

Levekårsundersøkelsen 2005

Utsatte grupper og psykisk helse

Ingri Myklestad
Marit Rognerud
Rune Johansen

Rapport 2008:8
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Tittel:

Levekårsundersøkelsene 2005
Utsatte grupper
og psykisk helse

Forfattere:

Ingri Myklestad
Marit Rognerud
Rune Johansen

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:

500

Bestilling:

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

ISSN:1503-1403

ISBN: 978-82-8082-273-4 trykt utgave

ISBN: 978-82-8082-274-1 elektronisk utgave

Forord

Avdeling for helseovervåking og forebygging, Divisjon for psykisk helse fikk høsten 2007 i oppdrag fra Helsedirektoratet (tidligere Sosial- og helsedirektoratet) å analysere data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse og gjøre rede for funn med stor relevans for helseovervåking som blant annet identifisering av risikogrupper for psykiske helseproblemer. Rapporten tar utgangspunkt i regjeringens mål om å redusere sosial ulikhet i helse, og har som mål å kartlegge noen viktige risikogrupper og beskrive deres psykiske helsetilstand og risikoprofil i mer detalj, og sammenligne disse gruppenes profil med befolkningen for øvrig. I tillegg har vi sett på helserelatert atferd for å vise dennes sammenheng med sosiale grupper og psykisk helse.

Vi vil rette en stor takk til Jon Ivar Elstad fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) som har vært ekstern referee på rapporten, og også takke Odd Steffen Dalgard, Erik Nord og Leif Edvard Aarø ved Avdeling for helseovervåking og forebygging, Divisjon for psykisk helse, for å ha bidratt med verdifulle kommentarer og forslag til forbedringer.

Innhold

SAMMENDRAG	6
1 INNLEDNING	9
1.1 Utsatte grupper	9
1.2 Tidligere forskning	9
1.3 Studiens problemstillinger	12
2 MATERIALE OG METODE	13
2.1 Populasjon og utvalg	13
2.2 Alder	13
2.3 Variabelbeskrivelse	13
2.4 Statistiske analyser	16
3 RESULTATER	17
3.1 Psykisk helse blant ulike utsatte grupper	17
3.2 Nivå av psykososiale risikofaktorer blant utsatte grupper	20
3.3 Korrelasjoner mellom ulike mål på psykisk helse, utsatte grupper og psykososiale risikofaktorer	23
3.4 Prediksjon av utsatte grupper og psykososiale risikofaktorer på psykiske plager	23
3.5 Risiko for psykiske plager ved medlemskap i flere utsatte grupper	23
3.6 Prediksjon av utsatte grupper og psykososiale risikofaktorer på livstilfredshet	25

3.7	Nivå av helserelatert risikoatferd i ulike utsatte grupper	25
3.8	Korrelasjoner mellom psykiske plager, risikoatferd og utsatte grupper	28
3.9	Sammenhenger mellom psykiske plager og helserelatert risikoatferd.....	28
DISKUSJON.....		31
4.1	Psykisk helse, utsatte grupper og psykososiale risikofaktorer	31
4.2	Helserelatert risikoatferd og psykiske plager.....	32
4.3	Begrensinger ved studien.....	33
4.4	Oppsummering og implikasjoner for videre arbeid.....	33
REFERANSER		36

Sammendrag

Bakgrunn

Formålet med denne rapporten var å beskrive ulike utsatte grupper i samfunnet sin psykiske helse- og psykososiale risikoprofil, og i tillegg vise at psykisk helse henger sammen med helserelatert risikoatferd hos ulike grupper. Vi ønsker med denne undersøkelsen å bidra med mer kunnskap om psykisk helse og psykososiale risikofaktorer hos enkeltgrupper. Dette kan være et nyttig grunnlag for å målrette mer av folkehelsearbeidet mot de som er mest utsatt og dermed bidra til å redusere sosial ulikhet i helse.

Følgende utsatte grupper ble studert: de lavt utdannede, de fattige, de som står utenfor arbeidslivet eller skole, de som hovedsaklig lever av trygd eller sosialhjelp, de som lever uten en partner, de skilte og innvandrere fra ikke-vestlige land. Dette er grupper som oftere erfarer belastninger av sosial, kulturell eller økonomisk karakter enn befolkningen for øvrig (Sosial- og helsedirektoratet, 2005; WHO, 2006a).

Datamateriale

Datamaterialet er hentet fra Statistisk sentralbyrås (SSBs) levekårsundersøkelse med tema helse fra 2005. Dette er en befolkningsrepresentativ utvalgsundersøkelse av individer over 15 år som er koblet til SSBs befolkningsregistre. Vi har begrenset studiepopulasjonen til aldersgruppen 25-64 år (n=4970).

Hopkins System Check List (Derogatis m. fl., 1974 og 1976) med 25 spørsmål (HSCL-25) ble benyttet til å måle graden av psykiske plager. Skalaen fanger først og fremst opp vanlige symptomer på depresjon og angst, og skårer på over 1,75 blir regnet som betydelige psykiske plager. HSCL-25 innbefatter de mest vanlige formene for psykopatologi hos ikke-psykiatriske populasjoner og det er funnet å være et valid og pålitelig måleinstrument på psykisk helse i flere tidligere studier (Winokur m. fl., 1984; Tambs & Moum, 1993).

Resultater

Resultatene i denne undersøkelsen viste at personer som tilhørte en av de sosialt utsatte gruppene hadde signifikant høyere andel med betydelige psykiske plager sammenlignet med resten av befolkningen. De fattige, de uten jobb/skole, de som levde uten en partner og de skilte hadde omlag dobbelt så høy andel med betydelige psykiske plager, sammenlignet med resten av befolkningen, mens de trygdede og sosialhjelpsmottagerne hadde omlag fire ganger høyere andel med betydelige psykiske plager enn resten av befolkningen.

I alle de utsatte gruppene var det en signifikant høyere andel som hadde opplevd alvorlige økonomiske problemer i løpet av det siste året, enn resten av befolkningen. Blant annet hadde 71 % av sosialhjelpsmottagerne opplevd alvorlige økonomiske problemer siste år, mens 13 % av de som ikke var på sosialhjelp hadde opplevd tilsvarende. De utsatte gruppene, bortsett fra de fattige hadde også signifikant høyere andel med psykososiale risikofaktorer som lav sosial støtte og lav mestringsopplevelse, sammenlignet med resten av befolkningen. Dobbelte så høy andel med ikke-vestlige innvandrere rapporterte om lav sosial støtte, i forhold til resten av befolkningen. De utsatte gruppene som hadde høyest andel med lav mestringsopplevelse var sosialhjelpsmottagere, trygdemottagere og innvandrere fra ikke-vestlige land.

Vi fant at de som levde uten en partner, som var uten arbeid/skole eller hadde størsteparten av sin inntekt fra trygd, var de utsatte gruppene som hadde sterkest sammenheng med betydelige psykiske plager. Alvorlige økonomiske problemer og skilsmisse sist år, var sammen med

lav opplevelse av mestring og lite sosial støtte, de viktigste psykososiale risikofaktorene for psykiske plager. Vi fant videre at 25 % av utvalget tilhørte en utsatt gruppe, og det å tilhøre en utsatt gruppe ga omtrent dobbelt så høy risiko for betydelige psykiske plager i forhold til de som ikke tilhørte noen utsatt gruppe (OR=1,8). Videre var det 14 % av utvalget som tilhørte to utsatte grupper, og risikoen for betydelige psykiske plager var omtrent fire ganger så høy for disse, sammenlignet med de som ikke tilhørte noen utsatt gruppe (OR=4,3). Fem prosent av utvalget tilhørte 3 utsatte grupper og denne gruppen hadde en ytterligere signifikant økning i risiko for psykiske plager (OR=6,4). Likedan økte risikoen for betydelig psykiske plager ytterligere og signifikant, for de personer som tilhørte fire utsatte grupper eller mer (OR=9,6).

Betydelige psykiske plager var også nært knyttet til usunne levevaner, men vi fant noe ulike atferdsrelaterte risikoprofiler hos ulike grupper. Sosialhjelpsmottagere og de fattige var de gruppene med høyest andel narkotikabruk, og sosialhjelpsmottagere og separerte/skilte hadde høyest andel med alkoholavhengige. De lavt utdannede, de utenfor arbeidsliv/skole og de trygdede hadde størst andel med dagligrøykere, overvektige og personer som trimmet lite. I tillegg var det flest dagligrøykere blant sosialhjelpsmottakerne (58 %) og ikke-vestlige innvandrere var den gruppen med høyest andel med personer som trimmet lite (42 %).

Blant livsstilsfaktorene hadde alkoholavhengighet og lite mosjon sterkest sammenheng med psykiske plager. Når det gjaldt mål på livstilfredshet, så var det å leve uten en partner og være uten jobb/skole det som var minst gunstig for tilfredshet med livet, samt det å ha opplevd alvorlige økonomiske problemer sist år og oppleve lav sosial støtte. Mestringsopplevelse var imidlertid den variabelen som hadde den sterkeste sammenhengen med livstilfredshet.

Konklusjon

Undersøkelsen viser at psykiske problemer, psykososiale risikofaktorer og usunne levevaner hopper seg opp hos noen grupper i befolkningen. Trygdemottagere og sosialhjelpsmottagere var særskilt utsatt for mange av de målte risikofaktorene. Kartleggingen viser imidlertid at de ulike gruppene har noe ulik psykososial- og adferdsrelatert risikoprofil. Lav sosial støtte, lav mestringsopplevelse, alvorlige økonomiske problemer og skilsmisse sist år ser ut til å være faktorer som har spesielt stor betydning for psykiske plager. Til slutt i rapporten legges det fram noen forslag til videre arbeid med forebyggende tiltak ut i fra resultatene i undersøkelsen.



Regjeringens mål for folkehelsearbeidet er at den forebyggende innsatsen og utviklingen av helsetjenesten skal løfte hele befolkningen opp på det samme nivå som de med best helse (Stortingsproposisjon nr. 1 2007-2008). Psykisk helse skal prioriteres høyt. Regjeringens hovedstrategi for å redusere sosial ulikhet i helse går via en økt innsats på brede universelle ordninger, men de er også opptatt av å kartlegge behovet for mer målrettede tiltak og tjenester overfor særskilte grupper. I strategien legges det blant annet vekt på å hindre sosial utstøting av grupper som faller ut av utdanning og arbeid av helsemessige eller andre årsaker. I tillegg understrekes betydningen av støtteprosesser som styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpasning. Det framheves videre at det forebyggende arbeidet må ta utgangspunkt i faktorer som påvirker den psykiske helsen.

For å følge opp noen av disse målsetningene, har Sosial- og helsedirektoratet gitt oss i oppdrag å analysere datamaterialet fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse fra 2005. I denne rapporten har vi derfor sett nærmere på ulike sosialt utsatte grupper og deres psykiske helse- og risikoprofil, og sammenlignet disse gruppenes profil med befolkningen for øvrig. I tillegg har vi sett på helserelatert atferd for å vise dennes sammenheng med sosiale grupper og psykisk helse. Dette er viktig for å overvåke sosial ulikhet i helse og evaluere om folkehelsearbeidet kan bringe oss nærmere regjeringens mål om "å løfte hele befolkningen opp på samme nivå som de med best helse".

Datamaterialet gir ikke grunnlag for å trekke sikre konklusjoner om årsaksforhold, men det sier noe om status for de ulike utsatte gruppene og deres psykiske helse, og gir oss et utgangspunkt for å tenke forebyggingsstrategier og følge utviklingen hos ulike målgrupper.

1.1 Utsatte grupper

Utsatte grupper defineres i en del sammenhenger som grupper i befolkningen som oftere erfarer belastninger enn andre. Ikke alle individene i de utsatte gruppene vil erfare belastninger, men generelt er disse grup-

pene mer utsatt enn andre grupper i befolkningen (WHO, 2006a). Helsedirektoratet (tidligere Sosial- og helsedirektoratet) definerer, i rapporten "Gradientutfordringen" sosial ulikhet i helse som systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier – som utdanning, yrke og inntekt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005; Kunst & Macenbach, 1994). I tillegg vil grupper i samfunnet med spesielle sosiale, kulturelle eller økonomiske problemer som øker risikoen for helseproblemer, omfattes av definisjonen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I denne rapporten vil utsatte grupper i tillegg avgrenses til de som kan beskrives ved hjelp av målene som var tilgjengelige i SSBs levekårsundersøkelse, samt registerdata. Gruppene vi har valgt å studere er derfor de lavt utdannede, de fattige, de som står utenfor arbeidslivet eller skole/studier, de som hovedsaklig lever av trygd eller sosialhjelp, de som lever uten en partner, de skilte og innvandrere fra ikke-vestlige land.

1.2 Tidligere forskning

Psykisk helse

I følge verdens helseorganisasjoner (World Health Organization (WHO)) inneholder psykisk helse elementer som; tilfredshet med livet, mulighet til å realisere sine evner, mestre hverdagens små og store utfordringer, evne til å arbeide produktivt og bidra med noe fruktbart til sitt nærmiljø. WHO's definisjon av psykisk helse er: "a state of well-being in which the individual realizes his or her abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community".

Begrepet psykisk helse benyttes gjerne som et samlebegrep som kan deles inn i psykisk velvære, psykiske plager og psykiske sykdommer eller lidelser (Mathiesen m. fl. 2007). Psykisk velvære referer til følelse av tilfredshet, mening og lykke. Vi har i denne rapporten brukt indikatoren tilfredshet med livet som et mål på positiv psykisk helse eller psykisk velvære. Videre har vi brukt selvrapporterte psykiske plager, som referer til forekomst av symptomer som er vanlige ved angst og

depresjon, men som ikke er diagnostiske. I EUs helseovervåkingssystem brukes en tilsvarende indikator på selvrapporterte psykiske plager (psychological distress) som indikator for behandlingsbehov (European Communities, 2004). Svenske studier har vist at betydelige psykiske plager også gir økt risiko for selvmord med en relativ risiko i løpet av en 10 års periode på 18 for menn og 4 for kvinner (Sosialstyrelsen, 2005).

Psykiske sykdommer eller lidelser er tilstander som er så alvorlige at det kan stilles en sykdomsdiagnose, som for eksempel anoreksi, ADHD, markant depresjon, generalisert angst.

Vi måler i denne rapporten først og fremst symptomer på psykiske lidelser som angst og depresjon. Selv om vi i tillegg benytter bruk av psykofarmaka og tidligere episoder med depresjon basert på DSM-IV kriterier, som indikatorer på psykisk helse.

Psykiske plager og lidelser er i dag blant våre største folkehelseproblemer. Ifølge verdens helseorganisasjon (WHO) utgjorde depresjoner alene den fjerde største sykdomsbyrden i verden i 2000 (WHO, 2008). Depresjon er også en selvstendig risikofaktor for dødelighet på tvers av dødsårsaker (Mykletun m. fl., 2007). En stadig større andel av de innvilgede uføretrygdene og det langvarige sykemeldingsfraværet kan tilbakeføres til psykiske helseproblemer (Gjesdal m. fl. 2005; Olsen, 2005). Blant arbeidstakere under 45 år er psykiske lidelser den hyppigste årsaken til uføretrygd (Olsen, 2005). Depresjon forekommer i alle aldersgrupper. I vestlige samfunn forekommer depresjon hyppigere blant kvinner enn blant menn, i mange undersøkelser ca. 50 % hyppigere (European Communities, 2004; Piccinelli & Homen, 1997). I løpet av livet får hver sjettede av oss en depresjon eller en angstlidelse og hver tiende får alkoholproblem, mens omtrent en av hundre rammes av henholdsvis schizofreni, bipolar lidelse eller den alvorligste spiseforstyrrelsen, anorexia nervosa (Kringlen m. fl., 2001; Kessler m. fl., 2005).

