

# Psykisk helse i Norge

Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger

Ragnhild Bang Nes  
Jocelyne Clench-Aas

**Rapport 2011: 2**  
Nasjonalt folkehelseinstitutt

**Tittel:**  
Psykisk helse i Norge:  
Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger

**Forfattere:**  
Ragnhild Bang Nes  
Jocelyne Clench-Aas

Appendiks av Rune Johansen

Utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Postboks 4404 Nydalen  
0403 Oslo  
Mars 2011  
Tel: +47-21 07 70 00  
E-mail: folkehelseinstituttet@fhi.no  
www.fhi.no

**Bestilling:**  
E-post: publikasjon@fhi.no  
Telefon: +47-21 07 82 00  
Telefaks: +47-21 07 81 05

**Design:**  
Per Kristian Svendsen

**Layout:**  
Eirek Engmark

**Foto:**  
© Colourbox

**Trykk:**  
Nordberg Trykk AS

**Opplag:**  
500

ISSN: 1503-1403  
ISBN trykt utgave: 978-82-8082-445-5  
ISBN elektronisk utgave: 978-82-8082-446-2

# Forord

Det er en glede for Folkehelseinstituttet å kunne presentere oversiktsrapporten «Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger».

Divisjon for psykisk helse, Avdeling for helseundersøkelser og forebygging, fikk høsten 2009 i oppdrag fra Helsedirektoratet å analysere data fra Statistisk sentralbyrås Helse og levekårsundersøkelse i 2008. Tilskuddet vi fikk til dette skulle benyttes spesielt til å belyse tilfredshet med livet, samt forekomst av psykiske plager, selvrapportert psykisk sykdom, rus- og spillavhengighet i Norge. De ba oss også om å vurdere de norske tallene i et internasjonalt perspektiv. Helsedirektoratet ønsket å få belyst sentrale sosiale og geografiske forskjeller innad i Norge. Og de ville ha nøkkeltall for egenvurdert helse, sosial støtte, risiko for alkoholavhengighet og fysisk aktivitet i Norge.

I rapportens statusbeskrivelser har vi forsøkt å dekke samtlige av disse punktene.

Rapporten er forfattet av Ragnhild Bang Nes som har hatt det overordnede ansvaret for rapporten. Jocelyne Clench-Aas har utført alle analyser, samt produsert tabeller og figurer. Rune Johansen har skrevet appendikset som belyser levekårsundersøkelsenes representativitet, frafall og seleksjon i perioden 1998 til 2008.

For å skape et best mulig produkt, har rapporten – i tråd med Divisjon for psykisk helses regler for kvalitetssikring - vært gjenstand for både intern og ekstern fagfelleevaluering. Erik Nord og Odd Steffen Dalgard, Divisjon for psykisk helse, har stått for den interne vurderingen. Professor Jon Martin Sundet ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, og forsker Anders Barstad, Statistisk sentralbyrå, har vært eksterne fagfeller. Vi er svært takknemlige for det solide arbeidet fagfellene har gjort. Deres arbeid har bidratt til å styrke rapporten i sin helhet.

Jeg er stolt av å kunne presentere denne omfattende rapporten som gir en bred oversikt over den psykiske helsetilstanden i Norge, og som både belyser psykiske belastninger og psykiske ressurser. Til tross for at psykiske plager utgjør en betydelig folkehelsebyrde i Norge og internasjonalt, er det fint å kunne notere at i internasjonal sammenheng vitner de norske tallene om et høyt nivå av psykiske ressurser.

God lesning.

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

# Innhold

Sammendrag .....	6
<b>1 Innledning .....</b>	<b>11</b>
1.1. Målsetning	11
1.2. Hva er psykisk helse?	11
1.3. Hvordan kan den psykiske helsen kartlegges?	12
1.4. Risiko og beskyttelsesfaktorer	13
1.5. Konsekvenser og kostnader	13
<b>2 Materiale og metode (nasjonale beregninger) .....</b>	<b>14</b>
2.1. Populasjon og utvalg	14
2.1.1. Demografiske inndelinger	14
2.2. Indikatorer	16
2.2.1. Psykisk helse	17
2.2.2. Konsekvenser av psykiske helseproblemer	18
2.2.3. Forholdet mellom indikatorene	19
2.2.4. Risiko- og beskyttelsesfaktorer	19
2.3. Statistiske analyser	21
<b>3 Nasjonale beregninger .....</b>	<b>23</b>
3.1. Psykisk helse	23
3.1.1. Psykiske plager de siste 14 dager	23
3.1.2. Sinnsstemning de siste 4 ukene	26
3.1.3. Livstidsforekomst av depresjon	28
3.1.4. Bruk av legemidler mot psykiske helseproblemer	29
3.1.5. Søvnproblemer	33
3.1.6. Tilfredshet med livet	34
3.1.7. Vitalitet	36
3.1.8. Mestring	37
3.2. Konsekvenser av psykiske helseplager	39
3.2.1. Bruk av helsetjenester	39
3.2.2. Redusert arbeidsevne	42
3.2.3. Bruk av sykemelding/trygd	44
3.3. Risiko- og beskyttelsesfaktorer	46
3.3.1. Sosial støtte	46
3.3.2. Egenvurdert helse	47
3.3.3. Alkoholforbruk	49
3.3.4. Risikospilling	52
3.3.5. Risiko på individnivå og tilskrivbar risiko på populasjonsnivå	54

<b>4 Internasjonale sammenligninger</b> .....	57
4.1. Innledning	57
4.2. Datagrunnlag	58
4.3. Psykisk helse	59
4.3.1. Psykiske lidelser	59
4.3.2. Psykiske plager	59
4.3.3. Bruk av legemidler mot psykiske helseproblemer	60
4.3.4. Egenvurdert livskvalitet	62
4.4. Risiko- og beskyttelsesfaktorer	67
4.4.1. Sosial støtte	67
4.4.2. Egenvurdert helse	70
4.4.3. Alkoholforbruk	70
4.4.4. Bruk av cannabis	72
4.4.5. Økonomi	73
<b>5 Diskusjon</b> .....	75
5.1. Psykisk helse	75
5.1.1. Symptombelastning	75
5.1.2. Psykiske ressurser	75
5.1.3. Bruk av legemidler mot angst og depresjonslignende plager	76
5.2. Konsekvenser av psykiske helseplager	76
5.3. Risiko- og beskyttelsesfaktorer	77
5.3.1. Livssituasjon og demografi	77
5.3.2. Livsstil	80
5.4. Muligheter for å fremme psykisk helse	81
5.5. Metoder og feilkilder	83
5.6. Implikasjoner og videre forskning	84
5.7. Konklusjon	84
Referanser	86
<b>Appendiks</b>	
<b>SSBs levekårsundersøkelse</b>	
<b>- representativitet, frafall og seleksjon 1998-2008</b> .....	92
Innledning	92
Kjønn	93
Alder	93
Utdannelse	93
Andre sosiodemografiske variable	94
Referanser	97

## Bakgrunn

Hensikten med denne rapporten er først og fremst å gi en systematisk oversikt over den norske befolkningens psykiske helse. Ettersom psykisk helse har både en negativ og en positiv dimensjon, presenterer rapporten både beregninger av symptombelastning og psykiske ressurser. I tillegg har vi sett på omfanget av arbeidsuførhet og helsetjenesteforbruk som følge av nedsatt psykisk helse.

Rapporten består tematisk av to hoveddeler. Første del presenterer en tilstandsvurdering av psykisk helsetilstand og bruk av helsetjenester i Norge i 2008 (nasjonale beregninger) basert på informasjon fra et landsrepresentativt utvalg av personer bosatt i Norge over 16 år. I denne delen av rapporten presenterer vi også enkelte beregninger av stabilitet og endring for å gi et inntrykk av utviklingen i befolkningens psykiske helse gjennom de siste årene.

I andre del av rapporten presenteres internasjonale sammenligninger. Her blir norske funn sammenlignet med tilsvarende funn fra andre land som det er naturlig å sammenligne seg med. Sammenligningsgrunnlaget for de internasjonale beregningene er derfor primært funn fra andre europeiske land som vi mener er tilstrekkelig pålitelige til at det kan gjøres omtrentlige sammenligninger.

Rapporten retter i noen grad fokus på sentrale risiko- og beskyttelsesfaktorer for med dette å kunne gi en pekepinn om mulige satsingsområder for helsefremmende og forebyggende arbeid som kan føre til bedre psykisk helse og økt livskvalitet, samt medvirke til å redusere behovet for helsetjenester og trygdytelse som følge av nedsatt psykisk helse.

## Metode

Datamaterialet som danner grunnlaget for de deskriptive nasjonale analysene er hentet fra Statistisk sentralbyrås (SSB) levekårsundersøkelse med temaet helse, omsorg og sosial kontakt i 2008. Dette er en landsrepresentativ undersøkelse hvor ca. 10 000 individer over 16 år blir trukket fra SSBs demografi- og befolkningsdatabase BEBAS. Undersøkelsen har som formål å gi kunnskap om den norske befolkningens levekår i dag, sammenligne levekår for ulike grupper av befolkningen og kartlegge utviklingen i levekår over tid.

Datainnsamlingen ble gjennomført som en kombinasjon av ett personlig intervju og ett postalt selvutfyllingsskjema. Datagrunnlaget som danner utgangspunktet for resultatene som presenteres her er i hovedsak hentet fra det postale tillegget som i 2008 hadde en svarprosent på 50 % og inkluderer dermed informasjon fra i underkant av 5000 nordmenn over 16 år. Utviklingen i svarprosenten i Levekårsundersøkelsene i perioden 1998 til 2008, inkludert spørsmål om økende seleksjon er behandlet i appendiks til denne rapporten.

Datagrunnlaget for de internasjonale analysene består av en rekke større internasjonale undersøkelser som European Social Survey (ESS) fra 2006 og 2008, Eurobarometerundersøkelsen fra 2003, European Quality of Life survey (EQLS) fra 2007, World Values Survey (2009) og WHO Health for All database (2010).

## Resultater

### **Psykisk helse:**

- Av de som har deltatt i undersøkelsen rapporterer 10,2 % å ha vært betydelig plaget av symptomer på angst og depresjon de siste 14 dagene (HSCL-25 > 1,75) og 6,3 % oppgir å ha vært plaget med humør og sinnsstemning i løpet av de siste 4 ukene (MHI-5 < 56). Av disse utgjør majoriteten kvinner (61 - 65 %).
- Livstidsforekomst for alvorlig depresjon estimeres til 15,6 % og kvinner utgjør også her en større prosentandel med en forekomst på 19,7 % mot 11,0 % for menn.
- Det er 4,6 % av deltagerne som oppgir å ha brukt legemidler mot depresjon ukentlig eller oftere, mens 3,5 % har brukt beroligende medisiner. Blant de med betydelige psykiske plager var den tilsvarende andelen 19,0 % og 15,8 %.
- Søvnproblemer utgjør et vesentlig folkehelseproblem og 12,3 % av menn og 20,7 % av kvinner rapporterer om varige eller stadig tilbakevendende søvnproblemer i løpet av de siste 3 månedene. Andelen som rapporterer søvnproblemer er særlig høy blant kvinner over 45 år.
- Rundt 26 % av utvalget opplever liten grad av kontroll og mestring i hverdagen og andelen som rapporterer om redusert mestring er særlig høy blant eldre (42,9 %).
- Demografiske variable inkludert alder, utdanning, inntekt, samlivsstatus og bosted forklarer 1,1 - 5,3 % av variansen i de ulike indikatorene.

### **Konsekvenser av psykiske helseplager**

- Undersøkelsen viser at 7,5 % oppgir å ha søkt hjelp i helsetjenesten på grunn av psykiske plager i løpet av det siste året.
- Rundt en tredjedel (32,8 %) av personer med betydelige psykiske plager søkte hjelp for sine psykiske helseproblemer i 2008.
- I aldersgruppen 25 - 64 år oppgir 10,1 % å ha hatt redusert arbeidsevne som følge av psykiske plager. Blant personer med betydelige psykiske plager er andelen 43,8 %.
- Det er 7,3 % som har vært sykemeldt eller trygdet på grunn av psykiske helseproblemer i løpet av det siste året. Blant personer med betydelige psykiske plager utgjorde andelen 31,3 %.
- Kvinner har søkt mer hjelp i helsevesenet grunnet psykiske helseplager (9,3 % mot 5,4 %) og oppgir hyppigere redusert arbeidsevne enn det menn gjør (11,0 % mot 5,5 %).

### **Risiko og beskyttelsesfaktorer**

- I overkant av 9,0 % av totalutvalget rapporterer om lav sosial støtte. Andelen som rapporterer lav støtte stiger med økende alder og blant personer over 75 år er andelen 26,6 %.
- Rundt 5,5 % av menn og 2,0 % av kvinnene i utvalget oppgir et risikofylt alkoholforbruk, mens 16,9 % av menn og 5,3 % av kvinner har et alkoholforbruk som i henhold til internasjonale standarder kan karakteriseres som bekymringsfullt.
- I underkant av 1 % rapporterer at pengespill har ført til personlige problemer (for eksempel økonomi, jobb og sosiale relasjoner) og rundt 1 % oppgir å ha gjort forsøk på å kontrollere, redusere eller slutte med pengespill uten å lykkes.

- Alvorlige økonomiske problemer, arbeidsledighet, samlivsbrudd, lav sosial støtte, rusmisbruk og spillavhengighet er forbundet med sterk økning i risiko for psykiske helseproblemer for den enkelte (OR: 4,0 - 10,5).
- På befolkningsplan utgjør opplevelse av flere alvorlige livshendelser i løpet av det siste året den største risikofaktoren. Varig sykdom og kronisk smerte, alvorlige økonomiske problemer, lite mosjon og lite sosial støtte er likeledes risikofaktorer med stor betydning for folkehelsen.
- Demografiske variable forklarer 1,6 - 10,3 % av variansen i de ulike risikofaktorene for psykiske helseproblemer. Variansen er dermed i hovedsak knyttet til andre variable.

### **Utvikling over tid**

- Sammenlignet med beregninger basert på Statistisk sentralbyrås forutgående levekårsundersøkelser (1998, 2002 og 2005) ser vi at nivået av symptombelastning i befolkningen fluktuerte noe på tvers av undersøkelser. I 2005 ble det registrert en nedgang i andelen som oppgir alvorlige psykiske plager fra nivået i 1998 og 2002. I 2008 registrerer vi en oppgang tilsvarende reduksjonen fra 2002 til 2005.
- Andelen av personer som søker hjelp for psykiske helseproblemer utgjorde 32,8 % i 2008 mot 43,0 % i 2005. Det søkes omtrent like mye hjelp hos allmennlege, psykolog og psykiater i 2005 og 2008, men færre søker hjelp hos «andre» i 2008. Nedgang i hjelpsøking for psykiske helseproblemer kan delvis ha sammenheng med høyere terskel for å søke hjelp i 2008. I tillegg kan endringer i hjelpsøking være påvirket av skjevheter i utvalget (se appendiks) og ordlyden i spørreskjemaet som er benyttet.

Det foreligger relativt få nye datakilder i etterkant av publiseringen av Rapport 2009:6 som muliggjør omfattende nye internasjonale sammenligninger. Sammenligninger på tvers av de europeiske landene viser generelt at nordmenn relativt sett angir høy grad av livskvalitet (glede, tilfredshet, vitalitet), sosial støtte, tillit og tilhørighet og generelt lavt nivå av psykologiske ubehagssymptomer som angst- og depresjonslignende plager. Norske forekomsttall for de vanligste psykiske lidelser stemmer imidlertid godt overens med tilsvarende tall fra internasjonale studier, skjønt mønsteret er noe forskjellig fra undersøkelse til undersøkelse (Rapport 2009:8).

### **Begrensninger og skjevheter**

Til tross for at de nasjonale beregningene er basert på et landsrepresentativt utvalg av nordmenn over 16 år, er antageligvis nivået av psykiske helseproblemer som presenteres her noe lavere enn det reelle nivået i befolkningen som helhet. Psykisk syke, og andre risikoutsatte grupper vegrer seg ofte for å delta i helseundersøkelser og forskning viser generelt lavere forekomsttall i slike undersøkelser. Det er heller ikke benyttet frafallsvekter for å korrigere for skjevheter i frafallet. En frafallsanalyse av Levekårsundersøkelsen 2008 har vist at vektning utgjør en viss forskjell på totaltallene i form av underestimert av forekomst av psykiske helseplager (Lillegård, 2009). Til tross for at falske positive resultater vil medvirke til en viss overestimert av forekomst, er det dermed sannsynlig at beregningene totalt sett viser lavere forekomsttall enn reelt i befolkningen som utvalget skal representere.

Det må også tas høyde for noen grad av usikkerhet knyttet til de internasjonale beregningene. Internasjonale sammenligninger medfører en rekke metodiske utfordringer som gjør det vanskelig å tolke de internasjonale forskjellene. Høy grad av sammenfall i resultater på tvers av undersøkelser tyder imidlertid på at tallene reflekterer reelle tendenser. Det er dermed grunn til å anta at andelen med betydelige psykiske plager her i landet er relativt lav og at andelen med høy livskvalitet og psykisk helse er relativt høy sammenlignet med andelen i de fleste andre land.



## Konklusjon

Denne undersøkelsen bekrefter inntrykket fra en rekke tidligere studier at psykiske helseproblemer i form av angst- og depresjonslignende plager, søvnvansker og redusert mestring representerer en betydelig folkehelsebyrde i Norge. Det er også rimelig å anta at beregningene av psykiske belastninger som presenteres i denne rapporten representerer minimumstall. Således kan vi med rimelig grad av sikkerhet anta at av omlag 3,7 millioner nordmenn i alderen over 16 år, var det i 2008 minst 395 000 som var betydelig plaget av symptomer på angst eller depresjon, 640 000 som hadde søvnvansker og 950 000 som opplevde liten grad av kontroll og mestring. Dette er store tall og det er liten grunn til å tro at situasjonen er vesentlig endret nå.

Internasjonale sammenligninger tyder på at psykiske helseplager er mer utbredt i de fleste andre europeiske land. Dette reduserer allikevel ikke inntrykket av at vi også i Norge står overfor et omfattende problem med store menneskelige og samfunnsøkonomiske konsekvenser. Psykiske helseproblemer har høy prevalens og debuterer gjerne i tidligere alder enn de fleste andre helseproblemer. Plagene er derfor ofte langvarige med alvorlige ringvirkninger på mange livsområder, inkludert utdanning og yrkesaktivitet, inntekt og produktivitet, personlige relasjoner og sosial deltakelse. Risikonivået i Norge sammenlignet med nivået i en rekke andre land ligger relativt lavt, blant annet på grunn av gode økonomiske betingelser, høy materiell levestandard, lav arbeidsledighet og gode velferdsordninger. Til tross for et relativt sett lavt risikonivå, er de sosiale helseforskjellene i Norge store, og det er en tendens til opphopning av flere psykososiale risikofaktorene hos utsatte grupper. Enslighet og lav inntekt er systematisk forbundet med samtlige psykiske helse mål belyst i denne rapporten. Betydelig risikøkning for psykiske helseproblemer er også forbundet med arbeidsledighet, belastende livshendelser som alvorlige økonomiske problemer, samlivsbrudd og tap av arbeid det siste året, samt langvarige eller kroniske helseproblemer. Levekårsundersøkelsen 2008 viser at yngre kvinner utgjør en gruppe med betydelige psykiske helseproblemer, opplevelse av lav mestring, lav vitalitet og redusert arbeidsevne. Vi finner også en opphopning av risikofaktorer blant en høy andel av de eldre i utvalget som antageligvis bare representerer de friskeste av de eldre (hjemmeboende) i befolkningen.

Hvilke betingelser er nødvendige for å skape best mulig psykisk helse, og hvilke tiltak og intervensjoner vil medvirke til dette? Dette er et komplisert sosialpolitisk spørsmål som man ikke har noe entydig svar på. Det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet handler i stor grad om å bedre helsen gjennom å påvirke nivået av risiko- og beskyttelsesfaktorer i miljøet. Tiltak som påvirker forekomsten av de bakenforliggende psykososiale og materielle faktorenes betydning – for eksempel forbundet med samfunnsøkonomi, arbeidsliv og familieliv, ligger imidlertid ofte utenfor helsetjenestens kontroll. Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid må derfor foregå også på andre arenaer enn helseforvaltning og helsetjenester.

Det er bred enighet om at gode levekår og god psykisk helse går hånd i hånd og at god psykisk helse utgjør en ressurs som har sammenheng med sunnere livsstilsvalg, bedre fysisk helse, færre begrensninger i dagliglivet, høyere utdanning, sysselsetting og produktivitet, økt mestring og engasjement og bedre relasjoner. God psykisk helse medvirker dermed til oppnåelse av et bredt utvalg helse relaterte og sosialpolitiske mål. Det er også liten tvil om at samfunn som gir alle innbyggere mulighet til å spille en fullverdig og nyttig rolle i det sosiale, økonomiske og kulturelle liv, som har et inkluderende arbeidsliv og sterke nettverk i lokalsamfunn vil medvirke til bedre psykisk helse enn samfunn hvor mennesker opplever usikkerhet og utstøting.



## 1.1. Målsetning

Fra 1990-tallet har det vært en økende interesse for psykisk helse, og psykiske helseproblemer har blitt et hovedanliggende for folkehelsearbeidet. Dette skyldes i noen grad at epidemiologiske undersøkelser har vist at 20-25 % av befolkningen til et hvert tidspunkt har en psykisk lidelse og at halvparten av befolkningen forventes å få en psykisk lidelse i løpet av livet. Rundt en fjerdedel av den globale sykdomsbyrden tilskrives i dag psykiske lidelser og depresjon alene forventes å utgjøre den nest viktigste årsak til funksjonsnedsettelse globalt sett innen 2020. Dette er dramatiske tall med vidtrekkende, langvarige og store menneskelige, så vel som samfunnsøkonomiske omkostninger.

Folkehelsearbeid har som formål å fremme helse, forebygge sykdom og forlenge liv via organisert virksomhet av samfunnet. For å kunne planlegge, følge, evaluere og utvikle helsetjenester som kvalitetsbehandling og kvalitetsforskning, helsefremmende og preventive tiltak, er det nødvendig med pålitelig og oppdatert informasjon om befolkningens psykiske helse. Nasjonal helseovervåking skal betjene helsemyndighetene med styringsinformasjon og beslutningsstøtte ved å beskrive status og utvikling på viktige folkehelseområder for således å danne grunnlag for å prioritere innsats, dimensjonere behov for helsetjenester og evaluere måloppnåelse. Målet med denne rapporten er å:

1. Beskrive og vurdere den norske befolkningens psykiske helsetilstand, samt bruk av helsetjenester og trygdeytelser forårsaket av psykiske helseproblemer.
2. Beskrive og vurdere befolkningens psykiske helse opp mot den psykiske helsetilstanden i andre land, primært øvrige europeiske land.

## 1.2. Hva er psykisk helse?

Vi har i denne rapporten brukt både positive og negative mål på psykisk helse. Dette knytter seg blant annet til utbredt språkbruk i de senere årenes forskning og samsvarer med Verdens helseorganisasjons idealmodell for helse (WHO, 1948<sup>1</sup>) som vektlegger de psykologiske og sosiale aspektene ved helse. I henhold til denne definisjonen forstås helse som fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare som fravær av sykdom og lyte. Psykisk helse er et positivt begrep, og god psykisk helse anses altså å være en ressurs og dermed noe mer enn fravær av sykdom – for eksempel det å ha evne til å motstå påkjenninger slik at en ikke blir syk. Verdens helseorganisasjons definisjon har vært gjenstand for kritikk, blant annet for å sette likhetstegn ved psykisk helse og det å ha et godt liv. Vi ser det imidlertid som viktig å belyse både den positive og negative dimensjonen av psykisk helse i denne rapporten uten at vi foretar noen videre drøfting av helsedefinisjonen her. Vektlegging av begge dimensjonene åpner i større grad for fokus både på sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid, samt på de bredere sosiale helsedeterminantene som medvirker til befolkningens psykiske helse.

1 I følge Verdens helseorganisasjon er psykisk helse: «- en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og er i stand til å bidra overfor andre og i samfunnet».

I tillegg til å klargjøre at psykisk helse har både en positiv og en negativ dimensjon er det viktig å tydeliggjøre forholdet mellom psykiske ubehagsplager (psychological distress) og psykiske lidelser. Psykisk ubehag refererer gjerne til tilstedeværelse av angst- og depresjonslignende symptomer som vanligvis måles med sjekklistene. Plagene er forholdsvis alminnelige og kan ofte være forbigående. Til tross for at plagene kan gi høy belastning, er allikevel ikke symptomnivået nødvendigvis så betydelig at det karakteriseres som en psykisk lidelse (diagnose). Psykiske lidelser kjennetegnes av symptomer og plager som påvirker tanker, følelser, atferd og væremåte hvis varighet, alvorlighetsgrad og følger for dagliglivet er mer omfattende. Slike lidelser debuterer gjerne tidlig i livet, er ofte kroniske eller stadig tilbakevendende og måles ved hjelp av standardiserte diagnostiske instrumenter, gjerne kliniske intervjuer.

### 1.3. Hvordan kan den psykiske helsen kartlegges?

Vurdering av om en tilstand kvalifiserer som en psykisk lidelse bygger på en kartlegging av symptomenes intensitet, varighet og i hvilken grad de påvirker personens daglige fungering. Dette er faktorer som alle befinner seg langs et kontinuum og avgjørelsen kan dermed kun tas på bakgrunn av omfattende kliniske intervjuer.

Mens de psykiske lidelsene lar seg inndele etter diagnostiske systemer, kan de psykiske plagene ofte være vanskeligere å avgrense. Per dags dato mangler vi befolkningsrepresentative datakilder som gjør oss i stand til å si noe sikkert om forekomsten av psykiske lidelser eller diagnosebaserte sykdommer i den norske befolkningen som helhet. Det postale spørreskjemaet i Levekårsundersøkelsen 2008 gir heller ikke grunnlag for å stille kliniske diagnoser, men inkluderer en serie spørsmål som beregner livstidsforekomst for alvorlig depresjon.

Spørreskjemaet gir imidlertid god informasjon om utbredelse av symptomer eller psykiske plager som inngår i ulike psykiske lidelser. Spørsmålene som er brukt i Levekårsundersøkelsen 2008 har også forholdsvis god treffsikkerhet når det gjelder å identifisere sannsynlige tilfeller av lidelser som angst og depresjon og predikerer hjelpesøking i behandlingsapparatet på lik linje med psykiatriske diagnoser (Sandanger et al., 1998; Kessler et al., 2005).

I denne og tidligere levekårsundersøkelser har psykiske plager vært målt med Hopkins Symptom Check List (Derogatis et al., 1974; 1976) bestående av 25 spørsmål (HSCL-25). I tillegg til HSCL-25 er det benyttet en lignende, men mer kortfattet serie på fem spørsmål (MHI-5) som inngår i spørreskjemaet Short Form 36 (SF-36) som ble utviklet av Ware og Shereborne i 1991 (Ware et al., 1993; 2000).

I tillegg til HSCL-25 og MHI-5 inneholder det postale spørreskjemaet i Levekårsundersøkelsen 2008 en serie spørsmål som skal beregne livstidsforekomst av alvorlig depresjon (Kendler et al., 1993), samt en rekke andre mål på psykisk ubehag, herunder forekomst av søvnproblemer, bruk av legemidler mot depresjon og angst, samt bruk av helsetjenester og trygdeytelser som følge av nedsatt psykisk helse.

Mål på positiv psykisk helse inkluderer blant annet en serie spørsmål fra SF-36 som utgjør et mål på vitalitet, samt en skala for opplevelse av kontroll og mestring. I tillegg inngår ett enkeltspørsmål om tilfredshet med livet, samt en kortfattet skala som måler sosial støtte.

Vi har brukt både grenseverdier (kutt punkt) og gjennomsnittsverdier for de fleste av indikatorene på psykisk helse. Bruk av gjennomsnittsverdier for psykisk helse gir i noen grad uspesifikke mål som ikke har den presisjonen som er viktig for en rekke medisinske profesjoner. På den annen side er slike mål spesielt godt egnet til å studere generelle helsekonsekvenser av sosiale og økonomiske faktorer og til å undersøke betydningen av helseplager. Grenseverdiene som er brukt er derimot definert for best mulig å fange opp syke, i betydningen de som har en psykisk lidelse i henhold til kliniske intervju. I denne og tidligere rapporter er for eksempel «betydelige psykiske plager»

definert som en gjennomsnittsskåre på 1,75 eller mer på HSCL-25. Tidligere undersøkelser har vist at mellom 50-60 % av personer med en HSCL-25 skåre over denne grenseverdien kvalifiserer for én eller flere psykiatriske diagnoser ved kliniske intervju (Derogatis et al., 1974; Sandanger et al., 1998; Sandanger et al., 1999). I denne undersøkelsen finner vi en positiv prediktiv evne (HSCL-25) på 67 % for livstidsforekomst av alvorlig depresjon. For MHI-5 beregnes tilsvarende til 76 %.

## 1.4. Risiko og beskyttelsesfaktorer

Psykiske plager, psykiske ressurser og psykiske lidelser forårsakes av en rekke samvirkende biologiske, sosiale, kulturelle og samfunnsstrukturelle risiko- og beskyttelsesfaktorer hvis relative betydning kan endres gjennom livet. Man kan muligens liste opp flere titalls konkrete faktorer, hvorav hver enkeltfaktor vanligvis har forholdsvis beskjeden betydning alene. Risikofaktorenes betydning kan forsterkes dersom de opptrer i fravær av beskyttende faktorer, i samspill med andre risikofaktorer eller dersom de utgjør kroniske belastninger. Genetisk sårbarhet, oppvekstvilkår og livshendelser, sosiale og økonomiske forhold, samt helselaterte forhold som somatisk sykdom og kronisk smerte utgjør muligens de mest sentrale risikofaktorene. Sentrale beskyttelsesfaktorer omfatter betingelser som styrker individets motstandsdyktighet og som dermed medvirker til å modifisere, forbedre og forandre individets respons til belastende livshendelser eller vanskelige livsbetingelser. Slike beskyttelsesfaktorer er ofte identiske med aspekter ved positiv psykisk helse som selvfølelse, følelsesmessig resiliens, sosiale ferdigheter og mestring (WHO, 2004). Risiko- og beskyttelsesfaktorene utgjør ofte motpoler av samme fenomen. Lav sosial støtte regnes for eksempel som en viktig sårbarhetsfaktor for psykiske plager, mens god sosial støtte ansees som en sentral beskyttelsesfaktor. På samme måte utgjør skilsmisse og samlivsbrudd en vesentlig risikofaktor for utvikling av psykiske plager både for voksne og barn, mens stabile par- og familieforhold gir beskyttelse mot psykiske problemer. Styrking av sosiale nettverk kan således oppfattes både som et helsefremmende (øke sosial støtte) og sykdomsforebyggende (reduksjon av sosial isolasjon) tiltak.

Genetiske forhold synes å være viktige for utvikling av alle typer psykiske lidelser og sub-diagnostiske plager. De genetiske sårbarhetsfaktorene samvirker imidlertid med en lang rekke miljørelaterte forhold som sosial inkludering, diskriminering, arbeid, utdanning og levekår. Utvikling av psykiske plager avhenger dermed alltid både av faktorer i omgivelsene og av den enkeltes genetiske utgangspunkt. Identifisering av risiko- og beskyttelsesfaktorer i miljøet er derfor avgjørende for å forebygge sykdomsutvikling selv for psykiske plager og lidelser med høy arvelighet.

## 1.5. Konsekvenser og kostnader

Psykiske helseproblemer er i dag blant våre største folkehelseproblemer. Omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet og psykiske plager av mindre alvorlighetsgrad rammer langt flere (Mykletun et al., 2009). Psykiske plager affiserer individets daglige fungering og resulterer ikke bare i stor følelsesmessig lidelse og redusert livskvalitet, men kan også lede til fremmedgjøring, stigmatisering, diskriminering og ekskludering, nedsatt somatisk helse og økt dødelighet. Ettersom psykiske vansker ofte debuterer tidlig og har en tendens til å vedvare, har de ofte alvorlige konsekvenser på en rekke livsområder (utdanning, sysselsetting, inntekter, personlige forhold og sosial deltagelse) og medfører gjerne økonomiske og sosiale belastninger også for pårørende. Det er ofte behov for vedvarende behandling og plagene kan resultere i langvarig sykemelding, arbeidsledighet og redusert produktivitet. Verdens helseorganisasjon har for eksempel konkludert med at depresjon er den enkelt diagnosen som forårsaker flest tapte friske leveår i befolkningen i vår vestlige verden og mentale lidelser forklarer mer enn 30 % av all morbiditet og funksjonsnedsettelse i verden. Konsekvensene for enkeltmennesket, de pårørende og samfunnet for øvrig er dermed svært omfattende.

## 2.1. Populasjon og utvalg

Datagrunnlaget for denne rapporten er hentet fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse med temaet helse, omsorg og sosial kontakt i 2008. Dette er en landsdekkende tverrsnittsundersøkelse der man trekker et landsrepresentativt utvalg av hjemmeboende individer over 16 år. Undersøkelsen gjentas regelmessig hvert tredje år.

I 2008-undersøkelsen ble det trukket et landsrepresentativt utvalg på 10 000 personer. Det var et frafall på 316 personer totalt fordi respondenten var død (46), bosatt i utlandet (139) eller på institusjon (131). Bruttoutvalget besto derfor av 9 684 personer.

Selve Levekårsundersøkelsen består av to deler - en intervjudel og en spørreskjemaet. Spørreskjemaet fylles ut og postlegges i etterkant av intervjuet (postalt tillegg). Spørsmålene som er relevante for denne rapporten er med enkelte unntak å finne i det postale tillegget. Det pures bare en gang på det postale tillegget, og svarprosenten på spørsmålene som gjelder psykisk helse har falt fra ca. 70 % i 1998, til 64 % i 2002 og til 57 % i 2005.

Av bruttoutvalget i 2008 deltok bare 50 % i både intervjudelen og den postale delen av undersøkelsen. Det vil si at av de 9684 som fikk tilsendt det postale tillegget, svarte bare 4832 personer (ca. 50 % av bruttoutvalget). Av disse var det 4498 som også hadde deltatt i intervjudelen av undersøkelsen (drøye 46 % av bruttoutvalget). Frafallsvurderinger er å finne i Appendiks.

### 2.1.1. Demografiske inndelinger

Tabell 1 angir fordelingen av utvalget i kjønn og alder, sivilstatus, utdanningsnivå og tilhørende helseregion, samt type bosted (by/land). Demografiske inndelinger er primært gjort etter mal fra Rapport 2009:6 (Clench-Aas et al., 2009) som denne rapporten utgjør en oppfølging av, samt Helsedirektoratets prioriterte temaområder.

#### 2.1.1.1 Alder

Materialet er inndelt i følgende fem aldersgrupper:

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

#### 2.1.1.2 Fast forhold

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) for å inndelegge utvalget i personer som lever i fast parforhold (svaralternativ 1 og 2) og personer som ikke lever i fast parforhold (svaralternativ 3).

### **2.1.1.3 Utdanning**

Materialet er inndelt i tre utdanningsgrupper (lav, middels, høy) etter antall år med skolegang/studier:

- Lav utdanning – inntil 9 års utdanning (t.o.m. ungdomsskole)
- Middels utdanning – fullført videregående skole (12 år)
- Høy utdanning – fullført høyskoleutdanning, universitetsutdanning eller forskerutdanning (13 år eller mer).

### **2.1.1.4 Inntekt**

Husholdningsinntekt korrigeret for antall medlemmer i familien ble brukt som mål på inntekt. Justert husholdningsinntekt ble beregnet som summen av husholdningens inntekt etter skatt delt på kvadratroten av antall individer i husholdningen. Justert husholdningsinntekt er regnet som et bedre mål på materielle levekår enn personinntekt (Aaberge et al., 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). Den justerte husholdningsinntekten ble inndelt i kvartiler.

Vi har i denne undersøkelsen også benyttet et dikotomt mål som inndeler materialet i over og under fattigdomsgrensen. Personer under fattigdomsgrensen er definert som personer som lever i husholdninger med en samlet inntekt som er lavere enn 50 % av medianen av justert husholdningsinntekt (Mogstad, 2005; Fløtten et al., 2001).

### **2.1.1.5 Bosted**

Vi har stratifisert analysene etter de regionale helseforetakene:

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

I tillegg har vi delt opp materialet i tre kategorier basert på bostedsstørrelse:

- Landsbygd som bosted med færre enn 2000 innbyggere
- Tettsted/by med mellom 2000 og 10 000 innbyggere
- Storby som bosted med over 100 000 innbyggere. Sistnevnte kategori består av fire byer: Oslo, Stavanger, Bergen og Trondheim.

Antall personer som inngår i de ulike analysene varierer ettersom variablene er hentet fra delvis ulike utvalg (intervju og/eller spørreskjema). Antall personer som analysene hviler på er derfor angitt i de enkelte tabellene. Figur 1 gir imidlertid en grov oversikt over datamaterialet som helhet.

