonalt. I FHI-rapport 2008:8

redegjør vi grundigere for forebyggende strategier for å redusere sosiale ulikheter i psykisk helse og livsstil, og norske erfaringer fra psykososialt forebyggende arbeid er summert opp i Dalgards rapport fra 2006(47).

WHO understreker ellers betydningen av både akkumulerte erfaringer gjennom livsløpet og de kritiske overgangene i livet som kan påvirke helsen ved å dytte mennesker over på en mer eller mindre fordelaktig vei. Dataene viser at negative livshendelser er hyppige, og at eksponering for en eller flere slike livshendelser har sterk sammenheng med nivået av psykiske utfallsmål. Selv om noen av disse sterke sammenhengene skulle kunne forklares av omvendt årsaksrekkefølge (dvs. at den psykiske helsen var årsak til noen av ekteskapsproblemene, skilsmisene, de økonomiske problemer etc. og ikke omvendt), så kan kanskje et bedre støtteapparat hjelpe flere gjennom vanskelige perioder i livet. Vi vet, for eksempel, at omlag halvparten av alle nordmenn som inngår ekteskap vil oppleve en skilsmisse, med de konsekvensene dette har for økonomi, levekår og psykisk helse, inkludert bruk av helsetjenester og trygdeytelser(48). Dette er godt dokumentert fra longitudinelle studier. På dette området burde det være mulig å tilby mer effektiv hjelp og støtte som kan redusere de negative helseeffektene for både voksne og barn. Den store tilskrivbare risiko av ekteskaps- og samlivsproblemer, kan også tyde på behov for å øke innsatsen på ekteskaps- og familierådgiving.

Kunnskapsgrunnlaget om effekt av forebyggende og helsefremmende tiltak er imidlertid svært begrenset. Det er derfor en fornuftig strategi å teste ut flere aktuelle tiltak som pilotprosjekter og evaluere effekten, og helst også kostnadseffektiviteten, før det innføres omfattende og kostbare nasjonale reformer.

5.4 Implikasjoner og videre forskning

Denne undersøkelsen bekrefter inntrykket fra en rekke tidligere studier av at psykiske plager i form av angst, depresjon, søvnvansker og alkoholavhengighet representerer et stort samfunnsproblem i Norge. Ettersom hovedtyngden av feilkildene i studien trolig har trukket estimatene ned, er det rimelig å anta at estimatene kan betraktes som minimumstall. Det er åpenbart et stort behov for både behandlingstilbud og forebyggende tiltak. Selv om det har vært en opptrapping innenfor det psykiatriske behandlingsapparatet det siste tiåret, så har dette først og fremst kommet pasienter med psykotiske lidelser til gode. Behandlingstilbudet til mennesker med angst, depresjon, søvnvansker eller rusmiddelavhengighet er fortsatt svært begrenset. Et relevant behandlingsapparat for denne gruppen vil måtte bygges ut i betydelig grad, hvis man skal kunne møte behovet.

Kunnskapen om effektive forebyggende tiltak er sparsom. Det er ingen tvil om at negative livshendelser og liten sosial støtte er medvirkende årsaker til psykiske plager, og at tilgjengeligheten av rusmidler og sosialt press påvirker forekomsten av rusmiddelavhengighet, men hvordan man skal kunne påvirke forekomsten av denne typen årsaksfaktorer i befolkningen, er et komplisert sosialpolitisk spørsmål som man ikke har noe entydig svar på. Det er omfattende dokumentasjon på at uheldige oppvekstvilkår kan legge grunnlag for psykiske plager senere i livet, men hvordan samfunnet på en effektiv måte kan legge forholdene til rette for en god oppvekst og eventuelt intervensere og hjelpe barn og barnefamilier som sliter, er fortsatt delvis uklart. Det er en økende dokumentasjon på at psykiske plager i voksen alder også har sammenheng med forhold i fosterlivet, men nøyaktig hvilke faktorer under svangerskapet som spiller en rolle, og hvordan man eventuelt skal kunne påvirke dem, er uklart. Det er derfor et stort behov for videre forskning på årsaker til psykiske plager og effekter av forebyggende tiltak.