Psykisk helse og utsatte grupper

Flere tidligere nasjonale og internasjonale studier har vist at lav sosioøkonomisk status som lav utdanning, lav inntekt og lav yrkesstatus har sammenheng med dårlig psykisk helse (Næss, Rognerud, & Strand, 2007; Regier m. fl., 1993; Rognerud, Strand, & Dalgard, 2002; Stansfeld, Head, & Marmot, 1998). I tillegg har tidligere forskning vist at gruppen som ikke var gift eller samboende hadde dårligere psykisk helse enn de gifte og samboende, og at skilte hadde dårligere psykisk helse enn resten av befolkningen (Næss m. fl., 2007; Lyngstad & Epland, 2003). Videre viser nyere studier

fra Norge at voksne innvandrere fra land i Afrika, Asia, Sør-Amerika og Øst-Europa oftere hadde psykiske plager enn resten av befolkningen (e.g., Dalgard m. fl., 2006a), og at innvandrere fra lavinntektsland (definert som innvandrere fra Afrika, Asia, Sør-Amerika og Øst-Europa) hadde dårligere psykisk helse enn innvandrere fra høyinntektsland (Vest-Europa, Australia og Nord-Amerika) (Thapa, Dalgard, Claussen, Sandvik & Hauff, 2007).

Det å tilhøre en utsatt gruppe eller ha lav sosioøkonomisk status kan enten virke som en risikofaktor for psykiske plager og lidelser eller være en konsekvens av psykiske plager og lidelser. For eksempel skyldes i første rekke sammenhengen mellom schizofreni og lav sosioøkonomisk status at sykdommen vanskeliggjør utdanning og arbeidskarriere. På den annen side har dårlige levekår også vist seg å øke risikoen for å utvikle psykiske plager og lidelser (Muntaner m. fl., 2004).

Vi har i denne rapporten sett på de trygdede og de som er på sosialhjelp som utsatte grupper. Dette for å kartlegge størrelsen på disse gruppernes eventuelle psykiske problemer. Spesielt gruppen trygdete vil imidlertid i de fleste sammenhenger sees på som en konsekvens av psykiske plager, heller enn en risikofaktor for psykiske plager. Tall fra Rikstrygdeverket viser at psykiske lidelser var årsak til 30 % av uføretrygdene i 2004 (Olsen, 2005), og i tillegg er det funnet flere indikasjoner på at psykiske lidelser var underdiagnostisert som risikofaktor til arbeidsuførhet (Mykletun, m. fl., 2006). Det er samtidig også en mulighet for at en trygdet tilværelse med lavere inntekt, mindre innflytelse og redusert mulighet for fellesskap på arbeidsplassen er lite gunstig for den psykiske helsen, og at psykiske plager derfor kan forsterkes ved å være i denne situasjonen.

Sammenhengen mellom psykisk helse og det å tilhøre en eller flere utsatte grupper kan også forklares ved at individer som tilhører en utsatt gruppe har flere miljøutfordringer og mindre psykososiale ressurser, som for eksempel lavere mestringsevner (Marmot & Wilkinson, 2001), noe som igjen kan føre til flere helseplager og psykiske lidelser. For eksempel kan sammenhengen mellom enslighet og psykiske plager dels skyldes at ekteskap/samboerforhold gir sosial støtte og virker som en beskyttelsesfaktor i seg selv, og dels skyldes at gifte og samboere har mindre økonomiske problemer enn de som lever uten en partner (Mastekaasa, 1993; Lau m. fl., 2002; Lyngstad & Epland, 2003).

Psykisk helse og psykososiale risikofaktorer

Det finnes omfattende forskning som dokumenterer at psykososiale risikofaktorer eller helsedeterminanter som sosial isolasjon og manglende støtte fra det sosiale nettverket øker risikoen for psykiske helseproblemer (Dalgard m. fl., 2006a). Med sosial støtte tenker en i første rekke på emosjonell kontakt, men også på nettverkets praktiske hjelp og sosiale kontroll (Fyrand, 1994). En del forskning peker på at belastende livshendelser er særlig virksomme hvis individet mangler sosial støtte, og at sosial støtte virker som en beskyttelsesfaktor gjennom styrking av individets mestringsevne. I en stor norsk undersøkelse fant man blant annet at de som hadde lav sosial støtte i begynnelsen av studien og som senere var utsatt for negative livshendelser hadde en særlig stor risiko for å utvikle psykiske helseproblemer, spesielt depresjon (Dalgard m. fl., 1995).

Videre er det funnet signifikante sammenhenger mellom kroniske fysiske sykdommer og psykisk helse. Jo mer alvorlig den kroniske fysiske sykdommen er, desto høyere er sannsynligheten for at det også utvikles en psykisk lidelse, særlig depresjon. Individuelle risikofaktorer i forhold til psykisk helse er i første rekke manglende evne til å mestre livspåkjenninger. Med mestring menes da de stadig tilpassede tanke- og atferdsmessige anstrengelser individet bruker for å hankses med spesielle ytre og/eller indre forhold som oppleves som krevende (Dalgard m. fl., 2006a). Vellykket mestring fører til kontroll som er viktig for individets funksjonsevne.

Psykisk helse og livsstilsatferd

Utsatte grupper og helserelatert risikoatferd

Tidligere forskning har funnet sammenhenger mellom sosioøkonomisk status og helserelaterte atferder som røyking, fysisk aktivitet, og ernæring, for eksempel er røyking mer utbredt blant de med lav utdanning, lav inntekt og de utenfor arbeidslivet, mens å drive med mosjon er mer utbredt blant de med høy utdanning og høy inntekt (for eksempel Næss, Rognerud & Strand, 2007; Aarø, 1986). Uti fra en helsepsykologisk modell er individers beslutninger om å utføre helserelatert atferd/risikoatferd basert på blant annet personers oppfatninger og forventninger til *konsekvensene* av å utføre en atferd (for eksempel om røyking fører til lungekreft), forventninger om *mestring* av denne atferden (for eksempel om man forventer å kunne klare å starte opp å trene), og meningene man tror at andre i omgangskretsen har om atferden (*sosiale normer*) (Norman, Abraham & Conner, 2000). Sosioøkonomiske

forskjeller i helseatferd kan blant annet skyldes at det i ulike sosioøkonomiske grupper eksisterer ulike forventninger til konsekvensene av atferden, ulike sosiale normer, og ulik grad av forventning til egen mestring (Conner & Norman, 1996). For eksempel har personer med lavere sosioøkonomisk status oftere mindre tro på egen mestring og kontroll av helserelatert atferd – noe som igjen påvirker deres interesse for helsekampanjer og oppfatning av om de er i stand til å endre sin atferd – for eksempel slutte å røyke eller begynne å trimme (Iversen, 2005). Helsefremmende atferd som sunt kosthold og fysisk aktivitet krever også ressurser i form av tid, anledning og penger, noe som det kan være mindre av hos de med lav sosioøkonomisk status (Goshman, 1997).

I tillegg finnes det stabile individuelle forskjeller i risikotaking, impulsivitet og utholdenhet, som i sin tur er konsistent relatert til sunn eller usunn livsstil (Pedersen m. fl., 1988; Røysamb, 1997). Det er påvist at disse individuelle forskjellene også nedfelles i utdannelsesnivået. Høy impulsivitet og lav utholdenhet predikerer lavt beredskap til å begynne på eller slutføre lange utdannelser eller til å opparbeide yrkesmessig kompetanse. Disse egenskapene baserer seg på en sterkere tendens til å respondere på det som gir umiddelbar belønning. Derfor må tiltak rettet mot grupper med lavt utdannelsesnivå ta høyde for et lavere kunnskapsgrunnlag, et generelt høyere stressnivå og lavere villighet til å oppgi atferd som gir belønning på kort sikt, for eksempel røyking (Rutter & Ouine, 2002, Pill m. fl., 1995).

Psykisk helse og livsstilsatferd

Sammenhengen mellom helserelatert atferd som rusbruk og psykisk helse kan gå i ulike retninger. For det første har studier vist at bruk av rusmidler kan føre til psykiske lidelser som depresjonslidelser og dårlig psykososial fungering (Rey, Martin, & Krabman, 2004; Brooks, Richter & Rubenstone, 2000), mens andre studier viser at dårlig psykisk helse som depresjonslidelser fører til rusbruk som alkoholmisbruk (Clark, DeBellis, Lynch, m. fl. 2003). Det er imidlertid mest dokumentasjon som peker mot at rusbruk og psykiske lidelser påvirker hverandre gjensidig og at årsaksforholdet virker begge veier (Valentiner m. fl., 2004). Det samme kan gjelde for fysisk aktivitet. Studier har vist at fysisk aktivitet synes å fremme psykisk overskudd og velvære og forebygge psykiske plager og lidelser (Sexton m. fl., 2001). Samtidig kan man også tenke seg at de som mosjonerer i utgangspunktet har bedre psykisk helse enn de som ikke mosjonerer.

1.3 Studiens problemstillinger

1. Vi ønsker i denne studien å undersøke om ulike sosialt utsatte grupper, som de med lav utdanning, de fattige, de uten arbeid/skole, de trygdede, sosialhjelpsmottagere, de som lever uten en partner, de skilte og ikke-vestlige innvandrere har høyere andel med psykiske plager, flere tidligere episoder med depresjon, bruker mer psykofarmaka og er mindre tilfredse med livet, sammenlignet med resten av befolkningen.

2. Vi ønsker videre å undersøke om de samme sosialt utsatte gruppene har høyere andel med psykososiale risikofaktorer som lav mestring, lav sosial støtte og opplevde negative livshendelser sist år, sammenlignet med resten av befolkningen.

3. Videre vil vi undersøke om det å tilhøre flere ulike utsatte grupper gir økt risiko for psykiske plager.

4. Deretter vil vi undersøke hvilke utsatte grupper, og psykososiale risikofaktorer som predikerer psykiske plager og tilfredshet med livet.

5. Til slutt vil vi undersøke om ulike helserelaterte risikoatferder som røyking, lite mosjon, overvekt, alkoholmisbruk og narkotikabruk er mer utbredt i de ulike utsatte gruppene, og vi vil undersøke sammenhengene mellom de sosialt utsatte gruppene, de helserelaterte risikoatferdene og psykiske plager.

2 Materiale og metode

2.1 Populasjon og utvalg

Dataene for denne studien er hentet fra Statistisk sentralbyrås helse- og levekårsundersøkelse i fra 2005 (HUS-2005). Dette er en landsdekkende tverrsnittsun- dersøkelse på et representativt utvalg av befolkningen. Undersøkelsen gjentas om lag hvert tredje år med helse som hovedtema.

Undersøkelsen består av 2 deler: En intervjudel og en spørreskjemaundersøkelse (postalt skjema) som man fyller ut selv og postlegger i etterkant. I undersøkelsen ble det trukket et landsrepresentativt utvalg på 10 000 personer over 15 år. Det var en avgang på 303 personer på grunn av død eller bosetning i utlandet eller på institusjon. Av bruttoutvalget deltok 69,8 % i intervjudelen og 57 % i spørreskjemaundersøkelsen (postalt skjema). Det var imidlertid bare 50 % av brut- toutvalget som både deltok i intervjudelen og som også fylte ut spørreskjemaet (postalt skjema). De aller fleste av målene og indikatorene med relevans for psykisk helse befinner seg i spørreskjemaet (postalt skjema). Det ble foretatt flere purringer for intervju- delen av undersøkelsen og kun en purring for det postale skjemaet i 2005.

Svarprosenten blant menn var noe lavere (54 %) enn for kvinner (61 %). Svarprosenten var også noe lavere for aldersgruppen 25-44 år (55 %) enn for alders- gruppen 45-64 år (62 %). Dette gjør at aldersgruppen 45-64 år og kvinner er noe overrepresentert i netto- utvalget i forhold til i befolkningen som utvalget skal representere. I tillegg er høyt utdannede noe over- representert (37 % i denne studien, mot 31 % i offisiell befolkningsstatistikk). Innvandrere fra ikke-vestlige land er noe underrepresentert i dette utvalget. Det var 4,1 % innvandrere fra ikke-vestlige land representert i datamaterialet (HUS-2005), mens det var 5,7 % innvan- drere fra ikke-vestlige land per 1. januar 2005 (SSB, 2005).

Datamaterialet er i tillegg koblet til registerinformasjon fra Statistisk sentralbyrå vedrørende inntekt, trygd, sosialhjelp, utdanning, sivil status og landbakgrunn.

2.2 Alder

Vi har valgt å begrense studiepopulasjonen til individer mellom 25 og 64 år da denne aldersgruppen er best representert i datamaterialet, og fordi denne gruppen stort sett har fullført sin utdanning, normalt forsørger seg selv og primært er i jobb. Aldersgruppen 16-25 består i stor grad av individer under utdanning. Etter 65 er mange gått over i pensjon og i tillegg består den eldste aldersgruppen av kun hjemmeboende eldre og de aller eldste (80+) er derfor noe underrepresentert.

2.3 Variabelbeskrivelse

Utsatte grupper

Lav utdanning

Dataene om utdanning er hentet fra Utdanningsregis- teret i Statistisk sentralbyrå (SSB). Utdanningslengde er basert på SSBs inndeling av utdanning i åtte nivåer, og kodet om på standard måte til 3 nivåer. Nivå 1 er lav utdanning som er fullført ungdomsskole. Nivå 2 er middels utdanning som er fullført videregående skole, og/eller påbegynte studier på høyskole/universitet (ikke fullført grad). Nivå 3 er høy utdanning, som er full- ført høyskole, eller universitetsstudier (dvs. bachelor/ mastergrad eller tilsvarende), eller forskerutdanning (doktorgrad).

De fattige

De fattige er definert som personer som lever i husholdninger med en samlet inntekt som er lavere enn 50 % av medianen av justert husholdningsinn- tekt (Mogstad, 2005; Fløtten, Dahl & Grønningsæter, 2001). Justert husholdningsinntekt er summen av husholdningens inntekt etter skatt delt på kvadrat- roten av antall individer i husholdningen. Justert husholdningsinntekt er regnet som et bedre mål på materielle levekår enn personinntekt (Aaberge m. fl., 1999; Mogstad, 2005) og er i samsvar med det OECD benytter som mål på fattigdom (referert til som OECD- skalaen, se for eksempel Mogstad, 2005). Det ble laget en dikotom variabel der de fattige har fått verdi 1, og resten (de over 50 % av medianen av justert inntekt) fikk verdi 0.

Uten inntektsgivende arbeid/skole

Vi har også tatt med det å være uten inntektsgivende arbeid og uten skole-/studieplass som en mulig risikofaktor for psykiske plager og lidelser. Statistisk sentralbyrå har foretatt en omkodning av ulike spørsmål angående sysselsetting og laget en inndeling i to grupper: De som vanligvis er og de som vanligvis ikke er sysselsatt i inntektsgivende arbeid. Vi har kombinert dette med spørsmålet om skolegang: "Går du på skole eller studerer du, vanligvis 10 timer eller mer pr uke? Med svarkategori ja eller nei". Det ble laget en dikotom variabel der de som verken hadde inntektsgivende arbeid eller gikk på skole eller studerte fikk verdi 1 og de som hadde arbeid eller gikk på skole fikk verdi 0.

Trygd

Variabelen trygd ble laget på grunnlag av registerinformasjon fra Statistisk sentralbyrå, og ble deretter koblet på datamaterialet til levekårsundersøkelsen. Trygd er her definert som de som er på attføring, de som er uføretrygdet eller de som mottar arbeidsledighets-trygd. En dikotom variabel ble laget der de på trygd fikk skåre 1, og alle de andre fikk skåre 0.

