FHI
Folkehelseinstituttet

RAPPORT

2018

Psykisk helse i Norge

Redaksjon:
Anne Reneflot
Leif Edvard Aarø
Heidi Aase
Ted Reichborn-Kjennerud
Kristian Tambs
Simon Øverland

Psykisk helse i Norge

folkehelseinstituttet

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for psykisk og fysisk helse
Januar 2018

Tittel:
Psykisk helse i Norge

Redaksjon:
Anne Reneflot
Leif Edvard Aarø
Heidi Aase
Ted Reichborn-Kjennerud
Kristian Tambs
Simon Øverland

Oppdragsgiver:
Helse- og omsorgsdepartementet

Publikasjonstype:
Rapport

Bestilling:
Rapporten kan lastes ned som pdf
på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Grafisk designmal:
Per Kristian Svendsen og Grete Søimer

Layout omslag:
Fete typer

ISBN: 978-82-8082-878-1 elektronisk utgave

Emneord (MeSH): Psykisk helse, psykiske lidelser, rusbrukslidelser, selvmord, selvmordsforsøk, demens, søvn, søvnvansker, livskvalitet og trivsel

Innhold

Hovedbudskap 6

Sammendrag 7

Innledning 7

Metode 7

Resultater 7

Diskusjon 8

Konklusjon 8

Forord 9

1. Innledning 10

1.1 Hvorfor trenger vi tall på forekomst? 10

1.2 Hva er psykisk helse og hvordan måler vi det? 10

1.3 Datakilder til å følge med på psykisk helse 12

1.4 Debutalder og varighet 15

1.5 Helsefremmende arbeid, forebygging, rehabilitering og behandling 15

1.6 Sykdomsbyrde 16

1.7 Hvordan lese denne rapporten 16

Referanser 18

2. Psykiske lidelser hos voksne 20

2.1 Om psykiske lidelser hos voksne 20

2.2 Forekomst av psykiske lidelser hos voksne 24

2.3. Psykisk lidelser blant voksne innvandrere 30

2.5. Komorbiditet 32

2.6. Tidstrender i forekomst av psykiske lidelser 32

2.7 Kontakt med helsetjenesten for psykiske lidelser 33

2.8 Risikofaktorer 48

2.9 Konsekvenser av psykiske lidelser og sykdomsbyrde 49

2.10 Forebygging 51

Referanser 52

3. Psykiske lidelser hos barn og unge 59

3.1 Om psykiske lidelser og problemer hos barn og unge 59

3.2 Kategorier av psykiske lidelser hos barn og unge 61

3.3 Forekomst av psykiske lidelser hos barn og unge 66

3.4. Psykiske lidelser og problemer hos barn og unge med innvandrerbakgrunn 72

3.5. Kontakt med helsetjenesten for psykiske lidelser 75

3.6 Sykdomsbyrde av psykiske lidelser hos barn og unge 97

Referanser 98

4. Rusbrukslidelser: Skadelig bruk og avhengighet av rusmidler _____ 102

4.1 Om rusbrukslidelser 102

4.2 Forekomst av rusbrukslidelser 102

4.3 Samtidighet med psykiske og somatiske lidelser 106

4.4 Kontakt med helsetjenesten for rusbrukslidelser 107

4.5 Risikofaktorer 109

4.6 Konsekvenser av rusmiddelbruk 109

4.7 Forebygging av skadelig rusmiddelbruk og avhengighet 111

Referanser 113

5. Selvmord og selvmordsforsøk _____ 118

5.1 Om selvmord og selvmordsforsøk 118

5.2 Forekomst av selvmord og selvmordsforsøk 118

5.3 Usikkerhet knyttet til registrering av selvmord 119

5.4 Forskjeller i befolkningen 120

5.5 Selvmord i spesialisthelsetjenesten 122

5.6 Selvmord blant innsatte i fengsel 122

5.7 Internasjonale forskjeller 123

5.8 Risiko og beskyttelsesfaktorer for selvmord 123

5.9 Konsekvenser av selvmord 123

5.10 Selvmord og sykdomsbyrde 124

5.11 Forebygging av selvmord 124

Referanser 126

6. Demens _____ 128

6.1 Om demens, kjennetegn og diagnose 128

6.2 Forekomst av demens 129

6.3 Forskjeller mellom grupper i befolkningen og mellom nasjoner 131

6.4 Årsaks- og risikofaktorer 133

6.5 Sykdomsbyrde 134

6.6 Bruk av helsetjenester 134

6.7 Behandling med legemidler 135

6.8 Fremtidig utbredelse og muligheter for forebygging 135

Referanser 137

7. Søvn og søvnvansker _____ 139

7.1 Kort om søvn 139

7.2 Forekomst av søvnvansker 139

7.3 Stabilitet og utvikling over tid blant barn og unge 141

7.4 Forskjeller i befolkningen 141

7.5 Årsaks- og risikofaktorer 142

7.6 Konsekvenser av søvnvansker 142
7.7 Behandling av søvnvansker 143
7.8 Forebygging av søvnvansker 144
Referanser 146

8. Livskvalitet og trivsel 151
8.1 Om livskvalitet 151
8.2 Sammenhenger mellom livskvalitet og psykisk helse 151
8.3 Måling av livskvalitet 153
8.4 Livskvalitet i Norge 154
8.5 Nærmere om livskvalitet i enkelte grupper 156
8.6 Livskvalitet over tid (trender) 159
8.7 Livskvalitet i Norge sammenliknet med livskvalitet i andre land 161
8.8 Risiko- og livskvalitetsfremmende faktorer 163
8.9 Sykdom og mestring 164
8.10 Konsekvenser 164
8.11 Fremme livskvalitet 165
Referanser 166

9. Avslutning 170
9.1 Hovedfunn 170
9.2 Datagrunnlaget 171

Forkortelser 173

Hovedbudskap

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som ønsket en oppdatering av rapport 2009:8 Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. I rapporten presenterer vi oppdaterte tall på forekomsten av psykiske lidelser i den norske befolkningen og nye analyser på omfang av helsetjenestebruk for disse lidelsene. I tillegg omfatter rapporten egne kapitler om demens, søvnvansker og livskvalitet.

Rapporten viser at psykiske lidelser og rusbrukslidelser er utbredt i den norske befolkningen og at disse lidelsene bidrar til betydelig helsetap. Selvmord bidrar til mange tapte leveår. Kronisk insomni rammer en av syv voksne, og norske ungdommer sover for lite på hverdagene. Forekomsten av demens er høyere enn tidligere antatt.

Vi finner ingen holdepunkter for at andelen med psykiske lidelser øker i den voksne befolkningen. Derimot observerer vi en økning i andelen unge jenter som rapporterer et høyt nivå av psykiske plager og som oppsøker helsetjenesten for sine plager. Når det gjelder rusbrukslidelsene, er det med bakgrunn i økt alkoholkonsum grunn til å anta at det har vært en økning i andelen med alkohollidelser.

Forekomsten av psykiske plager er høyere blant innvandrere fra lav og middelinntektsland enn i den øvrige befolkningen. Dette finner vi for både voksne, barn og unge med innvandrerbakgrunn. Det er imidlertid store forskjeller avhengig av hvilket land de kommer fra. Innvandrere har gjennomgående mindre kontakt med helsetjenesten for psykiske plager enn det den øvrige befolkningen har.

Den norske befolkningen har jevnt over god livskvalitet. De fleste ungdommer er fornøyde med livet sitt og foreldrene sine. Tre av fire ungdommer tror de vil få et godt og lykkelig liv. Det norske lykkenivået har økt noe de siste årene.

En god oversikt over befolkningens psykiske helse forutsetter et godt datagrunnlag. I rapporten peker vi både på muligheter og begrensninger i de eksisterende dataene på psykisk helse og rus. For å kunne gi mer presise forekomsttall og publisere løpende helseanalyser på psykisk helse og rus, er det behov for å innhente nye befolkningsbaserte data. Det er også behov for enklere og raskere tilgang til sammenstilte opplysninger fra helseregistrene og andre relevante registre.

Sammendrag

Innledning

Denne rapporten tar for seg den psykiske helsen i den norske befolkningen. Den er skrevet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Formålet med rapporten er å gi en oppdatert oversikt over forekomsten av psykiske lidelser og rusbrukslidelser og kontakt med helsetjenesten for disse lidelsene. I tillegg tar den sikte på å gi en oversikt over utbredelsen av søvnproblemer og demens, samt mål på livskvaliteten i befolkningen.

Metode

I arbeidet med rapporten har vi benyttet oss av systematiske litteratursøk og analyser av registerdata. Registerdataene kommer fra Norsk pasientregister (NPR), Kontroll for utbetaling av helserefusjon (KUHR), Reseptregisteret (NorPD) og Dødsårsaksregisteret (DÅR). Vi har benyttet enkle deskriptive analyser som beregning av andeler og rater. Der det har vært nødvendig har vi aldersstandardisert.

Resultater

Psykiske lidelser og rusbrukslidelser er utbredt i den norske befolkningen, og disse lidelsene bidrar til betydelig helsetap. De vanligste lidelsene blant voksne er angst, depresjon og rusbrukslidelser. Blant barn og unge er det angst, atferdsforstyrrelser og affektive lidelser som er vanligst. For ikke-dødelig helsetap er psykiske lidelser og rusbrukslidelser på andreplass etter muskel-og skjelettlidelser. Selvmord bidrar til mange tapte leveår. Kronisk insomni rammer en av syv voksne, og norske ungdommer sover for lite på hverdagene. Forekomsten av demens er høyere enn tidligere antatt. Det anslås at mellom 80 000 og 104 000 har demens.

Vi finner ingen holdepunkter for at utbredelsen av psykiske lidelser øker i den voksne befolkningen. Derimot observerer vi en bekymringsfull økning i andelen unge jenter som rapporterer et høyt nivå av psykiske plager og som oppsøker helsetjenesten for sine plager. Når det gjelder rusbrukslidelsene, er det med bakgrunn i økt alkoholkonsum grunn til å anta at det har vært en økning i andelen med alkohollidelser. Misbruk knyttet til vanedannende legemidler ser ut til å ha ligget stabilt de siste årene. Vi har ikke sikker kunnskap om utviklingen av skadelig bruk av illegale rusmidler.

Forekomsten av psykiske plager er høyere blant innvandrere fra lav og middelinntektsland enn i den øvrige befolkningen. Dette finner vi for både voksne og barn og unge med innvandrerbakgrunn. Det er imidlertid store forskjeller avhengig av hvilket land de kommer fra. Innvandrere har gjennomgående mindre kontakt med helsetjenesten for psykiske plager enn det den øvrige befolkningen har.

Den norske befolkningen har jevnt over god livskvalitet. De fleste ungdommer er fornøyde med livet sitt og foreldrene sine. Tre av fire ungdommer tror de vil få et godt og lykkelig liv. Det norske lykkenivået har økt noe de siste årene. Også tilfredshet med livet har vært noe høyere i Norge de siste ti årene enn i årene forut. Vi har liten kunnskap om innvandreres livskvalitet, men innvandrere ser ut til å være noe mindre tilfredse med livet enn majoritetsbefolkningen. Forskjellene er imidlertid moderate.

Diskusjon

Vi finner at psykiske lidelser og rusbrukslidelser er utbredt i befolkningen og at de bidrar til betydelig helsetap. Forekomsten av psykiske lidelser er stabil hos voksne, mens det kan være grunn til å anta at forekomsten av alkohollidelser øker i omfang. Blant barn og unge finner vi en bekymringsfull økning i andelen unge jenter som rapporterer et høyt nivå av psykiske plager og som oppsøker helsetjenesten for disse plagene. Det er vanskelig å si noe sikkert om årsakene til den observerte økningen, og om det har funnet sted en tilsvarende økning i omfanget av psykiske lidelser blant unge jenter. For å kunne si noe sikkert om dette er det behov for bedre data.

Rapporten viser at kunnskapen om innvandreres psykiske helse er begrenset. Studier tyder imidlertid på at andelen som rapporterer om psykiske plager er noe høyere blant innvandrere fra lav og middelinntektsland enn den øvrige befolkningen både blant voksne og barn og unge. Det er imidlertid betydelig variasjon med landbakgrunn. Vi har lite kunnskap om årsakene til den observerte variasjonen. Fremover er det derfor viktig å øke kunnskap om forekomsten av psykiske helseplager blant innvandrere og studere årsaker til og konsekvenser av slike plager. Til dette trengs det et bedre datagrunnlag.

Til slutt er det gledelig å observere at den norske befolkningen jevnt over er fornøyd med livene sine. Særlig gledelig er det at de fleste ungdommer er fornøyd med livene og foreldrene sine, og at tre av fire tror de vil få et godt og lykkelig liv. Både lykkenivået og tilfredsheten med livet har økt noe de siste årene.

Arbeidet med denne rapporten viser at dagens datagrunnlag har noen viktige begrensninger, men også at det finnes muligheter for å bedre tilgangen på gode data i årene som kommer. En klar svakhet ved tallgrunnlaget for denne rapporten er at de diagnosebaserte befolkningsundersøkelsene er av eldre dato. I forbindelse med den fjerde runden av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) vil Folkehelseinstituttet i samarbeid med HUNT pilotere en nasjonal diagnosebasert undersøkelse. Dessuten vil helseregistrene gjøre det mulig å følge utviklingen over tid. En god utnyttelse av registerdata forutsetter imidlertid enklere og raskere tilgang til denne type data.

Konklusjon

Denne rapporten er en oppdatering av rapporten «Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv» som kom i 2009. I hovedtrekk kommer vi til de samme resultatene for voksenbefolkningen som den foregående rapporten. Derimot observerer vi en bekymringsfull økning i andelen unge jenter som rapporterer et høyt nivå av psykiske plager og som oppsøker helsetjenesten for disse plagene. Denne utviklingen blir det viktig å følge nøye fremover. Vi bør også styrke kunnskapen om årsakene til og konsekvensene av en slik økning og hvordan de psykiske plagene kan reduseres. Likeledes er det viktig med mer og bedre kunnskap om innvandreres psykiske helse.

En god oversikt over befolkningens psykiske helse forutsetter et godt datagrunnlag. Som vi peker på i denne rapporten, ligger det både muligheter og begrensninger i de eksisterende dataene på psykisk helse og rus. For å kunne gi mer presise forekomsttall og for å kunne publisere løpende helseanalyser på psykisk helse og rus, er det behov for å innhente nye befolkningsbaserte data. Det er også behov for enklere og raskere tilgang til sammenstilte opplysninger fra helseregistrene og andre relevante registre.

Forord

I 2009 publiserte Folkehelseinstituttet (FHI) en oversikt over forekomsten av psykiske lidelser i den norske befolkningen i rapporten «Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv». På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har vi nå oppdatert denne rapporten. I tillegg inkluderer den nye rapporten analyser av helsetjenestebruk for psykiske lidelser samt egne kapitler på demens, søvn og søvnvansker. Endelig inkluderer rapporten et eget kapittel om livskvalitet. Dette er i tråd med de to siste Folkehelsemeldingene (St. Meld. 34 2012-2013; St. Meld. 19 2014-2015) hvor livskvalitet fremheves som egen målsetting i helsepolitikken.

Siden den forrige rapporten har Senter for sykdomsbyrde ved FHI publisert resultater fra den norske sykdomsbyrden inkludert sykdomsbyrden knyttet til psykiske lidelser og rusbrukslidelser. I den nye rapporten har vi inkludert tall på sykdomsbyrde.

I løpet av de siste tiårene har Norge opplevd økt innvandring. Vi har derfor inkludert tall på innvandreres psykiske helse der det er mulig. Kunnskapen om innvandreres psykiske helse er imidlertid begrenset.

Denne rapporten viser også at datagrunnlaget på psykisk helse og rus fortsatt er begrenset. Samtidig peker den på fremtidige muligheter. I samarbeid med Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) vil FHI i 2018 og 2019 gjennomføre en pilot på en nasjonal diagnosebasert undersøkelse av psykiske lidelser. Denne undersøkelsen vil styrke det eksisterende datagrunnlaget betydelig samt bidra med verdifulle erfaringer til en eventuell nasjonal undersøkelse. Enklere og raskere tilgang til sammenstilte registerdata på psykisk helse og rus vil også være avgjørende for å kunne styrke datagrunnlaget på psykisk helse og rus i årene som kommer.

Oslo, januar 2018

Knut-Inge Klepp

1. Innledning

1.1 Hvorfor trenger vi tall på forekomst?

God oversikt over befolkningens helse er grunnleggende i folkehelsearbeidet. Tall på forekomst av psykiske lidelser, rusbrukslidelser og befolkningens livskvalitet gir viktig underlags-informasjon for å dimensjonere helsetjenestene og fordele ressurser til helsefremmende og forebyggende innsatser. God kunnskap om utbredelsen av psykiske lidelser og rusbrukslidelser samt nivået av livskvalitet i ulike befolkningsgrupper og geografiske områder, og kunnskap om endringer over tid, vil bidra til å identifisere problemområder og målgrupper for forebygging. Gode forekomsttall på lidelser gir grunnlag for å beregne sykdomsbyrden av psykiske lidelser og rusbrukslidelser.

1.2 Hva er psykisk helse og hvordan måler vi det?

1.2.1 Begreper

Psykisk helse benyttes som et overordnet begrep og omfatter alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser. Det omfatter også hele bredden av tiltak på feltet fra helsefremming og forebygging til behandling og rehabilitering

Livskvalitet omfatter positive følelser som glede, vitalitet og tilfredshet, trygghet og til-hørighet, interesse, mening, mestring, engasjement og autonomi. En kan oppleve høy livskvalitet selv under sykdom og på tross av helseplager. Opplevelse av livskvalitet kan legge grunnlag for gode familierelasjoner, oppvekstkår, funksjon i arbeidslivet og bedre helse. Livskvalitet er derfor et sentralt mål og innsatsområde i det moderne folkehelsearbeidet.[1] Den definisjonen vi har gjengitt her er begrenset til det som mer presist kalles 'subjektiv livskvalitet', men for enkelhets skyld bruker vi bare ordet 'livskvalitet' i denne teksten.

Psykiske plager benyttes om symptomer som for eksempel engstelse og nedstemthet. Plagene kan oppleves som mer eller mindre belastende, men et høyt nivå av psykiske plager betyr ikke nødvendigvis at det foreligger en psykisk lidelse (se under). Psykiske plager kartlegges ved hjelp av egnede måleinstrumenter. Det finnes ikke generelt aksepterte definisjoner av hva som skal kalles et høyt nivå av psykiske plager, men for mange måleinstrumenter finnes det anbefalte grenseverdier.[2]

Psykiske lidelser benyttes om en rekke ulike tilstander eller diagnoser som for eksempel schizofreni og alvorlig depresjon. De klassifiseres i henhold til internasjonale, diagnostiske kriterier som revideres regelmessig i henhold til oppdatert vitenskapelig evidens (1). Diagnostisering av psykiske lidelser gjøres av klinikere og/eller ved hjelp av strukturerte kliniske intervju.[3] Rusbrukslidelser er en gruppe av psykiske lidelser.

1.2.2 Kategorielle versus dimensjonale mål

For at det skal foreligge en psykisk lidelse i henhold til de nåværende diagnosesystemene, må et bestemt antall kriterier, beskrevet i diagnosemanualene, være oppfylt. Dette innebærer at en diagnose eller en psykisk lidelse er noe man har eller ikke har. Med andre ord benyttes en frisk/syk klassifikasjon. Hva som regnes som en bestemt psykisk lidelse er bestemt på bakgrunn av omfattende diskusjoner i fagmiljøene, og endres etterhvert som man får mer kunnskap om

[1] Folkehelseinstituttet 2016
[2] Folkehelseinstituttet, faktaark 2015
[3] Folkehelseinstituttet, faktaark 2015

lidelsene, og bedre diagnostiske verktøy utvikles (1). De diagnostiske kategoriene er til stor hjelp når klinikere og forskere skal identifisere, diskutere, studere og gi behandling til mennesker med psykiske lidelser. I denne rapporten er tallmaterialet på forekomsten av psykiske lidelser basert på diagnostiske kriterier fra to ulike diagnosemanualer som i hovedsak overlapper. Den internasjonale klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helse-problemer(International Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD), utviklet av Verdens Helseorganisasjon, i niende (ICD-9) (2) og tiende utgave (ICD-10)(3), samt tredje reviderte, fjerde og femte utgave av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III R (4), DSM-IV (5) og DSM-V (6), utarbeidet av den amerikanske psykiatriforeningen. Diagnostisering etter disse manualene krever grundig kartlegging. Forekomststudier av psykiske lidelser som bygger på ICD og DSM baseres på omfattende og kostbare kliniske intervjuer (7). Det eksisterer derfor få slike studier i Norge og internasjonalt. Forekomsttallene som oppgis i denne rapporten bygger på norske studier der disse finnes, og suppleres med tall fra internasjonale studier.

Som for mange somatiske tilstander, for eksempel forhøyet blodtrykk, overvekt og forhøyet kolesterol, kan psykiske lidelser også forstås dimensjonalt. Det vil si at de består av sammen-setninger av symptomer som man kan ha fra lite til mye av. Alle mennesker opplever i blant symptomer eller plager som inngår i psykiske lidelser. Selv mange av de symptomene som kjennetegner de mest alvorlige psykiske lidelsene, som schizofreni, forekommer i blant hos mennesker uten slike lidelser (8;9). Det er en pågående diskusjon om hvorvidt kategorielle eller dimensjonale tilnærminger er best når det gjelder å klassifisere psykiske lidelser (10). Det er åpenbart at begge har sine styrker og svakheter. For eksempel er det praktisk å ha en kategoriell diagnose å referere til ved sykmelding. Et dimensjonalt alternativ for personlighetsforstyrrelser er inkludert i den siste versjonen av DSM (6).

1.2.3 Mål på forekomst - insidens og prevalens

I rapporten benytter vi to begreper på forekomst - prevalens og insidens. *Prevalens* viser til andel av en populasjon som har en gitt lidelse på et gitt tidspunkt eller innenfor et gitt tidsrom, for eksempel andelen i befolkningen med demens. Det er viktig å fremskaffe gode prevalenstall med tanke på å kunne dimensjonere helsetjenestene mest mulig riktig.

Insidens er et mål på sykdoms- og dødshyppighet i en befolkning. Det angir antall nye sykdoms-tilfeller eller dødsfall i løpet av en gitt tidsperiode, for eksempel antallet nye demenstilfeller i løpet av ett år. Kumulativ insidens angir antallet eller andelen som er blitt syke i løpet av en gitt tidsperiode, også kalt risiko. Insidens er nyttig med hensyn til å si noe om risiko for at sykdom skal oppstå.

1.2.4 Komorbiditet

Mange har flere psykiske lidelser samtidig. Dette kalles ofte *komorbiditet*. Det er for eksempel kjent at personer som lider av depresjon, har økt risiko for å også utvikle angst, atferds-problemer, spiseforstyrrelser eller rusmiddelmisbruk (11). Det er flere grunner til slik komorbiditet. For det første kan ulike psykiske lidelser eller problemer ha samme årsaker, enten disse er biologiske eller sosiale. For det andre kan utvikling av en psykisk lidelse eller psykiske problemer på ett område gi økt sårbarhet for andre lidelser eller psykiske problemer (11;12).

1.2.5 Forholdet mellom risikofaktorer og årsaksfaktorer.

Årsakene til psykiske lidelser er komplekse. Vi antar at det er et samspill mellom en rekke genetiske og miljømessige faktorer som alle kan ha små effekter hver for seg. Disse risiko-faktorene er i seg selv hverken nødvendige eller tilstrekkelige for å utløse sykdom. Dette betyr at det kan være ulike kombinasjoner av faktorer som fører til psykiske lidelser (13). En *risikofaktor*

defineres som en egenskap som kan måles, som henger sammen med (er assosiert eller korrelert med) og som kommer forut for et utfall som har med helse å gjøre (14). Når en bruker begrepet risikofaktor, dreier det seg om faktorer som øker risikoen for negative helsemessige utfall som helseplager, sykdom eller død. En risikofaktor trenger ikke nødvendigvis å være en årsaksfaktor (kausal faktor). *Kausale risikofaktorer* defineres som faktorer som er påvirkelige, og der endringene som skapes, fører til endringer i helse. Når vi i denne rapporten omtaler risikofaktorer, så skal det ikke forstås som årsaker til lidelsene. En kausal faktor som har en positiv innvirkning på helsen, er det som noen ganger kalles en *helsefremmende faktor*. Ofte ser en 'beskyttende' faktorer brukt på samme måte som vi her har definert helsefremmende faktorer. Vi bruker begrepet på en litt annen og mer avgrenset måte. Med *beskyttende faktorer* mener vi faktorer som bidrar til å redusere de negative effektene av belastninger en utsettes for.

1.3 Datakilder til å følge med på psykisk helse

Det finnes en rekke ulike typer data som kan gi oss informasjon om psykisk helse. Disse omfatter mål på både positiv psykisk helse, psykiske plager, psykiske lidelser og kontakt med helsetjenesten for psykiske helseplager.

1.3.1 Datakilder på livskvalitet og selvrapporterte mål

I Norge har vi en rekke helseundersøkelser som gjennomføres med jevne mellomrom. Alle disse undersøkelsene inneholder informasjon om psykiske plager – det vil si symptommål – og ikke diagnoser. Eksempler på helseundersøkelser med symptommål er Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), Tromsøundersøkelsen, Helseundersøkelsen i Hordaland og Statistisk Sentralbyrå (SSB) sin Helse- og levekårsundersøkelse. Flere av disse undersøkelsene inneholder også ulike mål på livskvalitet.

Helseundersøkelsene gir oversikter over forekomsten av psykiske plager i befolkningen nasjonalt og regionalt, utviklingen over tid og nivået av og andelen som oppgir å ha god livskvalitet. Helseundersøkelsene kan imidlertid ikke gi oss forekomst på psykiske lidelser og rusbrukslidelser. Data fra helseundersøkelsene kan blant annet benyttes til å studere risikofaktorer og helsefremmende faktorer og ulike konsekvenser av psykiske plager på for eksempel sykmelding og arbeidsledighet. Ved kobling av data fra helseundersøkelser og helseregistre, kan en få et langt rikere datagrunnlag for årsaksforskning og forskning på konsekvensene av psykiske lidelser og plager og nivåer av livskvalitet.

1.3.2 Datakilder på lidelser

For å fremskaffe tall på forekomsten av de vanlige psykiske lidelsene og rusbrukslidelser er det nødvendig å gjennomføre en nasjonalt representativ diagnosebasert undersøkelse. Det vil si en intervjubasert undersøkelse som inneholder diagnostiske mål slik som for eksempel fremkommer ved bruk av The Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (15). En rekke land har gjennomført diagnosebaserte nasjonale befolkningsundersøkelser, og enkelte har også gjentatt disse. Eksempelvis gjennomførte USA en studie kalt National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) mellom 2001 og 2003 i et representativt utvalg på ca. 10 000 personer med svarprosent på 70.9 prosent. I tillegg har de gjennomført en tilsvarende undersøkelse (NCS-A) med et utvalg på ca. 10 000 ungdommer, og med svarprosent på omkring 80. I Nederland ble det gjennomført en studie i 1996 (NEMESIS-1) som ble gjentatt i 2007-2009 (NEMESIS-2) med ca 7000 respondenter og svarprosent på 65. «The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders» (ESEMeD) ble gjennomført i perioden 2001-2003 med 21 425 deltagere over 18 år

fra Belgia, Frankrike, Tyskland, Italia, Nederland og Spania. Også her brukte en CIDI. I Finland ble det gjennomført en stor nasjonal studie i 2000-2001 med en oppfølging i 2011. I Norge har vi ikke gjennomført en nasjonal forekomststudie.

Bakgrunnen for disse befolkningsundersøkelsene er blant annet prosjektet Verdens helseorganisasjon (WHO) startet i 2000 med å kartlegge forekomsten av rus og psykiske lidelser i den generelle befolkningen. Prosjektet skulle bistå land med å samle inn relevant informasjon til bruk av helsemyndighetene (16). Forekomst, komorbiditet, følger, kostnader og behandling er blitt studert i en rekke land (ca. 30) over hele verden. Undersøkelsene foretas ved å intervjue et representativt utvalg av befolkningen (ca. 10 000 personer) etter en felles intervjumal.

1.3.3 Datakilder på kontakt med helsetjenesten og bruk av legemidler

Vi har i dag en rekke nasjonale (sentrale) helseregistre og administrative registre som kan gi oss informasjon om kontakt med helsetjenesten for psykiske lidelser og rusbrukslidelser samt bruk av legemidler.

Norsk pasientregister (NPR)
NPR er et landsomfattende register som (siden 2008) inneholder personidentifiserbare opplysninger om alle som venter på behandling, eller har fått behandling i spesialist-helsetjenesten. Det omfatter alle deler av spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), rehabilitering, somatikk, avtalespesialister), alle omsorgs-nivåer (poliklinikk, dagopphold og døgnopphold) og alle enheter i RHF/HF-strukturen og private som har avtale med disse. NPR inneholder informasjon om psykiske lidelser, rusbrukslidelser, fysiske sykdommer samt om symptomer og andre kontaktårsaker. Registeret inneholder også opplysninger om bruk av tvang (innleggelser til tvungent psykisk helsevern, bruk av mekaniske eller medikamentelle tvangsmidler og vedtak om behandling med legemidler uten pasientens samtykke). Diagnosene baserer seg på International Classification of Diseases (ICD), versjon 10. Utført behandling rapporteres ved bruk av ulike prosedyrekodeverk.
NPR kan gi kunnskap om forekomst av psykiske lidelser og rusbrukslidelser som krever behandling i sykehus eller hos spesialist. Dette er hovedsakelig de alvorlige psykiske lidelsene som schizofreni og bipolar lidelse hos voksne og autisme og ADHD hos barn samt tunge rusbrukslidelser. Når det gjelder de mest vanlige psykiske lidelsene, som angstlidelser, depresjon og skadelig bruk av alkohol og andre rusmidler, er det kun et mindretall som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Disse er derfor dårlig dekket i NPR.

Reseptregisteret (NorPD)
NorPD inneholder en komplett oversikt over alle reseptpliktige legemidler som er utlevert fra apotek fra og med 2004. Også legemidler til sykehus/sykehjem inngår, men ikke på individnivå. Legemidler er klassifisert etter et internasjonalt klassifikasjonssystem for legemidler; ATC-koder, som er anbefalt av WHO. Systemet er hierarkisk, og legemidlene er klassifisert ned til substansnivå. For mange av substansene er det også angitt en definert døgndose (DDD) som er en teknisk måleenhet.

Data fra NorPD kan brukes som indirekte mål på psykiske lidelser gjennom kunnskap om hvilke tilstander de ulike legemidlene brukes for, f.eks. Ritalin® for ADHD og lithium-preparater for bipolar lidelse. Imidlertid kan samme legemiddel brukes for ulike tilstander, f.eks. anti-depressiva for både depresjon og angstlidelser, så informasjon fra NorPD vil ikke kunne gi nøyaktig informasjon om forekomst av enkeltlidelser. Data fra NorPD gir tall på omfang av bruk av psykofarmaka og på LAR-behandling.

Dødsårsaksregisteret (DÅR)
DÅR er et landsomfattende register som inneholder opplysninger om dødsårsaker for personer som på dødstidspunktet befinner seg i Norge, og personer som på dødstidspunktet er registrert bosatt i Norge, men dør i utlandet.

Det viktigste prinsippet i ICD-klassifikasjonen er at det er den underliggende dødsårsaken som skal oppgis som dødsårsak. Dette er den sykdommen eller skaden som satte i gang hendelsene som til slutt medførte døden. Dette prinsippet er avgjørende for å kunne sammenlikne utviklingen av dødsårsaker over tid og mellom land. Eksempelvis kan en følge utviklingen i dødelighet for blant annet hjerteinfarkt, kreft, ulykker og selvmord. Ved hjelp av data fra DÅR kan man overvåke befolkningens helsetilstand, kvalitetssikre helsetjenester og forske på årsaker til sykdom. DÅR gir tall på selvmord og rusrelaterte dødsfall.

Oppgjørssystemet for Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon (KUHR)
KUHR er etablert for å forvalte finansieringsordningene for fastleger og annet helsepersonell som yter tjenester med refusjon fra Folketrygden. KUHR er et saksbehandlingssystem for behandling av refusjonssaker etter folketrygdloven. KUHR inneholder data basert på aktivitet (tjenester) som gir rett til refusjon av utgifter til behandling utført av følgende yrkesgrupper/områder:

Fra kommunale helse- og omsorgstjenester: Allmennlege/fastlege, fysioterapeut, tannlege ansatt i fylkeskommunen eller som har avtale med fylkeskommunen, helsestasjon og privat jordmor som har avtale med/ansatt i kommunen og som har direkteoppgjørsavtale med HELFO. Det er kun et fåtall krav som mottas på de fire siste områdene.

Fra spesialisthelsetjenesten: Poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern, offentlige laboratorier og radiologi, avtalespesialister (psykologer og leger), private laboratorier og røntgeninstitutter med avtale med RHF samt direkteoppgjørsavtale med HELFO. KUHR inneholder også data fra pasientreiser.

Videre inneholder KUHR aktivitetsdata fra tannpleiere, tannleger, kiropraktorer, audio-pedagoger, logopeder og ortoptister som får refusjon fra HELFO.

For alle områder registreres informasjon om avsender (identitet, type virksomhet, kommune-nummer), pasient (fødselsnummer/D-nummer, kjønn, alder, kommunenummer) og om behandlingen (kontakttidspunkt, takster for utført behandling mv.). Diagnoser (basert på kode-systemet ICPC-2 og ICD-10) oppgis på flere områder (lege, psykolog, fysioterapeut, kiropraktor, helsestasjon) og lagres per enkeltregning. ICPC-2 dekker både uspesifikke kontaktårsaker som symptomer eller plager og spesifikke sykdomsdiagnoser. KUHR vil kunne gi oversikter over bl.a. omfang av bruk av fastlege og legevakt for psykiske lidelser/helseplager og rusbruks-lidelser/rusmisbruk fra 2006 og framover. Det er vedtatt i Stortinget at data fra KUHR skal inngå i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) (Lovvedtak 100 (2015-2016).

Behov for å kombinere bruk av de ulike datakildene
Informasjonen fra de ulike datakildene beskrevet ovenfor bidrar i kombinasjon til å gi oss direkte og indirekte informasjon om forekomsten av psykiske lidelser og rusbrukslidelser i befolkningen.

Helseundersøkelsene gir et bilde av symptombelastningen i befolkningen og hvordan denne utvikler seg over tid. En økning i andelen som rapporterer om betydelige psykiske plager kan bety en økning i andelen med psykiske lidelser, men det er ikke nødvendigvis slik.

Helseregistrene gir et bilde av omfanget av kontakt og endringer i kontakt med helsetjenesten for psykiske lidelser og rusbrukslidelser. For de alvorligste lidelsene slik som psykoselidelser vil data fra NPR kunne gi relativt gode tall på forekomsten i befolkningen. For de mer vanlige og moderate lidelsene, derimot, vil flertallet av de som har lidelsene ikke komme i kontakt med helsetjenesten. Økning i helsetjenestebruk kan være en indikasjon på økt forekomst av psykiske lidelser og rusbrukslidelser, men endret helsetjenestebruk vil også reflektere andre endringer slik som endret tilgjengelighet, endringer i befolkningens hjelpsøking og omlegging av tjenester.

Diagnosebaserte befolkningsundersøkelser gir et bilde av forekomsten av psykiske lidelser og rusbrukslidelser i befolkningen. Gjentatt gjennomføring av denne type undersøkelser vil gi informasjon om endring i forekomst over tid. Slike undersøkelser er imidlertid svært kostbare og tidkrevende.

Vi kan danne oss et bilde av forekomsten av psykiske lidelser og rusbrukslidelser i befolkningen ved å kombinere informasjon fra de ulike datakildene beskrevet ovenfor. Det krever imidlertid inngående kjennskap til de ulike datakildene og deres styrker og svakheter.

1.4 Debutalder og varighet

De fleste psykiske lidelser, med unntak av demens, debuterer i forholdsvis ung alder. Noen pasienter har symptomer eller utbrudd allerede i barne- eller ungdomsalder. De fleste sykdomstilfeller debuterer innen 30-års alder. En oversiktsstudie antyder at om lag halvparten av alle tilfeller av psykiske lidelser blant voksne hadde sin debut i tenårene(17). Amerikanske studier har vist at angstlidelser og impulskontrollforstyrrelser gjerne debuterer tidligere (11 år) enn rusrelaterte lidelser (20 år) og depressive lidelser (30 år)(18). Vanlig debutalder for spiseforstyrrelser ser ut til å være i slutten av tenårene (19), likeledes for bipolar affektiv lidelse (20). Psykoser forekommer sjelden før 14-årsalderen, men øker kraftig i forekomst fra 15-årsalderen(18). Schizofreni oppstår vanligvis mellom 15 og 35 års alder(18).

Psykiske lidelser følger for mange et kronisk forløp med spontan bedring etterfulgt av tilbakefall (21-25) Funn fra den nederlandske NEMESIS-studien viste at halvparten av personer med diagnostiserbar depresjon ble friske i løpet av få måneder. Om lag en femtedel hadde imidlertid fortsatt lidelsen to år senere(26). Mange opplever gjentatte tilbakefall (27), men det er heller ikke uvanlig å bare ha en enkelt episode i løpet av livet (28). Affektive psykoser vil avta når depresjonen eller manien de er knyttet til avtar. Mange av dem som har hatt én affektiv psykose vil oppleve å få gjentakende episoder i løpet av livet. Paranoide psykoser kan være forbigående eller vare i mange år. Schizofreni blir ofte ansett som en livslang lidelse, men dette er ikke tilfelle for alle som får denne diagnosen (29).

1.5 Helsefremmende arbeid, forebygging, rehabilitering og behandling

Å forebygge sykdom er å gjennomføre tiltak som medfører at det blir færre nye tilfeller av sykdommen. Dette er det samme som å si at en reduserer insidensen. Forebyggende tiltak kan også ha til hensikt å redusere risikoen for dødsfall. Det er blitt vanlig å skille mellom tre typer sykdomsforebyggende tiltak. Universelle tiltak er tiltak som settes inn overfor hele befolkningen eller deler av en befolkning uten at en identifiserer individer eller grupper som har forhøyet risiko for å utvikle sykdom. Selektive tiltak er tiltak som settes inn overfor grupper som har forhøyet risiko for å utvikle sykdom. Indiserte tiltak er tiltak som settes inn overfor individer som har forhøyet sykdomsrisiko (30).

Helsefremmende arbeid er blitt definert på flere forskjellige måter. I USA brukte en begrepet «health promotion» om tiltak der en forsøkte å påvirke helserelatert atferd gjennom helse-opplysning. I Skandinavia brukte en tidligere begrepet 'helsefremmende tiltak' komplementært til sykdomsforebyggende. Mens sykdomsforebyggende tiltak tok sikte på å redusere risikoen for å utvikle sykdom, skulle helsefremmende tiltak bidra til bedre helse både kroppslig og psykisk. Slik brukes begrepet ofte fremdeles. Helt siden Ottawa-konferansen om helsefremmende arbeid i 1986 har begrepet 'helsefremmende arbeid' fått en ny betydning. Det dreier seg nå om en bestemt tenkemåte eller strategi for folkehelsetiltak. Noen vil si at helsefremmende arbeid er det samme som moderne folkehelsearbeid, mens andre gir begrepet en mer avgrenset definisjon. Uansett er det enighet om å definere helsefremmende arbeid som en prosess som går ut på å sette den enkelte og fellesskapet i stand til å påvirke faktorer som har betydning for helsen, for derigjennom å skape bedre helse (31).

1.6 Sykdomsbyrde

I rapporten angir vi estimater av forekomster – altså hvor stor andel av en befolkning som har en lidelse (prevalens). Slike tall forteller ikke nødvendigvis så mye om hvor store konsekvenser lidelsene har for folk. Noen lidelser kan være sjeldne, men forbundet med store funksjonstap eller høy grad av lidelse for dem som er rammet. Andre lidelser kan være forholdsvis vanlige, men ha mindre alvorlige konsekvenser.

Sykdomsbyrde beskrives ut i fra hvor mange som dør av sykdommen, hvor tidlig i livet man dør (dvs. antall tapte leveår) og helsetap. Sykdomsbyrdeberegninger søker altså å tallfeste belastningen ulike sykdommer har for å kunne sammenlikne konsekvenser som død og det å leve mange år med redusert helse. Det internasjonale prosjektet Global Burden of Disease (GBD) foretar slike beregninger. Her tallfestes konsekvenser av sykdommer fra 0 (ikke noe helsetap) til 1 (død). Disse helsetapsvektene er basert på spørreundersøkelser i den generelle befolkningen i flere land og er dermed ment å gjenspeile den generelle befolkningens formening om helsetapet knyttet til ulike sykdommer. Helsetapet beregnes så ved å multiplisere forekomsten av en sykdom med helsetapsvekten. Samlemålet på sykdomsbyrden kalles helsetapsjusterte leveår (engelsk: disability adjusted life-years, forkortes DALY) og er summen av tapte leveår samt helsetapet i et kalenderår knyttet til sykdommen. Sykdomsbyrdeberegninger er viktige for å synliggjøre helsetap ved sykdommer som ikke har særlig høy dødelighet.

1.7 Hvordan lese denne rapporten

Formålet med rapporten er å presentere oppdaterte forekomsttall på psykiske lidelser og rusbrukslidelser samt selvmord og selvmordsforsøk. Rapporten gir også en oversikt over utbredelsen av søvnproblemer og demens, samt tall på livskvaliteten i den norske befolkningen. Endelig inkluderer rapporten analyser på forekomst av kontakt med helsetjenesten for psykiske lidelser og rusbrukslidelser samt legemiddelbruk. Disse analysene er basert på de data som er tilgjengelige og vil ikke gi en fullstendig oversikt over kontakt med helsetjenesten for psykiske lidelser. Der det er mulig presenterer vi også tall for innvandrerbefolkningen og tall på sykdomsbyrde.

Rapporten er delt inn i seks kapitler i tillegg til et innlednings- og et avslutningskapittel. De seks kapitlene tar for seg henholdsvis psykiske lidelser hos voksne, psykiske lidelser hos barn og unge, selvmord og selvmordsforsøk, demens, søvnproblemer og livskvalitet. Hver av de seks kapitlene inkluderer også en overordnet beskrivelse av risikofaktorer, konsekvenser og muligheter for forebygging. Denne beskrivelsen er ikke ment å gi en systematisk fremstilling av

ulike risikofaktorer, konsekvenser og muligheter for forebygging. For slike oversikter henviser vi til andre kilder. Når det gjelder muligheter for forebygging, så vil dette bli omhandlet i større bredde i en egen rapport som kommer i 2018.

I gjennomgangen av resultater fra diagnosebaserte studier har vi valgt å legge mindre vekt på livstidsforekomst enn på 12-måneders og kortere intervallforekomster. Dette er i tråd med praksisen til GBD hvor livstidsforekomst regnes som for usikkert til å gi gode forekomsttall. Usikkerheten er knyttet til at folk kan ha problemer med å huske sykdomsepisoder som ligger tilbake i tid.

Referanser

1. First MB, Kendler KS, Leibenluft E. The future of the dsm: Implementing a continuous improvement model. JAMA Psychiatry 2017;74(2):115-6.
2. Organization WH. ICD-9: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization; 1977.
3. WHO. ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Gyldendal Akademisk; 1999.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3. rev. utg. Washington DC: American Psychiatric Association; 1987.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. utg. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. utg. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
7. Sandanger I, Moum T, Ingebrigtsen G, Dalgard OS, Sørensen T, Bruusgaard D. Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33(7):345-54.
8. Verdoux H, van Os J. Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. Schizophr Res 2002;54(1):59-65.
9. Johns LC, van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population. Clin Psychol Rev 2001;21(8):1125-41.
10. Doherty JL, Owen MJ. Genomic insights into the overlap between psychiatric disorders: implications for research and clinical practice. Genome Med 2014;6(4):29.
11. Avenevoli S, Stolar M, Li J, Dierker L, Ries Merikangas K. Comorbidity of depression in children and adolescents: models and evidence from a prospective high-risk family study. Biol Psychiatry 2001;49(12):1071-81.
12. Kessler RC, Chiu W, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62(6):617-27.
13. Susser E, Schwartz S, Morabia A, Bromet EJ. Psychiatric epidemiology: searching for the causes of mental disorders. Oxford: Oxford University; 2006.
14. Kraemer H, Kazdin AE, Offord DR, Kessler RC, Jensen PS, Kupfer DJ. Coming to terms with the terms of risk. Arch Gen Psychiatry 1997;54(4):337-43.
15. Robins LN, Wing J, Wittchen H, et al. The composite international diagnostic interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. Arch Gen Psychiatry 1988;45(12):1069-77.
16. Kessler RC, Üstün TB. The WHO world mental health survey: global perspectives on the epidemiology of mental disorders. Geneva: Cambridge University Press; 2008.
17. Jones PB. Adult mental health disorders and their age at onset. Br J Psychiatry 2013;202(s54):s5-s10.
18. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. Curr Opin Psychiatry 2007;20(4):359-64.
19. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry 2007;61(3):348-58.
20. Grant BF, Stinson FS, Hasin DS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, et al. Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry 2005;66(10):1205-15.
21. Goldberg D, Goodyer I. The origins and course of common mental disorders. London og New York: Routledge; 2005.

22. Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Middleton H, Anastasiades P, Gelder M. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. Br J Psychiatry 1994;164(6):759-69.
23. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, et al. Major depressive disorder: A prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. J Affect Disord 1998;50(2):97-108.
24. Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Lavori PW, Shea MT, et al. Multiple Recurrences of Major Depressive Disorder. Am J Psychiatry 2000;157(2):229-33.
25. Andrews G. Should depression be managed as a chronic disease? BMJ 2001;322(7283):419-21.
26. SPIJKER J, de GRAAF R, BIJL RV, BEEKMAN ATF, ORMEL J, NOLEN WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Br J Psychiatry 2002;181(3):208-13.
27. Boland RJ, Keller MB. Course and outcome of depression. I: Gotlib IH, Hammen CL, red. Handbook of depression. 2. utg. New York: Guilford; 2009. s. 23-43.
28. Monroe SM, Harkness KL. Is depression a chronic mental illness? Psychol Med 2012;42(5):899-902.
29. Insel TR. Rethinking schizophrenia. Nature 2010;468(7321):187-93.
30. Institute of Medicine Committee on Prevention of Mental Disorders, Mrazek PJ, Haggerty RJ. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington DC: National Academies Press; 1994.
31. WHO. Ottawa charter for health promotion. Ottawa: WHO; 1986.

2. Psykiske lidelser hos voksne

Hovedpunkter

- I løpet av 12 måneder vil rundt 16-22 prosent av den voksne befolkningen ha en psykisk lidelse.
- De vanligste psykiske lidelsene blant voksne er angstlidelser, depresjon og rusbrukslidelser. Den vanligste enkeltlidelsen er spesifikk fobi.
- Depressive lidelser etterfulgt av angstlidelser er vanligste konsultasjonsgrunn for psykiske lidelser hos fastlege/legevakt i primærhelsetjenesten.
- Legemiddelbehandling av psykiske lidelser blant voksne har overveiende vært stabil de siste ti årene.
- En høyere andel innvandrere fra lav- og mellominntektsland rapporterer om psykiske helseplager enn den øvrige befolkningen, men det er store variasjoner innad i innvandrerbefolkningen.
- Innvandrere er mindre i kontakt med primær- og spesialisthelsetjenesten for psykiske helseplager enn den øvrige befolkningen.

2.1 Om psykiske lidelser hos voksne

Begrepet psykiske lidelser benyttes om en rekke ulike tilstander eller diagnoser som for eksempel schizofreni og alvorlig depresjon. De klassifiseres i henhold til internasjonale, diagnostiske kriterier som revideres regelmessig i henhold til oppdatert vitenskapelig evidens (1). Diagnostisering av psykiske lidelser gjøres av klinikere og/eller ved hjelp av strukturerte kliniske intervju.

I dette kapittelet omtaler vi følgende psykiske lidelser:

Angstlidelser er en samlebetegnelse for tilstander hvor hovedsymptomet er angst, enten forbundet med bestemte objekter eller situasjoner (fobiske angstlidelser) eller i en mer ubestemt form preget av vedvarende bekymringer, motoriske spenninger og påvirkning av kroppslige funksjoner (generalisert angst) (2;3). Panikkangst karakteriseres av plutselige angstanfall med kroppslige symptomer som for eksempel hjertebank, svetting, skjelving og pustevansker. Dette kan være svært ubehagelig, og det er ikke uvanlig å tro at man har blitt alvorlig fysisk syk under et panikkanfall. Personer med agorafobi er redde for å oppholde seg alene utenfor hjemmet, for eksempel i butikken eller på bussen. Sosial angst er først og fremst kjennetegnet av frykt for å bli vurdert negativt av andre. Dette kan ledsages av fysiske angst-symptomer som for eksempel svette og skjelving, noe som kan forsterke følelsen av å mislykkes i sosiale situasjoner. Personer med sosial angst har lett for å rette et kritisk blikk mot seg selv og er overdrevent opptatt av å lete etter tegn på negativ vurdering fra andre. Et sentralt trekk ved de fleste angstlidelser er utvikling av unnvikelsesatferd, hvor personen unngår steder eller situasjoner som de tror vil fremkalle angsten. Unnvikelsesatferden er en sentral årsak til at angsten opprettholdes, og blir ofte det største problemet når det gjelder personens daglige fungering. Felles for alle angstlidelser er at de har konsekvenser for personens funksjonsnivå for eksempel sosialt eller i arbeidslivet.

Depressive lidelser Kjernesymptomene ved depressiv lidelse er senket stemningsleie, manglende interesse for eller glede av aktiviteter som vanligvis er positive og mangel på energi. Disse må ha

vært til stede mist 2 uker. I tillegg kommer ofte svekket selvfølelse, selvbebreidelser og skyldfølelse. Noen får tanker om død eller selvmord, og man har gjerne et overdrevent pessimistisk syn på fremtiden under en depresjon. Deprimerte personer har gjerne urealistisk negativt syn på seg selv og egne evner til å mestre utfordringer. Konsentrasjonsproblemer, søvnvansker og forstyrret appetitt er også vanlige symptomer. Depressive lidelser varierer i intensitet og varighet (2;3). Depressive episoder kan være enkeltstående eller tilbakevendende. Man skiller mellom milde, moderate og alvorlige depressive episoder. Langvarig (over flere år) forholdsvis mild depresjon kalles dystymi.

Psykoser kjennetegnes av brist i realitetsoppfatningen. Dette kan dreie seg om mer eller mindre underlige vrangforestillinger eller sansebedrag (hallusinasjoner). Man skiller gjerne mellom affektive og ikke-affektive psykoser. Affektive psykoser er kjennetegnet av perioder med enten tung depresjon eller mani. Maniske psykoser innebærer forhøyet aktivitetsnivå, manglende evne til kritisk tenkning, lite impulskontroll og vrangforestillinger om for eksempel egen storhet eller spesielle evner. Bipolar affektiv lidelse kjennetegnes av gjentatte maniske og depressive episoder hvor pasienten har vrangforestillinger eller hallusinasjoner (2;3). Hypomane episoder er mildere enn maniske episoder og innebærer ikke nødvendigvis at pasienten er psykotisk. Depressive og hypomane episoder klassifiseres som bipolar type II, mens bipolar type I innebærer kombinasjonen av depressive og maniske episoder. Varighet og antall av episoder varierer. Schizofreni er den viktigste av de ikke-affektive psykosene. Denne lidelsen er karakterisert av vrangforestillinger, hallusinasjoner, initiativløshet, problemer med tenkning og kommunikasjon og sosial isolasjon. Det finnes flere typer schizofreni, som kan arte seg svært ulikt. For noen er tilstanden først og fremst preget av kommunikasjonsproblemer og initiativløshet, mens vrangforestillinger og hallusinasjoner er fremtredende for andre. Noen kan være fullstendig overbevist om at naboen spionerer på dem uten at dette er tilfelle, eller man kan mene at man blir kontaktet av andre via koder i et TV-program, for eksempel. Paranoid psykose eller vrangforestillingslidelse er en psykose der vrangforestillinger står sentralt. Disse kan være komplekse og omfatte store deler av personens liv, eller mer avgrensede.