**Tabell 1:** Antall deltagere i SSBs levekårsundersøkelse 2008 (postalt skjema og intervju)

		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	207	271	478
	25-44	686	831	1517
	45-64	864	938	1802
	65-74	271	256	527
	75+	167	199	366
	Totalt	2195	2495	4690
Lever i fast forhold	Ja	1485	1550	3035
	Nei	564	792	1356
	Totalt	2049	2342	4391
Utdanning	Lav	443	576	1019
	Middels	988	959	1947
	Høy	667	835	1502
	Totalt	2098	2370	4468
Inntekt i kvartiler	Laveste kvartil	428	613	1041
	Andre kvartil	530	643	1173
	Tredje kvartil	577	651	1228
	Høyeste kvartil	661	594	1255
	Totalt	2196	2501	4697
Helseregion	Øst	797	947	1744
	Sør	391	481	872
	Vest	468	456	924
	Midt	321	361	682
	Nord	220	256	476
	Totalt	2197	2501	4698
Bosted	Landsbygd	621	639	1260
	Småby	981	1124	2105
	Storby	433	553	986
	Totalt	2035	2316	4351

\* Årsaken til variasjonen i antall har sammenheng med at enkelte mål (bosted, fast forhold) er hentet fra intervju-skjemaet, og at antallet informanter som er oppgitt i tabellen bare inkluderer personer som har svart både på intervju og postalt tillegg.

## 2.2. Indikatorer

Indikatorene som danner utgangspunkt for de nasjonale beregningene, er hovedsakelig gitt ut fra spørrebatteriene som ligger inne i datasettet. Marit Rognerud har vært Folkehelseinstituttets rådgiver for valg av spørsmål om psykisk helse i levekårsundersøkelsene i 2002, 2005 og 2008. De endelige spørsmålene er blitt til som et resultat av Helsedirektoratets prioriterte temaområder, internasjonale anbefalinger for overvåking av psykisk helse, interne prosesser ved Divisjon for psykisk helse, plassbegrensninger i det postale skjemaet, og til slutt Statistisk sentralbyrås egne vurderinger og prioriteringer.

Mange av indikatorene er hentet fra EU's Health Monitoring programme og rapporten: Establishment of a set of mental health indicators for the European Union, Final report version 2.0 og prosjektet Mindful, samt en gjennomgang av rapporten EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys (Meltzer, 2003).



Flere av indikatorene kan klassifiseres både som risiko- og utfallsvariabler. Et eksempel på dette er mestring og søvnproblemer. Mestring utgjør en risikofaktor (lav mestring) som kan påvirkes av en rekke forhold i miljøet som ikke er relatert til helseutfall, men inngår også i mange kjente definisjoner av psykisk helse, og kan sees som individets respons på miljøet en eksponeres for. Søvnproblemer er et debutsymptom ved de fleste psykiske lidelser, men også en selvstendig psykisk helseplage. I denne rapporten har vi valgt å klassifisere begge disse målene som indikatorer på psykisk helse fremfor som risiko- og beskyttelsesfaktorer.

## 2.2.1. Psykisk helse

### 2.2.1.1 Nåværende symptomer på angst og depresjon

Det postale spørreskjemaet i Levekårsundersøkelsen 2008 inneholder *Hopkins Symptom Check List* med 25 utsagn (HSCL-25) som først og fremst retter seg mot å fange opp symptomer på angst (10 utsagn) og depresjon (15 utsagn) (Derogatis et al., 1974; 1976). Instrumentet er tidligere brukt i levekårsundersøkelsene i 1987, 1995, 1998, 2002 og 2005, samt i en rekke andre helseundersøkelser i Norge. Batteriet måler tilstedeværelse, samt grad, av symptomer på angst og depresjon de siste 14 dagene. Svaralternativene graderes fra 1 («ikke plaget») til 4 («veldig mye plaget»). Grad av problemer uttrykkes i denne rapporten både ved en gjennomsnittsskåre (summerende uttrykk) og i henhold til en grenseverdi (kuttpunkt). For HSCL-25 har det vært vanlig å bruke verdien 1,75 som grenseverdi for å skille mellom individer med og uten betydelige psykiske plager. En verdi på over 1,75 regnes som indikasjon på at personen er så plaget av symptomer at vedkommende sannsynligvis tilfredsstillter kriteriene til en diagnose, henholdsvis depresjon eller angst. Tidligere undersøkelser har vist at mellom 50-60 % av personer med en HSCL-25 skåre over denne grenseverdien kvalifiserer for én eller flere psykiatriske diagnoser ved kliniske intervju (Derogatis et al., 1974; Sandanger et al., 1998; Sandanger et al., 1999). I denne undersøkelsen finner vi at 66,5 % av personer som skårer over grenseverdien på 1,75 kvalifiserer for livstidsforekomst av alvorlig depresjon (positiv prediktiv evne). Sensitivitet og spesifisitet beregnes til henholdsvis 44 % og 96 % (for livstidsforekomst av alvorlig depresjon).

### 2.2.1.2 Sinnsstemning de siste 4 ukene

MHI-5 består av 5 spørsmål fra spørreskjemaet SF-36 (Ware et al., 1993; 2000) som i likhet med HSCL-25 måler graden av psykiske plager eller «psychological distress». Svaralternativene graderes fra 1 («hele tiden») til 6 («ikke i det hele tatt») og en summert skåre varierer derfor mellom 5 og 30. Denne sumskåren blir lineært transformert til en skala fra 0 til 100 i henhold til standard prosedyre (Ware et al., 1993; 2000). Høye skårer gir indikasjon på god psykisk helse. Europeiske verdier for MHI-5 ble rapportert i MINDFUL undersøkelsen (Wahlbeck, 2006) hvor grenseverdien for «mye psykiske plager» – og dermed høy sannsynlighet for å kvalifisere for en psykisk lidelse - ble satt til MHI-5 < 56 (lave verdier predikerer diagnose). I denne undersøkelsen finner vi at 75,5 % av personer som skårer under grenseverdien på 56 kvalifiserer for livstidsforekomst av alvorlig depresjon og sensitivitet og spesifisitet beregnes til henholdsvis 30 % og 98 % (for livstidsforekomst av alvorlig depresjon).

### 2.2.1.3 Livstidsforekomst for alvorlig depresjon

Det postale spørreskjemaet inneholder også en serie spørsmål som skal beregne livstidsforekomst av alvorlig depresjon. Her blir deltagerne spurt om de noen gang - sammenhengende i 14 dager eller mer - har hatt noen av fem viktige depressive symptomer/problemer. Disse fem symptomene ble opprinnelig valgt ut blant de ni diagnosekriteriene på en alvorlig depresjon i DSM-III-R (Kendler et al., 1993). Deltagerne blir også spurt om minst tre av disse problemene opptrådte samtidig. De som svarer positivt på dette siste spørsmålet og som samtidig oppgir å ha vært «deprimert, trist og nedfor», klassifiseres som «tilfelle» (case) for minst en episode med alvorlig depresjon.

#### **2.2.1.4 Bruk av legemidler mot psykiske helseproblemer**

Det postale spørreskjemaet inkluderer også spørsmål om bruk av ulike typer legemidler. I denne rapporten presenteres bruk av to typer medisiner, hhv. beroligende medisin og medisin mot depresjon. Svaralternativene er gradert fra 1 («daglig») til 6 («ikke brukt siste 4 uker»). Vi har delt utvalget inn i 1) personer som bruker medisin (hhv. beroligende eller antidepressiv) ukentlig eller mer og 2) personer som bruker medisin sjeldnere enn hver uke.

#### **2.2.1.5 Søvnproblemer**

Et av spørsmålene som inngår i intervjudelen av undersøkelsen ber respondenten oppgi om han/hun i løpet av de siste tre månedene har hatt vedvarende eller stadig tilbakevendende søvnproblemer (ikke forbigående plager). Svaralternativer er ja/nei.

#### **2.2.1.6 Tilfredshet med livet**

Tilfredshet med livet måles i denne undersøkelsen med et enkeltspørsmål om global tilfredshet med livet. Svar alternativene er fra 1 («lav») til 10 («høy»).

#### **2.2.1.7 Vitalitet**

Det postale spørreskjemaet inneholder også fire spørsmål om vitalitet (tiltakslyst, overskudd, sliten, trett) som inngår i et mer omfattende spørreskjema for kartlegging av helse relatert livskvalitet (SF-36). Svaralternativene graderes fra 1 («hele tiden») til 6 («ikke i det hele tatt»). Den summerte skåren som varierer mellom 4 og 24 blir lineært transformert til en skala fra 0 til 100 i henhold til standard prosedyre. Lave skårer gir indikasjon på tretthet og manglende energi og vitalitet. Resultatene presenteres både som gjennomsnittsverdier og grenseverdier. Grenseverdien er satt til 50 (Bower et al., 2000).

#### **2.2.1.8 Mestring**

I henhold til Verdens helseorganisasjons helsedefinisjon, er evne til å mestre motgang, stress og livsbelastninger et mål på psykisk helse. Mestring måles her med fem utsagn om erfaringer vedrørende kontroll og mestring som tidligere er anbefalt av EU (Perlin et al., 1981; Korkeila et al., 2003). Svaralternativene er rangert fra 1 («helt enig») til 5 («helt uenig»). Vi har benyttet både gjennomsnittsverdier og grenseverdier (høy versus lav mestring), hvor grenseverdien er satt til 12 i overensstemmelse med internasjonal bruk (Korkeila et al., 2007).

### **2.2.2. Konsekvenser av psykiske helseproblemer**

#### **2.2.2.1 Bruk av helsetjenester**

I det postale spørreskjemaet inngår et spørsmål om en i løpet av de siste 12 månedene har søkt hjelp for psykiske helseproblemer (svaralternativer – ja/nei), og et spørsmål om hvilken fagprofesjon en i så fall har søkt hjelp hos (allmennlege/fastlege, psykolog, psykiater, andre).

#### **2.2.2.2 Redusert arbeidsevne**

Som mål på redusert arbeidsevne har vi brukt et spørsmål fra det postale spørreskjemaet om redusert arbeidsevne som følge av psykiske plager. Spørsmålet besvares med «ja» eller «nei».

#### **2.2.2.3 Bruk av sykemelding og andre tjenester fra folketrygden**

I spørreskjemaet finnes også et spørsmål om hvorvidt man i løpet av de siste 12 månedene har mottatt sykepenger eller andre ytelser fra folketrygden, for eksempel uføretrygd, attføringsytelser eller rehabiliteringspenger, på grunn av psykiske helseproblemer. Spørsmålet besvares med «ja» eller «nei».

### 2.2.3. Forholdet mellom indikatorene

Tabell 2 angir den statistiske sammenhengen mellom de ulike indikatorer på psykisk helse og konsekvenser av psykiske helseproblemer (hjelpøking, redusert arbeidsevne). Samtlige sammenhenger er statistisk signifikante.

**Tabell 2:** Polykoriske korrelasjoner mellom indikatorene

	HSCL-25	MHI-5	Alvor. dep	Anti dep	Bero	TML	Vit	Mes	Søvn probl.	Søkt hjelp	Red arbeid.
HSCL-25	1,00										
MHI-5	0,85	1,00									
Alvorlig depresjon	0,75	0,77	1,00								
Legemidler mot depresjon (Anti dep)	0,56	0,56	0,55	1,00							
Beroligende legemidler (Bero)	0,60	0,60	0,45	0,79	1,00						
Tilfredshet (TML)	-0,50	-0,51	-0,39	-0,23	-0,14	1,00					
Vitalitet (Vit)	0,72	0,71	0,54	0,47	0,40	-0,42	1,00				
Mestring (Mes)	0,73	0,70	0,47	0,36	0,48	-0,36	0,48	1,00			
Søvnproblemer	0,51	0,41	0,41	0,40	0,43	-0,19	0,38	0,37	1,00		
Søkt hjelp	0,63	0,63	0,68	0,71	0,56	-0,24	0,47	0,45	0,40	1,00	
Redusert arbeidsevne	0,72	0,70	0,71	0,60	0,48	-0,38	0,57	0,49	0,40	0,82	1,00

### 2.2.4. Risiko- og beskyttelsesfaktorer

#### 2.2.4.1 Sosial støtte

Intervjudelen av levekårsundersøkelsen 2008 inneholder tre spørsmål som utgjør Oslo Social Support Scale (OSS-3) (Dalgard et al., 2006). Denne skalaen er anbefalt av Verdens helseorganisasjon og av EU, og har vært benyttet i flere av de tidligere levekårsundersøkelsene. Spørsmålene som inngår i batteriet handler om hvordan individet opplever at den sosiale støtten er – den subjektive sosiale støtten. Verdiene legges sammen til en indeks for sosial støtte, med verdier fra 3 – 14. «Lav sosial støtte» er definert som verdiene under eller lik 8. «Middels støtte» er definert som verdiene fra 9 til 11, og verdier mellom 12 til 14 er betegnet som «høy sosial støtte».

#### 2.2.4.2 Egenvurdert helse

Intervjudelen av levekårsundersøkelsen 2008 inneholder også et spørsmål om hvordan man vurderer sin helse i alminnelighet. Spørsmålet har 5 svarkategorier fra 0 («meget dårlig») til 4 («meget god»). De som svarte at de hadde dårlig eller meget dårlig helse ble karakterisert med nedsatt (dårlig) helse.

#### 2.2.4.3 Alkoholforbruk

Det finnes ingen vitenskapelig fastlagt definisjon av hva som er et risikofylt alkoholkonsum med tanke på fare for utvikling av avhengighet. I undersøkelser koordinert av Verdens helseorganisasjon har man satt grenseverdien for klart risikofylt drikking til 14 standard alkoholenheter (AE)<sup>2</sup> pr. uke for kvinner og 21 AE pr uke for menn (Frøyland, 2005). Alkoholkonsum over disse grenseverdiene betegnes som å «drikke på rødt». Tilrådelig konsum har i noen studier vært anslått til å være under 13 AE pr uke for menn, og under 9 AE pr uke for kvinner. I Norge har man derfor fastsatt lavere grenseverdier for et betydelig (bekymringsfullt) alkoholforbruk eller det å «drikke på gult» (mellom 13 og 21 AE pr. uke for menn og mellom 9 og 14 AE pr. uke for kvinner) (Nesvåg og Lie, 2004). Vi har i denne rapporten brukt de «norske» grenseverdiene og rapporterer risikofylt konsum (over 21 AE ukentlig for menn, over 14 AE for kvinner),

2 En standard alkoholenhet (AE) utgjør 0,33 l pils, ett glass vin, eller 4 cl brennevin

bekymringsfullt (betydelig) alkoholforbruk (13-21 AE ukentlig for menn, 9-14 AE for kvinner) og moderat/lavt alkoholforbruk (under 13 AE ukentlig for menn, under 9 AE for kvinner). Utrengningen er basert på tre spørsmål som inngår i det postale spørreskjemaet, hhv. i) «I løpet av de siste 12 månedene, hvor ofte har du drukket noen form for alkohol» (fem responskategorier fra ingen ganger til 6-7 ganger per uke), ii) «I løpet av de siste 12 månedene, hvor ofte har du drukket 6 drinker eller mer på en kveld som tilsvarer 4 halvliter pils eller 1/1 flaske vin?» (fem responskategorier fra ingen ganger til 6-7 ganger per uke) og iii) «Hvor mange alkoholenheter drikker du på en "typisk" drikkedag?» (fem responskategorier fra 1-2 til 10 eller flere). Syntaks for konkret utregning av alkoholforbruk fås ved henvendelse.

#### **2.2.4.4 Risikospilling**

Spørreskjemaet inneholder ett spørsmål om bruk av ulike typer spill (hyppighet), samt fire spørsmål knyttet til problemer i forbindelse med spilleaktivitet (økonomiske, sosiale, arbeidsrelaterte) hvorav to av spørsmålene inngår i LieBet skalaen (Johnson et al., 1988). I denne rapporten presenterer vi resultatene på LieBet skalaen. Personer som svarer ja på ett eller begge spørsmål som inngår i denne skalaen anses å drive med risikospilling (Gøtestam et al., 2004).

#### **2.2.4.5 Negative livshendelser**

Negative livshendelser er målt med 12 spørsmål fra det postale spørreskjemaet om belastende livshendelser de siste 12 måneder. Spørsmålene er anbefalt som instrument både fra EU og Verdens helseorganisasjon og inkluderer blant annet spørsmål om alvorlig sykdom, alvorlige økonomiske problemer, dødsfall i nærmeste familie, samlivsbrudd og arbeidsledighet. Spørrebatteriet er anbefalt av EU/WHO for overvåking av sentrale helsedeterminanter (Korkeila et al., 2003).

#### **2.2.4.6 Kronisk sykdom**

Sykdom eller funksjonshemming måles med et enkeltspørsmål i intervjudelen av undersøkelsen. Spørsmålet er som følger: «Har du noen varig sykdom eller lidelse, noen medfødt sykdom eller virkning av skade?» Med varig sykdom menes sykdom/lidelse som har vart i minst 6 måneder eller nyere sykdom/lidelse som en regner med vil bli varig. Spørsmålet besvares med «ja» eller «nei».

#### **2.2.4.7 Smerter**

Til måling av smerte er det benyttet et spørsmål fra intervjudelen av undersøkelsen som ber respondenten oppgi om han/hun i løpet av de siste tre månedene har hatt vedvarende eller stadig tilbakevendende smerter i kroppen (ikke forbigående plager). Spørsmålet besvares med «ja» eller «nei».

#### **2.2.4.8 Fysisk aktivitet og mosjon**

Mosjon ble målt med ett spørsmål fra intervjudelen av undersøkelsen: Mosjonerer du eller trener du vanligvis? Spørsmålet besvares med «Aldri», «Sjeldnere enn en dag i uka» eller «En gang i uka eller mer». Vi laget da enn dikotom (todelt) variabel og grupperte de som svarte aldri eller sjeldnere enn en gang i uka i gruppen lite/ingen mosjon. De som svarte at de mosjonte/trente en gang i uka eller mer ble kategorisert som mosjonister.

#### **2.2.4.9 Røyking**

Røyking ble målt ved følgende spørsmål: «Hender det at du røyker?» Spørsmålet besvares med «Ja» eller «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.

## 2.3. Statistiske analyser

Vi har undersøkt sammenhengen mellom de ulike indikatorene for psykisk helse og ulike demografiske variabler (kjønn, alder, sivilstatus, helseregion, by/land). Analysene er i hovedsak utført ved hjelp av SPSS versjon 17. Ettersom de uavhengige variablene samvarierer, har vi foretatt multivariate statistisk analyser (Generaliserte lineære modeller, GLM) for å få et inntrykk av betydningen av den enkelte variabel (det justeres for betydningen av de øvrige). I GLM er den avhengige variabelen lineært relatert til de andre variablene og kovariatene via en spesifisert link funksjon, og modellen tillater variasjonen i den avhengige variabelen å avvike fra normal-variasjonen. For hver enkelt indikator oppgis beregnede gjennomsnitt («marginal means») eller beregnede prosentverdier (beregnete gjennomsnitt multiplisert med 100 for dikotome mål). Disse angir gjennomsnittsverdien for den avhengige variabel i de ulike demografiske undergrupper når det justeres for de øvrige demografiske variablene. Statistisk signifikante gruppeforskjeller ( $p < 0.05$  %) er merket med en stjerne (\*).

Beregnete gjennomsnitt og prosentverdier basert på standard GLM ble gjennomgående benyttet i samtlige tabeller av kommunikasjonshensyn. En rekke av variablene som inngår i analysene er imidlertid dikotome (livstidsforekomst for depresjon, bruk av legemidler mot depresjon og angstlignende plager, hjelpsøking, redusert arbeidsevne, sykemelding/trygd siste 12 måneder, risikospilling og søvnproblemer) og en enkeltindikator er ordinal (egenvurdert helse). Resultater basert på standard GLM (signifikanstesting av effekter) ble derfor sammenlignet med resultater basert på bruk av GLM modeller for binomiale responser (binary logistic model) og ordinale responser (ordinal probit model).

Forklart varians er beregnet ved hjelp av lineær regresjon i SPSS 17 og polykoriske korrelasjoner mellom indikatorene på psykisk helse er estimert med LISREL versjon 8.80. AMOS versjon 17 ble brukt til testing av forskjeller i terskler for hjelpsøking mellom 2005 og 2008.

Det er ikke benyttet vektorer for å korrigere for skjevheter i frafallet i denne rapporten. En frafallsanalyse av Levekårsundersøkelsen 2008 har vist at vektning (alder, kjønn, familiestørrelse og utdanning) basert på registerdata gjør en viss forskjell på totaltallene i form av underestimering av forekomst av psykiske helseplager (Lillegård, 2009). For eksempel medvirker bruk av frafallsvektorer til at andelen uten betydelige psykiske plager ( $HSCL-25 < 1,75$ ) synker fra 90 % til 88 %.

Antall personer som inngår i de ulike analysene varierer på tvers av mål ettersom variablene som inngår i rapporten er hentet fra delvis ulike utvalg (intervju og/eller spørreskjema). Antall personer som analysene hviler på er derfor angitt i de enkelte tabellene. Diskrepans i resultater på tvers av tabeller har primært sammenheng med at GLM analysene er basert på noe færre antall responser enn de øvrige analysene, samt bruk av kontrollvariabler.



# 3 Nasjonale beregninger

## 3.1. Psykisk helse

I tråd med Verdens helseorganisasjon har vi brukt både positive og negative mål på psykisk helse, samt sett på omfanget av arbeidsuførhet og helsetjenesteforbruk som følge av dårlig psykisk helse.

### 3.1.1. *Psykiske plager de siste 14 dager*

Hopkins Symptom Check List med 25 spørsmål (HSCL-25) måler symptomer og plager som først og fremst er vanlige ved depresjon og angstlidelser.

De 25 spørsmålene er følgende:

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

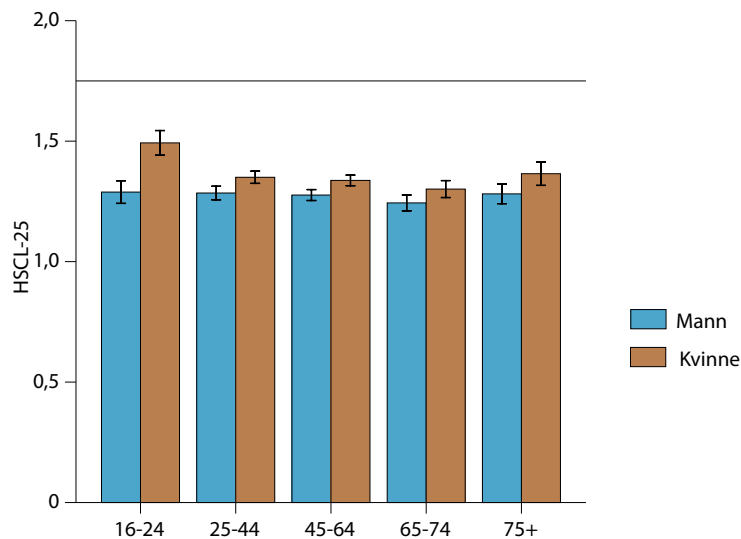
	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skjelving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matthet eller svimmelhet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

Tabell 3 viser prosentandel med skårer over (eller lik) og under grenseverdien 1,75 etter kjønn og alder. For hele materialet er det 10,2 % som oppgir betydelige psykiske plager – 7,8 % menn og 12,4 % kvinner.

**Tabell 3:** HSCL-25 > 1,75 - prosent etter kjønn og alder

		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	6,8	24,0	16,5
	25-44	9,5	11,2	10,4
	45-64	8,1	11,6	9,9
	65-74	4,8	7,4	6,1
	75+	5,4	11,6	8,7
Totalt		7,8	12,4	10,2

Figur 1 angir gjennomsnittsverdiene på HSCL-25 for kvinner og menn i de ulike aldersgruppene. Gjennomsnittstallene er signifikant høyere for kvinner enn for menn (1,35 versus 1,27), og kvinner i den yngste aldersgruppen (16-24 år) skårer spesielt høyt.



**Figur 1:** HSCL-25 - gjennomsnittskåre etter kjønn og alder

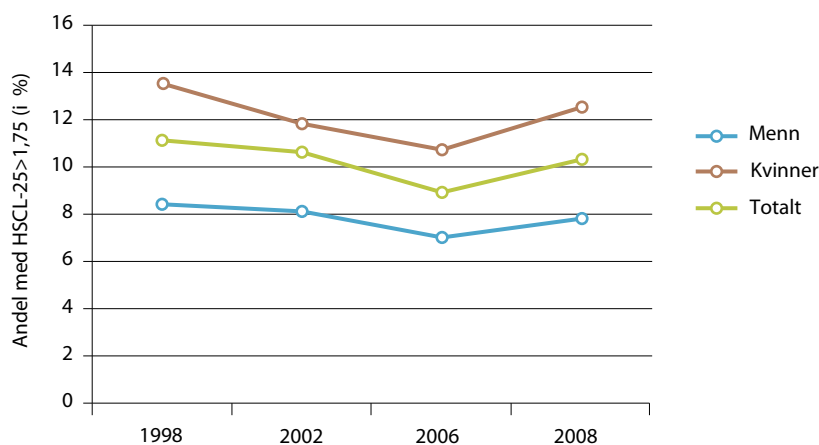
Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariate analyser, ser vi at kvinner, unge, personer som ikke lever i parforhold og personer med lav inntekt er signifikant forbundet med høye gjennomsnittsverdier på HSCL-25. Bostedsstørrelse er ikke forbundet med nivå av angst- og depresjonsplager, men det er signifikante forskjeller mellom helseregionene med høyere nivå av plager i øst og sør og lavest verdier i Midt- og Nord-Norge for menn. Samlet forklarer de demografiske variablene 5,3 % av variansen i HSCL-25.



**Tabell 4:** Beregnede gjennomsnitt for HSCL-25 i multivariat analyse

Demografiske variable		Menn (n = 1 946)		Kvinner (n = 2 201)	
		Gj.sn	SE	Gj.sn	SE
Aldersgrupper*	16-24	1,21	0,03	1,44	0,02
	25-44	1,30	0,02	1,39	0,02
	45-64	1,31	0,01	1,37	0,01
	65-74	1,26	0,02	1,29	0,02
	75+	1,26	0,03	1,31	0,03
Lever i fast forhold*	Nei	1,31	0,02	1,38	0,02
	Ja	1,23	0,01	1,33	0,01
Utdanningsgruppe	Lav	1,30	0,02	1,44	0,02
	Middels	1,26	0,01	1,33	0,01
	Høy	1,25	0,02	1,30	0,02
Husholdningsinntekt*	Laveste kvartil	1,35	0,02	1,40	0,02
	2. kvartil	1,28	0,02	1,36	0,02
	3. kvartil	1,23	0,02	1,36	0,02
	Høyeste kvartil	1,21	0,02	1,30	0,02
Helseregion* (signifikant for menn)	Øst	1,31	0,01	1,38	0,01
	Sør	1,30	0,02	1,38	0,02
	Vest	1,27	0,02	1,35	0,02
	Midt	1,25	0,02	1,36	0,02
	Nord	1,24	0,02	1,36	0,02
Bosted	Landsbygd	1,27	0,02	1,38	0,02
	Småby	1,27	0,01	1,36	0,01
	Storby	1,28	0,02	1,35	0,02

I Rapport 2008:4, som var basert på oppfølgingsdata fra levekårsundersøkelsene 1998, 2002 og 2005, ble det presentert en nedadgående trend i andel med betydelige psykiske plager fra 10,5 % i 1998 til 9,7 % i 2002 og 8,7 % i 2005. Data fra 2008 viser imidlertid oppgang til 10,2 %. Over tid ser det altså ut til at nivået av psykiske plager (målt ved HSCL-25) er relativt stabilt.

**Figur 2:** Andel med betydelige psykiske plager 1998-2008 (HSCL-25 > 1,75)

### 3.1.2. Sinnsstemning de siste 4 ukene

MHI-5 består av fem spørsmål om psykologiske ubehagsplager de siste fire ukene. De fem spørsmålene ber informanten oppgi hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene han/hun har i) følt seg nervøs, ii) vært så langt nede at ingenting har kunnet muntre en opp, iii) følt seg rolig og harmonisk, iv) følt seg trist og nedfor og v) følt seg glad. Svarkategoriene på spørsmål iii) og v) er snudd slik at lav skåre indikerer psykisk ubehag og mangel på ro og glede.

**31** I løpet av de siste 4 ukene, hvor ofte har du... Sett ett kryss for hver linje.

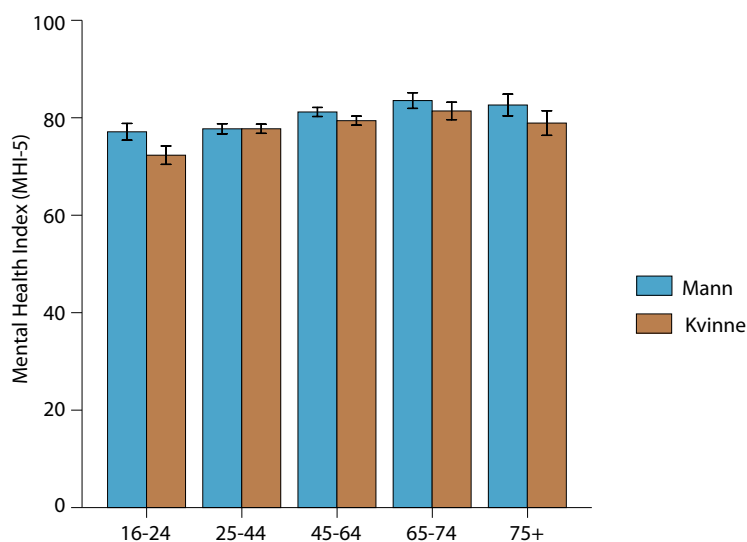
	Hele tiden	Nesten hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
følt deg full av tiltakslyst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
følt deg veldig nervøs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vært så langt nede at ingenting har kunnet muntre deg opp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
følt deg rolig og harmonisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hatt mye overskudd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
følt deg nedfor og trist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
følt deg sliten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
følt deg glad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
følt deg trett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabell 5 viser fordelingen av utvalget som skårer under grenseverdien 56 etter kjønn og alder. I hele materialet oppgir 6,3 % betydelige psykiske plager. Andelen kvinner er høyere enn andelen menn i samtlige aldersgrupper, men kjønnsforskjellene er spesielt store i aldersgruppen 16-24 år (12,4 % versus 5,2 %).

**Tabell 5:** MHI-5 < 56 - prosent etter kjønn og alder

		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	5,2	12,4	9,2
	25-44	6,4	6,9	6,7
	45-64	5,7	6,0	5,8
	65-74	2,6	3,5	3,0
	75+	5,8	9,2	7,7
Totalt		5,5	7,0	6,3

Figur 3 angir gjennomsnittsverdier for MHI-5. Kvinner angir signifikant høyere belastningsnivå enn det menn gjør (78,5 versus 80,4) i alle aldersgrupper. Kvinner i den yngste aldersgruppen skiller seg ut med særlig lave skåre.



**Figur 3:** MHI-5 - gjennomsnittskåre etter kjønn og alder

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger, ser vi at det å være ung, ikke leve i parforhold og å ha lav inntekt fortsatt er forbundet med både kvinners og menns symptomnivå, mens helseregion er forbundet med symptomnivå for menn. Bostedsstørrelse er derimot ikke signifikant assosiert med symptomnivå, verken for kvinner eller menn. De demografiske variablene forklarer til sammen 4,9 % av variansen i MHI-5.

**Tabell 6:** Beregnede gjennomsnitt for MHI-5 i multivariat analyse

Demografiske variable		Menn (n = 1 970)		Kvinner (n = 2 223)	
		Gj.sn	SE	Gj.sn	SE
Aldersgrupper*	16-24	79,17	1,09	73,86	1,02
	25-44	77,05	0,61	76,57	0,62
	45-64	79,53	0,58	78,47	0,56
	65-74	83,16	0,91	81,73	1,01
	75+	83,36	1,13	81,03	1,19
Lever i fast forhold*	Nei	78,99	0,65	77,11	0,62
	Ja	81,92	0,49	79,55	0,53
Utdanningsgruppe* (grensesignifikant for kvinner)	Lav	80,06	0,71	76,41	0,71
	Middels	80,78	0,58	79,26	0,58
	Høy	80,52	0,65	79,33	0,65
Husholdningsinntekt*	Laveste kvartil	76,76	0,72	76,52	0,70
	2. kvartil	80,52	0,68	78,26	0,67
	3. kvartil	81,75	0,70	78,28	0,71
	Høyeste kvartil	82,80	0,68	80,28	0,77
Helseregion* (signifikant for menn)	Øst	79,09	0,55	77,38	0,56
	Sør	79,99	0,81	78,44	0,80
	Vest	79,86	0,70	78,88	0,75
	Midt	81,47	0,81	78,82	0,84
	Nord	81,85	0,99	78,15	1,00
Bosted	Landsbygd	81,19	0,61	78,34	0,65
	Småby	80,80	0,52	78,21	0,52
	Storby	79,37	0,77	78,44	0,74

### 3.1.3. Livstidsforekomst av depresjon

Spørsmålene nedenfor har vært benyttet for å beregne livstidsforekomst (forekomst en eller flere ganger i livet) av alvorlig depresjon. De som svarer bekreftende på det siste spørsmålet og som samtidig oppgir å ha følt seg «deprimert, trist eller nedfor», klassifiseres som tilfelle (case).

**4 Har du noen gang sammenhengende i perioder på 14 dager eller mer...**

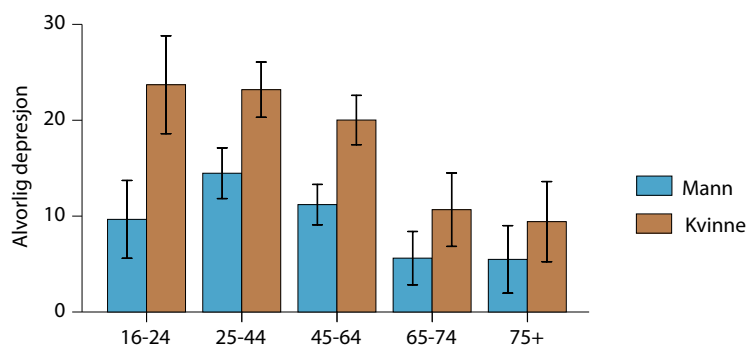
	Ja	Nei
følt deg deprimert, trist eller nedfor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hatt problemer med matlysten eller spist for mye?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vært plaget av kraftløshet eller mangel på overskudd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
virkelig bebreidet deg selv og følt deg verdiløs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hatt problemer med å konsentrere deg eller vanskelig for å ta beslutninger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hatt minst tre av de problemene som er nevnt ovenfor samtidig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabell 7 viser fordelingen etter kjønn og alder. Livstidsforekomst beregnet for utvalget som helhet er 15,6 %, men forekomsten er vesentlig høyere for kvinner (19,7 %) enn den er for menn (11,0 %). At livstidsforekomst ikke beregnes som stabil over aldersgrupper har muligens sammenheng med forhold knyttet til rapportering og gjenhenting.

**Tabell 7:** Livstidsforekomst for alvorlig depresjon - prosent etter kjønn og alder

	Menn	Kvinner	Totalt	
Alder	16-24	9,7	23,7	17,6
	25-44	14,5	23,2	19,2
	45-64	11,2	20,0	15,8
	65-74	5,6	10,7	8,1
	75+	5,5	9,4	7,6
Totalt	11,0	19,7	15,6	

Figur 4 angir beregningene for kvinner og menn etter alder.



**Figur 4:** Livstidsforekomst alvorlig depresjon - andel i prosent etter kjønn og alder

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariate analyser, ser vi at kvinner, alder (yngre) og det å ikke leve i et fast forhold fortsatt er signifikant assosiert med høy livstidsforekomst for alvorlig depresjon. Lav inntekt og helseregion er signifikant forbundet med høy livstidsforekomst for depresjon blant kvinner. Signifikantesting av effektene med binomial logistisk estimering bekrefter funn basert på standard lineær modell.