En effektiv og pålitelig overvåking av forekomsten av psykiske plager og lidelser i befolkningen vil også kunne være et nyttig redskap for politikerne. De metodologiske problemene knyttet til denne studien, og da særlig den store andelen av de inviterte som valgte å ikke delta, tyder på at den tradisjonelle Levekårsundersøkelsen ikke lenger er en hensiktsmessig overvåkningsmetode for forekomsten av psykiske plager og lidelser.

5.5 Konklusjon

Regelmessige befolkningsundersøkelser har vist seg som et nyttig redskap for å planlegge og evaluere folkehelsearbeidet. Helseregistrene har lite opplysninger om befolkningens psykiske helse, og faktorer av betydning for denne, og det er derfor et særskilt stort behov for å gjennomføre helseundersøkelser av representative utvalg av befolkningen på disse områdene. Helseundersøkelser kan gi oss informasjon om hva problemene består i, hvor eventuelle tiltak bør settes inn, og det kan også gi oss en pekepinn på hva slags type tiltak som kan være hensiktsmessig. De metodologiske problemene knyttet til denne studien, og da særlig den store andelen av de inviterte som valgte å ikke delta, tyder på at den tradisjonelle Levekårsundersøkelsen ikke lenger er noe godt redskap til dette formålet.

Denne undersøkelsen bekrefter inntrykket fra en rekke tidligere studier at psykiske plager i form av angst, depresjon, søvnvansker og alkoholavhengighet repre-

senterer et stort samfunnsproblem i Norge. Ettersom hovedtyngden av feilkildene i studien trolig har trukket estimatene ned, er det rimelig å anta at estimatene kan betraktes som minimumstall. Således kan vi med rimelig grad av sikkerhet anta at av omlag 3,7 millioner nordmenn i alderen over 15 år var det minst 330.000 som var betydelig plaget av angst eller depresjon, og minst 185.000 som var alkoholavhengige da undersøkelsen ble foretatt i 2005. Det er liten grunn til å tro at situasjonen er vesentlig annerledes nå tre år senere. Enkelte internasjonale sammenligninger kan tyde på at psykiske plager er enda mer utbredt i flere andre europeiske land, men det reduserer ikke inntrykket

av at vi også her i Norge står overfor et meget omfattende problem. De samfunnsmessige konsekvensene er store, blant annet fordi psykiske plager kan føre til alvorlige somatiske sykdommer og for tidlig død, og fordi mange med psykiske plager ikke klarer å fungere i arbeidslivet og blir sykmeldt over lang tid eller uføretrygdet. Psykiske plager hos foreldre og gravide kvinner kan dessuten ha varige, negative effekter på den oppvoksende slekt.