Andre psykiske lidelser

Personlighetsforstyrrelser er dypt innarbeidede og vedvarende atferdsmønstre som kommer til uttrykk ved rigide reaksjoner i en rekke situasjoner. De representerer vesentlige eller ekstreme avvik fra måten et gjennomsnittsindivid i en gitt kultur opplever, tenker, føler og forholder seg til andre mennesker på (2;3). Det finnes flere ulike personlighetsforstyrrelser. Noen er først og fremst kjennetegnet av engstelighet og overforsiktighet, mens andre kjennetegnes av eksentrisk oppførsel eller impulsiv og regelbrytende atferd. For at slike atferdsmønstre skal karakteriseres som personlighetsforstyrrelser, må de føre til betydelig funksjonstap eller plager for personen selv eller andre i hans/hennes omgivelser.

Spiseforstyrrelser Det skilles mellom tre hovedtyper av spiseforstyrrelser; anoreksi, bulimi og overspisingslidelser. Anorexia nevrosa kjennetegnes av en intens frykt for å legge på seg til tross for at man er undervektig (15prosent under forventet normalvekt), samt en forstyrret opplevelse av kroppens størrelse og form. Matinntaket er svært restriktivt, ofte ledsaget av selvfremkalt oppkast, hard fysisk trening og/eller bruk av avføringsmidler. Personer med bulimi vil derimot ofte være normalvektige. Lidelsen er kjennetegnet av episoder med overspising etterfulgt av ulike kompenserende handlinger, som selvfremkalt oppkast, trening, bruk av avføringsmidler og restriksjoner på matinntak. I den senere tid er det også blitt vanligere å anse overspising uten kompenserende atferd som en psykisk lidelse (4). I den nyeste utgaven av DSM (DSM-5) er overspisingslidelse behandlet som en egen diagnose. DSM 5 inkluderer også flere andre typer spiseforstyrrelser, men disse vil ikke bli omtalt her.

Tabell 2.1 Norske og internasjonale epidemiologiske studier

Studie	Land	År	Deltakere	Intervju-manual	Diagnosemanual	Kommentar
Folkehelseinstituttets Tvillingstudie	Norge	1999-2004	2 801 Alder: 19-36	CIDI	DSM-IV	
Oslo-undersøkelsen	Norge (Oslo)	1994-1997	2 066 Alder: 18-65	CIDI	DSM-III-R	
Sogn og Fjordane-undersøkelsen	Norge (Sogn og Fjordane)	1997-1999	1 080 Alder: 18-68	CIDI	DSM-III-R	
The National Comorbidity Survey (NCS)	USA	1990-1992	8 098 Alder 15-54	CIDI	DSM-III-R	
The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)	USA	2001-2003	9 282 Alder: 18+	CIDI	DSM-IV	
The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)	Nederland	1996	7 076 Alder: 18-64	CIDI	DSM-III-R	
The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study -2 (NEMESIS-2)	Nederland	2007-2009	6 646 Alder 18-64	CIDI	DSM-IV	
The European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)	Belgia, Frankrike, Tyskland, Italia, Nederland og Spania	2001-2003	21 425 Alder: 18+	CIDI	DSM-IV	
The Health 2000 Study	Finland	2000-2001	6 005 Alder: 30+	CIDI	DSM-IV	
The Health 2011 Survey	Finland	2011	4 478 Alder: 30+	CIDI	DSM-IV	Oppfølging av det samme utvalget som i 2000-2001 (men også noen som var yngre i 2000)
German Health Interview and Examination Survey for Adults – Mental Health (DEGS1-MH)	Tyskland	2009-2012	5 303	DEGS-CIDI	DSM-IV	

			Alder: 18-79			
The Canadian Community Health Study – Mental Health (CCHS-MH)	Canada	2012	25 113 Alder: 15 +	CIDI	DSM-IV	
The National Epidemiologic Survey on Alcohol and related Conditions (NESARC) – Wave 1	USA	2001-2002	43 093 Alder: 18+	AUDADIS-IV	DSM-IV	
The National Epidemiologic Survey on Alcohol and related Conditions (NESARC) – Wave 2	USA	2004-2005	34 093 Alder: 20+	AUDADIS-IV	DSM-IV	Oppfølging av det samme utvalget som i 2000-2001
Dunedin Multidiciplinary Health and Development Study	New Zealand	1990-2005	1000 Alder: 18-32	DIS-III/ DIS-IV	DSM-III-R/ DSM-IV	Oppfølging av et utvalg rekruttert på 1970-tallet, men med 96% deltakelse på siste oppfølging

2.2 Forekomst av psykiske lidelser hos voksne

I Tabell 2.1 har vi oppsummert de viktigste norske og internasjonale studiene av forekomst av psykiske lidelser i befolkningen. I alle undersøkelsene er det størst fokus på de vanligste psykiske lidelsene: angstlidelser, depressive lidelser og rusbrukslidelser. Alle studiene har brukt strukturerte kliniske intervjuer og rapporterer 12-måneders- eller livstidsforekomster. Disse studiene er identifisert ved å søke i databaser etter befolkningsstudier om forekomst av psykiske lidelser.

På voksne har vi tre norske forekomststudier hvorav ingen er nasjonalt representative. Disse er Kringlens befolkningsundersøkelser fra Oslo (1994 til 1997, DSM-III-R) (Osloundersøkelsen) (5) og Sogn og Fjordane (1997 til 1999, DSM-III-R) (Sogn og Fjordaneundersøkelsen) (6) samt Folkehelseinstituttets Tvillingstudie (DSM-IV). I sistnevnte ble tvillinger fra hele Norge født mellom 1967 og 1979 intervjuet ved to anledninger (første gang mellom 1999 og 2004 og andre gang mellom 2010 og 2011). I Norden har Finland gjennomført en nasjonal forekomststudie, The Health 2000 Study i 2000 til 2001 (7). Denne hadde en oppfølging i 2011 [www.terveys2011.info].

Internasjonalt regnes The National Comorbidity Survey (NCS) som den første store studien på feltet. Denne studien ble gjennomført i USA fra 1990 til 1992 (8), og gjentatt i årene 2001 til 2003 (The National Comorbidity Survey Replication, NCS-R) (9;10). I tillegg ble The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) gjennomført i USA i 2001-2002, med en oppfølging av det samme utvalget i 2004-2005 (11). En studie tilsvarende NCS ble gjennomført i Nederland i 1996 (The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study, NEMESIS (12)). Denne ble gjentatt samt utvidet til seks europeiske land i tidsrommet 2001 til 2003 (The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders project, ESEMeD (13)) og er en del av Verdens helseorganisasjons World Mental Health Surveys. Den nederlandske delen ble så gjentatt igjen i 2007 til 2009 (NEMESIS-2) (14). En tysk undersøkelse, German Health Interview and Examination Survey for Adults – Mental Health (DEGS1-MH), ble gjennomført fra 2009 til 2012 (15). En kanadisk studie ble også gjennomført i 2012 (Canadian Community Health Study - Mental Health (CCHS-MH) (16). Dunedin-studien fra New Zealand har fulgt barn født tidlig på 1970-tallet og intervjuet dem om psykiske lidelser senere i livet (17). Foruten disse vil vi også omtale spesifikke studier av forekomsten av bipolar affektiv lidelse, psykotiske lidelser, spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser, samt studier som har sett på stabilitet i forekomst av depresjon over tid.

Resultatene fra de nevnte studiene varierer noe. Dette skyldes delvis at studiene har brukt ulike versjoner av DSM, men det kan også skyldes reelle forskjeller i forekomst av psykiske lidelser mellom land og regioner. Andre kilder til ulike resultater er variasjon i alder i de forskjellige utvalgene, og at noen av studiene har vektet resultatene for å kompensere for at visse grupper (f.eks. personer med høy sosioøkonomisk status) er overrepresentert i utvalget, mens andre ikke har gjort dette. Gjennomsnittlig beregnet 12-månedersforekomst av psykiske lidelser inkludert rusbrukslidelser fra alle studier som har oppgitt dette, er 21,8 prosent. Når vi kun inkluderer studier som har brukt DSM-IV-kriterier er tallet 18,8 prosent. Dersom vi lar resultater fra studier med mange deltakere veie tyngre enn resultater fra studier med få deltakere, er beregnet 12-månedersforekomst av psykiske lidelser 19,1 prosent. Dersom vi bare inkluderer studier som har brukt DSM-IV, er forekomsten 16,2 prosent. En grunn til å vekte slik er at det å ha mange deltakere kan øke påliteligheten til resultatene. Man må imidlertid huske på at studier med færre deltakere kan være mer pålitelige på andre måter – ved at man for eksempel kan ha gått grundigere til verks i intervjuingen.

The Health 2000 Study fant forholdsvis lave forekomsttall, hvilket delvis kan skyldes at deres deltakere var eldre (30 år og over) enn i de andre befolkningsundersøkelsene (7). I Dunedin-studien fra New Zealand fant man høye tall både for 12-månedersforekomst og livstids-forekomst. De forholdvis høye tallene for 12-månedersforekomst kan skyldes det unge utvalget, mens de høye tallene for livstidsforekomst kan skyldes at man ikke baserte seg på folks evne til å huske tilbake i tid. I denne studien intervjuet man i stedet de samme personene 4 ganger over 15 år, og brukte informasjon fra alle disse datainnsamlingene til å regne ut forekomst av lidelsene i denne perioden. Livstidsforekomst er i denne sammenheng all forekomst en eller annen gang i livet fram til 32 års alder. Forskerne i Dunedin-studien har beregnet at i overkant av 80 prosent av befolkningen vil ha en psykisk lidelse i løpet av livet (18). Det kan altså se ut til at fore-komsten av psykiske lidelser er underestimert i tidligere studier fordi man ikke har tatt tilstrekkelig hensyn til at folk ikke husker langt tilbake i tid.

Tabell 2.2 12-månedersprevalens (%), norske og internasjonale studier

Lidelse	Oslo	S og Fj	NCS	NCS-R	NEMESIS	NEMESIS-2	ESEMeD	Health 2000	Health 2011	DEGS1-MH	CCHS-MH	NESARC 1	Dunedin
Angst			**17,2**	**18,1**	**12,4**	**10,1**	**6,4**			**15,4**		**11,1**	**22,8**
Spesifikk fobi	11,1	5,0	8,8	8,7	7,1	5,0	3,5			10,3		7,1	7,2
Sosial fobi	7,9	5,0	7,9	6,8	4,8	3,8	1,2	1,0		2,8		2,8	10,8
Agorafobi	3,1	1,6	2,8	0,8	1,6	0,4	0,4	1,2		4,0		0,1	
Panikklidelse	2,6	1,2	2,3	2,7	2,2	1,2	0,8	1,9		2,0		2,1	1,8
Generalisert angstlidelse	1,9	1,1	3,1	3,1	1,2	1,7	1,0	1,3		2,3	2,6	2,1	4,2
Tvangslidelse	0,7	0,3		1,0	0,5					3,6			
Depressive lidelser og bipolar lidelse			**11,3**	**9,5**	**7,6**	**6,1**	**4,2**			**9,8**			
MDD	7,3	3,7	10,3	6,7	5,8	5,2	3,9	4,9	7,4 (5,4)*	6,8	3,9	5,3	16,7
Dystymi	3,8	1,6	2,5	1,5	2,3	0,9	1,1	2,5	4,5 (2,0)*	1,7		1,4	
Bipolar lidelse	0,9	0,1		2,6	1,1	0,8				1,5		2,0**	
Ikke-affektive psykoser	**0,2**	**0,3**	**0,5**										
Schizofreni					0,2								
Andre lidelser													
Somatoform lidelse	2,1	2,2											
Spiseforstyrrelse	0,7	0,1			0,4					0,9			

*Prevalenstallene var lavere dersom man ikke brukte informasjon fra nasjonale helseregistre for å kompensere for at personer som har psykiske lidelser er underrepresentert i slike studier. Tall uten slik kompensering i parentes. ** Bipolar type 1.

Tabell 2.3 Livstids-prevalens (%), norske og internasjonale studier

Lidelse	Oslo	S og Fj	Tvilling	NCS	NCS-R	NEMESIS	NEMESIS-2	ESEMeD	CCHS-MH	NESARC 1	Dunedin
Angst			**26,7**	**24,9**	**28,8**	**19,3**	**19,6**	**13,6**		**17,2**	**49,5**
Spesifikk fobi	14,4	6,5	18,6	11,3	12,5	10,1	7,9	7,7		9,4	18,8
Sosial fobi	13,7	7,3	4,0	13,3	12,1	7,8	9,3	2,4		5,0	27,9
Agorafobi	6,1	3,6	4,8	5,3	1,4	3,4	0,9	0,9		0,2	
Panikklidelse	4,5	2,6	2,8	3,5	4,7	3,8	3,8	2,1		5,1	6,5
Generalisert angstlidelse	4,5	3,4	2,0	5,1	5,7	2,3	4,5	2,8	8,7	4,1	14,2
Tvangslidelse	1,6	0,6	0,7		1,6	0,9					
Depressive lidelser og bipolar lidelse				**19,3**	**20,8**	**19,0**	**20,2**	**14,0**			
MDD	17,8	8,3	14,0	17,1	16,6	15,4	18,7	12,8	9,9	13,2	41,4
Dystymi	10,0	6,3	1,7	6,4	2,5	6,3	1,3	4,1		3,2	
Bipolar lidelse	1,6	0,2			3,9	1,8	1,3			3,3*	
Ikke-affektive psykoser	**0,4**	**0,4**		**0,7**							
Schizofreni						0,4					
Andre lidelser											
Somatoform lidelse	3,7	3,4									
Spiseforstyrrelse	1,8	0,5	1,7			0,7					

* Bipolar type 1.

2.2.1 Forekomst av de ulike lidelsene

Vi vil i det følgende omtale forekomst av ulike psykiske lidelser i den voksne befolkningen (se Tabell 2.2 og 2.3). Atferdsforstyrrelser og nevrologiske utviklingsforstyrrelser (som ADHD, lærevansker og autisme) vil bli behandlet i kapittel 3 om psykiske lidelser blant barn og unge, mens forekomsten av demens behandles i kapittel 5.

Noen studier oppgir livstidsforekomst og 12-månedersforekomst. Andre oppgir bare en av disse. Vi rapporterer 12-månedersforekomst i Tabell 2.2 og livstidsforekomster i Tabell 2.3. Mål på livstidsforekomst har vist seg å være forholdsvis usikre fordi folk har begrenset hukommelse for psykiske symptomer, noe som fører til underrapportering av lidelser tilbake i tid. Disse tallene må derfor som nevnt over, tolkes med forsiktighet (17).

Forekomst av angstlidelser og depressive lidelser
I Folkehelseinstituttets tvillingstudie ble angstlidelser funnet å være den vanligste gruppen psykiske lidelser blant unge voksne, med spesifikke fobier som den hyppigste enkeltdiagnosen. Rundt en fjerdedel av den norske befolkningen vil rammes av en angstlidelse i løpet av livet, og cirka 15 prosent i løpet av et år. Depresjon vil ramme en av fem i løpet av livet og en av ti i løpet av 12 måneder.

Norske forekomsttall for disse lidelsene stemmer generelt godt overens med tilsvarende tall fra internasjonale studier, men mønsteret er noe forskjellig fra undersøkelse til undersøkelse. En studie som sammenliknet flere europeiske land (ODIN-undersøkelsen), fant blant annet lavere forekomst av depressive lidelser i Norge enn i enkelte andre land (19). I amerikanske og europeiske undersøkelser er angstlidelser funnet å være den gruppen psykiske lidelser som har høyest forekomst, både i løpet av livet og de siste 12 månedene, etterfulgt av depressive lidelser.

Forekomst av schizofreni, andre psykotiske lidelser og bipolar affektiv lidelse
I forekomststudier av psykotiske lidelser, inkludert schizofreni og bipolar affektiv lidelse, er det viktig å bruke flere kilder til informasjon fordi personer som rammes av disse lidelsene ofte er vanskelige å rekruttere til helseundersøkelser. I den finske undersøkelsen Psychosis in Finland (PIF) ble livstidforekomsten av psykoselidelser beregnet til 3,5 prosent. Livstidsforekomsten av alle ikke-affektive psykoser var 2,3 prosent og av schizofreni 1,0 prosent (20). Livstids-forekomsten av depressiv lidelse med psykotiske symptomer var 0,4 prosent i den finske PIF undersøkelsen (20). En oversikt over 188 forekomststudier av schizofreni beregnet en livstids-forekomst på 0,4 prosent (21). De finske tallene er forholdsvis høye. Dette skyldes at den finske PIF-undersøkelsen ikke bare baserte seg på informasjon fra intervju, men også på helseregistre og journalnotater.

I Osloundersøkelsen fant man en livstidsforekomst av bipolar affektiv lidelse på 1,6 prosent (5). Dette er i samme størrelsesorden som tall rapportert fra NEMESIS-studien i Nederland (22). Amerikanske studier har funnet høyere forekomst av bipolar affektiv lidelse, med livstids-forekomst på 3,3 prosent og 12-månedersforekomst på 2,0 prosent av bipolar type 1 (23). Tallene fra de ulike studiene kan være vanskelige å sammenlikne fordi ikke alle studier skiller mellom bipolar type 1 og type 2. Den finske undersøkelsen beskrevet over, rapporterte en livstidsforekomst av bipolar lidelse type 1 på 0,2 prosent. Halvparten av disse var med og halv-parten uten psykotiske symptomer (20). Dette tallet er forholdsvis lavt sammenliknet med de andre studiene. De finske forskerne forklarer dette med forskjell i valg av måleinstrument (20).

Forekomst av andre lidelser

Personlighetsforstyrrelser
I Oslоundersøkelsen fant man en forekomst av personlighetsforstyrrelser på 13,4 prosent (24). I studien spurte man om folks personlighet i de siste fem årene. I Folkehelseinstituttets Tvilling-studie var livstidsforekomsten blant unge voksne i overkant av 5 prosent (25;26). Noe av forskjellen mellom de to studiene kan skyldes at personlighetsforstyrrelser er vanligere i byene enn i bygdene (27). I Storbritannia er forekomsten estimert til 4,4 prosent (28). På verdensbasis er forekomsten beregnet til om lag 6 prosent (29). En oppsummering av ulike studier fra Vest-Europa, USA og Australia viste at forekomsten varierte mellom 4,4 prosent og 21,5 prosent. Det var studier fra USA som bidro til de høyeste estimatene (30). Ulike forekomsttall i disse studiene skyldes trolig i stor grad metodiske forskjeller mellom studiene heller enn store reelle forskjeller i forekomst (30). Forekomsten av personlighetsforstyrrelser varierer mellom de ulike typene. I de fleste undersøkelsene ble unnvikende og tvangspreget personlighetsforstyrrelse funnet å være mest vanlig. Disse sorterer under kategorien engstelige personlighetsforstyrrelser.

Spiseforstyrrelser
Både Oslоundersøkelsen og undersøkelsen fra Sogn og Fjordane kartla forekomst av bulimi og anoreksi samlet. Blant kvinner ble det funnet en livstidsforekomst av disse lidelsene på 3,0 prosent i Oslo, men bare på 0,9 prosent i Sogn og Fjordane (5;6). Tvillingundersøkelsen fant en livstidsforekomst av anoreksi blant unge kvinner på 1,9 prosent (31). Rosenvinge og Götestam har på bakgrunn av norske enkeltstudier og internasjonale studier beregnet forekomsten av anoreksi, bulimi og overspisingslidelse i Norge til å være på henholdsvis 0,3, 2 og 3 prosent (32).

En nylig publisert litteraturoversikt over europeiske studier fant en forekomst hos jenter på under 1 til 4 prosent for anoreksi, under 1 til 2 prosent for bulimi og under 1 til 4 prosent for overspisningslidelse. Samlet forekomst hos gutter lå mellom 0,3-0,7 prosent (33). Den store variasjonen i forekomst skyldes ulike måleinstrument og utvalg, samt en økning i andelen som får en diagnose etter omleggingen fra DSM-IV til DSM-5 (34). De fleste internasjonale studier rapporterer om en forekomst av anoreksi og bulimi på <1 prosent og for overspisningslidelse på 2 prosent (for en oversikt, se Lindvall et al 2016).

2.2.2 Alder

Vi har begrenset kunnskap om forekomst av psykiske lidelser i ulike aldersgrupper i Norge. Flere internasjonale studier har vist at forekomsten av psykiske lidelser er høyere blant unge voksne enn blant eldre. To europeiske studier har vist at forekomsten av stemningslidelser, angstlidelser og alkoholmisbruk/avhengighet blant voksne synker med økende alder (13;35). I den europeiske ESEMeD-studien var 12-månedersforekomsten av psykiske lidelser mer enn dobbelt så høy blant personer mellom 18 og 24 år som blant personer 65 år eller eldre (13). Den tyske DEGS1-MH-studien viste at 12-månedersforekomsten av psykiske lidelser var om lag dobbelt så høy blant personer mellom 18 og 34 år som blant personer som var 65 år eller eldre. I Oslоundersøkelsen hadde personer mellom 30 og 39 høyere risiko for å ha psykiske lidelser enn yngre og eldre voksne. I Sogn og Fjordane fant man imidlertid ikke noen klar sammenheng mellom alder og forekomst av psykiske lidelser (6). På tross av at personlighetsforstyrrelser pr. definisjon skal være stabile over tid (DSM-IV), tyder den empiriske forskningen på at symptomer på personlighetsforstyrrelser synker gradvis fra midten til slutten av tyveårene og stabiliserer seg mer i voksen alder, dog med en fortsatt reduksjon med økende modning (36;37).

Personer i de eldste aldersgruppene er ofte ikke med eller er svært dårlig representert i befolkningsundersøkelser, så funnene fra studiene beskrevet over, gjelder ikke de aller eldste. Flere studier har vist forholdsvis høye forekomster av psykiske lidelser blant de aller eldste. En

svensk studie viste for eksempel at nærmere en tredel av 95-åringer uten demens tilfredsstilte kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av den siste måneden - 17 prosent hadde en depresjon, 9 prosent hadde angst, og 7 prosent en psykotisk lidelse (38).

2.2.3 Kjønn

Fra og med ungdomstiden er forekomsten av angstlidelser (punkt- og 12-måneders prevalens) omkring dobbelt så høy hos kvinner som hos menn (13;39;40). Dette gjelder også depresjon (41), både i Europa og USA (13;39). For den tredje store gruppen, alkohollidelser (misbruk og avhengighet), er mønsteret det motsatte, med mer enn dobbelt så høy forekomst hos menn som hos kvinner. Dette finner man i studier både fra Europa (13) og USA (39). Når det gjelder de mest alvorlige sinnslidelsene finner man gjennomgående ingen kjønnsforskjeller i forekomst av schizofreni (20;21;42). Forekomsten av bipolar lidelse er også mer eller mindre den samme for kvinner som for menn (20;43).

2.3. Psykisk lidelser blant voksne innvandrere

Innvandrere, definert som personer født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre, utgjør over 13 prosent av befolkningen i Norge (44). Sammen med sine etterkommere (norskfødte med innvandrerforeldre) utgjør gruppen med innvandrerbakgrunn over 16 prosent av befolkningen. Vi har ingen norske forekomststudier av psykiske lidelser blant innvandrere. Dessuten er vår kunnskap om forekomsten av psykiske plager i den voksne innvandrerbefolkningen mangelfull og basert på utdaterte opplysninger eller små og skjeve utvalg. Innvandrerbefolkningen er i tillegg en heterogen gruppe, og forekomsten kan variere betydelig med landbakgrunn, botid og innvandringsgrunn.

Studier basert på intervjudata fra levekårsundersøkelsen blant innvandrere i 2016, 2005/6 og Helseundersøkelsen i Oslo 2000-2002 (HUBRO) viser at en høyere andel av innvandrere fra lav- og mellominntektsland rapporterer om mer psykiske plager enn i den øvrige befolkningen. Statistisk Sentralbyrås nye levekårsundersøkelsen blant 10 store innvandrergrupper fant at dobbelt så mange innvandrere rapporterte betydelige psykiske plager; 12 prosent sammenlignet med 6 prosent i hele befolkningen (45). Det er stor variasjon etter landbakgrunn; andelen var lav blant de fra Somalia, Sri-Lanka, Vietnam og Eritrea (6-7 prosent), men veldig høy blant de fra Pakistan, Iran, Irak og Iran (17-22 prosent). Innvandrere fra Polen, Bosnia-Hercegovina, Kosovo og Afghanistan (10-14 prosent) falt midt i mellom. Tallene er betydelig lavere enn de som fantes i den tidligere levekårsundersøkelsen i 2005/6 (9 prosent for hele befolkningen og 27 prosent for innvandrere). Dette skyldes trolig den lavere grenseverdien som ble brukt i 2005/6 som indikator på betydelige psykiske plager, sammen med inklusjon av nye innvandrergrupper fra Polen og Eritrea. I tillegg inkluderte de tidligere tallene etterkommerne av innvandrere.

Ulike grenseverdier og ulike utvalg av innvandrergrupper kan også forklare at det var høyere tall i HUBRO-undersøkelsen; 24 prosent av innvandrere fra lav- og mellominntektsland rapporterte om betydelige symptomer sammenlignet med 10 prosent av innvandrere fra høyinntektsland (46). Til tross for høyere tall, er variasjonen etter landbakgrunn lik den som finnes i levekårsundersøkelsen; en høyere andel av innvandrere fra Midtøsten og lavere andel av innvandrere fra Sørøst-Asia rapporterer betydelige symptomer (47). Som i den øvrige befolkningen, har en høyere andel kvinner enn menn symptomer (46;48).

En nasjonal registerstudie viser at en større andel etniske norske (norskfødte med to norskfødte foreldre) oppsøker legen i forbindelse med psykiske lidelser eller psykiske plager enn innvandrere (12 prosent mot 9 prosent i løpet av et år) (49). Denne studien viser også at blant innvandrere fra Polen, Sverige, Tyskland, Pakistan og Irak har alle, bortsett fra irakiske menn,

mindre sannsynlighet for å oppsøke fastlegen for psykiske lidelser, eller psykiske plager enn etnisk norske. Andelen innvandrere som oppsøker fastlegen øker med botid. Bruk av spesialist-helsetjenester for psykiske lidelser er også lavere blant innvandrerbefolkningen (både innvandrere og norskfødte av innvandrere) enn etnisk norske (50). Studien viser at særlig voksne med polsk, somalisk, srilankisk og vietnamesisk bakgrunn har lave rater i forhold til etnisk norske mens de fra Irak og Iran har høyere bruk av spesialisthelsetjenester for psykiske lidelser.

2.3.1 Flyktninger

Internasjonale studier viser at flyktninger har mer psykiske plager enn andre innvandrere og majoritetsbefolkningen. En metaanalyse viser at omtrent 40 prosent av flyktninger rapporterer betydelige symptomer på depresjon eller angst og 36 prosent rapporterer symptomer på post-traumatisk stress (PTSD) (51). En norsk studie av flyktninger finner at 48 prosent rapporterer symptomer på depresjon og angst og 18 prosent symptomer på PTSD (52). Forekomsten av psykiske lidelser er lavere. Internasjonal forskning viser at forekomsten er på om lag 9 prosent for PTSD, 5 prosent for alvorlig depresjon, 4 prosent for angst og 2 prosent for psykotiske lidelser (53).

Andelen som tar kontakt med fastlege for psykiske lidelser eller psykiske plager er høyere blant flyktninger enn blant innvandrere som har kommet til Norge for familiegjenforening (49). Denne forskjellen gjelder også når vi sammenligner flyktninger og andre innvandrere med samme landbakgrunn. En større andel flyktninger oppsøker legen for psykiske lidelser eller psykiske plager (16 prosent og 19 prosent for henholdsvis menn og kvinner) enn ikke-flyktninger (10 prosent og 12 prosent for henholdsvis menn og kvinner) fra de samme konfliktlandene (54). Blant de som oppsøker legen har en større andel av flyktninger fått antidepressiva enn ikke-flyktninger, noe som kan tyde på at flere flyktninger sliter med depresjon. Det kan skyldes større og mer direkte traumer og større belastninger i fasen etter migrasjonen. Asylperioden er særlig forbundet med større belastninger (55;56). Flyktninger har også høyere bruk av spesialist-helsetjenesten enn både etnisk norske og andre innvandrere (50).

Studier på innvandrerbefolkningen i Norge er per i dag svært begrenset. I de selvrapporterte studiene er utvalget selvselektert og responsraten er betydelige lavere blant innvandrer-befolkningen enn den øvrige befolkningen. Dette kan fører til skjevheter knyttet til forskjeller i deltakelse mellom ulike grupper. I tillegg kan innholdet i spørreskjemaet forstås forskjellig på grunn av kulturelle eller språklige forskjeller. For eksempel kan språklig nyanser miste sin betydning når spørreskjemaer blir oversatt, og hvordan man tolker spørsmål og svarkategorier kan variere med ulik kulturell bakgrunn.

Studier av kontakt med primærhelsetjenesten baserer seg på nasjonale registerdata og er dermed mer representative. Det er imidlertid viktig å understreke at disse studiene kun måler bruk av helsetjenester og ikke psykisk helse. Innvandrere kan oppleve større barrierer knyttet til hjelpsøking. For eksempel stigma, forskjellig forståelse av psykiske problemer og forskjellige behandlingspreferanser kan føre til at færre innvandrere søker hjelp. Mangel på informasjon om hvordan helsetjenester i Norge fungerer kan også begrense tilgang til tjenesten. Dessuten kan språklige utfordringer og mangel på kulturell kompetanse hos helsepersonell gjøre det vanskeligere å søke og å få hjelp. I tillegg kan disse utfordringer gjøre det vanskelig for helsepersonell å diagnostisere psykiske lidelser blant dem som faktisk oppsøker hjelp, noe som igjen kan påvirker diagnoseoversikter basert på registerdata.

2.5. Komorbiditet

I Oslounderøkelsen ble det beregnet at 11,9 prosent av populasjonen vil ha to psykiske lidelser i løpet av livet, mens 14,9 prosent rammes av tre eller flere (5). I en tysk studie fant man at nesten halvparten av dem som hadde en psykisk lidelse i løpet av en tolv-måneders periode, også hadde en eller flere andre psykiske lidelser i den samme perioden (35). Komorbiditeten mellom angst og depresjon er spesielt sterk (10;35). Komorbiditet skyldes trolig i stor grad at de samme årsaksfaktorene gir seg utsalg i ulike lidelser (57). Det er også høy komorbiditet mellom psykiske lidelser beskrevet i dette kapitlet og rusbrukslidelser som er beskrevet i kapittel 4 (11).

2.6. Tidstrender i forekomst av psykiske lidelser

Flere forhold kan gi inntrykk av at forekomsten av psykiske lidelser øker i befolkningen. Andelen nye uførepensjoner tildelt for en psykisk lidelse har økt de siste årene (58) (nav.no, 2016), og det har vært en liten økning i sykefravær på grunn av psykiske lidelser (nav.no). Det har også funnet sted en sterk økning i behandling av psykiske lidelser (59-61). Dette er imidlertid bare indirekte indikatorer på forekomst av psykiske lidelser, som også reflekterer hvordan samfunnet håndterer slike lidelser. De fleste studier som har sammenlignet forekomst-tall i befolkningen over tid, finner ingen økning i forekomst. Blant annet fant replikasjonsstudiet av NCS i USA ingen betydelige endringer i forekomst av psykiske lidelser generelt i perioden 1990 til 2003 (59). I Nederland har man kommet til samme konklusjon for perioden 1996 til 2009 (62). En oppsummering av funn fra 91 studier av angstlidelser og 116 studier av depresjonslidelser mellom 1980 og 2009, konkluderte med at det ikke er grunn til å si at det er noen økning i andelen av befolkningen som har disse lidelsene i verden sett under ett, og heller ikke i Vest-Europa (63). Fordi folketallet øker, vil det absolutte antallet mennesker med slike lidelser imidlertid øke (63).

Flere studier har fokusert kun på depresjon. En studie har konkludert med at forekomsten av depresjon i Finland økte fra 2000 til 2011 blant kvinner, men ikke blant menn (64). I denne studien fulgte man de samme personene over en 11-års-periode med intervjuundersøkelser. Forskerne brukte i tillegg informasjon fra helseregistre for å ta hensyn til lavere oppslutning til spørreundersøkelsen blant personer med psykiske lidelser enn blant andre. Det var først når det ble korrigert for dette at de kom fram til at forekomsten av depresjon hadde økt (64).

En norsk studie fant ikke støtte verken for generell økning eller reduksjon av depresjon i perioden 1990 – 2001 (65). Spørsmålet om det har funnet sted en økning eller reduksjon i forekomst av psykiske lidelser i Norge er ikke endelig avklart og krever videre forskning med et bedre datagrunnlag enn vi har i dag.

Om vi ser på selvrapporterte mål, så finner vi heller ingen sterke indikasjoner på en økning i andelen som rapporterer om betydelige plager. Tall fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse viser at andelen personer som rapporterte om betydelige psykiske plager i levekårsundersøkelsen gikk ned fra 1998 til 2005, men økte noe igjen fram mot 2012 (66). Det kan imidlertid se ut til å være en økning blant unge i aldersgruppen 16-24 år. Økningen er sterkest for unge kvinner (66).

2.7 Kontakt med helsetjenesten for psykiske lidelser

2.7.1 Hvor mange med psykiske lidelser oppsøker helsetjenesten?

For de vanligste formene for psykiske lidelser, det vil si depressive lidelser, angstlidelser og alkoholrelaterte lidelser (misbruk/skadelig bruk og avhengighet), viser norske og utenlandske studier at kun et mindretall har vært i kontakt med helsevesenet for lidelsene (67-69). En kobling mellom en intervjuundersøkelse blant tvillinger og behandlingsdata fra primær- og spesialisthelsetjenesten viser at ca. 1 av 3 (36 prosent) av de som hadde depresjon i henhold til intervjuet, hadde fått depresjonsdiagnose i primærhelsetjenesten (fastlege eller legevakt) og ca. 1 av 7 (15 prosent) i spesialisthelsetjenesten (69). En del har fått behandling for andre psykiske lidelser. Av de som hadde depresjon ifølge intervjuet, ble totalt 32 prosent registrert med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten. Blant de som hadde angst i henhold til intervjuet, ble henholdsvis 21 og 17 prosent registrert med angst i primær- og spesialisthelsetjenesten, mens totalt 40 prosent ble registrert med en psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten. For personer med alkoholmisbruk ble totalt 19 prosent registret med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten, men de fleste av disse ble ikke behandlet for alkoholmisbruket - kun 3 og 7 prosent ble registrert med alkoholmisbruk i henholdsvis primær- og spesialisthelsetjenesten. At en person blir registrert med en diagnose betyr ikke nødvendigvis at vedkommende mottar adekvat behandling. Det er kun diagnoser fra fastlege og legevakt som er inkludert i tallene fra primærhelsetjenesten. Det finnes også to norske studier som undersøker behandling blant personer med symptomer på psykiske lidelser. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag viser at 13 prosent av de med symptomer på depresjon og 25 prosent av de med symptomer på angst hadde søkt hjelp for plagene sine (70). Hjelpsøking var lavest ved depresjon uten angstsymptomer (70). Også blant ungdom er manglende hjelpsøking en utfordring. Selv blant de som har de aller høyeste symptomnivåene, har bare halvparten søkt hjelp for psykiske lidelser (71). Studier som måler psykiske plager er ikke nødvendigvis representative for personer som tilfredsstiller kriteriene for diagnoser.

Disse tallene er på linje med resultater fra andre land. I to representative studier fra USA basert på strukturerte intervjuer ble det funnet at behandling for psykiske lidelser økte fra 1990 til 2003 selv om forekomsten var uendret (59). For de som hadde en psykisk lidelse var andelen som fikk behandling 20 prosent i 1990 og 33 prosent i 2003, mens andelen for de som hadde en alvorlig psykisk lidelse økte fra 24 prosent til 41 prosent. Når det gjelder personer med alvorlig depresjon siste 12 måneder fikk 33 prosent behandling hos almenpraktiserende lege og en tilsvarende andel hos spesialist (72). Tall fra Europa viste at 26 prosent av de som hadde hatt en psykisk lidelse siste år fikk behandling i helsevesenet, mens andelen for de som hadde alvorlig depresjon var 37 prosent (73). I nyere studier fra Estland og Finland er tilsvarende andel for pasienter med alvorlig depresjon rundt 25 til drøyt 30 prosent (74;75). For personer med alkoholmisbruk er tallene enda lavere. I USA har kun 24 prosent av personer med alkohol-avhengighet noensinne mottatt behandling og 12 prosent siste år. For skadelig alkoholbruk var tallene enda lavere (7 og 3 prosent) (76).

Vi har svært lite kunnskap om behandlingsdekningen for personer med psykiske lidelser i Norge først og fremst fordi vi ikke har hatt noen landsdekkende representative studier av forekomst av psykiske lidelser i befolkningen. Dette vil vi forhåpentligvis få i løpet av kort tid. Inntil da må vi klare oss med tall fra behandlingsapparatet.

Databasen Kontroll og utbetaling av helserefusjon (KUHR) og Norsk pasientregister (NPR) inneholder personidentifiserbare opplysninger for kontakt med helsetjenesten siden henholds-vis 2006 og 2008. Det betyr at vi har god oversikt over hvor mange personer som har fått ulike

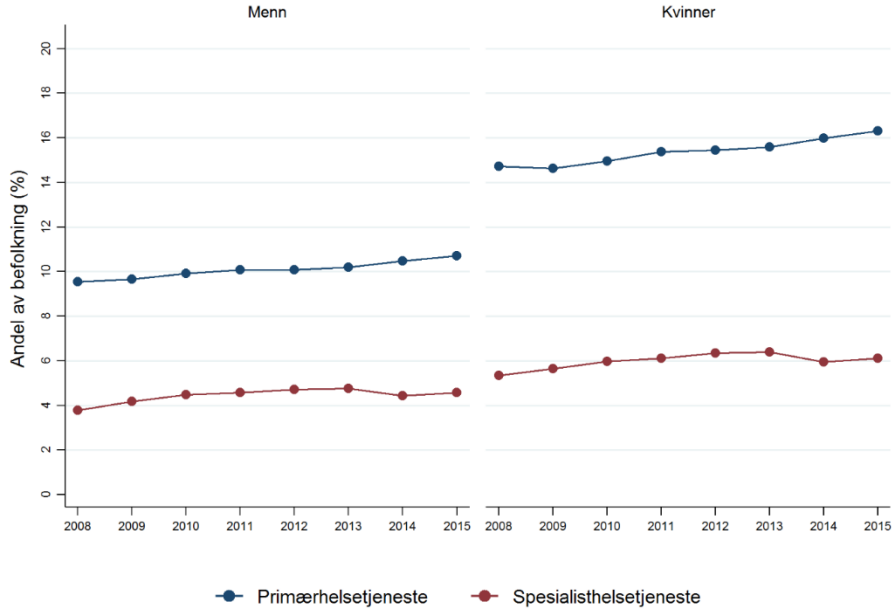
diagnoser siden da. Nedenfor presenterer vi tall fra disse to datakildene. Informasjon fra reseptregisteret blir presentert lenger ut i kapitlet.

2.7.2 Forekomst av kontakt med helsetjenesten for psykiske lidelser

Kontakt med primær- og spesialisthelsetjenesten
Omfang av kontakt med helsetjenesten for psykiske lidelser blir i Norge registrert i ulike nasjonale registre. KUHR ble opprettet i 2006 og inneholder aktivitetsdata om ulik refusjonsberettiget pasientkontakt med aktører i primær- og spesialisthelsetjenesten med refusjonsavtale med Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). NPR inneholder aktivitetsdata om personer som har fått behandling i spesialisthelsetjenesten og registrerer diagnosekoder i tråd med den internasjonale klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (International Classification of Diseases and Related Health Problems (tiende revisjon), ICD-10). Samlet utgjør KUHR og NPR viktige kilder til informasjon om omfang av kontakt med helsetjenesten for psykiske lidelser. Samtidig beskriver de først og fremst bruk av helsetjenester i en gitt periode og ikke nødvendigvis faktisk utbredelse av en tilstand eller omfang av sykdom i befolkningen. Det må også understrekes at det finnes tilbud i primærhelsetjenesten som ikke er registrert i KUHR (for eksempel konsultasjoner hos kommunepsykologer eller kommunalt ansatte psykiatriske sykepleiere, samt ulike kurs for blant annet mestring av depresjon). Vi har dessverre ikke oversikt over hvor mange personer som har hatt kontakt med slike tjenester for ulike psykiske lidelser, og det er derfor kun fastlege og legevakt som er inkludert i tall fra primærhelsetjenesten under.

I det følgende presenteres forekomst av kontakt med helsetjenesten for ulike psykiske lidelser i befolkningen siste år (2015) og siste 5 år (2011-2015) blant alle som var mellom 18 og 79 år i 2015.

Alle kontakter ICPC-2 P01-P99 og ICD-10 F00-F99
En betydelig andel av befolkingen mellom 18 og 79 år er årlig i kontakt med helsetjenesten på grunn av psykiske helseplager (Figur 2.1). I 2015 var om lag 10 prosent av alle menn og 15 prosent av alle kvinner i kontakt med primærhelsetjenesten (fastlege/legevakt) for slike plager. Andelen i kontakt med spesialisthelsetjenesten er noe lavere, med om lag 4 prosent av alle menn og 6 prosent av alle kvinner i kontakt årlig.



Figur 2.1: Andel av befolkningen 18-79 år registrert med diagnosekode ICPC-2 P01-P99 i primærhelsetjenesten (KUHR) og ICD-10 F00-F99 i spesialisthelsetjenesten (NPR), 2008-2015.

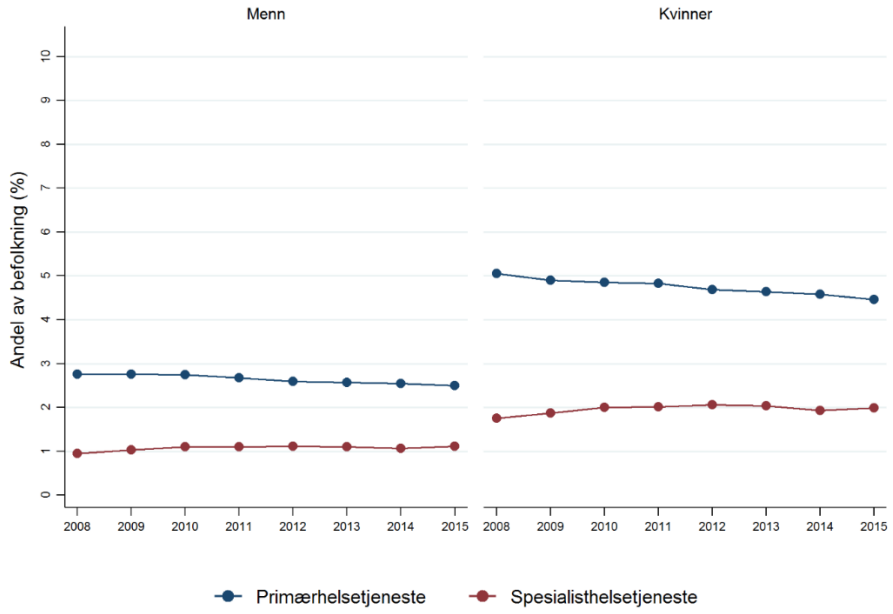
Depressiv lidelse

Et stort antall personer er årlig i kontakt med helsetjenesten for depresjon (Tabell 2.4). Kvinner er i betydelig større grad enn menn i kontakt med både primær- og spesialisthelsetjenesten for depresjon. Så mange som 7,0 prosent av menn og 12,1 prosent av kvinner har hatt en konsultasjon hos fastlege eller legevakt for depressiv lidelse i løpet av siste 5 år. Et betydelig antall personer er også i poliklinisk behandling for depressiv lidelse.

Tabell 2.4 Antall og andel av befolkning 18-79 år (2015) med konsultasjon hos fastlege/legevakt, poliklinikk/avtalespesialist/psykolog, og døgnbehandling for depressiv lidelse.

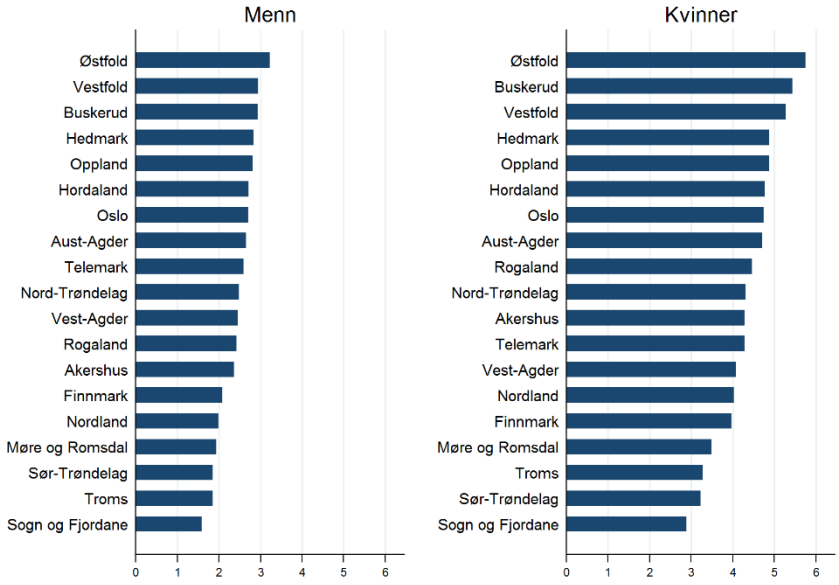
		2015				2011-2015			
		Menn		Kvinner		Menn		Kvinner	
		Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Fastlege/legevakt (ICPC-2 P76)									
	Alle aldre	48,613	2.5%	83,508	4.4%	136,194	7.0%	227,375	12.1%
	18-39 år	19,310	2.5%	33,563	4.5%	53,391	6.8%	90,658	12.3%
	40-59 år	20,992	2.9%	33,990	5.0%	58,109	8.1%	92,127	13.5%
	60-79 år	8,311	1.9%	15,955	3.5%	24,694	5.6%	44,590	9.7%
Dagbehandling* (ICD-10 F32-F34)									
	Alle aldre	20,682	1.1%	35,807	1.9%	56,263	2.9%	95,563	5.1%
	18-39 år	9,982	1.3%	18,958	2.6%	25,775	3.3%	48,591	6.6%
	40-59 år	8,148	1.1%	12,739	1.9%	22,907	3.2%	35,070	5.2%
	60-79 år	2,552	0.6%	4,110	0.9%	7,581	1.7%	11,902	2.6%
Døgnbehandling (ICD-10 F32-F34)									
	Alle aldre	4,761	0.2%	6,960	0.4%	17,873	0.9%	26,166	1.4%
	18-39 år	1,980	0.3%	3,061	0.4%	7,103	0.9%	11,290	1.5%
	40-59 år	1,771	0.2%	2,332	0.3%	6,893	1.0%	8,990	1.3%
	60-79 år	1,010	0.2%	1,567	0.3%	3,877	0.9%	5,886	1.3%
* Dagbehandling og poliklinisk behandling									

Figur 2.2 viser andelene registrert med depressiv lidelse i primær- og spesialisthelsetjenesten i tidsperioden 2008 til 2015 for menn og kvinner i aldersgruppen 18-79 år. Vi ser at andelene har holdt seg relativt stabile for begge kjønn i denne perioden.



Figur 2.2: Andel av befolkningen 18-79 år registrert med diagnosekode for depresjon i primærhelsetjenesten (ICPC-2 P76) og i spesialisthelsetjenesten (ICD-10 F32-F34), 2008-2015.

Som vist i Figur 2.3 er det noe variasjon mellom fylkene i andel med konsultasjon hos fastlege og legevakt for depressiv lidelse. Østfold, Vestfold og Buskerud ligger i det øvre sjiktet for begge kjønn, mens andel av befolkning med konsultasjon hos fastlege eller legevakt ligger lavest i Møre og Romsdal, Troms, Sør-Trøndelag og Sogn og Fjordane.



Figur 2.3 Andel av befolkning 18-79 år med konsultasjon for depressiv lidelse (ICPC-2 P76) hos fastlege/legevakt i 2015, etter fylke. Aldersstandardisert.

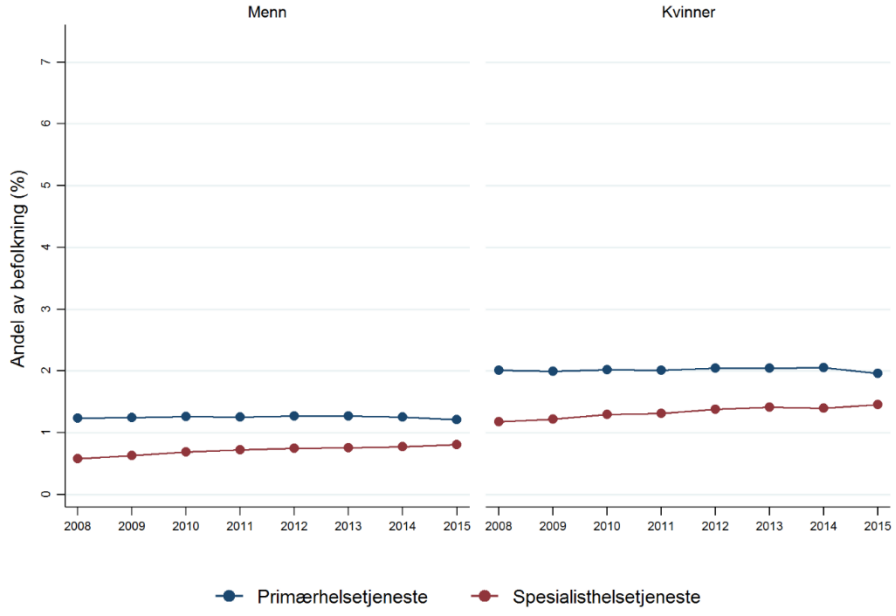
Angstlidelser

Et betydelig antall personer er i kontakt med helsetjenesten for angstlidelser, kvinner i større grad enn menn (Tabell 2.5). For eksempel har 5,4 prosent av kvinner i alderen 18-79 år hatt en konsultasjon siste 5 år hos fastlege eller legevakt for slike plager, mot 3,4 prosent av menn. Et betydelig antall personer av begge kjønn er også i dag- eller døgnbehandling for angstlidelser.

Tabell 2.5 Antall og andel av befolkning 18-79 år (2015) med konsultasjon hos fastlege/legevakt, poliklinikk/avtalespesialist/psykolog, og døgnbehandling for angstlidelse.