**Tabell 8:** Beregnede prosentverdier for livstidsforekomst for alvorlig depresjon i multivariat analyse

Demografiske variable		Menn (n = 1 942)		Kvinner (n = 2 187)	
		Prosent	SE	Prosent	SE
Aldersgrupper*	16-24	5,48	2,53	21,82	2,82
	25-44	16,59	1,41	25,12	1,71
	45-64	14,04	1,35	21,34	1,55
	65-74	6,77	2,12	9,44	2,75
	75+	4,10	2,64	5,56	3,23
Lever i fast forhold*	Nei	12,73	1,51	20,71	1,70
	Ja	6,06	1,15	12,61	1,45
Utdanningsgruppe	Lav	11,44	1,67	17,35	1,93
	Middels	8,00	1,29	14,53	1,59
	Høy	8,76	1,51	18,10	1,78
Husholdningsinntekt* (kvinner)	Laveste kvartil	12,34	1,67	21,45	1,90
	2. kvartil	10,24	1,59	16,26	1,83
	3. kvartil	8,38	1,61	17,63	1,93
	Høyeste kvartil	6,62	1,59	11,30	2,12
Helseregion* (kvinner)	Øst	12,05	1,29	21,42	1,54
	Sør	11,36	1,86	15,92	2,18
	Vest	8,71	1,61	13,52	2,05
	Midt	8,96	1,90	14,94	2,31
	Nord	5,89	2,32	17,50	2,77
By-land	Landsbygd	10,12	1,41	19,06	1,80
	Småby	8,49	1,21	17,11	1,43
	Storby	9,58	1,79	13,80	2,03

### 3.1.4. Bruk av legemidler mot psykiske helseproblemer

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

**5** I løpet av de siste 4 ukene, hvor ofte har du brukt følgende medisiner? Sett ett kryss for hver linje.

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

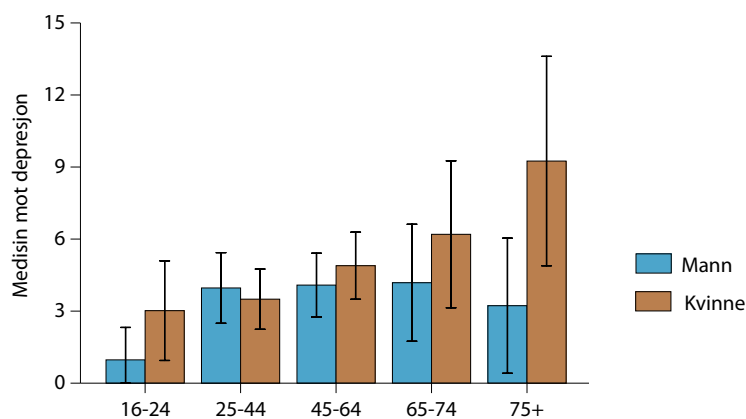
Vi har delt utvalget inn i) personer som bruker legemidler mot psykiske helseproblemer (hhv. medisin mot depresjon og beroligende medisin) ukentlig eller mer og ii) personer som bruker medisin sjeldnere enn hver uke.

### 3.1.4.1 Bruk av legemidler mot depresjon

I alt er det 4,6 % av deltagerne i undersøkelsen angir at de har brukt medisiner mot depresjon ukentlig eller mer. Blant informantene med betydelige psykiske plager var det 19 % som brukte slike medisiner. Tabell 9 og figur 5 angir forekomsttall for kvinner og menn i de ulike aldersgruppene.

**Tabell 9:** Bruk av legemidler mot depresjon - prosent etter kjønn og alder

		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	1,0	3,0	2,1
	25-44	4,0	4,6	4,3
	45-64	5,1	4,9	5,0
	65-74	4,2	6,2	5,1
	75+	3,2	9,2	6,4
Totalt		4,1	5,0	4,6



**Figur 5:** Andel i prosent som bruker legemidler mot depresjon ukentlig eller mer - etter kjønn og alder

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariate analyser, ser vi at kvinner, alder (eldre), det å ikke leve i et fast forhold og det å ha lav inntekt fortsatt er signifikant assosiert med bruk av legemidler mot depresjon. Det er også færre menn som oppgir å bruke legemidler mot depresjon i Midt- og Nord-Norge sammenlignet med i resten av landet. Signifikantesting av effektene med binomial logistisk estimering gir i hovedsak sammenfallende resultater, men bekrefter ikke signifikant effekt av alder, eller signifikant effekt av fast forhold for menn.

**Tabell 10:** Beregnede prosentverdier for bruk av medisiner mot depresjon i multivariat analyse

Demografiske variable		Menn (n = 1 920)		Kvinner (n = 2 144)	
		Prosent	SE	Prosent	SE
Aldersgrupper*	16-24	-1,02	1,56	1,24	1,48
	25-44	4,90	0,87	4,95	0,89
	45-64	5,25	0,83	6,49	0,81
	65-74	4,55	1,31	5,88	1,48
	75+	2,28	1,67	6,95	1,67
Lever i fast forhold*	Nei	4,40	0,93	6,39	0,90
	Ja	1,98	0,71	3,81	0,77
Utdanningsgruppe	Lav	4,13	1,05	6,74	1,03
	Middels	2,94	0,80	4,44	0,84
	Høy	2,50	0,94	4,13	0,94
Husholdningsinntekt*	Laveste kvartil	5,48	1,04	7,96	1,01
	2. kvartil	4,29	1,00	4,65	0,97
	3. kvartil	1,66	1,00	4,76	1,02
	Høyeste kvartil	1,33	0,99	3,05	1,11
Helseregion* (menn)	Øst	4,06	0,80	4,54	0,82
	Sør	5,91	1,15	3,76	1,14
	Vest	3,81	1,01	5,92	1,10
	Midt	1,27	1,17	7,16	1,21
	Nord	0,91	1,44	4,14	1,47
Bosted	Landsbygd	3,34	0,88	5,28	0,95
	Småby	3,20	0,70	4,58	0,76
	Storby	3,03	1,11	5,45	1,07

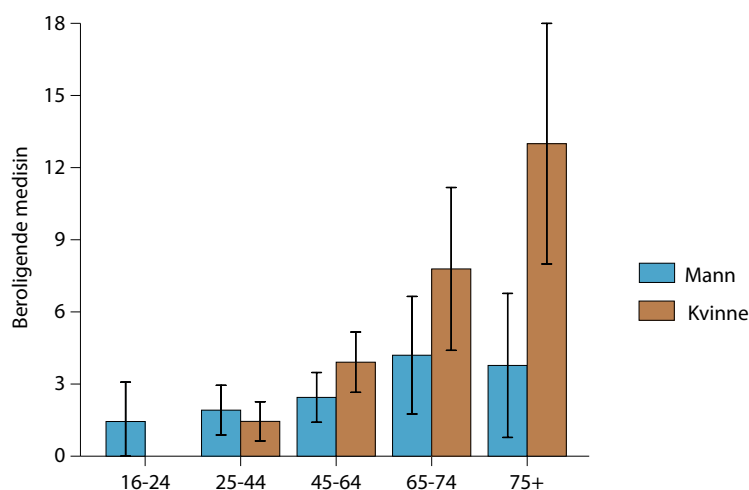
### 3.1.4.2 Bruk av beroligende legemidler

I alt er det 3,5 % av deltagerne i undersøkelsen som har brukt beroligende medikamenter ukentlig eller oftere - 4,1 % blant kvinner og 2,9 % blant menn. Blant personer som skårer over grenseverdien (1,75) på HSCL-25, er det tilsvarende tallet 16 %.

**Tabell 11:** Bruk av beroligende legemidler - prosent etter kjønn og alder

		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	1,4	0,0	0,6
	25-44	1,9	1,4	1,7
	45-64	3,5	4,9	4,2
	65-74	4,2	7,8	5,9
	75+	3,8	13,0	8,6
Totalt		2,9	4,1	3,5

Som vi ser av Tabell 11 og Figur 6 er det en tendens til større forbruk av beroligende legemidler generelt blant kvinner og til økende forbruk med stigende alder - spesielt for kvinner. Blant kvinner over 75 år er det 13 % som rapporterer om bruk av beroligende legemidler ukentlig eller oftere.



**Figur 6:** Andel i prosent som bruker beroligende midler ukentlig eller mer – etter kjønn og alder

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariat analyse, ser vi at forbruket stiger med økende alder og avtar med økende utdanning for kvinner. Forbruk synker med økende utdanning og inntekt både for kvinner og menn. Det er imidlertid ingen signifikante geografiske forskjeller, verken mellom helseregionene eller mellom by og land. Signifikantesting av effektene med binomial logistisk estimering bekrefter resultater basert på standard lineær modell.

**Tabell 12:** Beregnede prosentverdier for bruk av beroligende medisiner i multivariat analyse

Demografiske variable		Menn (n = 1 923)		Kvinner (n = 2 150)	
		Prosent	SE	Prosent	SE
Aldersgrupper* (kvinner)	16-24	0,03	1,26	-1,88	1,32
	25-44	2,67	0,71	3,11	0,79
	45-64	3,30	0,67	5,13	0,72
	65-74	4,49	1,07	7,62	1,29
	75+	1,50	1,35	10,71	1,54
Lever i fast forhold	Nei	2,93	0,75	5,45	0,80
	Ja	1,86	0,58	4,42	0,68
Utdanningsgruppe*	Lav	4,28	0,85	7,54	0,91
	Middels	1,82	0,65	4,65	0,74
	Høy	1,09	0,76	2,62	0,83
Husholdningsinntekt*	Laveste kvartil	5,21	0,84	7,92	0,89
	2. kvartil	2,23	0,80	4,62	0,86
	3. kvartil	0,94	0,81	3,98	0,90
	Høyeste kvartil	1,21	0,79	3,24	0,99
Helseregion	Øst	3,61	0,65	4,48	0,72
	Sør	2,77	0,93	4,40	1,02
	Vest	2,25	0,82	4,78	0,96
	Midt	1,94	0,95	5,99	1,08
	Nord	1,42	11,63	5,03	1,13
Bosted	Landsbygd	1,77	0,71	5,45	0,84
	Småby	3,01	0,61	4,64	0,67
	Storby	2,41	0,80	4,73	0,95



### 3.1.5. Søvnproblemer

Intervjudelen av undersøkelsen inkluderer spørsmål om en rekke ulike symptomer i løpet av de siste tre månedene som har vært av en viss varighet, eller som er stadig tilbakevendende, og søvnproblemer inngår her som et symptom (punkt 13):

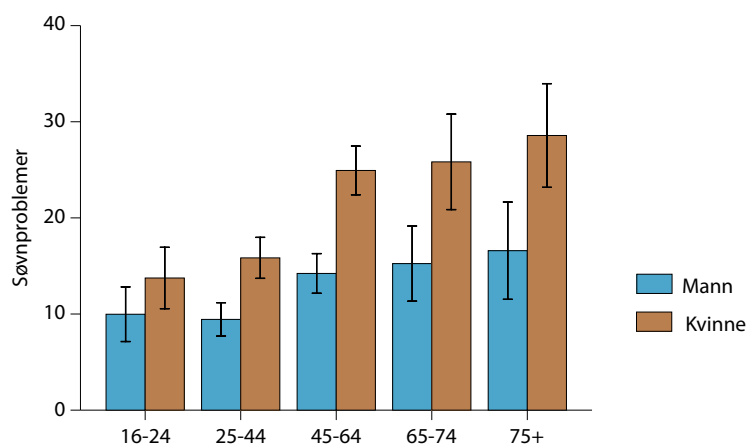
Har du i løpet av de siste 3 månedene hatt noen av følgende plager?  
Regn bare med mer varige eller stadig tilbakevendende plager, ikke forbigående plager som f.eks. forkjølelse. Flere svar mulig.

1. smerter i kroppen JA/NEI
2. hodepine eller migrene JA/NEI
3. kløe eller svie JA/NEI
4. tett nese eller rennende øyne JA/NEI
5. pustebesvær, kortpustethet eller tung pustethet JA/NEI
6. hoste JA/NEI
7. kvalme eller fordøyelsesbesvær JA/NEI
8. svimmelhet eller dårlig balanse JA/NEI
9. angst eller fobier JA/NEI
10. å være nedstemt eller deprimert JA/NEI
11. å være irritabel eller aggressiv JA/NEI
12. konsentrasjonsvansker JA/NEI
13. søvnproblemer JA/NEI
14. å være trett eller slapp JA/NEI
15. andre helseplager, Spesifiser
16. INGEN

16,5 % av deltagerne i undersøkelsen angir varige eller tilbakevendende søvnproblemer. Søvnproblemer rapporteres hyppigere blant kvinner enn blant menn (20,7 % versus 12,3 %) og forekomsten øker med alderen, især blant kvinner. Blant kvinner over 75 år er det hele 28,6 % som rapporterer om søvnplager.

**Tabell 13:** Søvnproblemer - prosent etter kjønn og alder

		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	10,0	13,7	11,9
	25-44	9,4	15,8	12,7
	45-64	14,2	24,9	19,6
	65-74	15,2	25,8	20,3
	75+	16,6	28,6	23,3
Totalt		12,3	20,7	16,5



**Figur 7:** Andel i prosent som angir søvnproblemer – etter kjønn og alder

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger, er kvinner, alder (over 45), personer som ikke lever i parforhold, personer med lav utdanning og personer med lav inntekt signifikant forbundet med høyere forekomst av vedvarende eller stadig tilbakevendende søvnplager. Helseregion er likeledes forbundet med søvnproblemer hos både menn og kvinner, men det er ingen forskjell mellom by/land. Signifikanstesting av effektene med binomial logistisk estimering bekrefter resultatene fra standard lineær estimering.

**Tabell 14:** Beregnede prosentverdier for søvnproblemer i multivariat analyse

Demografiske variable		Menn (n = 2 978)		Kvinner (n = 3 067)	
		Prosent	SE	Prosent	SE
Aldersgrupper*	16-24	5,64	1,85	8,22	2,17
	25-44	10,30	1,13	18,91	1,41
	45-64	16,82	1,16	27,26	1,37
	65-74	16,62	1,92	23,78	2,43
	75+	14,86	2,35	23,59	2,60
Lever i fast forhold*	Nei	15,49	1,23	23,56	1,43
	Ja	10,20	0,98	17,15	1,21
Utdanningsgruppe*	Lav	15,43	1,35	25,05	1,55
	Middels	12,37	1,09	20,34	1,36
	Høy	10,74	1,33	15,67	1,56
Husholdningsinntekt*	Laveste kvartil	16,75	1,37	23,13	1,52
	2. kvartil	14,31	1,33	21,83	1,56
	3. kvartil	10,07	1,38	19,90	1,69
	Høyeste kvartil	10,27	1,37	16,54	1,84
Helseregion*	Øst	13,97	1,10	19,59	1,32
	Sør	16,14	1,58	22,61	1,87
	Vest	12,58	1,38	20,09	1,71
	Midt	9,78	1,61	24,60	1,92
	Nord	11,78	2,00	14,86	2,38
Bosted	Landsbygd	11,35	1,20	20,31	1,50
	Småby	14,02	1,03	20,62	1,22
	Storby	13,18	1,52	20,13	1,73

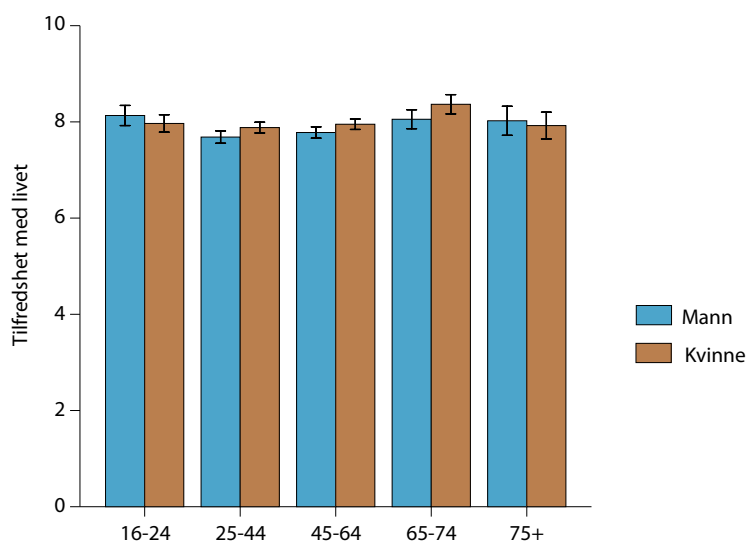
### 3.1.6. Tilfredshet med livet

Tilfredshet med livet er målt ved hjelp av ett enkelt spørsmål:

**1** Hvor fornøyd er du med livet sånn i alminnelighet? Sett ett kryss på en skala fra 1 til 10, der 1 er svært misfornøyd og 10 er svært fornøyd.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svært misfornøyd									Svært fornøyd

Gjennomsnittstallene for tilfredshetsspørsmålet er svært like for kvinner og menn (8,0 versus 7,9) og varierer bare i liten grad på tvers av aldersgrupper.



**Figur 8:** Tilfredshet med livet - gjennomsnittskåre etter alder og kjønn

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger, ser vi at menn i den yngste aldersgruppen (16-24 år) er mer tilfredse enn kvinner i tilsvarende alder. I de øvrige aldersgruppene oppgir kvinner å være mer tilfredse enn menn. Personer som lever i fast forhold er mer tilfredse enn personer som lever alene. Både menn og kvinner i alderen 25-64 år oppgir lavere tilfredshet enn de yngste og de eldste. Det er signifikante forskjeller mellom helseregionene for menn – med lavest verdier i øst og vest, høyest i Nord- og Midt-Norge, men ingen forskjeller mellom by og land. Samlet forklarer de demografiske variablene 1,6 % av variansen i tilfredshetsindikatoren.

**Tabell 15:** Beregnede gjennomsnitt for tilfredshet med livet i multivariat analyse

Demografiske variable		Menn (n = 1 977)		Kvinner (n = 2 248)	
		Gj.sn	SE	Gj.sn	SE
Aldersgrupper*	16-24	8,39	0,14	8,13	0,12
	25-44	7,54	0,08	7,72	0,07
	45-64	7,54	0,07	7,84	0,06
	65-74	7,92	0,12	8,41	0,11
	75+	8,07	0,14	8,27	0,13
Lever i fast forhold*	Nei	7,56	0,08	7,83	0,07
	Ja	8,22	0,06	8,32	0,06
Utdanningsgruppe	Lav	7,83	0,09	8,00	0,08
	Middels	7,92	0,07	8,02	0,07
	Høy	7,92	0,08	8,20	0,07
Husholdningsinntekt* (menn)	Laveste kvartil	7,65	0,09	7,94	0,08
	2. kvartil	7,79	0,09	8,10	0,08
	3. kvartil	8,02	0,09	8,04	0,08
	Høyeste kvartil	8,12	0,09	8,22	0,09
Helseregion* (menn)	Øst	7,70	0,07	8,01	0,06
	Sør	7,88	0,10	8,18	0,09
	Vest	7,84	0,09	8,08	0,08
	Midt	8,00	0,10	8,03	0,10
	Nord	8,15	0,13	8,08	0,11
Bosted	Landsbygd	7,86	0,08	8,07	0,07
	Småby	7,92	0,07	8,03	0,06
	Storby	7,90	0,10	8,13	0,84

### 3.1.7. Vitalitet

Det postale spørreskjemaet inneholder en serie på fire spørsmål om i) tiltakslyst, ii) overskudd, iii) slitenhet og iv) tretthet som utgjør et mål på vitalitet. Svarkategoriene på spørsmål i) og ii) er snudd slik at høy skåre indikerer høy grad av vitalitet.

**31** I løpet av de siste 4 ukene, hvor ofte har du... Sett ett kryss for hver linje.

	Hele tiden	Nesten hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
følt deg full av tiltakslyst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
følt deg veldig nervøs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vært så langt nede at ingenting har kunnet muntre deg opp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
følt deg rolig og harmonisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hatt mye overskudd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
følt deg nedfor og trist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
følt deg sliten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
følt deg glad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
følt deg trett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

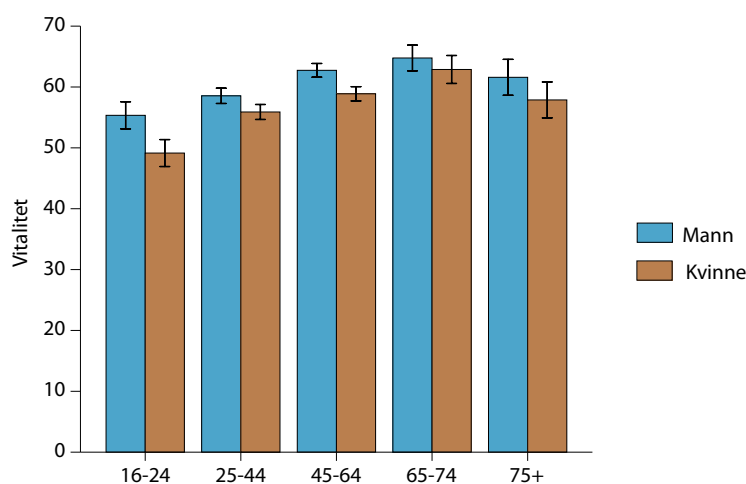
Den summerte skåren som varierer mellom 4 og 24 blir lineært transformert til en skala fra 0 til 100 i henhold til standard prosedyre. Grenseverdien er satt til 50 og lave verdier indikerer lav vitalitet (Bower et al., 2000).

Tabell 16 viser fordelingen over og under denne grenseverdien kjønn og alder. I hele materialet oppgir 23,7 % lav vitalitet fordelt på 20,3 % menn og 27,0 % kvinner.

**Tabell 16:** Lav vitalitet - prosent etter kjønn og alder

		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	21,0	33,0	27,1
	25-44	21,6	27,4	24,6
	45-64	18,7	26,7	22,7
	65-74	18,8	18,4	18,6
	75+	22,3	26,0	24,4
Totalt		20,3	27,0	23,7

Gjennomsnittsskåre for vitalitetsindikatoren for kvinner og menn er 57,42 og 61,30.



**Figur 9:** Vitalitet - gjennomsnittsskåre etter kjønn og alder

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariat analyse, ser vi at det er en tendens til høyere vitalitet blant menn enn blant kvinner i samtlige aldersgrupper, og graden av vitalitet øker med alderen from mot 75 år – både for kvinner og menn. Opplevelse av vitalitet stiger også med økende inntekt for både menn og kvinner. Menn som lever i fast forhold oppgir signifikant høyere grad av vitalitet enn menn som ikke lever i fast forhold, men forskjellene er relativt små. Det er ingen geografiske forskjeller verken med tanke på helseregion eller bostedstype. Til sammen forklarer de demografiske variablene 5,0 % av variansen i vitalitet.

**Tabell 17:** Beregnede gjennomsnitt for vitalitet i multivariat analyse

Demografiske variable		Menn (n = 1 972)		Kvinner (n = 2 235)	
		Gj.sn	SE	Gj.sn	SE
Aldersgrupper*	16-24	58,47	1,39	51,26	1,31
	25-44	57,92	0,78	54,97	0,80
	45-64	61,17	0,74	58,55	0,72
	65-74	64,62	1,16	63,55	1,28
	75+	63,02	1,45	60,60	1,50
Lever i fast forhold* (menn)	Nei	60,02	0,83	57,31	0,79
	Ja	62,07	0,63	58,26	0,67
Utdanningsgruppe* (kvinner)	Lav	60,56	0,93	56,01	0,90
	Middels	60,71	0,71	58,62	0,74
	Høy	61,86	0,83	58,72	0,83
Husholdningsinntekt*	Laveste kvartil	56,96	0,93	55,69	0,89
	2. kvartil	59,92	0,88	57,96	0,85
	3. kvartil	63,18	0,89	57,59	0,90
	Høyeste kvartil	64,16	0,87	59,89	0,99
Helseregion	Øst	60,00	0,71	56,55	0,72
	Sør	59,94	1,03	58,05	1,02
	Vest	60,28	0,89	58,58	0,95
	Midt	62,52	1,04	57,32	1,01
	Nord	62,49	1,27	58,43	1,28
Bosted	Landsbygd	61,99	0,78	57,59	0,83
	Småby	61,23	0,67	57,38	0,67
	Storby	59,92	0,99	58,39	0,9

### 3.1.8. Mestring

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

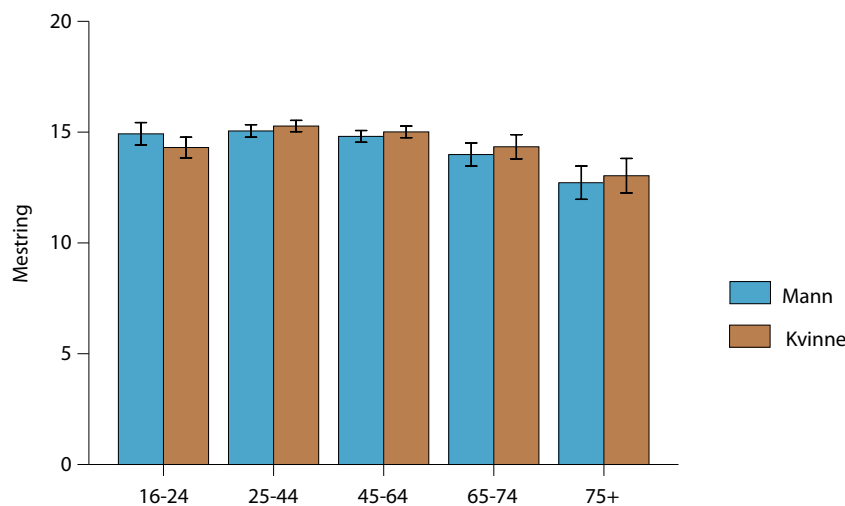
**2** Under er det satt opp fem utsagn som dreier seg om erfaringer med å kontrollere og mestre ting i livet. Vi ber deg ta stilling til i hvilken grad du synes at disse utsagnene passer for deg. Sett ett kryss for hver linje.

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

Tabell 18 angir prosentandel med lav mestring. Andelen kvinner og menn som opplever liten kontroll og mestring (grenseverdi 12) utgjør rundt 26 % og varierer lite på tvers av kjønn bortsett fra i den yngste aldersgruppen hvor vi ser at en høyere andel kvinner enn menn rapporterer om lav opplevelse av mestring. Det er spesielt høye tall i aldersgruppen over 75 år hvor 43,9 % kvinner og 41,7 % menn oppgir lav grad av mestring.

**Tabell 18:** Andel med lav mestring – prosent etter kjønn og alder

		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	22,6	30,9	27,3
	25-44	20,5	20,2	20,3
	45-64	25,1	23,9	24,5
	65-74	33,2	31,3	32,3
	75+	41,7	43,9	42,9
Totalt		25,7	25,7	25,7



**Figur 10:** Mestring - gjennomsnittskåre etter kjønn og alder

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariat analyse, ser vi at det er en tendens til høyere verdi for mestring hos kvinner enn hos menn, og graden av mestring synker noe med alderen. De som lever i fast forhold oppgir høyere grad av kontroll og mestring enn de som er alene. Det er en statistisk signifikant sammenheng mellom inntekt og mestringsfølelse, men sammenhengen synes moderat. Det er ingen geografiske forskjeller. Til sammen forklarer de demografiske variablene 3,9 % av variansen i mestring.

**Tabell 19:** Beregnede gjennomsnitt for mestring i multivariat analyse

Demografiske variable		Menn (n = 1 959)		Kvinner (n = 2 227)	
		Gj.sn	SE	Gj.sn	SE
Aldersgrupper* (menn)	16-24	15,45	0,32	14,82	0,29
	25-44	14,71	0,18	14,86	0,18
	45-64	14,32	0,17	14,75	0,16
	65-74	13,79	0,27	14,57	0,28
	75+	13,01	0,34	13,89	0,33
Lever i fast forhold*	Nei	13,86	0,19	14,35	0,18
	Ja	14,66	0,15	14,81	0,15

Demografiske variable		Menn (n = 1 959)		Kvinner (n = 2 227)	
		Gj.sn	SE	Gj.sn	SE
Utdanningsgruppe* (kvinner)	Lav	13,93	0,21	13,96	0,20
	Middels	14,28	0,16	14,64	0,16
	Høy	14,56	0,19	15,13	0,18
Husholdningsinntekt*	Laveste kvartil	13,66	0,21	14,06	0,20
	2. kvartil	13,81	0,20	14,68	0,19
	3. kvartil	14,62	0,21	14,57	0,20
	Høyeste kvartil	14,93	0,20	15,01	0,22
Helseregion	Øst	14,04	0,16	14,54	0,16
	Sør	14,14	0,24	14,51	0,22
	Vest	14,16	0,20	14,51	0,21
	Midt	14,50	0,24	14,36	0,24
	Nord	14,45	0,29	14,98	0,28
Bosted	Landsbygd	14,11	0,18	14,35	0,18
	Småby	14,44	0,15	14,59	0,15
	Storby	14,22	0,23	14,80	0,21

## 3.2. Konsekvenser av psykiske helseplager

### 3.2.1. Bruk av helsetjenester

I det postale spørreskjemaet finnes følgende spørsmål om hjelpsøking på grunn av psykiske problemer:

**7** Har du i løpet av de siste 12 månedene søkt hjelp for psykiske helseproblemer?

Ja

Nei → Gå til **12**

**8** Hvem har du søkt hjelp hos? Flere svar er mulig.

Allmennlege/fastlege

Psykolog

Psykiater

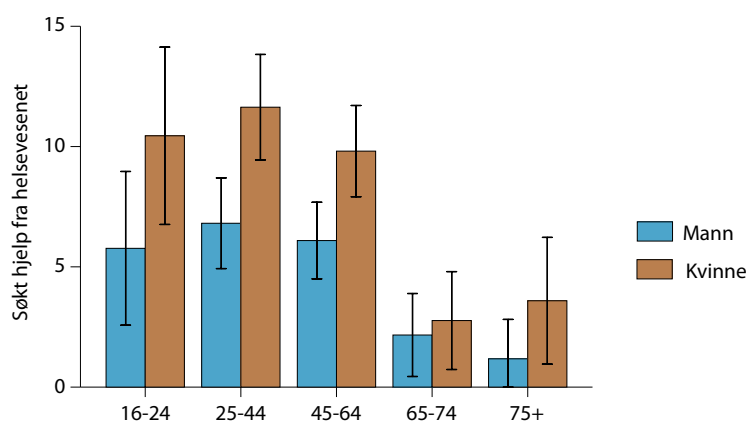
Andre

I alt er det 7,5 % av deltakerne som har søkt hjelp for psykiske problemer det siste året. Av disse utgjør 5,4 % menn og 9,3 % kvinner.

**Tabell 20:** Har søkt hjelp for psykiske helseproblemer de siste 12 månedene - prosent etter kjønn og alder

		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	5,8	10,4	8,4
	25-44	6,8	11,6	9,4
	45-64	6,1	9,8	8,0
	65-74	2,2	2,8	2,5
	75+	1,2	3,6	2,5
Totalt		5,4	9,3	7,5

Kvinner søker oftere hjelp for psykiske problemer enn menn, og det er særlig kvinner i alderen 16-44 år som søker hjelp i helsevesenet for psykiske helseproblemer.



**Figur 11:** Andel i prosent som har søkt hjelp – etter kjønn og alder

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger ser vi at det fremdeles er et høyere forbruk av helsetjenester for psykiske problemer blant kvinner enn menn, samt avtagende bruk med økende alder og med økende inntekt. Personer i alderen 25-64 år søker hyppigst hjelp. Det er ingen forskjeller helseregioner og bostedsstørrelse når det gjelder hjelpsøking i helsevesenet for psykiske helseplager, men en forskjell på tvers av parstatus. Personer som ikke lever i fast forhold oppgir å søke hjelp hyppigere enn personer som har en fast partner. Signifikantesting av effektene basert på binomial logistisk estimering gir sammenfallende resultater.

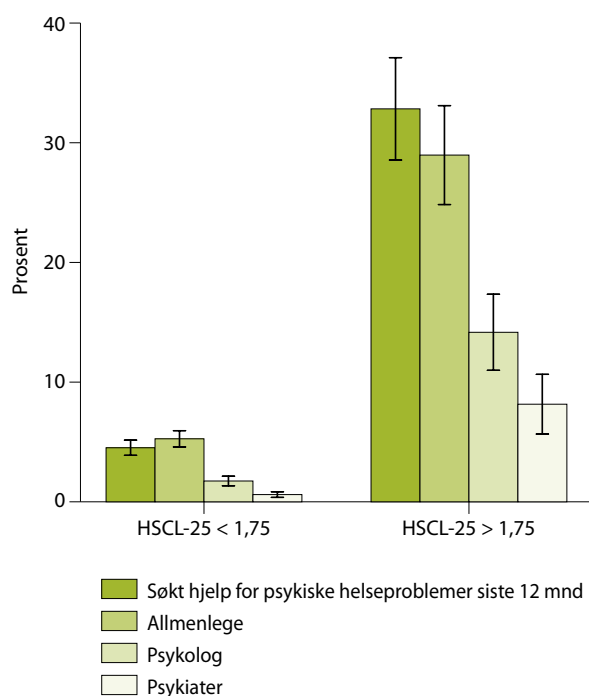
**Tabell 21:** Beregnede prosentverdier for hjelpsøking for psykiske helseproblemer det siste året i multivariat analyse

Demografiske variable		Menn (n = 1 966)		Kvinner (n = 2 194)	
		Prosent	SE	Prosent	SE
Aldersgrupper*	16-24	3,71	1,19	7,64	2,09
	25-44	8,64	1,05	13,29	1,26
	45-64	8,86	1,01	11,61	1,13
	65-74	2,99	1,56	3,02	2,02
	75+	0,67	1,97	1,73	2,38
Lever i fast forhold* (menn)	Nei	6,57	1,13	8,83	1,25
	Ja	3,38	0,85	6,09	1,07
Utdanningsgruppe*(menn)	Lav	6,38	1,25	8,19	1,41
	Middels	2,49	0,96	6,61	1,17
	Høy	6,04	1,12	7,58	1,31
Husholdningsinntekt*	Laveste kvartil	9,50	1,25	11,97	1,40
	2. kvartil	5,20	1,19	6,38	1,35
	3. kvartil	3,50	1,20	7,41	1,43
	Høyeste kvartil	1,68	1,17	4,06	1,55
Helseregion	Øst	5,54	0,96	6,91	1,13
	Sør	7,03	1,39	7,37	1,62
	Vest	5,32	1,21	6,02	1,50
	Midt	4,70	1,41	8,70	1,69
	Nord	2,27	1,72	8,28	2,02



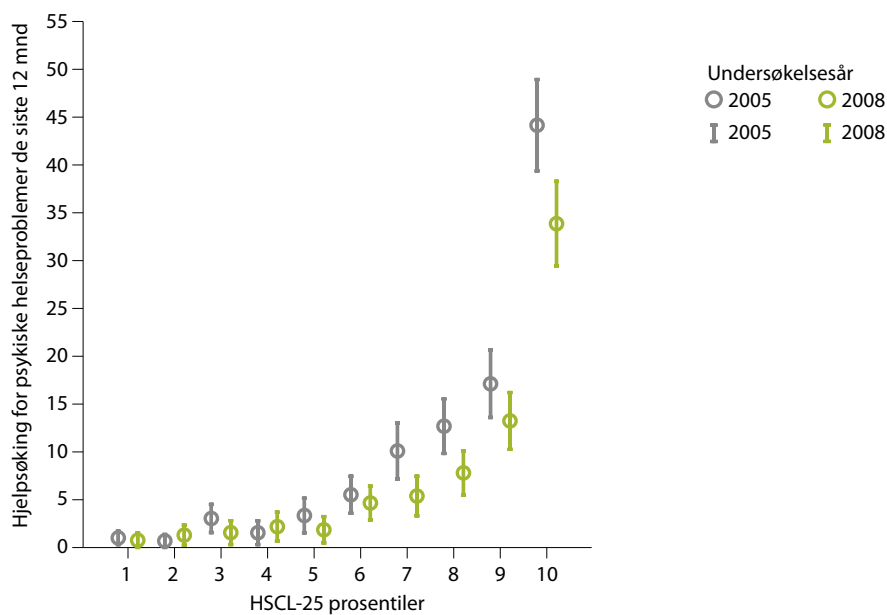
Demografiske variable		Menn (n = 1 966)		Kvinner (n = 2 194)	
		Prosent	SE	Prosent	SE
Bosted	Landsbygd	5,50	1,06	6,50	1,32
	Småby	5,37	0,90	7,58	1,05
	Storby	4,04	1,33	8,29	1,49

Av totalutvalget er det 7,9 % som har søkt hjelp for psykiske helseproblemer hos allmennlege/ fastlege, mens 2,9 % har søkt hjelp hos psykolog og 1,3 % hos psykiater. For personer med betydelige psykiske plager er andelen vesentlig høyere. Av personer som oppgir å ha betydelige psykiske problemer (HSCL-25 > 1,75), er det 32,8 % som har søkt hjelp. Det er fortrinnsvis hos allmennlege som det er søkt hjelp hos (29,0), men 14,2 % har søkt hjelp hos psykolog og 8,2 % hos psykiater. Figur 12 illustrerer hjelpsøking totalt for personer uten betydelige psykiske plager (til venstre) og for personer med betydelige psykiske plager (høyre), samt hvem det er søkt hjelp hos (allmennlege, psykolog, psykiater).



**Figur 12:** Andel i prosent som har søkt hjelp – for personer over og under grenseverdien for HSCL-25

Sammenligner vi hjelpsøking for psykiske helseproblemer i 2005 og 2008, viser beregningene en vesentlig reduksjon i hjelpsøking blant personer med betydelige psykiske plager. I 2005 var det 43,0 % i denne gruppen som hadde søkt hjelp for psykiske helseproblemer, i 2008 er det 32,8 %. Nedgangen i hjelpsøking er først og fremst å finne i de store byene og gjelder hjelpsøking hos «andre» (ikke allmennlege, psykolog og psykiater). Det ser også ut til at det er en hevet terskel for å søke hjelp for psykiske helseproblemer i 2008 sammenlignet med i 2005 (se Figur 13). Det ser altså ut til at det søkes hjelp ved lavere nivåer av psykiske plager (HSCL) i 2005 enn det gjøres i 2008.