Referanser

1. Johansen R, Rognerud M, Sundet JM. Utvikling i psykisk helse. Levekårsundersøkelsene 1998, 2002 og 2005. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstituttet; 2008. rapport 2008:4.
2. Dalgard OS. Hos hvem har pasientene søkt hjelp, og hva slags hjelp har de fått? Levekårsundersøkelsen 2005. Folkehelseinstituttet, 2008; rapport 2008:5.
3. Mykelstad I, Rognerud M, Johansen R. Utsatte grupper og psykisk helse. Levekårsundersøkelsen 2005. 2008. Folkehelseinstituttet, 2008; rapport 2008:8.
4. Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Oslo, Norway: HOD; 2007 Feb 1. St.meld.nr.20 (2006-2007).
5. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. Behav Sci 1974;19(1):1-15.
6. Sandanger I, Moum T, Ingebrigtsen G, Dalgard OS, Sorensen 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 Epidemiol 1998;33:345-54.
7. Sandanger I, Moum T, Ingebrigtsen G, Sorensen T, Dalgard OS, Bruusgaard D. The meaning and significance of caseness: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview. II. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999;34:53-9.
8. European Commission. The State of Mental Health in the European Union. 2004.
9. Ardbo C. Folkehelsorapport 2005.: Edita Norstedts Trykkeri; 2005. 2005-111-2.
10. Mykletun A, Knudsen AK. Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. Oslo, Norway: Norwegian Institute of Public Health; Nasjonalt folkehelseinstituttet, 2009; rapport 2009:4.
11. Duell N SSTP. OECD social, employment and migration working paper No. 78. Activation policies in Norway. Paris, France: OECD; 2009 Feb 3. DELSA/ELSA/WD/SEM(2009)4.
12. Hansen V, Jacobsen BK, Arnesen E. Prevalence of serious psychiatric morbidity in attenders and nonattenders to a health survey of a general population : the Tromso Health Study. Am J Epidemiol 2001;154:891-4.
13. Dalgard OS, Thapa SB, Hauff E, McCubbin M, Syed HR. Immigration, lack of control and psychological distress: findings from the Oslo Health Study. Scand J Psychol 2006;47(6):551-8.
14. Dalgard OS, Thapa SB. Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2007;3:24.
15. Thapa SB, Dalgard OS, Claussen B, Sandvik L, Hauff E. Psychological distress among immigrants from high- and low-income countries: findings from the Oslo Health Study. Nord J Psychiatry 2007;61(6):459-65.
16. Næss Ø, Rognerud M, Strand BH. Sosial ulikhet i helse - En faktarapport. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2007. rapport 2007:1.
17. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA 1984;252:1905-7.
18. Bradley KA, Bush KR, McDonell MB, Malone T, Fihn SD. Screening for problem drinking : Comparison of CAGE and AUDIT. J Gen Intern Med 1998;13:379-88.
19. Bradley KA, Kivlahan DR, Bush KR, McDonell MB, Fihn SD. Variations on the CAGE alcohol screening questionnaire: strengths and limitations in VA general medical patients. Alcohol Clin Exp Res 2001;25:1472-8.
20. Pearlin LI, Lieberman MA, Menaghan EG, Mullan JT. The stress process. J Health Soc Behav 1981;22:337-56.
21. Wahlbeck K. MINDFUL - Final technical implementation report. Finland: STAKES; 2006 Sep 14.
22. Pavot W, Diener E, Colvin CR, Sandvik E. Further validation of the Satisfaction with Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. J Pers Assess 1991;57:149-61.
23. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. J Pers Assess 1985;49:71-5.
24. Dalgard OS, Dowrick C, Lehtinen V, Vazquez-Barquero JL, Casey P, Wilkinson G, Ayuso-Mateos JL, Page H, Dunn G. Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006;41:444-51.
25. Korkeila J, Kovess V, Dalgard OS, Madianos M, Salize HJ, Lehtinen V. Piloting mental health indicators for Europe. Journal of Mental Health 2007;16:401-13.