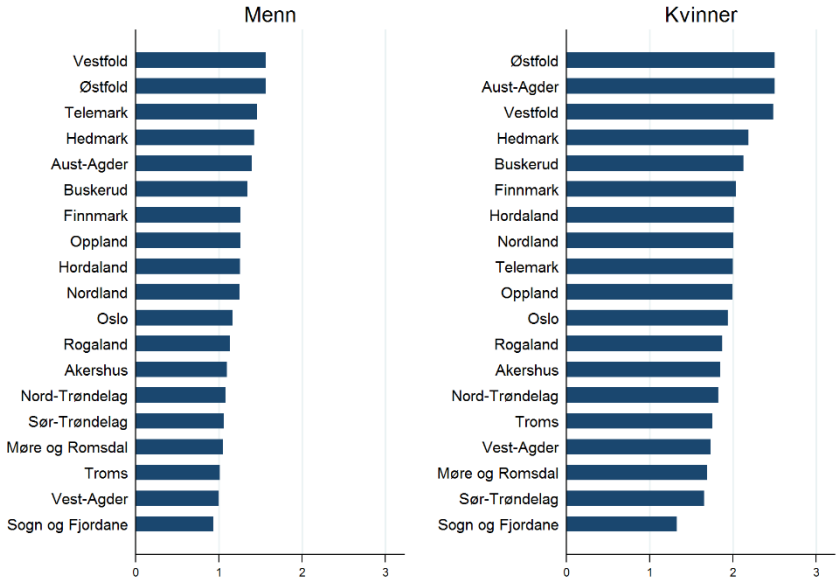
		2015				**2011-2015**			
		Menn		Kvinner		Menn		Kvinner	
		Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Fastlege/legevakt (ICPC-2 P74, P79)									
	Alle aldre	23,598	1.2%	36,882	2.0%	65,545	3.4%	101,475	5.4%
	18-39 år	11,064	1.4%	15,453	2.1%	30,416	3.9%	42,861	5.8%
	40-59 år	8,928	1.2%	13,455	2.0%	24,846	3.5%	37,140	5.5%
	60-79 år	3,606	0.8%	7,974	1.7%	10,283	2.3%	21,474	4.7%
Dagbehandling* (ICD-10 F40-F42)									
	Alle aldre	15,015	0.8%	25,753	1.4%	38,877	2.0%	67,990	3.6%
	18-39 år	9,019	1.2%	15,887	2.2%	21,825	2.8%	39,687	5.4%
	40-59 år	4,879	0.7%	7,497	1.1%	13,567	1.9%	21,454	3.2%
	60-79 år	1,117	0.3%	2,369	0.5%	3,485	0.8%	6,849	1.5%
Døgnbehandling (ICD-10 F40-F42)									
	Alle aldre	3,261	0.2%	4,982	0.3%	11,357	0.6%	18,580	1.0%
	18-39 år	1,541	0.2%	2,259	0.3%	4,978	0.6%	8,197	1.1%
	40-59 år	1,133	0.2%	1,510	0.2%	4,261	0.6%	6,072	0.9%
	60-79 år	587	0.1%	1,213	0.3%	2,118	0.5%	4,311	0.9%
* Dagbehandling og poliklinisk behandling									

Figur 2.4 viser andelene registrert med en angstlidelse i primær- og spesialisthelsetjenesten i tidsperioden 2008 til 2015 for menn og kvinner i aldersgruppen 18-79 år. Vi ser at andelene har holdt seg relativt stabile for begge kjønn i denne perioden.



Figur 2.4: Andel av befolkningen 18-79 år registrert med diagnosekode for angst i primærhelsetjenesten (ICPC-2 P74, P79) og i spesialisthelsetjenesten (ICD-10 F40-F42), 2008-2015.

Som vist i Figur 2.5 er det noe variasjon mellom fylkene, med nokså likt mønster for begge kjønn. Østfold, Vestfold og Hedmark ligger i det øvre sjiktet for begge kjønn, mens andelen personer med konsultasjon for angstlidelser er lavest i Sogn og Fjordane.



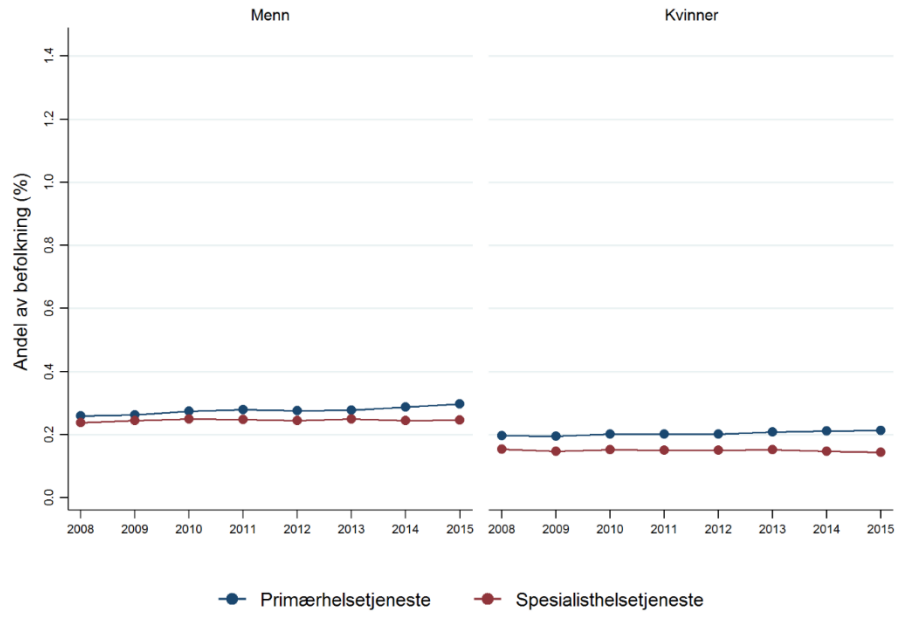
Figur 2.5: Andel av befolkning 18-79 år med konsultasjon for angstlidelse (ICPC-2 P74, P79) hos fastlege/legevakt i 2015, etter fylke. Aldersstandardisert.

For schizofreni er det forholdsvis liten forskjell i antallet personer som har vært i kontakt med allmennlege eller legevakt sammenliknet med spesialisthelsetjenesten, (Tabell 2.6). Andelen er noe høyere blant menn enn blant kvinner, og generelt noe høyere i aldersgruppen 40-59 år.

Tabell 2.6 Antall og andel av befolkning 18-79 år (2015) med konsultasjon hos fastlege/legevakt, poliklinikk/avtalespesialist/psykolog, og døgnbehandling for schizofreni.

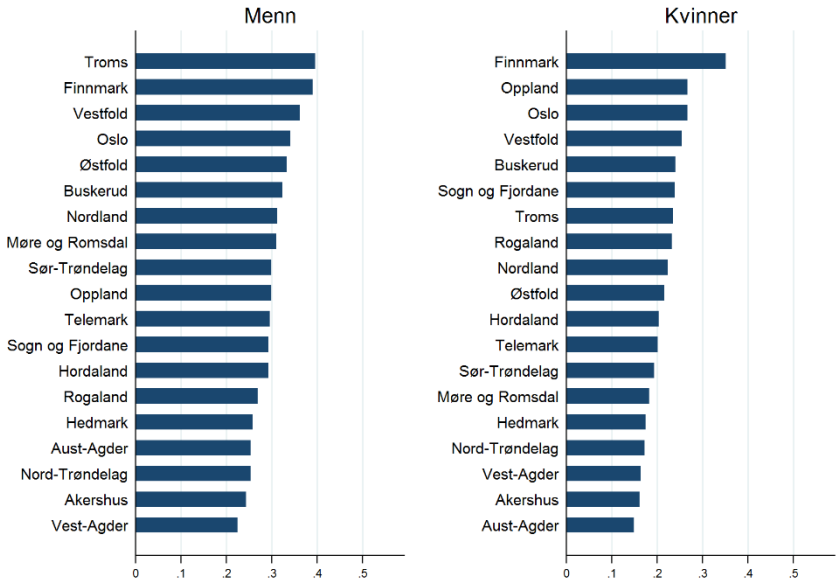
		2015				2011-2015			
		Menn		Kvinner		Menn		Kvinner	
		Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Fastlege/legevakt (ICPC-2 P72)									
	Alle aldre	5,798	0.3%	4,010	0.2%	9,957	0.5%	6,916	0.4%
	18-39 år	2,160	0.3%	1,015	0.1%	3,745	0.5%	1,784	0.2%
	40-59 år	2,754	0.4%	1,935	0.3%	4,653	0.6%	3,191	0.5%
	60-79 år	884	0.2%	1,060	0.2%	1,559	0.4%	1,941	0.4%
Dagbehandling* (ICD-10 F20)									
	Alle aldre	4,312	0.2%	2,399	0.1%	6,876	0.4%	4,192	0.2%
	18-39 år	2,192	0.3%	927	0.1%	3,184	0.4%	1,433	0.2%
	40-59 år	1,703	0.2%	1,053	0.2%	2,886	0.4%	1,864	0.3%
	60-79 år	417	0.1%	419	0.1%	806	0.2%	895	0.2%
Døgnbehandling (ICD-10 F20)									
	Alle aldre	2,504	0.1%	1,471	0.1%	5,486	0.3%	3,529	0.2%
	18-39 år	1,240	0.2%	538	0.1%	2,492	0.3%	1,123	0.2%
	40-59 år	934	0.1%	624	0.1%	2,198	0.3%	1,508	0.2%
	60-79 år	330	0.1%	309	0.1%	796	0.2%	898	0.2%
* Dagbehandling og poliklinisk behandling									

Forekomst av kontakt med primær- og spesialisthelsetjenesten for schizofreni er nokså stabil i perioden 2008 til 2015 med om lag 0,2 prosent av både kvinner og menn i kontakt årlig. For schizofreni er forekomsten nokså lik i både primær- og spesialisthelsetjenesten (Figur 2.6).



Figur 2.6: Andel av befolkningen 18-79 år registrert med diagnosekode for schizofreni i primærhelsetjenesten (ICPC-2 P72) og i spesialisthelsetjenesten (ICD-10 F20), 2008-2015.

Som vist i Figur 2.7 finner man noe geografisk variasjon i konsultasjoner hos fastlege eller legevakt for schizofreni. Finnmark ligger høyt for begge kjønn, mens andelen for begge kjønn er lav i Aust-Agder, Vest-Agder og Akershus.



Figur 2.7: Andel av befolkning 18-79 år med konsultasjon for schizofreni (ICPC-2 P72) hos fastlege/legevakt i 2015, etter fylke. Aldersstandardisert.

Bruk av legemidler for psykiske lidelser

Legemiddelbehandling benyttes i ulik grad for de ulike psykiske lidelsene. For en del pasienter vil legemiddelbehandling ikke være aktuelt. Antall brukere av et legemiddel avhenger derfor både av forekomsten av den relevante tilstanden, i hvor stor grad personer tar kontakt med helsetjenesten og i hvor stor grad legemidler benyttes i behandlingen.

Reseptregisteret ble etablert i 2004 og er en datakilde med informasjon om alle legemidler utlevert på resept fra apotek til pasienter i Norge. Legemidler utlevert på sykehus eller institusjon blir ikke registrert i Reseptregisteret. Ved hjelp av data fra Reseptregisteret kan man kartlegge forbruk på individnivå i hele landet og belyse endringer over tid. Data fra Reseptregisteret gir informasjon om at en person har hentet ut et reseptbelagt legemiddel fra apotek. For enkelhets skyld omtales dette her som bruk selv om det er kjent at ikke alle legemidler som hentes ut fra apotek blir brukt. I denne rapporten blir bruk definert som uthenting av legemiddel minst en gang i løpet av et år.

Vi presenterer her de viktigste legemiddelgruppene som blir brukt i behandling av depresjon, angst, psykoser og bipolar lidelse (Tabell 2.7).

Tabell 2.7. Antall (prosentandel) voksne brukere av ulike legemiddelgrupper i 2004 og 2015.

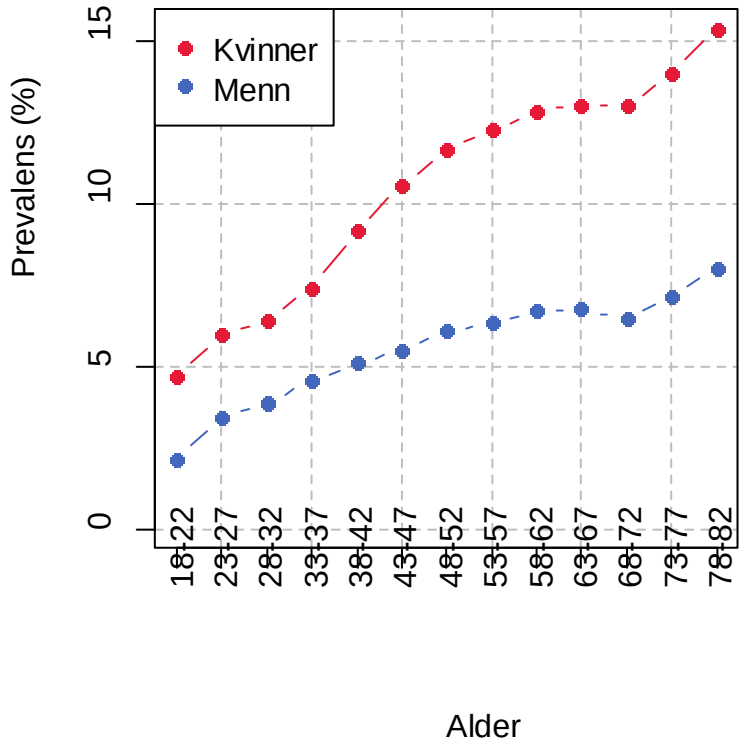
	Kvinner		Menn		Totalt	
	2004	2015	2004	2015	2004	2015
Antidepressiva	182861 (10,1)	209676 (10,2)	94782 (5,4)	109959 (5,3)	277643 (7,8)	319635 (7,8)
Angstdempende						
Benzodiazepiner	168487 (9,3)	151652 (7,4)	84576 (4,9)	81782 (4,0)	253063 (7,1)	233434 (5,7)
Antiepileptika*	201 (0,01)	342 (0,02)	157 (0,01)	262 (0,01)	358 (0,01)	604 (0,01)
Antipsykotika	58009 (3,2)	59514 (2,9)	41275 (2,4)	48169 (2,3)	99284 (2,8)	107683 (2,6)
Legemidler ved bipolar lidelse						
Litium	4402 (0,24)	4285 (0,21)	3327 (0,19)	3262 (0,16)	7729 (0,22)	7547 (0,18)
Antiepileptika*	10914 (0,60)	14181 (0,69)	7439 (0,43)	9855 (0,48)	18353 (0,52)	24036 (0,59)

*Tallene for antiepileptika angir antall brukere som fikk utlevert et legemiddel med diagnosekode (ICD-10 eller ICPC-2) for hhv angst og bipolar lidelse i 2009 og 2015 (Reseptregisteret hadde ikke ICD10 og ICPC-koder i 2004).

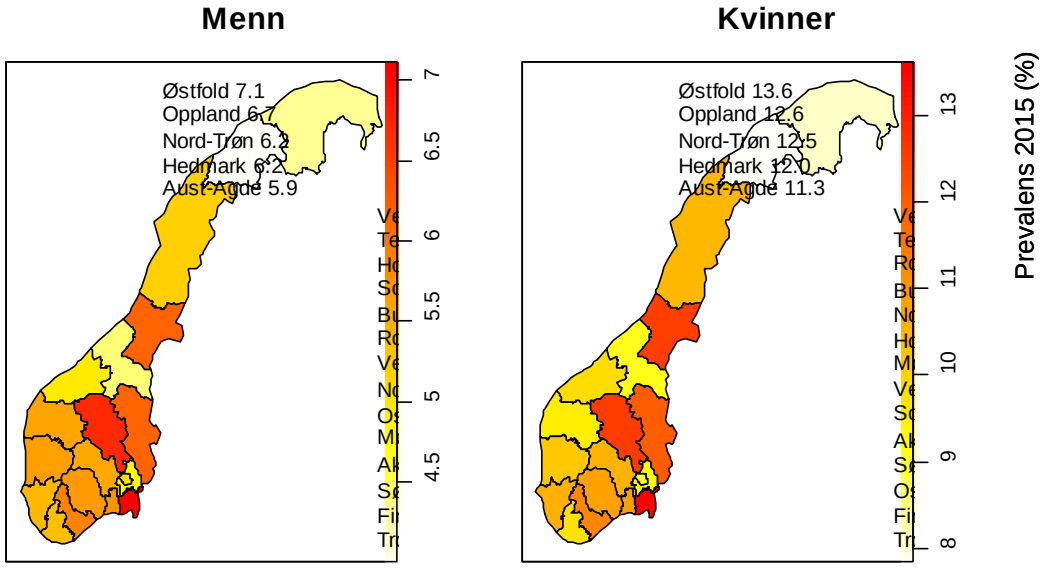
Legemidler som hovedsakelig brukes i behandling av depresjon
Dersom medikamentell behandling av depresjon er nødvendig, behandles pasienten hovedsakelig med antidepressiva.

For både kvinner og menn har det vært et stabilt forbruk av antidepressiva i perioden 2004-2015, med omtrent dobbelt så mange kvinnelige som mannlige brukere (Tabell 2.7). I 2015 brukte 10,2 prosent av kvinner og 5,3 prosent av menn antidepressiva. De mest brukte antidepressiva er selektive serotonin reopptakshemmere (SSRI). Disse ble brukt av 5,9 prosent av kvinner og 3,0 prosent av menn i 2015. Eldre antidepressiva (trisykliske antidepressiva, TCA) ble brukt av 2,4 prosent av kvinner og 0,9 prosent av menn.

Andelen som behandles med antidepressiva øker jevnt med økende alder for både kvinner og menn opp mot 60 års alder der det er en liten avflatning (Figur 2.8). Fra 70 års alder øker bruken igjen hos begge kjønn.



Figur 2.8: Andel (prosent) som har hentet ut et antidepressivum (ATC-kode N06A) fra apotek minst en gang i 2015. Kvinner og menn i 5 års aldersgrupper.



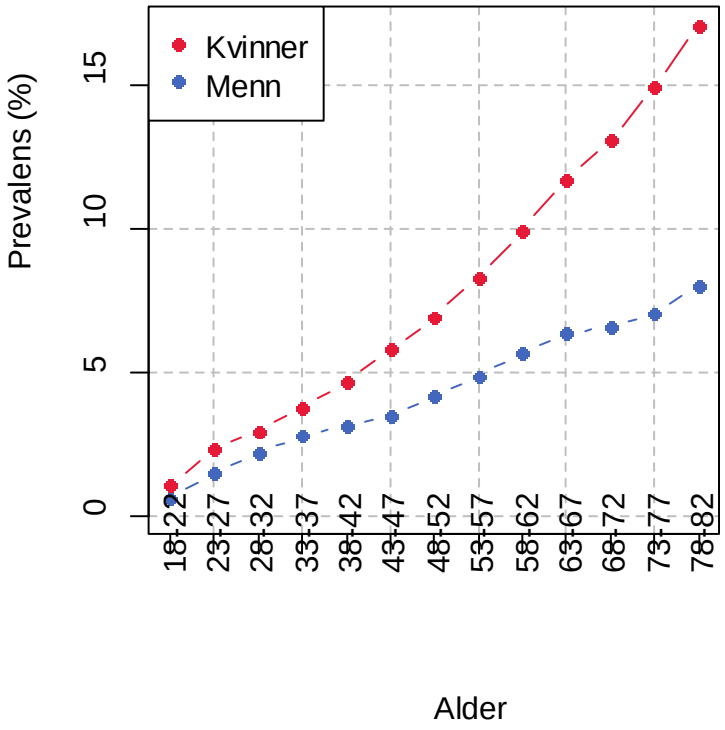
Figur 2.9: Andel (prosent) som har hentet ut et antidepressivum (ATC-kode N06A) fra apotek minst en gang i 2015. Kvinner og menn fylkesvis. Tallene er justert for ulik aldersfordeling i fylkene. Kartgrunnlag: Kartverket.

Det er store fylkesvise forskjeller i bruk av antidepressiva. Østfold og Oppland er de to fylkene som har høyest andel brukere (Figur 2.9). I disse fylkene er andelen nesten dobbelt så høy som i Finnmark og Troms der andelen er lavest. Dette gjelder for både kvinner og menn. Selv om antidepressiva er indisert til bruk i behandling av depresjon, kan legemidlene også brukes i behandling av andre lidelser som for eksempel angst og smerte.

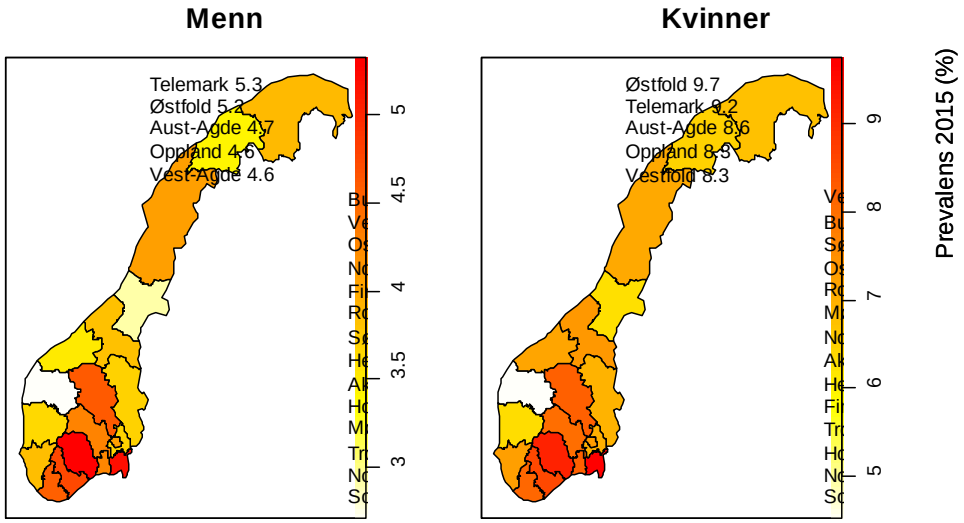
Legemidler som benyttes i behandling av angst
Dersom medikamentell behandling av angst er nødvendig, behandles pasienten hovedsakelig med antidepressiva (førstevalg: SSRI eller selektive serotonin og noradrenalinreopptakshemmere (SNRI)). Et av de nyere antiepileptikaene, pregabalin, er også indisert brukt i behandling av generalisert angstlidelse. Tradisjonelle angstdempende legemidler (benzodiazepiner) er vanedannende legemidler som ikke er dokumentert å ha langvarig effekt. De er derfor ikke lenger førstehåndsmidler, og de er i dag anbefalt å ha et meget begrenset bruksområde ved symptomatisk behandling av angstlidelser. De kan også unntaksvis være et godt alternativ ved forbigående angstepisoder eller i påvente av at annen farmakologisk terapi skal virke.

Antall og andel personer som behandles med benzodiazepiner har gått betraktelig ned fra 2004 til 2015 både for kvinner og menn (Tabell 2.7). For kvinner er andelen redusert fra 9,3 prosent til 7,4 prosent, mens det for menn har vært en reduksjon fra 4,9 prosent til 4,0 prosent. Dette er en positiv utvikling.

Andelen kvinner som bruker benzodiazepiner er høyere enn andelen menn, men for begge kjønn øker andelen kraftig med alder (Figur 2.10). Det er for eksempel 1,1 prosent kvinner i alderen 18-22 år som behandles med angstdempende, mens 17,1 prosent av kvinner i alderen 78-82 behandles.



Figur 2.10: Andel (prosent) som har hentet ut benzodiazepiner (ATC-kode N05BA) fra apotek minst en gang i 2015. Kvinner og menn i 5 års aldersgrupper.



Figur 2.11: Andel (prosent) som har hentet ut et angstdempende medikament (ATC-kode N05BA) fra apotek minst en gang i 2015. Kvinner og menn fylkesvis. Tallene er justert for ulik aldersfordeling i fylkene. Kartgrunnlag: Kartverket.

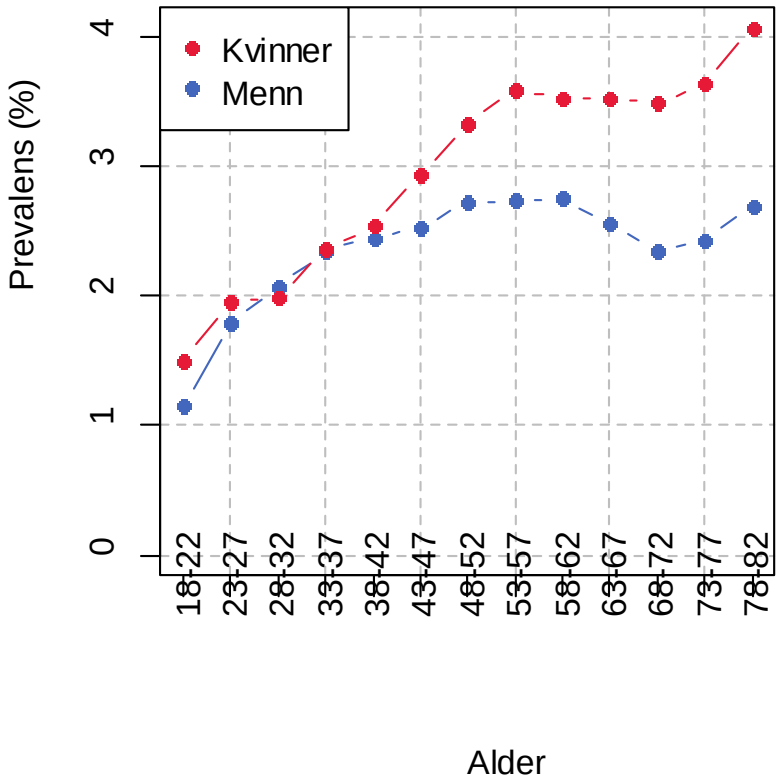
Det er store forskjeller mellom fylkene i andelen som behandles med benzodiazepiner for både kvinner og menn (Figur 2.11). Fylkene med høyest andel brukere ligger på Østlandet (Telemark og Østfold), mens fylkene med lavest andel brukere er Sogn og Fjordane og Nord-Trøndelag.

I perioden 2008 til 2015 har antallet personer som ble behandlet med et antidepressivum for angst økt fra ca. 20 000 til 60 000.

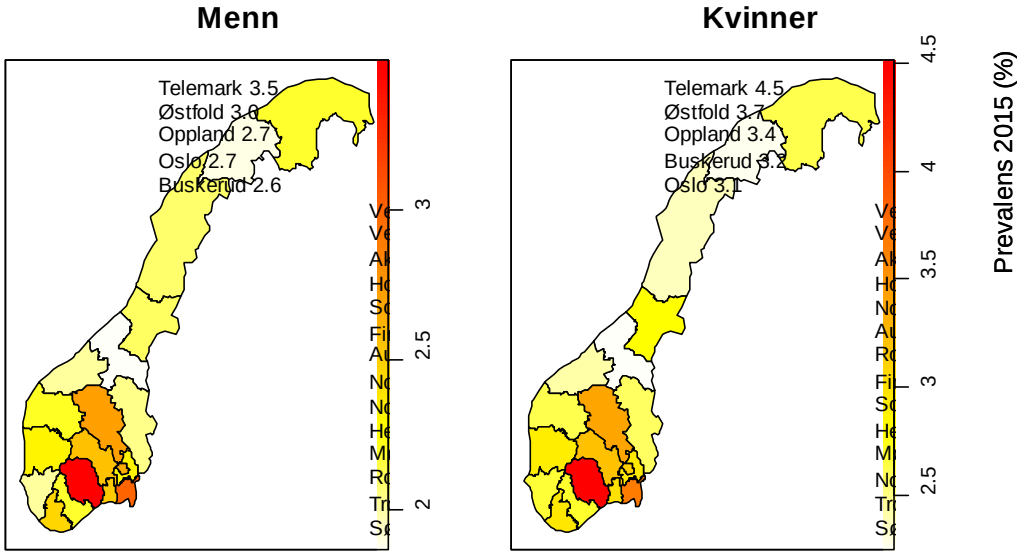
Legemidler som benyttes i behandling av psykoser

Når det er behov for legemiddelbehandling av psykose, er det først og fremst aktuelt å behandle med antipsykotika. Fra 2004 til 2015 har det vært en nedgang i bruk av antipsykotika for kvinner fra 3,2 prosent til 2,9 prosent (Tabell 2.7). Hos menn har forbruket vært stabilt.

Totalt sett er det en større andel kvinner enn menn som bruker antipsykotika; i 2015 var andelen brukere 2,9 prosent for kvinner og 2,3 prosent for menn. Forskjellen mellom kjønnene skyldes hovedsakelig at kvinner fra 40 års alder og oppover bruker mer antipsykotika enn menn. Opptil 40 års alder er andel brukere jevnt økende og omtrent lik for menn og kvinner (Figur 2.12), men fra 40 til 55 er økningen mer markant hos kvinner. Fra 55 til 70 er andelen brukere stabil for kvinner og nedadgående for menn, for så å øke igjen for begge kjønn opp til 80 års alder.



Figur 2.12: Andel (prosent) som har hentet ut et antipsykotikum (ATC kode N05A unntatt litium N05AN01) fra apotek minst en gang i 2015. Kvinner og menn i 5 års aldersgrupper.



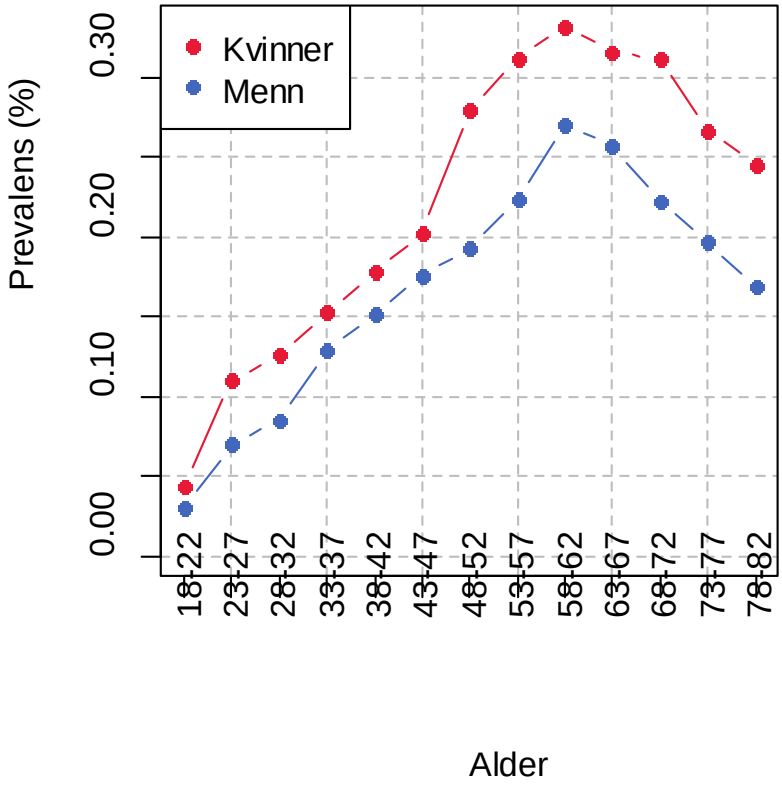
Figur 2.13 Andel (prosent) som har hentet ut et antipsykotikum (ATC-kode N05A unntatt litium N05AN01) fra apotek minst en gang i 2015. Kvinner og menn fylkesvis. Tallene er justert for ulik aldersfordeling i fylkene. Kartgrunnlag: Kartverket.

Det er betraktelige fylkesforskjeller i antipsykotikabruken i Norge. Det er nesten dobbelt så stor andel brukere i Telemark som i Sør-Trøndelag og Troms (Figur 2.13). Bruken av antipsykotika på Østlandet er høy sammenlignet med resten av landet. De seks fylkene som topper listen er alle østlandsfylker.

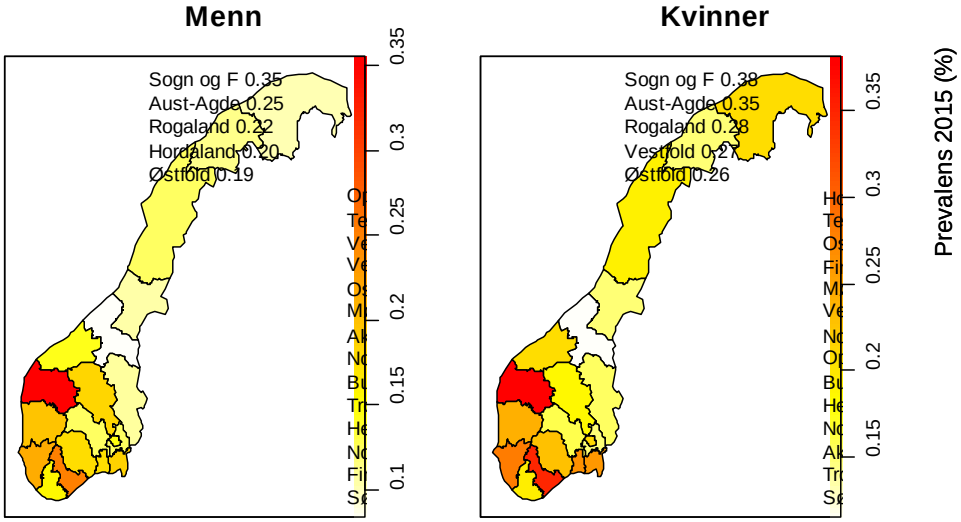
Selv om antipsykotika hovedsakelig er indisert til bruk i behandling av psykose har legemidlene også indikasjon ved behandling av andre lidelser som for eksempel bipolar lidelse og søvnvansker.

Legemidler som benyttes i behandling av bipolar lidelse
Ved bipolar lidelse der det er nødvendig med legemiddelbehandling, foreligger det ulike behandlingsvalg. Både litium, enkelte annengenerasjons antipsykotika og enkelte antiepileptika kan benyttes.

En liten andel, 0,2 prosent, av både kvinner og menn bruker litium i løpet av et år (Tabell 2.7). En reduksjon i andelen brukere fra 0,24 prosent til 0,21 prosent for kvinner og fra 0,19 prosent til 0,16 prosent for menn har vært observert fra 2004 til 2015 (Tabell 2.7). Andel brukere øker jevnt med økende alder opp til ca. 60 år for så å avta jevnt opp til 80 års alder (Figur 2.14). Kjønnsforskjellene er beskjedne, men andelen er noe høyere for kvinner i alle aldersgrupper. Sogn og Fjordane ligger på toppen i andel brukere av litium for begge kjønn og Sør-Trøndelag ligger lavest (Figur 2.15). Sogn og Fjordane har mer enn tre ganger så høy andel brukere av litium som Sør-Trøndelag.



Figur 2.14: Andel (prosent) som har hentet ut litium (ATC kode N05AN01) fra apotek minst en gang i 2015. Kvinner og menn i 5 års aldersgrupper.



Figur 2.15: Andel (prosent) som har hentet ut litium (ATC kode N05AN01) fra apotek minst en gang i 2015. Kvinner og menn fylkesvis. Tallene er justert for ulik aldersfordeling i fylkene. Kartgrunnlag: Kartverket.

Det er flere personer som er registrert i Reseptregisteret med et antiepileptikum utlevert for behandling av bipolar lidelse enn antallet som er behandlet med litium, og antallet har økt noe fra 2008 til 2015 (Tabell 2.7).

Flere er også registrert i Reseptregisteret som brukere av annengenerasjons antipsykotika utlevert for behandling av bipolar lidelse enn pasienter som blir behandlet med litium. Det har vært en økning i antall pasienter fra ca. 5000 i 2008 til ca. 14 000 i 2015.

Oppsummering
Legemiddelbehandling av psykiske lidelser har overveiende vært stabil de siste ti årene. For angstlidelsene har det vært en endring i legemiddelbehandling fra tradisjonelle angstdempende midler over mot bruk av antidepressiva. Dette er i samsvar med nyere anbefalinger. Fremdeles behandles likevel en stor andel pasienter med de tradisjonelle angstdempende benzodiazepinene.

Bruk av legemidler for psykiske lidelser øker med alderen. Dette er mest uttalt for tradisjonelle angstdempende midler.

Det er store geografiske forskjeller i medikamentell behandling av psykiske lidelser. Generelt ser det ut som om Sørlandet og Østlandet har høyest forekomst av legemiddelbehandling.

2.8 Risikofaktorer

Vi vet lite om de spesifikke utviklingsveiene for psykiske lidelser. Trolig er det et komplekst samspill mellom et stort antall miljømessige og genetiske risikofaktorer, hver enkelt med små effekter, som gjør at noen utvikler en psykisk lidelse mens andre ikke gjør det.

2.8.1 Genetiske risikofaktorer

En rekke familiestudier har vist at psykiske lidelser og plager har en tendens til å gå igjen i familier. Resultater fra tvilling- og adopsjonsstudier tilsier at dette hovedsakelig skyldes genetiske faktorer. Arvelighetskoeffisienten (heritabilitet) tallfester andelen av variasjon i et trekk eller en sykdom som kan tilskrives genetiske forskjeller mellom personer. Høy eller moderat grad av arvelighet for en lidelse betyr imidlertid ikke at noen individer er forutbestemt til å få denne selv om en slektning har sykdommen.

En oppsummering av en rekke studier har vist at arveligheten av bipolar lidelse og schizofreni ligger rundt 80 prosent, mens arveligheten av anorexia nevrosa og panikklidelse er mellom 40 og 60 prosent, depresjon 37 prosent og generalisert angstlidelse 28 prosent (77). Arveligheten til personlighetsforstyrrelser ligger sannsynligvis over 50 prosent (37;78-80).

2.8.2 Miljømessige risikofaktorer

Generelt er risikofaktorer som vedvarer viktigere enn risikofaktorer av kort varighet. Miljømessige forhold som kan virke som risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser opererer på ulike nivåer, fra de som er nærmest individet i familien, via storfamilie og nærmiljø, til lokalsamfunn og storsamfunn (81). Faktorene inkluderer både mellommenneskelige, økonomiske og samfunnsstrukturelle forhold.

Sosioøkonomiske forskjeller, arbeidsledighet og økonomiske problemer
Det er godt dokumentert at sosioøkonomisk posisjon, målt gjennom utdanning, yrke og inntekt, har sammenheng med psykisk helse (82). Den sosiale ulikheten i helse i Norge har økt over flere tiår (83). Fra 1960-tallet til 2009 økte forventet levealder mer blant personer med høy utdanning enn blant personer med lav (83). Psykiske helseplager kan gi problemer med arbeidsliv og økonomi, og slike problemer kan på sin side gi grobunn for psykiske helseplager.

I Spania observerte man en økning i psykiske lidelser som for eksempel depresjon og angst under finanskrisen som begynte i 2007 (84). Dette ble blant annet forklart med arbeidsledighet og påfølgende problemer med å håndtere boliglån (84). I England har man funnet en sammenheng mellom det å ha forfalte betalingskrav og psykiske lidelser (85). Dette kan skyldes at ubetalt gjeld påvirker den psykiske helsen, men også at personer med psykiske lidelser oftere enn andre har gjeld de ikke kan betale (85).

Problemer i mellommenneskelige relasjoner
Personer som opplever ensomhet, ydmykelser, mobbing eller stor grad av mellommenneskelige konflikter, har økt risiko for å utvikle psykiske lidelser som angst og depresjon (86-90). Skilte personer har også høyere risiko for å ha psykiske lidelser enn gifte (91).

Belastninger og traumer
Belastende livshendelser og traumer øker risikoen for psykiske lidelser (92-94). Dette gjelder flere typer traumer og belastninger som for eksempel overfall, voldtekt og krig, eller å miste jobben og å oppleve dødsfall i nær familie eller omgangskrets. Omsorgssvikt og seksuelt, fysisk eller emosjonelt misbruk i barndommen er også risikofaktor for å utvikle psykiske lidelser som angst, depresjon, bulimi, personlighetsforstyrrelser og schizofreni (95;96).

2.8.3 Utfordringer med å fastslå årsakssammenhenger

Selv om man ser sammenhenger mellom visse miljøfaktorer og psykiske lidelser, er det vanskelig å avgjøre om det er en årsakssammenheng eller ikke. Felles bakenforliggende faktorer kan påvirke både miljøet og den psykiske helsen. Det kan for eksempel være at personer som har økt sårbarhet for å utvikle psykiske lidelser, isolerer seg og dermed opplever mer ensomhet enn andre. Likeledes kan depresjon, angst eller personlighetsforstyrrelser påvirke mellommenneskelige relasjoner og tilknytning til arbeidslivet. Man må derfor være varsom med å trekke konklusjoner om årsakssammenhenger.

2.9 Konsekvenser av psykiske lidelser og sykdomsbyrde

Tidligere har vi beskrevet estimater av forekomster – altså hvor stor andel av en befolkning som har en lidelse (også kalt prevalens). Slike tall forteller ikke nødvendigvis så mye om hvor store konsekvenser lidelsene har for folk. Noen lidelser kan være sjeldne, men forbundet med store funksjonstap eller høy grad av lidelse for dem som er rammet. Andre lidelser kan være forholdsvis vanlige, men ha mindre alvorlige konsekvenser.

Folkehelseinstituttet har gitt ut egne rapporter om sykdomsbyrden i Norge fra 1990 til 2013 (97) og fra 2005 til 2015 (https://www.fhi.no/publ/2017/sykdomsbyrde-i-norge-2015/). Samlekategorien psykiske lidelser og rusbrukslidelser er på annenplass over årsaker til ikke-dødelig helsetap i Norge i 2015 (https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/), etter muskel- og skjelettlidelser. Når lidelser deles opp i mindre kategorier, ligger angstlidelser og depressive lidelser på delt andreplass over årsaker til helsetap i Norge. Den høye plasseringen er dels et utslag av den høye forekomsten av disse lidelsene, dels av de høye helsetapsvektene disse lidelsene er forbundet med. Videre befant schizofreni seg på 17. plass, og bipolar lidelse på 21. plass over årsaker til helsetap i Norge i 2013. Disse sykdommene er sjeldne, men de har store konsekvenser for den som rammes (97). Psykiske lidelser er særlig viktige årsaker til helsetap i den delen av befolkningen som er under 50 år, og rammer dermed spesielt befolkningen som er i reproduktiv og arbeidsfør alder.

2.9.1 Sykemelding og uføretrygd

Nedsatt arbeidsførhet er en vanlig og alvorlig konsekvens av psykiske lidelser. Det er de vanligste psykiske lidelsene i befolkningen, angst og depresjon, som bidrar mest til sykefraværet (98). Angst- og depresjonssymptomer er forbundet med både gjentatte og langvarige sykefraværsperioder (99).

Psykiske lidelser var hoveddiagnosen for omlag en tredjedel (36,8 prosent) av dem som fikk innvilget uføretrygd i 2014 [nav.no]. Til sammenlikning var muskel- og skjelettlidelser hoveddiagnose for 26,6 prosent, og sykdommer i sirkulasjonssystemet (f.eks. hjerteinfarkt) for 5,1 prosent av dem som fikk innvilget uføretrygd. Gjennomsnittsalderen for innvilget uføretrygd på grunn av psykiske lidelser er lavere enn for andre lidelser (58). Angst og depresjon øker også sannsynligheten for uføretrygd på grunn av somatiske tilstander (100;101). I Norge er arbeids-deltakelsen blant personer med schizofreni i yrkesaktiv alder på om lag 10 prosent (102). Denne andelen er omtrent lik for begge kjønn og på tvers av alder. En ny norsk studie har vist at god oppfølging kan bidra til at personer med schizofreni kan øke sin deltakelse i arbeidslivet betraktelig (103).

2.9.2 Somatiske lidelser og dødelighet

Psykiske lidelser er forbundet med økt risiko for fysiske lidelser og tidlig død. Dette kan nok delvis forklares av sammenhengen mellom psykiske lidelser og økt bruk av tobakk og alkohol, usunt kosthold, overvekt og lite fysisk aktivitet – som er risikofaktorer for hjerte-kar-sykdommer, kreft, diabetes og kroniske lungesykdommer. Personer med psykiske lidelser har også økt risiko for selvmord. For oppsummering av dette, se (104-109).

Forventet levealder for personer med schizofreni eller bipolar lidelse er 10-20 år kortere sammenliknet med den generelle befolkningen (110;111), men også personer med depresjon eller angst har økt dødelighet sammenliknet med den generelle befolkningen (104;112).

To ferske norske studier har funnet at helseangst er forbundet med økt sannsynlighet for hjerte-kar-sykdom blant menn og kvinner og for påvisning av kreft blant menn (113;114). Angst kan altså ha negative konsekvenser for somatisk helse, men samtidig kan angst fører til at man oppsøker lege for å undersøke symptomer og dermed få påvist sykdom tidlig.

2.9.3 Konsekvenser for pårørende

Psykiske lidelser kan påvirke en persons omgivelser – det være seg ektefelle, barn eller foreldre. Det er ikke diagnosen i seg selv som først og fremst påvirker omgivelsene, men varigheten og alvorlighetsgraden til symptomene og funksjonsnedsettelsen forbundet med lidelsen (115). God behandling av psykiske lidelser kan derfor ha positive konsekvenser for flere enn den som er rammet direkte.

I senere tid har man blitt mer oppmerksom på hvordan barn av personer med psykiske lidelser har det. I overkant av 30 prosent av pasienter i poliklinisk psykisk helsevern har omsorg for barn under 18 år (116). Mange mennesker med psykiske lidelser er gode foreldre, men for noen kan belastningene forbundet med lidelsen påvirke omsorgsevnen (115). Depresjon, sterk angst eller realitetsbrist kan for eksempel gjøre det vanskeligere for foreldre å være sensitive for barnas behov, eller å være tålmodige og konsekvente i grensesetting. I denne sammenheng er det viktig hvordan foreldrene mestrer sin lidelse, og hvor mye hjelp og støtte familien får fra andre. Barn av personer med psykiske lidelser kan også ha økt risiko for selv å utvikle slike lidelser på grunn av genetisk sårbarhet.

2.10 Forebygging

For å forebygge psykiske lidelser i befolkningen, redusere nivået av psykiske plager og for å fremme subjektiv livskvalitet og trivsel, bør det både gjennomføres tiltak som reduserer belastninger (kausale risikofaktorer) og sårbarhet og fremmer forhold som virker positivt på befolkningens helse (helsefremmende faktorer og beskyttelsesfaktorer). Grunnlaget for den voksne befolkningens psykiske helse og livskvalitet legges allerede i barne- og ungdomsårene. Ved å skape lokalmiljøer der ingen barn eller ungdommer utsettes for mobbing og sosial eksklusjon og der alle inngår i et positivt sosialt miljø og får anledning til å oppleve mestring og engasjement, vil grunnlaget for en psykisk sunn voksenbefolkning bli lagt. Noen mer spesifikke tiltak er nevnt i denne rapporten (se kap. 3.1.5). I 2018 vil Folkehelseinstituttet publisere en egen rapport om forebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot barn og ungdom.

I tillegg kreves det egne tiltak som rettes inn mot voksne og eldre. Viktige arenaer er institusjoner for høyere utdanning (universitet, høgskoler), arbeidsplasser, lokalmiljø, helse- og sosialtjenestene, frivillig sektor og institusjoner for eldre. Det er en bredt akseptert antagelse innen det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet at befolkningens helse i hovedsak blir skapt av det som skjer på andre arenaer enn helsetjenesten. Helsetjenesten kommer gjerne inn i bildet når sykdom allerede foreligger. Denne antagelsen gjelder sannsynligvis også den psykiske helsen. Forebyggende tiltak på området psykisk helse er derfor et anliggende for alle samfunns-sektorene, ikke bare for helsetjenesten. Det er dette som er bakgrunnen for «Helse i all politikk» (Meld. St. 34, 2012-2013: Folkehelsemeldingen).

Tidligere i denne rapporten (Kap. 1.5) har vi beskrevet tre former for forebyggende tiltak, de universelle, de selektive (grupperettede) og de indiserte (individrettede). Alle disse formene for tiltak er viktige i folkehelsearbeidet som rettes inn mot den voksne delen av befolkningen. I 2011 gav Folkehelseinstituttet ut en rapport som beskriver en rekke ulike tiltak for å forebygge psykiske lidelser (117).

Et annet viktig skille går mellom tiltak som er rettet mot endringer hos det enkelte individ (påvirkning av helserelatert atferd, lavterskeltilbud for behandling av angst og depresjon), endring av forhold i nærmiljø (boligmiljø som fremmer sosial kontakt og samvær, trivselsskapende arbeidsplasser) og endring av samfunnsmessige forhold (en politikk som skaper redusert arbeidsledighet og stabile lokalsamfunn). Jo mer en fjerner seg fra individet og nærmer seg det samfunnsmessige, desto vanskeligere er det å gjennomføre gode studier der en evaluerer effektene av tiltakene. Dette bør ikke føre til at en prioriterer de individrettede tiltakene og neglisjerer de miljørettede og samfunnsrettede. Det er kanskje slik at de samfunnsrettede tiltakene er de som på lang sikt har mest å bety. Her ligger det en viktig utfordring til det videre arbeidet med å utvikle og evaluere gode tiltak for å bedre befolkningens psykiske helse og skape økt livskvalitet og trivsel.

Referanser

1. First MB, Kendler KS, Leibenluft E. The Future of the DSM Implementing a Continuous Improvement Model. JAMA Psychiat 2017;74(2):115-6.
2. Verdens helseorganisasjon. ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Universitetsforlaget; 1999.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV 4. utg. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
4. Latner JD, Clyne C. The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder. Int J Eat Disord 2008;41(1):1-14.
5. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. Am J Psychiatry 2001;158(7):1091-8.
6. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006;41(9):713-9.
7. Pirkola SP, Isometsä E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen K, et al. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population--results from the Health 2000 Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40(1):1-10.
8. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994;51(1):8-19.
9. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62(6):593-602.
10. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62(6):617-27.
11. Hasin DS, Grant BF. The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2015;50(11):1609-40.
12. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33(12):587-95.
13. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl 2004;(420):21-7.
14. de Graaf R, Ten Have M, van Dorsselaer S. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2): design and methods. Int J Methods Psychiatr Res 2010;19(3):125-41.
15. Jacobi F, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Hofler M, Siegert J, et al. The design and methods of the mental health module in the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). Int J Methods Psychiatr Res 2013;22(2):83-99.
16. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, Wang JL, McDonald K, Bulloch AG. Descriptive epidemiology of major depressive disorder in Canada in 2012. Can J Psychiatry 2015;60(1):23-30.
17. Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Kokaua J, Milne BJ, Polanczyk G, et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. Psychol Med 2010;40(6):899-909.
18. Schaefer JD, Caspi A, Belsky DW, Harrington H, Houts R, Horwood LJ, et al. Enduring Mental Health: Prevalence and Prediction. J Abnorm Psychol 2017;126(2):212-24.
19. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. Brit J Psychiat 2001;179:308-16.