**Figur 13:** Hjelpsøking i 2005 og 2008 i henhold til HSCL-25

### 3.2.2. Redusert arbeidsevne

Det postale spørreskjemaet inneholder også følgende spørsmål om redusert arbeidsevne de siste 12 månedene:

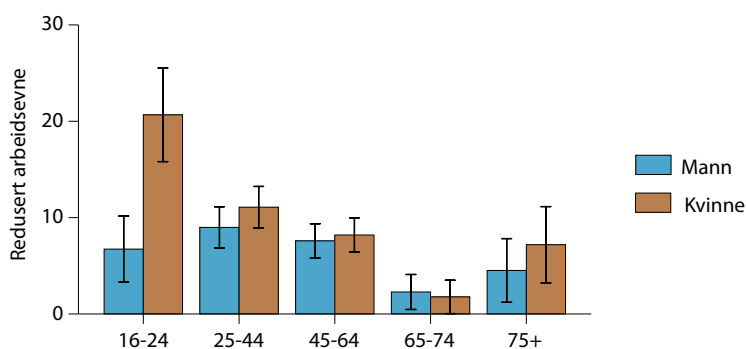
- 16** Har du hatt redusert arbeidsevne på grunn av psykiske helseproblemer de siste 12 månedene?
- Ja, helt
  - Ja, delvis
  - Nei

I underkant av 10 % av utvalget oppgir å ha hatt helt eller delvis redusert arbeidsevne på grunn av psykiske helseproblemer det siste året.

**Tabell 22:** Redusert arbeidsevne de siste 12 månedene - prosent etter kjønn og alder

		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	6,7	23,9	16,5
	25-44	9,0	13,2	11,3
	45-64	8,6	8,2	8,4
	65-74	2,3	1,8	2,0
	75+	4,5	7,2	5,9
Totalt		7,5	11,0	9,4

Andelen kvinner som rapporterer redusert arbeidsevne er større enn andelen menn, og det er særlig kvinner i alderen 16-44 år angir redusert arbeidsevne.



**Figur 14:** Andel i prosent som oppgir redusert arbeidsevne på grunn av psykiske problemer – etter kjønn og alder

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger, finner vi fremdeles at kvinner i større grad enn menn rapporterer om redusert arbeidsevne på grunn av psykiske helseproblemer. Kvinner og menn som lever alene oppgir hyppigere redusert arbeidsevne enn de som lever i fast forhold, og personer med lavere inntekt hyppigere enn personer med høy inntekt. Det er ingen forskjeller mellom by og land, men det er signifikante forskjeller mellom helseregionene for menn med høyere verdier i øst og sør. Signifikantesting av effektene basert på binomial logistisk estimering gir sammenfallende resultater med resultater basert på standard lineær modell.

**Tabell 23:** Beregnede prosentverdier for redusert arbeidsevne grunnet psykiske problemer det siste året i multivariat analyse

Demografiske variable		Menn (n = 1 929)		Kvinner (n = 2 126)	
		Prosent	SE	Prosent	SE
Aldersgrupper*	16-24	2,42	2,05	18,40	2,10
	25-44	10,77	1,15	13,21	1,28
	45-66	10,00	1,10	10,32	1,17
	67-79	3,16	1,73	1,77	2,16
	80+	3,51	2,22	4,81	2,58
Lever i fast forhold*	Nei	8,03	1,24	12,28	3,0
	Ja	3,91	0,94	7,13	1,11
Utdanningsgruppe* (menn)	Lav	7,87	1,39	11,75	1,48
	Middels	4,08	1,06	7,67	1,22
	Høy	5,96	1,23	9,70	1,35
Husholdningsinntekt*	Laveste kvartil	11,04	1,38	13,65	1,46
	2. kvartil	6,18	1,31	9,24	1,39
	3. kvartil	4,21	1,32	9,81	1,47
	Høyeste kvartil	2,46	1,29	6,10	1,60
Helseregion * (menn)	Øst	7,41	1,05	10,15	1,18
	Sør	9,57	1,53	10,42	1,66
	Vest	5,56	1,32	9,04	1,55
	Midt	4,09	1,55	11,16	1,76
	Nord	3,25	1,91	7,74	2,09
Bosted	Landsbygd	7,57	1,16	10,89	1,37
	Småby	5,77	1,00	9,75	1,10
	Storby	4,58	1,46	8,46	1,53

Av de som har angitt betydelige psykiske problemer (HSCL-25>1,75), er andelen som angir redusert arbeidsevne i totalutvalget 43,8 %. Ser man på personer i alderen 25-64 er prosentandelen 44,9 %. Tilsvarende tall blant personer uten betydelige psykiske plager er 4,7 % og 5,0 %. Vi ser dermed en sterk sammenheng mellom det å oppgi betydelige psykiske plager og opplevelse av redusert arbeidsevne som følge av slike plager.

### 3.2.3. Bruk av sykemelding/trygd

Det er brukt følgende spørsmål:

**13** Har du i løpet av de siste 12 månedene mottatt sykepenger eller andre ytelser fra folketrygden, f.eks. uføretrygd, attføringsytelser eller rehabiliteringspenger, på grunn av psykiske helseproblemer?

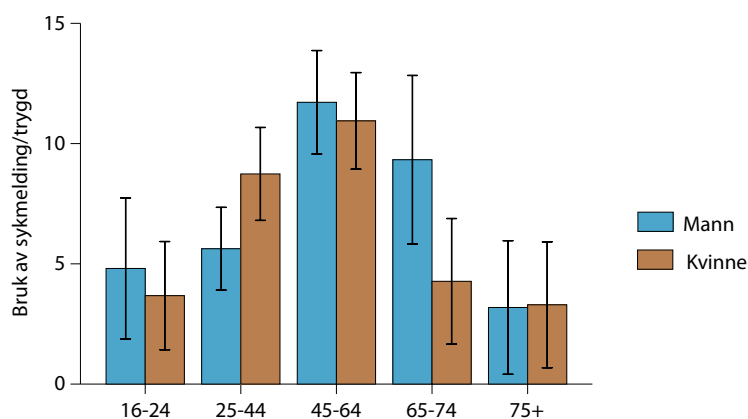
- Ja  
 Nei

Totalt oppgir 8,2 % å ha vært sykmeldt eller trygdet p.g.a. psykiske helseproblemer i løpet av det siste året. Andelen som oppgir sykemelding/trygd i totalutvalget er dermed relativt lav i dette materialet, muligens på grunn av hukommelses-bias i kombinasjon med seleksjons-bias. Av personer med HSCL-25>1,75 er andelen som oppgir å ha vært sykmeldt eller trygdet p.g.a. psykiske helseproblemer i løpet av det siste året 31,3 % - 34,8 % menn og 28,9 % kvinner.

**Tabell 24:** Har mottatt sykemelding/trygd de siste 12 månedene - prosent etter kjønn og alder

		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	4,8	3,7	4,2
	25-44	5,6	8,7	7,3
	45-64	11,7	10,9	11,3
	65-74	9,3	4,3	7,0
	75+	3,2	3,3	3,2
Totalt		8,2	8,2	8,2

I aldersgruppen 25–44 år er det flere kvinner (8,7 %) enn menn (5,6 %) som har mottatt trygdeytelser, mens det i aldersgruppen 65–74 år er flere menn (9,3 %) enn kvinner (4,3 %).



**Figur 15:** Andel sykmeldte/ trygdede i prosent - etter alder og kjønn

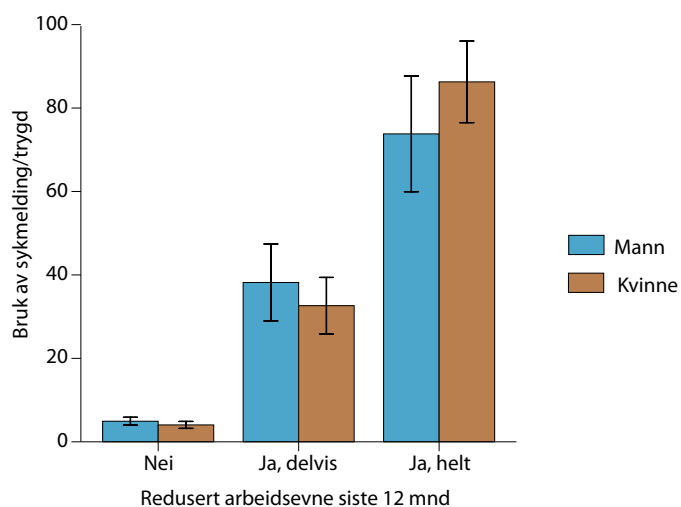
I den multivariate analysen finner vi betydelig høyere bruk av sykemelding/trygd blant menn som ikke lever i fast parforhold. Vi ser likeledes lavere bruk med stigende utdanning og inntekt. Det synes imidlertid ikke foreligge noen geografiske forskjeller, verken mellom helseregionene

eller mellom by og land. Signifikanstesting av effektene med binomial logistisk estimering bekrefter resultater basert på standard lineær modell.

**Tabell 25:** Beregnede prosentverdier for sykemelding/trygd på grunn av psykiske problemer det siste året i multivariat analyse

Demografiske variable		Menn (n = 1 943)		Kvinner (n = 2 161)	
		Prosent	SE	Prosent	SE
Aldersgrupper*	16-24	0,19	2,23	0,51	1,95
	25-44	8,60	1,24	11,10	1,19
	45-64	16,35	1,19	12,26	1,08
	65-74	10,68	1,87	3,72	1,98
	75+	1,28	2,39	0,61	2,33
Lever i fast forhold* (menn)	Nei	10,34	1,34	6,86	1,20
	Ja	4,50	1,01	4,42	1,02
Utdanningsgruppe*	Lav	11,33	1,49	9,63	1,36
	Middels	6,37	1,15	5,00	1,13
	Høy	4,56	1,33	2,29	1,25
Husholdningsinntekt*	Laveste kvartil	13,94	1,49	8,66	1,34
	2. kvartil	9,13	1,42	4,76	1,29
	3. kvartil	4,84	1,43	7,39	1,36
	Høyeste kvartil	1,78	1,40	1,75	1,49
Helseregion	Øst	7,86	1,14	5,93	1,09
	Sør	7,65	1,66	5,00	1,54
	Vest	8,04	1,45	4,91	1,44
	Midt	8,66	1,68	6,83	1,61
	Nord	4,89	2,04	5,53	1,94
Bosted	Landsbygd	8,69	1,26	5,06	1,26
	Småby	8,28	1,02	6,77	1,01
	Storby	5,29	1,58	5,10	1,42

Det er en klar sammenheng mellom opplevelse av redusert arbeidsevne som følge av psykiske helseproblemer og bruk av sykemelding eller andre ytelser fra folketrygden (Figur 16).



**Figur 16:** Andel sykmeldte/trygdede (prosent) med redusert eller intakt arbeidsevne - etter alder og kjønn

### 3.3. Risiko- og beskyttelsesfaktorer

#### 3.3.1. Sosial støtte

Spørsmålene om sosial støtte er hentet fra intervjudelen av undersøkelsen og utgjør OSS-3 skalaen (Dalgard et al., 2006). Spørsmålene er som følger:

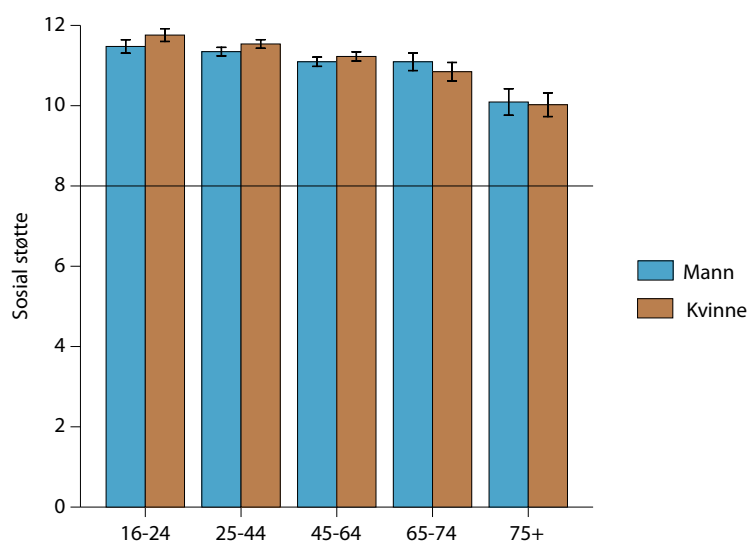
- Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du får store personlige problemer (regn også med nærmeste familie)? Svares på en skala fra: 1) Ingen 2) 1 eller 2, 3) 3 til 5 personer og 4) 6 eller flere
- Hvor stor interesse viser folk for det du gjør? Vil du si at folk viser... 1) Ingen deltagelse og interesse 2) Liten deltagelse og interesse 3) Usikker 4) Noe deltagelse og interesse 5) Stor deltagelse og interesse
- Det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det, er det... 1) Svært vanskelig 2) Vanskelig 3) Verken lett eller vanskelig 4) Lett 5) Svært lett

Verdiene legges sammen til en indeks med verdier fra 3 – 14, hvor «lav sosial støtte» er definert som verdiene under eller lik 8. I den norske befolkningen opplever 9,3 % å ha lav sosial støtte (Tabell 27). Andelen øker betydelig med alderen og i aldersgruppen over 75 år opplever 28,5 % av menn og 25,2 % av kvinner lite sosial støtte.

**Tabell 27:** Lav sosial støtte - prosent etter kjønn og alder

		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	6,3	4,6	5,5
	25-44	7,5	6,8	7,1
	45-64	9,7	8,2	8,9
	65-74	9,3	12,6	10,9
	75+	28,5	25,2	26,7
Totalt		9,6	8,9	9,3

Figur 17 angir gjennomsnittsverdiene for kvinner og menn i de ulike aldersgruppene på OSS-3.



**Figur 17:** Sosial støtte - etter alder og kjønn.

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger ser vi at alder, utdanning og inntekt fremdeles er signifikant forbundet med opplevelse av sosial støtte – for kvinner så vel som for menn, men forskjellene er marginale. Det er imidlertid en klar og synkende trend med økende alder. Det er ingen vesentlige geografiske forskjeller på tvers av helseregion eller bostedsstørrelse.

**Tabell 28:** Beregnede gjennomsnitt for sosial støtte i multivariat analyse

Demografiske variable		Menn (n = 2 866)		Kvinner (n = 2 945)	
		Gj.sn	SE	Gj.sn	SE
Aldersgrupper*	16-24	11,71	0,11	12,02	0,10
	25-44	11,25	0,06	11,42	0,07
	45-64	10,85	0,07	11,12	0,07
	65-74	10,81	0,11	10,93	0,12
	75+	10,03	0,14	10,22	0,13
Lever i fast forhold* (menn)	Nei	10,72	0,07	11,13	0,07
	Ja	11,14	0,06	11,15	0,06
Utdanningsgruppe*	Lav	10,78	0,08	10,80	0,07
	Middels	10,84	0,06	11,12	0,07
	Høy	11,18	0,08	11,52	0,07
Husholdningsinntekt*	Laveste kvartil	10,78	0,08	10,93	0,07
	2. kvartil	10,81	0,08	11,11	0,08
	3. kvartil	10,89	0,08	11,18	0,08
	Høyeste kvartil	11,23	0,08	11,35	0,09
Helseregion	Øst	10,90	0,06	11,12	0,06
	Sør	10,85	0,09	11,23	0,09
	Vest	11,05	0,08	11,13	0,08
	Midt	11,03	0,09	11,17	0,09
	Nord	10,83	0,11	11,07	0,11
Bosted* (menn)	Landsbygd	11,06	0,07	11,22	0,07
	Småby	10,98	0,06	11,14	0,06
	Storby	10,76	0,09	11,07	0,08

### 3.3.2. Egenvurdert helse

Egenvurdert helse ble målt med et enkelt spørsmål fra intervjudelen av undersøkelsen.

Spørsmålet er som følger:

Hvordan vurderer du din egen helse sånn i alminnelighet. Vil du si at den er meget god, god, verken god eller dårlig, dårlig eller meget dårlig?

MEGET GOD

GOD

VERKEN GOD ELLER DÅRLIG

DÅRLIG

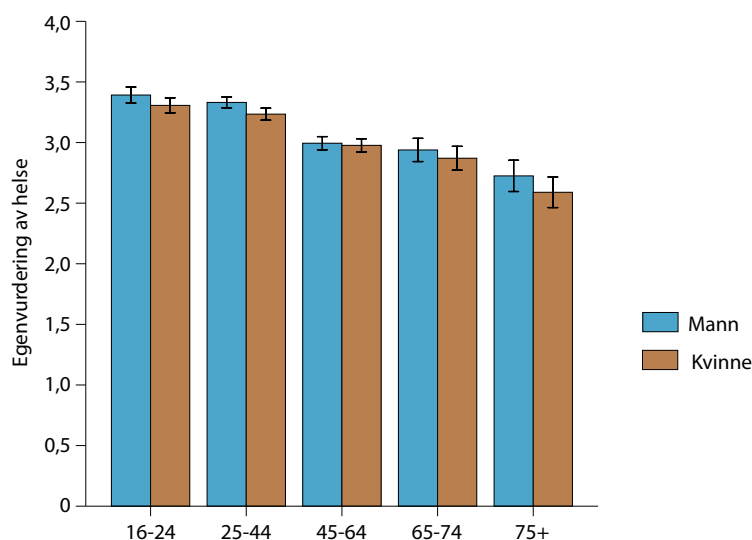
MEGET DÅRLIG

Personer som svarte at de hadde dårlig eller meget dårlig helse ble slått sammen for å undersøke andel som oppgir dårlig helse (se Tabell 29). Andelen som rapporterer om dårlig helse øker med alderen, og blant personer over 75 år er det 34,1 % av menn og 41 % av kvinner som angir nedsatt helse.

**Tabell 29:** Dårlig egenvurdert helse - prosent etter kjønn og alder

		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	9,5	9,8	9,6
	25-44	9,9	14,1	12,0
	45-64	22,4	25,4	23,9
	65-74	23,8	28,1	25,9
	75+	34,1	41,0	38,0
Totalt		17,3	20,9	19,1

Figur 18 angir gjennomsnittsverdier for egenvurdert helse for kvinner og menn i de ulike aldersgruppene. En skåre på 4 angir meget god helse, mens en skåre på 0 angir meget dårlig helse. Vi ser av figuren at det er en klar reduksjon i egenvurdert helse med stigende alder.



**Figur 18.** Egenvurdert helse – etter kjønn og alder

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger ser vi at økende inntekt og utdanning fremdeles er signifikant forbundet med bedre egenvurdert helse – for kvinner så vel som menn. Det er en klar synkende trend med økende alder, men ingen vesenlige forskjeller mellom helseregionene, på tvers av bostedsstørrelse eller på tvers av parstatus. Signifikantesting av effektene med ordinal probit estimering gir sammenfallende resultater.



**Tabell 30:** Beregnede gjennomsnitt for egenvurdert helse i multivariat analyse

Demografiske variable		Menn (n = 2 978)		Kvinner (n = 3 067)	
		Prosent	SE	Prosent	SE
Aldersgrupper*	16-24	3,50	0,05	3,48	0,05
	25-44	3,29	0,03	3,14	0,03
	45-64	2,92	0,03	2,90	0,03
	65-74	2,93	0,05	2,96	0,05
	75+	2,78	0,06	2,77	0,06
Lever i fast forhold	Nei	3,05	0,03	3,02	0,03
	Ja	3,11	0,02	3,07	0,03
Utdanningsgruppe*	Lav	2,97	0,03	2,82	0,03
	Middels	3,03	0,03	3,05	0,03
	Høy	3,23	0,03	3,23	0,03
Husholdningsinntekt*	Laveste kvartil	2,93	0,03	2,90	0,03
	2. kvartil	3,01	0,03	3,01	0,03
	3. kvartil	3,11	0,03	3,06	0,04
	Høyeste kvartil	3,26	0,03	3,23	0,04
Helseregion* (kvinner)	Øst	3,08	0,03	3,04	0,03
	Sør	3,08	0,04	3,15	0,04
	Vest	3,11	0,03	3,07	0,04
	Midt	3,11	0,04	3,04	0,04
	Nord	3,00	0,05	2,96	0,05
Bosted	Landsbygd	3,05	0,03	3,02	0,03
	Småby	3,09	0,03	3,04	0,03
	Storby	3,10	0,04	3,09	0,04

### 3.3.3. Alkoholforbruk

Vi har inndelt materialet i personer med risikofylt (drikker på rødt), betydelig (drikker på gult) og moderat/lavt (drikker på grønt) alkoholforbruk basert på følgende spørsmål fra det postale spørreskjemaet, med unntak av spørsmålet om beruselse:

**18** I løpet av de siste 12 månedene, hvor ofte har du... Sett ett kryss for hver linje.

	Ingen ganger	1 gang i mnd eller sjeldnere	2-3 ganger i mnd	1 gang per uke	2-3 ganger per uke	4-5 ganger per uke	6-7 ganger per uke
drukket noen form for alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drukket så mye at du har følt deg tydelig beruset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drukket 6 drinker eller mer på en kveld som tilsvarer 4 halvliters pils eller 1/1 flaske vin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

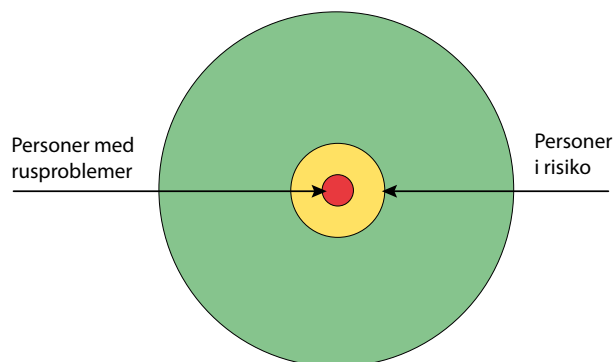
**19** Hvor mange alkoholenheter drikker du på en "typisk" drikkedag?

Se tabell for omregning til alkoholenheter. Sett ett kryss.

- 1 eller 2
- 3 eller 4
- 5 eller 6
- 7, 8 eller 9
- 10 eller flere
- Drikker ikke alkohol

Type	Mengde	Alkohol-enheter
Pils	½ flaske (0,33 l).....	1
	2 halvliters.....	3
Sterkt øl	2 halvflasker.....	3
Vin	1 glass.....	1
	1 flaske.....	6
Hetvin	1 lite glass.....	1
	1 flaske.....	10
Brennevin	4 cl.....	1
	1 flaske.....	18

Figur 19 illustrerer en risikosone for alkoholforbruk. Risikofylt alkoholforbruk («drikke på rødt») representerer forbruk som kan indikere alkoholproblemer og studier kordinert av Verdens helseorganisasjon har satt grenseverdien for klart risikofylt drikking til 14 AE ukentlig for kvinner og 21 AE for menn (Frøyland, 2005). Personer i risiko, med et betydelig alkoholforbruk («drikker på gult») befinner seg også i en faresone (for menn 13-21 AE ukentlig, for kvinner 9-13 AE ukentlig).



**Figur 19:** Risikosonen for alkoholforbruk

Vi ser av tabell 31 og 32 at det er flere menn enn kvinner som befinner seg i risikosonen og har et risikofylt eller betydelig alkoholkonsum. Både for menn og kvinner ser vi en minkende andel med høyt alkoholforbruk (risikofylt eller betydelig alkoholkonsum) med stigende alder, og spesielt er dette tydelig for menn.

**Tabell 31:** Alkoholforbruk for menn i ulike aldersgrupper

		MENN		
		Grønt	Gult	Rødt (Risikofylt)
Alder	16-24	68,9	25,8	5,3
	25-44	73,8	21,1	5,1
	45-64	77,2	15,8	7,0
	65-74	87,0	8,4	4,6
	75+	95,1	4,9	0,0
Totalt		77,7	16,9	5,5

**Tabell 32:** Alkoholforbruk for kvinner i ulike aldersgrupper

		KVINNER		
		Grønt	Gult	Rødt (Risikofylt)
Alder	16-24	81,5	13,5	5,0
	25-44	93,6	4,6	1,8
	45-64	94,0	4,5	1,5
	65-74	94,9	3,2	1,8
	75+	96,5	2,8	0,7
Totalt		92,7	5,3	2,0

Sammenhengene nevnt ovenfor er de samme når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger. Menn har et høyere alkoholforbruk enn kvinner i samtlige aldersgrupper, og menn som ikke

lever i fast forhold har et høyere alkoholforbruk enn menn med fast partner. Det er ingen forskjeller mellom helseregionene, men det synes å være en større andel menn med et betydelig alkoholforbruk i byer og større steder enn det er i mindre tettbygde strøk. Signifikanstesting av effektene med binomial logistisk estimering gir i hovedsak sammenfallende resultater, men bekrefter ikke signifikant effekt av alder.

Til sammen forklarer de demografiske variablene 1,6 % av variansen i risikofylt forbruk av alkohol og 6,2 % av variansen i betydelig forbruk.

**Tabell 33:** Beregnede prosentverdier for risikofylt alkoholforbruk i multivariat analyse

Demografiske variable		Menn (n = 1 583)		Kvinner (n = 1 980)	
		Prosent	SE	Prosent	SE
Aldersgrupper*	16-24	5,80	2,43	6,70	4,40
	25-44	7,51	1,30	2,45	1,15
	45-64	9,37	1,22	1,98	0,80
	65-74	6,85	1,82	2,62	0,41
	75+	0,69	2,37	0,52	0,33
Lever i fast forhold* (menn)	Nei	8,31	1,39	3,47	0,69
	Ja	3,78	1,04	2,24	0,60
Utdanningsgruppe	Lav	5,50	1,55	2,93	0,79
	Middels	7,27	1,17	2,67	0,64
	Høy	5,37	1,38	2,95	0,72
Husholdningsinntekt	Laveste kvartil	7,95	1,53	3,13	0,79
	2. kvartil	5,21	1,14	2,38	0,73
	3. kvartil	4,24	1,15	3,21	0,77
	Høyeste kvartil	6,77	1,15	2,69	0,85
Helseregion	Øst	6,48	1,16	3,31	0,63
	Sør	6,16	1,70	3,94	0,87
	Vest	6,32	1,48	2,40	0,83
	Midt	5,86	1,68	2,16	0,92
	Nord	5,41	2,07	2,46	1,11
Bosted	Landsbygd	4,08	1,13	2,75	0,72
	Småby	6,41	1,10	2,05	0,59
	Storby	7,64	1,64	3,76	0,82

*Merk! Sammenligner risikofylt forbruk mot moderat forbruk.*

**Tabell 34:** Beregnede prosentverdier for betydelig alkoholforbruk i multivariat analyse

Demografiske variable		Menn (n = 1 811)		Kvinner (n = 2 051)	
		Prosent	SE	Prosent	SE
Aldersgrupper*	16-24	29,51	3,23	17,60	1,71
	25-44	24,92	1,80	4,11	1,01
	45-64	19,31	1,76	4,23	0,93
	65-74	13,96	2,73	3,42	1,73
	75+	8,80	3,54	3,48	2,18
Lever i fast forhold* (menn)	Nei	23,16	1,96	5,95	1,10
	Ja	15,44	1,49	7,19	0,91

Demografiske variable		Menn (n = 1 811)		Kvinner (n = 2 051)	
		Prosent	SE	Prosent	SE
Utdanningsgruppe	Lav	20,85	2,18	6,02	1,20
	Middels	18,52	1,69	5,75	0,98
	Høy	18,52	1,95	7,93	1,09
Husholdningsinntekt	Laveste kvartil	16,98	2,22	7,75	1,19
	2. kvartil	18,60	2,07	5,35	1,12
	3. kvartil	19,54	2,07	5,76	1,18
	Høyeste kvartil	22,08	2,05	7,40	1,28
Helseregion	Øst	19,27	1,67	6,84	0,95
	Sør	21,66	2,42	7,30	1,32
	Vest	18,80	2,11	5,56	1,26
	Midt	18,06	2,42	6,96	1,39
	Nord	18,71	3,01	6,17	1,68
Bosted * (menn)	Landsbygd	16,02	1,83	4,84	1,11
	Småby	18,51	1,58	6,73	0,89
	Storby	23,37	2,31	8,12	1,23

*Merk! Sammenligner betydelig forbruk mot moderat forbruk*

### 3.3.4. Risikospilling

Det postale spørreskjemaet inneholder to spørsmål om problemer knyttet til spilleatferd (LieBet skalaen).

**29** Bruker du stadig mer penger på spillingen for å bli tilfreds eller oppnå den ønskede spenningen?

- Ja  
 Nei

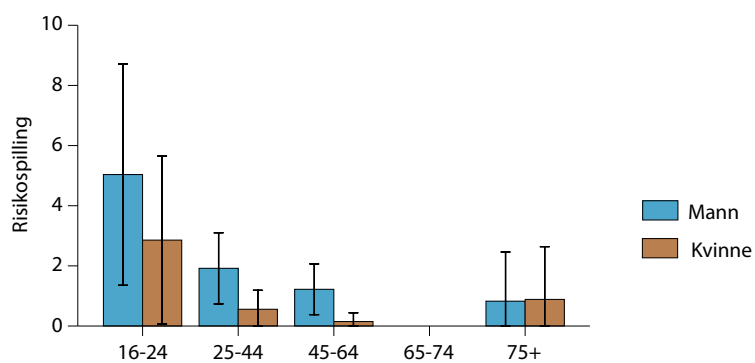
**30** Lyver du for familiemedlemmer eller andre for å skjule omfanget av spillingen?

- Ja  
 Nei

Personer som svarer ja på ett eller begge spørsmål som inngår i denne skalaen anses å drive med risikospilling (Gøtestam et al., 2004). Det er en tendens til mer risikospilling blant yngre enn blant eldre. I aldersgruppen 16-24 år er det 5,0 % menn og 2,9 % kvinner som oppgir å ha problemer med spill.

**Tabell 35:** Risikospilling - prosent etter kjønn og alder

		Menn	Kvinner	Totalt
Alder	16-24	5,0	2,9	3,9
	25-44	1,9	0,6	1,2
	45-64	1,2	0,1	0,7
	65-74	0,0	0,0	0,0
	75+	0,8	0,9	0,9
Totalt		1,6	0,5	1,1



**Figur 20:** Andel i prosent som oppgir risikospilling – etter kjønn og alder

Når vi kontrollerer for innbyrdes sammenhenger i multivariat analyse, ser vi at det særlig er personer i den yngste aldersgruppen som rapporterer om spillproblemer og at menn rapporterer flere problemer enn det kvinner gjør. Det er en sammenheng mellom lav inntekt og spillproblemer både for menn og kvinner. Lav utdanningsnivå er bare signifikant forbundet med spillproblemer blant menn. Det er ingen signifikante forskjeller på tvers av parstatus eller helse-regioner, men menn som er bosatt i småby eller storby rapporterer oftere om spillproblemer enn menn bosatt i mindre tettbygde strøk. Resultater basert på binomial logistisk estimering bekrefter resultater basert på standard lineær modell.

**Tabell 36:** Beregnede gjennomsnitt for risikospilling i multivariat analyse

Demografiske variable		Menn (n = 1 461)		Kvinner (n = 1 485)	
		Gj.sn	SE	Gj.sn	SE
Aldersgrupper*	16-24	4,50	1,16	2,47	0,66
	25-44	1,69	0,62	0,78	0,36
	45-64	1,07	0,59	0,38	0,32
	65-74	0,01	0,95	0,06	0,56
	75+	0,30	1,19	0,94	0,74
Lever i fast forhold	Nei	1,11	0,68	1,20	0,38
	Ja	1,89	0,51	0,75	0,31
Utdanningsgruppe* (menn)	Lav	2,88	0,74	1,21	0,41
	Middels	1,06	0,56	0,97	0,34
	Høy	0,57	0,70	0,59	0,39
Husholdningsinntekt* (menn)	Laveste kvartil	3,51	0,74	1,23	0,41
	2. kvartil	0,27	0,71	0,65	0,39
	3. kvartil	1,00	0,73	1,02	4,23
	Høyeste kvartil	1,23	0,72	0,80	0,46
Helseregion	Øst	1,66	0,59	0,83	0,34
	Sør	0,80	0,86	0,61	0,47
	Vest	3,07	0,73	0,38	0,46
	Midt	0,64	0,85	0,88	0,48
	Nord	1,35	0,98	1,93	0,56
Bosted* (menn)	Landsbygd	0,55	0,63	1,34	0,38
	Småby	2,38	0,55	0,86	0,31
	Storby	1,57	0,81	0,56	0,45

### 3.3.5. Risiko på individnivå og tilskrivbar risiko på populasjonsnivå

Tabellen nedenfor viser forholdet mellom risikoeksponering og henholdsvis i) høy HSCL, ii) høy MHI-5, iii) livstidsforekomst av alvorlig depresjon, iv) bruk av legemidler for psykiske plager (legemidler mot depresjon og angstlignende plager), v) hjelpsøking for psykiske helseproblemer og vi) sykemelding/trygd.

Vi har delt risikofaktorene inn i a) livshendelser som har skjedd siste året, b) tilstander som antas å være mer langvarige eller kroniske og c) livsstilsfaktorer. Betydningen av belastende livshendelser som er mer kortvarige og forbigående av natur kan muligens ikke sammenlignes direkte med eksponeringsfaktorer som er mer langvarige og kroniske.

**Tabell 37:** Odds ratio (OR) justert for alder og kjønn (logistisk regresjons analyse) ved tilstedeværelse av de ulike risikofaktorer. Andelen som har denne risikofaktoren er angitt i prosent.

Odds ratio for helseutfall							
Hendelser i løpet av siste året	Prevalens %	HSCL-25>1,75	MHI-5<56	Alvorlig depresjon	Tar medisin	Søkt hjelp	Trygdet eller sykmeldt*
To eller flere negative livshendelser	22,3	4,60	4,91	3,24	2,91	3,49	3,00
Alvorlige økonomiske problemer	5,5	10,48	9,70	6,87	6,94	5,25	4,64
Du er blitt separert på grunn av problemer i ekteskapet/samboerskapet	2,7	3,97	5,88	3,36	3,61	3,68	2,48
Du er blitt arbeidsledig eller har forgyeves søkt etter ny jobb i mer enn en måned	3,7	6,00	6,66	4,28	3,03	2,25	2,75
Du er blitt avskjediget fra din jobb	1,5	5,08	5,54	3,89	2,84	2,50	5,06
Utsatt for vold	2,5	3,52	4,37	2,02	4,02	2,11	2,02
Bruk av narkotika	2,7	5,43	4,75	3,40	4,93	4,04	3,24
<b>Livssituasjon</b>							
Lav sosial støtte	9,3	4,06	3,89	2,15	3,56	1,91	2,20
Kronisk sykdom	40,2	2,38	2,12	2,08	3,21	2,19	3,50
Kronisk smerte	26,7	2,99	2,40	2,34	3,40	2,41	3,19
Arbeidsledig de siste 3 mnd	2,4	3,55	3,37	3,36	1,86	3,26	4,13
Under fattigdoms grense	7,4	2,19	2,32	1,51	1,70	1,40	2,93
Bo alene	25,9	1,91	2,58	1,53	2,22	1,43	1,96
<b>Livsstil</b>							
Risikospilling	1,1	8,50	6,62	3,35	2,85	3,07	3,39
Høyt alkoholkonsum (rødt/risikofyllt)**	4,4	2,96	2,80	2,10	2,23	2,34	1,92
Daglig røyking	20,4	2,85	2,44	1,88	3,38	2,46	2,93
Lav mosjon (ikke trim ukentlig)	26,6	2,42	2,16	1,46	2,39	1,43	1,56

Merk! Sammenligningene gjelder for personer med den gitte risikofaktoren og «alle øvrige hvis ikke annet er angitt.

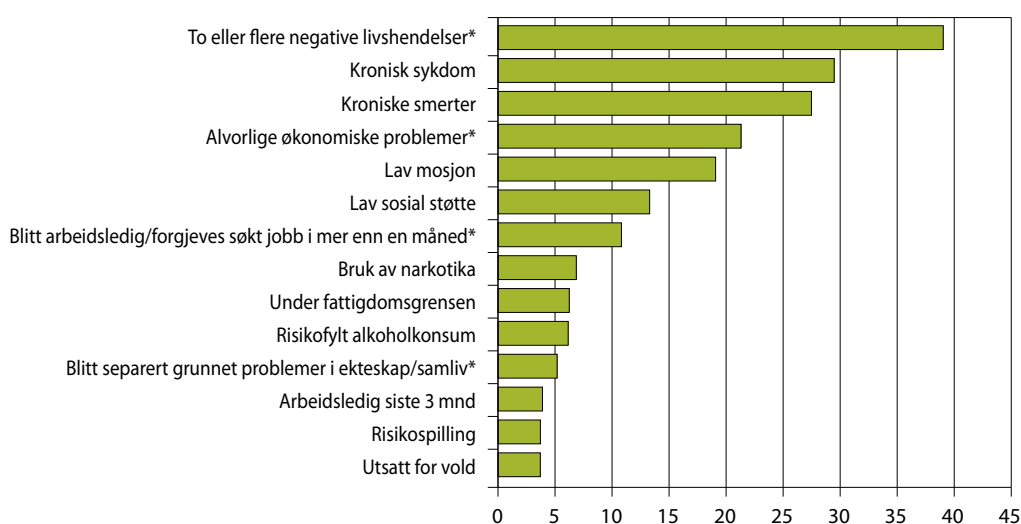
Det er kontrollert for alder og kjønn, ikke faktorene seg i mellom.