Sosialhjelp

Variabelen sosialhjelp er basert på registerinformasjon fra Statistisk sentralbyrå. Sosialhjelpsmottagere er her de som fikk størsteparten av sin inntekt (mer enn 50 %) fra sosiale stønader (sosialhjelp). En dikotom variabel ble laget der de på sosialhjelp fikk skåre 1 og resten fikk skåre 0.

Å ikke leve i parforhold

Vi har benyttet spørsmålet: Er du gift/registrert partner (svaralternativ 1), samboende (svaralternativ 2) eller lever du for tiden ikke i noe fast parforhold? (svaralternativ 3). Det ble laget en dikotom variabel der de som svarte at de "lever for tiden ikke i noe fast parforhold" fikk verdi 1 og de som svarte at de var gift/hadde registrert partner eller hadde samboer fikk verdi 0.

Skilt/separert

Vi har benyttet spørsmålet: Er du ugift (svaralternativ 1), gift/registrert partner (svaralternativ 2), enke/enkemann (svaralternativ 3), separert (svaralternativ 4) og skilt (svaralternativ 5). Vi laget i tillegg en dikotom variabel der verdi 1 var separert eller skilt, og verdi 0 representerte ugift, gift og enke/enkemann.

Ikke-vestlige innvandrere

Det ble laget en variabel der alle som svarte at de hadde landbakgrunn fra Asia, Afrika, Sør-Amerika, Tyrkia, og Øst-Europa dannet en kategori: ikke-vestlige innvandrere, med verdi 1 og resten (norsk landbakgrunn og landbakgrunn fra andre vestlige land: Vest-Europa, Nord-Amerika, og Australia) fikk verdi 0.

Mål på psykisk helse

Symptomer på psykiske plager

- HSCL-25 eller SF-36

Det postale spørreskjemaet i undersøkelsen inneholder Hopkins Symptom Checklist med 25 spørsmål (HSCL-25) som måler symptomer på angst og depresjon (Derogatis m. fl., 1974 og 1976). Målet inneholder de mest vanlige formene for psykopatologi hos ikke-psykiatriske populasjoner, og er i ulike studier funnet å være et valid og reliabelt måleinstrument (Winokur m. fl., 1984; Tambs & Moum, 1993).

HSCL-25 ble målt ved følgende 25 spørsmål: "Angi hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet av de siste 14 dager: hodepine, skjelving, matthet eller svimmelhet, nervøsitet/indre uro, plutselig frykt uten grunn, stadig redd eller engstelig, hjertebank/hjerteslag som løper av gårde, følelse av å være anspent/oppjaget, anfall av angst eller panikk, så rastløs at det er vanskelig å sitte stille, mangel på energi/alt går langsommere enn vanlig, lett for å klandre deg selv, lett for å gråte, tanker om å ta sitt eget liv, dårlig matlyst, søvnproblemer, følelse av håpløshet med tanke på fremtiden, nedtrykt/tung-sindig, følelse av ensomhet, tap av seksuell lyst og interesse, følelse av å være lur i en felle eller fanget, mye bekymret eller urolig, uten interesse for noe, følelse av at alt er et slit, følelse av å være unyttig, på en skala fra 1 (ikke plaget) til 4 (veldig mye plaget)".

Det er vanlig å bruke verdier over 1,75 som terskelverdi (cut-off), for å identifisere individer med betydelige symptomer på psykiske plager (Rickels m. fl., 1976; Winokur m. fl., 1984). For diagnostisering av psykiske lidelser må det foretas et klinisk intervju i tillegg. Studier har funnet at mellom 50-60 % av de som har høy skåre på HSCL-25 kvalifiserte for en eller flere psykiatriske diagnoser ved kliniske intervjuer (Sandanger m. fl., 1998; Nettelbladt m. fl., 1993). Videre er det vanlig å dele HSCL-25 inn i depresjonsplager (HSCL-depresjon) som består av de 15 siste leddene, og angstplager (HSCL-angst), som består av de 10 første leddene i HSCL-25. Vi lagde dikotome variabler av HSCL-angst og HSCL-depresjon, der terskelverdien var 1,75.

Tilfredshet med livet

Variabelen lykke eller livstilfredshet (Satisfaction With Life Scale (SWLS)) er generert på basis av en teori om at livstilfredshet representerer en vurdering som en person gjør ved å sammenligne seg med normen (standarden) i samfunnet (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Livstilfredshet måles med fem spørsmål på følgende måte: Hvor fornøyd er du med livet?

Kryss av for hvor enig eller uenig du er i de følgende påstander: 1) På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt 2) Livsbetingelsene mine er svært gode 3) Jeg er fornøyd med livet mitt 4) Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet 5) Hadde jeg kunne levd på nytt, ville jeg nesten ikke forandret noe. Disse spørsmålene ble besvart på en skala fra 1 til 7, fra helt enig, enig, litt enig, verken enig eller uenig, litt uenig, uenig og til helt uenig. En sumskåre fra 5 til 35 ble deretter regnet ut, og rangering av skårene var fra 5 (lav tilfredshet) til 35 (høy tilfredshet). Sum-tall av disse skårene ble brukt.

Tidligere historie med depresjon (Kendler)

Målet "tidligere historie med depresjon" (Lifetime History of Major Depression) er basert på DSM-IV kriterier (Kendler m. fl., 1993) og inneholder følgende spørsmål: "Har du noen gang tidligere i livet i sammenhengende perioder på 14 dager eller mer.. 1) Følt deg deprimeret, trist eller nedfor, 2) Hatt problemer med matlysten eller spist for mye, 3) Vært plaget av kraftløshet eller mangel på overskudd, 4) Virkelig bebreidet deg selv og følt deg verdiløs, 5) Hatt problemer med å konsentrere deg eller hatt vansker med å ta beslutninger, og 6) Hatt minst tre av de problemene som er nevnt ovenfor samtidig. Svaralternativ på disse spørsmålene var ja/nei, og svaret på det siste spørsmålet ble som anbefalt av Kendler (1993), brukt som indikator for dette målet.

Bruk av psykofarmaka

Bruk av psykofarmaka blir i denne undersøkelsen målt ved spørsmålet: Har du brukt følgende medisiner ukentlig eller oftere: Medisiner mot angst/uro/søvn (inkluderer sovemedisin og beroligende medisiner som farmakologisk er nær beslektede preparater og som alle kan fåes på resept fra lege), og medisiner mot depresjon (inkludert antidepressiva). Svaralternativene for hvert spørsmål var: 1) daglig, 2) hver uke- men ikke daglig, 3) sjeldnere enn hver uke, 4) ikke brukt siste 4 uker. Vi laget en dikotom variabel der bruk av enten antidepressiva, beroligende medisin eller sovemedisin, ukentlig eller oftere (svaralternativ 1 og 2), ga skåre 1, og de som hadde brukt disse medisinene sjeldnere enn hver uke og ikke brukt dem siste 4 uker (svaralternativ 3 og 4) fikk skåre 0.

Psykososiale risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykisk helse

Sosial støtte

I denne studien har vi brukt det første spørsmålet i Oslo3 skalaen, fordi dette spørsmålet hadde vi data på, for hele utvalget. Bruk av de tre spørsmålene i Oslo3 skalaen er anbefalt internasjonalt for å måle sosial støtte, enten summert eller hver for seg (Dalgard m. fl. 2006b; Korkeila m. fl. 2007). Følgende spørsmål (Oslo1) ble benyttet i studien: "Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du får store personlige problemer (regn også med nærmeste familie)? Spørsmålet besvares på en skala fra 1) Ingen, 2) 1 eller 2, 3) 3 til 5 personer og 4) 6 eller flere. Vi laget en variabel der verdi 3 og 4 ble slått sammen (de som svarer at de har 3 fortrolige eller mer) (referanse gruppe) og sammenlignet denne gruppen med de som kun har 1-2 fortrolige eller ingen fortrolige. Vi laget også en variabel der vi sammenlignet den samme referansegruppen med enten med de som ikke hadde noen fortrolige eller med de som hadde 1-2 fortrolige.

Mestring

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

Belastende livshendelser

Tolv belastende livshendelser som er anbefalt av EU og WHO som spørrebatteri vedrørende helsedeterminanter for psykisk helse, er inkludert i datamaterialet (Brugha, m. fl., 1985, Korkeila, m. fl., 2003). Noen av de ulike leddene i belastende livshendelser har spesielt vist seg å ha stor betydning for psykisk helse (Dalgard m. fl. 2006b) og vi valgte derfor å se spesielt på disse: "Har noe av det følgende hendt deg i løpet av de

siste 12 måneder: 1) Du har hatt alvorlige økonomiske problemer? 2) Du har blitt separert på grunn av problemer i ekteskapet/ samboerskapet? 3) Du har opplevd fysisk sykdom eller skade eller overfall? Svaralternativene for alle tre spørsmål var ja/nei. Det ble for alle de tre variablene laget dikotome variabler der ja fikk verdi 1 og nei fikk verdi 0.

Mål på helse- og risikoferd

Røyking

Røyking ble målt ved følgende spørsmål: Hender det at du røyker? ja/nei. Hvis du har svart ja på dette, så svarer du på neste spørsmål: Røyker du daglig eller av og til? 1) Daglig 2) Av og til. Det ble laget en dikotom variabel der de som svarte at de røykte daglig fikk verdi 1, og av og til -røykerne og de som svarte at de ikke røykte, ble slått sammen til en gruppe som fikk verdi 0.

Alkoholavhengighet (CAGE)

Alkoholavhengighet er målt ved hjelp av spørrebatteriet CAGE (Craving, Annoyance, Guilt and Eyeopener) (Ewing, 1984), som består av fire spørsmål som omhandler opplevelser de siste 12 måneder i forbindelse med bruk av alkohol: 1) forsøkt å redusere alkoholinntaket, 2) folk som står deg nær sjeneres av dine drikkevaner, 3) hatt skyldfølelse knyttet til drikking og 4) av og til hatt behov for å drikke om morgenen dagen derpå. Personen defineres som avhengig av alkohol dersom man svarer positivt på minst to av disse spørsmålene. Positivt svar på minst ett spørsmål gir en sannsynlighet på mer enn 80 % for at personen er avhengig av alkohol. Spørrebatteriet er anbefalt av WHO (Nosikov & Gudex, 2003).

Narkotikabruk

Narkotikabruk måles i undersøkelsen ved spørsmålene: Har du brukt hasj/marihuana i løpet av de siste 12 månedene, og har du brukt andre narkotiske stoffer i løpet av de siste 12 måneder. Svaralternativene til spørsmålene var: 1) ingen ganger, 2) 1 gang i måneden eller sjeldnere, 3) 2-3 ganger i måneden, 4) 1 gang per uke, 5) 2-3 ganger per uke, 6) 4-7 ganger per uke. To dikotome variabler ble laget, en for brukt hasj og en for brukt annen narkotika i løpet av de siste 12 måneder. Brukt hasj/annen narkotika ingen ganger, fikk verdi 1 og brukt hasj/annen narkotika minst en gang i løpet av de siste 12 måneder (svarkategori 2 til 6) fikk verdi 2.

Videre brukte vi spørsmålene fra det postale spørreskjemaet om interjupersonene hadde brukt hasj/marihuana noen gang i løpet av livet og om intervjuobjektene hadde brukt annen narkotika noen gang i løpet av livet. Svaralternativene var ja/nei.

Svaralternativ nei fikk skåre 1, og ja fikk skåre 2, i begge variablene.

Fysisk aktivitet og mosjon

Spørsmålene som ble brukt for å måle mosjon var: Mosjonerer du eller trener du vanligvis? 1) Aldri 2) Sjeldnere enn en dag i uka 3) En gang i uka eller mer. En dikotom variabel ble laget der verdi 1 og 2 ble slått sammen til "Mosjonerer en gang i uka eller sjeldnere", denne fikk verdi 1, og "mosjonerer en gang i uka eller mer" fikk verdi 0.

Bodymass index (BMI)

Med utgangspunkt i selvrapportert høyde (m) og vekt (kg) har vi regnet ut BMI (vekt/høyde²). BMI på 30 eller mer fikk verdi 1 (definert som fedme) og resten fikk verdi 0.

2.4 Statistiske analyser

Datamaterialet er analysert med statistikkprogrammet SPSS, versjon 14.0. Det ble først produsert deskriptiv statistikk i form av krysstabeller. T-test (independent samples t-tests) ble foretatt for å undersøke om forskjellene mellom de ulike utsatte gruppene og resten av befolkningen (som mellom de med lav utdanning og de med middels/høy utdanning) var signifikante. For å sammenligne gjennomsnittsskåren for utsatte grupper og resten av befolkningen ble t-test (compare mean) foretatt. Bivariate sammenhenger mellom de ulike variablene er beskrevet i en korrelasjonstabell. På grunnlag av denne har vi utført binær logistisk regresjonsanalyse for å finne ut hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer som predikerte psykiske plager. Vi valgte å bruke det dikotome HSCL-25 målet som avhengig variabel. Sammenhengen mellom livstilfredshet og de psykososiale risikofaktorene og ulike utsatte grupper ble analysert ved multiple lineære regresjonsanalyser, da livstilfredshet er en kontinuerlig avhengig variabel.

Missing

Missing eller ikke-besvarte spørsmål ble behandlet på følgende måte: Hvis man har besvart 80 % eller mer av spørsmålene i de ulike spørrebatteriene ble missing erstattet med gjennomsnittet. Hvis færre enn 80 % var besvart i spørrebatteriet, ble svarene kodet ikke-besvart eller missing. Denne prosedyren er vanlig i epidemiologiske studier for å øke antallet og bidra til å øke styrken på resultatene.

3 Resultater

3.1 Psykisk helse blant ulike utsatte grupper

Tabell 1 viser at den utsatte gruppen med flest personer er gruppen ugift/ikke-samboende – hele 24% av utvalget er medlem av denne gruppen. De minste gruppene er de som hovedsakelig lever av sosialhjelp (3%) og ikke-vestlige innvandrere, som er 4,1% av utvalget.

Tabell 1: Antall og andel personer i aldersgruppen 25-64 år etter medlemskap i utsatte grupper (n=4710).

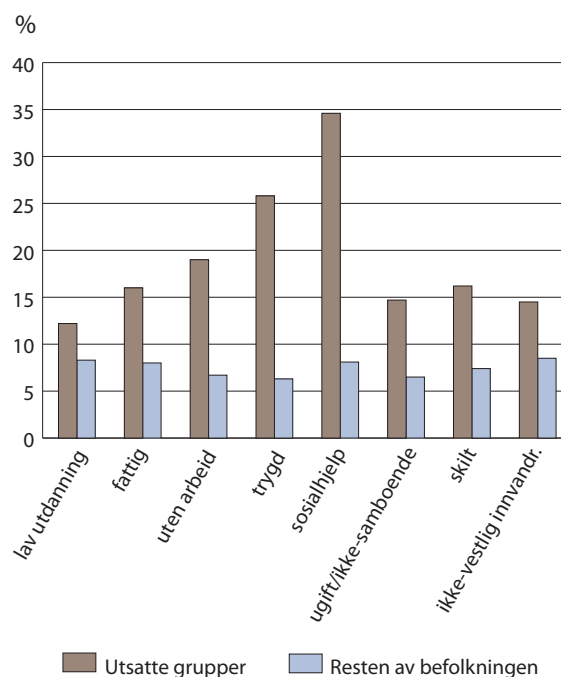
Utsatte grupper	Antall (%)
Lav utdanning	458 (9,4 %)
Fattig	256 (5,2 %)
Ikke i arbeid/ skole/studere	663 (13,3 %)
Trygd	643 (12,9 %)
Sosialhjelp	148 (3,0 %)
Ugift/ikke-samboende	1207 (24,3 %)
Skilt/separert	557 (11,2 %)
Innvandrere fra ikke-vestlige land	206 (4,1 %)

Merknad: Lav utdanning= opp til og med ungdomsskolenivå. Fattig = under 50 % av medianen av justert husholdningsinntekt. Trygd er her attføring + uføretrygd + arbeidsledighetstrygd. Innvandrere fra ikke-vestlige land = landbakgrunn fra Asia, Afrika, Sør-Amerika, Tyrkia, og Øst-Europa

Resultatene viste videre at alle de utsatte gruppene hadde signifikant høyere andel med psykiske plager, som angst- og depresjonsplager sammenlignet med resten av befolkningen (se tabell 2 neste side). De fattige, de som levde uten en partner og de separerte/skilte hadde omtrent dobbelt så høy andel med psykiske plager, sammenlignet med resten av befolkningen (se fig 1). De uten arbeid/skole hadde tre ganger så høy andel psykiske plager sammenlignet med de som var i arbeid eller skole.