20. Perala J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsa E, Pirkola S, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. Arch Gen Psychiatry 2007;64(1):19-28.
21. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. PLoS Med 2005;2(5):e141.
22. ten Have M, Vollebergh W, Bijl R, Nolen WA. Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). J Affect Disord 2002;68(2-3):203-13.
23. Grant BF, Stinson FS, Hasin DS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, et al. Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry 2005;66(10):1205-15.
24. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry 2001;58(6):590-6.
25. Ørstavik RE, Kendler KS, Czajkowski N, Tambs K, Reichborn-Kjennerud T. Genetic and environmental contributions to depressive personality disorder in a population-based sample of Norwegian twins. J Affect Disord 2007;99(1-3):181-9.
26. Østby KA, Czajkowski N, Knudsen GP, Ystrom E, Gjerde LC, Kendler KS, et al. Personality disorders are important risk factors for disability pensioning. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014;49(12):2003-11.
27. Torgersen S. Personlighet og personlighetsforstyrrelser. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008.
28. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. Br J Psychiatry 2006;188:423-31.
29. Tyrer P, Mulder R, Crawford M, Newton-Howes G, Simonsen E, Ndetei D, et al. Personality disorder: a new global perspective. World Psychiatry 2010;9(1):56-60.
30. Quirk SE, Berk M, Chanen AM, Koivumaa-Honkanen H, Brennan-Olsen SL, Pasco JA, et al. Population prevalence of personality disorder and associations with physical health comorbidities and health care service utilization: A review. Personal Disord 2016;7(2):136-46.
31. Mazzeo SE, Mitchell KS, Bulik CM, Reichborn-Kjennerud T, Kendler KS, Neale MC. Assessing the heritability of anorexia nervosa symptoms using a marginal maximal likelihood approach. Psychol Med 2009;39(3):463-73.
32. Rosenvinge JH, Götestam KG. Spiseforstyrrelser - hvordan bør behandlingen organiseres? Tidsskr Nor Lægeforen 2002;122(3):285-8.
33. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. Curr Opin Psychiatry 2016;29(6):340-5.
34. Lindvall Dahlgren C, Wisting L. Transitioning from DSM-IV to DSM-5: A systematic review of eating disorder prevalence assessment. Int J Eat Disord 2016;49(11):975-97.
35. Jacobi F, Hofler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults - Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction. Int J Methods Psychiatr Res 2015;24(4):305-13.
36. Morey LC, Hopwood CJ. Stability and change in personality disorders. Annu Rev Clin Psychol 2013;9:499-528.
37. Reichborn-Kjennerud T, Czajkowski N, Ystrøm E, Ørstavik R, Aggen SH, Tambs K, et al. A longitudinal twin study of borderline and antisocial personality disorder traits in early to middle adulthood. Psychol Med 2015;45(14):3121-31.
38. Borjesson-Hanson A, Waern M, Ostling S, Gustafson D, Skoog I. One-month prevalence of mental disorders in a population sample of 95-year olds. Am J Geriatr Psychiatry 2011;19(3):284-91.

39. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th utg. Washington: Author; 2013.
40. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. Psychol Med 2013;43(5):897-910.
41. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. Psychological Medicine 2013;43(3):471-81.
42. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. Epidemiol Rev 2008;30(1):67-76.
43. Diflorio A, Jones I. Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. Int Rev Psychiatr 2010;22(5):437-52.
44. SSB. Nesten 10 000 bosatte syriske innvandrere [nettdokument]. Oslo: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 3. mars 2016; lest 22. august 2016]. Tilgjengelig fra: http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2016-03-03
45. Blom S. Helse. I: Vrålstad S, Wiggen KS, red. Levekår blant innvandrere i Norge 2016. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2017. Rapporter 2017/13. s. 191-208. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/309211?_ts=15c2f714b48
46. Thapa SB, Dalgard OS, Claussen B, Sandvik L, Hauff E. Psychological distress among immigrants from high- and low-income countries: Findings from the Oslo Health Study. Nord J Psychiat 2007;61(6):459-65.
47. Thapa SB, Hauff E. Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries - Findings from the Oslo Health Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40(1):78-84.
48. Blom S. Innvandreres helse 2005/2006. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2008. Rapporter 2008/35. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200835/rapp_200835.pdf
49. Straiton M, Reneflot A, Diaz E. Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. BMC Health Serv Res 2014;14:341.
50. Abebe DS, Lien L, Elstad JI. Immigrants' utilization of specialist mental healthcare according to age, country of origin, and migration history: a nation-wide register study in Norway. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2017;4(6):679-87.
51. Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brahler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med 2009;69(2):246-57.
52. Lie B, Lavik NJ, Laake P. Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical Refugee Population in Norway. J Refug Stud 2001;14(3):276-94.
53. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. Lancet 2005;365(9467):1309-14.
54. Straiton ML, Reneflot A, Diaz E. Mental Health of Refugees and Non-refugees from War-Conflict Countries: Data from Primary Healthcare Services and the Norwegian Prescription Database. J Immigr Minor Health 2017;19(3):582-9.
55. Gerritsen AA, Bramsen I, Deville W, van Willigen LH, Hovens JE, van der Ploeg HM. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006;41(1):18-26.
56. Iversen VC, Berg JE, Smavik R, Vaaler AE. Clinical differences between immigrants voluntarily and involuntarily admitted to acute psychiatric units: a 3-year prospective study. J Psychiatr Ment Health Nurs 2011;18(8):671-6.
57. Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. Annu Rev Clin Psychol 2006;2:111-33.
58. Mykletun A, Knudsen AK. Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser: en analyse basert på FD-trygd. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009. Rapport 2009:4.

Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/moba/pdf/rapport-20094-pdf-.pdf
59. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. N Engl J Med 2005;352(24):2515-23.
60. Forskningsrådet, divisjon for vitenskap. Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009): sluttrapport - syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd; 2009.
61. Bjørngaard JH, red. SAMDATA: Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007. Trondheim: SINTEF Helse; 2007. NIS-rapport 2/08, SINTEF rapport A7840 Tilgjengelig fra: https://www.sintef.no/globalassets/project/samdata/rapporter/samdata-sektorrapport-for-det-psykiske-helsevernet-2007.pdf
62. de Graaf R, ten Have M, van Gool C, van Dorsselaer S. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012;47(2):203-13.
63. Baxter AJ, Scott KM, Ferrari AJ, Norman RE, Vos T, Whiteford HA. Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. Depress Anxiety 2014;31(6):506-16.
64. Markkula N, Suvisaari J, Saarni SI, Pirkola S, Pena S, Saarni S, et al. Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up--results from the Finnish Health 2011 Survey. J Affect Disord 2015;173:73-80.
65. Sandanger I, Nygard JF, Sørensen T, Dalgard OS. Return of depressed men: changes in distribution of depression and symptom cases in Norway between 1990 and 2001. J Affect Disord 2007;100(1-3):153-62.
66. Grøholt EK. Folkehelserapporten 2014: Helsetilstanden i Norge Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt; 2014.
67. Layard R. The case for psychological treatment centres. BMJ 2006;332(7548):1030-2.
68. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet 2007;370(9590):851-8.
69. Torvik FA, Ystrom E, Gustavson K, Rosenström TH, Bramness JG, Gillespie N, et al. Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries. Acta Psychiatr Scand 2017; [Ahead of print].
70. Roness A, Mykletun A, Dahl AA. Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. Acta Psychiatr Scand 2005;111(1):51-8.
71. Zachrisson HD, Rodje K, Mykletun A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. BMC Public Health 2006;6:34.
72. Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62(6):629-40.
73. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha IS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiat Scand Suppl 2004;(420):47-54.
74. Kleinberg A, Aluoja A, Vasar V. Help-seeking for emotional problems in major depression : findings of the 2006 Estonian health survey. Community Ment Health J 2013;49(4):427-32.
75. Hämäläinen J, Isometsä E, Laukkala T, Kaprio J, Poikolainen K, Heikkinen M, et al. Use of health services for major depressive episode in Finland. J Affect Disorders 2004;79(1-3):105-12.
76. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2007;64(7):830-42.

77. Bienvenu OJ, Davydow DS, Kendler KS. Psychiatric 'diseases' versus behavioral disorders and degree of genetic influence. Psychol Med 2011;41(1):33-40.
78. Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N, Roysamb E, Tambs K, Torgersen S, et al. The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. Arch Gen Psychiatry 2008;65(12):1438-46.
79. Kendler KS, Aggen SH, Neale MC, Knudsen GP, Krueger RF, Tambs K, et al. A longitudinal twin study of cluster A personality disorders. Psychol Med 2015;45(7):1531-8.
80. Gjerde LC, Czajkowski N, Roysamb E, Ystrom E, Tambs K, Aggen SH, et al. A longitudinal, population-based twin study of avoidant and obsessive-compulsive personality disorder traits from early to middle adulthood. Psychol Med 2015;45(16):3539-48.
81. Bronfenbrenner U. Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. Dev Psychol 1986;22(6):723-42.
82. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization; Organization WH; 2014.
83. Steingrimsdottir OA, Næss Ø, Moe JO, Grøholt EK, Thelle DS, Strand BH, et al. Trends in life expectancy by education in Norway 1961-2009. Eur J Epidemiol 2012;27(3):163-71.
84. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. Eur J Public Health 2013;23(1):103-8.
85. Meltzer H, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Jenkins R. The relationship between personal debt and specific common mental disorders. Eur J Public Health 2013;23(1):108-13.
86. Segrin C. Interpersonal processes in psychological problems. New York: Guilford; 2001.
87. Breivik K, Bru E, Hancock C, Idsøe EC, Idsøe T, Solberg ME. Å bli utsatt for mobbing: en kunnskapsoppsummering om konsekvenser og tiltak. Stavanger: Læringsmiljøsenteret; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.udir.no/globalassets/filer/tall-og-forskning/rapporter/2017/a-bli-utsatt-for-mobbing---en-kunnskapsoppsummering-om-konsekvenser-og-tiltak.pdf
88. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. Am J Psychiatry 2002;159(7):1133-45.
89. Kendler KS, Hettema JM, Butera F, Gardner CO, Prescott CA. Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. Arch Gen Psychiatry 2003;60(8):789-96.
90. Sourander A, Jensen P, Ronning JA, Niemela S, Helenius H, Sillanmaki L, et al. What is the early adulthood outcome of boys who bully or are bullied in childhood? The Finnish "From a Boy to a Man" study. Pediatrics 2007;120(2):397-404.
91. Amato PR, James S. Divorce in Europe and the United States: Commonalities and differences across nations. Fam Sci 2010;1(1):2-13.
92. Kendler KS, Gardner CO. Depressive vulnerability, stressful life events and episode onset of major depression: a longitudinal model. Psychol Med 2016;46(9):1865-74.
93. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. Psychol Med 1997;27(5):1101-19.
94. Amstadter AB, Aggen SH, Knudsen GP, Reichborn-Kjennerud T, Kendler KS. Potentially traumatic event exposure, posttraumatic stress disorder, and Axis I and II comorbidity in a population-based study of Norwegian young adults. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2013;48(2):215-23.
95. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. Arch Gen Psychiatry 2000;57(10):953-9.
96. Carr CP, Martins CM, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. J Nerv Ment Dis 2013;201(12):1007-20.

97. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2016. Rapport 2016:1. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/moba/pdf/rapport-20161-pdf.pdf
98. Henderson M, Glozier N, Holland Elliott K. Long term sickness absence. BMJ 2005;330(7495):802-3.
99. Knudsen AK, Harvey SB, Mykletun A, Øverland S. Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. Acta Psychiatr Scand 2013;127(4):287-97.
100. Mykletun A, Øverland S. Mentale lidelser undervurderes som årsak til uføretrygding. Tidsskr Nor Lægeforen 2006;126(11):1491-2.
101. Knudsen AK, Øverland S, Aakvaag HF, Harvey SB, Hotopf M, Mykletun A. Common mental disorders and disability pension award: Seven year follow-up of the HUSK study. J Psychosom Res 2010;69(1):59-67.
102. Evensen S, Wisløff T, Lystad JU, Bull H, Ueland T, Falkum E. Prevalence, Employment Rate, and Cost of Schizophrenia in a High-Income Welfare Society: A Population-Based Study Using Comprehensive Health and Welfare Registers. Schizophr Bull 2016;42(2):476-83.
103. Falkum E, Klungsoyr O, Lystad JU, Bull HC, Evensen S, Martinsen EW, et al. Vocational rehabilitation for adults with psychotic disorders in a Scandinavian welfare society. BMC Psychiatry 2017;17(1):24.
104. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiat 2015;72(4):334-41.
105. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. PLoS One 2013;8(1):e55176.
106. Faculty of Public Health, Mental Health Foundation. Better mental health for all: a public health approach to mental health improvement. London: The Faculty of Public Health and The Mental Health Foundation; 2016. Tilgjengelig fra: http://www.fph.org.uk/uploads/Better%20Mental%20Health%20For%20All%20FINAL%20low%20res.pdf
107. Scott D, Happell B. The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. Issues Ment Health Nurs 2011;32(9):589-97.
108. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. Br J Psychiatry 2011;199(6):453-8.
109. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. World Psychiatry 2014;13(2):153-60.
110. Laursen TM. Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. Schizophr Res 2011;131(1-3):101-4.
111. Laursen TM, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, et al. Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the Nordic countries. PLoS One 2013;8(6):e67133.
112. Laursen TM, Musliner KL, Benros ME, Vestergaard M, Munk-Olsen T. Mortality and life expectancy in persons with severe unipolar depression. J Affect Disord 2016;193:203-7.
113. Berge LI, Skogen JC, Sulo G, Igland J, Wilhelmsen I, Vollset SE, et al. Health anxiety and risk of ischaemic heart disease: a prospective cohort study linking the Hordaland Health Study (HUSK) with the Cardiovascular Diseases in Norway (CVDNOR) project. BMJ Open 2016;6(11):e012914.
114. Knudsen AK, Berge LI, Skogen JC, Veddegjærde KE, Wilhelmsen I. The prospective association between health anxiety and cancer detection: A cohort study linking the Hordaland Health Study (HUSK) with the Norwegian Cancer Registry. J Psychosom Res 2015;79(2):148-52.

115. Kowalenko NM, Mares SP, Newman LK, Sved Williams AE, Powrie RM, van Doesum KT. Family matters: infants, toddlers and preschoolers of parents affected by mental illness. Med J Aust 2013;199(3 Suppl):S14-7.
116. Ose SO, Ådnanes M, Pettersen I. Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2013. Trondheim SINTEF, Teknologi og samfunn, Avd. helse; SINTEF; 2014. SINTEF rapport A26337. Tilgjengelig fra: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/pasientkartlegging/rapport-a26337-poliklinidkr-pasienter-i-psykisk-helsevern-for-voksne-2013.pdf
117. Major EF, Dalgard OS, Mathisen KS, Nord E, Ose S, Raognerud M, et al. Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Folkehelseinstituttet; 2011. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var---psykisk-helse-hels/

FORFATTERE
Kristin Gustavson
Leif Edvard Aarø
Lars Johan Hauge
Marte Handal
Vidar Hjellvik
Ted Reichborn-Kjennerud
Svetlana Skurtveit
Melanie Straiton
Leila Torgersen
Fartein Ask Torvik

Dette kapittelet er en oppdatering og utvidelse av «Psykiske lidelser blant voksne i Norge» av Mykletun og Knutsen, i rapporten «Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv» fra 2009.

FAGFELLER
Ann Kristin Knudsen, seniorforsker, Senter for sykdomsbyrde, FHI
Børge Sivertsen, seniorforsker, Helsefremmende arbeid, FHI

3. Psykiske lidelser hos barn og unge

Hovedpunkter

- Befolkningsstudier i Norge har vist at omkring 7 prosent av barn i førskole- og skolealder har symptomer forenlige med en psykisk lidelse på undersøkelsestidspunktet.
- Rundt 5 prosent og av barn og ungdom i alderen 0-17 år behandles hvert år i psykisk helsevern for barn og unge (BUP).
- Gutter har høyest risiko for utviklingsforstyrrelser som debuterer tidlig i livet, som ADHD, autismespekterforstyrrelser og Tourettes syndrom, og for atferdsforstyrrelser.
- Fra puberteten og oppover er det en overhyppighet av depresjon, angstlidelser, tilpasningsforstyrrelser og spiseforstyrrelser hos jenter.
- Blant jenter i alderen 15-17 år har andelen som får diagnoser i BUP steget i femårsperioden fra 2011 til 2016, fra 5 prosent til 7 prosent per år.
- Befolkningsundersøkelser indikerer også en økt belastning av psykiatriske symptomer hos tenåringsjenter de senere årene.
- Barn og ungdom med innvandrerbakgrunn har noe høyere forekomst av psykiske plager enn barn og ungdom med norsk bakgrunn. Det er imidlertid store forskjeller mellom ulike landgrupper.

3.1 Om psykiske lidelser og problemer hos barn og unge

3.1.1 Begreper og klassifisering

Psykiske lidelser og psykiske problemer er vanlig forekommende hos barn og unge. I Norge brukes ICD-10(1) for å klassifisere psykiske lidelser hos barn og unge, og denne klassifikasjonen brukes også i resten av verden utenom Nord-Amerika. I Nord-Amerika, samt i psykiatrisk forskning, brukes DSM-5.(2). Disse klassifikasjonssystemene er ofte lite egnet hos barn under fem år, da symptomene på psykiske lidelser er annerledes hos dem enn hos eldre barn og ungdommer.(3) Små barn har også ofte sammensatte vansker som ikke enkelt lar seg forene med en enkelt diagnose.(3) Det er derfor utviklet alternative systemer for å klassifisere psykiatriske symptomer hos små barn. I BUP-systemet i Norge brukes oftest Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:0☐3) for barn opp til fem års alder(4). Denne klassifikasjonen inneholder diagnosekoder, men disse er mer å betrakte som tilstandsbeskrivelser enn reelle diagnoser.

Kapitlet for psykiske lidelser i ICD-10 (kapittel F: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser) omfatter alle avvik i psykologisk utvikling og fungering hos barn, også tilstander som man i dagligtale ikke omtaler som psykiske lidelser. Alle tilstander som innebærer unormal psykologisk og kognitiv utvikling er for eksempel inkludert, og det samme gjelder atferds-forstyrrelser. Slik er det også i DSM-5. Når vi bruker samlebegrepet «psykiske lidelser» i denne rapporten, refererer vi til alle tilstandene som er inkludert i diagnoseklassifikasjonene. I beskrivelser av data fra norske helseregistre, som er basert på ICD-10-koder, bruker vi begrepet «F-diagnoser» som en samlebetegnelse.

3.1.2 Utvalg av diagnosekategorier

Vi omtaler tilstander som forekommer hos flere enn 1 per 1000 på ett eller flere alderstrinn i aldersgruppen 0-17 år. Dette gjelder følgende grupper av lidelser:

- Affektive lidelser (depresjon, bipolar affektiv lidelse m.m.)
- Angstlidelser
- Tilpasningsforstyrrelser
- Spiseforstyrrelser
- Psykisk utviklingshemming
- Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (autismespekterforstyrrelser)
- Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)
- Andre utviklingsforstyrrelser (språkforstyrrelser, lærevansker og forsinket utvikling av motoriske ferdigheter)
- Atferdsforstyrrelser
- Tic-lidelser (Tourettes syndrom og andre kroniske eller forbigående tic-lidelser)

Psykoselidelser, hvor schizofreni er den vanligste tilstanden, kan debutere i tenårene. Slike lidelser er imidlertid sjeldne i ungdomsalder, og er derfor omtalt i kapitlene om psykiske lidelser hos voksne. Ikke-organiske søvnforstyrrelser er omtalt i kapittel 6, som omhandler søvnforstyrrelser hos både barn og voksne.

3.1.3 Psykiske lidelser i et utviklingsperspektiv

Barn vokser og utvikler seg raskt, og psykiske lidelser og problemer fremtrer ulikt på ulike alderstrinn. Hos de minste barna vil psykiske lidelser ofte gi seg utslag i forstyrret regulering av spising og søvn, motorisk uro, irritabilitet, unormalt mye gråting og skriking, passivitet, tilbaketrekning og mangel på glede over det som vanligvis er gledefylte opplevelser.(5) I tidlig barndom vil man også se de første tegn på tilstander som gir mangelfull eller forsinket utvikling av kognitive og motoriske ferdigheter.(5) Dette gjelder psykisk utviklingshemming og spesifikke utviklingsforstyrrelser som autismespekterforstyrrelser, ADHD, språkforstyrrelser, motoriske forsinkelse og lærevansker. Disse tilstandene har et jevnt forløp som ikke innebærer bedring eller tilbakefall. Selv om de gjerne kommer til syne i tidlig barnealder, blir de ofte ikke diagnostisert før i skolealder.

I skolealder kan barna i større grad uttrykke seg verbalt, men har likevel begrensede forutsetninger for å beskrive egne vansker. De viktigste symptomene vil derfor være endringer i atferd, enten i form av internaliserende symptomer (tilbaketrekning, tristhet, redusert appetitt, mangel på glede m.m.) eller eksternaliserende symptomer (hyperaktivitet, impulsivitet, normbrytende atferd m.m.).(5) I puberteten øker forekomsten av depresjon og andre stemningslidelser, spesielt hos jenter.(5) I denne alderen vil normalutviklede ungdommer selv kunne beskrive sine symptomer og være gode informanter.

3.1.4 Risikofaktorer

Genetisk disposisjon påvirker risikoen for de fleste psykiske lidelser hos barn og unge, og spesielt gjelder dette for utviklingsforstyrrelsene.(2;5) I tillegg påvirkes risikoen av en rekke ulike psykologiske, biologiske og psykososiale faktorer. De viktigste risikofaktorene ble oppsummert i rapporten «Bedre føre var»,(6) som Folkehelseinstituttet utga i 2011:

- Individuelle temperamentstrekk som disponerer for psykiske lidelser og problemer (slike temperamentstrekk er også i stor grad genetisk betinget)
- Uheldige forhold rundt graviditet og fødsel, som alkoholbruk hos mor i svangerskapet, prematur fødsel og lav fødselsvekt

- Psykiske lidelser, psykiske problemer eller rusmisbruk hos foreldrene
- Samlivsbrudd eller konflikt mellom foreldrene
- Omsorgssvikt, mishandling og overgrep
- Sosial isolasjon og mobbing
- Flyktningebakgrunn og traumatiske erfaringer fra opprinnelseslandet
- Belastende livshendelser i familien
- Lav sosioøkonomisk status

3.1.5 Muligheter for forebygging

Det er ikke mulig å forebygge genetisk disposisjon, men mye kan gjøres for å forebygge miljøbetingede risikofaktorer, både biologiske og psykososiale. I «Bedre føre var»(6) ble tilgjengelig kunnskap om forebygging gjennomgått og oppsummert. Følgende tiltak ble vurdert til å ha sterkest evidensgrunnlag og ha størst positiv effekt på barns psykiske helse:

- Barnehager av høy kvalitet med overkommelig pris
- Skolemiljø av høy kvalitet hvor det arbeides systematisk for å forebygge mobbing og atferdsproblemer
- Hjemmebesøk til førskolebarn for å oppdage eventuell omsorgssvikt
- Tiltak som styrker foreldreferdigheter, spesielt hos familier hvor risikofaktorer for psykiske lidelser hos barn allerede er til stede

Ut fra kunnskap om risikofaktorer er det også sannsynlig at universelle forebyggende helsetjenester vil forebygge psykiske lidelser og problemer hos barn. En god svangerskaps-omsorg kan forebygge uheldige påvirkninger i fosterlivet og nyfødtperioden, og en vel-fungerende helsestasjonstjeneste vil fange opp utviklingsavvik og psykiatriske symptomer tidlig, slik at nødvendige utredninger og tiltak kan settes i gang.

Folkehelseinstituttet jobber med en oppdatering av rapporten «Bedre føre var» og vil der presentere et utvidet og oppdatert kunnskapsgrunnlag for forebyggende tiltak innrettet mot barn og unges psykiske helse.

3.2 Kategorier av psykiske lidelser hos barn og unge

Omtalen av de ulike lidelsene baserer seg, med mindre annet er oppgitt, på ICD-10(1) og DSM-5,(2) læreboken Rutter's Child and Adolescent Psychiatry(5) og en oversiktsartikkel av Rutter m.fl. om kontinuitet av psykiske problemer fra barndom til voksen alder.(7)

Affektive lidelser
Affektive lidelser er en samlebetegnelse for tilstander hvor stemningsleiet avviker vesentlig fra det normale. *Depresjon* er den vanligste av de affektive lidelsene hos barn og unge. Små barn kan vanligvis ikke gi fullgode beskrivelser av subjektive depressive plager, så depresjoner manifesterer seg hovedsakelig ved endret atferd. De viktigste kjennetegnene er irritabilitet, passivitet, konsentrasjonsvansker og mangel på glede og interesse for de fleste aktiviteter. Nedstemt humør og tristhet forekommer også, men er ikke så fremtredende som hos voksne med depresjon. Depresjon hos barn og unge ledsages ofte av søvnproblemer, manglende matlyst og vekttap. *Bipolar affektiv lidelse*, som betegner tilstander med store svingninger i stemningsleiet, forekommer sjelden hos barn.

Depresjon forekommer på alle alderstrinn, men siden barn oftest ikke kan gi verbalt uttrykk for depressive plager, kan tilstanden være vanskelig å diagnostisere hos dem. Før puberteten er forekomsten av depresjon lik hos jenter og gutter. Etter puberteten stiger forekomsten hos

begge kjønn, men mest hos jenter, slik at depresjon opptrer dobbelt så hyppig hos jenter som hos gutter i tenårene. Disposisjon for depresjon er arvelig og knyttet til såkalte nevrotiske personlighetstrekk som innebærer lav terskel for engstelse, skyldfølelse, sjenanse, ensomhet og andre internaliserende symptomer. Arvbarheten er spesielt høy for depresjon som debuterer i ungdomsårene. Negative barndomsopplevelser (av alle typer) disponerer for senere depresjon. Risikoen for depresjon er sterkt forhøyet hos barn og unge med angstlidelser og spiseforstyrrelser. Noen ganger er depresjon også debutsymptom på bipolar lidelse eller schizofreni. Personer som har hatt depresjon i barnealder har ikke særlig økt risiko for å få depresjon senere i livet, mens depresjon i ungdomsårene er prediktivt for økt depresjonsrisiko i voksen alder.

Angstlidelser
En viss grad av frykt og engstelse, spesielt for det som er ukjent, er normalt hos barn. En angstlidelse kjennetegnes av at barnet viser engstelse som er atypisk for alderen eller med unormalt høy intensitet for alderen. Engstelsen oppleves som skremmende og ubehagelig for barnet og gjør at det unngår situasjoner som fremkaller angsten. Vanlige symptomer er anspenthet, irritabilitet, konsentrasjonsvansker og søvnproblemer. Barna gir også ofte uttrykk for kroppslige plager som kvalme og hodepine. For å kunne stille en diagnose må angsten påvirke barnets funksjon hjemme, på skolen eller blant venner. Angstlidelser hos barn og unge deles i seks undertyper: *separasjonsangst*, *elektiv mutisme*, *spesifikke fobier*, *generalisert angstlidelse*, *sosial angstlidelse* og *panikkangst*. I dette kapitlet har vi også inkludert *tvangslidelser* i angstlidelsene, da angst er en sentral komponent i denne typen lidelser.

Angstlidelser er til stede på alle alderstrinn, men det varierer hvilke typer angst som dominerer. Separasjonsangst og spesifikke fobier debuterer i tidlig barnealder, men er oftest ledd i normal utvikling, og vil da dempes eller forsvinne når barnet vokser til. Elektiv mutisme debuterer også i førskolealder, og er gjerne forløper for det som blir til sosial angstlidelse i løpet av puberteten. Panikkangst forekommer sjelden før puberteten. De fleste angstlidelser er likt fordelt mellom kjønnene, bortsett fra panikkangst, som er vanligst hos jenter. Tvangslidelser debuterer tidligere hos gutter, og det ses derfor en overhyppighet hos gutter før puberteten.

Disposisjon for angstlidelser er arvelig. I likhet med depresjon er dette også knyttet til nevrotiske personlighetstrekk. Betydningen av genetisk disposisjon er spesielt sterk for tvangslidelser. Traumatiske opplevelser kan bidra til å utløse angstlidelser. Dette gjelder spesielt for separasjonsangst og spesifikke fobier.

Ulike typer av angstlidelser overlapper ofte hverandre, og det er stor grad av overlapp mellom angstlidelser og depresjon. De fleste angstlidelser hos barn og unge er forbigående, men de som rammes har økt risiko for nye angstlidelser senere i livet. De har også betydelig økt risiko for depresjon i ungdommen og i voksen alder. Tvangslidelser er i høy grad overlappende med ticlidelser, og studier har vist at mellom en fjerdedel og to tredjedeler av barn med tvangslidelser også har en tic-lidelse (se beskrivelse av tic-lidelser senere i kapitlet).

Tilpasningsforstyrrelser
Tilpasningsforstyrrelser er psykiske lidelser som utløses av belastende livshendelser. Slike tilstander kan også oppstå som en reaksjon på mer normale livshendelser som oppleves som belastende, for eksempel flytting. Vanlige symptomer er engstelse, irritabilitet, sinneutbrudd og senket stemningsleie. Den mest alvorlige av tilpasningsforstyrrelsene er *posttraumatisk stresslidelse (PTSD)*, hvor et traume leder til en tilstand med gjenopplevelse av traumet gjennom mareritt og «flashbacks», økt angstberedskap, redusert stemningsleie, konsentrasjonsvansker og søvnproblemer.

Tilpasningsforstyrrelser kan oppstå i alle aldre. De fleste tilfellene er forbigående. Risikoen er noe høyere hos jenter enn hos gutter. Det er ukjent om det finnes arvelige disposisjoner, men miljøbetingede risikofaktorer er lav sosioøkonomisk status og dårlig sosialt nettverk. Personer med PTSD har økt risiko for å utvikle angstlidelser og depresjon.

Spiseforstyrrelser
Spiseforstyrrelser forekommer sjelden i barnealderen, men blir mer vanlige i tenårene. *Anoreksi* kjennetegnes ved meget restriktivt inntak av mat og frykt for å ha for høy vekt, noe som etter hvert resulterer i betydelig undervekt. *Bulimi* kjennetegnes av episoder med overspising etterfulgt av ulike kompenserende handlinger som selvfremkalt oppkast, trening, bruk av avføringsmidler og restriksjoner på matinntak. Personer med bulimi er oftest normalvektige. I en del tilfeller skjer det overganger, slik at personer med spiseforstyrrelser går fra å ha anoreksi til å få bulimi, eller omvendt.

Anoreksi og bulimi forekommer oftest hos jenter. Genetisk disposisjon er viktig, da det er vist større samvariasjon hos eneggede enn hos toeggede tvillinger. Risiko for anoreksi er forbundet med tvangspregede personlighetstrekk, mens risiko for bulimi er forbundet med angst og depressive symptomer. Dødsrisikoen er ikke ubetydelig, og det er anslått at den er på 5 prosent i tiårsperioden etter sykdomsdebut. Spiseforstyrrelser er vanligvis langvarige og vedvarer ofte i flere år. Ved anoreksi vil flertallet bli friske i løpet av en femårsperiode etter sykdomsdebut. For bulimi er prognosen mer usikker.

Psykisk utviklingshemming
Psykisk utviklingshemming kjennetegnes av mangelfull utvikling av kognitive ferdigheter. Utviklingshemmingen kommer til syne tidlig i livet og vedvarer og blir mer uttalt med alderen. Tilstanden defineres av en IQ på under 70 målt ved intelligenstest, samt funksjonsnedsettelse i hverdagen. Når diagnosen stilles, differensieres det mellom ulike grader av utviklingshemming: lett, moderat, alvorlig og dyp psykisk utviklingshemming.

Risikoen for å få en psykisk utviklingshemming er dobbelt så høy hos gutter som hos jenter, noe som delvis skyldes at gutter har høyere risiko for andre sykdommer som gjerne ledsages av utviklingshemming, som autismespekterforstyrrelser, epilepsi og cerebral parese.(8) Psykisk utviklingshemming opptrer ofte også som konsekvens av medfødt genetisk sykdom. Kjente miljøbetingede risikofaktorer er høy alder hos mor (hovedsakelig pga. økt risiko for Downs syndrom), lav sosioøkonomisk status hos foreldrene, svangerskapsforgiftning, alkoholbruk hos mor under svangerskapet, prematur fødsel og lav fødselsvekt.(8)

Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (autismespekterforstyrrelser)
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser karakteriseres av vedvarende svikt i sosial fungering og kommunikasjon, samt repetitiv, innskrenket og stereotyp atferd. I DSM-klassifikasjonen kalles disse tilstandene for *autismespekterforstyrrelser*, og denne betegnelsen er etter hvert blitt den mest vanlige både i klinisk sammenheng og i dagligtale. I ICD-10 fordrer diagnosen at svikten skal være alvorlig og synlig før tre års alder. ICD-10 opererer med ulike undertyper av autisme, hvorav de mest utbredte er *barneautisme (klassisk autisme)*, *Aspergers syndrom* og *atypisk autisme*. Ved barneautisme er alle symptomene til stede i alvorlig grad, og mange har samtidig psykisk utviklingshemming. Aspergers syndrom brukes som diagnose på barn som har autistiske trekk, men som utvikler språk til normal tid. Siden språkutvikling henger nært sammen med kognitiv utvikling, har barn med Aspergers syndrom nesten alltid kognitive ferdigheter innenfor normalområdet. Atypisk autisme brukes på de som har autistiske trekk, men som ikke tilfredsstiller kriteriene for barneautisme eller Aspergers syndrom.

Gjennom de siste par tiårene har det vært en sterk økning i antall barn som får diagnostisert autismespekterforstyrrelser, og diagnosen inkluderer etter hvert et bredt spekter av tilstander. Flertallet av de diagnostiserte ligger nå kognitivt innenfor normalområdet. Disse endringene reflekteres i kriteriene for autismespekterforstyrrelser i DSM-5, hvor det fortsatt kreves at symptomer skal være til stede fra tidlig barnealder, men det åpnes for at tilstanden ikke nødvendigvis manifesteres før barnet blir større. I DSM-5 er undertype-diagnosene fjernet, og tilstanden skal i stedet beskrives ved å angi alvorlighetsgrad av symptomer, samt språknivå og kognitiv fungering.

Autismespekterforstyrrelser forekommer oftere hos gutter enn hos jenter, og gutt-jente-forholdet i forekomst er på omkring 4:1.(9) Genetisk disposisjon er den viktigste risikofaktoren. Tilstanden er den mest arvbare av alle psykiske lidelser hos barn. Noen barn med autismespekterforstyrrelser har koordinasjonsvansker og andre nevrologiske avvik, og 15-20 prosent har epilepsi. Mange tilfredsstiller også kriteriene for ADHD-diagnose, og det er vanlig med angst, depresjon, søvnforstyrrelser og spisevansker. Når autismediagnosen stilles tidlig, er tilstanden oftest livslang,(10) mens prognosen for de som diagnostiseres i skolealder er ukjent.

Andre utviklingsforstyrrelser

Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk (i dagligtale oftest kalt språkforstyrrelser) er tilstander hvor språkutviklingen ikke forløper som normalt. Slike forstyrrelser kan innebære manglende mestring av vanlige språklyder (*spesifikk artikulasjonsforstyrrelse*), mangelfull språkforståelse (*impressiv språkforstyrrelse*) eller mangelfull evne til å uttrykke seg verbalt (*ekspressiv språkforstyrrelse*). Mange barn har kombinasjoner av disse ulike språkforstyrrelsene. *Lærevansker* betegner tilstander hvor barnet ikke klarer å tilegne seg skoleferdigheter (lesing, skriving og regning) gjennom ordinær undervisning. *Spesifikk utviklingsforstyrrelser i motoriske ferdigheter* representerer svikt i utviklingen av motorisk koordinasjon. I ICD-10 brukes diagnosen *blandet utviklingsforstyrrelse i spesifikke ferdigheter* som betegnelse på sammensatte utviklingsforstyrrelser hvor barnet tilfredsstiller kriteriene for to eller flere tilstander i kategoriene språkforstyrrelser, lærevansker og/eller motoriske forstyrrelser. For alle disse tilstandene er diagnosene betinget av at forsinkelsene ikke forekommer som en del av en psykisk utviklingshemming og ikke er forårsaket av annen sykdom hos barnet.

For alle tilstandene er risikoen 2-3 ganger så høy hos gutter som hos jenter. Genetisk disposisjon er den viktigste risikofaktoren, og arvbarheten er generelt høy. Hos noen er tilstandene en følge av prematur fødsel og lav fødselsvekt, men oftest finnes det ikke noen kjent årsak. Overlapp med ADHD er vanlig. Vanskene vil oftest avta etter hvert som barna blir eldre, men mange har vedvarende problemer også i voksen alder. Barn som har hatt språkforstyrrelser, fungerer dårligere sosialt som voksne, og har større sannsynlighet for å ikke delta i arbeidsmarkedet. Barn som har lærevansker, beholder oftest disse som voksne også.

Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)

Hyperkinetisk forstyrrelse kjennetegnes av hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjons-vansker. For å stille diagnosen kreves det at symptomene skal være til stede på ulike arenaer hvor barnet befinner seg, dvs. både i familien og i barnehagen eller på skolen. Symptomene skal også gi en klar funksjonsnedsettelse i hverdagen. Som følge av dette er det ofte vanskelig å stille en sikker diagnose før barnet er kommet opp i skolealder. Hyperkinetisk forstyrrelse tilsvarer ADHD (*attention-deficit/hyperactivity disorder*) i DSM-klassifikasjonen, og ADHD er blitt det vanligst brukte navnet på tilstanden i klinisk virksomhet og dagligtale. DSM-IV(11) som var i bruk frem til 2013, tillot ADHD-diagnoser på grunnlag av oppmerksomhetssvikt alene, mens ICD-10 krever tilstedeværelse av både hyperaktivitet og oppmerksomhetssvikt. I DSM-5 er

ADHD-definisjonen strammet noe inn i forhold til DSM-IV, ved at det kreves at hyperaktivitet skal være til stede nå eller ha vært til stede tidligere.

Risikoen for ADHD er klart høyere hos gutter enn jenter, og gutt-jente-forhold i forekomst ligger omkring 3:1 i de fleste studier, også i Norge.(9) Genetisk disposisjon den viktigste risiko-faktoren. Miljøbetingede risikofaktorer er prematur fødsel, lav fødselsvekt, alkoholbruk hos mor i svangerskapet og lav sosioøkonomisk status hos foreldrene. ADHD er i en del tilfeller ledsaget av forsinket språklig og motorisk utvikling, og er sterkt assosiert med atferdsforstyrrelser. Det er ikke klarlagt hvor mange som vokser av seg tilstanden, men det antas at minst halvparten klarer seg godt som voksne.

Atferdsforstyrrelser
Atferdsforstyrrelsene representerer ulike typer utagerende og normbrytende atferd. *Opposisjonell atferdsforstyrrelse* innebærer et vedvarende mønster av negativ, fiendtlig og aggressiv atferd mot autoritetspersoner. Ved mer alvorlige atferdsforstyrrelser ser man gjentagende og vedvarende krenkelse av andre menneskers rettigheter, brudd på vesentlige sosiale normer gjennom ran, tyveri eller ødeleggelse av eiendom, eller alvorlig aggressiv atferd mot mennesker eller dyr.

Opposisjonell atferdsforstyrrelse er vanligst før puberteten, mens andre atferdsforstyrrelser er vanligst etter puberteten. For opposisjonell atferdsforstyrrelse er gutt-jente-forholdet i forekomst omkring 2:1, mens for de alvorlige atferdsforstyrrelsene er det så høyt som 3-7:1. Tilstandene har en viss arvbarhet, men dette er usikkert. Lav sosioøkonomisk status og omsorgssvikt er miljøbetingede risikofaktorer. De som er disponert for atferdsforstyrrelser, har oftest lav frustrasjonsterskel og problemer med å regulere emosjonelle responser. Det er ofte overlapp mellom atferdsforstyrrelser, ADHD og/eller lærevansker. Barn og unge med atferdsforstyrrelser har økt risiko for rusmisbruk som voksne. Prognosen er dårligst når atferdsforstyrrelsene debuterer tidlig og opptrer samtidig med andre utviklingsproblemer.

Tic-lidelser
Tics er kortvarige og raske bevegelser, gester eller lyder som opptrer repetitivt og som er helt eller delvis ufrivillige. Tics forekommer hos mange barn fra tid til annen, men tic-lidelser brukes som diagnoser når ticsene blir så fremtredende at de gir vesentlige plager og/eller problemer med vanlig fungering i dagliglivet. *Forbigående tics* brukes når tilstanden varer i mindre enn 12 måneder, mens *kroniske motoriske* eller *vokale tics* brukes når den varer lenger. Den mest alvorlige tic-lidelsen er *Tourettes syndrom*, hvor barnet har en kombinasjon av ulike motoriske og vokale tics, og hvor vokale tics kan være svært sjenerende.

Tic-lidelser debuterer vanligvis mellom fire og seks års alder, og er som regel mest uttalt hos barn i 10-12-årsalderen. Risikoen for tic-lidelser er høyere hos gutter enn hos jenter, men det finnes ikke sikre estimater for gutt-jente-forhold i forekomst. Genetisk disposisjon er en risikofaktor. Det er identifisert spesifikke genvarianter som er assosiert med tic-lidelser. Tic-lidelser overlapper ofte med ADHD og tvangslidelser. Oppfølgingsstudier av barn og ungdom med Tourettes syndrom viser at det skjer en klar bedring med alderen i den forstand at tics blir mindre hyppige og intense og i en del tilfeller forsvinner.(12) Hvis barn og unge med Tourettes syndrom også har ADHD eller tvangslidelser, pleier disse andre tilstandene å vedvare selv om Tourette-symptomene går tilbake.(12)

3.3 Forekomst av psykiske lidelser hos barn og unge

I Tabell 3.1 har vi oppsummert norske og internasjonale studier av forekomst av psykiske lidelser hos barn og unge. Vi har funnet frem til studiene gjennom søk i psykologiske og medisinske databaser over forskningslitteratur, samt gått igjennom oversiktsartikler publisert de siste fem årene. I tabellen har vi kun inkludert studier med befolkningsbaserte utvalg utført i løpet av de siste 20 årene. Vi har krevd at studiene skal inkludere minst seks ulike diagnoser og kliniske intervjuer av minst 400 individer.

Det finnes kun to norske befolkningsbaserte studier som har kartlagt diagnoser hos barn og unge ved hjelp av kliniske intervjuer. De to studiene er «Barn i Bergen» (BIB)(13) og «Tidlig trygg i Trondheim» (TTIT).(14) BIB ble gjennomført i 2002-2003 og inkluderte 6297 barn i alderen 8-10 år. Det ble innhentet spørreskjemadata fra foreldre og lærere. På grunnlag av disse ble 645 barn vurdert til å ha økt risiko for psykiske lidelser. Det ble så utført kliniske intervjuer med foreldrene til disse 645 barna, samt foreldrene til 364 tilfeldig utvalgte kontrollbarn fra studien. TTIT har fulgt 995 barn fra de var fire år gamle i 2007-2009, med kliniske intervjuer annethvert år. For barn over ti år finnes det ingen nyere studier fra Norge. Vi har heller ikke funnet andre nordiske studier som tilfredsstiller inklusjonskriteriene som vi har definert her.

I USA er det gjort flere større studier av forekomst. Den mest omfattende er «The National Comorbidity Survey Replication: Adolescent Supplement» (NCS-A),(15;16) hvor deltagerne ble intervjuet med et strukturert klinisk intervju og foreldrene fylte ut et spørreskjema. I «The Great Smoky Mountains Study» (GSMS)(17) og «Caring for Children in the Community Study» (CCCS)(18) brukte man først spørreskjemaer og deretter ble deltagere valgt ut til kliniske intervjuer på grunnlag av disse. Studiene «The National Health and Nutrition Examination Survey» (NHANES)(19) og Teen Health 2000 (TH2K)(20) var basert på digitalt utfylte spørreskjemaer og inkluderte ikke diagnostisk vurdering av kliniker. Det hefter derfor mer usikkerhet til tallene fra disse undersøkelsene. I Europa er det gjennomført to studier med kliniske intervjuer: «The British Child and Adolescent Mental Health Study» (BCAMHS)(21) i Storbritannia og «Studies of Attention Disorders in Maastricht»(22) i Nederland.

Resultatene fra studiene varierer en del, og den viktigste årsaken er at det er brukt ulike typer forekomstestimater: forekomst på intervju-tidspunktet (punktforekomst), forekomst over et gitt tidsintervall (for eksempel siste 30 dager eller siste 12 måneder) eller livstidsforekomst (lidelsen har forekommet en eller annen gang i løpet av livet). Punktforekomst og forekomst over begrensede tidsintervaller vil naturlig nok være lavere enn livstidsforekomst. Andre bidrag til variasjon er ulik alderssammensetning i studiepopulasjonene, bruk av ulike diagnostiske instrumenter og ulike definisjoner av hva som er funksjonsnedsettelse. I tillegg kan det være reelle forskjeller i forekomst mellom ulike land.

Forekomstestimatene fra de inkluderte studiene er oppsummert i Tabell 3.2. Heretter refererer vi til punktforekomst og forekomst over begrensede tidsintervaller som «forekomst» og så omtales livstidsforekomst i tillegg hvis slike estimater er tilgjengelige. Som vist i tabellen, er psykiske lidelser vanlige blant barn og unge. I studiene som presenterer forekomst over begrensede tidsrom, varierer andelen som tilfredsstiller kriteriene for én eller flere diagnoser mellom 7,0 prosent og 23,4 prosent. Generelt er forekomstestimatene høyest hos tenåringer. Estimatene av livstidsforekomst er 45,2 prosent for 6-8-åringer (SADM) og 49,5 prosent for tenåringer (NCS-A).

Disse studiene har i liten grad fanget opp barn og ungdom med betydelige utviklingsavvik. For utviklingsforstyrrelser finnes det bare tall for autismespekterforstyrrelser, og disse er påfallende lave. Det er ikke rapportert forekomstestimater for psykisk utviklingshemming. Vi må derfor gå til andre kilder for å finne pålitelige forekomsttall for disse tilstandene.

3.3.1 Forekomst av de ulike lidelsene

Forekomst av affektive lidelser
Forekomsten av depressive lidelser varierer fra 0,1 prosent til 1,6 prosent for barn under tenåringsalder, mens den varierer fra 2,2 prosent til 3,2 prosent når tenåringer er inkludert. I NCS-A ble livstidsforekomst for depresjon anslått til 14,3 prosent hos tenåringer.

Forekomst av angstlidelser og tilpasningsforstyrrelser
Angstlidelser er vanlige på alle alderstrinn, men er mest utbredt hos tenåringer. Forekomsten varierer fra 1,5 prosent til 3,2 prosent for barn under tenåringsalder og fra 2,4 prosent til 6,9 prosent når tenåringer er inkludert. Hvilke typer angstlidelser som er mest utbredt, varierer noe med alder, men de vanligste er spesifikk fobi, separasjonsangst og sosial fobi. Livstidsforekomst for angstlidelser er 23,9 prosent hos 6-8-åringer i SADM og 31,9 prosent hos tenåringer i NCS-A. For tilpasningsforstyrrelser er det bare rapportert forekomst av PTSD, som varierer fra 0 til 0,4 prosent for barn under tenåringsalder og fra 0,3 prosent til 1,6 prosent hos tenåringer. Det foreligger ikke tall for livstidsforekomst av PTSD.

Forekomst av spiseforstyrrelser
Spiseforstyrrelser er svært sjelden før tenåringsalder, men når tenåringer inkluderes, varierer forekomstestimatene fra 0,2 prosent til 1,1 prosent. Livstidsforekomst for spiseforstyrrelser hos tenåringer i NCS-A er 2,7 prosent.

Forekomst av psykisk utviklingshemming
Forekomst av psykisk utviklingshemming er ikke undersøkt i noen av de gjennomgåtte studiene. I en nasjonal undersøkelse i USA som var basert på telefonintervjuer, ble forekomsten hos barn beregnet til 0,7 prosent.(23) I en undersøkelse fra Atlanta i USA basert på en offentlig database som fanget opp diagnoser både fra helsevesenet og skolesystemet, ble det anslått at 1,3 prosent av barn hadde psykisk utviklingshemming.(24) I utgangspunktet forventer man at 2,5-3 prosent av befolkningen har IQ under 70, men en del av disse vil ikke ha sikker funksjonsnedsettelse, og dermed ikke passe til diagnosen. I andre tilfeller vil psykisk utviklingshemming ikke registreres som diagnose fordi utviklingsavviket forklares ved hjelp av andre og mer spesifikke diagnosekoder. Reell forekomst av psykisk utviklingshemming ligger trolig noe høyere enn det som er estimert i befolkningsundersøkelser.

Forekomst av gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (autismespekterforstyrrelser)
For autismespekterforstyrrelser har forekomsten av diagnostiserte tilfeller økt sterkt i alle vestlige land de siste par tiårene. Tidligere beregninger fra Norge har vist at 0,9 prosent av alle barn har fått en autismediagnose ved tolv års alder.(25) Nyere estimater fra andre land har vært enda høyere, på 2,5 prosent hos 6-12-åringer i Stockholms län i Sverige,(26) 1,5 prosent hos tiåringer i Danmark(27) og 1,5 prosent hos åtteåringer i USA.(28)

Forekomst av hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)
For ADHD varierer forekomstestimatene sterkt mellom de europeiske og de amerikanske studiene vi har gått gjennom. I de europeiske studiene varierer forekomst fra 1,7 prosent til 2,6 prosent. Forekomsten i de amerikanske studiene varierer fra 0,9 prosent til 9,9 prosent. Livstidsforekomst for ADHD hos tenåringer er 8,7 prosent i NCS-A. Den høye forekomsten av ADHD-diagnoser i USA skyldes blant annet at man der bruker DSM-klassifikasjonen til diagnostisering, mens man i Europa bruker ICD-10. De europeiske estimatene fremstår likevel som lave i forhold til funn fra andre befolkningsbaserte studier av ADHD. En metaanalyse fra 2014 som inkluderte studier fra hele verden, anslo gjennomsnittsforekomsten av ADHD hos barn til å ligge omkring 5 prosent.(29) I Norge er ADHD-forekomsten beregnet til 3,4 prosent hos tolvåringer, men det er store fylkesvise variasjoner.(25)

Forekomst av andre utviklingsforstyrrelser
For språkforstyrrelser, lærevansker og motoriske forsinkelser varierer estimatene betydelig mellom studier avhengig av hvilke kriterier som brukes for å definere tilstandene. Spørreskjemadata fra Den norske mor og barn-undersøkelsen viser at 8 prosent av barn ligger etter forventet normal språkutvikling ved tre års alder og 9,5 prosent er forsinket ved fem års alder.(30) En større studie fra USA som inkluderte både spørreskjemaer og kliniske intervjuer av 5-åringer, fant at 7,4 prosent oppfylte kriteriene for en språkforstyrrelse.(31) Når det gjelder lærevansker, har en undersøkelse basert på telefonintervjuer i USA vist en forekomst på 7 prosent blant barn i alderen 3-17 år.(23) I studier som har testet barns leseferdigheter direkte, fant man at kriteriene for dysleksi var oppfylt hos 18-22 prosent av gutter og 8-13 prosent av jenter i skolealder.(32) Når det gjelder motoriske forsinkelser, er det lite kunnskap om forekomst og forløp for barnebefolkningen som helhet, da motoriske vansker vanligvis er blitt studert bare i relasjon til andre spesifikke tilstander.

Forekomst av atferdsforstyrrelser
De fleste gjennomgåtte studiene oppgir separate tall for opposisjonell atferdsforstyrrelse og for det som på engelsk betegnes som «conduct disorder» som tilsvarer diagnosene usosialisert atferdsforstyrrelse (F91.1) og sosialisert atferdsforstyrrelse (F91.2) i ICD-10. For opposisjonell atferdsforstyrrelse varierer forekomsten fra 1,8 prosent til 2,9 prosent, mens livstidsforekomst hos tenåringer anslås til 12,5 prosent i NCS-A og 11,5 prosent i SADM. Tallene ser altså ut til å være like i Europa og USA. For «conduct disorder» som representerer en alvorligere type atferdsforstyrrelse, varierer forekomst mellom 0,5 prosent og 5,4 prosent. Det er ikke oppgitt tall for livstidsforekomst av «conduct disorder».