\* For alderen 25-64 år, \*\* Sammenlignet med moderat/lavt forbruk.

Samtlige OR som er oppgitt i tabellen er signifikante. Det er imidlertid relativt store forskjeller i OR knyttet til de ulike risikofaktorene. Samtlige av de belastende livshendelsene er forbundet med sterk økning i risiko (OR (HSCL-25): 3,5-10,5). Spesielt høye tall observeres for alvorlige økonomiske belastninger det siste året. Vi ser at samtlige utfallsmål er forbundet med sterk risikoøkning (OR: 4,6-10,5) ved alvorlige økonomiske problemer. Lav sosial støtte og arbeidsledighet utgjør livssituasjonsmål forbundet med særlig høy risiko for den enkelte, mens den livsstilsindikatoren som gir størst utslag er risikospilling (OR (HSCL-25): =8,5). Tabellen viser

imidlertid stor variasjon i forekomst av de ulike risikofaktorene. Selv om eksponering for en risikofaktor, som f. eks det å ha problemer med risikospilling, er knyttet til betydelige psykiske problemer og et forhøyet forbruk av helsetjenester og trygdeytelser, kan betydningen av risikofaktoren for folkehelsen allikevel være beskjeden når det er relativt få som eksponeres. Effektene kan også være delvis spuriøse etter som det ikke er kontrollert for faktorene seg i mellom (tabellen oppgir ikke partielle effekter).

Når man skal vurdere betydningen av en risikofaktor for folkehelsen, er det vanlig å beregne tilskrivbar risiko på populasjonsnivå eller Population Attributable Risk (PAR). PAR er et mål på den teoretiske bedringen av folkehelsen (i prosent) som man kunne forvente ved å eliminere den gitte risikofaktoren. Når man skal tolke PAR, er det imidlertid flere forhold som man må tenke på. Når gruppene er overlappende eller har felles bakenforliggende årsaker, så vil summen av de tilskrivbare risikoene i prosent kunne overskride 100 %. Dessuten kan årsaksrekkefølgen gå i motsatt retning, som f. eks ved at avskjedigelse fra jobb er forårsaket av psykiske helseproblemer og ikke motsatt. Figur 21 viser beregninger av PAR for HSCL-25>1,75 i prosent. Figuren viser at opphopning av negative livshendelser (to eller flere) det siste året, kroniske smerter, kronisk somatisk sykdom og alvorlige økonomiske problemer er de risikofaktorene som slår sterkest ut på populasjonsnivå.



\*I løpet av de siste 12 månedene

**Figur 21:** Tilskrivbar risiko på befolkningsnivå for HSCL-25>1,75 justert for kjønn og alder.<sup>3</sup>

3 PAR er basert på Relative Risk og beregnet som beskrevet i Szklo & Nieto (2000).







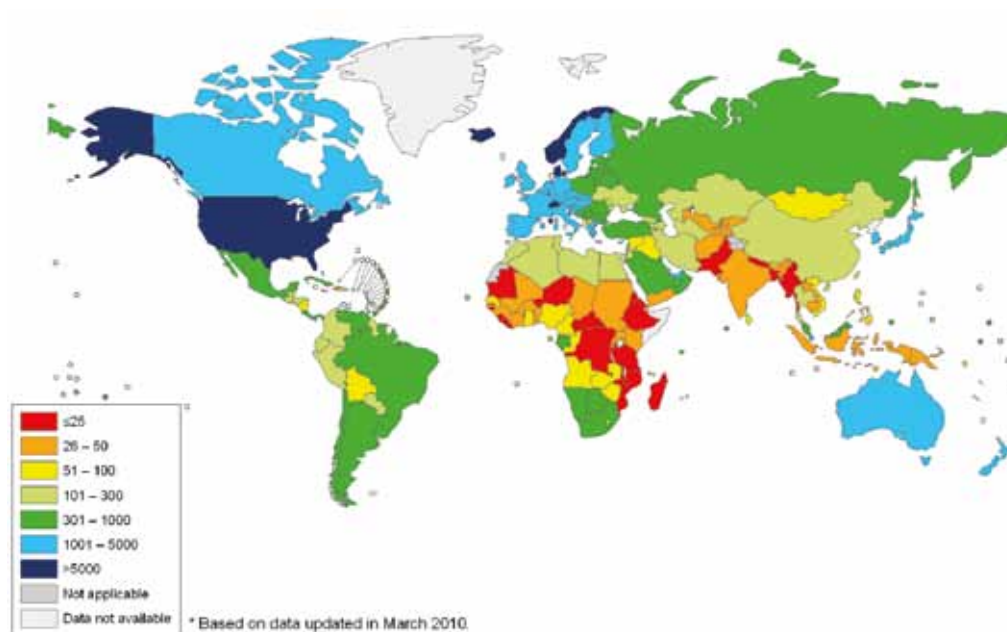
# 4 Internasjonale sammenligninger

## 4.1. Innledning

Internasjonale sammenligninger kan gi verdifull informasjon om psykiske plager og lidelser som samfunnsproblem, forhold som påvirker den psykiske helsen, samt omfang og bruk av behandlingsressurser. En forutsetning for slike sammenligninger er internasjonalt godtatte indikatorer og sammenlignbare data. Både EU og Verdens helseorganisasjon har arbeidet med utvikling av et sett av indikatorer for slike formål, og det er foretatt flere internasjonale undersøkelser som muliggjør direkte sammenligninger av resultater fra ulike land. Blant annet fordi Norge ikke er medlem av EU, eksisterer det ikke alltid sammenlignbare tall fra Norge. Det er imidlertid foretatt separate undersøkelser i Norge der de samme måle metodene har vært brukt, slik at man kan gjøre omtrentlige sammenligninger.

Norge er fortsatt av de land som hvert år bruker mest ressurser på helse, og blant de land i verden med størst offentlig finansiering av helsetjenestene per innbygger.

**Figur 22.** Totale utgifter til helse per capita i 2007 (i US dollar)



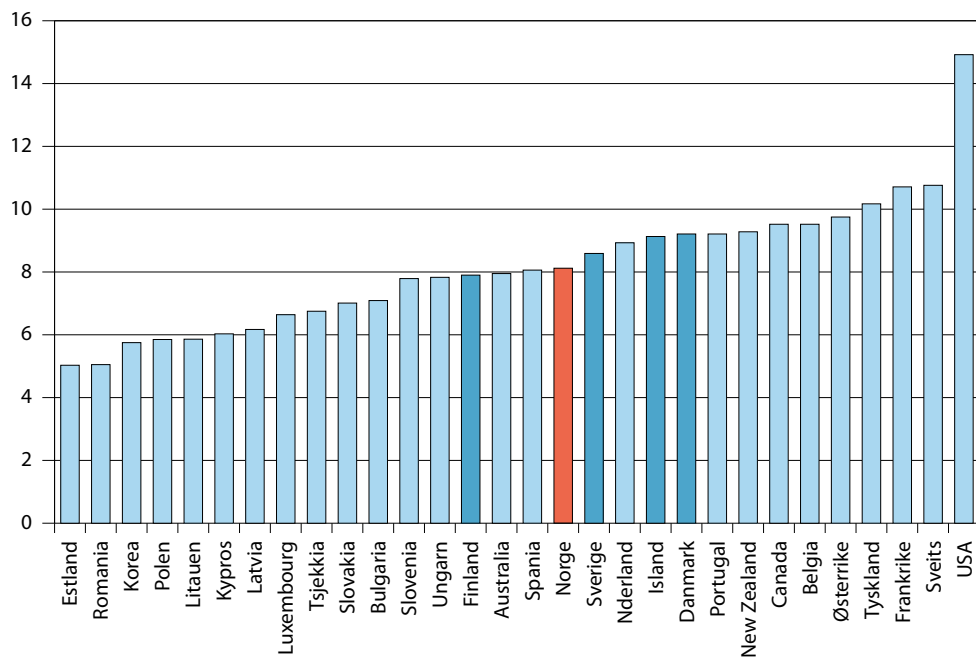
Kilde: WHO 2010

Når det gjelder helseutgifter per capita ligger Norge høyest av OECD landene med ett enkelt unntak (USA) (se Figur 22). De totale helseutgiftene i Norge - både offentlige og private - utgjorde 217 mrd kroner i 2008. Dette betyr i gjennomsnitt 45 500 kroner per innbygger. Utgifter til helse (per capita) har vært økende og gjennomsnittlig steget med 1,7 % per år i Norge mellom 2000 og 2008. Dette utgjør imidlertid den nest laveste veksten innenfor OECD (gjennomsnitt 4,2 %).

Hvor stor andel av de totale helseutgifter som øremerkes psykiske helseformål varierer betydelig. Data fra 22 europeiske land viste at bare 5 land (England, Luxemburg, Tyskland, Malta

og Norge) brukte 10 % eller mer av det totale helsebudsjettet på psykisk helse (McDaid et al., 2004). I Storbritannia brukes for eksempel rundt 14 % av helsemidlene til psykisk helse, mens det i Bulgaria brukes rundt 2 % av tilsvarende midler (WHO, 2008). Direkte sammenlignbare tall foreligger ikke for Norge. Figur 23 viser imidlertid utgifter (offentlige og private) til psykisk helse og rusmisbruk som prosentandel av BNP på tvers av land. Norge ligger her rundt gjennomsnittet. Sammenligninger av budsjettene bør imidlertid gjøres med noen grad av forsiktighet fordi de kan underestimere de totale bevilgningene til psykisk helse.

**Figur 23.** Totale utgifter til psykisk helse og rusmisbruk (sykehus) – prosent av BNP



Kilde: Eurostat 2010 (basert på tall fra 2006)

## 4.2. Datagrunnlag

De internasjonale sammenligningene som presenteres i denne delen av rapporten, baserer seg i hovedsak på European Social Survey data (ESS) fra 2006 og 2008, Eurobarometerundersøkelsen (2003), European Quality of Life Survey (EQLS) fra 2007-2008, World Values Survey (2009) og Verdens helseorganisasjons Health for All database (2008-2010). Sammenligninger av utvikling i bruk av legemidler mot depresjon og angstlignende plager er hentet fra rapport fra Nordisk medisinalstatistikkomité (Nomesko) i 2009. Resultater fra ESS (2006) er i hovedsak hentet fra National Accounts of Well-being (2009) og gjengitt med godkjenning fra institusjonen som sto for rapporten (New Economics Foundation). Forklaring av utregning og transformering av skåre er gitt i Michaelson et al. (2009). Illustrasjoner og beregninger basert på ESS 2008 er egne.

Norske resultater er markert i figurene (rødt) bare dersom Norge har deltatt i den gitte internasjonale undersøkelsen. Der tallene fra Norge er basert på separate undersøkelser, vil disse bli presentert for seg i teksten.

Ettersom denne tilstandsrapporten er en oppfølging av Rapport 2009:6 og det ikke foreligger nye data for flere av de psykiske helsemålene som ble presentert i denne tidligere rapporten, vil vi i hovedsak presentere oppdaterte resultater der disse foreligger og ellers benytte noen av de samme datakildene som ble brukt i Rapport 2009:6. Sammenligningsgrunnlaget er i all hovedsak de øvrige europeiske landene.

## 4.3. Psykisk helse

### 4.3.1. *Psykiske lidelser*

Når det gjelder diagnostiserte psykiske lidelser foreligger det få internasjonale undersøkelser med felles metodikk der en direkte kan sammenligne hyppigheten av psykiske lidelser. Rapport 2009:8 (Mykletun et al., 2009) gir en oversikt over tilgjengelige datakilder og beregninger for de ulike psykiske lidelsene. I sum viser rapport 2009:8 at forekomsten av psykiske lidelser i Norge er på nivå med forekomst i andre europeiske land. Den såkalte ODIN-studien (ODIN = Outcome of Depression in Europe Network) som sammenligner depresjon i fem europeiske land (Norge, Irland, England, Finland og Spania), viser for eksempel at norske forekomsttall ikke skiller seg fra gjennomsnittet (Ayuso-Mateos et al., 2001). Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er også på nivå med forekomst i USA, skjønt tall for stoff- og alkoholmisbruk er høyere i USA.

I sum viser undersøkelser at omtrent halvparten av den norske befolkningen vil oppleve en psykisk lidelse minst en gang i livet. I løpet av et år vil hver tredje nordmann oppleve en episode med psykisk lidelse. Angstlidelser, depressive lidelser og alkoholavhengighet/misbruk er de tre vanligste gruppene av psykiske lidelser i den norske befolkningen. Rundt en fjerdedel av den voksne befolkningen vil rammes av en angstlidelse i løpet av livet og rundt 15 % i løpet av ett år. Omtrent like mange vil rammes av alkoholavhengighet og alkoholmisbruk. Depresjon vil ramme en av fem nordmenn i løpet av livet og 10 % i løpet av ett år (Kringlen et al., 2000; Rapport 2009:8).

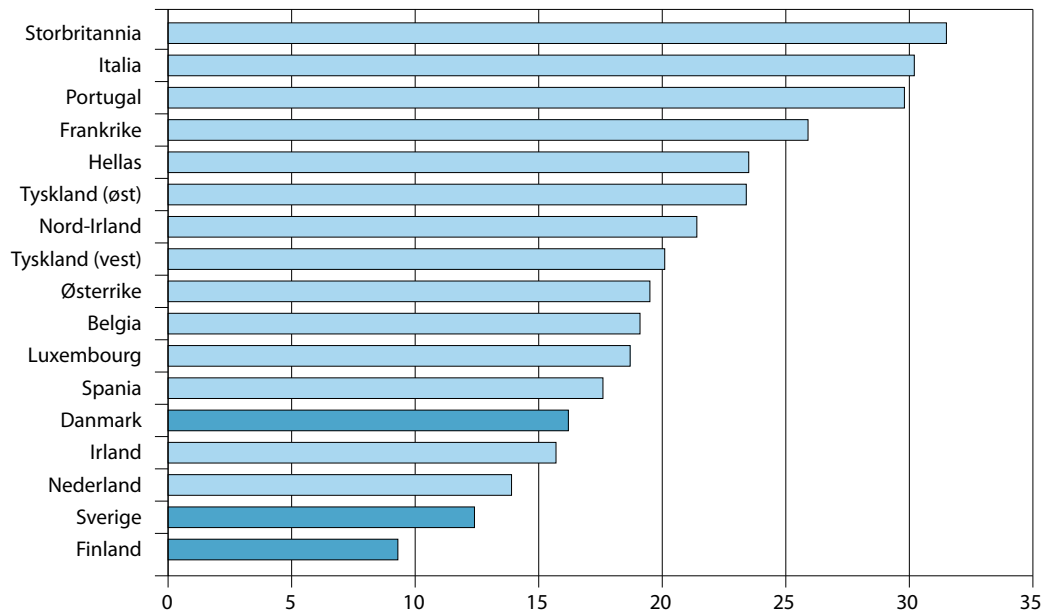
### 4.3.2. *Psykiske plager*

For å måle forekomst av psykiske plager (psychological distress), har man i de fleste EU-landene brukt 5 spørsmål (MHI-5) fra spørreskjemaet SF-36. Disse 5 spørsmålene ble benyttet i Levekårsundersøkelsen i 2002 og 2008. I andre norske undersøkelser har man vanligvis benyttet spørreskjemaet Hopkins Symptom Check List med 25 spørsmål (HSCL-25). De to målene er imidlertid svært høyt korrelert (Strand et al., 2003), skjønt grenseverdien for hva man betegner som «mye psykiske plager» kan være noe ulik.

Europeiske verdier for MHI-5 ble sist rapportert i Eurobarometer undersøkelsen i 2003 og grenseverdien for «mye psykiske plager» ble den gang satt til MHI-5 = 52. Resultatene fra denne undersøkelsen er angitt i Figur 25.

Eurobarometerundersøkelsen inneholder ikke norske tall for MHI-5. Norske verdier på MHI-5 basert på Levekårsundersøkelsen i 2002 viser imidlertid at 5,1 % skåret over grenseverdien (52). Sammenlignet med Eurobarometerundersøkelsen i 2003 lå norske verdier altså lavt. I Levekårsundersøkelsen 2005 lå ikke MHI-5 inne. For å vurdere norske tall opp mot tall fra de øvrige europeiske landene som inngikk Eurobarometerundersøkelsen, benyttet man derfor verdiene fra HSCL-25 fra Levekårsundersøkelsen 2005, samt verdiene fra Levekårsundersøkelsen i 2002, der både HSCL-25 og MHI-5 lå inne (Rapport 2009:6). Undersøkelsen fra 2002 viser at grenseverdien for HSCL-25 som tilsvarer en verdi av MHI-5 = 52, var 1,82. Andelen i 2005 som hadde en HSCL-25 skåre over 1,82 var 5,6 %. Når en antar at dette er sammenlignbart med andelen med «mye psykiske plager» slik dette er målt i Eurobarometer undersøkelsen, finner en at de norske verdiene ligger lavest av samtlige land også i 2005. I 2008 er andelen som skårer under grenseverdien på MHI-5 4,7 %. Andelen som skårer over 1,82 på HSCL-25 er derimot 8,4 %. Andelen som rapporterer om betydelige psykiske problemer i Norge i dag (2008) varierer dermed noe på tvers av instrumenter, men ligger lavt sammenlignet med andelen i de øvrige europeiske landene som rapporterer betydelige psykiske plager i Eurobarometerundersøkelsen 2003.

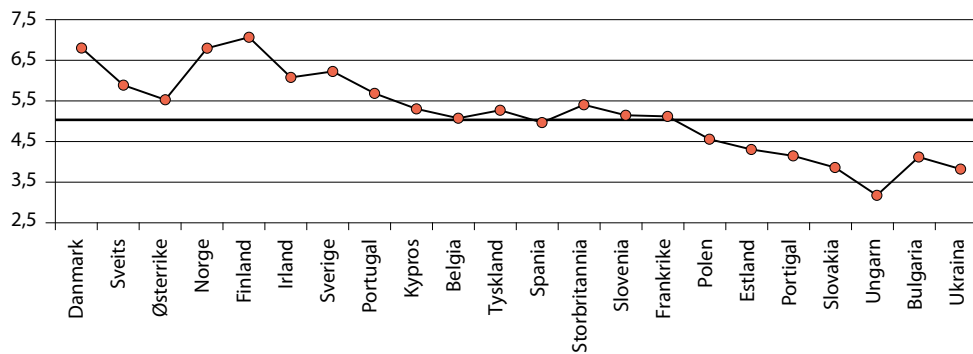
**Figur 24:** Andel i prosent med «mye psykiske plager» på tvers av land



Kilde: Eurobarometerundersøkelsen i 2003

Fravær av negative følelser, målt med to spørsmål fra ESS (2006) om fravær av tristhet og depresjon i løpet av den siste uken, viser i likhet med tall fra Eurobarometerundersøkelsen at nivået av psykiske plager i den norske befolkningen ligger lavt sammenlignet med de fleste europeiske landene (svart horisontal linje angir det europeiske gjennomsnittet), og på linje med nivået i Danmark og Finland.

**Figur 25:** Fravær av negative følelser på tvers av land



Kilde: National Accounts of Well-being (2009) basert på ESS 2006.

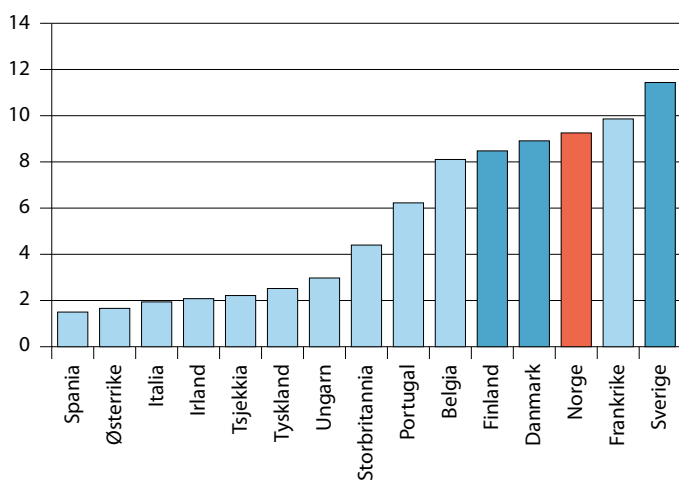
### 4.3.3. Bruk av legemidler mot psykiske helseproblemer

#### 4.3.3.1 Bruk av legemidler mot depresjon

Når det gjelder legemidler mot depresjon (antidepressive medisiner), finnes det sammenlignbare tall for europeiske land og beregningene inngår blant annet i publikasjonen MINDFUL (Wahlbeck, 2006). Forbruket av antidepressive legemidler i Norge er i likhet med forbruket i de øvrige nordiske land, blant de høyeste i Europa. Verdens helseorganisasjon (2008) rapporterer

for eksempel at 6-7 % får foreskrevet antidepressive legemidler i Norge og Danmark mot 1-3 % i Bosnia og Herzegovina, Slovenia og Litauen.

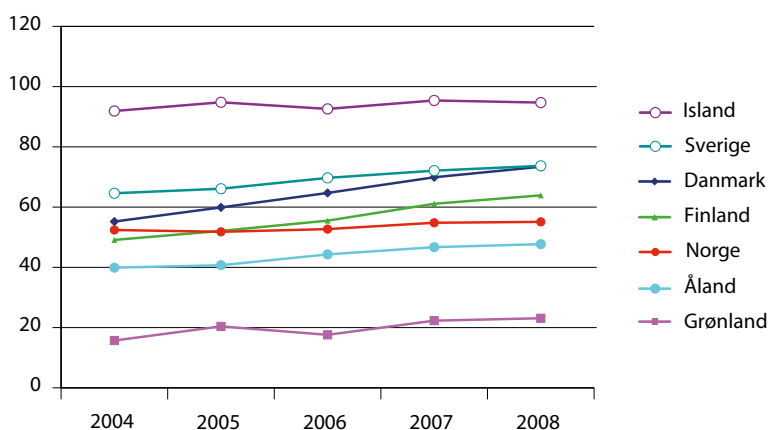
**Figur 26:** Bruk av antidepressive legemidler etter land (DDD/1000/døgn).



*Kilde:* Norske verdier er hentet fra Reseptregisteret i 2005 (Reprodusert fra Rapport 2009:6)

Reseptstatistikk viser også at kvinner står for den største delen av forbruket i Norden og at forbruket gjennomgående øker med alderen. Utviklingen i bruk av antidepressive medikamenter i Norden har imidlertid ligget relativt stabilt i perioden 2004-2008 (Figur 30).

**Figur 27.** Utvikling i bruk av antidepressive legemidler i Norden 2004 – 2008.



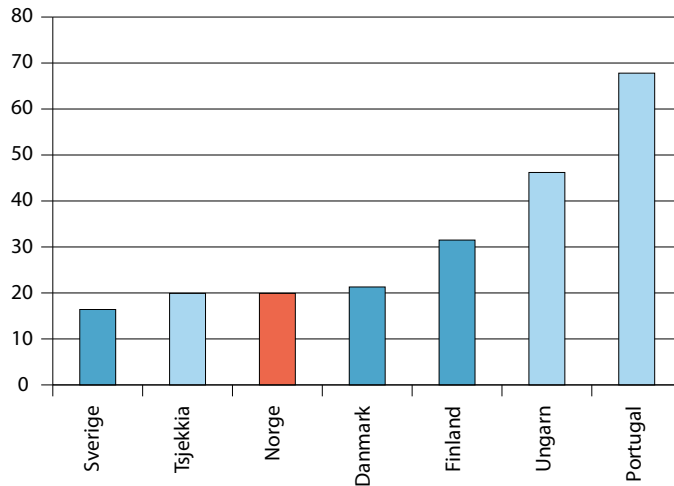
*Kilde:* Nomesko, 2009

Selvrapportert bruk av antidepressive legemidler basert på Levekårsundersøkelsen er likeledes relativt stabil. I 2005 rapporterte 4,2 % at de hadde brukt antidepressive medisiner i løpet av de 4 siste ukene, mens 4,6 % rapporterte tilsvarende bruk i 2008.

#### 4.3.3.2 Bruk av beroligende legemidler

Det er relativt lavt forbruk av legemidler mot angstlignende plager i Norge.

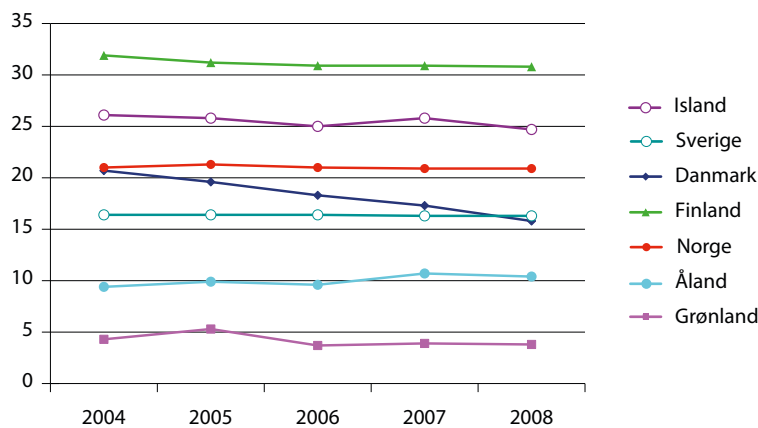
**Figur 28:** Bruk av beroligende legemidler etter land (DDD/1000/døgn)



*Kilde:* Norske tall er hentet fra Reseptregisteret i 2005 (Reprodusert fra Rapport 2009:6)

Bruk av angstdempende legemidler har vært stabil i perioden 2004-2008 i samtlige av de nordiske land bortsett i Danmark. I Danmark har det vært gjennomført tiltak for å redusere forbruket, noe som synes å ha ført til redusert salg.

**Figur 29:** Utvikling i bruk av beroligende legemidler i Norden 2004-2008.



*Kilde:* Nomesko, 2009

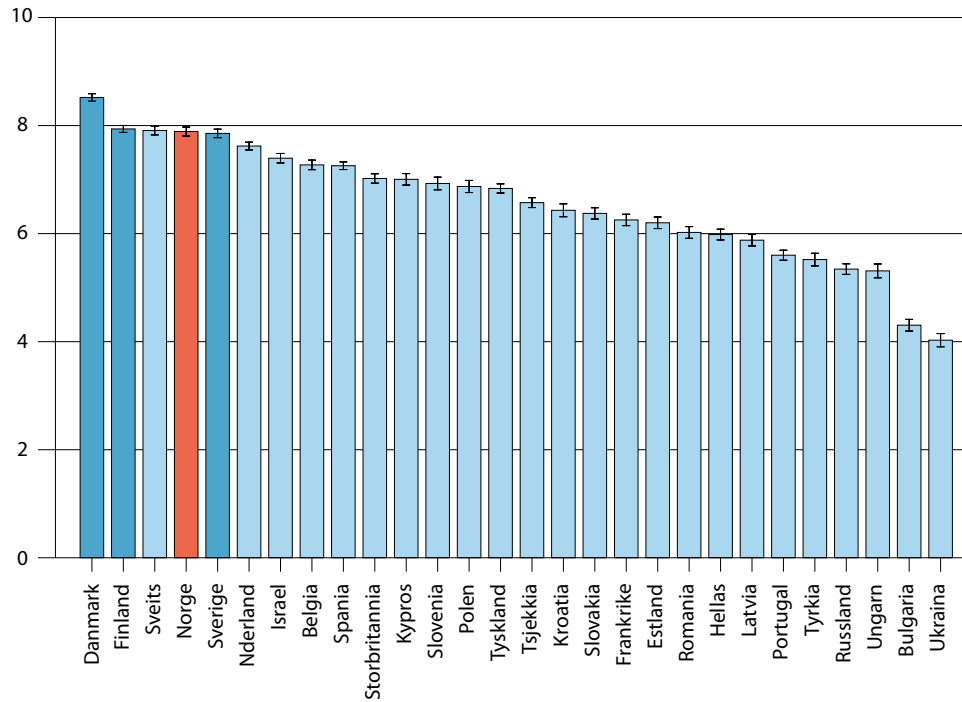
#### 4.3.4. Egenvurdert livskvalitet

God psykisk helse og livskvalitet handler om å oppleve tilfredshet, velvære, mestring, engasjement, vitalitet og glede - om å ha det godt og fungere godt. En persons egenvurderte livskvalitet kan sies å være høy i den grad personens bevisste kognitive og følelsesmessige opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisste kognitive og følelsesmessige opplevelser er negative (Næss, 2001).

##### 4.3.4.1 Tilfredshet med livet

Tilfredshet med livet måles som en vurdering av hvor tilfreds man er med livet som helhet. Det finnes en rekke internasjonale undersøkelser hvor en har målt tilfredshet med livet, og skjønt tilfredshet er målt med noe ulike måleinstrumenter, viser resultater på tvers av undersøkelser at tilfredsheten med livet i skandinaviske/nordiske land, er høy. Figur 30 er basert på data fra ESS i 2008, og Norge og de øvrige skandinaviske landene skårer alle høyt. Til sammenligning ser vi at de øst-europeiske statene ligger lavest på tilfredshetsindikatoren.

**Figur 30:** Tilfredshet med livet i Europa

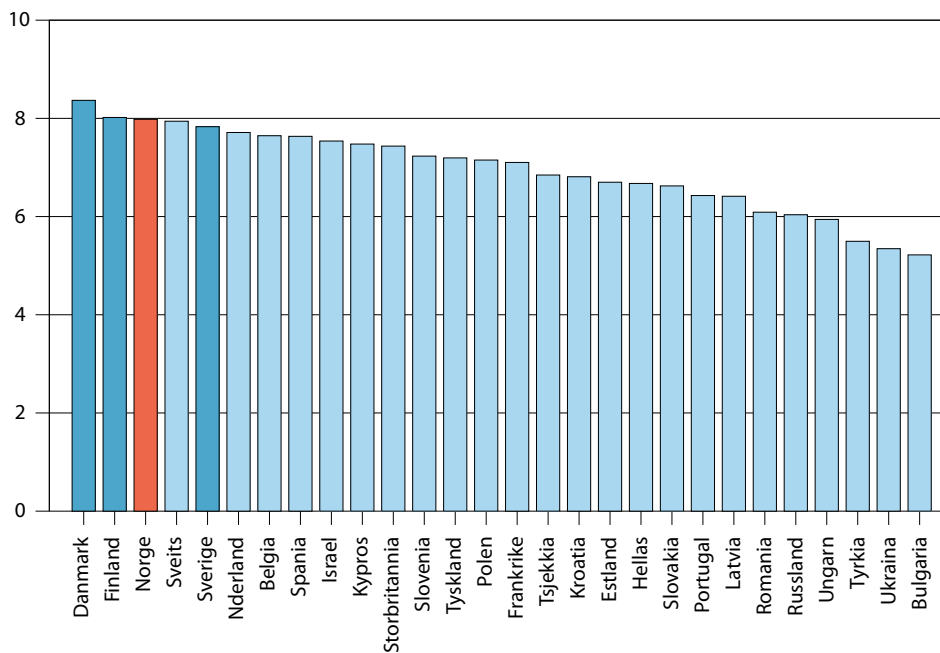


Kilde: ESS, 2008

#### 4.3.4.2 Lykke/glede

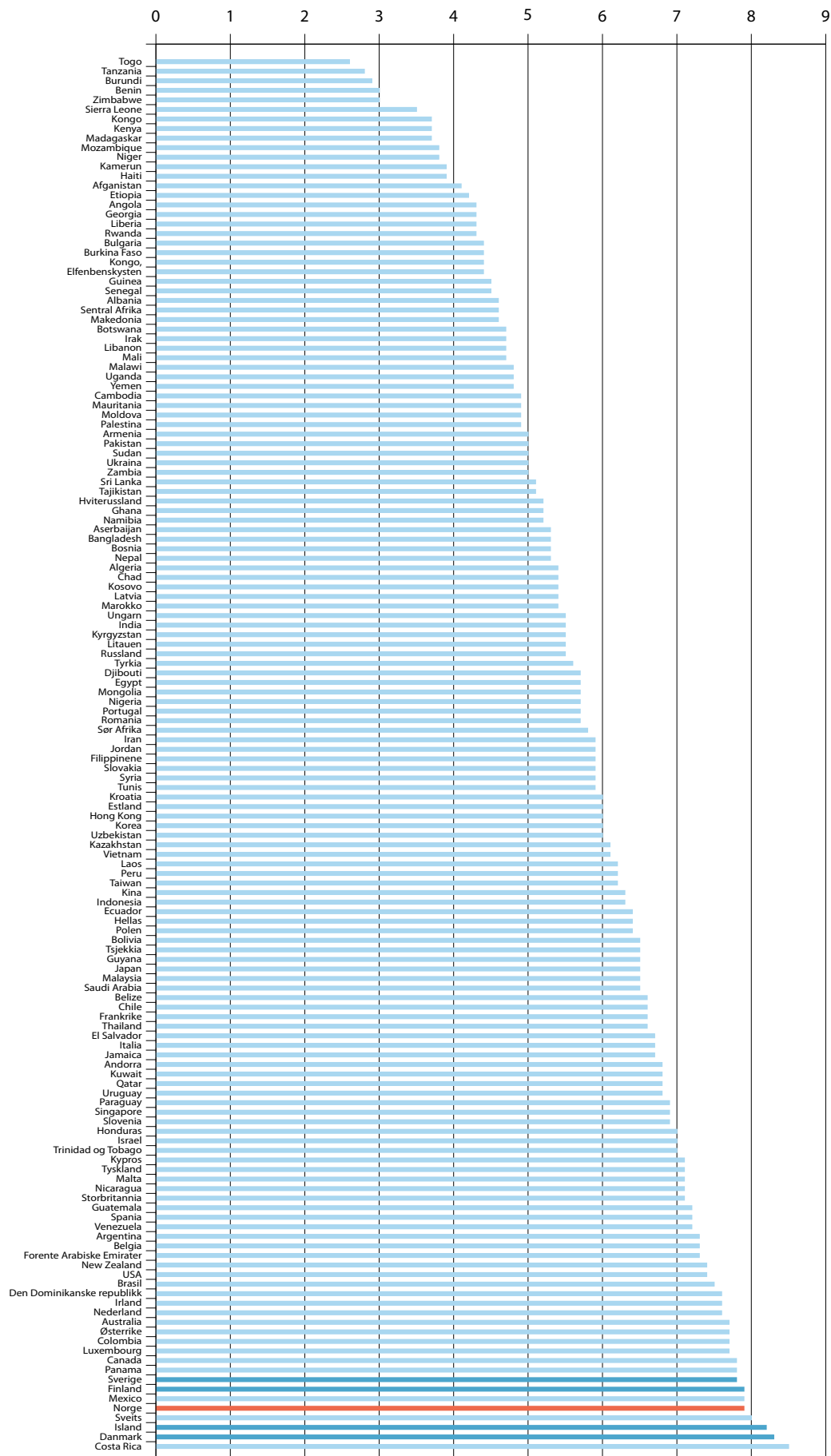
Glede eller lykke måles med spørsmål om tilstedeværelse av positive følelser. Figur 31 viser nivå av glede/lykke på tvers av de europeiske landene i undersøkelsesåret 2008 (ESS), mens Figur 32 angir gjennomsnittlig glede (lykke) på tvers av 146 land for perioden 2000-2009 (World Values Survey, 2009).

**Figur 31:** Lykkenivå i Europa



Kilde: ESS, 2008

**Figur 32:** Lykkenivå på tvers av 146 land – gjennomsnitt 2000-2009



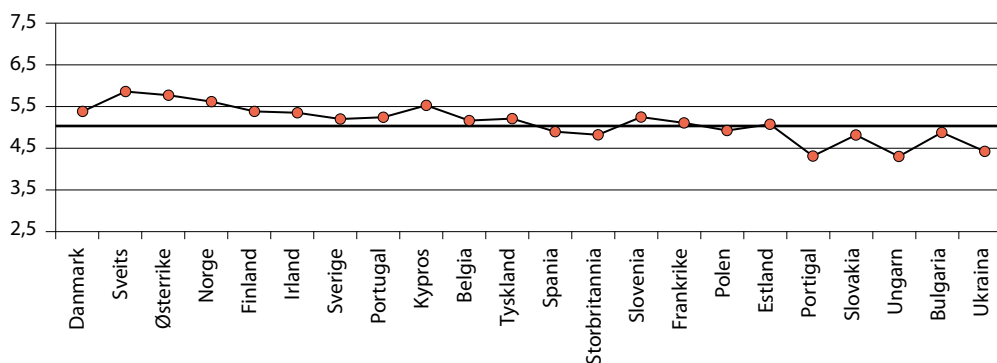
Kilde: World Database on Happiness (Veenhoven, 2009)



#### 4.3.4.3 Vitalitet og resiliens/mestring

I ESS undersøkelsen fra 2006 inngår en rekke spørsmål knyttet til vitalitet og mestring. Vitalitetsindikatoren presentert i Figur 33 er basert på 8 spørsmål om opplevelse av energi, å være uthvilt, sunn og fysisk aktiv. Norske tall for vitalitet ligger noe i overkant av det europeiske gjennomsnittet og på nivå med tilsvarende tall fra de øvrige nordiske landene. Høyest på vitalitetsindikatoren skårer Sveits og Østerrike, mens Portugal, Ungarn og Ukraina skårer lavest.