Alle de utsatte gruppen bortsett fra de med lav utdanning og ikke-vestlige innvandrere hadde en signifikant høyere andel med tidligere depresjoner, sammenlignet med resten av befolkningen. Høyest andel med tidligere depresjoner hadde sosialhjelpsmottagere. Alle de utsatte gruppene, bortsett fra de fattige og ikke-vestlige innvandrere brukte signifikant mer psyko-farmaka (antidepressiva, beroligende medisin og/eller sovemedisin) ukentlig, sammenlignet med resten av befolkningen.

De gruppene med høyest andel med nåværende psykiske plager, tidligere depresjoner, som brukte mest psykofarmaka ukentlig, og som var minst tilfredse med livet, var trygde- og sosialhjelpsmottagerne.



Figur 1: Figuren viser andel (%) personer med betydelig psykiske plager (HSCL-25) blant de utsatte gruppene og resten av befolkningen.

Tabell 2: Andel med psykiske plager, depresjons- og angstplager (HSCL-25, terskelverdi: 1,75), tidligere historie med depresjon, bruk av psykofarmaka og livstilfredshet, i aldersgruppen 25-64 år, ved medlemskap i utsatte grupper og deres kontrastgruppe, samt andel for hele utvalget (n =4970).

	Andel %						Mean (Sd)
	Psykiske plager (HSCL-25)	Depresjonsplager (HSCL- depresjon)	Angstplager (HSCL-angst)	Tidligere historie med depresjon	Bruk av psykofarmaka (ukentlig el. oftere)	Livstilfredshet	
Lav utdanning	12,2*	14,0**	10,9*	29,9	19,3***	25,9 (6,8)	
Middel/høy utdanning	8,3	9,4	7,0	27,1	10,5	26,1 (6,0)	
Fattig	16,0***	16,1**	13,5**	38,9**	13,8	23,5 (7,6)***	
Ikke fattig	8,0	9,2	6,9	26,9	11,1	26,2 (5,9)	
Uten arbeid/skole	19,0***	21,2***	16,7***	37,8***	27,2***	23,7 (7,7)***	
I arbeid/skole	6,7	7,7	5,7	25,8	8,8	26,0 (5,5)	
Trygdet	25,8***	28,7***	22,5***	47,0***	32,8***	21,8 (8,0)***	
Ikke trygdet	6,3	7,2	5,2	24,6	8,3	26,7 (5,2)	
Sosialhjelp	34,6***	36,6***	32,1***	60,2***	35,5***	19,6 (8,7)***	
Ikke sosialhjelp	8,1	9,2	6,8	26,6	10,7	27,5 (5,8)	
Ugift/ikke- samboende	14,7***	16,9***	11,8***	38,5***	16,4***	23,1 (6,6)***	
Gift/samboende	6,5	7,3	5,8	24,0	9,6	27,0 (5,4)	
Skilt/separert	16,2***	16,2***	12,3***	43,8***	19,1***	23,1 (6,7)***	
Ikke skilt/separert	7,4	8,7	6,6	25,3	10,2	26,4 (6,0)	
Ikke-vestlige land	14,5*	16,3**	16,1***	31,7	11,9	25,1 (6,6)	
Vestlige land og norsk landbakgrunn	8,5	9,6	7,0	27,2	11,2	26,1 (5,9)	

Merknad: Lav utdanning = til og med ungdomsskolenivå. Fattig = under 50 % av medianen av justert husholdningsinntekt. Trygd er her attføring + uføretrygd + arbeidsledighetstrygd. Landbakgrunn: ikke-vestlige land = landbakgrunn fra Asia, Afrika, Øst-Europa. Kl= Konfidensintervall. Sd= Standardavvik. Signifikant forskjell mellom ulike utsatte grupper og resten av befolkningen (kontrastgruppen) (eks: mellom lav utdanning og de med middels/høy utdanning) er markert ved *p< 0,05, **p< 0,01, og ***p<0,001.

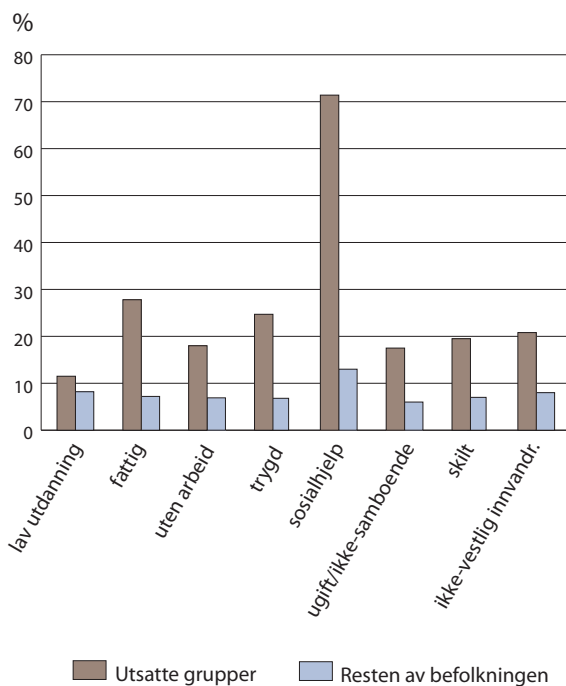
Tabell 3: Andel i aldersgruppen 25-64 år med alvorlige økonomiske problemer, separert siste år, alvorlig somatisk sykdom, sosial støtte (antall fortrolige) og opplevd mestring, ved medlemskap i de ulike utsatte gruppene og deres kontrastgruppe.

	Andel %					
	Alvorlige økonomiske problemer	Separert sist år	Alvorlig fysisk sykdom eller skade sist år	Lav sosial støtte (mindre enn 3 fortrolige)	Lav mestringsopplevelse	
Lav utdanning	11,5*	6,9*	8,7	32,3***	31,1*	
Middel/høy utdanning	8,2	3,8	7,4	18,0	23,5	
Fattig	27,8***	9,6***	10,3	24,4	27,6	
Ikke fattig	7,2	3,8	7,3	20,0	23,0	
Ikke arbeid/skole	18,0***	5,5	16,8***	28,3***	41,4***	
I arbeid/skole	6,9	3,9	6,0	19,0	21,0	
Trygdet	24,7***	6,0*	18,4***	28,9***	50,6***	
Ikke trygdet	6,8	3,7	6,0	19,2	21,0	
Sosialhjelp	71,4***	18,3***	20,7***	29,9**	56,3***	
Ikke sosialhjelp	13,0	3,0	7,4	20,0	23,0	
Ugift/ikke samboende	17,5***	11,0***	9,2*	23,7**	31,0***	
Gift/samboende	6,0	2,3	7,0	19,3	21,3	
Skilt/separert	19,5***	17,8***	9,0	27,5***	33,4***	
Ikke skilt/separert	7,0	2,4	7,1	19,5	21,5	
Ikke-vestlige land	20,8***	8,1*	10,6	46,2***	49,6***	
Vestlige land og norsk landbakgrunn	8,0	3,5	7,1	19,5	23,5	

Merknad: Lav utdanning = opp til og med ungdomsskolenivå, Fattig = under 50 % av medianen av justert husholdningsinntekt. Trygd = attføring + uføretrygd + arbeidsledighetstrygd. Innvandrere fra ikke-vestlige land = innvandrere fra Asia, Afrika, Sør-Amerika, Tyrkia, Øst-Europa. KI = konfidensintervall. Signifikant forskjell mellom de ulike utsatte grupper og resten av befolkningen (som mellom lav utdanning og middels/høy utdanning) ved * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, og *** $p < 0,001$.

3.2 Nivå av psykososiale risikofaktorer blant utsatte grupper

Andelen som hadde opplevd belastende livshendelser, som alvorlige økonomiske problemer sist år var signifikant høyere blant alle de utsatte gruppene sammenlignet med resten av befolkningen (se tabell 3). Sosialhjelpsmottagere hadde høyest andel med opplevde alvorlige økonomiske problemer, fem ganger flere av dem hadde økonomiske problemer sist år, sammenlignet med de som ikke var på sosialhjelp. De fattige hadde fire ganger så høy andel med opplevde alvorlige økonomiske problemer som de ikke-fattige, og de som var trygdet hadde tre ganger så høy andel med opplevde økonomiske problemer som de uten trygd (se fig 2).

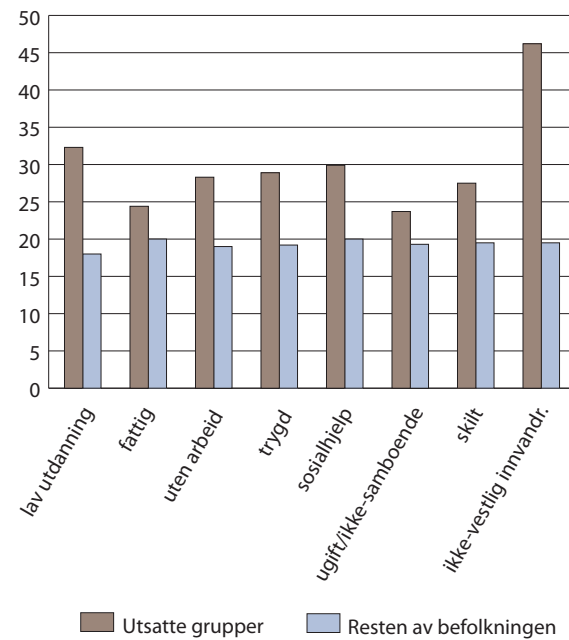


Figur 2: Figuren viser andel (%) personer med opplevde økonomiske problemer blant de utsatte gruppene og resten av befolkningen.

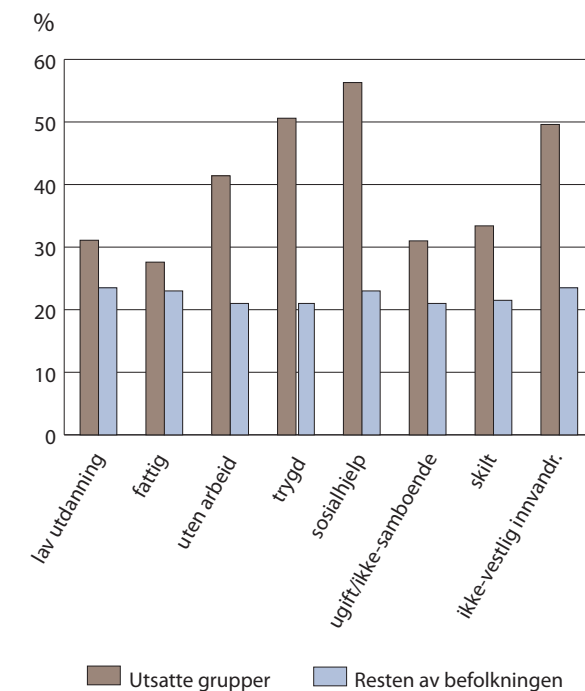
I tillegg viste resultatene at alle de utsatte gruppene, bortsett fra de uten arbeid/skole hadde signifikant høyere andel med belastende livshendelser som separert/skilt sist år, sammenlignet med resten av befolkningen. Videre var det en signifikant høyere andel blant de uten jobb/skole, de trygdede, sosialhjelpsmottagerne og de som levde uten en partner, som hadde opplevd alvorlig fysisk sykdom eller skade sist år, sammenlignet med resten av befolkningen. Sosialhjelpsmottagere hadde opplevd tre ganger så høy andel med fysisk sykdom/skade sist år, mens trygdemottagere og de uten arbeid/skole hadde opplevd dobbelt så høy andel med fysisk sykdom/skade sist år,

sammenlignet med resten av befolkningen.

Alle de utsatte gruppene, bortsett fra de fattige hadde signifikant høyere andel med lav sosial støtte og lav mestringsopplevelse, sammenlignet med resten av befolkningen. For eksempel var det dobbelt så høy andel med ikke-vestlige innvandrere som rapporterte om lav sosial støtte, i forhold til resten av befolkningen (se fig 3). De utsatte gruppene som hadde høyest andel med lav opplevd mestring var sosialhjelpsmottagere, trygdemot-



Figur 3: Figuren viser andel (%) personer med lav sosial støtte blant de utsatte gruppene og resten av befolkningen.



Figur 4: Figuren viser andel (%) personer med lav mestringsopplevelse blant de utsatte gruppene og resten av befolkningen.

Tabell 4: Korrelasjoner mellom ulike indikatorer på psykisk helse, utsatte grupper og psykososiale helsedeterminanter (N=4970).

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.
1. HSCL-25																
2. Historie med depresjon	0,38**															
3. Bruk av psykofarmaka	0,36**	0,27**														
4. Livstilfredshet	-0,47**	-0,37**	-0,26**													
5. Utdanning	0,04*	0,02	0,08**	-0,01												
6. Fattig	0,06**	0,06**	-0,02	-0,09**	0,03											
7. Uten arbeid/skole	0,15**	0,09**	0,20**	-0,16**	0,22**	0,08**										
8. Trygd	0,23**	0,16**	0,25**	-0,26**	0,19**	0,11**	0,59**									
9. Sosialhjelp	0,14**	0,11**	0,11**	-0,16**	-0,10**	-0,23**	-0,18**	0,19**								
10. Ugift/ikke-samboende	0,07**	0,10	0,11**	-0,27**	0,08**	0,22**	0,10**	0,10**	0,03							
11. Separert sist år	0,17**	0,11**	0,07**	-0,16**	0,05**	0,06**	0,03	-0,04*	0,11**	0,17**						
12. Ikke-vestlig innvandrere	0,03*	0,01	0,003	-0,03	0,02	0,09**	0,01	-0,02	0,09**	0,03	0,03*					
13. Alvorlige økon. probl.	0,29**	0,25**	0,14**	-0,32**	0,10**	0,15**	0,14**	0,21**	0,34**	0,09**	0,21**	0,06**				
14. Lav sosial støtte	0,10**	0,04	0,06**	-0,13**	0,10**	0,02	0,08**	0,08**	0,04**	0,05**	0,06**	0,13**	0,08**			
15. Mestring	-0,41**	-0,26**	-0,26**	0,41**	-0,05**	-0,03	-0,17**	-0,22**	-0,11**	-0,09**	-0,07**	-0,12**	-0,24**	-0,12**		
16. Alvorlig sykdom/skade	0,16**	0,10**	0,13**	-0,16**	0,02	0,02	0,14**	0,15**	0,08**	0,04*	0,07*	0,02	0,10**	0,05*	0,15**	

Merknad: **p<0,01 og *p<0,05. Innvandrere fra ikke-vestlige land = landbakgrunn fra Asia, Afrika, Sør-Amerika, Tyrkia, Øst-Europa. Lav utdanning = opp til og med ungdomskolenivå. Fattig= under 50% av medianen av justert husholdningsinntekt. Trygd= attføring + uføretrygd + arbeidsledighetstrygd.