Forekomst av tic-lidelser
Det finnes få estimater av forekomst av tic-lidelser hos barn, men i en svensk populasjonsbasert studie som inkluderte barn i alle aldre, ble forekomst beregnet til 0,6 prosent for Tourettes syndrom, 1,3 prosent for kroniske motoriske og vokale tics og 4,8 prosent for forbigående tics.(33) I Barn i Bergen-studien ble forekomsten av Tourettes syndrom anslått til 0,2 prosent hos 7-9-åringer.

3.3.2 Komorbiditet – overlapp mellom lidelser og symptomer

Komorbiditet, dvs. at flere psykiske lidelser opptrer samtidig, er vanlig hos barn og unge. Forekomststudier har vist utstrakt overlapp mellom de store kategoriene av psykiske lidelser, dvs. depresjon, angstlidelser, ADHD og atferdsforstyrrelser. Det er også betydelig overlapp mellom de ulike utviklingsforstyrrelsene hos barn. Utviklingsforstyrrelser opptrer også ofte sammen med nevrologiske lidelser. Det er imidlertid en forenkling å anta at barnet har blitt rammet av flere ulike lidelser på samme tid. Diagnostisk overlapp oppstår primært fordi barnet har sammensatte vansker som ikke enkelt lar seg forene med én enkelt diagnosekategori.

3.3.3 Forløp av psykiske lidelser hos barn og unge

Av de gjennomgåtte studiene er det kun «The Great Smoky Mountains Study» som har publisert forekomsttall for de samme deltagerne på ulike alderstrinn.(17) Deltagerne ble undersøkt opptil tre ganger i alderen 9-16 år. Generelt ble det funnet at hvis et barn tilfredsstilte kriteriene for en psykiatrisk diagnose på et gitt tidspunkt, var sannsynligheten tre ganger så høy som hos andre barn for psykiatrisk diagnose ved neste undersøkelse. Det vanligste var at man beholdt samme diagnose. Det var også vanlig med overganger mellom angstlidelser og depresjon og mellom atferdsforstyrrelser og ADHD.(17)

I «Tidlig trygg i Trondheim» ble deltagerne rekruttert ved fire års alder og siden fulgt opp med nye kartlegginger ved seks, åtte og ti års alder.(14;34) Oppfølgingen viste at psykiatriske symptomer ofte endret seg over tid, men at den generelle risikoen for å ha en eller annen form for psykiske problemer var mer stabil. Forfatterne konkluderte med at det i stor grad er en medfødt sårbarhet, blant annet i form av genetisk disposisjon, som ligger under. Det er denne sårbarheten som predikerer forløpet, mer enn hvilke symptomer barnet har på et bestemt tidspunkt.

I den tidligere nevnte oversiktsartikkelen av Rutter m.fl.(7) beskrives det hvordan barn som har psykiske lidelser også har høyere sannsynlighet for psykiske lidelser som voksne. I en del tilfeller vil man ha samme type lidelser gjennom livsløpet, men det er også tilstander hvor symptomene typisk forandrer seg fra barndom til voksen alder. Som tidligere nevnt, er det typisk at de som har språkforstyrrelser som barn har sosiale vansker som hovedproblem når de blir voksne. Tilsvarende vil barn med angstlidelser ofte være utsatt for depresjon i ungdommen og i voksen alder. Psykiske problemer i barndommen kan også være forvarsel om alvorligere lidelser senere i livet. Studier av personer som har utviklet schizofreni, viser at de som barn hadde økt forekomst av et bredt spekter av vansker, spesielt motoriske vansker, språkvansker og oppmerksomhetssvikt.

3.3.4 Endringer over tid hos barn og unge

I de fleste industrialiserte land har det vært en sterk økning i andelen barn og unge som får psykiatriske diagnoser i helsevesenet de senere tiårene. Det har vært stilt spørsmål ved om dette reflekterer en underliggende økning i psykiske problemer. Dette er kartlagt i studier hvor man har brukt samme kartleggingsverktøy i gjentatte undersøkelser. I Norge er det gjort blant barn i alderen 4-16 år ved hjelp av The Child Behavior Checklist (CBCL)(35) i 1991 og 2007.(36) Her fant man en svak nedgang i total symptombelastning. I en studie fra Storbritannia som også var basert på CBCL, ble syvåringer kartlagt i 1999, 2004 og 2008.(37) Her fant man også en generell nedgang i symptombelastning i nesten alle symptomkategorier.(37)

Når det gjelder ungdom, så har vi i Norge relevante data fra spørreundersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever (HEVAS)», som har vært utført med jevne mellomrom siden 1983 hos elever i alderen 11-16 år.(38) HEVAS inneholder et sett spørsmål om subjektive helseplager (både fysiske og psykiske) og livstilfredshet. Gjennomsnittlig score for subjektive helseplager har vært stabil hos gutter over tid, men økende hos jenter.(38) Tilsvarende funn er gjort i Levekårsundersøkelsene fra Statistisk sentralbyrå. (39) Disse inneholder de 25 spørsmålene fra The Hopkins Symptom Checklist-25, som kartlegger psykiske og fysiske helseplager. (40) Spørsmålene har vært inkludert i fem undersøkelsesrunder fra 1998 til 2015. Det er definert en terskelverdi for symptomskåre, og skårer over denne terskelen regnes for å representere en betydelig symptombelastning. I aldersgruppen 16-24 år har andelen gutter med skåre over terskelverdien vært relativ stabil over tid, med andeler mellom 6 prosent og 11 prosent. Hos jenter, derimot, har andelen steget jevnt over tid, fra 14 prosent i 1998 til 25 prosent i 2015.

I sum indikerer disse befolkningsstudiene at den samlede belastningen av psykiske symptomer er stabil eller svakt nedadgående hos de fleste barn og unge, men økende hos tenåringsjenter.

Tabell 3.1 Befolkningsbaserte studier av psykiske lidelser hos barn og unge

Studie	Land	År	Spørre-skjema	Klinisk intervju	Alder	Intervju-manual	Diagnose-manual
Tidlig trygg i Trondheim (TTIT)	Norge (Trondheim)	1999-2004	2475	995	4	PAPA	DSM-IV
Barn i Bergen (BIB)	Norge (Bergen)	2002-2003	9340	1011	7-9	DAWBA	DSM-IV/ICD-10
National Comorbidity Survey Replication: Adolescent Supplement (NCS-A)	USA	2001-2003	0	10 148	13-17	CIDI	DSM-IV
The Great Smoky Mountains Study (GSMS)	USA	1993-2000	4500	1420	9-13	CAPA	DSM-III-R
Caring for Children in the Community Study (CCCS)	USA (North Carolina)	Ikke oppgitt (publisert 2002)	4500	920	9-18	CAPA	DSM-III-R
The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)	USA	2001-2004	0	3042	8-15	DISC	DSM-IV
Teen Health 2000 (TH2K)	USA (Houston)	2000	0	4175	11-17	DISC	DSM-IV
British Child and Adolescent Mental Health Study (BCAMHS)	Storbritannia	1999	0	10 405	5-15	DAWBA	DSM-IV
Studies of Attention Disorders in Maastricht (SADM)	Nederland	2000	1317	403	6-8	DICA	DSM-III-R/IV

Diagnostiske instrumenter				
Forkortelse	**Fullt navn**	**Instrument**	**Diagnosemanual**	**Forekomstestimat**
PAPA	Preschool Age Psychiatric Assessment	Klinisk intervju	DSM-IV	3-måneders forekomst
DAWBA	Development and Well-Being Assessment	Spørreskjema og intervju med åpne spørsmål. Intervju utføres av ikke-klinikere, men blir senere vurdert av klinikere for å generere diagnose.	DSM-IV/ICD-10	Punktforekomst
CIDI	Composite International Diagnostic Interview	Klinisk intervju	DSM-IV	30-dagers- eller livstidsforekomst
CAPA	Child and Adolescent Psychiatric Assessment	Klinisk intervju	DSM-III-R	3-måneders forekomst
DISC	Diagnostic Interview Schedule for Children	Digitalt utfylt spørreskjema med veiledning av personale som ikke er klinikere	DSM-IV	Årsforekomst
DICA	Diagnostic Interview for Children and Adolescents	Klinisk intervju	DSM-III-R/IV	Livstidsforekomst

Tabell 3.2 Forekomstestimater (i prosent) fra befolkningsbaserte studier

Studie	TTIT	BIB	NCS-A		GSMS	CCCS	NHANES		TH2K	BCAMHS					SADM
Forekomstestimat	3	P	30	L	3	3	12		12	P					L
Alder	4	7--9	13--17	13--17	9--16	9--17	8--11	12--15	11--17	5--7	8--10	11--12	13--15	Samlet	6--8
Alle lidelser (en eller flere)	**7,1**	**7**	**23,4**	**49,5**	**13,3**	**21,1**	**12,8**	**13,4**	**17,06**	**7,79**	**8,6**	**9,59**	**12,19**	**9,48**	**45,2**
Depressive lidelser (samlet)	**2**	**0,2**	**3,1**	**14,3**	**2,2**	**2,9**				**0,14**	**0,34**	**0,71**	**2,53**	**0,92**	
Major depressive disorder[a]	0,3	0,07				1	1,6	3,8	1,7	0,14	0,27	0,44	1,87	0,68	4,6
Uspesifisert depresjon	1,8									0	0,07	0,26	0,66	0,24	
Dystymi	0,2					0,3	0,8	1,1	0,33						3,6
Depressiv lidelse el. dystymi			2,6	11,7											
Angst og tilpasningsforstyrrelser (samlet)	**1,5**	**3,8**	**14,9**	**31,9**	**2,4**	**5,7**			**6,89**	**3,19**	**3,05**	**3,95**	**5,04**	**3,77**	**23,9**
Spesifikk fobi	0,7	1,84	9,5	19,3		0,4				1,17	0,97	1,16	0,68	1	
Separasjonsangst	0,3	1,06	0,6	7,6		3				1,48	1,09	1,11	0,97	1,17	11
Sosial fobi	0,5	0,22	4,6	9,1		1,4			1,64	0,33	0,24	0,37	0,38	0,32	
Panikklidelse		0,06	0,8	2,3		1,2	0,4	0,4	0,65	0	0	0,1	0,47	0,14	
Generalisert angstlidelse		0,2	0,4	2,2		1,3	0,1	0,7	0,41	0,16	0,57	0,74	0,18	0,65	
Tvangslidelse		0,17				0,2				0,03	0,14	0,21	0,63	0,25	4,3
Post-traumatisk stresslidelse (PTSD)		0,11	1,6						0,59	0.03	0	0,35	0,27	0,14	
Spiseforstyrrelser (samlet)			**1,1**	**2,7**			**0,1**	**0,2**	**0,28**	**0**	**0**	**0,15**	**0,34**	**0,12**	
Anoreksi		0,1							0,28						
Utviklingsforstyrrelser (samlet)															
Autismespekterforstyrrelser		0,44								0,4	0,31	0,09	0,24	0,29	
Atferdsforstyrrelser (samlet)	**3,5**	**3,2**		**19,6**	**7**					**5**	**5,88**	**5,85**	**7,04**	**5,9**	**12,4**
ADHD	1,9	1,74	4,5	8,7	0,9	2,6	9,9	7,4	2,06	1,9	2,49	2,57	2,1	2,23	
Opposisjonell atferdsforstyrrelse	1,8	2,45	2,9	12,6	2,7	2,9			2,77	2,65	2,8	2,31	1,43	2,31	11,5
Conduct disorder[2]	0,7	0,47	1,5	6,8	2,7	5,4	1,5	2,7	3,32	0,59	0,78	1,25	3,31	1,47	
Tic-lidelser (samlet)										**0,03**	**0,07**	**0,12**	**0,07**	**0,07**	
Tourettes syndrom		0,16													

Forekomstestimater: P = punktforekomst. 30 = 30-dagers forekomst. 3 = 3-måneders forekomst. 12 = 12-måneders forekomst. L = livstidsforekomst.

a Brukes i DSM-klassifikasjonen og har ikke en eksakt korresponderende diagnosekategori i ICD-10.

b Brukes i DSM-klassifikasjonen og tilsvarer diagnosene usosialisert/sosialisert atferdsforstyrrelse i ICD-10.

3.4. Psykiske lidelser og problemer hos barn og unge med innvandrerbakgrunn

Migrasjonsprosessen innebærer mange forandringer og opplevelser som øker risikoen for psykiske problemer hos barn og unge. Før avreisen eller mens de har vært på flukt kan migrantene ha vært utsatt for ulike krigsrelaterte hendelser, manglende skolegang, fattigdom eller tap av familiemedlemmer og venner. Etter at de har fått opphold i Norge opplever de belastninger knyttet til nytt språk, nye omgivelser og det å vokse opp i et flerkulturelt samfunn (akkulturasjon). Både tidligere traumer og dagligdagse belastninger øker risikoen for psykiske plager.(41)

Kunnskapen er mangelfull om helse blant barn og unge med innvandrerbakgrunn. Den følgende informasjonen er basert på selvrapportert informasjon om psykiske plager fra studier gjennomført fra 2000 til 2012: Ungdom, kultur og mestring – UngKul (2006-2010), Barn i Bergen (2002-2003), Akershusundersøkelsen (2002-2004) og Folkehelseinstituttets ungdomsundersøkelser (2000-2004 og 2009). Alle disse undersøkelsene har benyttet Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)(42) for å måle psykiske plager. SDQ består av fire problemskalaer og en skala som måler prososial atferd. De fire problemskalaene måler emosjonelle problemer, atferdsproblemer, hyperaktivitet og sosiale problemer. Vi har benyttet grenseverdier basert på studier fra Storbritannia, som viser at barn med skåre over grenseverdiene har høy risiko for å ha psykiske lidelser (informasjon om skåringen er tilgjengelig på www.sdqinfo.org). Vi har ikke undersøkt hvorvidt grenseverdiene er valide hos norske barn og unge, så tallene må tolkes med forsiktighet. I denne sammenhengen er det forskjeller mellom de med innvandrerbakgrunn og de med norsk bakgrunn som er av betydning. Innvandrerbakgrunn defineres her som å ha to utenlandsfødte foreldre og enten være født i utlandet (førstegenerasjonsinnvandrer) eller født i Norge (etterkommer).

3.4.1 Psykiske problemer i barneskolen, 5. – 7. klasse

Forekomsttall for barneskoleelever er basert på data fra til sammen 16 694 elever i 5.-7. klasse som deltok i UngKul, Barn i Bergen og Akershusundersøkelsen, hvorav 7 prosent hadde innvandrerbakgrunn.(43) De viktigste funnene er fremstilt i Figur 3.1. Gutter med innvandrerbakgrunn hadde høyere gjennomsnittsverdi på total symptomskåre og for emosjonelle problemer sammenlignet med gutter med norsk bakgrunn. For jenter var total symptomskåre ganske lik hos jenter med innvandrerbakgrunn og jenter med norsk bakgrunn, men jentene med innvandrerbakgrunn hadde høyere skåre for emosjonelle problemer. Når det gjaldt atferdsproblemer, var det ingen store forskjeller, men i overenstemmelse med funn fra tidligere studier rapporterte guttene i begge gruppene mer atferdsproblemer enn jentene.(44;45) Blant barna med innvandrerbakgrunn var det ikke sikre forskjeller i noen av de tre symptomkategoriene mellom de som var født i utlandet og de som var født i Norge.

3.4.2 Psykiske problemer i ungdomsskolen og videregående skole

Fra Akershusundersøkelsen og Folkehelseinstituttets ungdomsundersøkelser har vi informasjon om psykiske plager fra til sammen 17 135 elever i 10. klasse på ungdomstrinnet i syv norske fylker, hvorav 12,4 prosent har innvandrerbakgrunn. Resultatene er fremstilt i Figur 3.2. I denne aldersgruppen var det forskjeller i total symptomskåre mellom de med innvandrerbakgrunn og de med norsk bakgrunn både blant gutter og jenter. For gutter var andelen med rapporterte psykiske plager 13 prosent for de med innvandrerbakgrunn og 8 prosent for de med norsk bakgrunn, mens tilsvarende tall var henholdsvis 17 prosent og 14 prosent for jentene. Det samme mønsteret var til stede for emosjonelle problemer. Gutter og jenter med innvandrerbakgrunn hadde høyere forekomst enn de med norsk bakgrunn, henholdsvis 8 prosent og 4 prosent blant guttene og 24 prosent og 18 prosent blant jentene. Jentene

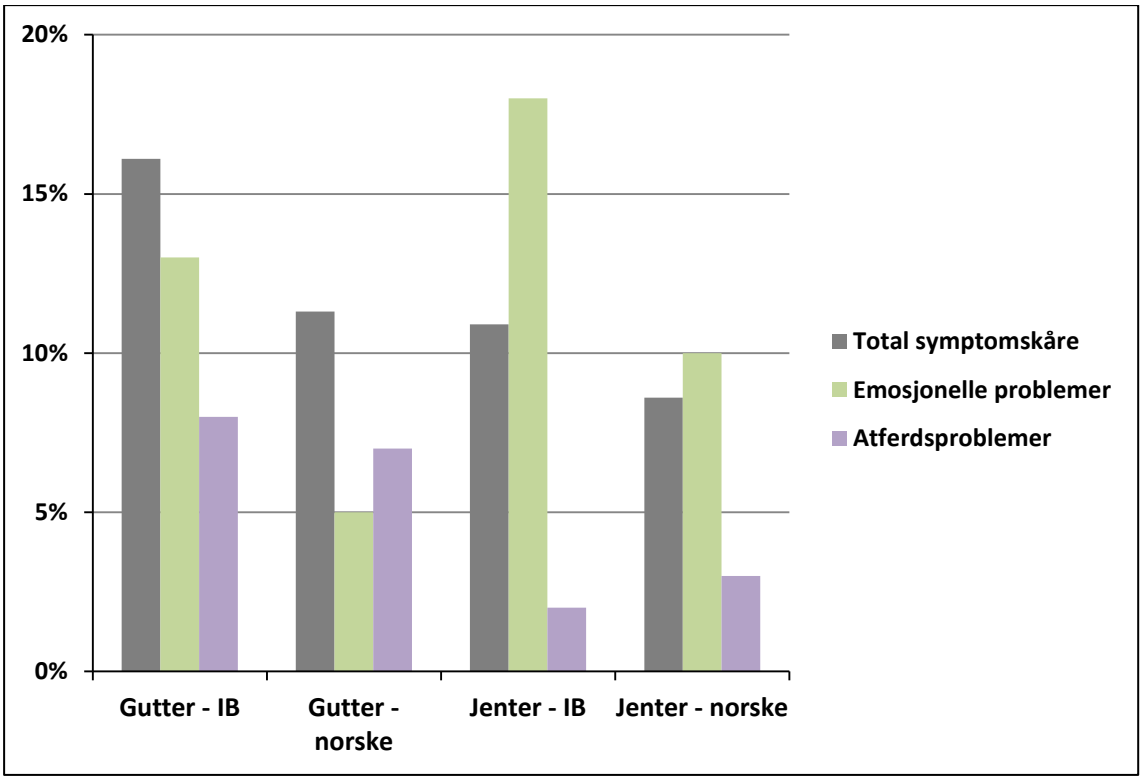
rapporterte mer emosjonelle problemer enn guttene, slik vi forventer i denne aldersgruppen. Heller ikke her var det forskjeller mellom førstegenerasjonsinnvandrere og etterkommere.

Data fra Akershusundersøkelsen (Figur 3.3) viser at det var betydelig høyere forekomst av emosjonelle problemer blant jentene i videregående skole enn i ungdomsskolen. Særlig var økningen stor blant jenter med innvandrerbakgrunn, fra 21 prosent til 33 prosent. Hos gutter med innvandrerbakgrunn var forekomsten uendret fra ungdomsskolen til videregående, mens hos gutter med norsk opprinnelse var det en liten nedgang. Disse trendene gjenspeiler andre studier ved at forekomsten av emosjonelle problemer øker blant jenter i løpet av ungdomsårene, mens det som regel er en nedgang blant gutter.(46) Det er likevel verdt å merke seg den sterke økningen blant jentene med innvandrerbakgrunn, og den betydelige forskjellen i forhold til jenter med norsk bakgrunn.

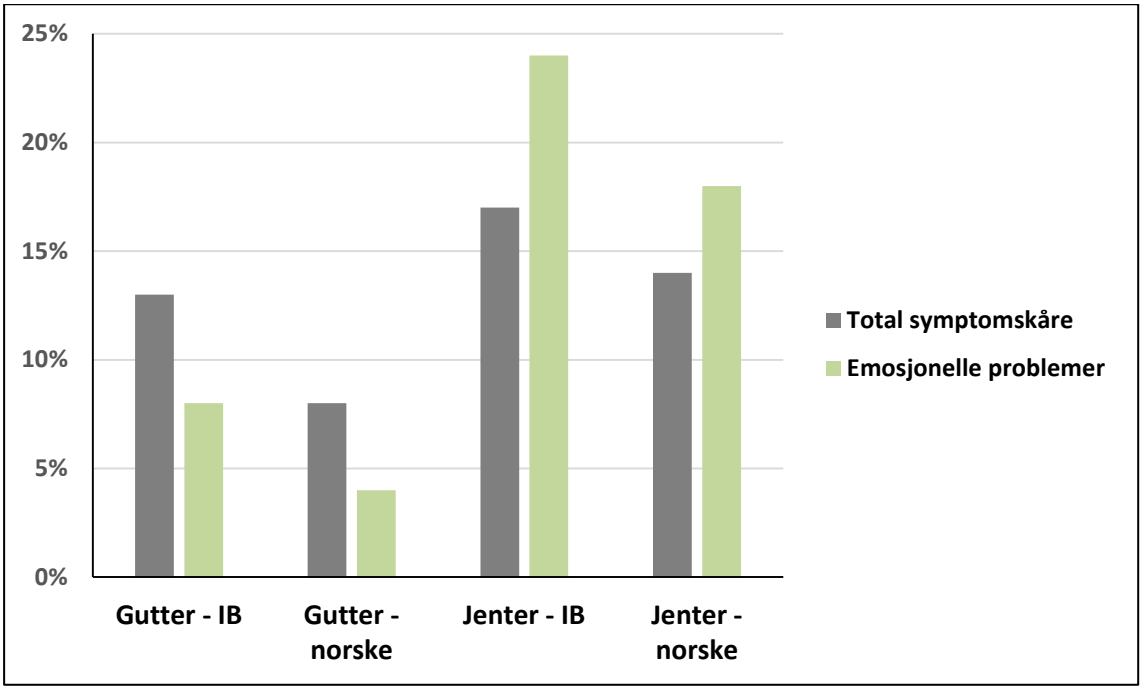
3.4.3 Variasjoner i forekomst av psykiske plager blant grupper med ulik landbakgrunn

Tallene for innvandrerbefolkningen som helhet skjuler store forskjeller mellom grupper med ulik landbakgrunn. En studie som inkluderte ungdom med bakgrunn fra elleve land, viste at det var betydelige forskjeller mellom grupper av ulik landbakgrunn.(47) Forskjellene var ikke avhengige av om flertallet hadde kommet til Norge som flyktninger eller som arbeids-innvandrere.(47) En annen studie som bare inkluderte ungdom med bakgrunn fra land med hovedsakelig muslimsk befolkning viste også store variasjoner mellom grupper med ulike landbakgrunn, særlig blant jenter. Jenter fra Iran rapporterte betydelig mer psykiske plager enn jenter med opprinnelse fra Pakistan og Somalia.(48) En tredje studie inkluderte ungdommer fra fire landgrupper som hovedsakelig kom til Norge som flyktninger: Somalia, Sri Lanka, Iran og Vietnam. De med bakgrunn i Somalia og Sri Lanka hadde lav forekomst av psykiske plager, lavere enn jevnaldrende med norsk bakgrunn, mens de med bakgrunn i Iran og Vietnam hadde høyere forekomst.(49) Disse forskjellene viser at man må være forsiktig med å trekke generelle konklusjoner om forskjeller i psykisk helse mellom innvandrerungdom og ungdom med norsk bakgrunn. De viser også at forskjeller i psykisk helse ikke nødvendigvis er knyttet til verken innvandrerstatus eller det å være flyktning.

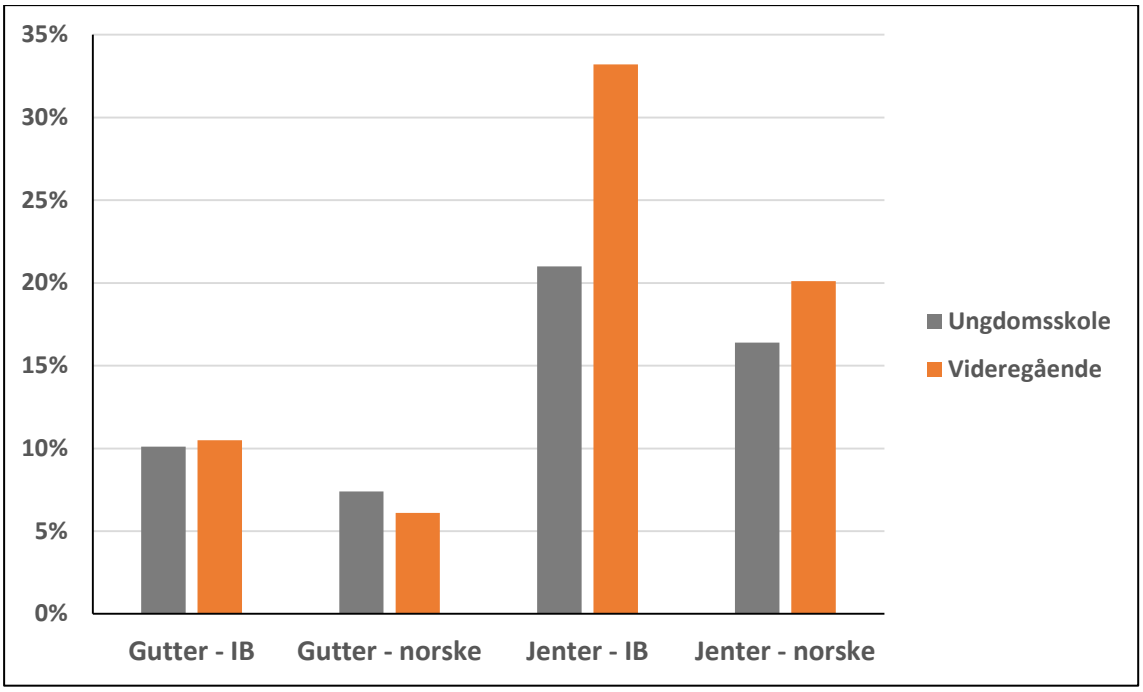
Det har vært store endringer i minoritetsbefolkningen i Norge siden disse undersøkelsene ble gjennomført, både når det gjelder antall personer og fordelingen på landgrupper. Det er derfor behov for nye undersøkelser av psykisk helse hos barn og ungdom i innvandrerbefolkningen.



Figur 3.1 Forekomst av psykiske problemer blant elever i 5.-7. klasse. Andeler med symptomskåre over klinisk terskelverdi på Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). IB = innvandrerbakgrunn. Datagrunnlag: UngKul, Barn i Bergen og Akershusundersøkelsen (n=16 694).



Figur 3.2 Forekomst av psykiske problemer blant elever i 10. klasse. Andeler med symptomskåre over klinisk terskelverdi på Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). IB = innvandrerbakgrunn. Datagrunnlag: Akershusundersøkelsen og Folkehelseinstituttets ungdomsundersøkelser (n=17 135).



Figur 3.3 Forekomst av emosjonelle problemer blant elever i ungdomsskolen og videregående skole.N-IB = gutter med norsk bakgrunn. Andeler med symptomskåre over klinisk terskelverdi på Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). IB = innvandrerbakgrunn. Datagrunnlag: ungdomsdelen av Akershusundersøkelsen.

3.5. Kontakt med helsetjenesten for psykiske lidelser

I dette underkapitlet viser vi forekomst av psykiatriske diagnoser registrert i spesialisthelsetjenesten i Norge. Beregningene er basert på data fra Norsk pasientregister (NPR). For noen av diagnosekategoriene har vi supplert med data fra Reseptregisteret for å vise andelen barn som har fått medikamentell behandling for lidelsene.

De fleste psykiatriske diagnoser hos barn og unge settes i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Aktivitetsdata fra BUP viser at rundt 5 prosent av alle barn behandles der hvert år. Denne andelen har vært stabil siden 2005.(50) Opp til tolvårsalderen er flertallet av de behandlede gutter.(50) I alderen 13-15 år er andelen jevn for gutter og jenter. Fra 16 år og oppover er jenter i flertall.(50) Manglende utfylling av diagnosekoder har vært et problem i BUP, og er det fortsatt. (50) Andelene pasienter med ufullstendig koding har imidlertid sunket de senere årene, og dette kan ha bidratt til en viss økning i antall registrerte diagnoser.(50)

3.5.1 Definisjon av diagnosegrupper

Vi definerte diagnosegrupper med utgangspunkt i ICD-10-kodeverket og undersøkte hvor mange barn som var registrert innenfor disse gruppene i 2016. For flere av diagnosegruppene var det åpenbart at tilstandene i liten grad diagnostiseres og behandles i spesialisthelsetjenesten. Dette gjaldt psykisk utviklingshemming, språkforstyrrelser, lærevansker, motoriske forsinkelser, blandede utviklingsforstyrrelser og tic-lidelser utenom Tourettes syndrom. For slike tilstander vil registerdata gi en underrapportering av forekomst. For de øvrige tilstandene er det i hovedsak spesialisthelsetjenesten som stiller diagnosene. NPR-data vil da gi gode estimater for andelene med diagnoser. Tabell 3.3 gir en oversikt over diagnosegruppene som vi har beregnet forekomst for. Schizofrenilidelser (ICD-10-koder F20-

F29) og bipolar affektiv lidelse (ICD-10-koder F30-F31) inngår ikke her, siden svært få barn og unge var registrert med slike koder (henholdsvis 212 og 137 i 2016).

I figurene som beskriver forekomst av de ulike diagnosegruppene, viser vi tall fordelt på kjønn og alderskategorier. Fylkesvise analyser er bare gjort for de største diagnosegruppene. Til slutt har vi laget en tabell som viser hvordan ulike diagnoser er registrert hos samme barn i årene 2008-2016.

Tabell 3.3 Definisjon av diagnosegrupper

Diagnosegruppe	ICD-10 koder	Antall 2016
Depressiv episode/depresjon	F32, F33, F92.0	3600
Angstlidelser	F40, F41, F92.8, F93.0, F93.1, F93.2	5156
Tilpasningsforstyrrelser	F43	5123
Spiseforstyrrelser	F50	1072
Autismespekterforstyrrelser	F84	4738
Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)	F90	11962
Atferdsforstyrrelser	F91	1044
Tourettes syndrom	F95.2	1325

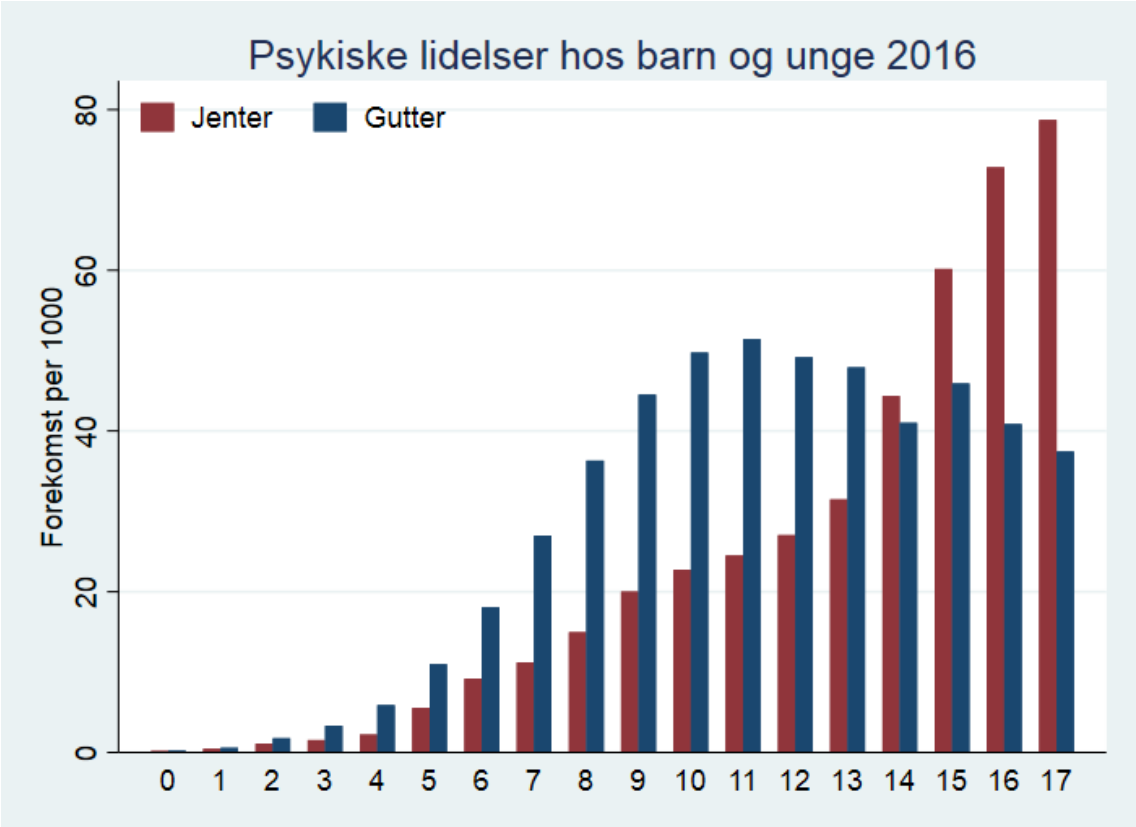
3.5.2 Diagnoser registrert i psykisk helsevern for barn og unge (BUP)

I 2016 ble 28 804 barn og unge i alderen 0-17 år registrert med F-diagnose i BUP («F-diagnose» refererer til ICD-10-kapitlet som omfatter psykiske lidelser, utviklingsforstyrrelser og atferdsforstyrreler). Andelen barn med F-diagnose, fordelt på alder og kjønn, er vist i Figur 3.4. Hos gutter er andelen stigende for hver aldersgruppe opp til 11 års alder, til rundt 5 prosent, og deretter avtagende for aldersgruppene opp til 17 års alder. For jenter ligger andelen med F-diagnose lavere enn hos gutter for alle aldersgrupper opp til 15 års alder. For aldersgruppene over 15 år ligger jentene høyere. Total andel med F-diagnose hos jenter er 8 prosent for 17-åringer.

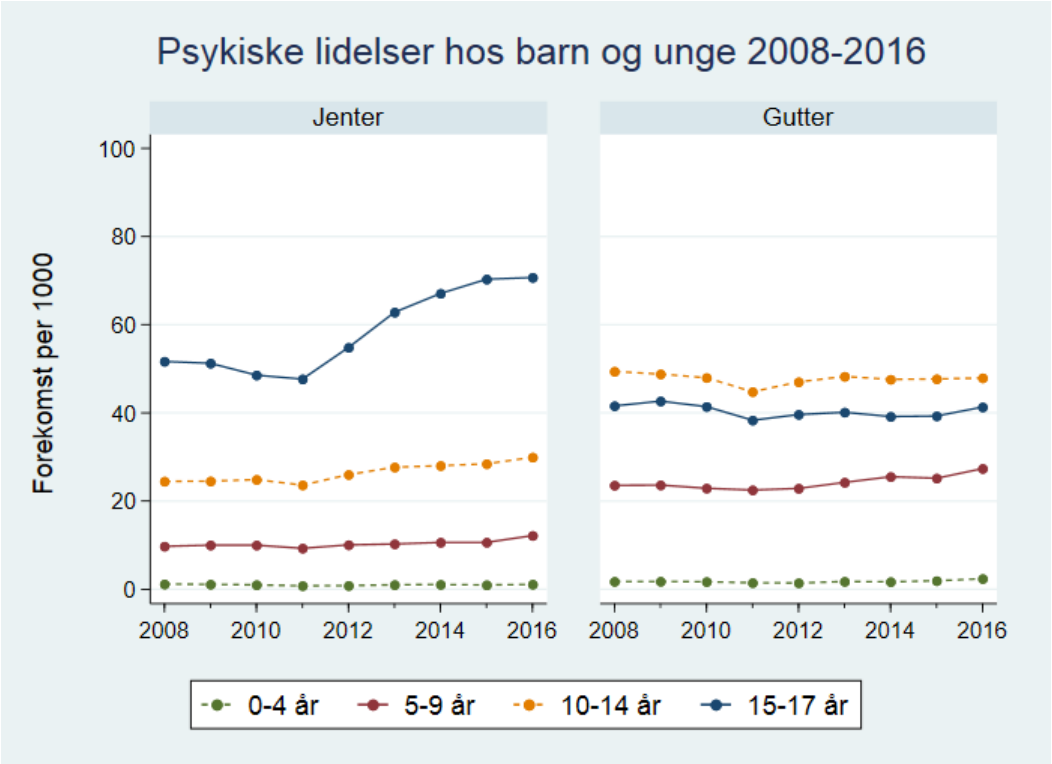
Blant jenter i aldersgruppen 15-17 år har andelen registrert med F-diagnose i BUP økt de siste fem årene, fra i underkant av 5 prosent i 2011 til rundt 7 prosent i 2016 (Figur 3.5). Hoveddelen av økningen utgjøres av depresjon, angstlidelser og tilpasningsforstyrrelser, og det er også flere som får diagnostisert spiseforstyrrelser. Hos mange er disse tilstandene overlappende. Vi vet ikke hva som ligger bak økningen. Vi tror ikke at endret henvisnings- og diagnosepraksis er forklaringen. Da ville vi forventet å se en økning i andre grupper også. Det er behov for å studere nærmere hva økningen skyldes.

I andre kategorier av kjønn og alder har andelene vært nokså stabile i årene 2008-2016. I aldersgruppen 5-9 år ligger andelen litt over 2 prosent hos gutter og rundt 1 prosent hos jenter. I aldersgruppen 10-14 år ligger den rundt 4,5 prosent hos gutter og 3 prosent hos jenter. Andelen barn med F-diagnose er svært lav i aldersgruppen 0-4 år, noe som reflekterer at ICD-10-koder i liten grad brukes i denne gruppen. Som tidligere nevnt, bruker man her oftest klassifiseringssystemet DC:0□3 for å beskrive tilstander og problemer, men disse kodene rapporteres ikke til NPR.

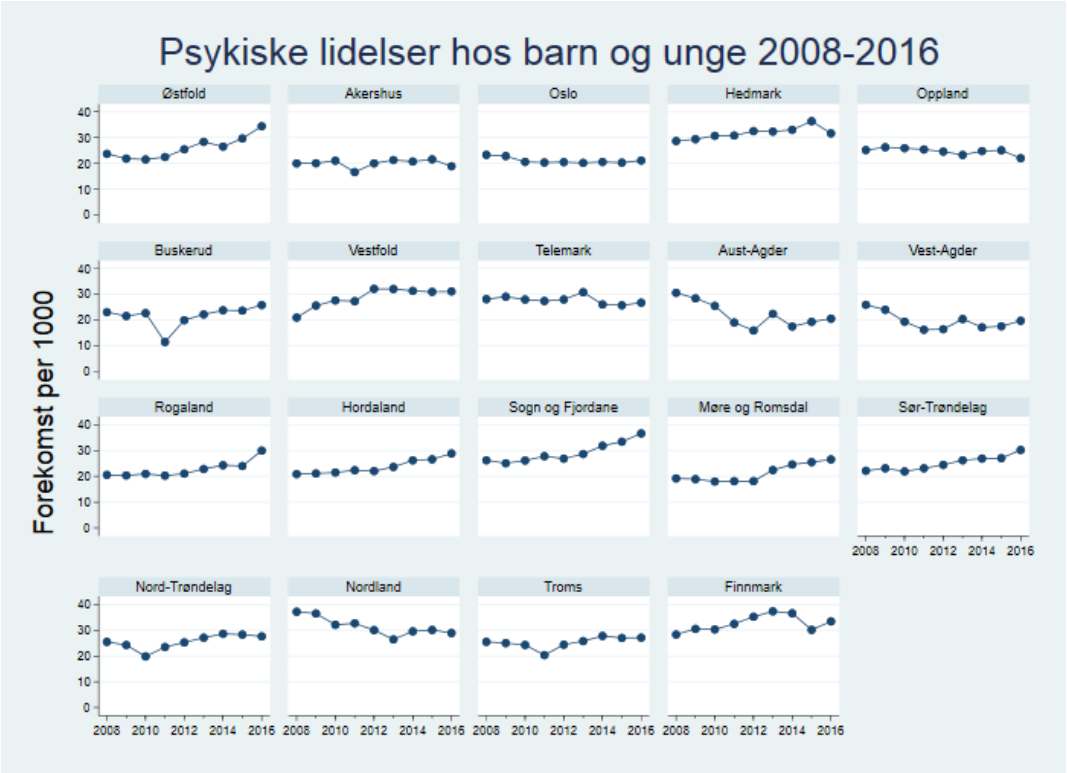
Fylkesvise analyser viser at andelen barn med F-diagnose i BUP økte i noen fylker (Østfold, Hordaland og Sogn og Fjordane), var stabil i andre fylker (Vestfold og Telemark) og svakt nedadgående i noen fylker (Oppland, Aust-Agder og Vest-Agder), se Figur 3.6. Andelene varierer mellom fylkene, men forskjellene er ikke betydelige.



Figur 3.4 Andel barn per 1000 som var registrert med diagnosekode for psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser i 2016, etter kjønn og alder. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.



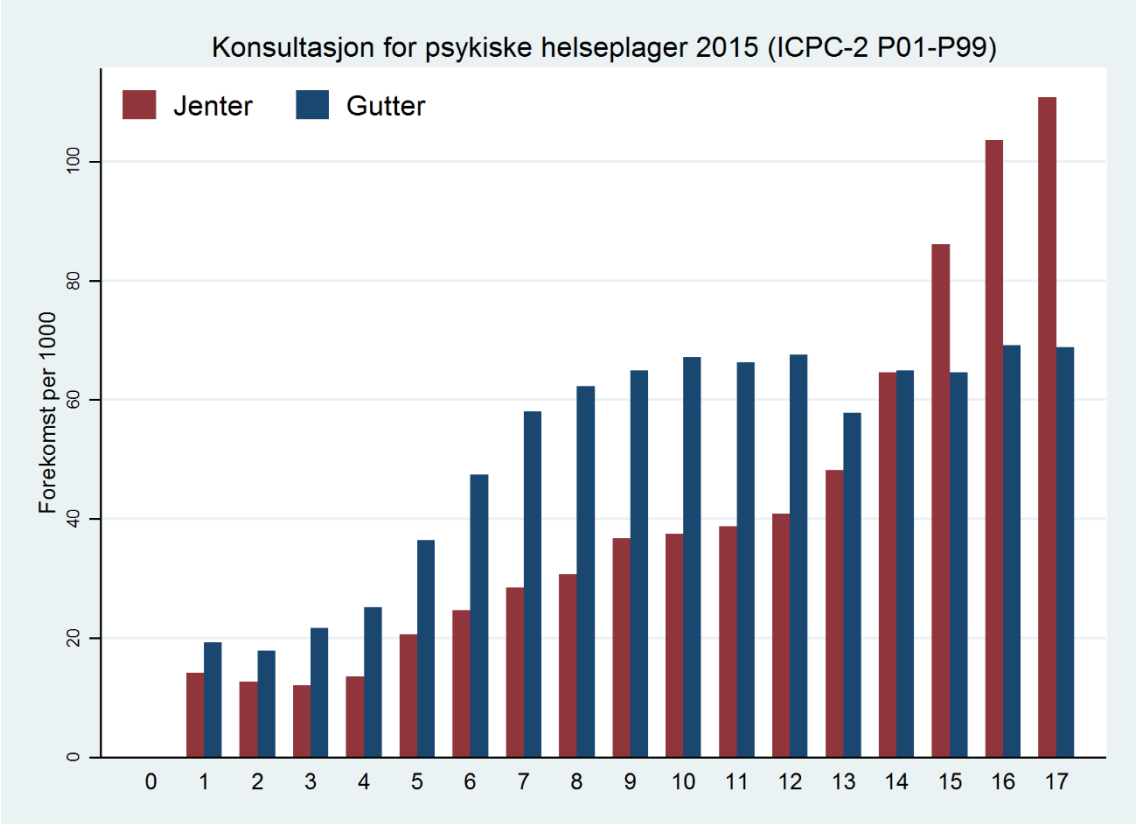
Figur 3.5 Andel barn per 1000 som var registrert med diagnosekode for psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser i perioden 2008-2016, etter kjønn og alderskategori. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.



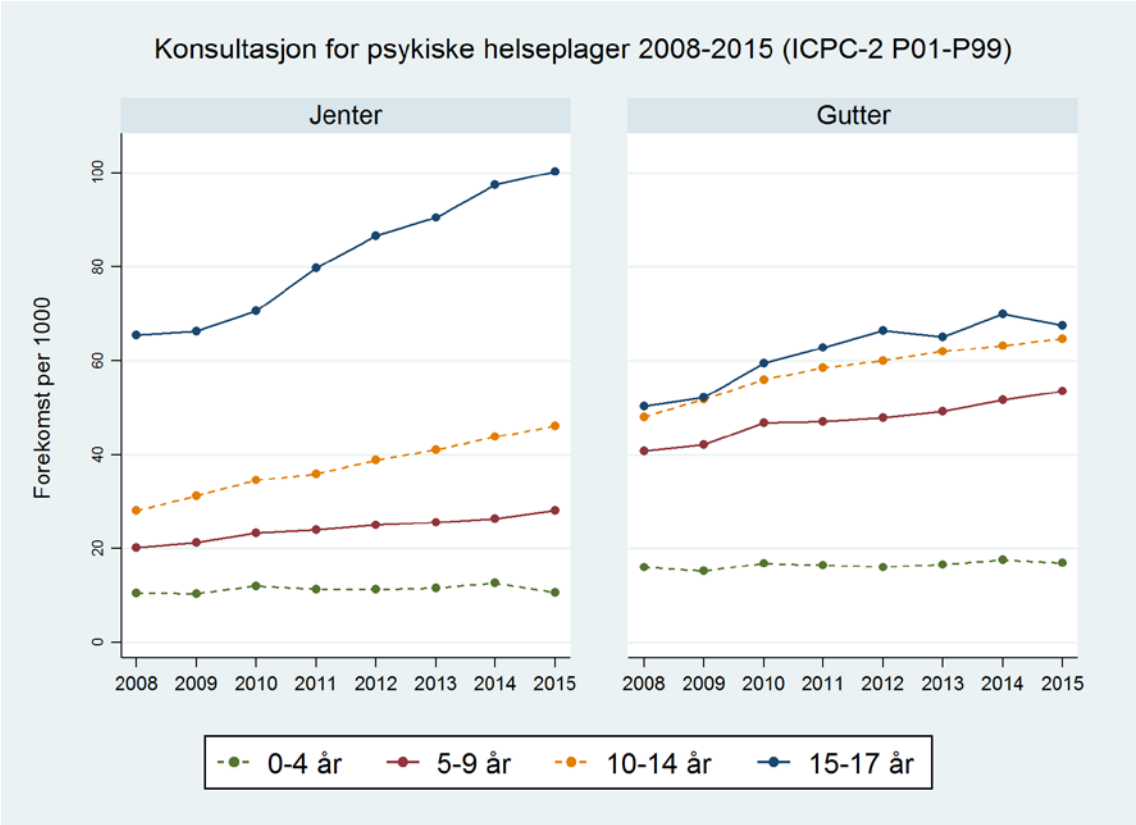
Figur 3.6 Andel barn per 1000 som var registrert med diagnosekode for psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser i perioden 2008-2016, per fylke. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.

3.5.3 Psykiske lidelser og problemer registrert i primærhelsetjenesten

Som et supplement til tallene fra spesialisthelsetjenesten har vi undersøkt hvor mange barn som er blitt registrert med kode for psykiske lidelser og problemer hos fastlege eller legevakt i primærhelsetjenesten. Data kommer fra oppgjørssystemet hvor tilstandskodene blir registrert, det såkalte Kontroll og utbetaling av helserefusjon (KUHR). Tilstandene kodes etter International Classification of Primary Care (ICPC).(51) Data var tilgjengelige for årene 2008-2015. Vi har beregnet samlede andeler av barn og unge med kode innen kapittel P, som omfatter psykiske symptomer, plager og sykdommer. Figur 3.7 viser andeler registrert med P-kode i 2015. Hos gutter ser man at andelene stabiliserer seg rundt 6-7 prosent for aldersgruppene fra åtte år og oppover. Jentene ligger lavere enn guttene for aldersgruppene opp til 13 år, men så ser vi en bratt stigning for aldersgruppene fra 14 år og opp til 17 år. I Figur 3.8 er andelene med P-koder i årene 2008-2015 fordelt på kjønn og aldersgrupper. Det mest iøyenfallende er økningen hos jenter i alderen 15-17 år, hvor andelen har steget fra i overkant av 6 prosent i 2008 til 10 prosent i 2015. Det er også en svak økning over tid for aldersgruppene 5-9 år og 10-14 år hos jenter, og for alle aldersgrupper over fem år hos gutter.



Figur 3.7 Andel barn per 1000 som var registrert med diagnosekode for psykiske symptomer, plager og sykdommer 2015, etter kjønn og alder. Datagrunnlag: Kontroll og utbetaling av helserefusjon (KUHR).

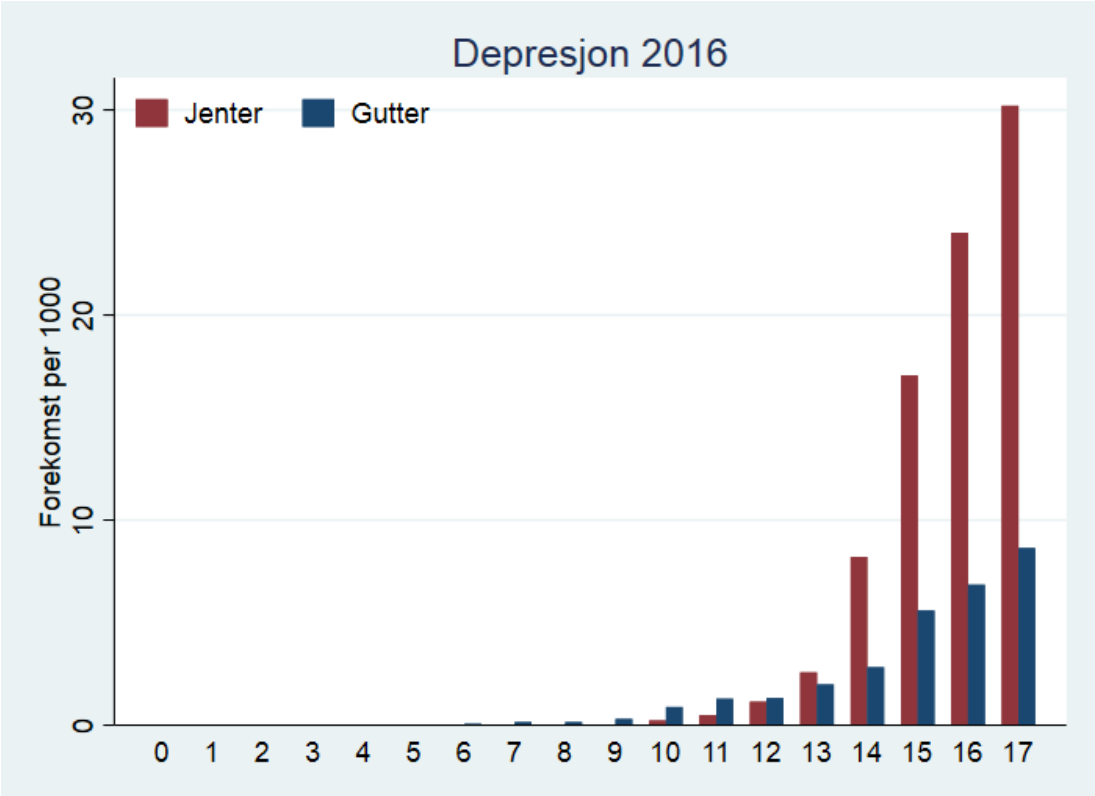


Figur 3.8 Andel barn per 1000 som var registrert med diagnosekode for psykiske symptomer, plager og sykdommer i perioden 2008-2015, etter kjønn og alderskategori. Datagrunnlag: Kontroll og utbetaling av helserefusjon (KUHR).