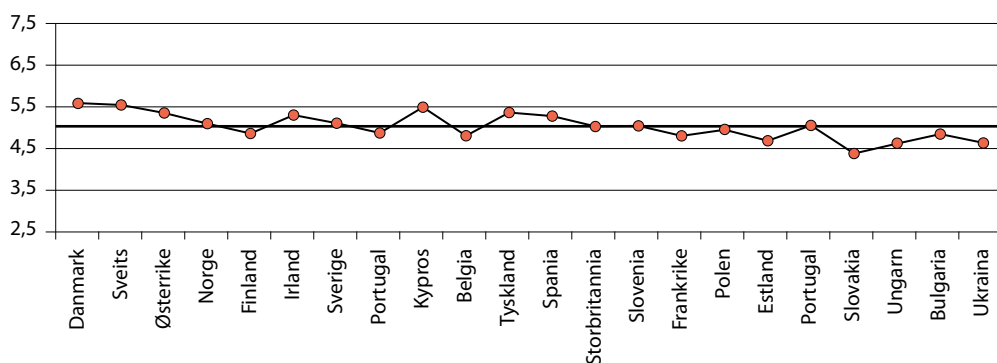
**Figur 33:** Vitalitet i Europa



Kilde: National Accounts of Well-being (2009) basert på ESS 2006.

Resiliens og mestring (Figur 34) er målt med 4 spørsmål knyttet til selvfølelse, optimisme og opplevelse av å mestre vanskeligheter i livet. Norske tall ligger her på det europeiske gjennomsnittet, i likhet med tall for Sverige og Finland.

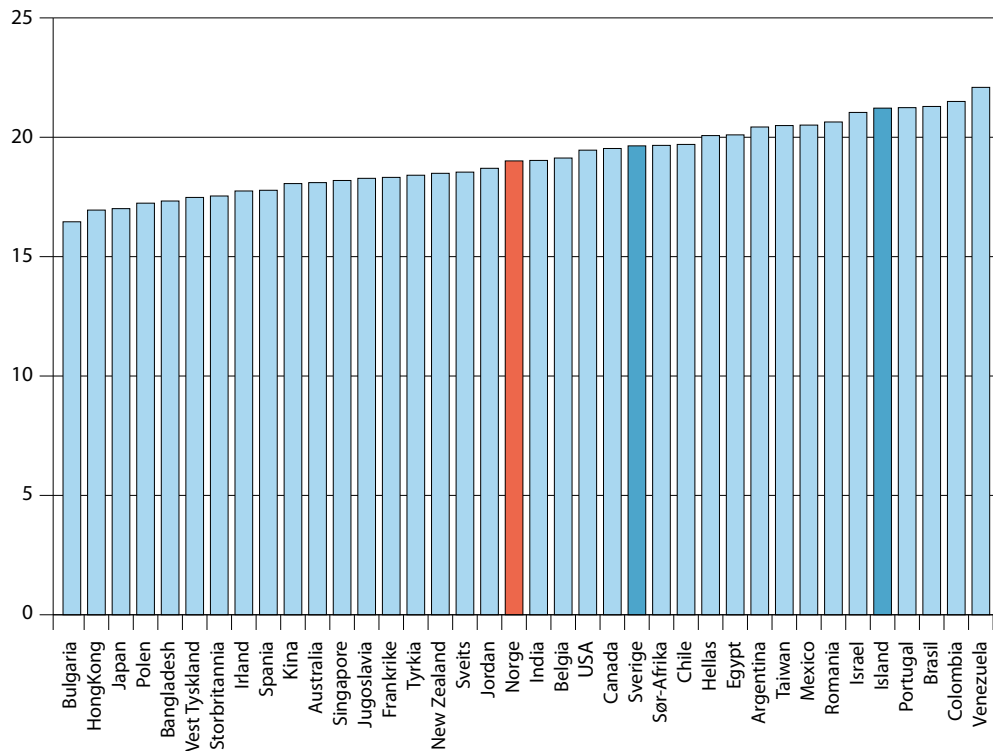
**Figur 34:** Resiliens og mestring i Europa



Kilde: National Accounts of Well-being (2009) basert på ESS 2006.

I en annen internasjonal undersøkelse der en brukte 'Spence-Helmreich Mastery Scale' (Veenhoven, 2007) som mål for mestring, ser vi likeledes at norske verdier ligger rundt gjennomsnittet.

**Figur 35:** Mestring målt med 'Spence-Helmreich Mastery Scale' på tvers av land.

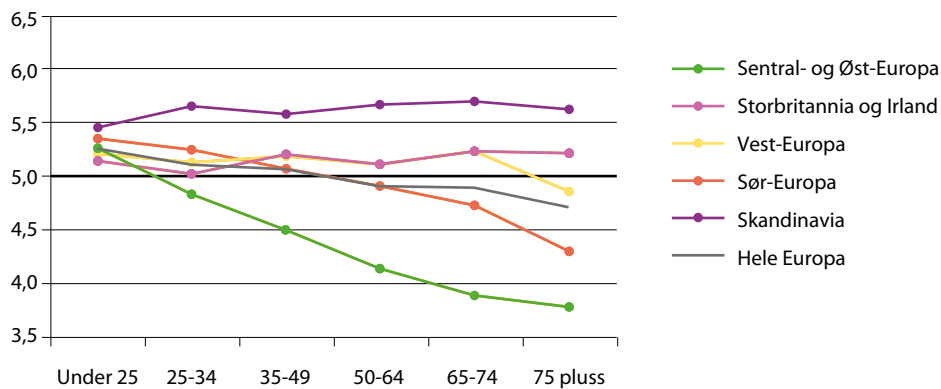


Kilde: World Database of Happiness, 2007 (Reprodusert fra Rapport 2009:6)

#### 4.3.4.4 Personlig velvære

Personlig velvære er en sammensatt indikator basert på de forutgående målene (tilfredshet, velvære, vitalitet, mestring), samt et mål på positiv fungering (autonomi, engasjement, kompetanse). På denne sammensatte indikatoren ligger skandinaviske verdier relativt sett høyt sammenlignet med det europeiske gjennomsnittet og i motsetning til i Sentral-, Øst- og Sør-Europa synes ikke opplevelsen av personlig velvære å variere på tvers av aldersgrupper i Skandinavia.

**Figur 36:** Personlig velvære i Europa – etter alder



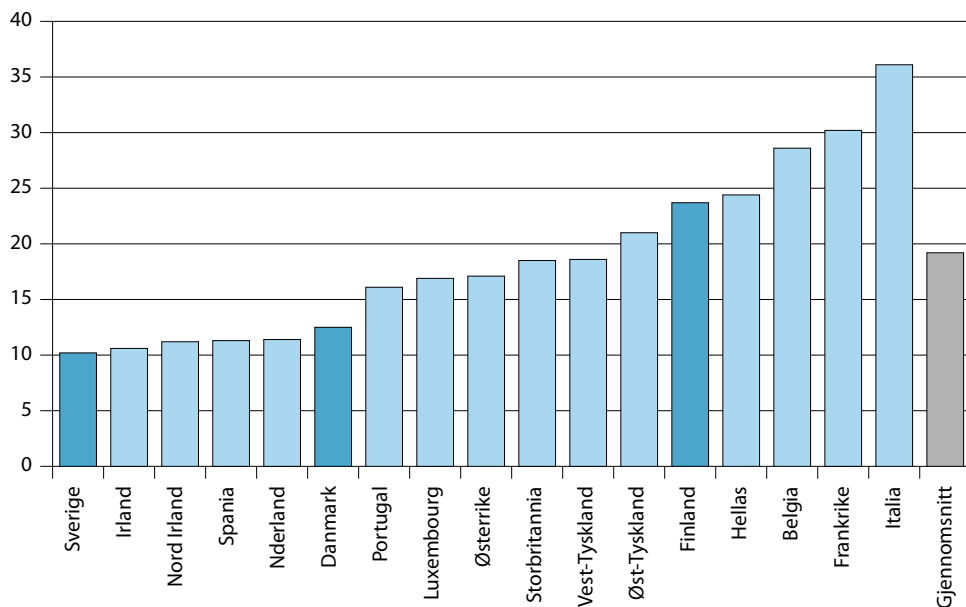
Kilde: National Accounts of Well-being (2009) basert på ESS 2006.

## 4.4. Risiko- og beskyttelsesfaktorer

### 4.4.1. Sosial støtte

Opplevelse av sosial støtte er systematisk forbundet med god psykisk helse. Oslo 3-items Social Support Scale (OSS-3) har vært brukt i flere internasjonale undersøkelser. Figur 37 viser resultater for OSS-3 fra Eurobarometerundersøkelsen i 2003 der Norge ikke var med.

**Figur 37.** Andel i prosent som oppgir lav sosial støtte

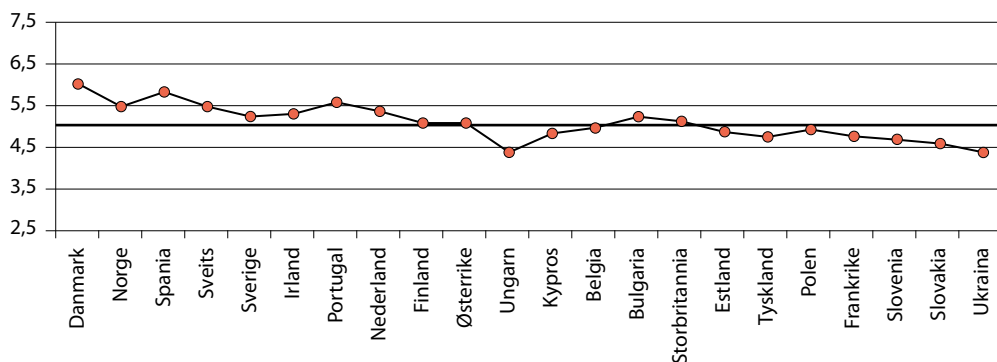


*Kilde:* Eurobarometerundersøkelsen 2003 (Reprodusert fra Rapport 2009:6)

I Norge har en brukt OSS-3 i levekårsundersøkelsene i 2005 og 2008. Her finner en at andel med lav sosial støtte er 9,0 % og 9,3 %. Det er altså relativt sett en liten andel av den norske befolkningen som rapporterer om lav grad av sosial støtte i 2005 og 2008 sammenlignet med data fra europeiske land i 2003.

Figur 38 angir sosial støtte målt ved hjelp av 6 spørsmål fra ESS i 2006 om hyppighet av kontakt med familie, kollegaer og venner, hvor mange personer man har nær, om man har følt seg ensom og om man har noen som bryr seg om en.

**Figur 38.** Sosial støtte i Europa

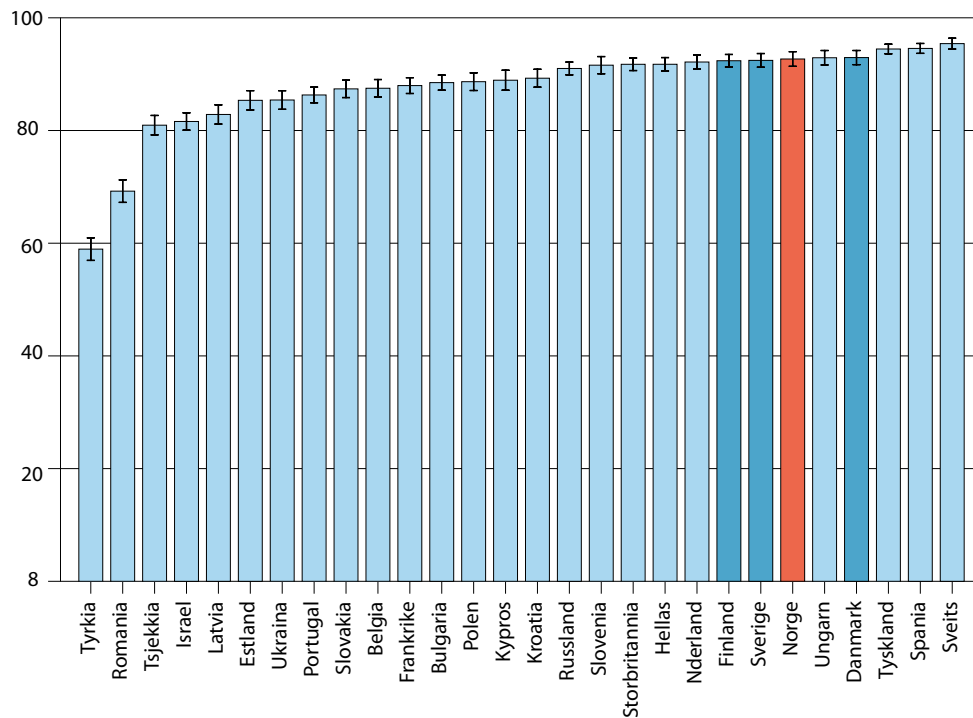


*Kilde:* National Accounts of Well-being (2009) basert på ESS 2006.

Vi ser av figuren at norske tall ligger over det europeiske gjennomsnittet og på linje med tall fra Sveits, Portugal og Nederland, men moderat lavere enn tall fra Danmark og Spania.

Figur 39 angir prosentandel av befolkningen som oppgir å ha fortrolige som man kan diskutere intime og personlige saker med. Rundt 90 % av nordmenn oppgir å ha fortrolige. Det er imidlertid lite variasjon på tvers av landegrensene på denne indikatoren, og i samtlige land med unntak av Romania og Tyrkia oppgir over 80 % å ha fortrolige.

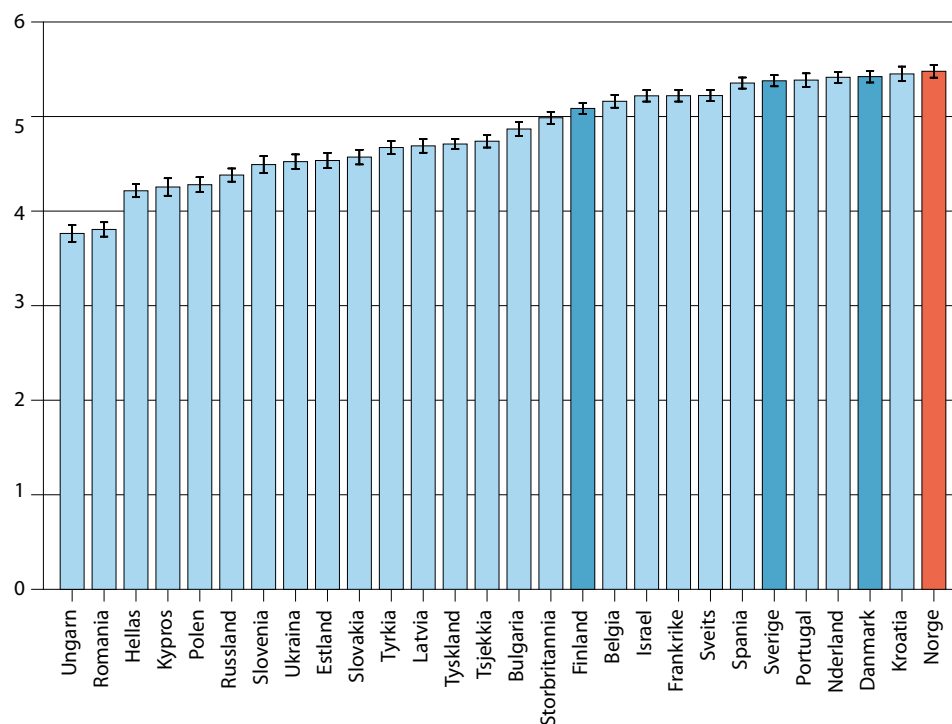
**Figur 39.** Andel i prosent som oppgir fortrolige



Kilde: ESS 2008

Figur 40 viser hyppighet av sosial kontakt med venner, slektninger og kolleger. Norge ligger høyest på dette målet, mens en rekke av de øst-europeiske landene skårer relativt lavt.

**Figur 40.** Hyppighet av sosial kontakt med venner, slekt og kollegaer

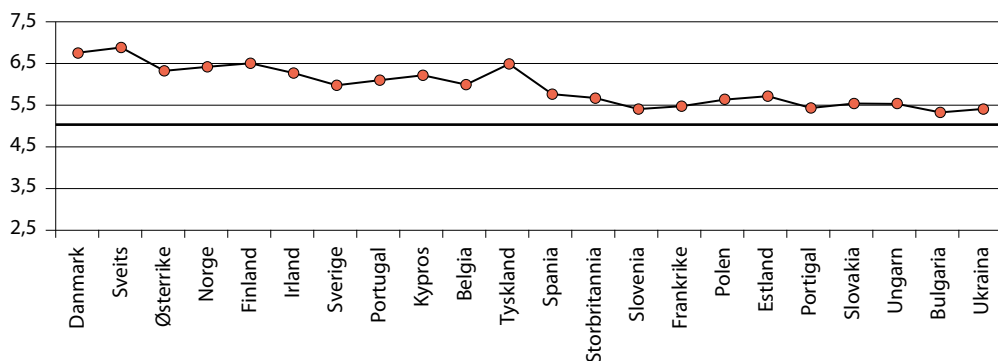


Kilde: ESS 2008

#### 4.4.1.1 Tillit og tilhørighet

Tillit og tilhørighet reflekterer sosiale forbindelser og sosiale erfaringer innenfor en bredere sosial kontekst. Tillit og tilhørighet er her målt med 5 spørsmål om tillit til andre mennesker generelt, opplevelse av å bli behandlet med rettferdighet og respekt, samt om opplevelse av tilhørighet og støtte fra folk som bor i nærmiljøet.

**Figur 41.** Tillit og tilhørighet i Europa



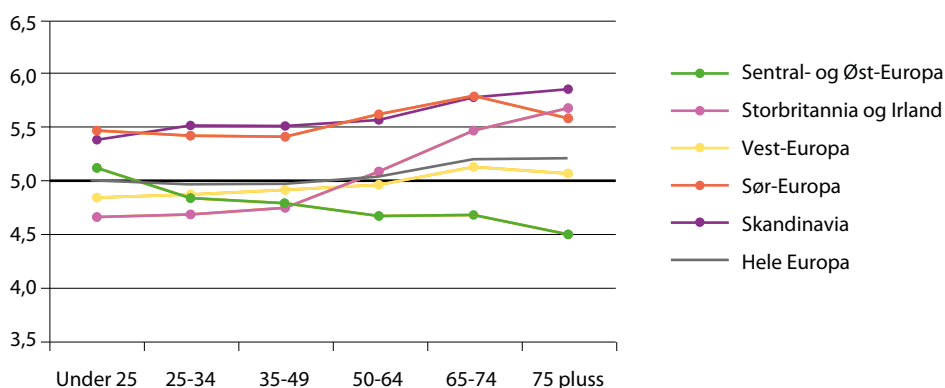
Kilde: National Accounts of Well-being (2009) basert på ESS 2006.

Også på denne indikatoren ligger norske og danske tall høyest av de europeiske statene som inngår i undersøkelsen. Vi ser også at norske tall for tillit/tilhørighet (sosial støtte innenfor en bredere kontekst) ligger høyere enn tilsvarende tall for sosial støtte i nære relasjoner, skjønt begge beregningene ligger over det europeiske gjennomsnittet. I EQLS (2007) ligger samtlige av de nordiske landene øverst på en indikator for generell tillit, med høyest verdier i Danmark, deretter Finland, Sverige og Norge. Til sammenligning ligger Kypros, Makedonia, Bulgaria, Hellas og Portugal lavest.

#### 4.4.1.2 Sosialt velvære

Sosial velvære – her bestående av sosial støtte, tillit og tilhørighet, viser at de skandinaviske landene ligger høyt og på samme nivå som land i Sør-Europa. Relativt sett rapporteres høyere sosial velvære blant skandinaviske respondenter i de øvre aldersgruppene fremfor de yngre til tross for at 24 % i denne aldersgruppen rapporterer om lav sosial støtte (subjektiv).

**Figur 42:** Sosial velvære i Europa – etter alder

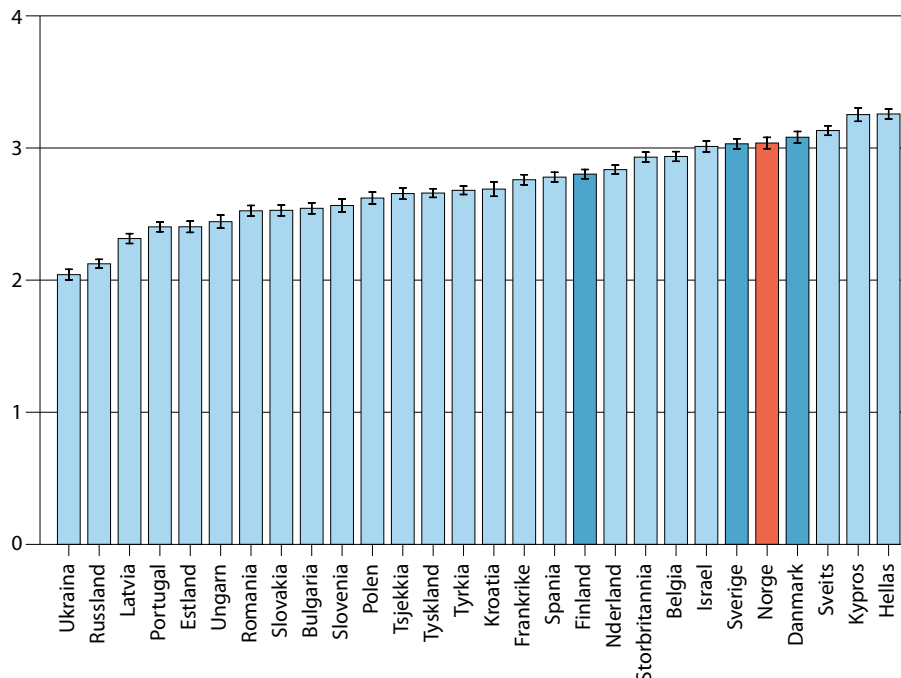


Kilde: National Accounts of Well-being (2009) basert på ESS 2006.

#### 4.4.2. Egenvurdert helse

Nordmenn oppfatter sin egen helse som god og tall fra Norge ligger høyt i internasjonal sammenheng (Figur 43). I følge EQLS (2007) rapporterer allikevel 9 % nordmenn om dårlig eller veldig dårlig helse, og dette er tall som ligger i overkant av det europeiske gjennomsnittet (8 %). Variasjonen innad i Europa er imidlertid stor – fra 3 % til 20 %.

**Figur 43:** Egenvurdert helse i Europa

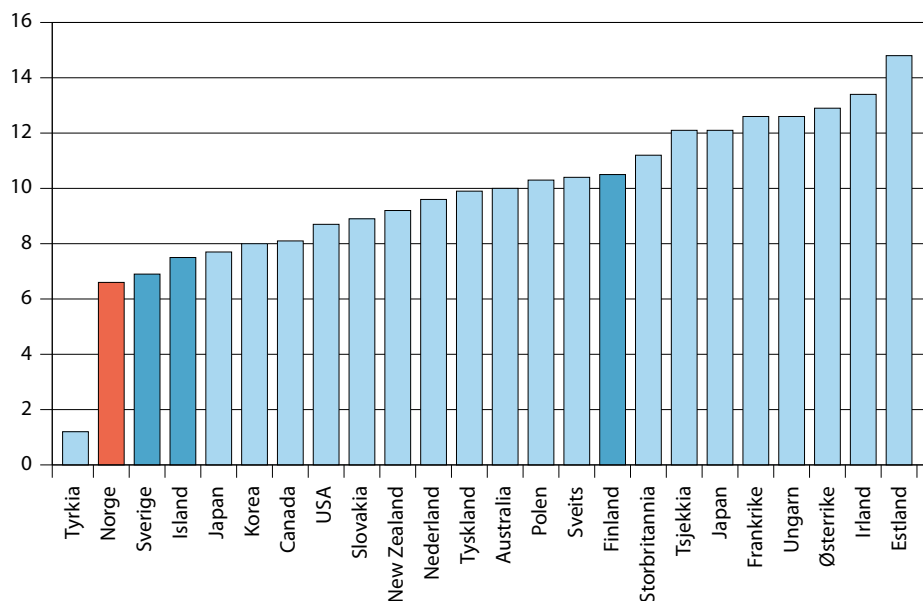


Kilde: ESS 2008

#### 4.4.3. Alkoholforbruk

Selv om både den norske og den internasjonale alkoholstatistikken har svakheter og må tolkes med en viss varsomhet, er det grunn til å tro at den gir et relativt godt uttrykk for de reelle forskjellene i forbruksnivå mellom landene og innenfor det enkelte land over tid. Alkoholforbruk basert på OECD (2008) fremgår av figuren nedenfor. Tallene for Norge ligger relativt lavt sammenlignet med de fleste andre land, og den samlede alkoholomsetningen i Norge har i årene etter 2001 vært den laveste i Europa. I 2008 var det registrerte alkoholkonsumet i Danmark 10,7 liter ren alkohol per innbygger over 15 år, i Sverige og Finland var det tilsvarende forbruket henholdsvis 6,9 og 10,3 liter, mens forbruket i Norge var 6,8 liter.

**Figur 44:** Inntak av ren alkohol per innbygger (over 15 år) i Europa

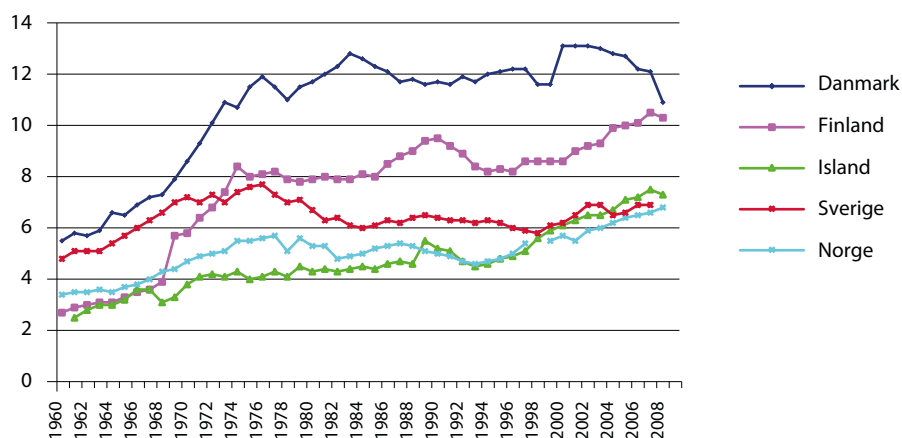


Kilde: OECD 2008.

Forekomsten av alkoholrelaterte dødsfall er også lav i Norge. I følge Nomesko var det totale antallet alkoholrelaterte dødsfall i Danmark 31,0 per 100 000 innbygger i (2006), i Finland 40,6 (2007) i Sverige 6,3 (2007) og i Norge 7,6 (2006).

Den totale omsetningen i en del sør-europeiske land som Frankrike, Italia og Portugal - som tradisjonelt har hatt et høyt alkoholforbruk – viser en klar nedgang fra 1970 til 2000. Etter den tid er ikke nedgangen lenger like markant. Forbruket i de nordiske landene, som tradisjonelt har hatt et lavt alkoholforbruk, har derimot vært økende. Forskjellene i alkoholomsetningen mellom landene er mindre enn de har vært tidligere. Både i Danmark, Finland, Norge og Sverige var det en til dels sterk økning i alkoholomsetningen frem til rundt 1980. Forbruket gikk så noe ned eller holdt seg stabilt frem til midten av 1990-årene da det igjen skjøt fart i Norge, Sverige og Finland, mens det gikk litt ned i Danmark (Figur 45).

**Figur 45:** Trender i alkoholkonsum i Norden 1960-2008

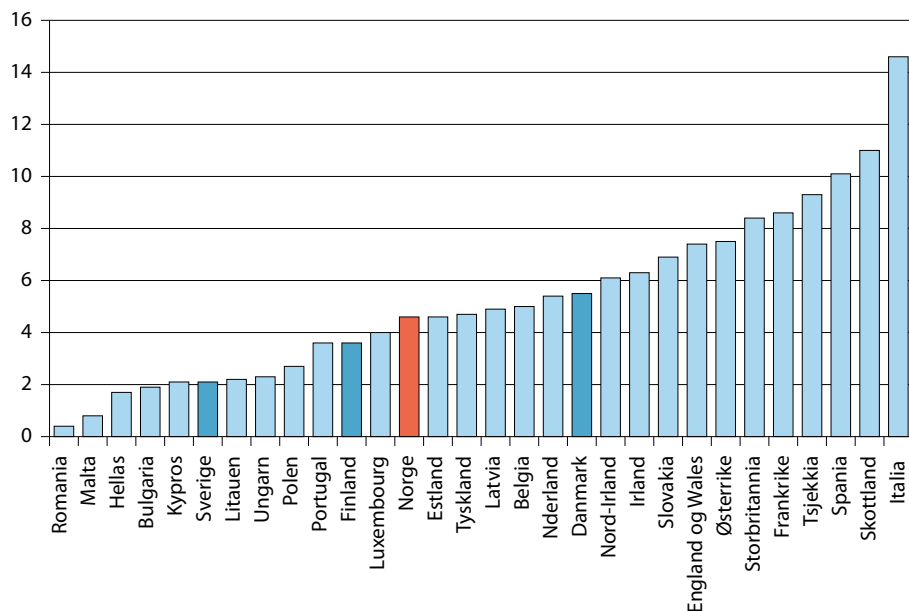


Kilde: OECD 2010

#### 4.4.4. Bruk av cannabis

Bruken av cannabis i løpet av de siste 12 måneder er basert på tall fra EU's overvåkingscenter for narkotika. Det anslås at omtrent 74 millioner europeere har brukt cannabis minst en gang i løpet av livet – det vil si 20 % av alle mellom 15 og 64 år. Det er store forskjeller på tvers av land med prevalens tall som varierer mellom 1,4 % og 38,6 % (2009). Rundt 22,5 millioner europeere (6,8 %) har brukt cannabis i løpet av de siste 12 månedene og 12 millioner (3,6 %) i løpet av den siste måneden. For de fleste land ligger forekomsten på 10-30 %.

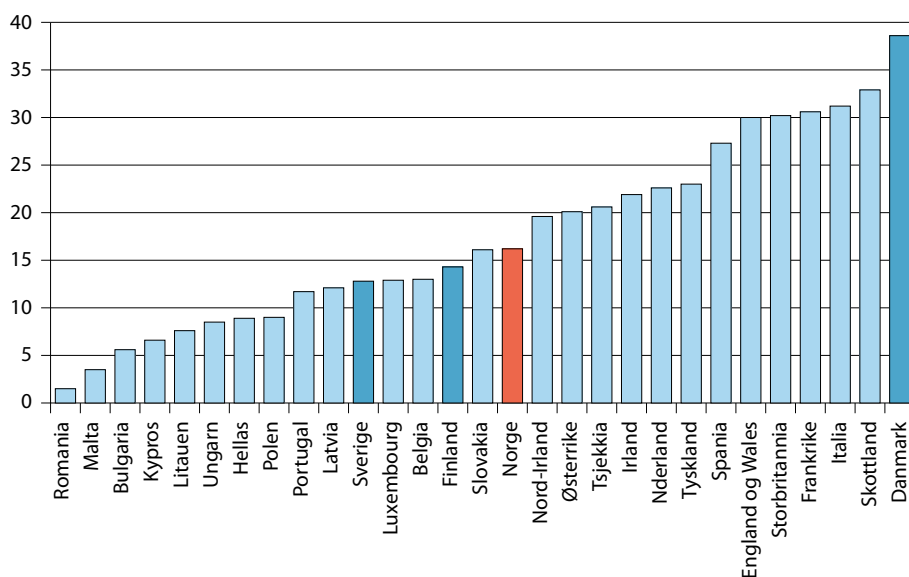
**Figur 46:** Prosent som har brukt cannabis siste 12 måneder i Europa



Kilde: EU 2008

Forbruket av cannabis i Norge ligger noe under gjennomsnittet for europeiske land, med 4,5 % som har brukt cannabis siste 12 måneder. Når det gjelder bruk av cannabis noen gang i livet, er fordelingen som vist i Figur 47.

**Figur 47:** Prosent som har brukt cannabis noen gang i livet i Europa



Kilde: EU 2008

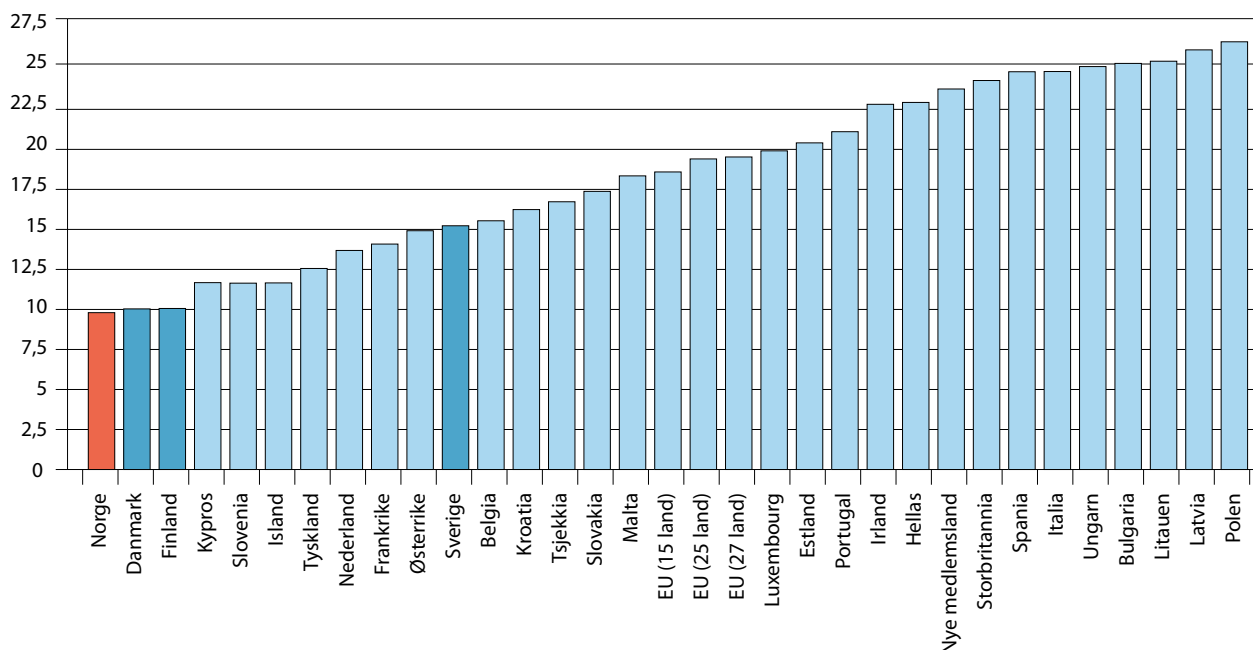
Også her ligger tallene for Norge omtrent «midt på treet», med 16 % som har brukt cannabis noen gang i livet.



#### 4.4.5. Økonomi

Fravær av økonomiske problemer er av betydning for livskvalitet og psykisk helse. I følge EQLS (2007) ligger norske tall for inntekt per husholdning (relativt nivå) i 2006 nest høyest i Europa – etter Luxemborg. Undersøkelsen viser også at Norge har den laveste andelen husholdninger som angir vansker med å få endene til å møtes (2 %). Til sammenligning har Bulgaria den høyeste andelen (41 %). Det er store forskjeller på tvers av land, og inntekt innenfor de ulike landene varierer også betydelig. Makedonia og Tyrkia har for eksempel de største inntektsforskjellene innad, mens Danmark, Slovenia, Bulgaria og Sverige har de minste inntektsforskjellene. Figur 48 viser andel av befolkningen (2006) som ligger under fattigdomsterskelen - her satt til 60 % av den nasjonale medianen (justert for sosiale overføringer). Norge, Danmark og Finland har den laveste andelen, i underkant av 10 %.