26. The European Opinion Research Group (EORG). The mental health status of the European population. Eurobarometer 58.2 ed. The SANCO Directorate-General; 2003.
27. Korkeila J, Lehtinen V, Bijl R, Dalgard OS, Kovess V, Morgan A, Salize HJ. Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scand J Public Health* 2003;31:451-9.
28. Røysamb E, Vittersø J, Tambs K. The relationship scale. Reliability, validity and goodness of fit (in preparation). 2009.
29. Blum J, Mehrabian A. Personality and Temperament Correlates of Marital Satisfaction. *Journal of Personality* 1999;67:93-125.
30. McNutt LA, Wu CF, Xue XF, Hafner JP. Estimating the relative risk in cohort studies and clinical trials of common outcomes. *Am J Epidem* 2003; 157(10):940-3.
31. Rothman KJ, Greenland S. *Modern Epidemiology*. Second ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1998.
32. Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatry* 2003;57:113-8.
33. European Union. *Second European Quality of Life survey - First Findings*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, editor. Ireland: Publications Offices EU; 2008.
34. Veenhoven R. *World Database of Happiness - State of nations*. Veenhoven R, editor. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam; 2007.
35. Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, Wilkinson C, Lasa L, Page H, Dunn G, Wilkinson G. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001;179:308-16.
36. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001;158:1091-8.
37. Veenhoven R. *World Database of Happiness, Distributional Findings in Nations*. Veenhoven R, editor. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam; 2007.
38. HFA. *Health for All Database(HFA-DB)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2007.
39. European Union. *European monitoring center for drugs and drug addiction, EMCDDA*. 2008.
40. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287-333.
41. Sandanger I. Occurrence of psychiatric disorders-an epidemiological study, conceptual, methodological, and empirical issues. Institute of General Practice and Community Medicine, University of Oslo; 1999.
42. Bjelland I. Anxiety and depression in the general population. Issues related to assessment, comorbidity, and risk factors. Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen; 2004.
43. Pallesen S, Nordhus IH, Nielsen GH, Havik OE, Kvale G, Johnsen BH, Skjotskift S. Prevalence of insomnia in the adult Norwegian population. *Sleep* 2001;24(7):771-9.
44. European Commission. *Improving the mental health of a population: towards a strategy on mental health for the European Union*. Green Paper. Health & Consumer Protection. Brussels: European Commission; 2005.
45. WHO-Regional Office for Europe. *Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges*. 2008 Jan 1.
46. WHO. *Commission on Social Determinants of Health*. 2006.
47. Dalgard OS, m.fl. *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt; 2006 Jan 1. 2006:2.
48. Eriksen W, Natvig B, Bruusgaard D. Marital disruption and long-term work disability. A four-year prospective study. *Scand J Public Health* 1999;27(3):196-202.
49. Jagger C. *Mental health indicators in Europe*. Leicester, United kingdom: University of Leicester; 2001 May 22. ESA/STAT/AC.81/7-5.
50. Meltzer H. Development of a common instrument for mental health. In: Nosikov A, Gudex C, eds. *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*. Amsterdam: IOS Press; 2003. p. 35-60.
51. Hermann R, Mattke S, Members of the OECD Mental Health Care Panel. *OECD Technical Paper Nr. 17 - Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries*. Paris: OECD; 2004 Oct 28. DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)17.