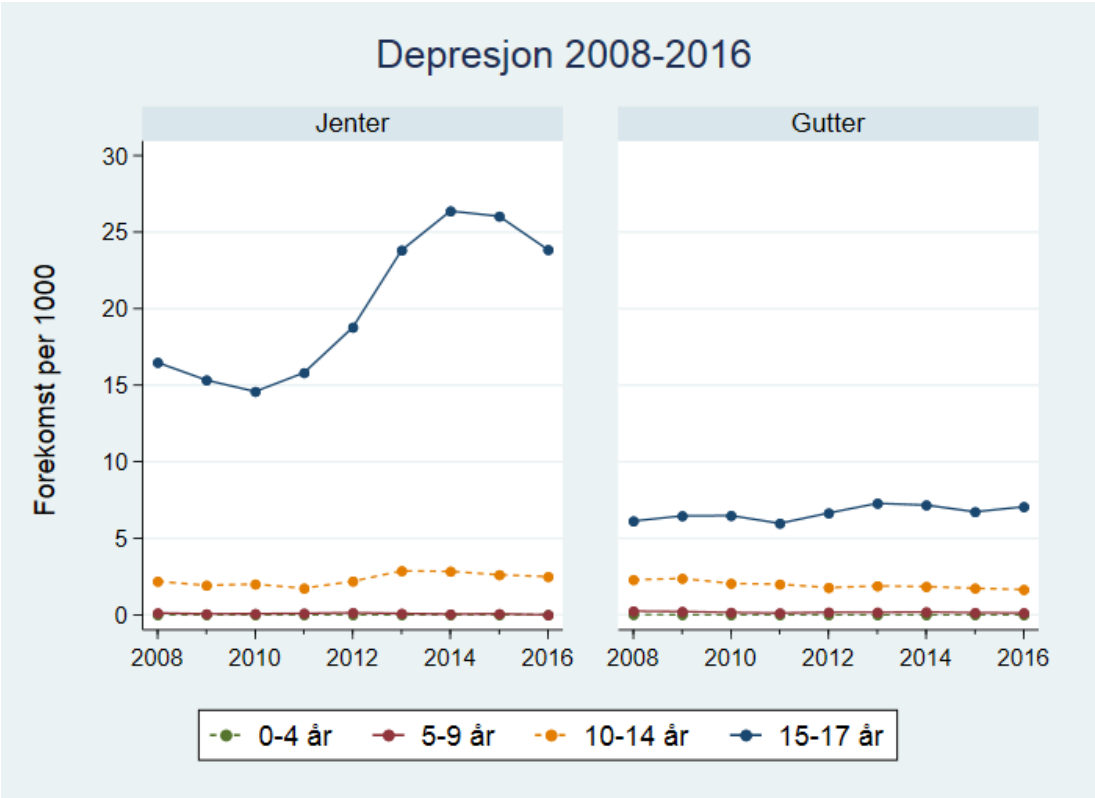
P-kodene omfatter både psykiske problemer og psykiske lidelser, så økningene er ikke ensbetydende med økt sykelighet. De kan imidlertid være indikasjon på økt symptombelastning i de aktuelle aldersgruppene.

3.5.4 Depressiv episode/depresjon

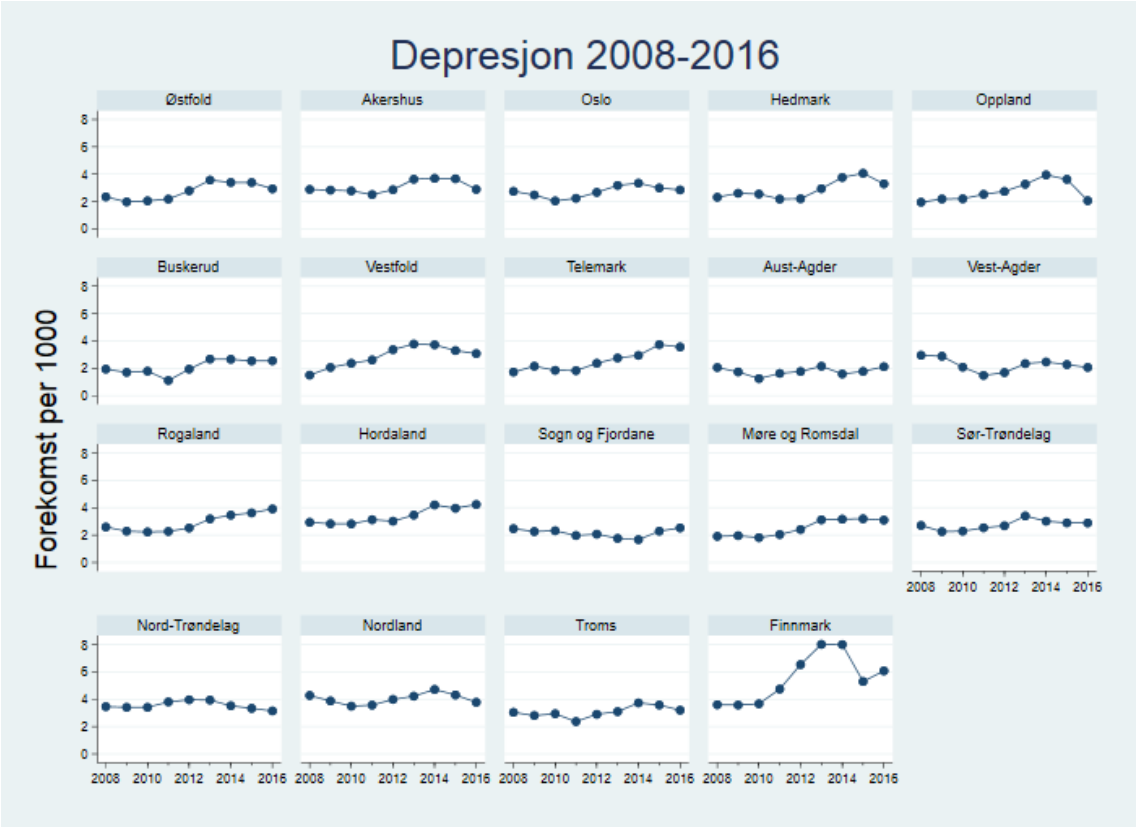
I alt 3600 barn og unge var registrert med diagnosekode for depressiv episode eller depresjon i spesialisthelsetjenesten i 2016. Andelene er vist i Figur 3.9 og Figur 3.10. For barn under ti år var det svært få som hadde fått depresjonsdiagnoser. For barn i alderen 10-14 år lå andelen på 0,2-0,3 prosent hos både gutter og jenter. Fra 14 års alder var den høyere hos jenter. I aldersgruppen 15-17 år lå andelen med depresjonsdiagnose på 0,6-0,7 prosent hos gutter, mens hos jenter økte den fra omkring 1,5 prosent i 2010 til omkring 2,5 prosent i 2013 og senere. Det var relativt små fylkesvise forskjeller i forekomsten av depresjonsdiagnoser i perioden 2008-2016 (Figur 3.11), med unntak av Finnmark hvor forekomsten var høyere enn mange av landets øvrige fylker, spesielt i årene 2013-2014. Det er imidlertid små tall som ligger til grunn, og noe variasjon mellom fylkene er å forvente.



Figur 3.9 Andel barn per 1000 som var registrert med diagnosekode for depresjon (ICD-10-kode F32/F33/F92.0) i 2016, etter kjønn og alder. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.



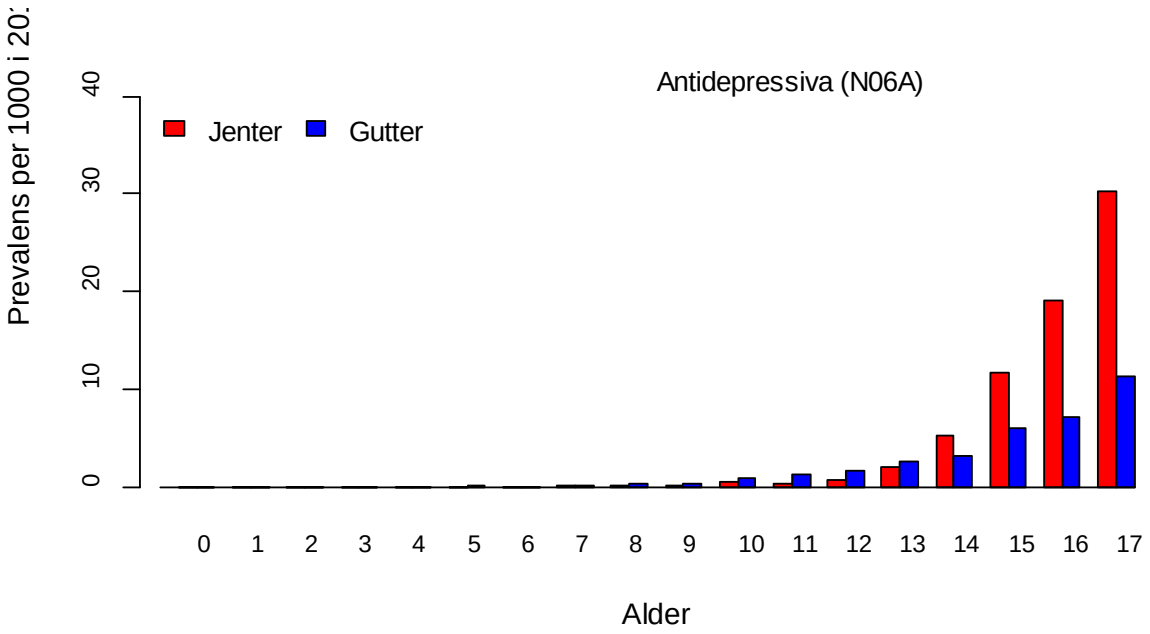
Figur 3.10 Andel barn per 1000 som var registrert med diagnosekode for depresjon (ICD-10-kode F32/F33/F92.0) i 2008-2016, etter kjønn og alderskategori. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.



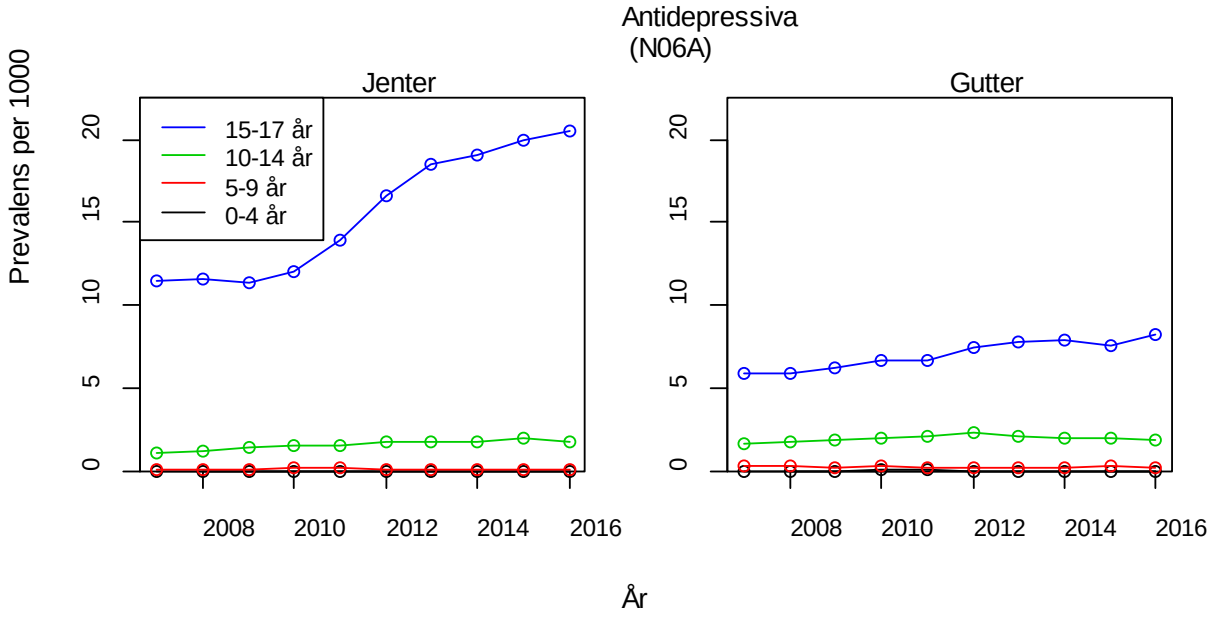
Figur 3.11 Andel barn per 1000 som var registrert med diagnosekode for depresjon (ICD-10-kode F32/F33/F92.0) i 2008-2016, per fylke. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.

Den registrerte forekomsten av depresjon i 2016 ligger under 0,5 prosent for alle barn under 15 år. Dette er lavt i forhold til flertallet av de tidligere studiene vi har gjennomgått (Tabell 3.2). Det tyder på at mange tilfeller av depresjon hos barn ikke diagnostiseres eller behandles i spesialist-helsetjenesten. Det samsvarer med funnene fra Barn i Bergen-studien hvor flertallet av barn som tilfredsstilte diagnosekriteriene for depresjon og angstlidelser ikke hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten.(13)

Data fra Reseptregisteret viser at det i 2016 var totalt 3331 (0,3 prosent) barn og unge i alderen 0-17 år som fikk utlevert et antidepressivt medikament. Bruk av slike medikamenter forekom sjelden hos barn under ti år. Fra tiårsalderen steg andelen brukere jevnt og var høyest hos jenter (Figur 3.12). Det har vært en økning i bruken av antidepressiva blant jenter på 15-17 år fra 2010 til 2016. Kraftigst var økningen fra 2010 til 2013, fra 1,2 prosent til 2 prosent (Figur 3.13). Vi ser ikke tilsvarende økning hos gutter i samme alder.



Figur 3.12 Andelen barn per 1000 som har fått utlevert antidepressiva minst en gang i 2016 fordelt på kjønn og alder. Datagrunnlag: Reseptregisteret.



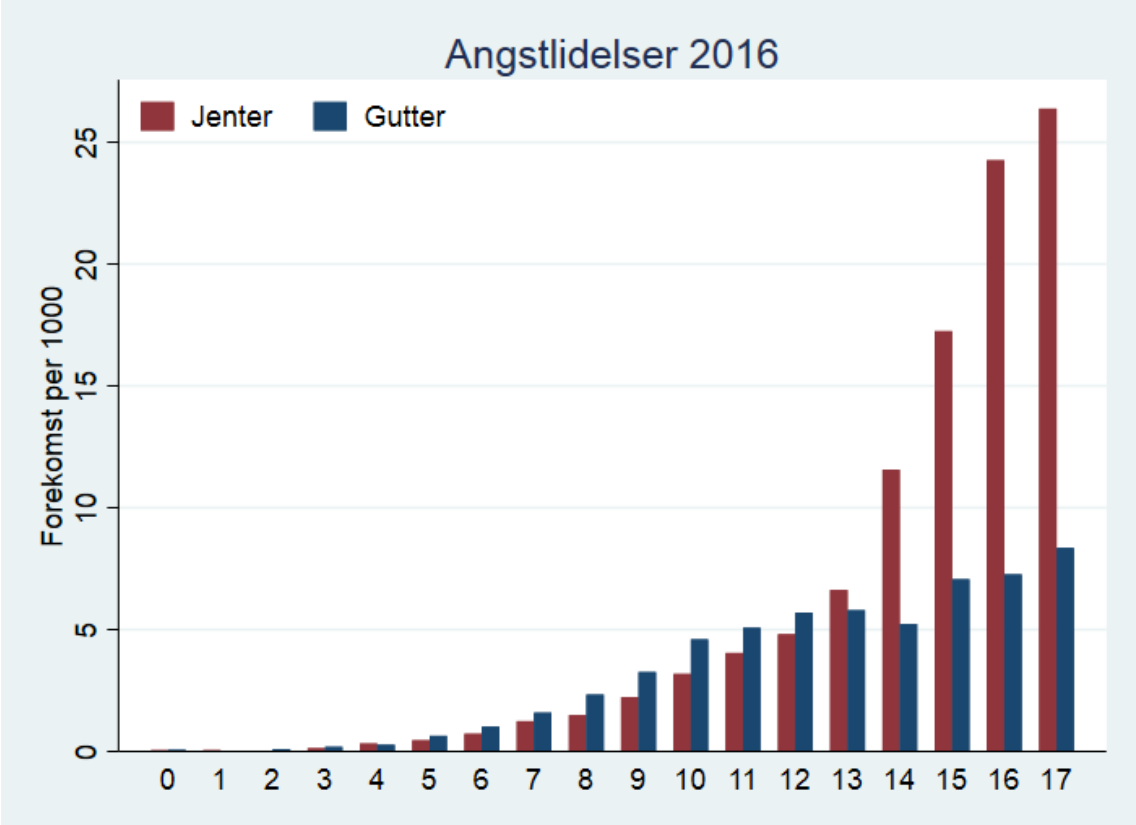
Figur 3.13 Andelen barn per 1000 som har fått utlevert antidepressiva minst en gang i løpet av 10-årsperioden 2007-2016 fordelt på kjønn og aldersgrupper. Datagrunnlag: Reseptregisteret.

3.5.5 Angstlidelser

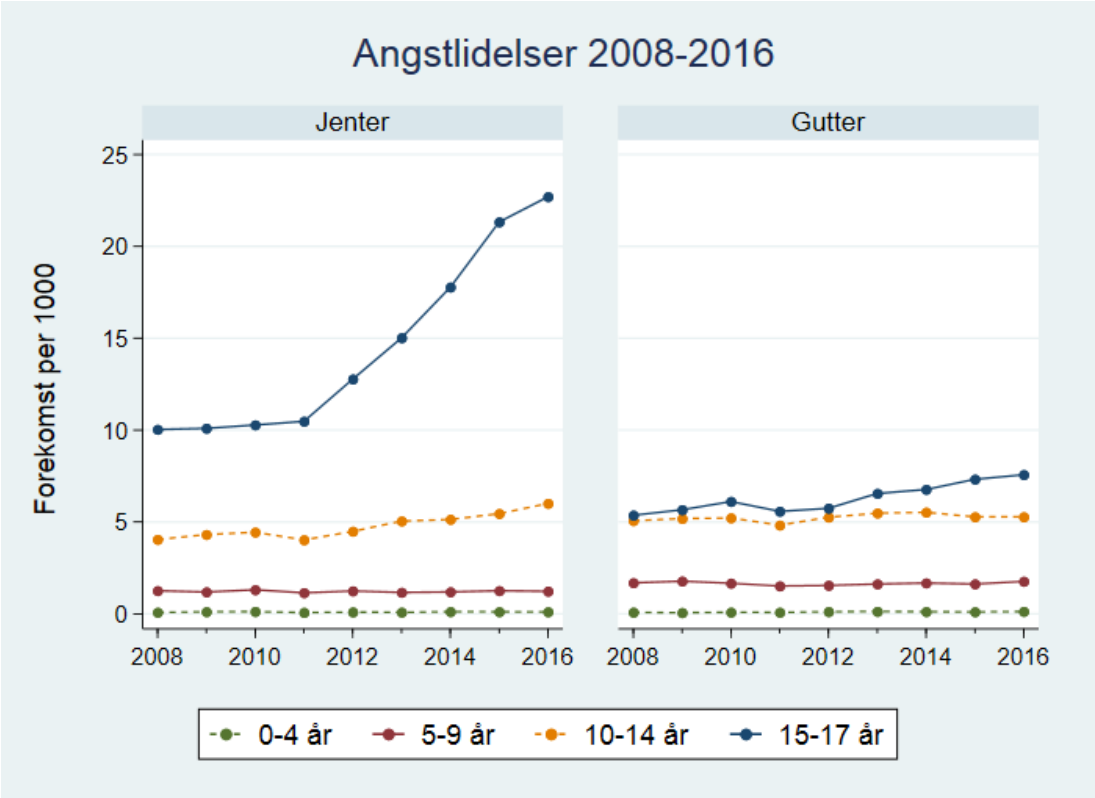
I alt 5156 barn og unge i alderen 0-17 år var registrert minst en gang med diagnosekode for angstlidelse i spesialisthelsetjenesten i 2016. Andelen i befolkningen med denne diagnosen økte sterkt med alder. Frem til 13 års alder var det liten forskjell i andelen gutter og jenter registrert (Figur 3.14). Deretter var det en økning hos begge kjønn, men sterkest for jenter. Hos 17-åringene var det tre ganger så mange jenter som gutter registrert med angstlidelser. Som vist i

Figur 3.15 var angstdiagnosene brukt svært sjelden i aldersgruppen 0-4 år. I aldersgruppen 5-9 år lå andelen på 0,1-0,2 prosent hos begge kjønn. I aldersgruppen 10-14 år var den omkring 0,5 prosent hos begge kjønn. I aldersgruppen 15-17 år var det en viss stigning hos gutter i perioden 2008-2016, fra 0,5 prosent til 0,7-0,8 prosent. Hos jenter i denne aldersgruppen steg andelen fra 1 prosent i 2010 til 2,3 prosent i 2016. De fylkesvise analysene viste at bruken av disse diagnosene økte i de fleste fylker i perioden 2008-2016 (Figur 3.16).

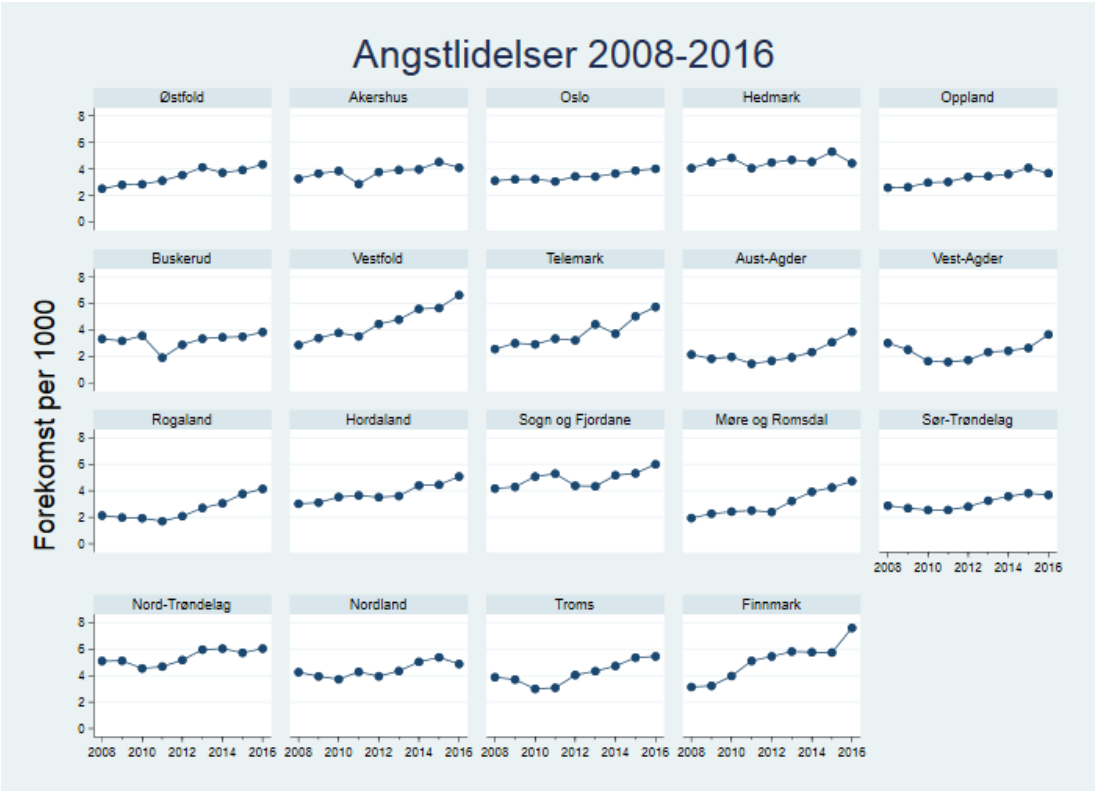
Sammenlignet med befolkningsstudier er mønsteret det samme som for depresjon, ved at andelene registrert med diagnose innen hvert kalenderår fremstår som lave for gutter i alle aldre og for jenter opp til 14 års alder. Sannsynligvis blir mange med disse tilstandene ikke fanget opp i spesialisthelsetjenesten.



Figur 3.14 Andel barn og unge per 1000 som var registrert med diagnosekode for angstlidelse (ICD-10-kode F40/F41/F92.8/F93.0-F93.2) i 2016, etter kjønn og alder. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.



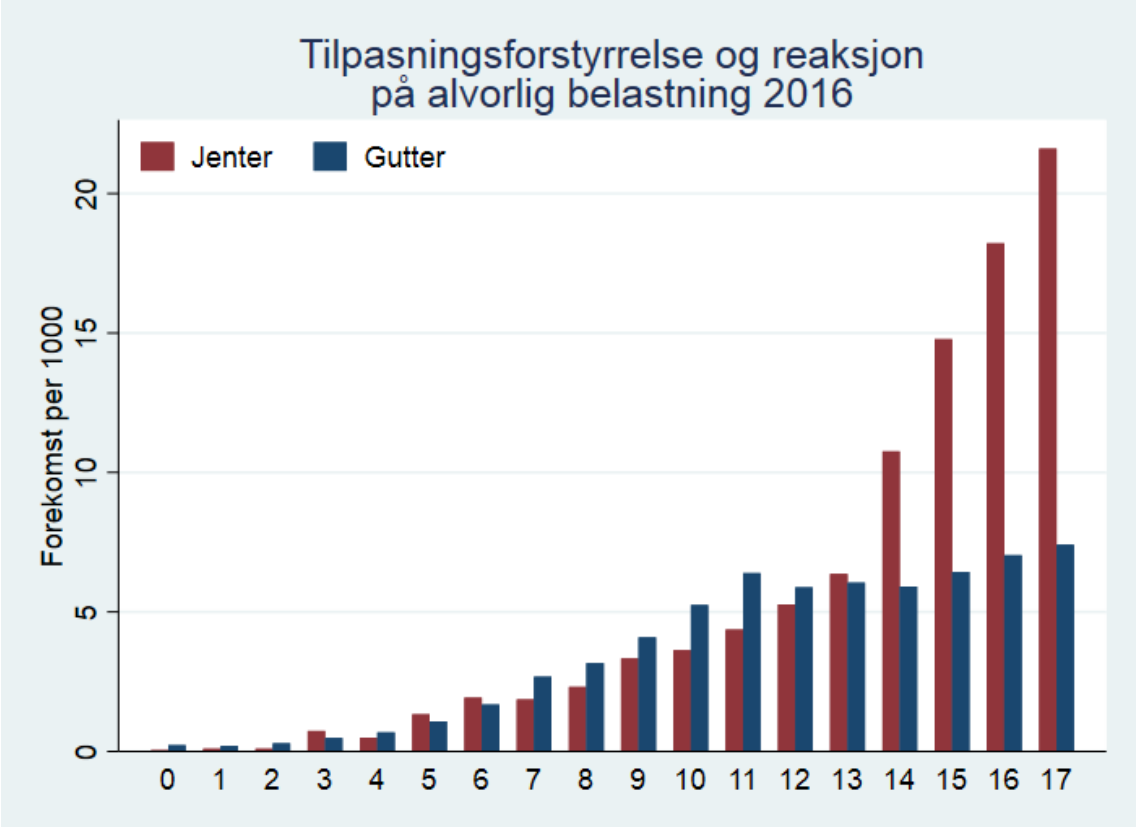
Figur 3.15 Andel barn og unge per 1000 som var registrert med diagnosekode for angstlidelse (ICD-10-kode F40/F41/F92.8/F93.0-F93.2) i 2008-2016, etter kjønn og alderskategori. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.



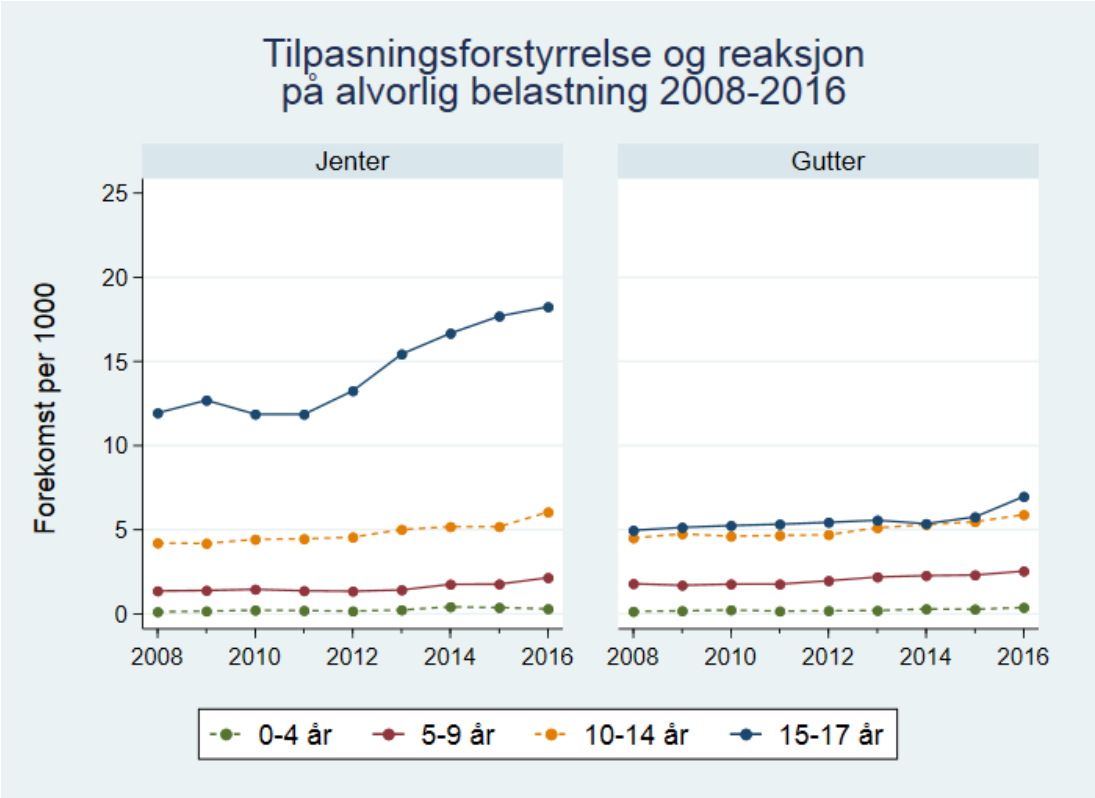
Figur 3.16 Andel barn og unge per 1000 som var registrert med diagnosekode for angstlidelse (ICD-10-kode F40/F41/F92.8/F93.0-F93.2) etter fylke i 2008-2016. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.

3.5.6 Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning

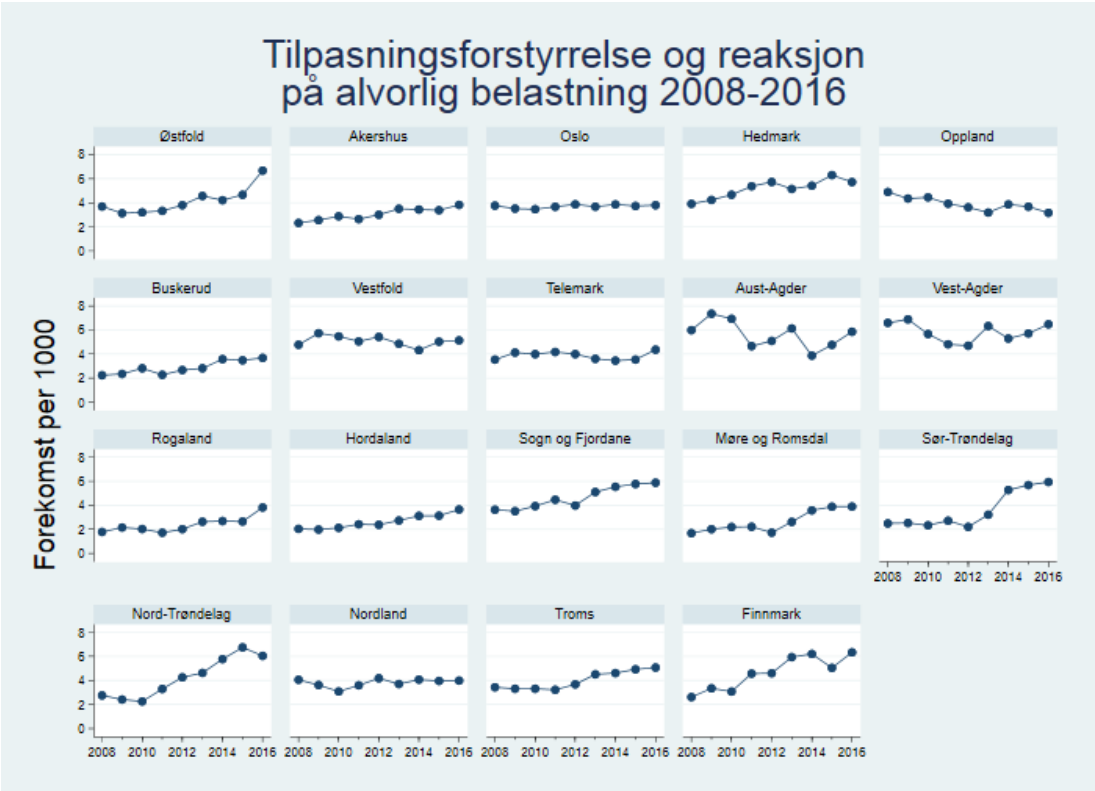
I 2016 var 5123 barn registrert med diagnosekode F43 «Tilpasningsforstyrrelse og reaksjon på alvorlig belastning» i spesialisthelsetjenesten, altså omtrent like mange som med angstlidelser. Andelen økte jevnt med alder frem til 12-13-årsalderen. Frem til den alderen var fordelingen omtrent lik mellom gutter og jenter (Figur 3.17). Fra 14-årsalderen og oppover økte andelen hos jenter, til i overkant av 2 prosent hos 17-åringer (Figur 3.17). Andelen med denne diagnose-koden har vært nokså stabil i perioden 2008-2016, med unntak av jenter i aldersgruppen 15-17 år hvor det har vært en økning fra 1,2 prosent i 2011 til 1,8 prosent i 2016 (Figur 3.18). De fylkesvise figurene viser at bruken av diagnosen varierer en del fra fylke til fylke, men det er ikke noe enhetlig mønster i variasjonen (Figur 3.19). Det er lite grunnlag for å sammenligne funnene med tidligere studier, i og med at disse bare har presentert tall for PTSD, og ikke for alle typer tilpasningsforstyrrelser.



Figur 3.17 Andel barn per 1000 som var registrert med diagnosekode for tilpasningsforstyrrelse (ICD-10-kode F43) i 2016, etter kjønn og alder. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.



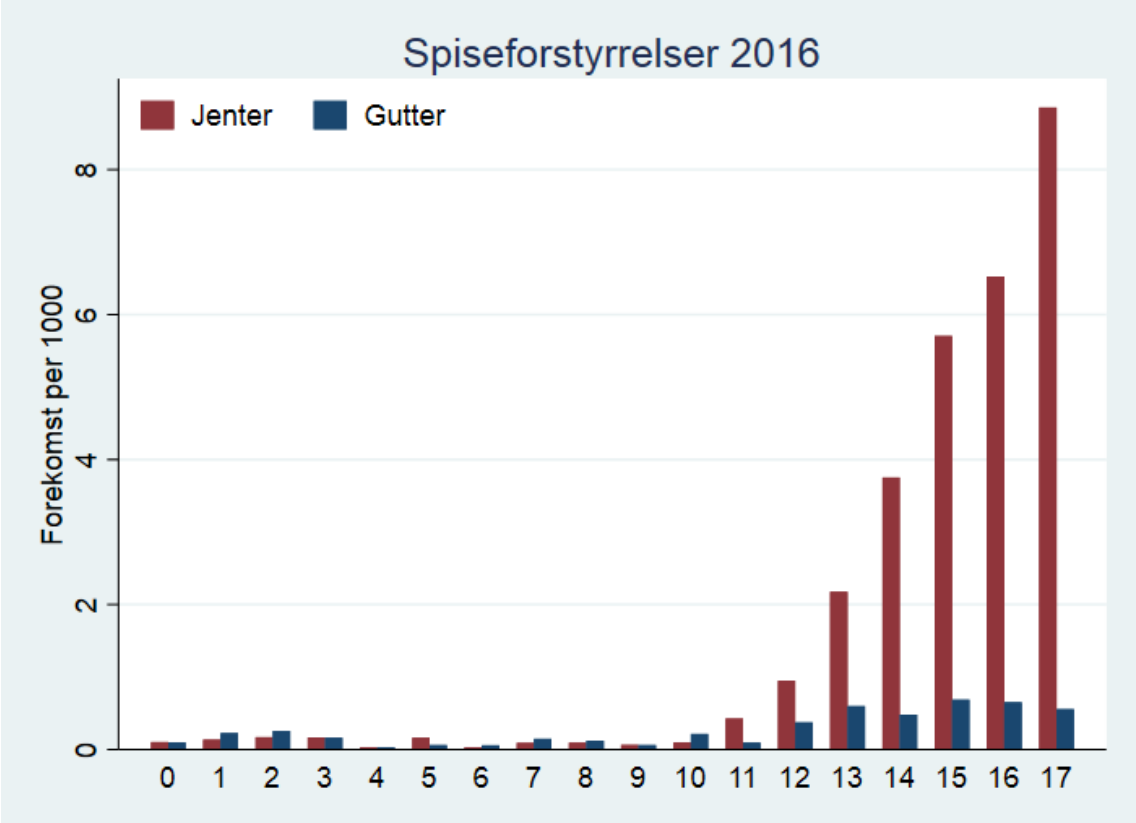
Figur 3.18 Andel barn per 1000 som var registrert med diagnosekode for tilpasningsforstyrrelse (ICD-10-kode F43) i 2008-2016, etter kjønn og alderskategori. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.



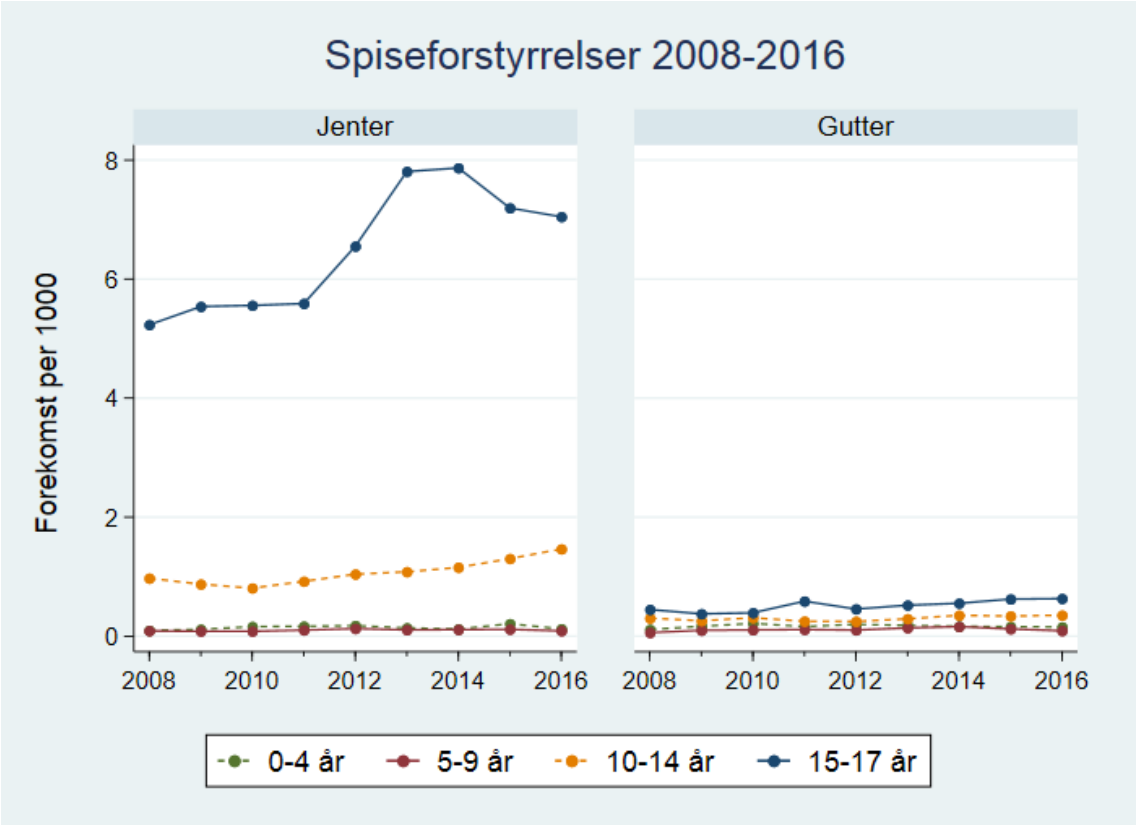
Figur 3.19 Andel barn og unge per 1000 som var registrert med diagnosekode for tilpasningsforstyrrelse (ICD-10-kode F43) etter fylke i 2008-2016. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.

3.5.7 Spiseforstyrrelser

I alt 1072 barn og unge i alderen 0-17 år var registrert med diagnose F50 Spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten i 2016. Andelene er vist i Figur 3.20 og Figur 3.21. Veldig få gutter var registrert med denne diagnosen, og andelene lå under 0,1 prosent i alle aldersgrupper hos gutter. For jenter var andelene også lave for de under ti år, men for aldersgruppene over ti år var det en stigning opp til 0,9 prosent hos 17-åringer. I perioden 2008-2016 har det vært en økning i andelen med diagnostiserte spiseforstyrrelser blant jenter i alder 15-17 år, fra 0,5 prosent i 2008 til 0,7 prosent i 2016. Tallene er i samsvar med funn fra befolkningsstudier. Det er ikke laget fylkesvise figurer for spiseforstyrrelser fordi tallene er små.



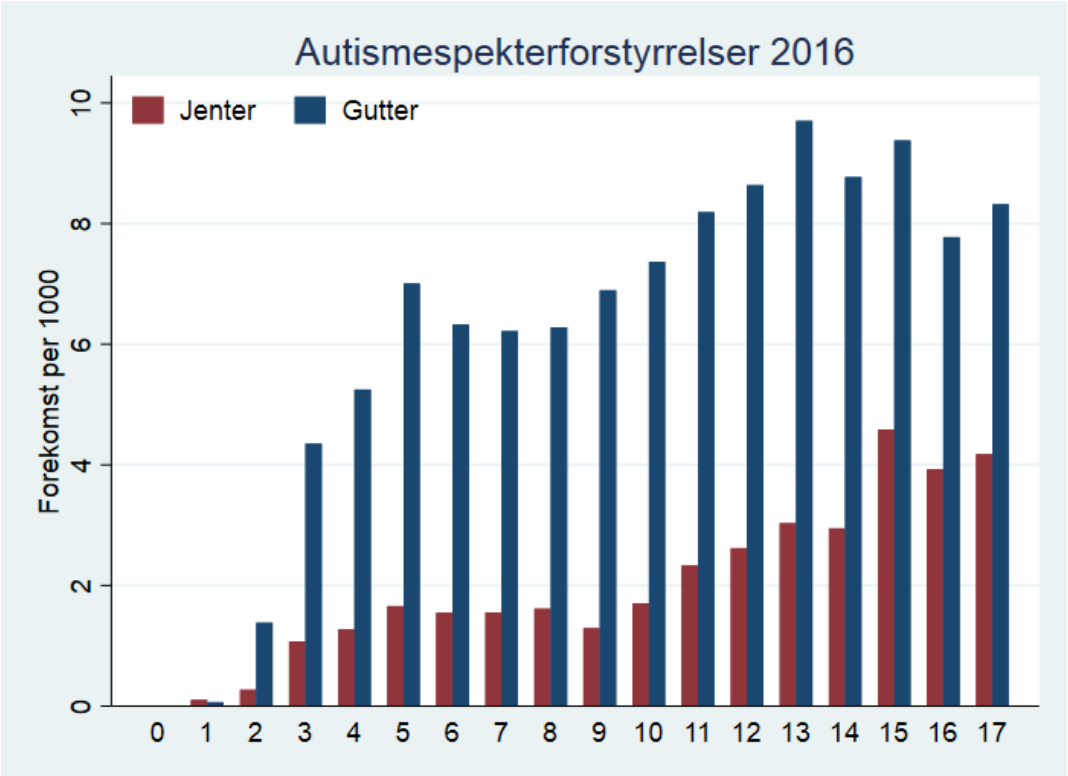
Figur 3.20 Andel barn og unge per 1000 som var registrert med diagnosekode for spiseforstyrrelse (ICD-10-kode F50) i 2016, etter kjønn og alder. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.



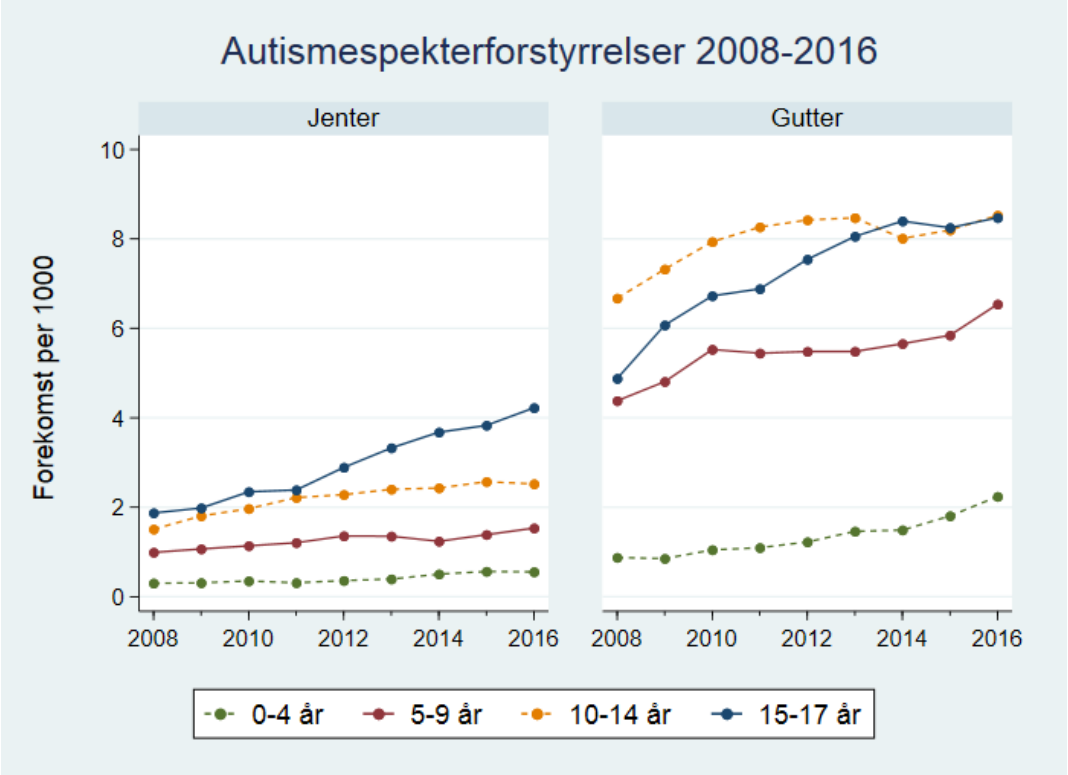
Figur 3.21 Andel barn og unge per 1000 som var registrert med diagnosekode for spiseforstyrrelse (ICD-10-kode F50) i 2008-2016, etter kjønn og alderskategori. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.

3.5.8 Autismespekterforstyrrelser

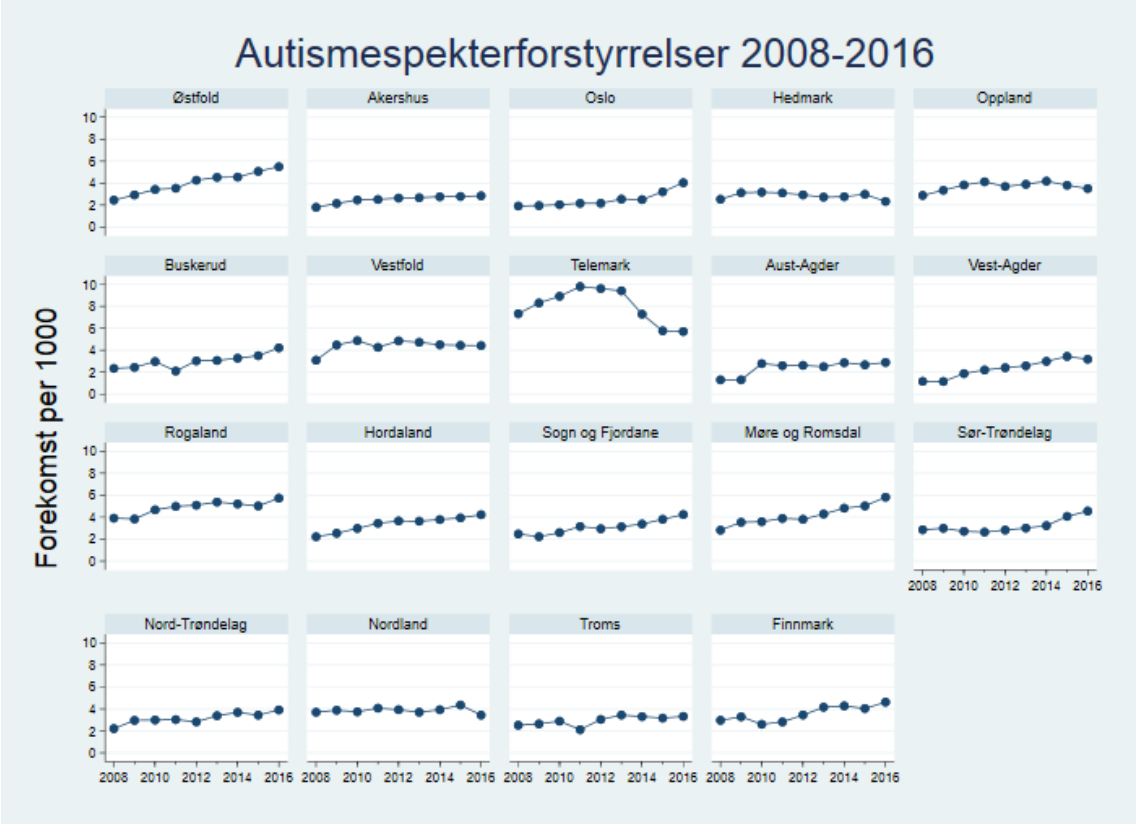
I alt 4738 barn og unge i aldersgruppen 0-17 år var registrert med diagnosekode F84 Autismespekterforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten i 2016. Betydelig flere gutter enn jenter var registrert med denne koden (Figur 3.22). Diagnosen brukes fra to års alder og oppover. Fra fem års alder ligger andelen omkring 0,6 prosent hos gutter og i underkant av 0,2 prosent hos jenter. Det skjer så en stigning fra 9-10 års alder, og hos tenåringer ligger andelene mellom 0,8 prosent og 1 prosent hos gutter og mellom 0,3 prosent og 0,4 prosent hos jenter. Som vist i Figur 3.23, har bruken av koden økt i alle aldersgrupper og hos begge kjønn i perioden 2008-2016, men mest markert for gutter og for de eldste jentene (15-17 år). Det er betydelig variasjon mellom fylkene (Figur 3.24). Forekomsttallene er noe lave i forhold til studiene vi har gjennomgått. Det skyldes at en del følges opp av primærhelsetjenesten og pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) i kommunene etter at diagnosene er stilt. For øvrig er det verdt å merke seg at andelen tenåringsjenter med autismediagnoser er økende. Dette kan tyde på at autismespekterforstyrrelser hos jenter fanges opp i større grad nå enn før, men at det ofte skjer relativt høyt opp i alder.