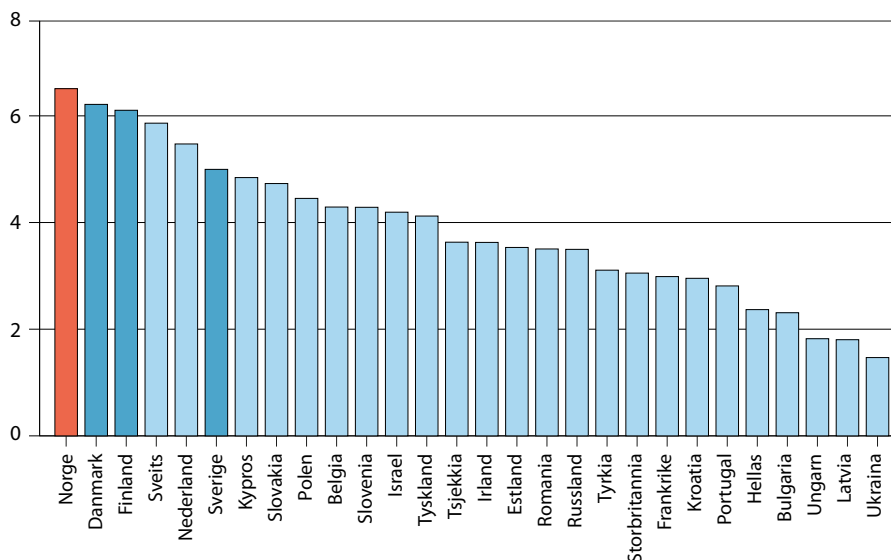
**Figur 48:** Andel i prosent under fattigdomsgrensen i Europa



Kilde: Eurostat 2010

Figur 49 viser egenvurdert tilfredshet med landets økonomi i 2008 på en skala fra 1-7. Igjen ser vi at Norge skårer høyest, tett fulgt av Danmark og Finland.

**Figur 49:** Tilfredshet med landets økonomi i Europa



Kilde: ESS 2008



## 5.1. Psykisk helse

### 5.1.1. Symptombelastning

I dette landsomfattende utvalget av personer over 16 år rapporterer 8-10 % om betydelige psykiske plager (HSCL-25 > 1,75; MHI-5 < 56) og vel 16 % angir vedvarende eller stadig tilbakevendende søvnproblemer. Livstidsforekomst av depresjon beregnes til 15,6 % for menn og 19,7 % for kvinner. Det er dermed flere kvinner (60-65 %) enn menn som rapporterer om slike psykiske helseplager, og resultatene bekrefter således funn fra tidligere norske og internasjonale undersøkelser som systematisk viser at kvinner har flere angst- og depresjonslignende plager, flere søvnproblemer og høyere forekomst av alvorlig depresjon enn det menn har (Kringlen et al., 2001). Yngre kvinner (16-24 år) synes å være spesielt utsatt for angst- og depresjonslignende plager og en betydelig andel rapporterer om lav mestring (30,9 %) og lite vitalitet/tretthet (33,0 %). Søvnproblemer er mer uttalte blant kvinner i alderen 45 år og oppover.

Forekomst av psykiske lidelser synes å variere lite på tvers av Europa og USA, samt over tid (Kessler et al., 2005). Sammenligner man norske forekomsttall for betydelige psykiske plager med tall fra andre land, ser det imidlertid ut til at norske tall ligger forholdsvis lavt. I noen grad er andelen med betydelige psykiske helseproblemer så lav – også sammenlignet med de øvrige skandinaviske landene - at man kan stille seg spørsmål om oversettelsene eller responsenes sammenlignbarhet. Til tross for at de fleste måleinstrumentene som benyttes i dag er godt utprøvede, er det knyttet en rekke vanskeligheter til oversettelsesarbeide, noe som medfører at det kan være problematisk å tolke de internasjonale forskjellene. Ulike rammer og utforminger av undersøkelsene gjør det også vanskelig å sammenligne uavhengige undersøkelser og tilsier at det bør tas forbehold også når det gjelder sammenlignbarheten innenfor én og samme undersøkelse. Resultatene fra mange av de internasjonale sammenligningene må derfor oppfattes som tentative. Høy grad av sammenfall i resultater på tvers av undersøkelser tyder imidlertid på at tallene reflekterer reelle forskjeller og tendenser. Det er dermed grunn til å anta at andelen med betydelige psykiske plager her i landet er relativt lav sammenlignet med de fleste andre land.

I motsetning til forekomsten av psykiske lidelser, ser andelen med betydelige psykiske plager til å variere på tvers av relativt korte tidsrom. Vi ser for eksempel en oppgang i rapporterte psykiske plager fra 2005 til i dag, mens man i 2005 rapporterte en nedgang fra 1998 og 2002.

### 5.1.2. Psykiske ressurser

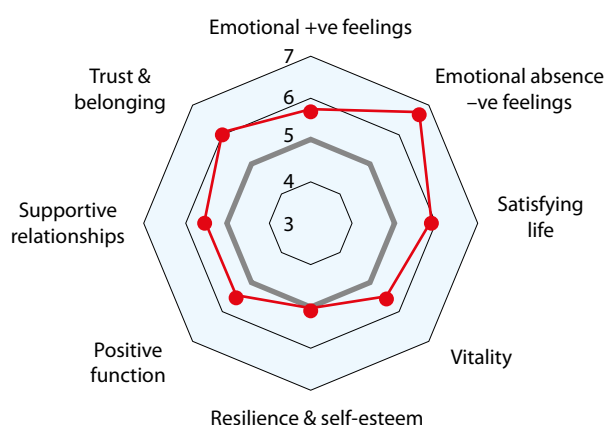
Livskvalitetsmål som tilfredshet, lykke og glede anses gjerne som komponenter eller bestanddeler av god psykisk helse, eller som indikatorer og symptomer på psykisk sunnhet. Selv om psykiske plager og lidelser sjelden er forenlig med høy grad av egenvurdert livskvalitet, er ikke fravær av psykiske plager tilstrekkelig for å ha høy grad av livskvalitet. Det kan imidlertid se ut til at personer som er uten psykisk sykdom, men som rapporterer lav grad av livskvalitet, har en større risiko for å utvikle psykiske plager enn det personer med høy livskvalitet har (Keyes, 2002).

Levekårsundersøkelsen 2008 gir indikasjon på høy grad av tilfredshet på tvers av både kjønn og aldersgrupper. En fjerdedel av utvalget oppgir allikevel å erfare lite kontroll og mestring i hver-

dagen, og mange opplever redusert energi og lav vitalitet. Internasjonale undersøkelser viser imidlertid at norske verdier for de fleste mål på psykiske ressurser (vitalitet, tilfredshet, glede, positiv fungering) ligger over det europeiske gjennomsnittet.

Figur 50 illustrerer beregninger for ulike psykiske helseindikatorer og risiko- og beskyttelsesfaktorer (sosial støtte, tillit og tilhørighet) i Norge (rød linje) sammenlignet med det europeiske gjennomsnittet (fet grå linje). Beregningene er basert på ESS data fra 2006, men sammenfaller med de øvrige resultatene presentert i denne rapporten. Høye verdier angir god helse. Vi ser her at norske mål særlig karakteriseres av lavt nivå av psykiske plager (mangel på negative følelser) og høyt nivå av tilfredshet og opplevelse av tillit og tilhørighet. Mål på sosial støtte, positiv funksjon, vitalitet og positive følelser ligger alle over det europeiske gjennomsnittet, mens mål på mestring/resiliens ligger på det europeiske gjennomsnittet.

**Figur 50.** Psykisk helse i Norge i forhold til gjennomsnittet i Europa



Kilde: National Accounts of Well-being (2009) basert på ESS 2006

### 5.1.3. Bruk av legemidler mot angst og depresjonslignende plager

Det var 4,6 % av deltagerne i Levekårsundersøkelsen 2008 som svarte at de brukte medisiner mot depresjon, mens 3,5 % brukte beroligende (angstdempende) legemidler ukentlig eller oftere. Av de med betydelige psykiske plager var det tilsvarende tallet henholdsvis 19 % og 16 %. En overvekt av personer som oppgir å være betydelig plaget av psykiske helseproblemer bruker altså ikke legemidler mot slike plager. Andelen som bruker legemidler mot angst- og depresjonslignende plager har vært stabil de siste årene, og forbruket her i landet ligger på nivå med bruk i de øvrige nordiske landene. Sammenligner man derimot med andre europeiske land finner man at et relativt sett høyt forbruk av legemidler mot depresjon her i landet, men et lavt forbruk av beroligende legemidler.

## 5.2. Konsekvenser av psykiske helseplager

Det er 7,5 % av deltakerne i Levekårsundersøkelsen 2008 som rapporterer at de har søkt hjelp i helsetjenesten på grunn av psykiske plager i løpet av de siste 12 månedene, og det er flere kvinner (9,3 %) enn menn (5,4 %) som har søkt hjelp. Blant personer med betydelige psykiske plager, oppgir 32,8 % å ha søkt hjelp for plagene sine det siste året og andelen kvinner er også her noe høyere enn andelen menn (34 % mot 31 %). Til sammenligning er det 5,8 % kvinner og 3,2 % menn som har søkt hjelp blant personer uten betydelige psykiske plager. Vi ser dermed at en av tre nordmenn som opplever å ha betydelige psykiske plager oppsøker helsetjenester på bakgrunn av sine plager, mens to av tre ikke gjør det. Sammenlignet med resultater fra

2005 utgjør andelen som søker hjelp blant de med betydelige plager en reduksjon fra 43,0 % til 32,8 %. Reduksjonen er størst i de store byene og gjelder hjelpsøking hos «andre» (ikke allmennlege, psykolog eller psykiater). Det er mulig at den tilsynelatende nedgangen i hjelpsøking delvis har sammenheng med fallende svarprosent som Levekårsundersøkelsen har vært gjenstand for og dermed økende utvalgsskjevhet, samt ordlyden i spørreskjemaet som ble brukt i 2008. Resultatene gir også indikasjon på at terskelen for å søke hjelp er noe høyere i 2008 enn det den var i 2005. Hvorvidt dette har sammenheng med utvalgsskjevhet, selve spørreskjemaet eller reelle endringer i befolkningens holdninger til hjelpsøking er uklart.

Psykiske plager forårsaker nedsatt funksjonsevne. I hele materialet rapporterer 11,0 % kvinner og 7,5 % menn om redusert arbeidsevne som følge av psykiske helseproblemer og det er særlig kvinner i aldersgruppene 16-24 år (23,9 %) og 25-44 år (13,2 %) som oppgir redusert arbeidsevne. Dersom vi begrenser materialet til bare yrkesaktive personer 25-64 år, ser vi at 9,5 % rapporterer om redusert arbeidsevne fordelt på 9 % menn og 10 % kvinner.

Psykiske plager har også mye å si for forbruket av trygdeytelser og psykiske plager og lidelser utgjør en stadig større andel av sykemelding og uføretrygding i samtlige av OECD landene. I Levekårsundersøkelsen 2008 er det rundt 9,5 % av deltakerne i aldersgruppen 25-64 år som oppgir å ha vært sykmeldt eller trygdet på grunn av psykiske problemer i løpet av de siste 12 månedene. Av disse utgjør 9 % menn og 10 % kvinner. Blant personer med betydelige psykiske plager (HSCL-25>1,75) var den tilsvarende andelen 31,3 % (34,8 % blant menn og 28,9 % blant kvinner). Vi ser dermed en sterk assosiasjon mellom opplevelse av psykiske plager og bruk av sykemelding/trygd.

## 5.3. Risiko- og beskyttelsesfaktorer

Gode levekår og god psykisk helse går hånd i hånd. Risikonivået i Norge sammenlignet med nivået i en rekke andre land ligger relativt sett lavt, blant annet på grunn av gode økonomiske betingelser, høy materiell levestandard, lav arbeidsledighet og gode velferdsordninger. Slike faktorer er sannsynligvis av stor betydning for den psykiske helsen i befolkningen. *Opphopning* av negative livshendelser som samlivsbrudd, tap av arbeid, alvorlige økonomiske problemer og tap av nære synes å utgjøre den risikofaktoren som er av størst betydning for den psykiske helsen på befolkningsplan (se Figur 21) og er forbundet med sterk risikoøkning for den enkelte på samtlige utfallsmål (OR: 2,9 - 4,9). En rekke av de øvrige sentrale risikofaktorene blir behandlet nedenfor.

### 5.3.1. Livssituasjon og demografi

#### 5.3.1.1 Varig sykdom/funksjonsnedsettelse

Sykdom utgjør en viktig risikofaktor for psykiske helseproblemer. I Osloundersøkelsen var somatisk helse en av de viktigste prediktorer for livskvalitet (Cramer et al., 2002), og resultater fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) viser at personer med forskjellige diagnoser er mindre tilfredse og opplever mer ensomhet og redusert mestringfølelse enn personer som ikke rapporterer sykdom (Eriksen & Næss, 1998). Kombinasjonen av funksjonsnedsettelse og ensomhet har også sterk sammenheng med utvikling av depresjon (Thorsen og Clausen 2008). I Levekårsundersøkelsen 2008 er det fire av fem som vurderer sin egen helse som god, og i internasjonal sammenheng vurderer nordmenn sin helse som bedre enn gjennomsnittet. Det er allikevel omtrent 40 % av utvalget som oppgir å ha varig sykdom eller funksjonsnedsettelse (kronisk sykdom), noe som gir en doblet risiko for psykiske helseproblemer. Tilskrivbar risiko på befolkningsplan er dermed betydelig. I noen grad kan sammenhengen mellom kronisk sykdom/funksjonsnedsettelse være overestimert ettersom psykiske lidelser inngår i kronisk sykdom og det ikke er kontrollert for slike lidelser. Av personer med kronisk sykdom kvalifiserer 20 % for livstidsforekomst for alvorlig depresjon (13,3 % menn og 25,3 % kvinner) og 14 %



har betydelige psykiske plager (10,4 % menn og 16,5 % kvinner). Andelen som rapporterer om kronisk sykdom er 28,1 % i aldersgruppen 16-24 år og hele 62,3 % i gruppen over 75 år. Dette svarer til hva som er rapportert i andre helseundersøkelser (HUNT), skjønt forekomsten av kronisk sykdom blant de yngste i HUNT lå noe lavere (Eriksen et al., 1989). Det er ingen kjønnsforskjell i forekomst av kronisk sykdom i den yngste (28,0 % versus 28,3 %) og den eldste aldersgruppen (62,8 % og 61,6 %), men en høyere forekomst blant kvinner enn blant menn i de øvrige aldersgruppene.

### **5.3.1.2 Kroniske smerter**

Kroniske smerter ser ut til å være et stort folkehelseproblem og tall fra Levekårsundersøkelsen i 2005 tyder også på at over halvparten av uførhetstilfellene i Norge er forbundet med kroniske smertetilstander. Forekomst av vedvarende, eller stadig tilbakevendende smerter ligger på rundt 27 % i dette materialet og lå på samme nivå i 2005. Det er flere kvinner (30,8 %) enn menn (19,6 %) som angir kroniske smerter, og kjønnsforskjellene er uttalte i samtlige aldersgrupper. Kroniske smerter gir en betydelig økning i risiko for psykiske helseproblemer (OR: 2,1-3,5) og beregningene av tilskrivbar risiko på befolkningsnivå tyder på at kroniske smerter utgjør en av de viktigste risikofaktorer for psykiske plager på befolkningsnivå. I den eneste undersøkelsen som har foretatt en direkte sammenligning av smerte forekomst på tvers av europeiske land (Breivik et al., 2006), ligger norske tall høyest med en prevalens på rundt 30 %. Denne undersøkelsen er beheftet med enkelte metodologiske svakheter, men forekomsten som rapporteres ligger altså på samme nivå som i Levekårsundersøkelsene i 2005 og 2008. Årsaken til den høye forekomsten av kroniske smerter i Norge er ikke kjent, og hvorvidt det har forekommet en økning over lengre tid er uvisst ettersom ingen av de større helseundersøkelsene har fokusert på kroniske smertepager og oppfølgingsdata ikke eksisterer. Det er grunn til å tro at forekomsten av kroniske smerter muligens øker, blant annet på grunn av endring i type og mengde fysisk aktivitet, vesentlige endringer av kosthold og mer ensformig og stillesittende arbeid. Gitt den betydelige forekomsten av kroniske eller vedvarende smerter, deres betydning for folkehelsen, assosierte trygdeutgifter og mangel på oppfølgingsdata, er kroniske smerter et område som bør vies forskningsprioritet.

### **5.3.1.3 Sosial støtte**

Lav sosial støtte er assosiert med en mangedoblet risiko for psykiske helseproblemer for den enkelte og utgjør en betydelig risiko for psykiske helseplager på befolkningsplan. Forskning viser systematisk at sosial støtte og sosial deltagelse har en gunstig effekt på psykisk helse, mestring og livskvalitet (Fyrand, 1994; Dalgard et al., 2006). Sosial støtte virker som en buffer ved å styrke mestringsevne i møte med påkjenninger og utgjør dermed en viktig beskyttelsesfaktor i møte med negative livshendelser. I en tidligere norsk undersøkelse fant man blant annet at personer med lav sosial støtte utviste større risiko for å utvikle psykiske helseproblemer - spesielt depresjon, i etterkant av belastende livshendelser (Dalgard et al., 1995). Sosial støtte i seg selv kan også ha en positiv effekt på den psykiske helsen uavhengig av livsbelastninger.

Internasjonale undersøkelser viser generelt et høyt nivå av ressurser knyttet til sosiale forhold i Norge. Andelen som opplever liten grad av støtte, er relativt lav (9,3 %), og det er få som oppgir å mangle en fortrolig venn. Nordmenn generelt oppgir et høyt nivå av tillit og tilhørighet, samt hyppig sosial kontakt med venner, kollegaer og slekt (Figur 40-42 og Figur 50). Med alderen opplever imidlertid flere at den sosiale støtten blir mindre, at man har færre fortrolige og at man har færre å regne med dersom man får personlige problemer. I aldersgruppen over 75 år rapporterer en av fire nordmenn om lav sosial støtte - 28,5 % menn og 25,2 % kvinner. Som blant eldre opplever mange med psykiske helseproblemer mindre sosial støtte. Blant personer med betydelige psykiske plager (HSCL < 1,75) er det for eksempel en betydelig andel som opplever å ikke ha fortrolige (22,3 %). Tiltak som bidrar til økt sosial støtte og sosial deltagelse vil muligens kunne utgjøre viktige målskiver for det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet.

#### **5.3.1.4 Utdanning og økonomi**

En rekke undersøkelser viser at lav sosioøkonomisk status, målt som kortvarig utdanning eller lav inntekt har sammenheng med risiko for psykiske plager. I tråd med tidligere undersøkelser viser Levekårsundersøkelsen 2008 at husholdningsinntekt er forbundet med samtlige mål på psykisk helse. Personer med høyt utdanningsnivå har færre psykiske plager, rapporterer høyere tilfredshet med livet, bedre mestring, vitalitet og sosial støtte. Det er imidlertid viktig å merke seg at bare de direkte, og ikke de indirekte sammenhengene mellom utdanning, inntekt og psykisk helse er undersøkt her. Utdanning kan muligens ha noe større betydning enn beregningene tyder på, fordi effekten av utdanning i noen tilfeller går via inntekt og eventuelle andre variabler (for eksempel samliv). Det å ha hatt alvorlige økonomiske problemer siste år ser imidlertid ut til å utgjøre en større risikofaktor for betydelige psykiske plager (HSCL-25, MHI-5: OR = 9,7 - 10,5) enn lav inntekt – enten lav inntekt inkluderer personer som lever under fattigdomsgrensen eller personer med inntekt i laveste kvartil (OR: 1,4 – 2,9). Alvorlige økonomiske problemer det siste året utgjør den enkeltfaktor med størst sannsynlighet for psykiske helseutfall på individnivå. Andelen som angir alvorlige økonomiske problemer siste året har gått ned fra 8,0 % i 2005 til 5,5 % i 2008, men er forbundet med sterkere økning i risiko for psykiske helseutfall i 2008 (OR: 4,6 – 10,5) enn i 2005 (OR: 4,0 – 7,2).

#### **5.3.1.5 Arbeid**

Arbeid gir mening og identitet, selvfølelse og mestring, mulighet for å bruke styrker, delta sosialt og trygge økonomi. Arbeid har således viktige psykologiske så vel som sosiale og økonomiske funksjoner og tap av arbeid medfører dermed tap av en rekke faktorer som fremmer psykisk helse. I Levekårsundersøkelsen 2008 ser vi at det å ha blitt arbeidsledig, det å ha forgjeves søkt etter jobb eller det å ha blitt avskjediget fra jobb det siste året, er forbundet med en sterk risikoøkning for å ha betydelige psykiske helseproblemer (OR: 5,1 - 6,7) og alvorlig depresjon (OR: 3,9 - 4,3). Arbeidsledighet de siste tre månedene gir likeledes betydelig økt risiko (OR: 3,4 - 3,5). Tap av arbeid er også forbundet med andre risikofaktorer som alvorlige økonomiske problemer og lavere sosial deltagelse som er forbundet med ytterligere risikoøkning. Tiltak som sikrer høy sysselsetting, samt reduserer sykefravær og uføretrygding utgjør dermed sentrale helsepolitiske verktøy.

#### **5.3.1.6 Parforhold og samlivsbrudd**

Det er godt dokumentert at enslige har lavere livskvalitet og dårligere psykisk helse enn gifte og samboende, og at separasjon og skilsmisse fører til risiko for utvikling av psykiske helseproblemer, samt behov for helse- og trygdetjenester (Næss et al., 2007). Risikoen for langvarig arbeidsuførhet er for eksempel tredoblet etter samlivsbrudd/skilsmisse (Eriksen et al., 1999). Endringer i familiestruktur er også ofte årsak til at folk kan havne i alvorlige økonomiske vansker som igjen øker sannsynligheten for psykiske helseproblemer. Levekårsundersøkelsen 2008 viser en sterk økning i risiko for utvikling av betydelige psykiske plager som følge av separasjon/samlivsbrudd det siste året (HSCL-25: OR = 4,0 – 5,9). Vi ser også at personer uten fast parforhold systematisk oppgir høyere forekomst av psykiske plager, mindre tilfredshet, lavere mestring og hyppigere bruk av sykmelding og trygd grunnet psykiske plager enn personer i fast forhold. I noen grad kan slike funn ha sammenheng med seleksjon inn i og ut av ekteskap/samliv, d.v.s. at personer med psykiske plager har lavere sannsynlighet for å etablere et parforhold og at de hyppigere blir skilt. Det er imidlertid også vist at ekteskap og samliv har en fordelaktig effekt på nivået av psykiske helseplager og livskvalitet, spesielt for menn (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001). Dette skyldes delvis beskyttende forhold ved ekteskap og samliv som bedre økonomi, sosial støtte og atferdsregulering. Parforhold er også vist å moderere genetisk sårbarhet både for depresjonslignende plager (Heath et al., 1998) og for alkoholforbruk blant kvinner (Heath et al., 1989). Velfungerende og stabile parforhold kan dermed sees som en viktig beskyttelsesfaktor for utvikling av psykiske helseplager.

#### **5.3.1.7 Kjønn**

Kvinnene i utvalget rapporterer systematisk høyere forekomst av psykiske ubehagsplager, søvnproblemer og depresjon enn menn, og kjønnsforskjellene er spesielt uttalte i alderen

mellom 16 og 24 år. I denne aldersgruppen er andelen kvinner som angir betydelige plager dobbelt så stor som andelen menn og en betydelig andel (23,9 %) rapporterer om redusert arbeidsevne som følge av psykiske helseproblemer. En høy andel av yngre kvinner rapporterer også om lav mestring (30,9 %) og redusert vitalitet (33,0 %). I tillegg rapporterer kvinner generelt om et høyere forbruk av legemidler mot angst og depresjon og om større forbruk av helsetjenester på grunn av psykiske plager. Andelen kvinner som oppgir bruk av legemidler for psykiske helseproblemer er spesielt stor i den eldste aldersgruppen. Til tross for vesentlig høyere andel med angst- og depresjonslignende helseproblemer blant kvinner, rapporterer kvinner tilsvarende nivå av generell tilfredshet som det norske menn gjør. Kvinner opplever også bedre sosial støtte og oppgir sjeldnere høyt alkoholkonsum eller problemer med spillavhengighet.

#### **5.3.1.8 Alder**

Unge mennesker, spesielt kvinner, synes å ha langt flere psykiske ubehagssymptomer og depresjon enn det eldre mennesker har (se avsnittet om kjønn ovenfor). Unge synes derimot å ha et høyere forbruk av alkohol enn eldre, og spesielt gjelder dette menn. De eldste aldersgruppene (65 år eller eldre) rapporterer om færre psykiske plager generelt og et lavere alkoholkonsum. På den annen side rapporterer den eldste aldersgruppen om flere somatiske helseproblemer, lavere grad av mestring og kontroll, og mindre sosial støtte. Blant de eldste (over 75 år) rapporterer 26,7 % om lav sosial støtte, 62 % vurderer helsen som dårlig og 42 % opplever redusert mestring og kontroll i livet sitt. Opplevelse av mestring blant de eldste, kan delvis henge sammen med lavere sosial og produktiv deltakelse, lavere sosial støtte, og med at forskjellige alderdomssvekkelser gjør det vanskeligere å klare oppgaver på samme måte som tidligere. På tross av opphopning av slike risikofaktorer, oppgis høy grad av tilfredshet, og internasjonale undersøkelser tyder på høy grad av sosialt velvære på tvers av alder i Norge. Opplevelsen av personlig velvære synes heller ikke å variere på tvers av aldersgrupper i Skandinavia, muligens fordi det er mindre utfordrende å bli eldre i Norge/Skandinavia enn i de øvrige europeiske regionene. Det er imidlertid høyst sannsynlig av problemer med depresjon og ensomhet er større blant eldre som ikke har deltatt i undersøkelsene og som muligens utgjør de skrøpeligste. Sykdom, dårlig helse og sosial isolasjon er risikofaktorer for ensomhet og depresjon blant eldre (Hays et al., 1998), og studier viser at depresjon er spesielt utbredt blant eldre med kronisk sykdom (f.eks. Barusch et al., 1999). I Levekårsundersøkelsen 2008 er det utelukkende innhentet informasjon fra hjemmeboende eldre som sannsynligvis utgjør de friskeste av de eldre.

#### **5.3.1.9 Forskjeller mellom by og land og helseregioner**

Det er få signifikante forskjeller mellom helseregioner og bostedstyper.

### **5.3.2. Livsstil**

#### **5.3.2.1 Mosjon**

Fysisk aktivitet fremmer psykisk overskudd og velvære, forebygger psykiske plager og lidelser og kan utgjøre god behandling for flere psykiske lidelser - særlig depresjon (Sexton et al., 2001; Lyubomirsky et al., 2005). I Levekårsundersøkelsen 2008 utgjør mangel på mosjon en større risiko på befolkningsplan enn lav sosial støtte, og utgjør en risiko på linje med alvorlige økonomiske problemer. Rundt en av fire nordmenn oppgir å mosjonere sjeldnere enn ukentlig. Andelen som oppgir å ikke mosjonere ukentlig har imidlertid gått ned over tid. I 1998 var andelen som rapporterte om lite eller ingen mosjon rundt 41 %, i 2002 på 36 % og i 2005 på vel 29 % (Johansen et al., 2008). Andelen var ytterligere redusert til 26,6 % i 2008. Av disse er 29,0 % menn og 24,3 % kvinner. I alderen 25-74 år er andelen menn som mosjonerer lite (ikke mosjonerer ukentlig) større enn andelen kvinner. I den øvre aldergruppen (over 75 år) er andelen kvinner som mosjonerer lite større (48,0 %) enn andelen menn (38,4 %).



### 5.3.2.2 Alkohol

Omsetning av alkohol har variert mye over tid. Oversikten over alkoholinntak som publiseres av WHO tyder på at bruken av alkohol relativt sett er lav i Norge. Norge har lavest inntak av alle de nordiske landene og antallet alkoholrelaterte dødsfall ligger også forholdsvis lavt. Det uregistrerte alkoholforbruket er imidlertid antagelig høyere i Norge enn i land med lave alkoholpriser. Det har vært en økning i alkoholkonsumet i Norge fra begynnelsen på 1990-tallet og i perioden 1993-2009 økte det totale alkoholforbruket i befolkningen med nærmere 50 %. I Levekårsundersøkelsen 2008 rapporterer 5,5 % menn og 2,0 % kvinner om et risikofyllt alkoholforbruk («drikker på rød»), mens 16,9 % menn og 5,3 % kvinner oppgir et betydelig forbruk som i henhold til enkelte standarder karakteriseres som «bekymringsfullt». Sammenlignes alkoholforbruket med levekårsundersøkelsene i 1998, 2002 og 2005 ser vi at andelen som drikker alkohol regelmessig er relativt stabil, men andelen som drikker oftere enn tre ganger per uke har økt.

Generelt viser forskning en tendens til underrapportering av rusmiddelbruk, og mange er ikke i stand til å huske nøyaktig hvor stort forbruket har vært innenfor et bestemt tidsrom. Tilsvarende problemer finnes imidlertid i de fleste land og det er derfor liten grunn til å trekke i tvil at alkoholbruken er relativt liten i Norge i forhold til i en rekke europeiske land vi gjerne sammenligner oss med.

## 5.4. Muligheter for å fremme psykisk helse

Hvilke betingelser er nødvendige for å skape best mulig psykisk helse, og hvilke tiltak og intervensjoner vil medvirke til dette? Denne rapporten gir ikke direkte svar på det. Risikofaktorer og helseutfall er målt samtidig (tverrsnittsdesign), og vi kan derfor ikke uttale oss om årsaker og årsaksrekkefølger for enkeltindivider. Faktorene som har blitt belyst, er imidlertid godt dokumentert i tidligere studier (WHO 2006; 2008). De er påvirkbare og utgjør dermed potensielle målskiver for sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Tiltakene som påvirker forekomsten av psykiske helseproblemer – for eksempel forbundet med samfunnsøkonomi, arbeidsliv og familieliv, ligger imidlertid utenfor helsetjenestens kontroll og effektivt helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid må derfor foregå også på andre arenaer enn helseforvaltning og helsetjenester.

Rapport 2011:1 (Major et al., 2011) gir en oversikt over kunnskapsstatus, programmer og tiltak knyttet til ulike arenaer for psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i Norge. Ettersom slike programmer er kulturavhengige, legger rapporten spesiell vekt på norsk og nordisk forskning.

Det helsefremmende arbeidet retter seg mot å fremme positiv psykisk helse ved å øke velvære og livskvalitet, bygge kompetanse og mestring, og ved å skape støttende livsbetingelser og miljøer. Psykisk sykdomsforebyggende arbeid retter seg primært mot å redusere forekomst av plager, symptomer og lidelser. Dette arbeidet gjøres i noen grad ved hjelp av psykisk helsefremmende strategier. Elementer av forebygging og helsefremming kan derfor være til stede innenfor et og samme program. Med forebygging menes alle tiltak som iverksettes før diagnostiserbar sykdom eller klinisk høyt symptomnivå. Tiltaket er forebyggende dersom det over tid bidrar til å redusere antall nye sykdomstilfeller eller antall nye personer med klinisk høyt symptomnivå. Det opereres i dag gjerne med tre ulike typer sykdomsforebyggende tiltak *Befolkningsrettet (universell) forebygging* er tiltak som retter seg mot folk flest eller mot hele befolkningsgrupper uten at en har identifisert individer eller grupper med forhøyet risiko. Tiltakene som gjennomføres kan i prinsippet komme alle i den aktuelle befolkningen eller befolkningsgruppen til gode. Befolkningsrettete tiltak har gjerne små effekter på den enkelte, men siden tiltakene når mange mennesker er effekten gjerne stor for samfunnet. *Grupperettete (selektiv) forebygging* er tiltak som rettes mot grupper med kjent og forhøyet risiko for å utvikle sykdom. Risiko kan vurderes på grunnlag av både miljøbaserte og individbaserte helsedeterminanter. Grupperettete tiltak kan ha god effekt på den enkelte og gruppen, men noe mindre

effekt for forekomsten i hele samfunnet, avhengig av hvor store risikogrupperne er. *Individrettet (indikativ) forebygging* er tiltak rettet mot individer med høy sykdomsrisiko eller høyt symptomnivå. Eksempelvis kan dette være individer som har symptomer på depresjon eller andre lidelser, men som ikke møter kriteriene for en mer alvorlig diagnose. Individrettete tiltak har i mange tilfeller svært god effekt for den enkelte, men er av mindre betydning for folkehelsen siden det kun er de som har høy risiko eller er i ferd med å bli syke som får tiltaket.

Generiske risiko- og beskyttelsesfaktorer er faktorer som gir risiko og beskyttelse mot flere ulike typer av psykiske helseproblemer, og intervensjoner som retter seg mot slike generiske faktorer kan medvirke til et bredt spekter av forebyggende og helsefremmende effekter. Arbeid og økonomisk sikkerhet gir trygghet og opplevelse av mestring, mens fattigdom og arbeidsledighet utgjør risikofaktorer for utvikling av depresjon, så vel som angstrelaterte plager og avhengighet, opplevelse av maktesløshet og manglende evne til å mestre livsbelastninger. Tiltak som retter seg mot å redusere fattigdom og arbeidsledighet kan dermed forventes å ha en effekt på alle disse helseproblemene (WHO, 2004). På samme vis utgjør sosial støtte en beskyttelsesfaktor for en rekke ulike psykiske helseproblemer. Forebygging av ensomhet og isolasjon, styrking av nettverk i lokalsamfunn, samt medvirkning til en infrastruktur og et arbeidsliv som er inkluderende kan dermed utgjøre sentrale tiltak for forebygging av psykiske helseproblemer i befolkningen.

Det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet handler i stor grad om å bedre helsen gjennom å påvirke nivået av risiko- og beskyttelsesfaktorer i miljøet. Til tross for at arvelige faktorer er av betydning for utvikling av psykiske helseproblemer, vil nivået av risiko- og beskyttende faktorer i miljøet stort sett avgjøre nivået av de vanligste psykiske helseproblemene på befolkningsnivå (Huppert, 2005). Tiltak som retter seg mot å redusere risiko, eller øke beskyttelse, kan også muligens bidra til å moderere genetisk sårbarhet (Heath et al., 1989; 1998).

De mest utbredte, og samfunnsmessig mest kostnadskrevene psykiske lidelsene, er de lidelsene som både er lettest og mest lønnsomme å forebygge. Dette gjelder især depresjon og angstlidelser der ulike forebyggende tiltak har dokumentert effekt, eller har vist lovende resultater. Selv en liten reduksjon i antallet med slike lidelser vil medføre at færre berøres som pasient eller pårørende, og at presset på helsetjenestene reduseres. Når det gjelder andre lidelser og plager med høye forekomsttall - som for eksempel søvnvansker og smertetilstander - eksisterer lite dokumentert kunnskap om forebyggende tiltak og det er stort behov for tiltaksforskning.

Datagrunnlaget for denne undersøkelsen viser at negative livshendelser er hyppige, og at eksponering for to eller flere slike livshendelser gir stor risikoøkning for psykiske problemer. Selv om noen av disse sammenhengene skulle kunne forklares av en omvendt årsaksretning (dvs. at den psykiske helsen var årsak til ekteskapsproblemer, skilsmisene, de økonomiske problemer etc. og ikke omvendt), kan et bedre støtteapparat hjelpe flere gjennom vanskelige perioder i livet. Vi vet, for eksempel at en betydelig andel av alle nordmenn som inngår ekteskap vil oppleve en skilsmisse, med de konsekvensene dette har for økonomi, levekår og psykisk helse, inkludert bruk av helsetjenester og trygdeytelser (Eriksen et al., 1999). Barn av skilte foreldre utviser også flere psykiske, atferdsmessige, sosiale og skolerelaterte vansker enn barn av foreldre som ikke er skilt. Økt innsats på samlivs- og familierådgivning kan muligens medvirke til å redusere noen av de negative helseeffektene for både voksne og barn.

Verdens helseorganisasjon fremhever at det viktig å sørge for å redusere graden av nederlag i utdannelsesforløpet og redusere usikkerhet og arbeidsløshet for å sikre god helse og livskvalitet. Samfunn som gir alle innbyggere mulighet til å spille en fullverdig og nyttig rolle i det sosiale, økonomiske og kulturelle liv, vil medvirke til bedre psykisk helse enn samfunn hvor mennesker opplever usikkerhet og utstøting. Levekårene i Norge i dag er relativt sett gode og det generelle risikonivået for utvikling av psykiske helseproblemer lavt sammenlignet med de fleste land som det er naturlig å sammenligne seg med. Til tross for et relativt sett lavt risikonivå er de sosiale og sivile helseforskjellene i Norge store, og vi ser en tendens til opphopning av

flere psykososiale risikofaktorene hos utsatte grupper som enslige, lavt utdannede og personer med lav inntekt. En grundigere analyse av risikoutsatte grupper har for eksempel vist at mer enn 20 % av befolkningen tilhører mer enn én utsatt gruppe (Myklestad et al., 2008). Dette gir en mangedoblet risikøkning for psykiske helseproblemer. Rapport 2011:1 presenterer 50 anbefalte forebyggende tiltak. De ti tiltakene som bygger på det mest omfattende og solide evidensgrunnlaget, eller som vurderes viktigst inkluderer i) høy sysselsetting, ii) helsefremmende skoler, iii) høykvalitetsbarnehager, iv) forebyggende tiltak på eldrester, v) hjemmebesøk til førskolebarn, vi) styrking av foreldreferdigheter, vii) arbeid med bistand, viii) grupper, kurs og programmer for mestring av angst og depresjon, ix) program for forebygging av søvnproblemer, og x) sterk evalueringsforskning. Se Rapport 2011:1 for utdyping og forklaring.