Tabell 5: Odds Ratio (OR) for psykiske plager (HSCL-25, cut-off 1,75) etter demografiske variabler, utsatte grupper, og psykososiale risiko- og beskyttelsesfaktorer som sosial støtte, mestring og alvorlige livshendelser.

HSCL-25	1. Ujustert	2. Justert for kjønn, alder, sosioøkonomi, sivil status & landbakgrunn	3. Justert for kjønn, alder, utsatte grupper, sosial støtte, alvorlige livshendelser og mestring	4. Justert for alle de uavhengige variablene
	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)
<u>Kjønn</u>				
Menn (ref.)	1,0	1,0	1,0	1,0
Kvinner	1,4 (1,1-1,8)**	1,3 (1,0-1,7)*	1,7 (1,2-2,2)**	1,6 (1,2-2,1)**
<u>Utdanning</u>				
Høy (ref.)	1,0	1,0	1,0	1,0
Middels	1,5 (1,1-1,9)**	1,4 (0,9-2,2)	1,0 (0,6-1,6)	0,9 (0,5-1,5)
Lav	2,0 (1,3-3,0)**	1,4 (1,0-1,8)*	0,9 (0,6-1,2)	0,8 (0,6-1,2)
<u>Inntekt</u>				
Normal (ref.)	1,0	1,0	1,0	1,0
Fattig	2,2 (1,4-3,4)**	1,4 (0,8-2,3)	1,3 (0,7-2,4)	1,3 (0,7-2,3)
<u>Arbeid/skole</u>				
I arbeid/skole (ref.)	1,0	1,0	1,0	1,0
Ikke i arbeid/skole	3,3 (2,5-4,3)***	2,9 (2,2-4,0)***	1,7 (1,2-2,4)**	1,0 (0,6-1,6)
<u>Ugift/ikke-samboende</u>				
Nei (ref.)	1,0	1,0	1,0	1,0
Ja	1,6 (1,4-1,8)***	2,3 (1,7-3,0)***	1,4 (1,1-2,0)*	1,4 (1,0-1,9)*
<u>Landbakgrunn</u>				
Norsk/vestlige land (ref.)	1,0	1,0	1,0	1,0
Ikke-vestlig	1,8 (1,1-3,1)*	1,3 (0,6-2,9)	0,5 (0,2-1,2)	0,5 (0,2-1,3)
<u>Sosial støtte</u>				
Flere enn 3 fortrolige (ref.)	1,0		1,0	1,0
1-2 fortrolige	2,0 (1,5-2,6)***		1,5 (1,1-2,1)*	1,5 (1,1-2,1)*
Ingen fortrolige	4,4 (2,2-8,9)***		2,0 (0,9-5,8)	2,0 (0,8-5,0)
<u>Separert siste år</u>				
Nei (ref.)	1,0		1,0	1,0
Ja	5,6 (3,9-8,1)***		2,1 (1,2-3,6)**	2,2 (1,3-3,8)**
<u>Alvorlige økonom. problem</u>				
Nei (ref.)	1,0		1,0	1,0
Ja	8,2 (6,3-10,8)***		3,7 (2,6-5,2)***	3,4 (2,4-5,0)***
<u>Alvorlig fysisk sykdom/skade</u>				
Nei (ref.)	1,0		1,0	1,0
Ja	3,9 (2,9-5,3)***		2,0 (1,4-3,1)**	1,9 (1,3-2,9)**
<u>Mestring</u>				
Høy (ref.)	1,0		1,0	1,0
Lav	13,7 (10,4-18)***		9,8 (7,2-13,3)***	9,3 (6,9-12,7)***
<u>Trygd</u>				
Nei (ref.)	1,0			1,0
Ja	5,1 (4,0-6,7)***			2,3 (1,5-3,6)***
<u>Sosialhjelp</u>				
Nei (ref.)	1,0			1,0
Ja	6,0 (3,7-9,6)***			0,9 (0,4-1,8)

Merknad: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ og *** $p < 0,001$. Fattig= under 50 % av median av justert inntekt, Trygd= attføring + uføretrygd + arbeidsledighetstrygd. Justert for alder, men ikke signifikant effekt. KI=konfidensintervall

tagere og innvandrere fra ikke-vestlige land (se fig 4).

3.3 Korrelasjoner mellom ulike mål på psykisk helse, utsatte grupper og psykososiale risikofaktorer

Korrelasjonene mellom de ulike målene på psykisk helse var generelt høye. Det var en negativ og middels sterk korrelasjon mellom nåværende psykiske plager (HSCL-25) og livstilfredshet ($r=-0,47$).

De trygdede og de utenfor arbeidslivet/skole var de utsatte gruppene som hadde høyest korrelasjon med indikatorene på psykiske helseproblemer, som nåværende psykiske plager, historie med depresjon og bruk av psykofarmaka (se tabell 4). De utsatte gruppene som var minst tilfredse med livet var de som levde uten en partner og de på trygd.

De høyeste korrelasjonene mellom de ulike utsatte gruppene var mellom å ikke være i arbeid/skole og trygd ($r=0,59$). Dette er å forvente da de på trygd består av de alle de på arbeidsledighetstrygd, i tillegg til de uføretrygdede og de på attføring. Videre var det middels sterke korrelasjoner mellom sosialhjelp og fattig, mellom å ikke være i arbeid/skole og lav utdanning, og mellom å ikke leve med en partner og være fattig.

De høyeste korrelasjonene mellom utsatte grupper og psykososiale risikofaktorer var mellom: trygd og opplevde alvorlige økonomiske problemer, sosialhjelp og opplevde alvorlige økonomiske problemer, trygd og mestring, utenfor arbeidsliv/skole og mestring.

De høyeste korrelasjonene mellom indikatorene på psykiske helseproblemer og de psykososiale risikofaktorene var mellom: psykiske plager og mestring, psykiske plager og alvorlige økonomiske problemer, livstilfredshet og mestring, og livstilfredshet og alvorlige økonomiske problemer.

Tabell 6: Risiko (Odds Ratio (OR)) for betydelige psykiske plager (HSCL-25, dikotom, cut-off 1,75) etter antall medlemskap i utsatte grupper (n=4710).

	Antall (%)	OR for psykiske plager (95% KI)
<u>Antall medlemskap i utsatte grupper.</u>		
Ingen (ref.)	2465 (52,3 %)	1,0
1	1154 (24,5 %)	1,8 (1,3-2,5)***
2	656 (13,9 %)	4,3 (3,1-6,0)***
3	255 (5,0 %)	6,4 (4,2-9,7)***
4 eller flere	180 (3,9 %)	9,6 (6,0-15,5)***

Merknad: *** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ og * $p < 0,05$. KI= Konfidensintervall

Tabell 7: Andel i befolkningsutvalget, i aldersgruppen 25-64 år (n = 4970) som er dagligrøykere, alkoholavhengige, narkotikabrukere, har høy BMI og mosjonere lite, ved ulike utsatte grupper sammenliknet med resten av befolkningen.

	Andel %									
	Brukt hasj/ marihuana noen gang i livet	Brukt annen narkotika noen gang i livet	Brukt hasj/ marihuana siste 12 mnd.	Brukt annen narkotika siste 12 mnd.	Alkohol- avhengighet (CAGE)	Dagligrøyker	Fedme: BMI over 30	Mosjon: mindre enn en gang i uka		
Lav utdanning	10,2**	2,8	2,4	1,4	4,2	42,8***	16,9***	39,8***		
Middel/høy utdanning	18,8	5,2	2,7	1,0	5,4	25,4	10,6	28,1		
Fattig	33,8***	14,9***	13,9***	6,0***	8,6*	29,3	10,9	30,9		
Ikke fattig	17,0	4,4	2,2	0,8	5,1	26,9	11,2	29,1		
Ikke arbeid/skole	11,9**	4,7	3,0	2,1*	6,8	43,1***	18,1***	34,4***		
I arbeid/skole	18,7	4,9	2,6	0,9	5,0	24,3	10,0	28,3		
Trygdet	16,5	6,6	5,6***	2,9***	7,4*	47,1***	20,3***	35,4***		
Ikke trygdet	18,3	4,8	2,3	0,8	5,0	24,1	9,8	28,2		
Sosialhjelp	43,9***	26,2***	15,7***	11,1***	17,9***	58,0***	10,9	39,1**		
Ikke sosialhjelp	17,5	4,6	2,5	0,8	5,0	26,1	11,2	28,8		
Ugift/ikke samboer	26,0***	8,6***	6,3***	2,9***	8,0***	34,5***	11,6	29,1		
Gift/samboende	15,3	3,8	1,4	0,5	4,4	24,4	11,0	29,2		
Skilt/separert	21,7	6,0	3,7	2,2*	8,9**	41,3***	12,0	32,0		
Ikke skilt/separert	17,4	4,8	2,4	0,9	4,8	25,1	11,0	28,8		
Ikke-vestlige land	11,8	4,7	0,9	1,7	4,5	21,0*	10,2	41,9***		
Vestlige land og norsk landbakgrunn	18,3	5,1	2,8	1,0	5,3	27,2	11,2	28,6		

Merknad. *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$ og * $p < 0,05$, signifikant forskjell mellom de utsatte grupper og resten av befolkningen (kontrastgruppen), for eksempel mellom lav utdanning og de med middels og høy utdanning. Lav utdanning = opp til og med ungdomsskolensnivå. Fattig = under 50% av medianen av justert husholdningsinntekt. Trygd er her attføring + uføretrygd + arbeidsledighetstrygd. Innvandrere fra ikke-vestlige land = fra Asia, Afrika, Sør-Amerika, Tyrkia, Øst-Europa. Kl = konfidensintervall.

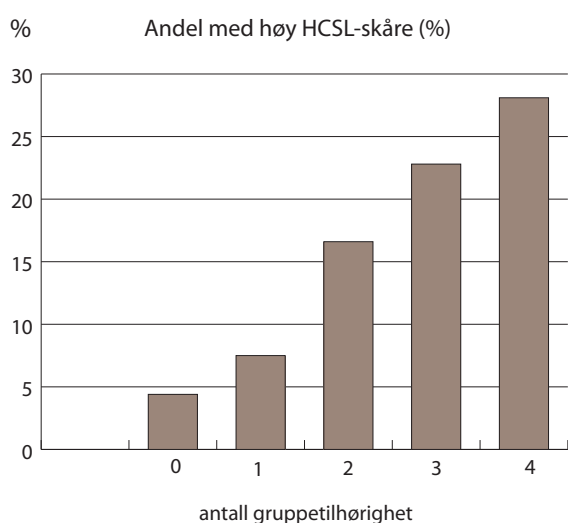
3.4 Prediksjon av utsatte grupper og psykososiale risikofaktorer på psykiske plager

Første kolonne i tabell 5 viser at alle de uavhengige variablene har signifikant sammenheng med nåværende psykiske plager før man har kontrollert for andre variabler. Lav opplevelse av mestring, opplevde alvorlige økonomiske problemer sist år, separert sist år, å være sosialhjelpsmottager og trygdemottager er de variablene med sterkest sammenheng med nåværende psykiske plager.

Resultatene viser videre at den signifikante sammenhengen mellom utdanning og nåværende psykiske plager blir svakere når man kontrollerte for de andre sosioøkonomiske og demografiske variablene. Likedan at den signifikante sammenhengen mellom psykiske plager og inntekt, og mellom psykiske plager og landbakgrunn forsvinner når man kontrollerte for de demografiske variablene og de utsatte gruppene (se kolonne to i tabellen).

Den siste kolonnen i tabell 5 viser at sammenhengen mellom psykiske plager og å være uten arbeid/skole ikke lengre er signifikant når vi kontrollerte for trygd og sosialhjelp. Oppsummert viser tabell 5 at lav mestring, alvorlige økonomiske problemer, trygd og separert sist år er de variablene som predikerte psykiske plager i størst grad, etter at man har kontrollert for alle de uavhengige variablene.

Vi valgte å legge inn trygd og sosialhjelp sist i regresjonsanalysen, da disse kan virke som en konsekvens



Figur 5: Figuren viser andel (%) personer med betydelige psykiske plager (høy HSCL-25) etter antall utsatte grupper man tilhører.

heller enn en risikofaktor for psykiske plager. På den annen side kan de trygdede og sosialhjelpsmottagerne muligens også være en risikofaktor for psykiske plager – selv om dette er mindre sannsynlig. Vi modellerte derfor en ny logistisk regresjonsanalyse, som var lik den i tabell 5 med unntak av at trygd og sosialhjelp ble tatt inn sammen med de andre utsatte gruppene i kolonne tre. Det som skjedde var at sammenhengen mellom utenfor arbeidslivet/skole og psykisk helse ble ikke-signifikant når trygd og sosialhjelp ble tatt inn i modellen, ellers var det ingen forskjell på resultatet fra analysen i tabell 5.

3.5 Risiko for psykiske plager ved medlemskap i flere utsatte grupper

Resultatet fra logistisk regresjonsanalyse viste at risikoen (odds ratio OR) for psykiske plager var signifikant for hvorvidt man tilhørte en, eller flere utsatte grupper sammenlignet med om man tilhørte ingen utsatt gruppe. Risikoen for betydelig psykiske plager økte signifikant jo flere utsatte grupper man tilhørte (se tabell 6). De som tilhørte en utsatt gruppe hadde nesten en dobling av risiko for betydelige psykiske plager (OR=1,8) sammenlignet med de som ikke tilhørte noen utsatt gruppe (OR=1). De som tilhørte to utsatte grupper hadde omtrent fire ganger høyere risiko for psykiske plager, sammenliknet med de som ikke tilhørte noen utsatt gruppe (OR=4,3). Videre var det en sterk og signifikant økning i risiko for betydelige psykiske plager når man tilhørte tre utsatte grupper, (OR=6,4), og likedan en signifikant økning for de som tilhørte fire utsatte grupper eller mer (OR=9,6), i forhold til de som tilhørte ingen utsatte grupper. Figur 5 viser det samme forholdet når det gjelder andel personer (%) som har betydelige psykiske plager (høy HSCL-25). Vi ser at kun 4,4% av de som ikke tilhørte noen utsatt gruppe har betydelige psykiske plager, mens 7,5% av de som tilhørte en utsatt gruppe har betydelig psykiske plager. Videre ser vi fra figur 5 at 16,6% av de som tilhørte to utsatte grupper hadde betydelig psykiske plager. Det betyr at nesten fire ganger så mange blant de som tilhørte to utsatte grupper har betydelige psykiske plager i forhold til de som ikke tilhørte noen utsatt gruppe. Videre var det 23% som hadde betydelige plager blant de som tilhørte tre utsatte grupper, og 28% hadde betydelige plager blant de som tilhørte fire utsatte grupper (se figur 5). Resultatene viste at 52 % av utvalget ikke var med i noen utsatt gruppe. Videre var 25 % av utvalget med i en av de utsatte gruppene, 14 % var med i to utsatte grupper, 5 % av personene i utvalget var med i tre utsatte grupper og 4 % var med i fire utsatte grupper eller mer (se tabell 6).