Internasjonale indikatorlister

Dimensjoner og indikatorer som er dekket i denne rapporten er merket med *

Overvåkingsindikatorer av psykisk helse	Anbefalt av*	Spørre batteri	Norsk Datakilde	Data i rapport
Helse-determinanter:				
Helseundersøkelse (HUS)				
Mestring/kontroll	EU, MF	Pearlin, 5 spørsmål	HUS, SSB 2005	Ja
Selvfølelse	MF	Rosenberg, 10 spørsmål	HUS, ikke nasj data	Nei
Sosial støtte	EU, MF	Oslo-3, 3 spørsmål	HUS, SSB 2005	Ja.
Sosial isolasjon	WHO, MF	4 spørsmål	HUS, ikke nasj data	Nei
Negative livshendelser siste år	EU, MF	12 spørsmål	HUS, SSB 2005	Ja
Negative belastninger i barndom	MF		HUS, Ikke nasj data	Nei
Helsestatus				
Helseundersøkelser (HUS)				
Sykelighet				
Psykkiske plager, MHI-5	EU, MF	5 spørsmål i SF-36	HUS, SSB 2002	Ja
Vitalitet (Energi/tretthet)	EU, MF	SF-36	HUS, SSB 2002	Nei
"Lykke"	EU, MF	Andrews, 1 spørsmål	HUS, norsk monitor	Nei, men TML
Optimisme	EU, WHO	LOT-R	HUS, ikke nasj data	Nei
Psykisk funksjonsnedsettelse	EU, MF	SF-36	HUS, SSB 2002	Nei
Selvmordstanker	WHO, EU, MF	3 spørsmål	HUS, ikke nasj data	Nei
Søvnproblemer	EU	3 spørsmål	HUS, SSB 2005	Ja
Alkoholavhengighet	WHO, EU	CAGE, 4 spørsmål	HUS, SSB 2005	Ja
Alkohol, skadelige drikkevaner	MF	AUDIT, 6 spørsmål	HUS, ikke nasj data	Nei
Depresjon	EU, MF	CIDI-SF, intervju	Klin interju	Nei
Generalisert angstlidelse	EU, MF	CIDI-SF, intervju	Klin intervju	Nei
Kognitiv funksjon	WHO, EU,	Mini-Mental Test	HUS, ikke nasj data	Nei
Emosjonell rollebegrensning	EU	SF-36	HUS, SSB 2002	
Barns mentale helse	WHO, MF	SDQ, 25 spørsmål	HUS, ikke nasj data	Nei
Dødelighet				
Registerinfo			Dødsårsaksregisteret (DÅR)	
Selvmord	EU, MF		DÅR	Nei/Ja
Dødsfall av ukjent årsak	EU, MF		DÅR	
Narkotikarelatert dødsfall	EU, MF		DÅR	
Alkoholrelatert dødsfall	EU, MF		DÅR	
Dødelighet hos personer med alvorlig psyk sykdom	OECD		DÅR koblet til annet reg.	Nei
Helsetjenester / utgifter				
Forbyggende programmer				
Selvmordsforebygging*	EU, MF			Nei
Helsefremmende tiltak, psyk. helse*	EU, MF			Nei
Behandlingstilbud:				
Registerinfo				
Sykehussenger i psykiatrien	EU, MF		Norsk pasientregister (NPR)	NPR
Psykiatere	EU, MF		Helsepersonellreg, SSB	SSB
Barnepsykiatere	EU, MF		Helsepersonellreg, SSB	SSB
Psykologer	EU, MF		Helsepersonellreg, SSB	SSB
Andre profesjoner, psykisk helsevern	EU, MF		Helsepersonellreg, SSB	SSB
Helsetjenestebruk				
Registerinfo				
Sykehusopphold	EU, MF		NPR	NPR
Langtidspasienter	EU, MF		NPR	NPR
Tvangsinnleggelse	EU, MF		NPR	NPR
Polikliniske konsultasjoner	EU, MF		NPR	NPR
Bruk av psykisk helsevern, selvrapporing	EU, MF		HUS, SSB 2005	Ja
Bruk av antidepressiva	EU, MF	Registerinfo	Reseptregisteret (HUS 2005)	Ja
Bruk av antipsykotika	EU, MF		Reseptregisteret	Nei
Bruk av anxiolytica	EU, MF		Reseptregisteret (HUS 2005)	Ja
Bruk av hypnotica	EU, MF		Reseptregisteret (HUS 2005)	Ja
Utgifter				
Uføretrygd pga. psykisk sykdom	EU, MF		NAV/HUS	Nei/Ja
Sykemelding pga. psykisk sykdom	EU, MF		NAV/HUS	Nei/Ja
Utgifter til sykdom/uførhet pga. psykisk sykdom	EU		NAV/Finansdep	Nei
Nasjonale utgifter til psykiske helsetjenester	EU		SSB/Finansdep	Nei
% til psykisk helsevern av totalt helsebudsjett	EU		SSB/Finansdep	Nei
% til psykisk helsevern for barn/unge	EU		SSB/Finansdep	Nei

*MF=MINDFUL(21); EU indikatorer(49); WHO-indikatorer(50); OECD-indikatorer(51) OECDs kvalitetsindikatorer (vedlegg)