## 5.5. Metoder og feilkilder

Når man skal følge og evaluere befolkningens helse, er det viktig at man innhenter informasjon fra alle risikoutsatte grupper. Det er tidligere vist at mange psykisk syke vegrer seg for å delta i helseundersøkelser, og at man i slike datamaterialer ofte finner lavere forekomsttall for psykiske plager og lidelser enn hva som er reelt i befolkningen som helhet (Hansen et al., 2001; Dalgard et al., 2006; 2007; Knudsen et al., 2010). Når frafallet etter hvert har blitt så stort som i denne undersøkelsen, er det grunn til å studere nettoutvalget i forhold til befolkningsstatistikken for å få et inntrykk av hvem som har falt fra i datamaterialet. En grundigere oversikt er å finne i appendiks til denne rapporten.

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

Innvandrere fra ikke-vestlige land er klart underrepresentert i utvalget. Det er vist i flere undersøkelser at innvandrere fra ikke-vestlige land har en betydelig overhyppighet av psykiske helseproblemer (Dalgard et al., 2006; 2007). Ettersom spørreskjemaene i denne undersøkelsen ikke er oversatt til andre språk, og det heller ikke er brukt tolk, vil vi anta at det særlig er innvandrere med store språk- og integreringsproblemer som har falt fra.

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

Sammenligninger av norske tall med tall fra andre land kan likeledes være beheftet med feil. Det er foreksempel knyttet en rekke vanskeligheter til oversettelsesarbeide, noe som medfører at det kan være problematisk å tolke de internasjonale forskjellene. Ulike utforminger av undersøkelsene gjør det likeledes vanskelig å sammenligne uavhengige undersøkelser og tilsier at det bør tas forbehold også når det gjelder sammenlignbarheten innenfor én og samme undersøkelse. Overveiende konsistente resultater på tvers av forskjellige undersøkelser gir imidlertid indikasjon på at tallene gir et relativt korrekt bilde av de internasjonale forskjellene.

## 5.6. Implikasjoner og videre forskning

Populasjonsbasert bedring i den psykiske folkehelsen kan ikke forventes uten tilstrekkelige investeringer i evidensbaserte sykdomsforebyggende og helsefremmede tiltak, utvikling av nødvendig infrastruktur og videre forskning. Det er ingen tvil om at negative livshendelser, fattigdom, arbeidsledighet, kronisk sykdom og smerte, samt sosial isolasjon og ensomhet er medvirkende årsaker til psykiske plager, og at tilgjengeligheten av rusmidler påvirker forekomsten av rusmiddelavhengighet. Hvordan man skal kunne påvirke forekomsten av slike årsaksfaktorer i befolkningen, er imidlertid et komplisert sosialpolitisk spørsmål som man ikke har noe entydig svar på. Det er omfattende dokumentasjon for at uheldige oppvekstvilkår kan legge grunnlag for psykiske plager senere i livet, men hvordan samfunnet på en effektiv måte kan legge forholdene til rette for en god oppvekst og intervensjoner effektivt er fortsatt delvis uklart. En rekke anbefalinger er presentert i Rapport 2011:1, men svar på mange av problemstillingene avhenger av videre forskning og regelmessige befolkningsundersøkelser med høy svarprosent. Det er behov for videre årsaksforskning og for evaluering av forebyggende og helsefremmende tiltak, for økt forståelse av forbindelsene mellom tiltak og intervensjoner, helsedeterminanter og helseutfall. Tiltak rettet mot helsedeterminanter er ikke nødvendigvis nøytrale mht. til effektivitet i ulike befolkningsgrupper. Det vil generelt ta lenger tid for utsatte grupper å få fullt utbytte av forbedringer i helsedeterminanter. Utsatte grupper er også de mest sårbare når uventede samfunnsmessige endringer oppstår.

## 5.7. Konklusjon

Denne undersøkelsen bekrefter inntrykket fra en rekke tidligere studier at psykiske helseproblemer i form av angst- og depresjonslignende plager, søvnvansker og redusert mestring representerer en betydelig folkehelsebyrde i Norge. Det er også rimelig å anta at beregningene av psykiske belastninger som presenteres i denne rapporten representerer minimumstall. Således kan vi med rimelig grad av sikkerhet anta at av omlag 3,7 millioner nordmenn i alderen over 16 år, var det i 2008 minst 395 000 som var betydelig plaget av symptomer på angst eller depresjon, 640 000 som hadde søvnvansker og 950 000 som opplevde liten grad av kontroll og mestring. Dette er store tall og det er liten grunn til å tro at situasjonen er vesentlig endret nå.

Enkelte internasjonale sammenligninger tyder på at psykiske helseplager er mer utbredt i de fleste andre europeiske land. Dette reduserer allikevel ikke inntrykket av at vi også i Norge står overfor et omfattende problem med store menneskelige og samfunnsøkonomiske konsekvenser. Psykiske helseproblemer har høy prevalens og debuterer gjerne i tidligere alder enn de fleste andre helseproblemer. Plagene er derfor ofte langvarige med alvorlige ringvirkninger på mange livsområder, inkludert utdanning og yrkesaktivitet, inntekt og produktivitet, personlige relasjoner og sosial deltagelse. Risikonivået i Norge sammenlignet med nivået i en rekke andre land ligger relativt lavt, blant annet på grunn av gode økonomiske betingelser, høy materiell levestandard, lav arbeidsledighet og gode velferdsordninger. Til tross for et relativt sett lavt risikonivå, er de sosiale og sivile helseforskjellene i Norge store, og det er en tendens til opphopning av flere psykososiale risikofaktorene hos utsatte grupper. Enslighet og lav inntekt er forbundet med samtlige psykiske helsemål belyst i denne rapporten. Betydelig risikøkning for psykiske helseproblemer er også forbundet med arbeidsledighet, belastende livshendelser som alvorlige økonomiske problemer, samlivsbrudd og tap av arbeid det siste året, samt langvarige eller kroniske helseproblemer. Levekårsundersøkelsen 2008 viser at yngre kvinner utgjør en gruppe med betydelige psykiske helseproblemer, opplevelse av lav mestring, lav vitalitet og redusert arbeidsevne. Vi finner også en opphopning av risikofaktorer blant en høy andel av de eldre i utvalget som antageligvis bare representerer de friskeste av de eldre (hjemmeboende) i befolkningen.

Hvilke betingelser er nødvendige for å skape best mulig psykisk helse, og hvilke tiltak og intervensjoner vil medvirke til dette? Dette er et komplisert sosialpolitisk spørsmål som man ikke har noe entydig svar på. Det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet handler i stor

grad om å bedre helsen gjennom å påvirke nivået av risiko- og beskyttelsesfaktorer i miljøet og tiltak som påvirker forekomsten av de bakenforliggende psykososiale og materielle faktorenes betydning ligger ofte utenfor helsetjenestens kontroll. Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid må derfor foregå også på andre arenaer enn helseforvaltning og helsetjenester.

Det er bred enighet om at gode levekår og god psykisk helse går hånd i hånd og at god psykisk helse utgjør en ressurs som har sammenheng med sunnere livsstilsvalg, bedre fysisk helse, færre begrensninger i dagliglivet, høyere utdanning, sysselsetting og produktivitet, økt mestring og engasjement og bedre relasjoner. God psykisk helse medvirker dermed til oppnåelse av et bredt utvalg helserelaterte og sosialpolitiske mål. Det er også liten tvil om at samfunn som gir alle innbyggere mulighet til å spille en fullverdig og nyttig rolle i det sosiale, økonomiske og kulturelle liv, som har et inkluderende arbeidsliv og sterke nettverk i lokalsamfunn vil medvirke til bedre psykisk helse enn samfunn hvor mennesker opplever usikkerhet og utstøting.

## Referanser

- Aaberge, R., Andersen, A., & Wennemo, T. (1999). *Temporær og kronisk fattigdom i Norge. 1979-1996. Notater nr. 32*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Anderson, R., Mikulić, B., Vermeylen, G., Lyly-Yrjanainen, M. And Zigarette, V. (2009) *Second European Quality of Life Survey. Overview*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions.
- Anderssen S. (2009). *Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge: resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Ayuso-Mateos, J.L., Vazquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., Wilkinson, G. & the ODIN Group (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316.
- Barusch, A. S., Rogers, A., & Abu-Bader, S. H. (1999). Depressive symptoms in the frail elderly: Physical and psycho-social correlates. *International Journal of Aging & Human Development*, 49, 107-125.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.
- Clench-Aas, J., Rognerud, M. and Dalgard, O.S. (2009). *Rapport 2009:6. Levekårsundersøkelsen 2005 Psykiske helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenlikninger*. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Cramer, S., Torgersen, S. & Kringlen, E. (2002). Livskvalitet i ulike deler av Oslo. *Norsk Epidemiologi*, 12, 257-263.
- 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., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Ayuso-Mateos, J. L., Page, H., & Dunn, G. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression. A multinational community survey with data from the ODIN study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 444-451.
- Dalgard, O. S., Thapa, S. B., Hauff, E., McCubbin, M., & Syed, H. R. (2006). Immigration, lack of control and psychological distress: findings from the Oslo Health Study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 551-558.
- Dalgard, O. S. & Thapa, S. B. (2007). Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clinical practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 24.
- 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, 1-15.
- Derogatis, L. R., Richels, K. & Rock, A. F. (1976). The SCL-90-R and the MMPI: A step in the validation of a new selfreport scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Eriksen, J., Næss, S. & Thorsen, V. (1989). «Jeg må jo egentlig være fornøyd». *Livskvalitet hos unge funksjonshemmede*. Oslo: INAS Rapport 12/1989
- Eriksen, J. & Næss, S. (1998a). *Epilepsi og diabetes. Livskvalitet, stigmatisering og mestring*. Oslo: NOVA Rapport 16/1998.

- European Commission (2006). *Eurobarometer Report: Mental Well-Being*. Brussels: May 2006.
- Fløtten, T., Dahl, E., & Grønningsæter, A. (2001). *Den norske fattigdommen: Hvordan arter den seg, hvorlenge varer den og hva kan vi gjøre med den?* Fafonotat nr. 16. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo.
- Frøyland, K. (2005). *Arbeidsliv og rus: kunnskapsstatus anno 2005*. Oslo: Afi.
- Fyrand, L. (1994). *Sosialt nettverk Teori og praksis*. Oslo: Tano.
- Götestam, K. G., Johansson, A., Wenzel, H. G. & Simonsen, I. (2004). Validation of The Lie/Bet Screen for pathological gambling on two normal population data sets. *Psychological Reports, 95*, 1009-1013.
- Hansen, V., Jacobsen, B. K. & Arnesen, E. (2001). Prevalence of serious psychiatric morbidity in attenders and nonattenders to a health survey of a general population : the Tromsø Health Study. *American Journal of Epidemiology, 154*, 891-894.
- Hays, J. C., Landerman, L. R., George, L. K., Flint, E. P., Koenig, H. G., Land, K. C., et al. (1998). Social correlates of the dimensions of depression in the elderly. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences, 53*, P31-P39.
- Headey, B., Muffels, R., & Wagner, G. G. (2010). Long-running German panel survey shows that personal and economic choices, not just genes, matter for happiness. Proceedings of the National Academy of Sciences USA. doi: 10.1073/pnas.1008612107. <http://www.leben-in-deutschland.info/downloads/Entscheidungen+Lebenszufriedenheit-english.pdf>
- Heath, A. C., Eaves, L. J., & Martin, N. G. (1998). Interaction of marital status and genetic risk for symptoms of depression. *Twin Research, 1*, 119-122.
- Heath, A. C., Jardiner, R., Martin, N. G. (1989). Interactive effects of genotype and social-environment on alcohol consumption in female twins. *Journal of Studies on Alcohol, 50*, 38-48.
- Huppert, F. A. (2005). Positive mental health in individuals and populations. In F. A. Huppert, N. Baylis, & B. Kaverne (Eds.), *The science of well-being* (pp. 307-340). Oxford: Oxford University Press Inc.
- Johansen, R., Rognerud, M. & Sundet, J. M. (2008). *Rapport 2008:4. Levekårsundersøkelsene 1998, 2002 og 2005. Utvikling i psykisk helse. Utvikling i psykisk helse*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior, 43*, 207-222.
- 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, Demler, O., Frank, R.G. et al (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine, 352*, 2515-2523.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin, 127*, 472-503.
- Knudsen, A. K, Hotopf, M., Skogen, J. C., Overland, S. & Mykletun, A. (2010). The Health Status of Nonparticipants in a Population-based Health Study: The Hordaland Health Study. *American Journal of Epidemiology*. Advance Access published September 15, 2010.

- Korkeila, J., 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.
- Korkeila, J., Lehtinen, V., Bijl, R., Dalgard, O. S., Kovess, V., Morgan, A., et al. (2003). Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scandinavian Journal of Public Health, 31*, 451-459.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1091-1098.
- Legemiddelforbruket i de nordiske land 2004-2008. København: NOMESKO, 2010.  
<http://nomesco-eng.nom-nos.dk/filer/publikationer/Medicines%20consumption%202004-2008%20web.pdf>
- Lillegård, M. (2009). Frafallsanalyse av Levekårsundersøkelsen 2008. Notater 2009/62. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Lyubomirsky, S., King, L. A. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success. *Psychological Bulletin, 131*, 803-855.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglinin, A. (1998). The structure of mental health: Higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Social Indicators Research, 45*, 475-504.
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Rapport 2011:1. Bedre føre var – Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Meltzer H. (2003). Development of a common instrument for mental health. In: Nosikov A, Gudex C, eds. *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys* (pp. 35-60). Amsterdam: IOS Press.
- McDaid, D., Knapp, M., Curran, C. & MHEEN Group. *Financing Arrangements for Mental Health in Western Europe. Mental Health Economics European Network. Phase 1 Final Report to the European Commission*. Luxembourg: European Commission, 2004.
- Mead, N., Lester, H., Chew-Graham, C., Gask, L. & Bower, P. (2010). Effects of befriending on depressive symptoms and distress: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 196*, 96-101.
- Michaelson, J., Abdallah, S., Steuer, N., Thompson, S. & Marks, N. (2009). *National Accounts of Well-being: bringing real wealth onto the balance sheet*. London: New Economics Foundation.  
<http://cdn.media70.com/national-accounts-of-well-being-report.pdf>
- Mogstad, M. (2005). *Fattigdom i Stor-Oslo regionen. En empirisk analyse*. Rapport nr. 11. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Myklestad, I., Rognerud, M., & Johansen, O. R. (2008). *Rapport 2008:8. Utsatte grupper og psykisk helse*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Rapport 2009:8. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Næss, Ø., Rognerud, M., Strand, B. H. (2007). *Rapport 2007:1. Sosial ulikhet i helse - En faktarapport*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Penedo, F. J. & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity, *Current Opinion in Psychiatry, 18*, 189-193.



- Sandanger, I., Moum, T., Ingebrigtsen, G., Dalgard, O. S., Sorensen, T. & Bruusgaard, D. (1998). Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 345-354.
- Sandanger, I., Moum, T., Ingebrigtsen, G., Sorensen, T., Dalgard, O. S. & Bruusgaard, D. (1999). The meaning and significance of caseness: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview. II. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 53-59.
- Sandanger I. (1999). *Occurrence of psychiatric disorders-an epidemiological study, conceptual, methodological, and empirical issues*. Institute of General Practice and Community Medicine, University of Oslo 1999.
- Sexton, H., Maere, A., & Dahl, N. H. (1989) Exercise intensity and reduction in neurotic symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 80, 231-235
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K. & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 113-118.
- Szklo, M. & Nieto, F. J. (2000). *Epidemiology: Beyond the Basics*. Maryland: Aspen Publications.
- Thapa, S. B., Dalgard, O. S., Claussen, B., Sandvik, L., & Hauff, E. (2007). Psychological distress among immigrants from high- and low-income countries: findings from the Oslo Health Study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 459-65.
- The European Opinion Research Group (EORG). *The mental health status of the European population. Eurobarometer 58.2*. The SANCO Directorate-General; 2003.
- Thorsen, K. & Clausen, S.-E. (2008). Funksjonshemming, ensomhet og depresjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 19-27.
- Veenhoven, R. (2007). *World Database of Happiness - States of nations*. Veenhoven, R., editor. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Veenhoven, R. (2009). Average happiness in 146 nations 2000-2009, World Database of Happiness, Rank report Average Happiness. Internet: [http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl/hap\\_nat/findingreports/RankReport\\_AverageHappiness.php](http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl/hap_nat/findingreports/RankReport_AverageHappiness.php)
- Wahlbeck K. (2006). *MINDFUL - Final technical implementation report*. Finland: STAKES.
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993, 2000). *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide*. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.
- World Health Organization (2004). *Prevention Of Mental Disorders: Effective Interventions And Policy Options : Summary Report*. Geneva 2004.  
[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)
- WHO-Regional Office for Europe (2008). *Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges*. Copenhagen 2008.  
[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/96450/E91732.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf)



# Appendiks

# SSBs levekårsundersøkelse

## – representativitet, frafall og seleksjon

### 1998-2008

Rune Johansen, Nasjonalt folkehelseinstitutt, divisjon for psykisk helse, avdeling for helseundersøkelser og forebygging.

## Innledning

Dette notatet gjør rede for fordelingen med hensyn på eventuelle endringer i utvalgte sosiodemografiske variable i levekårsundersøkelsene i perioden 1998 til 2008, spesielt alder, kjønn og utdanning, og sammenlikner data med reelle befolkningsdata hentet fra SSB sine hjemmesider.

Siden undersøkelsen er todelt med en intervjudel og et postalt tillegg er det viktig å finne ut hvorvidt, og eventuelt på hvilken måte de som har valgt å delta på begge, eller bare den ene delundersøkelsen, atskiller seg fra hverandre, og fra befolkningen forøvrig. Det er god grunn til å tro at visse grupper er sterkere representert i de ulike undersøkelsene, noe som kan føre til avvik i prevalens av ulike psykiske helseplager, det vil si seleksjonsbias.

Ifølge Lillegård (2009) er frafallet i 2008-undersøkelsen skjevt med hensyn på alder, kjønn og utdanning, og frafallet er ulikt i intervju og postal del. De med dårlig psykisk helse har størst frafall, noe som fører til en underestimert av psykiske plager i befolkningen. Ifølge beregningene til Lillegård er dette underestimert på ca et prosentpoeng for 2008-undersøkelsen.

**Tabell 1:** Totalmaterialet 1998-2008

	<b>Bruttoutvalg</b>	<b>Nettoutvalg (responsrate i %)</b>	<b>Intervju (responsrate i %)</b>	<b>Postalt skjema (responsrate i %)</b>
1998	9735	8154 (83.8)	7125 (73.2)	7004 (71.9)
2002	9675	7624 (78.8)	6827 (70.6)	6193 (64.0)
2005	9697	7128 (73.5)	6766 (69.8)	5212 (53.7)
2008	9684	6783 (70.0)	6465 (66.8)	4823 (49.8)
Totalt	38791	29689 (76.5)	27183 (70.0)	23232 (59.9)

Det er en generell tendens at svarprosenten går ned i denne type undersøkelser. Tabell 1 viser at dette også er tilfelle for Levekårsundersøkelsen i perioden 1998-2008. Den generelle svarprosenten har sunket fra ca. 84 % i 1998 ned til om lag 70 % i 2008. Ser man på den postale undersøkelsen isolert, der blant annet spørsmål om psykisk helse ligger inne, har svarprosenten sunket fra ca. 72 % i 1998 og ned til om lag 50 % i 2008. Samtidig har ikke nedgangen vært like sterk blant de som har deltatt på intervjuundersøkelsen - fra ca 73 % i 1998 til ca 67 % i 2008. Hovedgrunnen til dette er trolig at det pures på deltagerne i intervjuundersøkelsen for å få svarprosenten opp i ca 70 %. Tilsvarende puring har ikke blitt gjort i forhold til det postale skjemaet.

Siden responsraten går ned over tid, og den utvikler seg forskjellig for intervju og postal undersøkelse er det viktig å finne ut om skjevheter med hensyn på enkelte variable endrer seg over tid. Johansen et. al. (2008) viste at slike endringer fant sted i perioden 1998-2005, men med et mulig unntak for utdanning, fant man ikke at de observerte endringer i frafall i forhold til ulike sosiodemografiske variable kunne forklare observerte endringer i prevalens av psykiske plager (målt med HSCL-25) i den samme perioden.

## Kjønn

Andelen kvinner er generelt noe høyere blant de som kun har svart på postalt skjema, enn blant de som også har deltatt på intervju, og forskjellen er signifikant. Dette indikerer at menn har en mindre tilbøyelighet til å svare på den postale undersøkelsen, og at det altså foregår en viss seleksjon her. I aldersgruppen 25-64 år er andelen kvinner høyere i materialet enn i befolkningen, noe som viser at kvinner generelt har en større tilbøyelighet til å delta i slike undersøkelser. Unntaket er i alder 25-64 år i 2008, der kvinnene av en eller annen grunn var kraftig underrepresentert blant de som kun svarte på det postale skjemaet.

For øvrig er det ikke mulig å observere noen trend i forholdet mellom antall kvinner og menn i undersøkelsen, verken på intervju, den postale undersøkelsen, eller undersøkelsen totalt sett. Det fins derfor ingen holdepunkter for å hevde at det har forekommet en økende seleksjon med hensyn på kjønn i materialet i løpet av perioden 1998 til 2008.

## Alder

Aldersfordelingen er signifikant forskjellige blant de som har deltatt på intervju sammenliknet med de som kun har svart på det postale tillegget. Blant de som har deltatt på intervju er gjennomsnittsalderen 45,5 år (standardavvik 18,1) mens de som kun har svart på det postale skjemaet er signifikant eldre; gjennomsnittsalder 47,9 (standardavvik 19,3).

Andelen unge er (signifikant) høyere blant de som har deltatt på intervju, mens andelen eldre er signifikant høyere blant de som kun har svart på postalt skjema. Det er vanskelig å se noen klar trend over tid. Mest påfallende er det at andelen unge var så lav, og andelen eldre ditto høyere i 2008 blant de som kun svarte på det postale skjemaet.

Andelen respondenter i den eldste gruppen (45-64 år) sammenliknet med den yngste (25-64 år) har økt signifikant fra 1998 til 2008. Dette er konsistent med at gjennomsnittsalderen øker i hele materialet, og indikerer at den synkende responsraten har ført til en økende seleksjon med hensyn på alder.

## Utdannelse

Utdanningsnivået er signifikant lavere blant de som kun har svart på det postale skjemaet sammenliknet med de som også har deltatt på intervju. Andelen med høy utdanning blant de som har deltatt på intervjuundersøkelsen er på 27,1 %, sett hele perioden 1998-2008 under ett. Blant de som kun har svart på det postale skjemaet er andelen med høyere utdanning 20,2 %. I aldersgruppen 25-64 år er andelen med høy utdanning blant de som har deltatt på intervjuet totalt sett på 33,3 %, mens andelen blant de som kun har svart på det postale tillegget er 26,5 %.

**Tabell 2:** Andel med høy utdanning i alder 25-64 år i prosent - datamaterialet sammenliknet med reelle befolkningstall (kilde SSB)

	1998	2002	2005	2008
Datamaterialet	29,6	31,5	33,5	37,4
Befolkningen	26,9	29,0	31,0	33,7

Som tabellen viser er utdanningsnivået i materialet høyere enn i befolkningen, en indikasjon på seleksjon.

## Andre sosiodemografiske variable

**Tabell 3:** Fordeling m.h.p. utvalgte sosiodemografiske variable etter år i totalmaterialet.

Andeler i prosent.

	1998	2002	2005	2008	Totalt
Andelen som ikke lever i parforhold	33,8	34,0	36,0	34,8	34,6
Andelen som ikke er sysselsatte	35,4	32,1	31,2	29,3	32,0
Alvorlige økonomiske problemer	-	6,7	8,0	5,5	6,8
Andelen med smerter	39,2	47,1	24,0	29,3	30,7
Andel vært hos lege siste år	70,8	74,8	70,1	83,1	75,3
Andel hos psykolog siste år	2,4	3,2	3,4	3,8	3,3
Andel mosjon <1g/uke	41,7	36,2	29,2	26,7	32,8
Alkohol >3g/uke	2,3	5,2	4,0	3,5	3,7
Andel BMI ≥30	6,3	9,3	9,7	9,9	8,7
Andel dagligrøykere	31,3	27,2	24,4	20,4	25,9
Andel som røyker av og til	10,3	10,7	9,7	9,0	9,9

**Tabell 4:** Fordeling m.h.p. utvalgte sosiodemografiske variable etter år for aldersgruppen 25-64 år. Andeler i prosent.

	1998	2002	2005	2008	Totalt
Andelen som ikke lever i parforhold	22,0	23,6	25,6	24,8	24,0
Andelen som ikke er sysselsatte	16,6	15,9	16,0	14,3	15,7
Alvorlige økonomiske problemer	-	6,5	8,6	5,9	7,0
Andelen med smerter	41,3	49,4	24,8	26,7	32,1
Andel vært hos lege siste år	69,3	73,6	69,3	82,6	74,3
Andel hos psykolog siste år	2,0	3,4	3,8	4,2	3,6
Andel mosjon <1g/uke	41,2	36,0	29,2	26,2	32,3
Alkohol >3g/uke	2,2	5,1	4,2	3,8	3,7
Andel BMI ≥30	6,7	10,0	10,8	11,3	9,7
Andel dagligrøykere	34,9	29,9	27,0	23,1	28,9
Andel som røyker av og til	10,8	11,2	10,3	9,7	10,5

**Tabell 5:** Fordeling m.h.p. utvalgte sosiodemografiske variable etter år for menn.

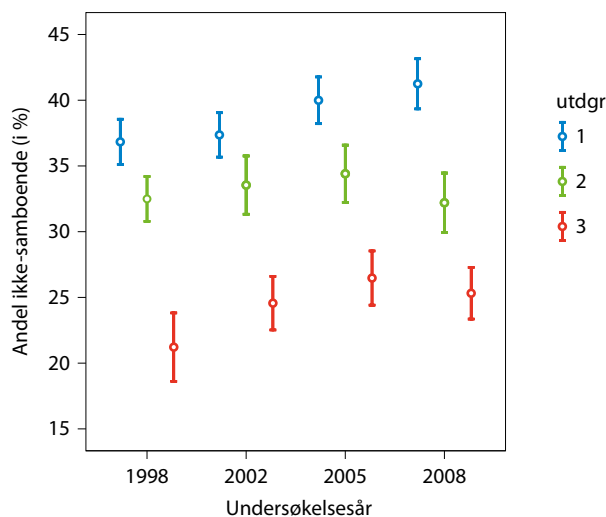
Andeler i prosent.

	1998	2002	2005	2008	Totalt
Andelen som ikke lever i parforhold	31,4	32,8	34,6	32,7	32,8
Andelen som ikke er sysselsatte	29,3	28,0	29,2	26,6	28,3
Alvorlige økonomiske problemer	-	6,3	8,1	6,0	6,8
Andelen med smerter	34,6	43,0	19,2	19,6	25,2
Andel vært hos lege siste år	69,7	71,3	65,2	78,5	71,3
Andel hos psykolog siste år	2,8	2,7	2,2	2,6	2,5
Andel mosjon <1g/uke	43,1	37,6	31,9	29,1	34,8
Alkohol >3g/uke	3,0	6,6	5,2	5,0	4,8
Andel BMI ≥30	6,8	8,8	9,8	11,1	9,1
Andel dagligrøykere	33,0	28,0	24,3	20,8	26,6
Andel som røyker av og til	10,3	11,2	10,4	9,3	10,3

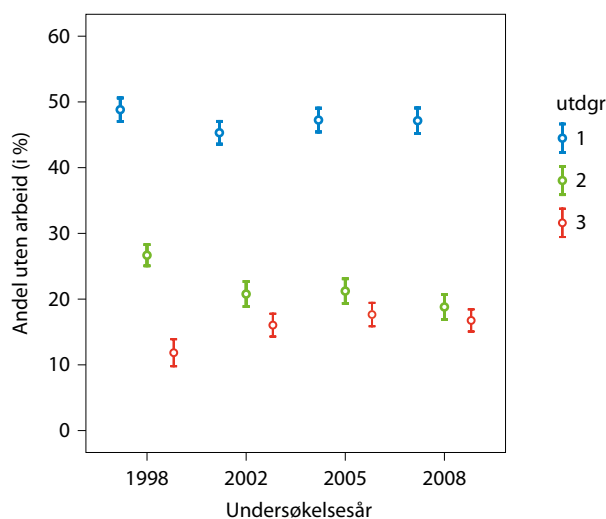
**Tabell 6:** Fordeling m.h.p. utvalgte sosiodemografiske variable etter år for kvinner. Andeler i prosent.

	1998	2002	2005	2008	Totalt
Andelen som ikke lever i parforhold	36,0	35,2	37,4	36,9	36,3
Andelen som ikke er sysselsatte	41,2	36,1	33,1	31,9	35,7
Alvorlige økonomiske problemer	-	5,7	7,8	5,0	6,2
Andelen med smerter	42,6	50,3	28,8	30,7	35,7
Andel vært hos lege siste år	71,8	78,2	75,2	87,6	79,2
Andel hos psykolog siste år	2,0	3,7	4,5	4,9	4,1
Andel mosjon <1g/uke	40,4	34,8	26,4	24,3	30,7
Alkohol >3g/uke	1,6	3,7	3,0	2,3	2,6
Andel BMI>=30	5,8	9,7	9,7	5,6	8,4
Andel dagligrøykere	29,7	26,4	24,4	20,0	25,3
Andel som røyker av og til	10,3	10,2	9,0	8,7	9,6

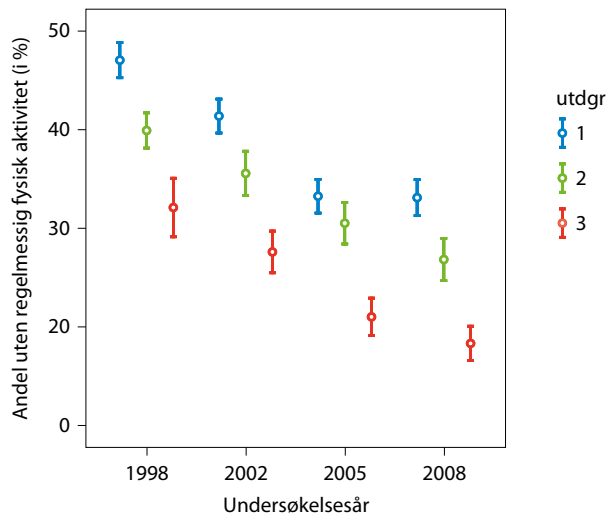
**Figur 1:** Andel som ikke lever i parforhold 1998-2008 etter utdanningsnivå (1=lav, 2=middels, 3=høy utdanning)



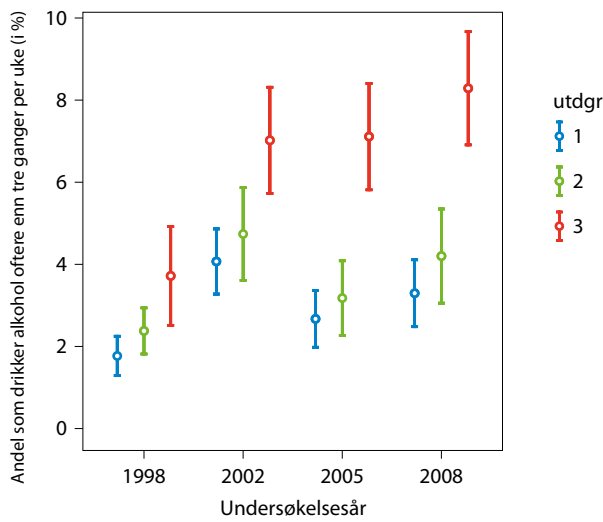
**Figur 2:** Andelen uten arbeid 1998-2008 etter utdanningsnivå (1=lav, 2 = middels, 3=høy).



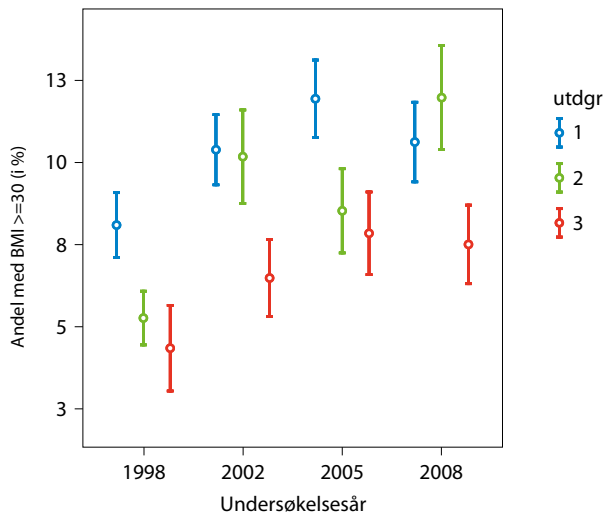
**Figur 3:** Andel som ikke driver regelmessig fysisk aktivitet 1998-2008, etter utdanningsnivå (1=lav, 2=middels, 3=høy).



**Figur 4:** Andel som drikker alkohol oftere enn tre ganger per uke 1998-2008, etter utdanningsnivå (1=lav, 2=middels, 3=høy).

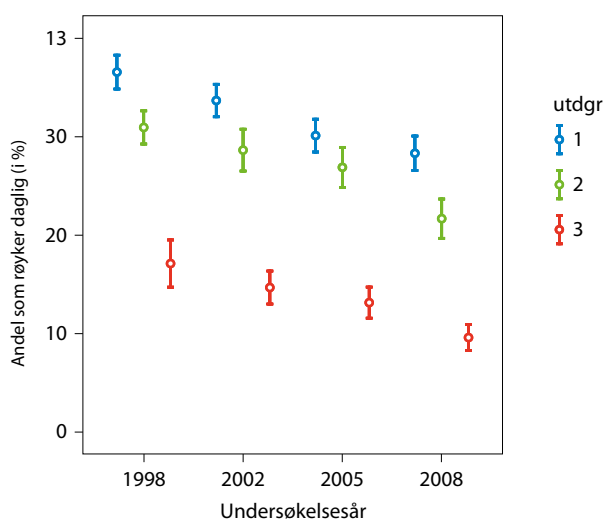


**Figur 5:** Andel med Body Mass Index (BMI) over 30, i perioden 1998-2008, etter utdanningsnivå (1=lav, 2=middels, 3=høy).





**Figur 6:** Andel som røyker daglig i perioden 1998-2008, etter utdanningsnivå (1=lav, 2=middels, 3=høy).



Tabellene (3-6) viser at andelen enslige er relativt stabil over tid, andelen som er sysselsatt har økt, det er en økende andel som går til psykolog og som mosjonerer regelmessig. Andelen som drikker alkohol regelmessig er relativt stabil, men andelen som drikker oftere enn tre ganger per uke har økt. Andelen med høy BMI er økende, mens andelen som røyker daglig avtar. Trenden er ikke like klar når det gjelder de som røyker av og til.

For de fleste variable er det signifikant forskjell på kjønnene; daglig røyking, parstatus, jobb, bmi, alkoholvaner og fysisk aktivitet. Siden det er omtrent like mange menn som kvinner, burde andelen som lever i parforhold være omtrent den samme. Observerte forskjeller kan derfor skyldes forskjeller i responsrate mellom kvinner og menn, altså seleksjon. Kvinner er mer tilbøyelige til å delta i slike undersøkelser enn menn. I tillegg er det et generelt mønster at kvinner er yngre enn mannlige samboere, og siden eldre er mer tilbøyelige til å delta enn yngre, er det mulig at en større andel av de menn som deltar er samboende.

Figur 1-6 viser trendene i utvalgte sosiodemografiske variable stratifisert på utdanningskategorier. For flere av variablene ser vi at det er signifikante forskjeller mellom utdanningsnivåer, og signifikante endringer over tid. Andelen som lever utenfor parforhold er økende blant lavt og høyt utdannede, mens den er praktisk talt uendret blant middels høyt utdannede. Andelen uten jobb er omtrent konstant blant de lavt utdannede, den er økende blant de høyt utdannede, mens andelen er avtagende blant de med middels høy utdanning. Andelen som ikke driver regelmessig fysisk aktivitet er signifikant forskjellig etter utdanningsnivå, og den synker signifikant over tid. For lavt utdannede ser vi en utflating fra 2005 til 2008.

Utflatingen i andelen som drikker ofte er tydelig blant lavt og middels utdannede i perioden 2002 til 2008, mens blant høyt utdannede har andelen fortsatt å stige jevnt. Men kan se et liknende mønster når det gjelder BMI over 30, men tallene for de med middels utdanning er ikke helt entydige. Når det gjelder daglig røyking er det en signifikant nedgang over tid for alle utdanningskategorier, og det er signifikant forskjell mellom ulike utdanningsgrupper.

## Referanser

Johansen R., Rognerud M., Sundet J.M. (2008): Levekårsundersøkelsene 1998, 2002 og 2005 – Utvikling i psykisk helse. Rapport 2008:4, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet.

Lillegård M. (2009): Frafallsanalyse av Levekårsundersøkelsen 2008. Notater 2009/62 Statistisk sentralbyrå.