Tabell 8: Korrelasjoner mellom psykiske plager (HSCCL-25), utsatte grupper og livsstilsvariabler/helserelatert risikoatferd

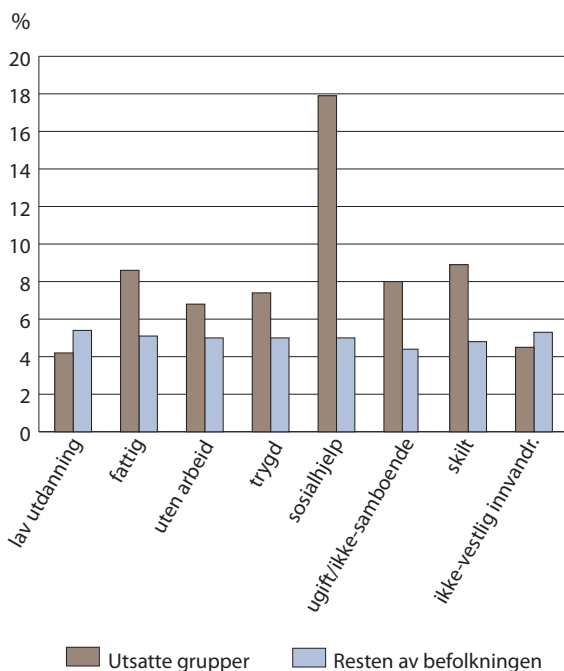
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. HSCCL-25									
2. BMI over 30	0,05**								
3. Lite mosjon	0,09**	0,09**							
4. Røyk	0,12**	0,003	0,19**						
5. Alkoholavh. (CAGE)	0,16**	0,02	0,05**	0,11**					
6. Hasj/marih. siste år	0,06**	0,03	0,04*	0,14**	0,11**				
7. Annen narkotika siste år	0,09**	0,02	0,02	0,09**	0,12**	0,45**			
8. Hasj/marih. en gang i livet	0,08**	0,04*	0,001	0,15**	0,12**	0,36**	0,20**		
9. Annen narkotika en gang i livet	0,07**	0,01	0,01	0,12**	0,15**	0,33**	0,41**	0,43**	
10. Utdanning	0,04*	0,06**	0,08**	0,11**	-0,02	-0,01	0,01	-0,06**	-0,03
11. Fattig	0,06**	-0,002	0,01	0,02	0,03	0,15**	0,10**	0,09**	0,10**
12. Uten arbeid/Skole	0,15**	0,09**	0,05**	0,14**	0,03	0,01	0,04*	-0,06**	0,004
13. Trygd	0,23**	0,11**	0,05**	0,16**	0,03*	0,06**	0,07**	-0,02	0,03
14. Sosialhjelp	0,14**	-0,002	0,05**	0,13**	0,08**	0,11**	0,14**	0,10**	0,14**
15. Siv. status par/enslig	0,07**	0,01	0,001	0,11**	0,07**	0,13**	0,10**	0,12**	0,10**
16. Siv status skilt/separert	0,17**	0,03	0,01	0,05**	0,01	-0,05**	-0,01	-0,09**	-0,06**
17. Ikke-vestlig innvandrere	0,03*	-0,01	0,06**	-0,03*	-0,01	-0,02	0,01	-0,03	0,003

Merknad: ** $p < 0,01$ og * $p < 0,05$. Korrelasjonene mellom de ulike utsatte grupper er vist i tabell 4.

Tabell 9: Odds ratio (OR) for nåværende psykiske plager (HSCL-25) etter helserelatert risikoatferd, justert for kjønn, alder, og utsatte sosiale grupper.

HSCL-25	I. Ujustert	II. Justert for kjønn, utdanning inntekt og arbeid	III. Justert for alle de utsatte grupper	IV. Justert for utsatte grupper og alle helserelaterte risikoatferder
	OR (95 % CI)	OR (95 % CI)	OR (95 % CI)	OR (95 % CI)
<u>Mosjon</u> > en gang i uka (ref.) < en gang i uka	1,0 1,9 (1,5-2,5)***	1,0 2,0 (1,6-2,6)***	1,0 2,1 (1,6-2,7)***	1,0 1,8 (1,3-2,5)***
<u>BMI</u> BMI under 30 (ref.) BMI over 30	1,0 1,7 (1,2-2,3)**	1,0 1,5 (1,1-2,1)*	1,0 1,4 (1,0-2,0)	1,0 1,4 (0,9-2,2)
<u>Røyker</u> Nei (ref.) Av og til Daglig	1,0 1,4 (0,9-2,1) 2,5 (2,0-3,3)***	1,0 1,4 (0,9-2,1) 2,2 (1,7-2,9)***	1,0 1,3 (0,9-2,0) 1,8 (1,4-2,4)***	1,0 1,3 (0,8-2,1) 1,4 (1,0-2,0)
<u>Alkohol- avhengighet (CAGE)</u> Nei (ref.) Ja	1,0 4,8 (3,4-6,8)***	1,0 4,6 (3,1-6,8)***	1,0 4,3 (2,9-6,5)***	1,0 4,6 (2,8-7,6)***
<u>Brukt hasj/marih. siste 12 mnd.</u> Nei (ref.) Ja	1,0 2,6 (1,5-4,4)***	1,0 2,1 (1,1-3,9)*	1,0 2,1 (0,7-2,8)	1,0 1,5 (0,6-4,0)
<u>Brukt annen narkotika siste år</u> Nei (ref.) Ja	1,0 5,3 (2,6-10,6)***	1,0 3,4 (1,4-8,0)**	1,0 2,1 (0,9-5,2)	1,0 1,5 (0,4-5,8)
<u>Brukt hasj/ marihuana noen gang i livet</u> Nei (ref.) Ja	1,0 1,9 (1,4-2,5)***	1,0 2,1 (1,5-3,0)***	1,0 1,9 (1,4-2,7)***	1,0 1,7 (1,1-2,7)*
<u>Brukt annen narkotika noen gang i livet</u> Nei (ref.) Ja	1,0 2,4 (1,5-3,7)***	1,0 2,0 (1,2-3,4)**	1,0 1,7 (1,0-2,9)	1,0 1,0 (0,5-2,0)

Merknad: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ og *** $p < 0,001$.



Figur 6: Figuren viser andel (%) personer med alkoholavhengighet blant de utsatte gruppene og resten av befolkningen.

De kombinasjonene av å tilhøre to utsatte grupper som ga høyest risiko for psykiske plager var: lav utdanning x leve uten partner: OR=2,9 (1,6-5,5), uten jobb/skole x sosialhjelpsmottager: OR = 6,9 (3,6-13,7), uten jobb/skole x trygdemottager: OR=6,4 (4,7-8,9), uten jobb/skole x leve uten partner: OR=6,9 (4,4-10,9), trygdemottager x leve uten partner: OR=5,7 (3,9-8,4), leve uten partner x skilt: OR=3,0 (2,2-4,2).

De utsatte gruppene ugift/ikke samboende og skilt/separert var de to gruppene der flest personer var med i begge grupper. Likedan var hele 68 % av de trygdede også med i gruppen utenfor arbeidslivet/skole, som betyr at disse to gruppene hadde et stort overlapp av personer. I gruppen "ugift/ikke samboende" var 65 % også med i gruppen fattige, 65 % var også sosialhjelpsmottagerne, 37 % var også trygdede, og 30 % var uten arbeid/skole. Videre var 50 % av sosialhjelpsmottagere uten jobb/skole, og 49 % av sosialhjelpsmottagere var også på trygd. 35 % av sosialhjelpsmottagere var med i gruppen fattige.

3.6 Prediksjon av utsatte grupper og psykososiale risikofaktorer på livstilfredshet

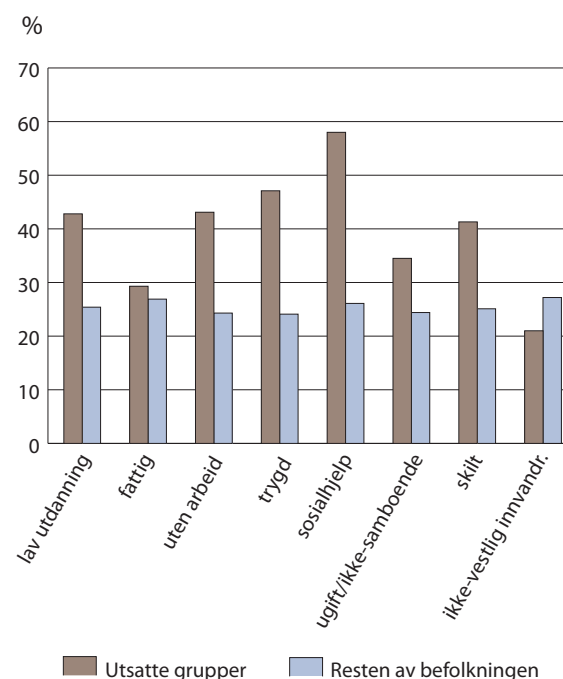
Resultatene fra en hierarkisk regresjonsanalyse viser at de sosioøkonomiske faktorene utdanning, inntekt og arbeid forklarer 3 % av variansen av livstilfredshet. Når de andre utsatte gruppene; ikke leve sammen med en partner/ugift og ikke-vestlig innvandrere blir lagt til i regresjonsanalysen øker forklart varians til 13 %. Når

trygd, sosialhjelp og de psykososiale variablene sosial støtte og separert/skilt sist år og opplevde alvorlige økonomiske problemer sist år blir lagt til i analysen, så øker forklart varians til 18 %. Effekten av arbeid forsvinner når trygd kommer inn. Når mestring legges til i siste trinn i analysen, så øker forklart varians signifikant og kraftig til 30 %. De uavhengige variablene som har sterkest negativ sammenheng med livstilfredshet er: å ikke leve i parforhold, å være trygdemottager, opplevd alvorlige økonomiske problemer sist år, og lav sosial støtte. Mestring er den uavhengige variabelen som klart predikerer livstilfredshet i størst grad, etter å ha justert for alle de uavhengige variablene.

3.7 Nivå av helsereelatert risikoatferd i ulike utsatte grupper

Blant de som hadde brukt narkotika (hasj eller annen narkotika) sist år eller en gang i livet var det en signifikant høyere andel blant de fattige, sosialhjelpsmottagere og ugifte/ikke-samboende sammenlignet med resten av befolkningen (se tabell 7). I tillegg var det en signifikant høyere andel blant de trygdede som hadde brukt hasj og annen narkotika siste året, sammenlignet med ikke-trygdede. Blant de alkoholavhengige, var det en signifikant høyere andel med fattige, sosialhjelpsmottagere, trygdede, skilte og personer som levde uten en partner, sammenlignet med resten av befolkningen (se fig 6).

Sosialhjelpsmottagerne hadde fem ganger så høy



Figur 7: Figuren viser andel (%) personer som røyker daglig blant de utsatte gruppene og resten av befolkningen.

andel med bruk av hasj, og elleve ganger så høy andel med bruk av annen narkotika siste året sammenlignet med resten av befolkningen. De fattige hadde seks ganger så høy andel med bruk av annen narkotika og fem ganger så høy andel med bruk av hasj siste år, sammenlignet med ikke-fattige.

For de som hadde brukt hasj minst en gang i livet gikk trenden i motsatt retning når det gjaldt utdanning og sysselsetting - signifikant flere hadde høy/middels utdanning enn lav utdanning, og signifikant flere var i arbeid/skole enn ikke i arbeid/skole.

Alle de utsatte gruppene, bortsett fra de fattige og



4 Diskusjon

ikke-vestlige innvandrere hadde signifikant høyere andel med dagligrøykere enn resten av befolkningen (se fig 7). Blant de overvektige og de som trimmer lite (mindre enn en gang i uka) var det en signifikant høyere andel blant de lavt utdannede, de utenfor arbeidslivet/skole og de trygdede. Blant de som trimmer lite var det i tillegg en høyere andel blant ikke-vestlige innvandrere og sosialhjelpsmottagere.

3.8 Korrelasjoner mellom psykiske plager, risikoatferd og utsatte grupper

De sterkeste korrelasjonene når det gjaldt psykiske plager og helserisikoatferd fant vi mellom psykiske plager og alkoholavhengighet, og mellom psykiske plager og dagligrøyking (se tabell 8). De høyeste korrelasjonene mellom å tilhøre en utsatt gruppe og helserelatert risikoatferd fant vi mellom det å være utenfor arbeidslivet/skole og dagligrøykere, mellom å være trygdet og være dagligrøykere, mellom fattig og bruk av hasj/marihuana siste 12 måneder, mellom sosialhjelpsmottagere og brukt annen narkotika siste 12 måneder, og mellom sosialhjelpsmottagere og bruk av narkotika en gang i livet.

3.9 Sammenhenger mellom psykiske plager og helserelatert risikoatferd

Tabell 9 viser resultatene fra en logistisk regresjonsanalyse med formål å undersøke hvilke typer av helserelatert risikoatferd som hadde sterkest sammenheng med nåværende psykiske plager. Den første kolonnen i tabell 9 viser at de bivariate sammenhengene mellom betydelige psykiske plager og alle de ulike helserelaterte risikoatferdene var statistisk signifikante. Kolonne to i tabellen viser at alle de helserelaterte risikoatferdene hadde signifikant sammenheng med psykiske plager også etter kontroll for demografiske og sosioøkonomiske faktorer som kjønn, alder, utdanning,

inntekt og i arbeid/skole. Tredje kolonne i tabellen viser resultatene når vi kontrollerte for alle de utsatte gruppene. Resultatene viser at alkoholavhengighet var den sterkeste prediktoren for psykiske plager. I tillegg hadde lite mosjon, brukt hasj minst en gang i livet og dagligrøyking, signifikant sammenheng med psykiske plager. Den siste kolonnen i tabellen viser at alkoholavhengighet, og lite mosjon var de helserelaterte risikoatferdene som hadde størst sammenheng med nåværende psykiske plager etter at man hadde kontrollert for alle de uavhengige variablene.

De ulike utsatte gruppene som vi har sett på i denne undersøkelsen (de lavt utdannede, de fattige, de utenfor arbeidslivet/skole, sosialhjelpsmottagere, trygdemottagere, de som levde uten en partner, de skilte og ikke-vestlige innvandrere) hadde alle en signifikant høyere andel med psykiske plager som angst og depresjon, sammenlignet med resten av befolkningen. De gruppene med høyest andel med psykiske plager, tidligere depresjoner, som brukte mest psykofarmaka ukentlig, og som var minst tilfredse med livet, var trygde- og sosialhjelpsmottagerne. Gruppen skilte/separerte var i tillegg høyt representert når det gjaldt tidligere depresjoner. Det var omtrent dobbelt så høy andel med tidligere depresjoner blant de skilte sammenlignet med de som ikke var skilt. Videre, hadde alle de ulike utsatte gruppene en signifikant høyere andel med opplevde alvorlige økonomiske problemer sist år, sammenlignet med resten av befolkningen. Alle de utsatte gruppene, unntatt de fattige hadde også en signifikant høyere andel med psykososiale risikofaktorer som lav mestring og lav sosial støtte.

4.1 Psykisk helse, utsatte grupper og psykososiale risikofaktorer

De utsatte gruppene som hadde den sterkeste sammenhengen med psykiske plager var sosialhjelpsmottagere, de trygdete, og de uten arbeid/skole. Når vi kontrollerte for alle utsatte grupper og psykososiale risikofaktorer så var det de trygdete som hadde størst sammenheng med psykiske plager av de utsatte gruppene. Analysene viste at uten arbeid/skole hadde den sterkeste sammenhengen med psykiske plager før trygd ble tatt inn i analysen. I tillegg hadde gruppen å leve uten en partner nest høyest sammenheng med psykiske plager av de utsatte gruppene når alle de psykososiale variablene var kontrollert for.