Figur 3.22 Andel barn og unge per 1000 som var registrert med diagnosekode autismespekterforstyrrelser (ICD-10-kode F84) i 2016, etter kjønn og alder. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.



Figur 3.23 Andel barn og unge per 1000 som var registrert med diagnosekode autismespekterforstyrrelser (ICD-10-kode F84) i 2008-2016, etter kjønn og alderskategori. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.

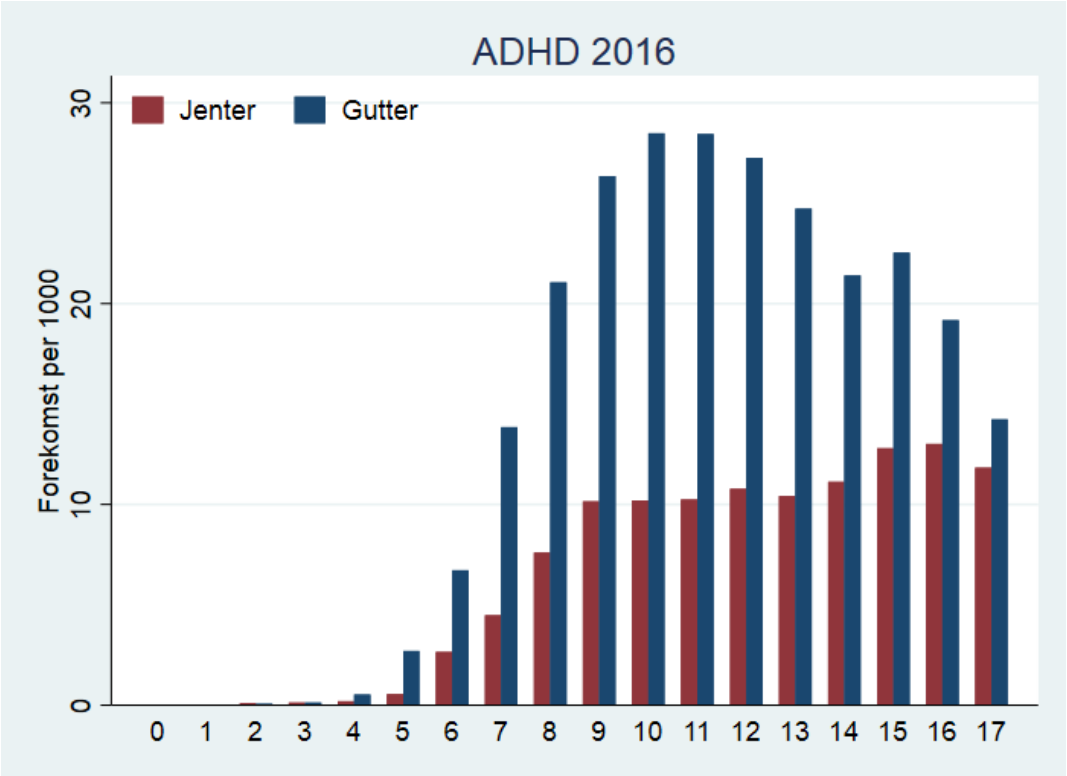


Figur 3.24 Andel barn og unge per 1000 som var registrert med diagnosekode for autismespekterforstyrrelser (ICD-10-kode F84), per fylke i 2008-2016. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.

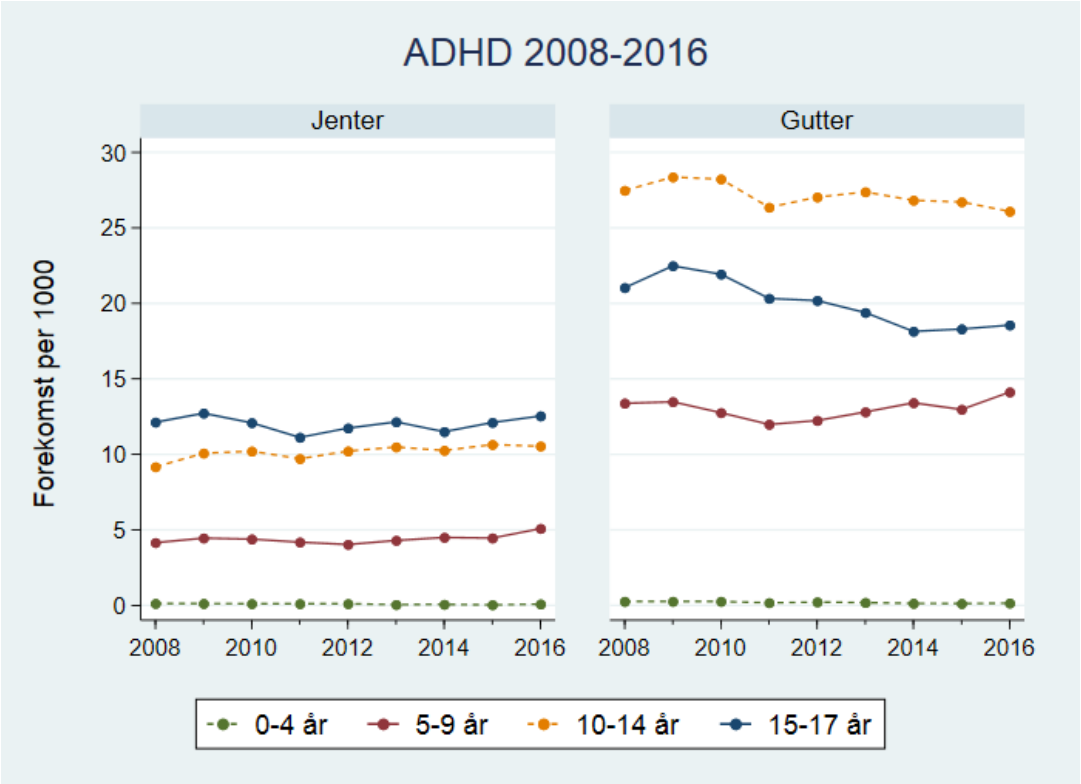
3.5.9 Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)

F90 Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) er den mest brukte av F-diagnosene. I 2016 var 11 962 barn og unge i aldersgruppen 0-17 år registrert med denne koden i spesialisthelsetjenesten. Som vist i Figur 3.25 er det en klar overhyppighet av gutter med ADHD-diagnose. Fra fire års alder og oppover stiger andelene fra null og opp mot 3 prosent hos gutter, for så å avta igjen fra 12-13-årsalderen. Andelen jenter registrert med ADHD økte frem til ni års alder og stabiliserte seg deretter rundt 1 prosent, med en liten stigning opp mot 1,2 prosent i aldersgruppen 15-17 år. I løpet av perioden 2008-2016 var andelen jenter registrert med koden nokså stabil i alle aldersgrupper. For de eldste guttene (15-17 år) ble det observert en svak nedgang (Figur 3.26). Også her er det betydelig variasjon mellom fylkene (Figur 3.27). Gjennom det meste av perioden 2008-2016 var Hedmark fylket hvor koden var hyppigst brukt. I de fleste av landets fylker har andelen vært nokså stabil, med unntak av Aust-Agder og Nordland hvor det var en nedgang og Sør-Trøndelag hvor det var en viss økning.

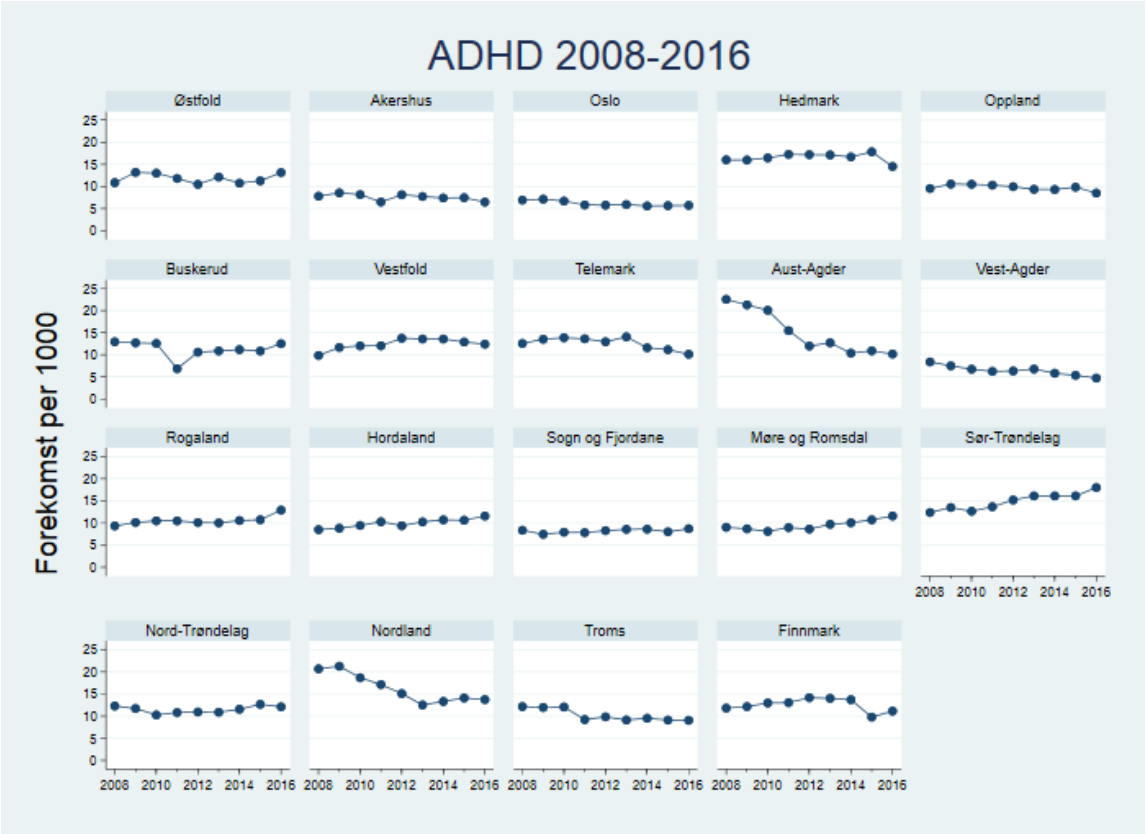
Andelene er noe lavere enn i de gjennomgåtte studiene fra Norge og Europa. Også her skyldes nok dette at mange følges opp i primærhelsetjenesten og PPT etter at diagnosen er stilt i spesialisthelsetjenesten. Tallene er mye lavere enn tallene fra USA, men dette er som forventet. I likhet med autismespekterforstyrrelser ser det ut til at ADHD hos jenter i stor grad diagnostiseres relativt høyt opp i alder. Det er verdt å merke seg at andelene gutter og jenter registrert med ADHD-diagnoser er lik for 17-åringene i 2016.



Figur 3.25 Andel barn og unge per 1000 som var registrert med diagnosekode for ADHD (ICD-10-kode F90) i 2016, etter kjønn og alder. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.

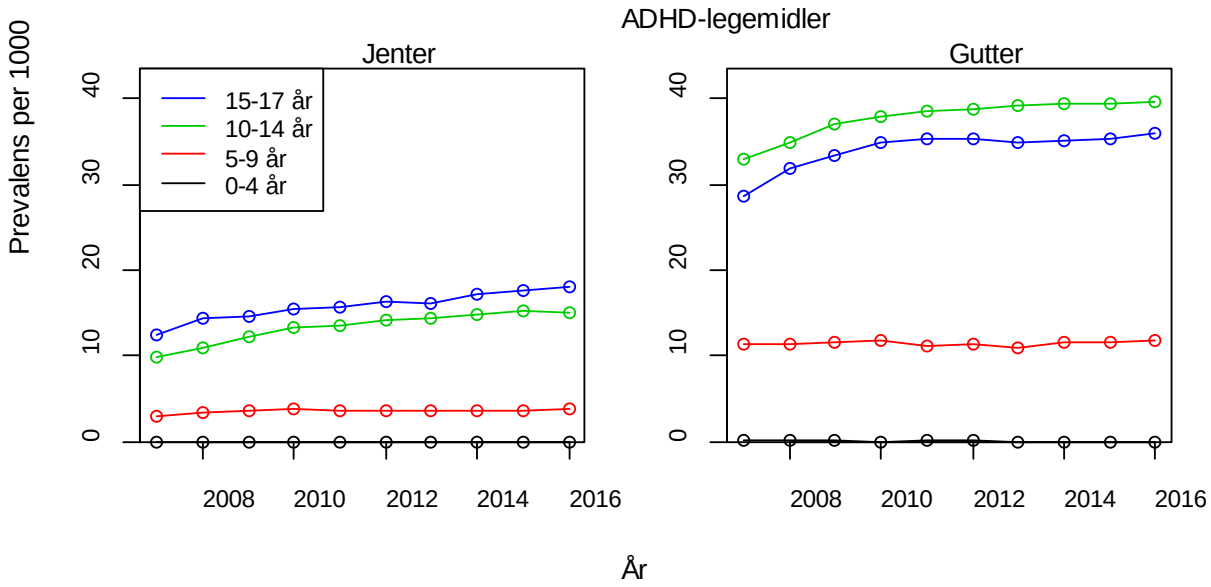


Figur 3.26 Andel barn og unge per 1000 som var registrert med diagnosekode for ADHD (ICD-10-kode F90) i 2008-2016, etter kjønn og alderskategori. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.

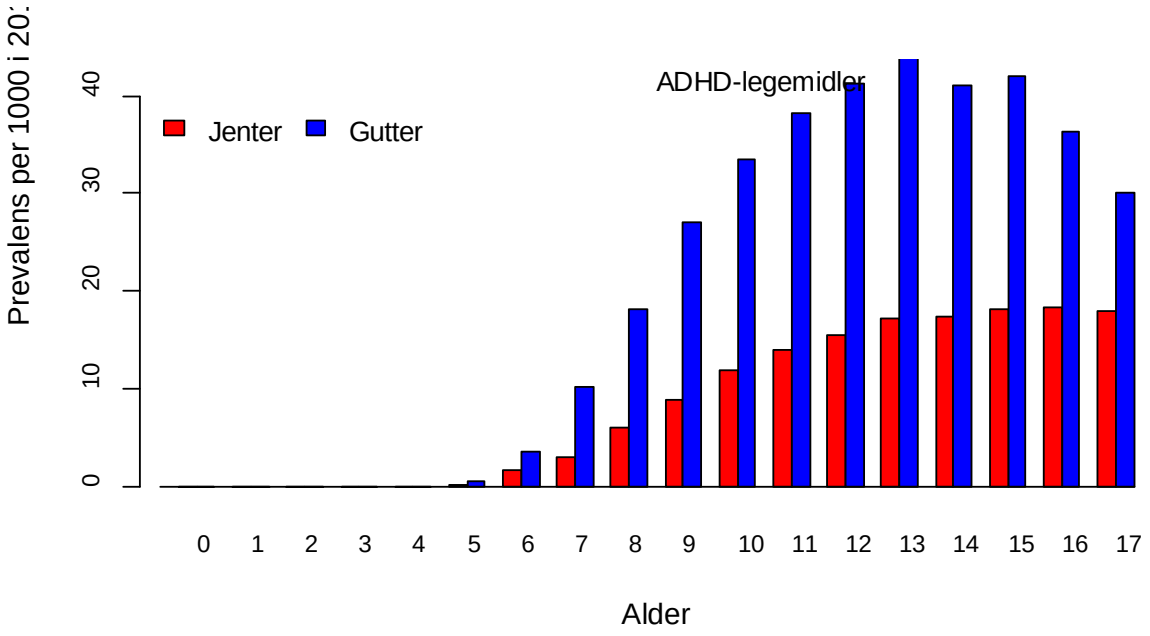


Figur 3.27 Andel barn og unge per 1000 som var registrert med diagnosekode for ADHD (ICD-10-kode F90), per fylke i 2008-2016. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.

Tallene fra Reseptregisteret viser at det i 2016 var 16 338 (1,5 prosent) barn og unge i alderen 0-17 år som fikk utlevert et sentralstimulerende legemiddel mot ADHD. Andelene økte noe for gutter som er ti år og eldre i begynnelsen av perioden 2008-2016, men har ellers har vært stabile over tid (Figur 3.28). Kjønnsforskjellene i bruk av ADHD-legemidler tilsvarer kjønnsforskjellene i forekomst av diagnose (Figur 3.29). Andelene brukere av legemidler er høyere enn andelene registrert med ADHD-diagnose i spesialisthelsetjenesten i 2016. Dette skyldes at en del barn og unge med ADHD får oppfølging og resepter hos fastlege etter at diagnosen er stilt i spesialisthelsetjenesten og derfor ikke går til spesialist hvert år. Dette er i tråd med retningslinjene for behandling av ADHD i Norge, hvor det står at oppfølging kan skje av fastlege eller annen lege hvis behandlingen har effekt og tilstanden er stabil.(52)



Figur 3.28 Andelen barn per 1000 som har fått utlevert legemidler til behandling av ADHD minst en gang i løpet av 10-årsperioden 2007-2016 fordelt på kjønn og aldersgrupper. Datagrunnlag: Reseptregisteret.

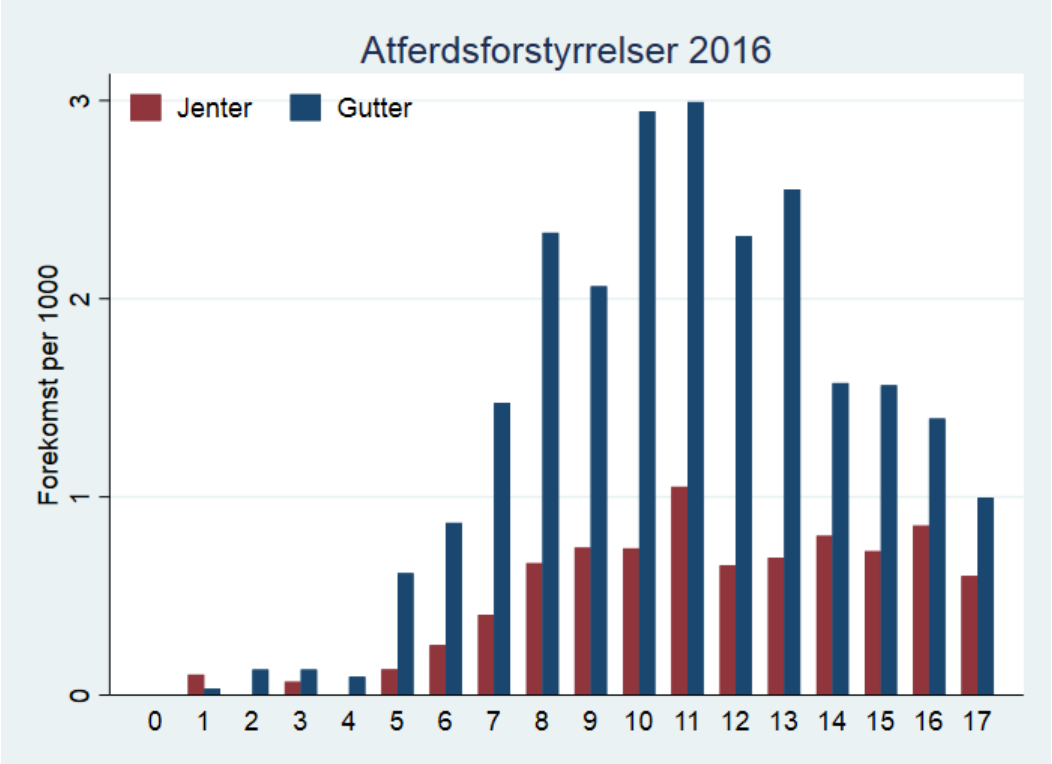


Figur 3.29 Andelen barn per 1000 som har fått utlevert legemidler til behandling av ADHD minst en gang i løpet av 2016 fordelt på kjønn og alder. Datagrunnlag: Reseptregisteret.

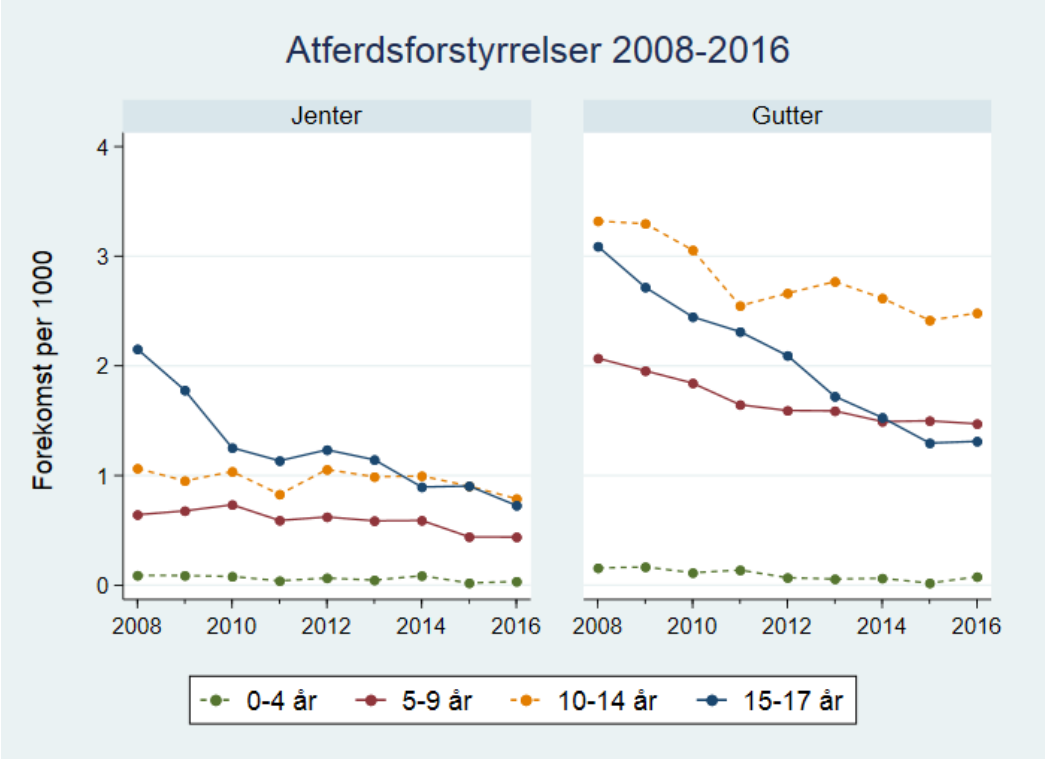
3.5.10 Atferdsforstyrrelser

I alt 1044 barn og unge var registrert med diagnosekode F91 Atferdsforstyrrelser i 2016. Andelen var vesentlig høyere hos gutter enn hos jenter (Figur 3.30). De steg jevnt med alderen og nådde en topp rundt 10-11 års alder, for så å synke frem mot 17 års alder. Bruken av diagnosekoden har gått ned for begge kjønn og i de fleste aldersgrupper i årene 2008-2016 (Figur 3.31). Andelene er jevnt over lave, og langt under tallene fra de gjennomgåtte studiene. For barn som har atferdsforstyrrelse samtidig med ADHD, vil diagnosen hyperkinetisk atferds-forstyrrelse (ICD-10-kode F90.1) fange opp begge deler. Diagnosen vil da telles som en ADHD-diagnose i våre beregninger. Sannsynligvis er det også en del tilfeller av atferdsforstyrrelser som

ikke blir diagnostisert i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke laget fylkesvise figurer for atferdsforstyrrelser fordi tallene er små.



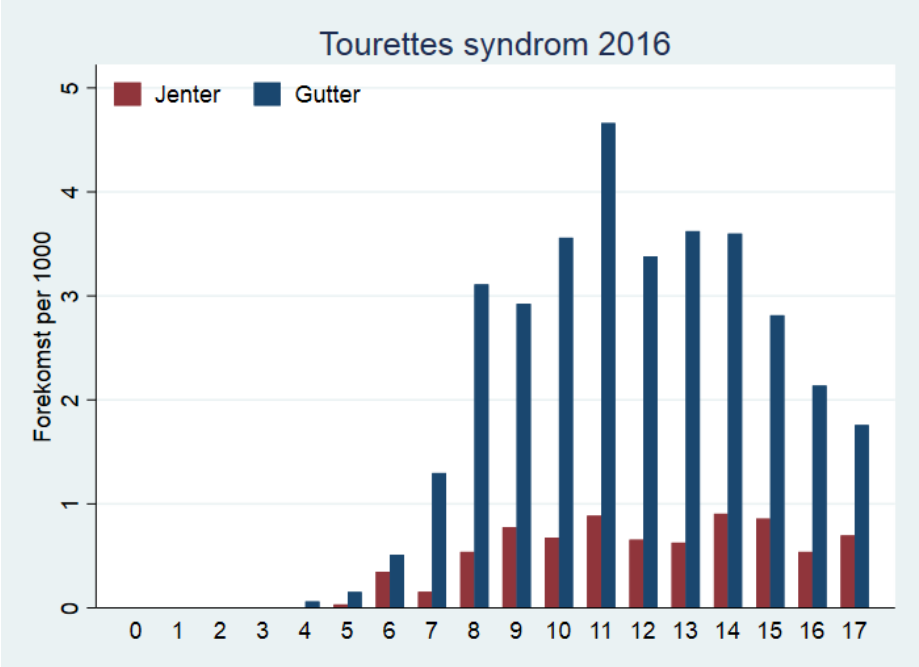
Figur 3.30 Andel barn og unge per 1000 som var registrert med diagnosekode for atferdsforstyrrelser (ICD-10-kode F91) i 2016, etter kjønn og alder. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.



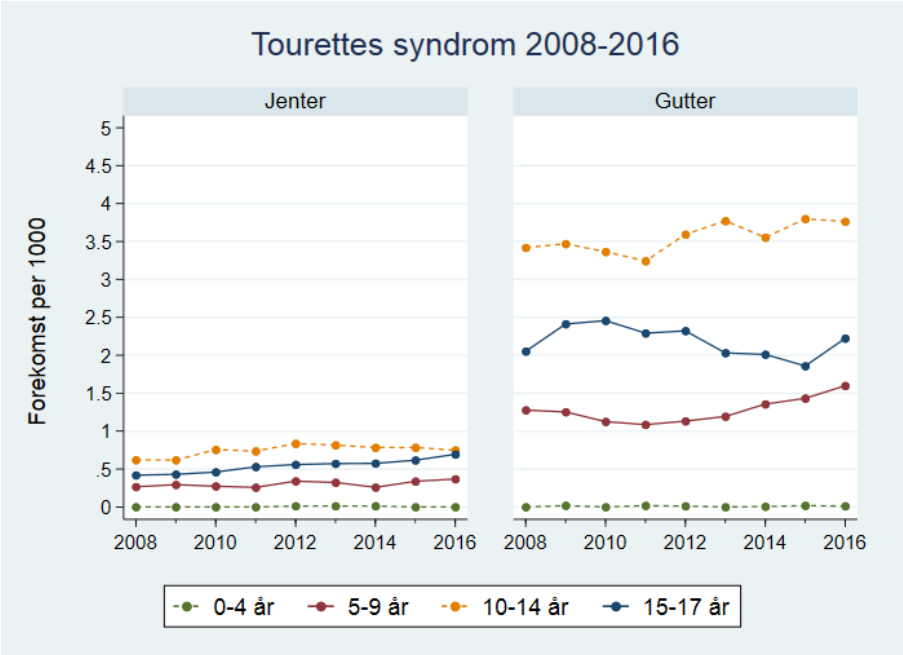
Figur 3.31 Andel barn og unge per 1000 som var registrert med diagnosekode for atferdsforstyrrelser (ICD-10-kode F91) i 2008-2016, etter kjønn og alderskategori. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.

3.5.11 Tourettes syndrom

I 2016 var totalt 1325 barn og unge registrert med diagnosekode F95.2 Tourettes syndrom. Det var en klar overhyppighet hos gutter. Forekomsten økte opp til 10-11-årsalderen, for så å synke igjen fra 14-årsalderen og oppover (Figur 3.32). Bruken av diagnosekoden har vært stabil i perioden 2008-2012 (Figur 3.33). Tallene samsvarer med funnene fra Barn i Bergen-studien, hvor forekomsten ble beregnet til 0,2 prosent for begge kjønn sett under ett.(13) På grunn av små tall er det ikke laget fylkesvise figurer for Tourettes syndrom.



Figur 3.32 Andel barn og unge per 1000 som var registrert med diagnosekode for Tourettes syndrom (ICD-10-kode F95.2) i 2016, etter kjønn og alder. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.



Figur 3.33 Andel barn og unge per 1000 som var registrert med diagnosekode for Tourettes syndrom (ICD-10-kode F95.2) i 2008-2016, etter kjønn og alderskategori. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.

3.5.12 Ulike diagnoser registrert hos samme barn

I Tabell 3.4 viser vi hvordan barn er registrert med kombinasjoner av ulike diagnoser. Beregningene inkluderer alle som var i alderen 0-17 år i årene 2008-2016. Diagnosene trenger altså ikke å være registrert samtidig, men kan ha kommet på ulike alderstrinn. Tabellen gir ikke noe fullstendig bilde av overlapp mellom ulike tilstander eller hvordan barn skifter mellom ulike tilstander over tid. Den gir likevel grunnlag for interessante observasjoner. Vi ser at mange barn er registrert med kombinasjoner av tilstandene depresjon, angstlidelser og tilpasningsforstyrrelser. Disse tilstandene er også ofte registrert hos barn som har ADHD eller spiseforstyrrelser. ADHD er også registrert hos mange barn som har autismespekterforstyrrelser og atferdsforstyrrelser.

Tabell 3.4 Kombinasjoner av diagnoser hos samme barn

	Totalt antall	Depresjon	Tilpasnings-forstyrrelse	Angst	Spise-forstyrrelse	Autismespekter-forstyrrelse	ADHD	Atferds-forstyrrelse	Tourettes syndrom
Depresjon	5854	100	13,1	12,0	3,3	2,4	8,4	1,6	0,4
Tilpasningsforstyrrelse	9853	6,8	100	6,1	1,1	1,2	6,9	1,9	0,4
Angst	10 003	7,0	6,9	100	1,5	3,3	8,4	1,9	0,8
Spiseforstyrrelser	1706	10,5	6,7	8,0	100	2,7	5,1	0,6	0,4
Autismespekterforstyrrelser	6268	1,9	1,9	4,3	0,7	100	19,7	2,4	1,9
ADHD	21 378	2,0	3,1	3,4	0,4	6,0	100	3,0	2,2
Atferdsforstyrrelser	3176	3,1	6,9	6,4	0,4	5,9	24,1	100	2,1
Tourettes syndrom	2405	1,1	2,2	4,1	0,4	7,1	26,4	3,2	100

Kombinasjoner av diagnoser registrert hos barn i alderen 0-17 år i 2008-2016. Datagrunnlag: Norsk pasientregister.

3.6 Sykdomsbyrde av psykiske lidelser hos barn og unge

Folkehelseinstituttet publiserte i 2016 en rapport om sykdomsbyrde i Norge som en del av det internasjonale Global Burden of Disease-samarbeidet.(53) Den norske rapporten inneholdt beregninger av sykdomsbyrde knyttet til psykiske lidelser, men for de fleste tilstandene var det ikke angitt separate tall for barn og unge. For aldersgruppen 5-14 år var det gjort beregninger for sykdomsbyrden ved autismespekterforstyrrelser, ADHD og psykisk utviklingshemming uten kjent årsak. Antall helsetapsjusterte leveår (per kalenderår) ble anslått til 805 for autisme-spekterforstyrrelser, 166 for ADHD og 113 for psykisk utviklingshemming uten kjent årsak. Disse tallene er for lave, da de bygger på forekomstestimater som nå er utdaterte. For ADHD og psykisk utviklingshemming er helsetapsvektene også satt svært lavt, noe som også bidrar til underestimering (helsetapsvektene er utviklet i regi av Global Burden of Disease-samarbeidet). Det bør derfor være et mål å lage bedre anslag for den totale sykdomsbyrden knyttet til psykiske lidelser hos barn i Norge.

Referanser

1. International Classification of Diseases, 10th Revision. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1990.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, USA: American Psychiatric Association; 2013.
3. Egger HL, Emde RN. Developmentally sensitive diagnostic criteria for mental health disorders in early childhood: the diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV, the research diagnostic criteria-preschool age, and the diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood-revised. Am Psychol 2011;66(2):95-106.
4. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (Revised) (DC:0-3R) Washington, DC, USA: ZERO TO THREE; 2005.
5. Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Sixth Edition utg. Chichester, West Sussex, United Kingdom: Wiley Blackwell; 2015.
6. Bedre føre var. Rapport. www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var---psykisk-helse-hels/: Folkehelseinstituttet [lest August].
7. Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. J Child Psychol Psychiatry 2006;47(3-4):276-95.
8. Huang J, Zhu T, Qu Y, Mu D. Prenatal, Perinatal and Neonatal Risk Factors for Intellectual Disability: A Systemic Review and Meta-Analysis. PLoS One 2016;11(4):e0153655.
9. Suren P, Bakken IJ, Aase H, Chin R, Gunnes N, Lie KK, et al. Autism spectrum disorder, ADHD, epilepsy, and cerebral palsy in Norwegian children. Pediatrics 2012;130(1):e152-8.
10. Lord C, Risi S, DiLavore PS, Shulman C, Thurm A, Pickles A. Autism from 2 to 9 years of age. Arch Gen Psychiatry 2006;63(6):694-701.
11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Arlington, VA, USA: American Psychiatric Association; 2000.
12. Groth C, Mol Debes N, Rask CU, Lange T, Skov L. Course of Tourette Syndrome and Comorbidities in a Large Prospective Clinical Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017;56(4):304-12.
13. Heiervang E, Stormark KM, Lundervold AJ, Heimann M, Goodman R, Posserud MB, et al. Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46(4):438-47.
14. Wichstrom L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. J Child Psychol Psychiatry 2012;53(6):695-705.
15. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010;49(10):980-9.
16. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. Arch Gen Psychiatry 2012;69(4):372-80.
17. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry 2003;60(8):837-44.
18. Angold A, Erkanli A, Farmer EM, Fairbank JA, Burns BJ, Keeler G, et al. Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and white youth. Arch Gen Psychiatry 2002;59(10):893-901.

19. Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. Pediatrics 2010;125(1):75-81.
20. Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. J Psychiatr Res 2007;41(11):959-67.
21. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42(10):1203-11.
22. Kroes M, Kalff AC, Kessels AG, Steyaert J, Feron FJ, van Someren AJ, et al. Child psychiatric diagnoses in a population of Dutch schoolchildren aged 6 to 8 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40(12):1401-9.
23. Boyle CA, Boulet S, Schieve LA, Cohen RA, Blumberg SJ, Yeargin-Allsopp M, et al. Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997-2008. Pediatrics 2011;127(6):1034-42.
24. Van Naarden Braun K, Christensen D, Doernberg N, Schieve L, Rice C, Wiggins L, et al. Trends in the prevalence of autism spectrum disorder, cerebral palsy, hearing loss, intellectual disability, and vision impairment, metropolitan atlanta, 1991-2010. PLoS One 2015;10(4):e0124120.
25. Suren P, Bakken IJ, Lie KK, Schjolberg S, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, et al. Differences across counties in the registered prevalence of autism, ADHD, epilepsy and cerebral palsy in Norway. Tidsskr Nor Laegeforen 2013;133(18):1929-34.
26. Idring S, Lundberg M, Sturm H, Dalman C, Gumpert C, Rai D, et al. Changes in prevalence of autism spectrum disorders in 2001-2011: findings from the Stockholm youth cohort. J Autism Dev Disord 2015;45(6):1766-73.
27. Atladottir HO, Gyllenberg D, Langridge A, Sandin S, Hansen SN, Leonard H, et al. The increasing prevalence of reported diagnoses of childhood psychiatric disorders: a descriptive multinational comparison. Eur Child Adolesc Psychiatry 2015;24(2):173-83.
28. Christensen DL, Baio J, Van Naarden Braun K, Bilder D, Charles J, Constantino JN, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years--Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. MMWR Surveill Summ 2016;65(3):1-23.
29. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. Int J Epidemiol 2014;43(2):434-42.
30. Zambrana IM, Pons F, Eadie P, Ystrom E. Trajectories of language delay from age 3 to 5: persistence, recovery and late onset. Int J Lang Commun Disord 2014;49(3):304-16.
31. Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, Zhang X, Smith E, O'Brien M. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. J Speech Lang Hear Res 1997;40(6):1245-60.
32. Rutter M, Caspi A, Fergusson D, Horwood LJ, Goodman R, Maughan B, et al. Sex differences in developmental reading disability: new findings from 4 epidemiological studies. JAMA 2004;291(16):2007-12.
33. Khalifa N, von Knorring AL. Tourette syndrome and other tic disorders in a total population of children: clinical assessment and background. Acta Paediatr 2005;94(11):1608-14.
34. Wichstrom L, Belsky J, Steinsbekk S. Homotypic and heterotypic continuity of symptoms of psychiatric disorders from age 4 to 10 years: a dynamic panel model. J Child Psychol Psychiatry 2017.
35. The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). Burlington, VT, USA: Research Center for Children, Youth, & Families; 2010.
36. Novik TS, Jozefiak T. Sixteen-year comparisons of parent-reported emotional and behaviour problems and competencies in Norwegian children aged 7-9 years. Nordic journal of psychiatry 2014;68(3):154-60.

37. Sellers R, Maughan B, Pickles A, Thapar A, Collishaw S. Trends in parent- and teacher-rated emotional, conduct and ADHD problems and their impact in prepubertal children in Great Britain: 1999-2008. J Child Psychol Psychiatry 2015;56(1):49-57.
38. Samdal O, Mathisen F K S, Torsheim T, Diseth Å R, Fismen A-S, Larsen T, et al. Helse og trivsel blant barn og unge. Resultater fra den landsrepresentative spørreundersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land». http://filer.uib.no/psyfa/HEMIL-senteret/HEVAS/HEMIL-rapport2016.pdf. HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen; 2016.
39. Statistikkbanken. https://www.ssb.no/statistikkbanken: Statistisk sentralbyrå [lest 13.9.2017].
40. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. Behav Sci 1974;19(1):1-15.
41. Keles S, Friborg O, Idsoe T, Sirin S, Oppedal B. Depression among unaccompanied minor refugees: the relative contribution of general and acculturation-specific daily hassles. Ethn Health 2016;21(3):300-17.
42. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40(11):1337-45.
43. Oppedal B, Azam GA, Hirsch SM, Kiamanesh P, Moe EA, Jensen L. Psykososial tilpasning og psykiske problemer blant barn i innvandrerfamilier. Rapport. https://www.fhi.no/publ/eldre/psykososial-tilpasning-og-psykiske-/. Folkehelseinstituttet; 2008.
44. Keenan K, Loeber R, Green S. Conduct disorder in girls: a review of the literature. Clin Child Fam Psychol Rev 1999;2(1):3-19.
45. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39(12):1468-84.
46. Hankin BL. Development of sex differences in depressive and co-occurring anxious symptoms during adolescence: descriptive trajectories and potential explanations in a multiwave prospective study. J Clin Child Adolesc Psychol 2009;38(4):460-72.
47. Oppedal B, Roysamb E, Heyerdahl S. Ethnic group, acculturation, and psychiatric problems in young immigrants. J Child Psychol Psychiatry 2005;46(6):646-60.
48. Oppedal B, Røysamb E. Young muslim immigrants in Norway: an epidemiological study of their psychosocial adaptation and internalizing problems. Applied Developmental Science 2007;11(3):112-25.
49. Oppedal B. Mental health among immigrant background youth in Norway. I: Trovato F, red. Migration, Health and Survival - International Perspectives. Cheltenham, United Kingdom: Edward Elgar Publishing (in press).
50. Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2015. Norsk pasientregister. https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1168/BUP-rapport%202015.pdf. Helsedirektoratet; 2016.
51. International Classification of Primary Care Second Edition (ICPC-2). Geneva, Switzerland: World Organization of Family Doctors; 1998.
52. ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging: Helsedirektoratet [lest 8.9.2017]. Tilgjengelig fra: https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd
53. Sykdomsbyrde i Norge 1990–2013. https://www.fhi.no/publ/2016/sykdomsbyrde-i-norge-1990-2013/. Folkehelseinstituttet; 2016.

FORFATTERE
Pål Surén
Leif Edvard Aarø
Heidi Aase
Inger Johanne Bakken
Kari Furu
Lars Johan Hauge
Vidar Hjellvik
Brit Oppedal
Leila Torgersen
Pål Zeiner

FAGFELLER
Mari Hysing, forsker 1, Uni Research Helse

4. Rusbrukslidelser: Skadelig bruk og avhengighet av rusmidler

Hovedpunkter

- Alkoholbrukslidelser er de hyppigst forekommende rusbrukslidelsene i Norge.
- 12-månedersforekomst av skadelig bruk eller avhengighet av alkohol er beregnet til 8,2 prosent for menn og 3,0 prosent for kvinner.
- Personer med rusbrukslidelser har ofte andre psykiske lidelser og somatiske sykdommer.
- Omlag 0,7 prosent menn og i overkant av 0,3 prosent kvinner fikk behandling for en alkoholbrukslidelse i spesialisthelsetjenesten i perioden 2010-2015.
- For andre rusbrukslidelser var det en svak økning fra i underkant av 0,8 prosent til i underkant av 0,9 prosent for menn i behandling i spesialisthelsetjenesten i perioden 2010-2015, men stabilt mellom 0,4-0,5 prosent for kvinner.
- På verdensbasis er det estimert at forekomsten av rusbrukslidelser øker.
- Alkoholkonsumet økte betydelig i Norge mellom 1973 og 2004. Vi antar derfor at det i samme periode har vært en økning i omfanget av alkoholbrukslidelser.

4.1 Om rusbrukslidelser

Rusbrukslidelser benyttes som et overordnet begrep for skadelig bruk og avhengighet av rusmidler.

Skadelig bruk av rusmidler innebærer bruk av rusmidler som har gitt påvisbare fysiske eller psykiske helseskader i en definert tidsperiode. Begrepet skadelig bruk benyttes i WHO sitt klassifikasjonssystem for sykdommer og relaterte helseproblemer (ICD). Skadelig bruk korresponderer til 'alkoholmisbruk' i DSM-IV. Vi har valgt å benytte 'skadelig bruk' gjennomgående i dette kapitlet uavhengig hvilket diagnosesystem som har dannet grunnlag for undersøkelsene inkludert her.

Rusmiddelavhengighet kjennetegnes av at brukeren har et sterkt ønske om å innta rusmiddelet, vansker med å kontrollere bruken, opprettholdt bruk tross skadelige konsekvenser og brukeren prioriterer rusmiddelinntak foran andre aktiviteter og forpliktelser. Ved rusmiddelavhengighet vil man også se en toleranseutvikling (tilvenning, behov for økende doser) og noen ganger avvenningssymptomer (abstinenser). Disse symptomene varierer i uttrykk, alvorlighetsgrad og varighet gitt type rusmiddel og omfang av bruk.

I dette kapitlet omtales skadelig bruk og avhengighet av:

- Alkohol
- vanedannende medikamenter
- opioider
- cannabis
- amfetamin

4.2 Forekomst av rusbrukslidelser

Kunnskap om forekomsten av rusbrukslidelser er i hovedsak basert på intervjuundersøkelser med bruk av diagnostiske instrumenter i utvalg av den generelle befolkningen. Se kapittel 1 for en nærmere beskrivelse av denne type studier.

Av de norske studiene basert på slike metoder er ingen gjort i et nasjonalt representativt utvalg. Det er heller ikke gjort avgrensede befolkningsstudier siden forekomst i tilfeldige utvalg i Oslo og i Sogn og Fjordane ble sammenlignet i perioden 1994-1999 (1;2). Ut over dette har det blitt gjort en studie på unge voksne tvillinger i Norge som ble intervjuet om psykiske lidelser og rusbrukslidelser i 1999-2004. I Tabell 2.1 i kapittel 2 har vi oppsummert de tre norske studiene samt de viktigste studiene av forekomst av rusbrukslidelser som er gjort internasjonalt.

4.2.1 Forekomst av de ulike lidelsene

Vi vil i det følgende omtale forekomst av de ulike rusbrukslidelsene i den voksne befolkningen (se Tabell 4.1 og 4.2).

Forekomst av skadelig bruk og avhengighet av alkohol
Alkohol er det mest brukte rusmiddelet i Norge, og alkoholbrukslidelser er også hyppigst forekommende (1;2). 12-månedersforekomst av skadelige bruk av alkohol eller avhengighet (Tabell 4.1) er på landsbasis estimert til 8,2 prosent for menn og 3,0 prosent for kvinner (3). Tallene er baserte på en vekting av studiene i Oslo og Sogn og Fjordane mot dødsårsaksstatistikk. Internasjonale studier viser svært store variasjoner, fra 1 til over 12 prosent. Livstidsforekomsten av skadelig bruk av alkohol/avhengighet (DSM-IV) var 22,7 prosent i Oslo og 9,4 prosent i Sogn og Fjordane (Tabell 4.2). Disse resultatene antydet store variasjoner mellom landsdeler på nittitallet.

I tvillingundersøkelsene, som inkluderte personer mellom 20 og 46 år, var livstidsforekomsten av skadelig bruk eller avhengighet av alkohol 9,4 prosent.

Det er store variasjoner i resultatene fra internasjonale studier. Eksempelvis gav NCS- og NESARC-studiene fra USA svært ulike resultater. Resultatene fra den nederlandske NEMESIS-studien ligner på resultater fra Oslo når det gjelder skadelig bruk av alkohol, men er betydelig lavere for alkoholavhengighet. ESEMeD-studien er utført i seks europeiske land og rapporterte om en langt lavere forekomst av alkoholbrukslidelser enn de norske studiene. Dette til tross for at fem av landene inkludert i ESEMeD-studien har høyere alkoholforbruk enn Norge. Som nevnt i kapitlet om psykiske lidelser hos voksne, er mål på livstidsforekomst usikre, og som oftest preget av underrapportering (4).

Forekomst av skadelig bruk av illegale rusmidler og stoffavhengighet
Cannabis er det mest brukte illegale rusmidlet. Tall fra SSB og Folkehelseinstituttets befolkningsstudie «En undersøkelse av rusmidler og tobakk» (5) viste at cirka 4 prosent rapporterer bruk siste 12 måneder. I overkant av 20 prosent oppga bruk av cannabis en eller flere ganger i livet (alder 16-64 år).

12-månedersforekomsten for skadelig bruk eller avhengighet av andre rusmidler enn alkohol var 0,9 prosent i Oslo-undersøkelsen og ikke målbar (0,0 prosent) i Sogn og Fjordane (Tabell 4.1). Livstidsforekomsten (Tabell 4.2) var 3,4 prosent i Oslo, 0,4 prosent i Sogn og Fjordane (1;2) og 1,8 prosent i tvilling-utvalget (6). Som for alkohol er det stor variasjon i internasjonale forekomsttall. Vi antar at personer med de alvorligste rusproblemene i liten grad deltar i befolkningsbaserte undersøkelser. Det er likevel klart at tallene er betydelig lavere enn for alkohol.

Tabell 4.1 12-månedersforekomst (%), norske og internasjonale studier.

Type rusbrukslidelse	Oslo	S og Fj	NCS	NCS-R	NEMESIS	NEMESIS-2	ESEMeD	Health 2000	DEGS1-MH	CCHS-MH	NESARC 1	NESARC 3	NSDUH-2016	Dunedin
Skadelig bruk av alkohol/avhengighet	**10,6**	**3,1**					**1,0**	**4,3**		**4,4**	**8,5**	**12,7**	**6,0**	
Skadelig bruk av alkohol		2,3	2,5	3,1	4,6	3,7		0,3	1,8		4,7			
Alkoholavhengighet		0,8	7,2	1,3	3,7	0,7		3,9	3,0		3,8			12,7
Skadelig bruk av stoff/avhengighet	**0,9**	**0,0**									**2,0**		**2,7**	
Skadelig bruk av stoff		0,0	0,8	1,4	0,5	0,9					1,4			
Stoffavhengighet		0,0	2,8	0,4	0,8	0,2					0,6			

S og Fj = Sogn og Fjordane. NCS = National Comorbidity Survey. NCS-R = National Comorbidity Survey Replication. NEMESIS = The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. ESEMeD = European Study of the Epidemiology of Mental Disorders project. DEGS1-MH=German Health Interview and Examination Survey for Adults – Mental Health Module. CCHS-MH= Canadian Community Health Survey – Mental Health. NESARC=National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. NSDUH= National Survey on Drug Use and Health Dunedin= Dunedin Multidisciplinary Health & Development Study.

Tabell 4.2 Livstidsforekomst (%), norske og internasjonale studier.

Type rusbrukslidelse	Tvilling	Oslo	S og Fj	NCS	NCS-R	NEMESIS	NEMESIS-2	ESEMeD	CCHS-MH	NESARC 1	Dunedin
Skadelig bruk av alkohol/avhengighet	**9,4**	**22,7**	**9,4**					**5,2**	**21,6**	**30,3**	
Skadelig bruk av alkohol		14,0	6,9	9,4	13,2	11,7	14,3			17,8	
Alkoholavhengighet		8,8	2,4	14,1	5,4	5,5	2,0			12,5	31,8
Skadelig bruk av stoff/avhengighet	**1,8**	**3,4**	**0,4**			**1,0**				**10,3**	
Skadelig bruk av stoff		1,5	0,1	4,4	7,9	1,5	3,8			7,7	
Stoffavhengighet		1,9	0,1	7,5	3,0	1,8	2,2			2,6	

Tvilling = Tvillingstudien ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. S og Fj = Sogn og Fjordane. NCS = National Comorbidity Survey. NCS-R = National Comorbidity Survey Replication. NEMESIS = The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. ESEMeD = European Study of the Epidemiology of Mental Disorders project. CCHS-MH=Canadian Community Health Survey – Mental Health. NESARC 1=National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Dunedin=Dunedin Multidisciplinary Health & Development Study.

4.2.2 Rusbrukslidelser i ulike deler av befolkningen

Alders- og kjønnsforskjeller
Forekomst varierer etter alder og kjønn. Alkoholbrukslidelser er vanligst blant unge voksne (mellom 18 og 35 år) (7). Alkoholbrukslidelser debuterer tidligst i begynnelsen av tenårene, og forekomsten stiger jevnt utover ungdomstiden og i ung voksen alder. I alle aldersgrupper har menn en vesentlig høyere risiko enn kvinner for å utvikle alkoholbrukslidelser. I undersøkelsene fra Oslo og Sogn og Fjordane, og tvillingstudien er alkoholbrukslidelser to til tre ganger vanligere blant menn enn blant kvinner (1;2;8). Også i internasjonale studier finner man en høyere forekomst blant menn enn blant kvinner, både for alkoholbrukslidelser og rusbrukslidelser generelt. (Se blant annet: Center for Behavioral Health Statistics and Quality (7);Hasin and Grant (9)).