Alle i gruppen uten arbeid/skole som er på arbeidsledighetstrygd, er også med i gruppen trygdet. De trygdete er i tillegg de uføre og de på attføring. Det er derfor å forvente at så mange som, 68 %, av de i gruppen trygdet også tilhørte gruppen utenfor arbeidslivet/skole. Resultatene viser at i gruppen uten arbeid/skole er det de på arbeidsledighetstrygd som har sterkest sammenheng med betydelig psykiske plager.

Tidligere studier viser at lav sosioøkonomisk posisjon generelt og ikke arbeid spesielt predikerte psykiske plager og psykiske lidelser (Dalgard m. fl., 2007; Kessler m. fl., 1994; Stansfeld, Head, & Marmot, 1998). Tidligere studier fant imidlertid at sivil status som å være ugift eller ikke leve i parforhold ga økt risiko for psykiske

plager (Rognerud & Zahl, 2005) og likedan at gifte og samboende par har høyere livstilfredshet (Mastekaasa, 1992; 1994).

Sammenhengen mellom landbakgrunn og psykiske plager ble kraftig redusert og var ikke lengre signifikant, når det å være uten arbeid/skole, inntekt, utdanning og å ikke leve i parforhold ble tatt inn i analysen. I tillegg ble landbakgrunns betydning for psykiske plager ytterligere redusert når sosial støtte, livsbelastninger og lav mestringsopplevelse ble inkludert i regresjonsanalysen. Resultatene viser dermed at det er den gruppen av de ikke-vestlige innvandrerne som er uten jobb/skole, som har lav inntekt, lite sosial støtte og som har opplevd negative livsbelastninger siste året, som har betydelige psykiske plager. Tidligere norske studier fant sammenfallende resultater, de fant at det å være uten jobb, samt å ha lav sosial støtte, sammen med opplevd diskriminering og opplevd maktesløshet var de viktigste forklaringsvariabler for en høyere hyppighet av psykiske plager blant ikke-vestlige innvandrere sammenlignet med resten av befolkningen (Dalgard m. fl., 2006a), og likedan at det å være uten jobb, ha lav inntekt og nylig opplevde livsbelastninger forklarte en høyere hyppighet av psykiske plager blant innvandrere fra ikke-vestlige land sammenlignet med innvandrere fra vestlige land (Thapa m. fl., 2007). I tillegg viser tall fra SSB (SSB, 2005) at det er flere i gruppen ikke-vestlige innvandrere som er uten jobb sammenliknet med befolkningen for øvrig. Våre resultater viser også at flere ikke-vestlige innvandrere rapporterte lav sosial støtte sammenlignet med resten av befolkningen.

Videre var det kun 52 % av befolkningsutvalget som ikke tilhørte en utsatt gruppe. Det kan derfor være relevant å spørre om gyldigheten av begrepet utsatt gruppe – hvis så mange som halvparten av befolkningen tilhører en utsatt gruppe. Vi vil presisere at utsatt gruppe her ikke er det samme som en marginal gruppe som befinner seg på utsida av samfunnslivet, men at det fra et helsesynspunkt er grupper som har større risiko enn andre for psykiske helseplager og lidelser.

Undersøkelsen viste videre at mange tilhørte flere utsatte grupper og at jo flere utsatte grupper man tilhørte, desto større var risikoen for psykiske helseplager. Resultatene viste også at det var spesielt ugunstig for den psykiske helsen om man både var uten jobb/skole og samtidig levde uten en partner. Muligens sier dette noe om at denne kombinasjonen fører til lite sosial støtte og lite nettverk, og at man i liten grad får brukt sine evner og kan oppleve færre positive mestringsopplevelser. Det er her nærliggende å tenke på "ugunstige livskarrierer" (Lundberg,

1993; Elstad, 2005). Det å tilhøre en utsatt gruppe øker sannsynligheten for å rekrutteres inn i flere utsatte grupper. Elstad (2005) gir eksempel på at begynnende helsesvikt kan føre til svekket posisjon på arbeidsmarkedet som igjen fører til mindre bra materielle vilkår som i sin tur kan forsterke omfanget av helseskadelige omgivelser og akselerere utviklingen av helseplager. I SSBs levekårsundersøkelse fra 2000 fant man for eksempel at menn med lav utdanning hadde mangedoblet risiko for belastningsskader og arbeidsulykker i forhold til de med høy utdanning (Elstad, 2005). En kunne dermed tenke seg at de med lav utdanning oftere hadde et helseskadelig arbeidsmiljø enn de med høy utdanning - som igjen kan føre til uføretrygging og at man dermed havner utenfor arbeidslivet – som igjen gir lavere inntekt. Et annet eksempel kan være at skilsmisse fører til tap av inntekt og som igjen fører til psykososiale belastninger. Videre kan personer med ikke-vestlig landbakgrunn ha større problemer enn andre med å få arbeid, noe som kan føre til lavere inntekt og mindre sosialt nettverk. Dårlig psykisk helse kan på denne måten være utfall av en gradvis akkumulasjon over livsløpet av mange typer belastende faktorer – som hver for seg ikke trenger å bety så mye, men som i sum adderer seg opp til en større risiko (Elstad, 2005).

Alvorlige livsbelastninger som separert/skilt sist år, opplevde alvorlige økonomiske problemer og lav mestringsopplevelse var de viktigste risikofaktorene for psykiske plager blant den voksne befolkningen. Dette er konsistent med tidligere studier (Næss, Rognerud, & Strand, 2007; Lyngstad & Epland, 2003). Tidligere studier har vist at å leve i parforhold gir sosial støtte og at par som lever sammen har mindre økonomiske problemer enn de som lever uten en partner (Mastekaasa, 1993; Lau, m. fl., 2002). I tillegg rapporterte spesielt nyskilte om økonomiske og psykososiale belastninger (Lyngstad & Epland, 2003). Den økonomiske situasjonen ser også ut til å ha blitt forverret for de som levde uten en partner i Norge i forhold til i resten av befolkningen fra 1970 til 1990 (Rognerud & Zahl, 2005).

Opplevde alvorlige økonomiske problemer hadde en sterkere sammenheng med psykiske plager enn lav inntekt, noe som viser at andre grupper i samfunnet i tillegg til de fattige opplevde alvorlige økonomiske problemer. Spesielt gjalt dette for sosialhjelpsmottakerne.

Vi fant at den viktigste prediktoren for psykiske plager var mestring. Dette er sammenfallende med tidligere studier (Dalgard m. fl., 2007). Vellykket mestring fører til kontroll som er viktig for individets funksjonsevne. Fordi en kan tenke seg at målene på psykiske plager og mestring er overlappende, har en i en tidligere studie

på helse- og levekårsundersøkelse fra 2002, foretatt en prinsipal komponent analyse (PCA) som viste at dette var to mål som representerte ulike fenomen (Dalgard, Mykletun, Rognerud, Johansen & Zahl, 2007).

4.2 Helserelatert risikoatferd og psykiske plager

Den første hovedprofilen av livsstilsatferd var mosjon, røyking og ernæring målt ved høy BMI (fedme). Det var en signifikant høyere andel blant de lavt utdannede, de utenfor arbeidslivet/skole og de trygdede blant disse. Blant dagligrøykerne og de som trimmer lite, var det i tillegg en høyere andel ikke-vestlige innvandrere og sosialhjelpsmottakere. Den andre hovedprofilen med livsstilsatferd var de alkoholavhengige og de som hadde brukt hasj/annen narkotika siste året og/eller en gang i livet. I denne gruppen var det en signifikant høyere andel fattige, sosialhjelpsmottagere, og personer som levde uten en partner sammenlignet med resten av befolkningen. Blant de alkoholavhengige og de som hadde brukt hasj eller annen narkotika siste året, var det i tillegg en overhyppighet blant de som var på trygd og de som var skilt.

Antall som oppga bruk av narkotika siste 12 måneder i denne undersøkelsen kan være lavere enn det som er reelt, da mange rusavhengige sannsynligvis ikke vil svare på denne undersøkelsen. Likevel viser resultatene at noen av de utsatte gruppene, som de fattige og sosialhjelpsmottagerne, hadde mangedoblet bruk av narkotika i forhold til resten av befolkningen. En tendens en kan tenke seg vil være den samme eller mer markert, om flere rusmisbrukerne hadde besvart spørreskjemaet.

Tidligere studier fant at sosioøkonomisk status som lav utdanning, lav inntekt og lav arbeidstilknytning hadde betydning for livsstilsatferd som røyking, ernæring og mosjon (for eksempel Næss, Rognerud & Strand, 2007; Aarø, 1986). Dette er delvis sammenfallende med våre resultater. Vi fant at utdanning og arbeidstilknytning hadde sammenheng med røyking, mosjon og ernæring, mens å være fattig ikke hadde noen sammenheng. På den andre siden fant vi at narkotikabruk og alkoholavhengighet hadde signifikant sammenheng med å være fattig, å være sosialhjelpsmottager og ikke leve i parforhold.

Dette er en undersøkelse med ett tidspunkt (en tverrsnittsundersøkelse), og vi vet derfor ikke med sikkerhet hvilken retning disse sammenhengene går, eller om de er forårsaket av faktorer som ikke er kartlagt i denne studien. En kan på den ene side tenke seg at man blir fattig og sosialhjelpsmottager av å misbruke narkotika eller alkohol. På den annen side kan det tenkes at man blir rusavhengig av å være fattig, uten jobb og

leve uten partner. Belastende livshendelser som for eksempel å bli arbeidsledig eller å bli skilt har vist seg i tidligere undersøkelser å føre til høyt stressnivå som igjen kan føre til misbruk av psykoaktive substanser som tobakk, alkohol, narkotika eller legemidler (Clark m. fl., 2003).

Resultatene viste at alkoholavhengighet og lite mosjon var de helserelevante risikofaktorene som hadde størst sammenheng med psykiske plager, etter å ha kontrollert for alle de utsatte gruppene og risikofaktorvariablene. Mosjonens gunstige innvirkning på psykisk helse er funnet tidligere (Sexton m. fl. 2001). Når det gjelder sammenhengen mellom psykiske plager og rusbruk har ulike studier vist at påvirkningen kan gå begge veier, og bevisene heller mest mot at det er en gjensidig påvirkning mellom rusbruk og psykisk helse (Blume, Schmalig & Marlatt, 2000; Valentiner, Mounts & Deacon., 2004).

4.3 Begrensinger ved studien

Representativitet

Av hele utvalget deltok 70 % i intervjudelen og 57 % i spørreskjemaundersøkelsen (postalt skjema). Videre var det kun 50 % av bruttoutvalget som både deltok i intervjudelen og som også fylte ut det postale skjemaet der de fleste av målene på psykisk helse befant seg. I rapporten: "Helse og levekårsundersøkelsen. Utvikling 1998-2005" (Johansen, Rognerud & Sundet, 2008), basert på det samme datamaterialet, fant de at frafallet i materialet medførte en underestimert prevalenstillene (forekomsten) av betydelige psykiske plager.

Det er en tendens til at noen av de utsatte gruppene er noe underrepresentert i datamaterialet, som de med lav utdanning (9,2 % i materialet mot 12,3 % i offisiell statistikk) og innvandrere fra ikke-vestlige land (4,1 % i dette materialet, mens de utgjorde 5,7 % av befolkningen i 2005 (SSB, 2005)). Det er grunn til å tro at frafallet har vært størst blant de med dårlige norskkunnskaper som må antas å være de svakest stilte. Det var også noe overrepresentasjon av andel sysselsatte i materialet (83,1 %) mot 77,9 % i offisiell statistikk. Noen færre oppga også å ha vært innlagt på psykiatrisk sykehus i datamaterialet fra 2005 (0,6 %) sammenlignet med tall fra Norsk pasientregister (0,7 %). Dette tyder på at det kan være et selektivt frafall av alvorlig psykisk syke som man også har erfart i andre helseundersøkelser (Hansen m.fl., 2001). Vi kan videre anta at selektivt frafall av psykisk syke er et generelt problem i dette datasettet, i og med at responsraten er 50 % i analysene av psykisk helse. Det er grunn til å tro at dette vil ha størst innvirkning på prevalenstillene for de utsatte gruppene med høyest opphopning av psykisk syke,

og at forekomsten av sykdom og plager i realiteten er høyere hos disse gruppene enn våre beregninger viser. Dette endrer dermed ikke tendensen vi finner - at det blant de utsatte gruppene var betydelig mer psykiske plager enn blant befolkningen for øvrig.

Kausalitet

Dette er en tverrsnittsundersøkelse og en kan derfor ikke med sikkerhet si noe om årsaksrekken. Det vil si at vi ikke vet hva som kommer først i tid av for eksempel psykiske plager og opplevde alvorlige økonomiske problemer. Som nevnt i innledningen har tidligere forskning sett på ulike typer sammenhenger, slik at vi kan si noe om hva som mest sannsynlig kommer først i tid. Dette er beskrevet i innledningskapitlet og tidligere i diskusjonskapitlet i rapporten.

4.4 Oppsummering og implikasjoner for videre arbeid

Psykiske plager, psykososiale risikofaktorer og helserelevante risikofaktor hopper seg opp hos noen grupper i befolkningen. I tillegg er det betydelig større risiko for psykiske plager når man tilhører flere utsatte grupper. Sosial støtte, mestringsopplevelse, opplevde alvorlige økonomiske problemer og skilsmisse sist år, ser ut til å ha spesielt stor betydning for den psykiske helsen i den voksne befolkningen. Lite mosjon og alkoholavhengighet var de helserelevante risikofaktorene med sterkeste sammenheng med psykiske plager.

Resultatene viser at flere av de utsatte gruppene har mye problemer på mange områder både når det gjelder psykiske problemer, belastende livshendelser, og psykososiale problemer, i tillegg til risikofylt atferd. Dette skulle tilsi at det er et stort potensial for å bedre den psykiske helsen dersom man kunne utvikle gode helsefremmende og forebyggende strategier overfor disse gruppene.

Planlegging av helsefremmende og forebyggende tiltak

For å planlegge strategier og tiltak i folkehelsearbeidet, kartlegger man oftest behovene først. Dette gir en oversikt over status og et utgangspunkt for å måle eventuelle endringer dersom man gjentar kartleggingen på et senere tidspunkt. Vi har i denne rapporten gjort en nokså bred kartlegging av ulike utsatte gruppers risiko- og beskyttende faktorer og noen indikatorer på psykisk helse, som kan gi grunnlag for å identifisere noen problemområder. Vi har identifisert en del målgrupper og indirekte har vi identifisert noen mulige arenaer for intervensjoner overfor flere av disse gruppene (for eksempel: sosialkontor, NAV, familievernkontorer, moskeer, nabolag med høy opphopning av individer med store sosiale problemer etc.).

Men gjør dette oss i stand til å planlegge spesifikke tiltak og strategier rettet mot disse gruppene, uten å vite gruppenes egen problemforståelse og hvilke oppfølginger de vil være motivert for? I den grad man skal i gang med programmer som krever samarbeid og motivasjon hos målgruppene, som for eksempel endring av levevaner, tror vi at det vil være vanskelig å lykkes med forebyggende tiltak hvis problemforståelsen og motivasjonen ikke er godt fundert hos disse målgruppene (Naidoo & Wills, 2000). Kartlegging kan imidlertid tjene som en plattform til å involvere målgruppene, eller representanter for disse, sammen med viktige beslutningstagere, til å arbeide fram løsninger i fellesskap som alle kan få et eierforhold til.

Strukturelle tiltak og positive miljørettede tiltak, som ikke krever aktiv deltakelse av målgruppene selv, kan nok i større grad innføres uten bred forankring dersom tiltakene ikke koster for mye og effektene nesten utelukkende er positive. Kunnskapsgrunnlaget om effekt av forebyggende tiltak rettet mot vanskeligstilte grupper er imidlertid svakt og behovet for mer forskning er tilsvarende stort (Steiro m. fl., 2007, Smedslund m. fl., 2008, European Commission, 2005).

Kan vi påvirke de bakenforliggende årsakene ved primærforebyggende tiltak?

Det kan ofte være en lang vei fra kunnskap om årsaker og utbredelse av helseproblemer til kunnskap om effekt av helsefremmende og forebyggende tiltak. Vi vil likevel kort redegjøre for noen årsaker og mekanismer til sosial ulikhet i helse, fra rapporten "Sosial ulikhet i helse. En faktarapport" (Næss m. fl., 2007). En forklaring på at personer fra ulike sosiale grupper har ulik helse, kan være at ulik økonomi og sosiale levekår for øvrig forårsaker helseulikhetene. En annen forklaring kan være at de som har best helse fra barndommen, vil få bedre utdanning, bedre jobber og bedre økonomi i sitt voksne liv og at dette bidrar til bedre helse. Sosiale ugunstige levekår gjennom hele livet kan også øke risikoen for å utvikle en del kroniske sykdommer (også psykiske lidelser). Man tenker seg at risikoen akkumulerer over tid. I tillegg til akkumulasjon kan man tenke seg at en i visse faser av livet er mer sårbar for biologiske og sosiale påvirkninger. Disse to tilnærmingene utfyller hverandre. Dersom de sårbare livsfasene kan identifiseres, kan en i forebyggende helsearbeid få en stor gevinst ved tiltak i disse fasene. Tilsvarende er kunnskapen om oppsamling av risiko eller akkumulasjon viktig fordi det kan være mye å hente ved å snu en utvikling.

Våre data er hentet fra en tverrsnittsundersøkelse og vi kan derfor ikke uttale oss om årsaker og årsaksrekkefølger for enkeltindivider. På et generelt grunnlag vil vi støtte oss til WHO som understreker betydningen av både akkumulerte erfaringer gjennom livsløpet og de kritiske overgangene i livet (Wilkinson & Marmot, 2005). De trekker spesielt fram følelsesmessige og materielle forandringer i tidlig barndom, overgang fra barnehage til skole, starten på arbeidslivet, å forlate hjemmet, å stifte familie og eventuell familieoppløsning, å skifte jobb og eventuelt bli arbeidsløs, og endelig pensjonering som sårbare perioder. Hver av disse overgangene kan påvirke helsen ved å dytte mennesker over på en mer eller mindre fordelaktig vei. Man kan for eksempel tenke seg at det er mulig å bygge ut ordninger som fanger opp folk som får både helserelaterte og sosiale problemer i slike overgangsfaser.

WHO hevder videre at det er viktig å sørge for å redusere graden av nederlag i utdanningsforløpet, redusere usikkerhet og arbeidsløshet og forbedre boligstandard 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. Her

Referanser

trekker Europakommisjonen fram skoleprogrammer med elementer av "life skill training" og forebygging av mobbing som gode eksempler (European Commission, 2005, Olweus, 1992). En del norske erfaringer fra psykososialt forebyggende arbeid er summert opp i Dalgards rapport fra 2006 (Dalgard m. fl., 2006a).

Implikasjoner av resultatene fra denne studien, er blant annet at tiltak som har som mål å forebygge psykiske plager bør ha et særskilt fokus på opplevd kontroll og mestring av egen livssituasjon. Målrettede tiltak overfor flere av disse gruppene med større vekt på mestring, sosial støtte og andre forhold som kan redusere psykisk stress, vil kunne være effektive tiltak. Programmer som har en stor grad av slike elementer (empowerment-orienterte og life-skills programmer) har i noen studier vist seg lovende (for eksempel Compas, 1993). Norske eksempler på denne type programmer er "kurs i mestring av depresjon" (KID) (Dalgard, 2004) og forebygging av mobbing (Olweus, 1992).

Kan vi påvirke den videre utviklingen ved sekundærforebyggende tiltak?

For deltagerne i denne studien, vil man ikke kunne skru tiden tilbake dersom årsakene til deres psykiske plager og sosialt vanskeligstilte situasjon ligger tilbake i tid eller har sitt opphav i arvelige faktorer. Er det allikevel mulig å gjøre noe som kan gi dem en bedre framtid?

Kartleggingen viser at de ulike gruppene har noe ulik psykososial risikoprofil. Sosialhjelpmottagerne utmerker seg med de største økonomiske problemene, lavest mestring, flest tidligere depresjoner og høyest skåre for nåværende psykiske plager. Innvandrere fra ikke-vestlige land utmerker seg med høyest andel med lav sosial støtte. Kanskje disse risikoprofilene kan gi oss en pekepinn på hva de ulike gruppene sliter mest med og hvor ulike tiltak bør settes inn. Gruppene er noe overlappende, og tilhørighet i flere utsatte grupper gir betydelig økt risiko for psykiske plager. For eksempel gir kombinasjonen av å være uten jobb og leve uten partner en betydelig økt risiko for psykiske plager. Vi ser videre at flere av gruppene har en klar overhyp-pighet av både belastende livshendelser, lav sosial støtte, lav opplevelse av kontroll/mestring, tidligere depresjoner og betydelige psykiske plager nå.

Når det gjelder livsstil har folkehelsearbeidet som retter seg mot å fremme sunne levevaner vist seg å være lite effektivt overfor de sosialt utsatte gruppene (Steiro m fl., 2007, Smedslund m.fl., 2008). St. meld.

Nr 20 viser hvordan folkehelsearbeidet i Norge først og fremst har bidratt til å forlenge livet til de med høyere utdanning og høyere inntekt. Dette kan ha en sammenheng med at det kreves ressurser i form av tid, anledning og penger for å opprettholde en helsefrem-mende atferd som sunt kosthold og fysisk aktivitet, og dette er det ofte mindre av hos de vanskeligstilte (Goshman, 1997). Studier har vist at personer med ulik sosioøkonomisk status utvikler ulik "psykologisk stil" (Cohen m. fl., 1999). For eksempel så har personer med lavere sosioøkonomisk status oftere mindre tro på egen mestring og kontroll – noe som igjen påvirker deres interesse for helsekampanjer og oppfatning av om de er i stand til å endre sin atferd – for eksempel slutte å røyke eller begynne å trimme (Iversen, 2005).

Kanskje kan regjeringens mål om "å løfte alle grupper opp på samme nivå som de med best helse" virke ganske urealistisk, men for å redusere de sosiale ulik-hetene noe, må vi utvikle et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid overfor disse gruppene. Man kan tenke seg at det er mulig å utvikle tiltak med større vekt på sosialt fellesskap, medbestemmelse, økt følelse av kontroll, oppbygging av selvtillitt, og andre forhold som kan bedre psykisk helse (WHO 2006b; Bandura 1997).

Vi tar ikke mål av oss til å utforme noe handlingspro-gram på grunnlag av våre funn, men resultatene gir allikevel grunnlag for å støtte WHO som hevder at det er behov for å utvikle folkehelsestrategier som i større grad tar inn over seg bakenforliggende psykososiale og materielle faktorerens betydning (WHO, 2006a). Kunnskapen om effekten av slike tiltak er svak både nasjo-nalt og internasjonalt. Generelt sett burde man derfor teste ut aktuelle tiltak og evaluere effekten, og helst også kostnadseffektiviteten, før man innfører omfat-tende nasjonale reformer. Etter vår mening burde man satse langt mer på pilotprogrammer og systematisk evalueringsforskning for å utvikle kunnskapsgrunn-laget på dette området.

- Aaberge, R., Andersen, A., & Wennemo, T. (1999). *Temporær og kronisk fattigdom i Norge. 1979-1996*. Notater nr. 32, Statistisk Sentralbyrå.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Blume, A. W., Schmalings, K. B., & Marlatt, G. A. (2000). Revisiting the self-medication hypothesis from a behavioural perspective. *Cognitive and Behavioural Practice*, 7, 379-384.
- Brooks, J. S., Richter, L., & Rubenstone, E. (2000). Consequences of adolescent drug use on psychiatric disorders in early adulthood. *Annals of Medicine*, 32, 401-407.
- Brugha, T.S., Bebbington, P., Tennant, C. et al. (1985). The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long term contextual threat. *Psychol Medicine*, 15, 189-194.
- Clark, D. B., DeBellis, M. D., Lynch, K. G., Cornelius, J. R., & Martin, C. S. (2003). Physical and sexual abuse, depression, and alcohol use disorders in adolescents: Onsets and outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 51-60.
- Cohen, S., Kaplan, G.A., Salonen, J.T. (1999). The role of psychological characteristics in the relation between socioeconomic status and perceived health. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 445-468.
- Compas, Bruce E. (1993). Promoting positive mental health during adolescence. In: S.G. Millstein, A.C. Petersen, E.O. Nightingale (Eds). *Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century*. (pp. 159-179). New York, US: Oxford University Press.
- Conner, M., & Norman, P. (Eds.) (1996). *Predicting Health Behaviour*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Dalgard, O.S., Bjørk, S., & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health: A longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 166, 29-35.
- Dalgard, O.S. (2004). Kurs i mestring av depresjon. – en randomisert, kontrollert studie. *Tidsskrift for den norske Lægeforening*, 23, 3043-6.
- Dalgard O.S., m. fl. (2006a) *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid*. Rapport nr. 2. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Dalgard, O.S., Dowrick, C., Lehtinen, V., et al. (2006b). Negative life events, social support and gender difference in depression. *Social Psychiatry Epidemiology*, 41, 444-451.
- Dalgard, O. S., Mykletun, A., Rognerud, M., Johansen, R., & Zahl, P.H. (2007). Education, sense of mastery and mental health: results from a nation wide health monitoring study in Norway. *BMC Psychiatry*, 7: 20.
- Derogatis, L. R., Lipman R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1): 1-15.
- Derogatis LR, Richels K, Rock AF. (1976). The SCL-90-R and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128:280-289.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 1.
- Elstad, J.I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse – teorier og forklaringer*. Rapport nr 7. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Eriksen, W., Natvig, B., & Brunsgaard, D. (1999) Martial disruption and long-term work disability. A four year prospective study. *Scand J Public Health*, 27, 196-202.
- European Communities, (2004). *The State of Mental Health in the European Union*. <http://europa.eu.int>
- European Commission (2005). *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.
- Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.
- Fløtten, T., Dahl, E., & Grønningsæter, A. (2001). *Den norske fattigdommen: Hvordan arter den seg, hvor lenge varer den og hva kan vi gjøre med den?* Fafo-notat nr. 16. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo.
- Fyrand, L. (1994). *Sosialt nettverk Teori og praksis*. Oslo: Tano.
- Gjesdal, S., Haug, K., Ringdal, P. R., Vollset S. E., & Meland J. G. (2005). *Risiko for uforepensjonering blant unge langtidssykmeldte*. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening. 125:1801-5.
- Goshman, D. S. (Eds.) (1997). *Handbook of health behaviour research: Personal and social determinants*, Vol 1. New York: Plenum Press.
- Hansen V, Jacobsen BK, & Arnesen E. (2001). Prevalence of serious psychiatric morbidity in attenders and non-attenders to a health survey of a general population: the Tromsø Health Study. *Am J of Epidemiol*, 15, 154: 891-894.
- Iversen, A.C. (2005). *Social differences in health behaviour: the motivational role of perceived control and coping* (thesis). Bergen: University of Bergen.
- Johansen, R., Rognerud, M., & Sundet, J.M., (2008). *Levekårsundersøkelsene i 1998, 2002 og 2005. Utvikling i psykisk helse*. Rapport nr. 4. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

- Kendler K.S., Neale M.C., Kessler R.C., Heath A.C., & Eaves, L.J. (1993). The lifetime history of major depression in women. Reliability of diagnosis and heritability. *Archives of General Psychiatry*, 50, 863-870.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et. al., (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R.C., Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, et al. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*. 352, 2515-23.
- Korkeila JA, Lehtinen V, Bijl RV, Dalgard OS, et al. (2003). Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scand J Public Health*, 31, 1-8.
- Korkeila, J.A., Kovess, V., Dalgard, O.S., Madianos, M., Salize, H-J., & Lehtinen, V. (2007). Piloting mental health indicators for Europe. *Journal of Mental Health*, 16, 401-413.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-8.
- Kunst & Macenbach, 1994. Measuring Socio-Economic Inequalities in Health. World Health Organization, Copenhagen.
- Lau, B., Moum, T., Sørensen, T., Tambs, K. (2002) Sivilstand og mental helse. *Norsk epidemiologi*, 12, 281-290.
- Lundberg O. (1993). The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Social Science and Medicine*, 36, 1047-52.
- Lyngstad J., & Epland J. (2003) *Barn av enslige forsørgere i lavinntektsusholdninger*. Rapport nr. 12. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Marmot, M., & Wilkinson, R.G. (2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ*, 322(7296):1233-6.
- Mastekaasa, A. (1993). *The relationship between marital status and subjective wellbeing: Consistency, variations and causal explanations* (Thesis). Oslo: University of Oslo; Department of Sociology.
- Mathiesen K.S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L., & Helgeland, H. (2007). *Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid*. Rapport nr. 5. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Mogstad, M. (2005). *Fattigdom i Stor-Osloregionen. En empirisk analyse*. Rapport nr. 11. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Muntaner, C.M., Eaton W.W., Miech R. et al., (2004). Socio-economic Position and Major Mental Disorder. *Epidemiol Review*, 26:53-62.
- Mykletun A., Øverland S., Dahl A.A., et al., (2006). A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *Am J Psychiatry*, 163:1412-8.
- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Dewey, M., Prince, M., Overland, S., & Stewart, R. (2007). Anxiety, Depression, and Cause-Specific Mortality: The HUNT Study. *Psychosomatic Medicine*, 69:000-000.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2000). *Health Promotion. Foundation for practice*. London: Elsevier
- Nettelbladt, P., Hansson, L., Stefansson, C.G., Borquist, L., & Nordstrom, G. (1993). Test Characteristics of the Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) in Sweden, Using the Present State Examination (PSE-9) as a Caseness Criterion. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 3:130-133.
- Norman, P., Abraham, C., & Conner, M. (2000). Understanding and changing health behaviour: From health beliefs to self-regulation. Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Nosikov, A., Gudex, C. (2003). *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*. IOS Press: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Næss, Ø., Rognerud, M., & Strand, B.H. *Sosial ulikhet i helse: En faktarapport*. Rapport 2007:1. Nasjonal folkehelseinstitutt, Oslo
- Olsen, H. (2005). *Trykdestatistisk årbok 2005*. Oslo: Riks-trykdeverket.
- Olweus, D. (1992) *Mobbing i skolen. Hva vet vi og hva kan vi gjøre?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Pedersen, W, Clausen SE, Lavik NJ (1988). Sensation Seeking and Adolescent Drug-Use. *Nordisk psychology*, 40: 358-370.
- Pearlin, L.I, Lieberman, M.A., Menagan, E.G., Mullan, J.T. (1981). The stress process. *J Health Soc Behav*, 22:337-356.
- Pill, R., Peters, T. J., & Robling M.R., (1995). Social class and preventive health behaviour: a British example. *J of Epidemiology and Community Health*, 1995; 49: 28-32.
- Piccinelli, M., & Homen, F. G. (1997). *Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia*. Geneva: World Health Organization.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Myers, J.K., Kramer, M., Robins, L.N., Karno, M., & Locke B.Z. (1993). One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics – the Epidemiologic Catchment- Area Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88:1, 35-47.
- Rey, J. M., Martin, A., & Krabman, P. (2004). Is the party over? Cannabis and juvenile psychiatric disorder: The past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1194-1205.