Geografiske forskjeller
Problemer knyttet til alkoholbruk ser ut til å være høyere i storbyene enn ellers i landet (10). Studien til Kringlen et al. (2001, 2006) viste store forskjeller mellom Oslo og Sogn og Fjordane i forekomsten av alle typer rusbrukslidelser (1;2). Oslo hadde en langt høyere livstids- og 12-månedersforekomst enn Sogn og Fjordane. Regional variasjon i dag kan ikke utelukkes, da noen internasjonale studier antyder en svakt høyere forekomst av for eksempel skadelig bruk av alkohol og -avhengighet i urbane strøk sammenlignet med rurale strøk (11). Dette er likefullt ikke entydig, da faktorer utover befolkningstetthet og urbanitet, som sosiale og kulturelle makrofaktorer, kan påvirke alkoholbruksmønstre (12).

Sosioøkonomiske forskjeller
De fleste undersøkelser viser at personer med høy utdanning og inntekt drikker mer alkohol enn andre (10). Likevel er det færre som blir alkoholavhengige i disse gruppene sammenlignet med grupper med lav utdanning og inntekt (13). Gjentatt bruk av sterke smertestillende og beroligende midler/sovemidler forskrevet av lege henger også sammen med lav sosioøkonomisk status (14-16).

Innvandrere
I rapporten «Levekår blant innvandrere i Norge 2016» viste resultatene at om lag 50 prosent av innvandrere (60 prosent blant menn og 35 prosent blant kvinner) har drukket alkohol siste 12 måneder. Denne andelen er langt lavere enn i befolkningen for øvrig, hvor andelen ligger over 80 prosent. Andelen som rapporterte alkoholinntak siste tolv måneder varierer imidlertid betydelig med landbakgrunn. Andelen var høyest blant polske innvandrere, med omtrent 80 prosent, og lavest blant innvandrere fra Somalia og Pakistan med om lag 10 prosent blant menn og mellom en og fire prosent blant kvinner (17).

Vi mangler oversikt over skadelig bruk av illegale rusmidler og stoffavhengighet blant innvandrere. I 2013 gjennomførte Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) en undersøkelse av narkotikabrukere i aktiv rus på gateplan i syv norske byer. Av 1020 brukere var 11 prosent født utenfor Norge og 20 prosent hadde minst en forelder født utenfor Norge (18). I den landsomfattende tverrsnittstudien «Stoffmisbrukere i behandling» gjennomført ved SIRUS (19) hadde 4 prosent av pasientene innvandrerbakgrunn. I en prospektiv SIRUS-studie («Gjennom ti år») av personer i behandling for narkotikaproblemer, cirka ti år senere, rapporterte seks prosent annet fødeland enn Norge (20).

4.2.3 Utvikling over tid

På verdensbasis er det estimert at forekomst av rusbrukslidelser øker (21). Vi har ikke oppdaterte eller gjentatte målinger av forekomst av rusbrukslidelser i Norge over tid, noe som gjør det

vanskelig å fastslå utviklingen i Norge. Det er like fullt grunn til å tro at forekomst av alkoholbrukslidelser i Norge øker. Det er godt dokumentert at en økning i totalforbruket av alkohol i befolkningen er forbundet med en økning av forbruket på alle nivåer (21-23). Det betyr at det er en nær sammenheng mellom totalkonsumet i befolkningen og andelen med et svært høyt konsum. Forbruket av alkohol i Norge økte gjennom 1960- og 70- årene, gikk ned gjennom 80-årene, for deretter å øke igjen fra tidlig nittitall frem mot 2010, med påfølgende nedgang. I hele perioden sett under ett har omsetningen av alkohol økt fra 3,6 liter ren alkohol per innbygger per år i 1970 til 6,0 liter i 2015. Analyser av data fra befolkningsundersøkelser i Norge gjennom perioden 1973 – 2004 har vist at konsumet økte betydelig både for kvinner og menn, og at andelen med et svært høyt konsum økte for begge kjønn og i takt med økningen i totalkonsumet (22). Vi antar derfor at det i denne perioden har vært en økning i forekomst av alkoholbrukslidelser.

Totalkonsum og omfanget av overforbruk henger også sammen for vanedannende legemidler (24). Fra reseptregisteret ble opprettet i 2004 og frem til 2015 var omsetningen av resept-belagte sovemedisiner og beroligende legemidler (som utgjør en betydelig andel av de vane-dannende legemidlene) på omtrent samme nivå; dvs. 20,2 definerte døgndoser (DDD) per innbygger i 2004 og 19,6 DDD per innbygger i 2015. Dette kan tyde på at forekomst av rusbruks-lidelser knyttet til vanedannende legemidler har vært ganske stabilt i perioden 2004 – 2015.

Tallgrunnlaget for å beskrive trender i forekomst av skadelig bruk/avhengighet av illegale rusmidler er enda mer mangelfullt enn for de to førstnevnte gruppene av rusmidler. Vi har derfor ikke tilstrekkelig grunnlag for å si noe om utviklingen i forekomst av skadelig bruk/avhengighet av illegale rusmidler.

4.3 Samtidighet med psykiske og somatiske lidelser

Rusbrukslidelser opptrer ofte sammen med andre psykiske lidelser. Dette inkluderer samsykelighet med stemningslidelser, angst, personlighetsforstyrrelser og psykoselidelser (6;20;24-29).

Studier av norske pasientpopulasjoner fant at en høy andel av pasienter i rusbehandling også har en psykisk lidelse. I «Rus og psykiatriundersøkelsen» i Hedmark og Oppland hadde ni av ti pasienter en eller flere psykiske lidelser (30). Både i denne undersøkelsen (27;30) og i SIRUS-studien «Gjennom ti år» (20), oppfylte ca. 70 prosent av pasientene kriteriene for en eller flere personlighetsforstyrrelser.

Det er uklart i hvilken grad psykiske lidelser utvikler seg som en følge av rusmiddelbruk, i hvilken grad de psykiske lidelsene opptrer før rusmiddelbruken, eller i hvilken grad felles risikofaktorer fører til både psykiske lidelser og rusmiddelbruk. Sammenhengen mellom rus og psykiske lidelser skyldes neppe utelukkende delte risikofaktorer. Antakeligvis er det gjensidig påvirkning mellom rus og psykiske lidelser (31-33).

Det er også en overhyppighet av somatisk sykdom blant personer med rusbrukslidelser. Dette kan skyldes de direkte skadelige virkningene av rusbruken (34) eller sviktende egenomsorg, som disponerer for både smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer gjennom mangelfull ernæring, fysisk inaktivitet og sosial isolasjon. Evnen til oppfølging av somatisk sykdom er gjerne også svekket (5;34;35). Et høyt alkoholinntak over tid kan føre til utvikling av leversykdom, kreft i fordøyelsesorganene, hjerneorganiske forandringer og nevrologiske lidelser. Sprøytebruk gir stor risiko for blodbanerelaterte sykdommer. Andelen med Hepatitt C smitte er høy blant de som injiserer og utgjør et omfattende helseproblem hvis tilstanden forblir ubehandlet. Fosterskader ved bruk av alkohol i svangerskap er godt kjent. En aktuell

problemstilling hvor det mangler tilstrekkelig kunnskap er bruken av LAR-medikamenter under svangerskap og hvordan disse påvirker fosteret og barnets utvikling senere (36;37).

4.4 Kontakt med helsetjenesten for rusbrukslidelser

4.4.1. Hvor mange med rusbrukslidelser oppsøker helsetjenesten?

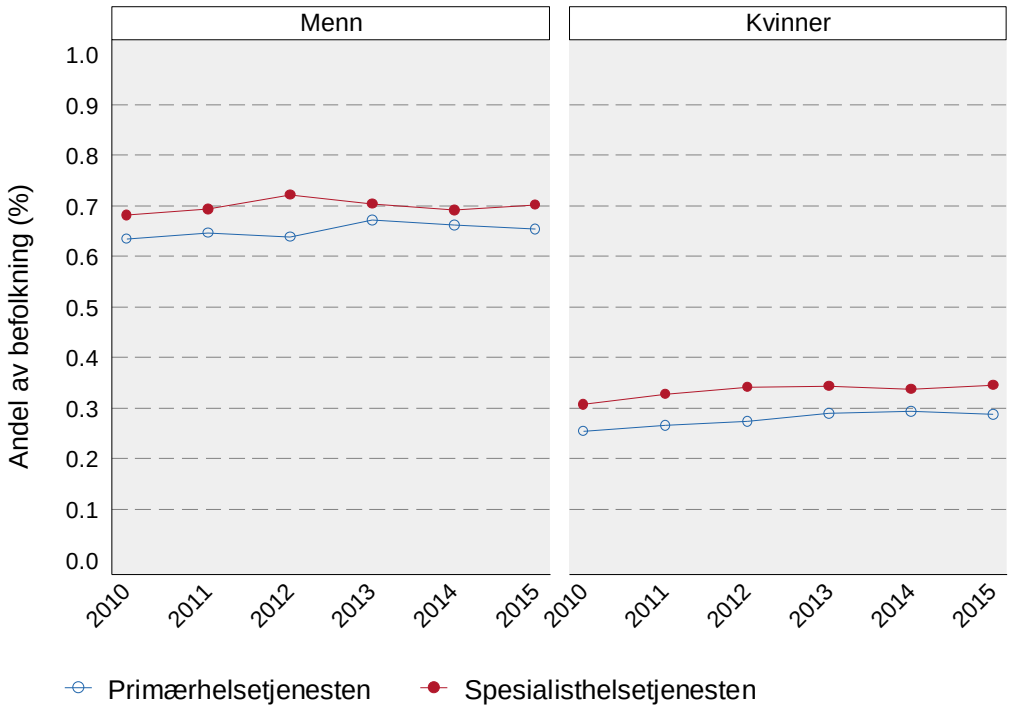
For de vanligste formene for psykiske lidelser, det vil si depressive lidelser, angstlidelser og alkoholrelaterte lidelser, har kun et mindretall vært i kontakt med helsevesenet for lidelsene (9;26;38-41). I USA hadde kun 24 prosent av personer med alkoholavhengighet noensinne mottatt behandling og 12 prosent siste år. For skadelig alkoholbruk var tallene enda lavere (7 og 3 prosent) (9). Det finnes en studie av dette i Norge. Blant personer som ble deltok i diagnostiske intervjuer og ble diagnostisert med alkoholmisbruk ble kun 3 prosent registrert med alkoholmisbruk i primærhelsetjenesten og 7 prosent i spesialisthelsetjenesten. En større andel (40 prosent og 19 prosent) var i kontakt med primær- og spesialisthelsetjenesten med psykiske plager eller lidelser, men de fleste av disse ble altså ikke registret med eller behandlet for alkoholmisbruket (42).

Behandlingsdekning henger sammen med flere faktorer; størrelsesorden og tilgang på behandlingsapparatet, hvordan behandlingstiltakene er tilrettelagt for å imøtekomme de ulike rusbrukslidelsene og om behandlingstiltakene oppleves relevante for de som trenger behandling slik at de benytter de spesialiserte tiltakene. Videre kan manglende opplevd behov for behandling, opplevd stigmatisering og behandlingspessimisme påvirke hvorvidt man søker behandling og behandlingsdekning (9). Data fra behandlingsapparatet kan dermed gi et bilde av andel av befolkningen som er i behandling for rusbrukslidelser og utviklingen over tid, men må ikke forveksles med kunnskap om den reelle forekomsten av problemet i befolkningen.

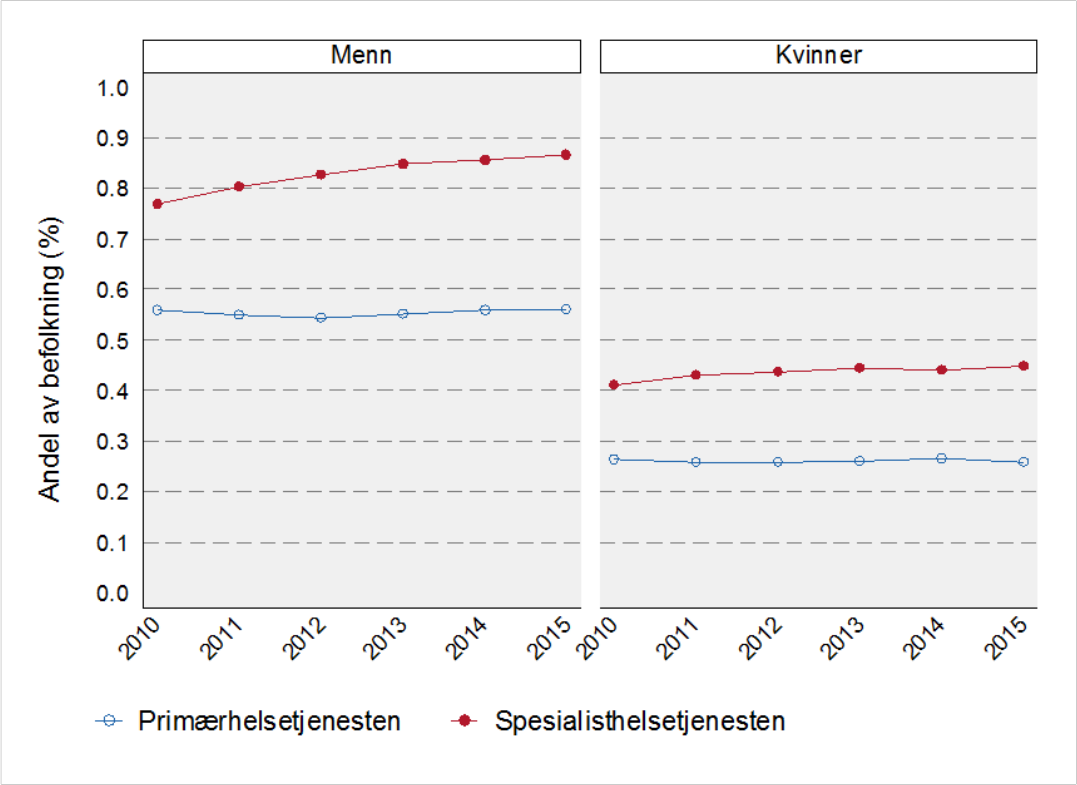
4.4.2 Andel av befolkningen registrert med en rusbrukslidelse i helsetjenesten

Pasienter som mottar behandling for rusbrukslidelser i Psykisk Helsevern (PHV) og i Tverrfaglig Spesialisert Behandling (TSB) registreres i Norsk pasientregister (NPR). Behandling i primærhelsetjenesten registreres i databasen for kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR).

Figur 1 og 2 viser andel av befolkningen i alderen 18-79 år som mottar behandling i primær- (fastlege) og spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling) for rusbrukslidelse i perioden 2010-2015 fordelt på kjønn. For alkoholbrukslidelser (figur 1) er andelen av befolkningen som er i behandling i spesialisthelsetjenesten om lag 0,7 prosent for menn og i overkant av 0,3 prosent for kvinner i hele perioden. Andelen som er i behandling i primærhelsetjenesten er noe lavere for begge kjønn. For andre rusbrukslidelser (figur 2) er det en svak økning fra i underkant av 0,8 prosent til i underkant av 0,9 prosent for menn, men stabilt mellom 0,4-0,5 prosent for kvinner. Andel i behandling for andre rusbrukslidelser i primær-helsetjenesten var lavere enn for spesialisthelsetjenesten, og stabil for begge kjønn i hele perioden. Det er viktig å merke seg at i figur 1 og 2 kan pasienter kan være registrert i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Graden av overlapp er ikke gjort rede for i de presenterte analysene.



Figur 4.1 Andel av befolkningen 18-79 år registrert med diagnosekode for alkoholbrukslidelser i primærhelsetjenesten (ICPC-2 P15, P16) og i spesialisthelsetjenesten (ICD-10 F10), 2010-2015. Standardbefolkning 2015.



Figur 4.2 Andel av befolkningen 18-79 år registrert med diagnosekode for legemiddel- og stoffbrukslidelse i primærhelsetjenesten (ICPC-2 P18, P19) og i spesialisthelsetjenesten (ICD-10 F11-F19), 2010-2015. Standardbefolkning 2015.

4.5 Risikofaktorer

Tilgang til rusmidler er en forutsetning for å utvikle en rusbrukslidelse, og økonomisk tilgjengelighet har stor betydning for bruksnivået i befolkningen (43;44). Det er en klar sammenheng mellom det totale konsumet i befolkningen og omfanget av rusbrukslidelser og skader i befolkningen, mens individuelle risikofaktorer vil være avgjørende for hvem som utvikler en rusbrukslidelse. I likhet med andre psykiske lidelser vet vi lite om de spesifikke utviklingsveiene for rusbrukslidelser. Trolig er det et komplekst samspill mellom et stort antall miljømessige og genetiske risikofaktorer, hver enkelt med relativt små effekter.

Genetisk betinget sårbarhet, trekk ved oppvekstfamilie og nærmiljø, psykososiale utfordringer og lav sosioøkonomisk status bidrar til å øke risikoen for å utvikle alvorlige rusmiddelproblemer (35;45). De ulike faktorene kan samvirke på forskjellige måter og variere over livsløpet. Tall fra norske og utenlandske tvillingstudier viser at rundt halvparten av de samlede risikofaktorene for å utvikle rusbrukslidelser utgjøres av genetiske forskjeller mellom individer (6;8;46;47). Risikofaktorer som følelsesmessige krenkelser, mobbing og fysiske og seksuelle overgrep i oppveksten har blitt rapportert som sentrale risikofaktorer i to norske behandlingsstudier. Rundt 50 prosent i begge studier rapporterte om en oppvekst hvor minst én av foreldrene hadde et betydelig rusproblem (19;20). I begge studier var opplevde skoleproblemer, lavt utdanningsnivå og lav yrkesaktivitet et gjennomgående funn.

4.6 Konsekvenser av rusmiddelbruk

4.6.1 Ved bruk av de ulike substansene

Alkoholbrukslidelser er knyttet både til andre psykiske lidelser, somatisk sykdom og tidlig død (12;35). Utvikling fra bruk via skadelig bruk til avhengighet kan være en langvarig og gradvis prosess, og ofte erkjennes det ikke at alkoholbruken er blitt problematisk før langt ut i forløpet.

Bruk av opioider (heroin, morfin) er sterkt avhengighetsskapende ved gjentatt inntak (12;35). Livstruende overdoser er mer vanlig ved bruk av opioider som heroin, særlig ved injeksjon. Faren for overdoser øker ved flerbruksproblematikk, spesielt i kombinasjon med sedativa eller alkohol.

Cannabis er mindre avhengighetsskapende enn opioider, men avhengighet kan utvikles ved gjentatt bruk og kan oppleves som sterk (12;35). Langvarig bruk kan øke risikoen for angst og depresjonssymptomer, i enkelte tilfeller utløse psykose samt komplisere behandlingen av eventuelle samtidige psykiske lidelser.

Skadelig bruk av amfetamin over kort tid kan utløse langvarige perioder med psykiske lidelser, selv etter lengre tids avbrutt inntak av stoffene (12;35). Ved overdose eller omfattende skadelig bruk av amfetamin og metamfetamin kan det oppstå behandlingstrengende somatiske tilstander eller psykose.

Vanedannende legemidler brukes i behandling av pasienter med både somatiske og psykiske lidelser (12;35). Oftest anbefales korttidsbehandling med disse medikamentene, men en betydelig andel utvikler langvarig og avhengighetspreget bruk, ofte i kombinasjon med alkohol og/eller illegale rusmidler. Avhengighetsgraden kan bli sterk.

4.6.2 Sykdomsbyrde grunnet rusbrukslidelser

Bruk av alkohol og illegale rusmidler er blant de viktigste risikofaktorene for død før fylte 70 år i Norge (48). Folkehelseinstituttets rapport "Sykdomsbyrde i Norge 1990 – 2013" (2016) viser at rusbrukslidelser bidrar betydelig til helsetap og tapte leveår i Norge (49). Alkoholbrukslidelser

er i 2013 rangert på 25. plass over tilstander som bidrar mest til den totale sykdomsbyrden i Norge (DALY). For både tapte leveår og helsetap på grunn av alkoholbrukslidelser er det menn som står for om lag 80 prosent av disse sykdomsbyrdemålene. Fra 1990 til 2013 sees en signifikant økning i ikke-dødelig helsetap (YLD) som skyldes alkoholbrukslidelse. Økningen er spesielt stor blant kvinner. Dette forklares med økningen av alkoholbruk blant kvinner, og at kvinner nå gjerne drikker gjennom store deler av voksenlivet (49).

Sykdomsbyrden som følge av rusbrukslidelse knyttet til illegale rusmidler er også betydelig. Disse rusbrukslidelsene var i 2013 på 9. plass over tapte leveår og på 20. plass over ikke-dødelig helsetap (49). Det er store forskjeller mellom menn og kvinner. Mens disse lidelsene var 9. viktigste årsaken til tapte leveår blant menn i 2013, var det den 19. viktigste årsaken til tapte leveår blant kvinner. Dette gjenspeiler både at det er en høyere andel menn enn kvinner med denne type rusbrukslidelse, og at menn som dør av sin rusbrukslidelse generelt dør tidligere enn kvinnene som dør. Kvinner med en rusbrukslidelse har også lavere dødelighet enn menn med rusbrukslidelse.

Det er store forskjeller mellom de ulike rusmidlenes bidrag til tapte leveår. I perioden 1990-2013 var det størst økning for tapte leveår som følge av rusbrukslidelser grunnet bruk av illegale rusmidler (overdoser). Antall tapte leveår for dette ble doblet i perioden, og gikk fra en 32. plass i 1990 til en 9. plass i 2013. I Global Burden of Disease (GBD) 2013 havner Norge på en 8. plass blant verdens land når det gjelder raten av dødsfall i aldersgruppen 15-49 år som skyldes opioidbruk (3,58 per 100 000). Tar man med alle dødsfall som skyldes en rusbruks-lidelse, havner Norge også her på en 8. plass med hele 9,63 dødsfall per 100 000 innbygger i alderen 15-49 år. Rusbrukslidelsene med cannabis som hovedtilstand (F12) medførte ifølge rapporten ingen tapte leveår i Norge i 2013.

Sykdomsbyrdeberegningene benytter et datagrunnlag med strenge inklusjonskriterier, og datagrunnlaget til blant annet rusbrukslidelser er mangelfullt i Norge. På grunn av vansker med å identifisere rusbrukslidelser og alvorlig rusmiddelbruk i befolkningen antas det at estimatene av rusbrukslidelser og deres andel av total sykdomsbyrde er konservative. Merk også at i sykdomsbyrde-systemet defineres alkoholbrukslidelse og rusbrukslidelser først og fremst som avhengighet og ikke bare skadelig bruk av det aktuelle i rusmiddelet.

4.6.3 Rusmiddelutløste dødsfall

I Norge ble det i 2015 registrert 349 alkoholutløste dødsfall og 289 narkotikautløste dødsfall (50;51). Rusmiddelutløste dødsfall omfatter dødsfall hvor inntak av alkohol eller narkotika regnes som underliggende dødsårsak, dvs. at inntak av rusmiddelet gir en skade som startet rekken av sykelige tilstander som førte direkte til døden (50;51). Definisjonen omfatter ikke voldsomme dødsfall som ulykker og overfall, men den omfatter selvmord hvor rusmidler var underliggende dødsårsak (52). Rusmidler kan ha negative konsekvenser og være medvirkende til dødsfall også ved mange andre dødsårsaker (50;51). Eksempelvis henger alkoholbruk sammen med en økt risiko for enkelte krefttyper. Antallet registrerte alkoholutløste dødsfall utgjør derfor kun en liten del av den totale dødeligheten forbundet med alkoholbruk.

Alkoholutløste dødsfall omfatter i hovedsak sykdommer knyttet til langvarig og høyt alkoholinntak som avhengighet og kronisk leversykdom. Disse dødsårsakene omfatter hver ca 40 prosent av dødsfallene. Alkoholforgiftning har vært dødsårsak i ca 10 prosent av dødsfallene (51). Av de døde var 75 prosent menn og gjennomsnittsalder var 64 år Fra 1996 til 2015 falt antall alkoholutløste dødsfall med 21 prosent. Målt opp mot befolkningsveksten har det vært en markant nedgang i alkoholutløst dødelighet, særlig blant menn (51).

Av narkotikautløste dødsfall skyldes 83 prosent bruk av opioider (50). Av de døde var 71 prosent menn og gjennomsnittsalder var 43 år. I 2015 var 12 prosent av de døde over 60 år og 9 prosent under 24 år. Fra 1996 til 2001 økte antall narkotikautløste dødsfall kraftig, etterfulgt av en nedgang frem til 2003 og deretter en stabilisering. Målt opp mot befolkningsveksten har det ikke vært noen nedgang i narkotikautløst dødelighet de siste par år (50).

4.6.4 Vansker og konsekvenser for pårørende

Å vokse opp i et hjem hvor en eller begge foreldre har rusmiddelproblemer kan ha alvorlige konsekvenser for barn. I en rapport fra Folkehelseinstituttet ble det estimert at 8 prosent av norske barn har minst en forelder som tilfredsstiller de diagnostiske kriteriene for en alkoholbrukslidelse, mens om lag 3 prosent av norske barn har en forelder med alvorlig grad av skadelig bruk (3). I tillegg til genetisk sårbarhet, vil en familiesituasjon med rusmiddelproblemer hos de voksne øke risiko for utrygghet, sosial isolasjon, ulike former for krenkelser, overgrep og omsorgssvikt (3;53;54). Barn vil kunne gå inn i roller som er for vanskelige for deres alder og overta oppgaver og funksjoner som er knyttet til foreldreansvar grunnet manglende oppfølging fra foresatte.

Rusmiddelbruk vil også kunne påvirke partnerforhold negativt (55). Risiko for vold i par- og familierelasjoner er høyere i familier med rusbrukslidelser (56).

4.6.5 Samfunnsmessige konsekvenser

Rusbrukslidelser har store konsekvenser for samfunnet. Kostnader til somatisk behandling, psykisk helsevern og spesialisert rusmiddelbehandling er betydelige. I tillegg har personer som trenger behandling for sin rusmiddelbruk ofte lav arbeidsdeltakelse (21;57) og utgiftene til ulike trygdeordninger og sosialhjelpsstønad er omfattende. En sammenstilling av data fra NPR med data om arbeidstilknytning fra SSB (2010) viser at kun 44 prosent av pasienter i spesialistbehandling for skadelig bruk/avhengighet av alkohol hadde vært i arbeid siste år. For pasienter med annen form for rusbrukslidelse var andelen 25 prosent. I studien «Gjennom 10 år» hadde 19 prosent av narkotikabrukere i behandling hatt arbeidsinntekt siste måned (20).

Gjelsvik (2004) beregnet de samfunnsmessige kostnadene av alkoholbruk for samfunnet. Han kom frem til at 70 prosent av kostnadene var knyttet til arbeidslivet (58). I en gjennomgang av den norske forskningen som har belyst mulige konsekvenser av rusmiddelbruk for arbeidslivet, fremgår det at fokus har vært på et begrenset antall konsekvenser, i all hovedsak på negative konsekvenser av alkoholbruk og primært på alkoholrelatert sykefravær og ineffektivitet (59;60). Videre har fokuset være på alkoholbruk og ikke spesifikt på alkoholbrukslidelser. Torvik og medarbeidere (2016) har imidlertid gjennomført en studie av unge arbeidstakere hvor det ble benyttet diagnostiske intervjuer (61). Denne viste at alkoholbrukslidelse bidro lite til langtidssykefravær når man kontrollerte for andre samtidige psykiske lidelser. Det foreligger mindre forskning på konsekvenser av annen rusmiddelbruk for arbeidslivet (59;60).

4.7 Forebygging av skadelig rusmiddelbruk og avhengighet

Forebygging av rusbrukslidelser i befolkningen innebærer å motvirke risikofaktorene og styrke beskyttelsesfaktorene (62). Effektiv forebygging av rusbrukslidelser krever koordinerte tiltak på internasjonalt, nasjonalt og regionalt nivå.

Ettersom tilgjengelighet av rusmidler er en forutsetning for å utvikle rusmiddelproblemer, er strukturelle tiltak som reduserer tilgang et viktig virkemiddel. Effekten av slike virkemidler er mest studert i forhold til alkohol.

Det er som tidligere nevnt, en nær sammenheng mellom totalkonsum av alkohol og andel av befolkningen med risikofylt høyt konsum (22;23). Tiltak som effektivt reduserer totalkonsumet, vil følgelig også redusere omfanget av høykonsumenter og formodentlig også omfanget av rusbrukslidelser (63).

En omfattende internasjonal forskningslitteratur konkluderer ganske entydig med at kontrollpolitiske virkemidler som reduserer økonomisk og fysisk tilgjengelighet av alkohol generelt vil redusere totalkonsumet av alkohol (43;64-66). Disse virkemidlene omfatter prisregulering (som høye særavgifter) (67-69) og tilgjengelighetsregulering gjennom begrensning av antall salgs- og skjenkesteder og begrensning av salgs- og skjenketider (43;70-72).

Utover strukturelle tiltak vil universelle tiltak som søker å redusere etterspørselen av rusmidler også bidra til å redusere omfanget av rusbrukslidelser. Forebygging bør omfatte hele livsløpet, men med et spesielt fokus på ungdomstiden, og finne sted i samarbeid med nærmiljøet, som skole og arbeidsplass.

Selektiv forebygging retter seg mot risikogrupper og risikosituasjoner. Oppvekst i hjem hvor en eller begge foreldre har rusmiddelproblemer øker risiko for at barnet selv utvikler slike problemer (45;73;74). I Norge er innsats overfor barn som er pårørende intensivert de siste årene. Lovendringer er gjort slik at helsepersonell nå har større ansvar for å vurdere barns hjelpebehov når foreldre kommer i behandling for rusbrukslidelser og andre psykiske lidelser. Barn og unge med store lære- og atferdsvansker i grunnskolen synes å være overrepresentert blant pasienter med skadelig bruk/avhengighet av narkotika i det norske spesialiserte behandlingsapparatet som mottar pasienter med rusbrukslidelser (19;20). Skolen er derfor vesentlig som arena for å fange opp tidlig problemutvikling og forvalte nødvendige ressurser til å styrke faglige tilbud og psykososiale tiltak. Styrking av kompetanse, ressurstilgang og mulighet for tett samarbeid mellom skole og hjem, barnevern og psykisk helsevern for barn og ungdom er sentralt.

En utfordring for tiltaks- og behandlingsapparatet er å nå unge med rusmiddelproblemer tidlig nok. Tidlige og koordinerte intervensjoner overfor en ofte sammensatt og kompleks problemsituasjon kan forebygge lange og kostbare behandlingsforløp. Det er vedtatt en ny opptrappingsplan for rusfeltet 2016-2020 (75). Sentralt i denne er det å styrke forebyggings - og behandlingsforløpet og arbeide for sammenhengende koordinerte tjenester. De kommunale tjenestene fremheves som viktige satsningsområder.

I et forsøk på å forebygge de høye overdosedødsfallene i Norge er det igangsatt en nasjonal overdosestrategi 2014-2017 «Javisst kan du bli rusfri – men først må du overleve» (76). Hovedmålet med strategien er å redusere antallet overdoser med dødelig utgang, blant annet ved å komme til med livreddende hjelpetiltak etter overdoser så raskt som mulig. Det vil legges til rette for en overgang fra inntak av rusmidler med sprøyte til mindre skadelige inntaksmåter. Man vil bistå i utvikling av kommunale handlingsplaner mot overdose gjennom et læringsnettverk i de hardest rammede kommunene, gjøre livreddende motgift tilgjengelig for brukere og andre i et forskningsprosjekt i Oslo og Bergen samt styrke overdoseforebyggende fokus i eksisterende tiltak.

Referanser

1. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. Am J Psychiatry 2001;158(7):1091-8.
2. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006;41(9):713-9.
3. Torvik FA, Rognmo K. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011. Rapport 2011:4. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/publ/2011/barn-av-foreldre-med-psykiske-lidel/
4. Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Kokaua J, Milne BJ, Polanczyk G, et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. Psychol Med 2010;40(6):899-909.
5. Skretting A, Vedøy T, Lund K, Bye E, red. Rusmidler i Norge 2016: alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/publ/2017/rusmidler-i-norge-2016/
6. Kendler KS, Aggen SH, Tambs K, Reichborn-Kjennerud T. Illicit psychoactive substance use, abuse and dependence in a population-based sample of Norwegian twins. Psychol Med 2006;36(7):955-62.
7. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Results from the 2016 national survey on drug use and health: detailed tables: revalence estimates, standard errors, P values, and sample sizes. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-DetTabs-2016/NSDUH-DetTabs-2016.pdf
8. Ystrom E, Kendler KS, Reichborn-Kjennerud T. Early age of alcohol initiation is not the cause of alcohol use disorders in adulthood, but is a major indicator of genetic risk. A population-based twin study. Addiction 2014;109(11):1824-32.
9. Hasin DS, Grant BF. The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2015;50(11):1609-40.
10. Clench-Aas J, Rognerud M, Dalgard O-S. Psykisk helse i Norge: levekårsundersøkelsen 2005: tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009. Rapport 2009:6. Tilgjengelig fra: https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/220517
11. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl 2004;(420):47-54.
12. Dixon MA, Chartier KG. Alcohol Use Patterns Among Urban and Rural Residents: Demographic and Social Influences. Alcohol Res 2016;38(1):69-77.
13. Østhus S, Mäkelä P, Norström T, Rossow I. Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert sykelighet og dødelighet. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. IS-2474. Tilgjengelig fra: https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/sosial-ulikhet-i-alkoholbruk-og-alkoholrelatert-sykelighet-og-dodelighet
14. Hartz I, Selmer R, Tverdal A, Skille E, Skurtveit S. 608. Does Patterns of Maternal Use of Potentially Addictive Drugs Reproduce in Their Children? Pharmacoepidemiol Drug Saf 2011;20(Suppl 1):S265.
15. Log T, Skurtveit S, Selmer R, Tverdal A, Furu K, Hartz I. The association between prescribed opioid use for mothers and children: a record-linkage study. Eur J Clin Pharmacol 2013;69(1):111-8.
16. Svendsen K, Fredheim OM, Romundstad P, Borchgrevink PC, Skurtveit S. Persistent opioid use and socio-economic factors: a population-based study in Norway. Acta Anaesthesiol Scand 2014;58(4):437-45.

17. Vrålstad S, Wiggen KS, red. Levekår blant innvandrere i Norge 2016. Oslo/Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå; 2017. Rapporter 2017/13. Tilgjengelig fra: http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/309211?_ts=15c2f714b48
18. Gjersing L, Sandøy TA. Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning; 2014. SIRUS-rapport 1/2014. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/sirusrap.1.14.pdf
19. Lauritzen G, Waal H, Amundsen A, Arner O. A Nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment: Methods and Findings. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 1997;14(1 suppl):43-63.
20. Lauritzen G, Ravndal E, Larsson J. Gjennom 10 år: en oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning 2012. SIRUS-rapport 6/2012.
21. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2013;382(9904):1575-86.
22. Rossow I, Mäkelä P, Kerr W. The collectivity of changes in alcohol consumption revisited. Addiction 2014;109(9):1447-55.
23. Skog OJ. The collectivity of drinking cultures: a theory of the distribution of alcohol consumption. Addiction 1985;80(1):83-99.
24. Rossow I, Bramness JG. The total sale of prescription drugs with an abuse potential predicts the number of excessive users: a national prescription database study. BMC Public Health 2015;15(1):288.
25. Andreas JB, Lauritzen G, Nordfjærn T. Co-occurrence between mental distress and poly-drug use: a ten year prospective study of patients from substance abuse treatment. Addict Behav 2015;48:71-8.
26. Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry 2006.
27. Landheim A, Bakken K, Vaglum P. Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren Norsk Epidemiologi 2002;12(3):309-18.
28. Long EC, Aggen SH, Neale MC, Knudsen GP, Krueger RF, South SC, et al. The association between personality disorders with alcohol use and misuse: A population-based twin study. Drug Alcohol Depend 2017;174(Supplement C):171-80.
29. Torvik FA, Rosenström TH, Ystrom E, Tambs K, Røysamb E, Czajkowski N, et al. Stability and change in etiological factors for alcohol use disorder and major depression. J Abnorm Psychol 2017;126(6):812-22.
30. Bakken K, Landheim AS, Vaglum P. Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? Alcohol Alcohol 2003;38(1):54-9.
31. Cerdá M, Sagdeo A, Galea S. Comorbid Forms of Psychopathology: Key Patterns and Future Research Directions. Epidemiol Rev 2008;30(1):155-77.
32. Chassin L, Sher KJ, Hussong A, Curran P. The developmental psychopathology of alcohol use and alcohol disorders: Research achievements and future directions. Dev Psychopathol 2013;25(4 0 2):1567-84.
33. Schulenberg JE, Maggs JL. A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. J Stud Alcohol Suppl 2002;(14):54-70.
34. van Amsterdam J, Pennings E, Brunt T, van den Brink W. Physical harm due to chronic substance use. Regul Toxicol Pharmacol 2013;66(1):83-7.
35. Mørland J, Waal H. Rus og avhengighet. Oslo: Universitetsforlaget; 2015.
36. Berg R, Winsvold A, Kornør H, Øverland S, Smedslund G, Hammerstrøm KT, et al. Medikamentell vedlikeholdsbehandling av gravide med opioidavhengighet. Oslo:

Kunnskapssenteret; 2008. Rapport fra Kunnskapsenteret. 31-2008. Tilgjengelig fra: http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/medikamentell-vedlikeholdsbehandling-av-gravide-med-opioidavhengighet?vis=sammendrag

37. Bakstad B, Welle-Strand G. Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. Nasjonale faglige retningslinjer IS-1876. Tilgjengelig fra: https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/454/Nasjonal-retningslinje-for-gravide-i-lar-og-oppfolging-utgave-som-trykkes-lar-IS-1876.pdf
38. Grella CE, Karno MP, Warda US, Moore AA, Niv N. Perceptions of Need and Help Received for Substance Dependence in a National Probability Survey. Psychiatr Serv 2009;60(8):1068-74.
39. Oleski J, Mota N, Cox BJ, Sareen J. Perceived need for care, help seeking, and perceived barriers to care for alcohol use disorders in a national sample. Psychiatr Serv 2010;61(12):1223-31.
40. Park-Lee E, Lipari RN, Hedden SL, Kroutil LA, Porter JD. Receipt of services for substance use and mental health issues among adults: results from the 2016 national survey on drug use and health. Rockville, MD: Substance Use and Mental Health Services Administration; 2016. NSDUH Data Review. Tilgjengelig fra: https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-ServiceUseAdult-2015/NSDUH-ServiceUseAdult-2015/NSDUH-ServiceUseAdult-2015.htm
41. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. Arch Gen Psychiatry 1993;50(2):85-94.
42. Torvik FA, Ystrom E, Gustavson K, Rosenström TH, Bramness JG, Gillespie N, et al. Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries. Acta Psychiatr Scand 2017;[Ahead of print].
43. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No Ordinary Commodity–a summary of the second edition. Addiction 2010;105(5):769-79.
44. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. Addiction 2010;105(5):817-43.
45. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The social epidemiology of substance use. Epidemiol Rev 2004;26(1):36-52.
46. Kendler KS, Jacobson KC, Prescott CA, Neale MC. Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. Am J Psychiatry 2003;160(4):687-95.
47. Verhulst B, Neale MC, Kendler KS. The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. Psychol Med 2015;45(5):1061-72.
48. Knudsen AK, Tollånes MC, Haaland ØA, Kinge JM, Skirbekk V, Vollset SE. Sykdomsbyrde i Norge 2015: resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015). Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/publ/2017/sykdomsbyrde-i-norge-2015/
49. Knudsen AK, Kinge JM, Skirbekk V, Vollset SE, red. Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013: resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2013 (GBD 2013). Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016. Rapport 2016:1. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/publ/2016/sykdomsbyrde-i-norge-1990-2013/
50. Amundsen EJ. Narkotikautløste dødsfall i Norge i 2015 [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 4. november 2016; lest 22. september 2017]. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/hn/statistikk/statistikk2/narkotikautloste-dodsfall-i-norge-i-2015/
51. Amundsen EJ. Alkoholutløste dødsfall i Norge i 2015 [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 3. februar 2017; lest 22. september 2017]. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/hn/statistikk/statistikk2/alkoholutloste-dodsfall-i-norge-i-2015/

52. Darke S, Degenhardt L, Mattick R. Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
53. Haugland BSM, Ytterhus B, Dyregrov K. Barn som pårørende. Oslo: Abstrakt; 2012.
54. Killén K, Olofsson M. Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer. Oslo: Kommuneforlaget; 2003.
55. Torvik FA, Røysamb E, Gustavson K, Idstad M, Tambs K. Discordant and Concordant Alcohol Use in Spouses as Predictors of Marital Dissolution in the General Population: Results from the Hunt Study. Alcohol Clin Exp Res 2013;37(5):877-84.
56. Moore BC, Easton CJ, McMahon TJ. Drug Abuse and Intimate Partner Violence: A Comparative Study of Opioid-Dependent Fathers. Am J Orthopsychiatry 2011;81(2):218-27.
57. Degenhardt L, Whiteford HA, Ferrari AJ, Baxter AJ, Charlson FJ, Hall WD, et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2013;382(9904):1564-74.
58. Gjelsvik R. Utredningen av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol. Bergen: Rokkansenteret; 2004. Notatserie i helseøkonomi nr 07/04.
59. Edvardsen HME, Moan IS, Christophersen AS, Gjerde H. Use of alcohol and drugs by employees in selected business areas in Norway: a study using oral fluid testing and questionnaires. J Occup Med Toxicol 2015;10(1):46.
60. Moan IS. Arbeidstakeres alkoholbruk og konsekvenser for arbeidslivet – sykefravær, nedsatt yteevne, ulykker og arbeidsledighet. I: Sagvaag H, Sikveland B, red. Alkohol + arbeidsliv = sant? En vitenskapelig antologi. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014. s. 203-14.
61. Torvik FA, Reichborn-Kjennerud T, Gjerde LC, Knudsen GP, Ystrom E, Tambs K, et al. Mood, anxiety, and alcohol use disorders and later cause-specific sick leave in young adult employees. BMC Public Health 2016;16(1):702.
62. World Health Organization, Deptartment of Mental Health and Substance Abuse, Prevention Research Centre, Universities of Nijmegen and Maastricht. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report. Geneva: World Health Organization; 2004. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
63. Norström T, Norström T, Ramstedt M, Norström T, Ramstedt M. Mortality and population drinking: a review of the literature. Drug Alcohol Rev 2005;24(6):537-47.
64. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. Lancet 2009;373(9682):2234-46.
65. Giesbrecht N, Wettlaufer A, Cukier S, Geddie G, Gonçalves A-H, Reisdorfer E. Do alcohol pricing and availability policies have differential effects on sub-populations? A commentary. Int J Alcohol Drug Res 2016;5(3):89-99.
66. Martineau F, Tyner E, Lorenc T, Petticrew M, Lock K. Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews. Prev Med 2013;57(4):278-96.
67. Elder RW, Lawrence B, Ferguson A, Naimi TS, Brewer RD, Chattopadhyay SK, et al. The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. Am J Prev Med 2010;38(2):217-29.
68. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. Addiction 2009;104(2):179-90.
69. Wagenaar AC, Tobler AL, Komro KA. Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review. Am J Public Health 2010;100(11):2270-8.
70. Bryden A, Roberts B, McKee M, Petticrew M. A systematic review of the influence on alcohol use of community level availability and marketing of alcohol. Health Place 2012;18(2):349-57.
71. Hahn RA, Kuzara JL, Elder R, Brewer R, Chattopadhyay S, Fielding J, et al. Effectiveness of policies restricting hours of alcohol sales in preventing excessive alcohol consumption and related harms. Am J Prev Med 2010;39(6):590-604.

72. Holmes J, Guo Y, Maheswaran R, Nicholls J, Meier PS, Brennan A. The impact of spatial and temporal availability of alcohol on its consumption and related harms: a critical review in the context of UK licensing policies. Drug Alcohol Rev 2014;33(5):515-25.
73. Chassin L, Pitts SC, DeLucia C, Todd M. A longitudinal study of children of alcoholics: predicting young adult substance use disorders, anxiety, and depression. J Abnorm Psychol 1999;108(1):106-19.
74. Sher KJ, Walitzer KS, Wood PK, Brent EE. Characteristics of children of alcoholics: putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. J Abnorm Psychol 1991;100(4):427-48.
75. Helse- og omsorgsdepartementet. Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Prop. 15 S (2015–2016). Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf
76. Helsedirektoratet. «Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve». Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-0418. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/43121155483947d79316af20c68e6d7d/overdosestrategi_230414.pdf

FORFATTERE
Jens Christoffer Skogen
Lars Johan Hauge
Grete Lauritsen Ostling
Fartein Ask Torvik

FAGFELLE
Eivind Ystrøm, førsteamanuensis, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

5. Selvmord og selvmordsforsøk

Hovedpunkter

- Årlig tar mellom 500 og 600 personer sitt eget liv. Selvmordstallene holder seg relativt stabile. Vi har ingen sikker kunnskap om utbredelsen av selvmordsforsøk.
- Selvmord er mindre utbredt i innvandrerbefolkningen enn i den øvrige befolkningen, og selvmordsraten er høyere blant lavt utdannede enn de med høyere utdanning.
- Kontakt med primærhelsetjenesten forut for selvmord er relativt vanlig.
- Selvmord er den dødsårsaken som tar flest liv i aldersgruppen 15-49 år.

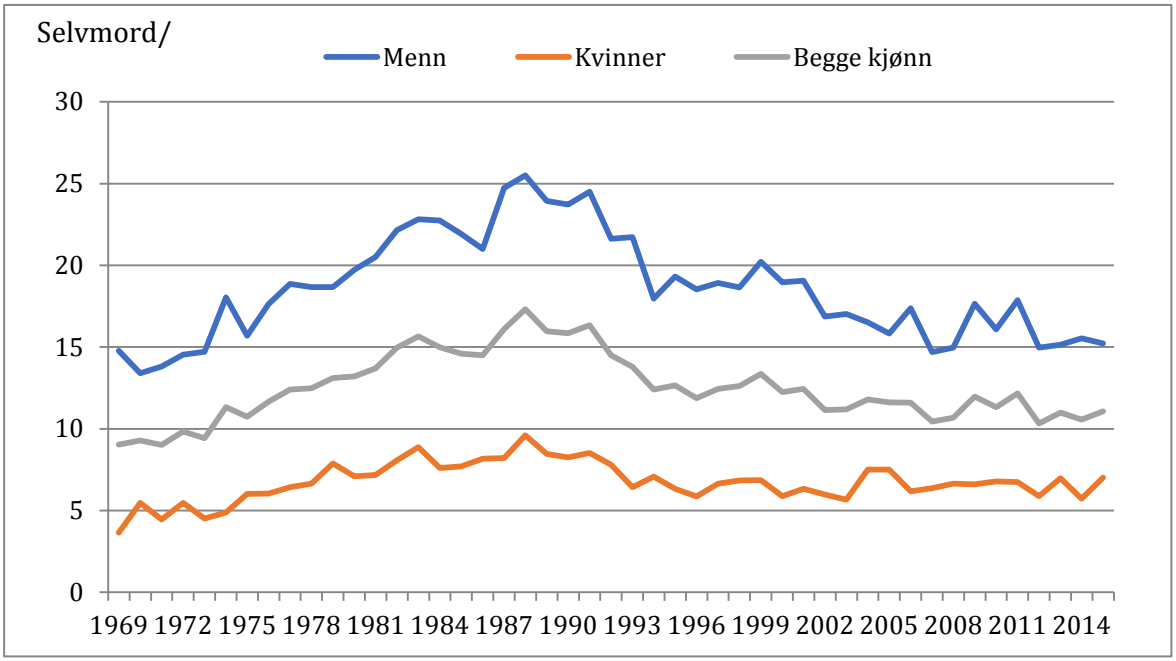
5.1 Om selvmord og selvmordsforsøk

Selvmord (også kalt selvdrap eller suicid) er resultatet av en selvpåført skade og et villet ønske om å dø. Selvmordsforsøk og selvskading er som oftest ulike fenomener. Ved et selvmordsforsøk foreligger det en intensjon om å dø, selv om intensjonen kan variere i styrke. Selvskading er ikke nødvendigvis forbundet med dødsintensjon, men mer knyttet til å påføre seg selv en fysisk smerte for å endre en intens negativ tanke, følelse eller en vanskelig relasjon (1).

5.2 Forekomst av selvmord og selvmordsforsøk

5.2.1 Forekomst av selvmord

I 2016 var det 418 menn og 196 kvinner som begikk selvmord i Norge (til sammen 614 selvmord). I perioden 1991-2003 falt risikoen for selvmord blant menn, for deretter å flate ut (15 per 100,000). Dødelighet av selvmord blant kvinner har vært stabil de siste 20 årene (6 per 100,000), se Figur 5.1. I perioden 1969 til 1988 doblet risikoen for selvmord seg for begge kjønn, se Figur 5.1. Årsaken til denne økningen er ukjent, men det har vært spekulert i at mørketallene var høyere tidligere og at vi i dag har en mer korrekt rapportering av selvmord.



Figur 5.1 Antall selvmord per 100 000 innbyggere. Menn, kvinner og begge kjønn for perioden 1969 -2015. Kilde: Dødsårsaksregisteret.

5.2.2 Forekomst av selvmordsforsøk/villet egenskade

Villet egenskade er tilsiktet skade på egen person, det vil si ikke et resultat av ulykke eller skade påført av annen. Selvmordsforsøk er en undergruppe av villet egenskade, hvor intensjonen i større eller mindre grad er å avslutte eget liv. Det finnes ingen god norsk oversikt over forekomsten av villet egenskade, inkludert selvmordsforsøk. Det antas imidlertid at for hvert selvmord er det om lag 10 selvmordsforsøk, men det er heftet stor usikkerhet til estimatet.

Irland er det eneste landet i Europa hvor de har et eget nasjonalt register over villet egenskade (National Registry of Deliberate Self-Harm). De rapporterte om rater på 186 per 100 000 for menn og 222 per 100 000 for kvinner i 2015 (2). Data fra WHO/EURO-registreringen av villet egenskade i Sør-Trøndelag, viste for siste 5 registreringsår (1995-1999) en gjennomsnittsrate på 129 per 100 000 for kvinner og 91 per 100 000 for menn over 15 år (3). Gjennomsnittstall for de europeiske sentrene i WHO/ EURO-registreringen var 209 for kvinner og 170 for menn i samme tidsperiode.

Selv om det ikke finnes noen gode, nasjonale tall på utbredelse av selvmordsforsøk i befolkningen, finnes det data som viser deler av bildet. I Bærum i årene 2003-2007 var det 50 per 100.000 innbyggere over 15 år med minst et selvmordsforsøk (4). Raten tilsvarer en nasjonal studie i Finland hvor omtrent 44 per 100.000 person-år (>11år) ble behandlet på sykehus etter selvmordsforsøk for første gang (5).

Nasjonale tall fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) viser at mellom 2006 og 2014 var det 24.493 individer på minst 15 år som fikk satt en villet egenskade- og/eller selvmordsforsøks-diagnose ved minst en konsultasjon innenfor primærhelsetjenesten (PHT). I underkant av 70 prosent av disse ble satt på legevakten eller en kommunal legevakt, mens omtrent 31 prosent ble satt av fastlegen. Av disse 24.493 individene var det 6 prosent som senere begikk selvmord (per 2014). For årene 2010-2014 var det 82 menn per 100.000 innbygger på minst 15 år som fikk en slik diagnose, for kvinner var tallet 73 per 100.000.

5.3 Usikkerhet knyttet til registrering av selvmord

5.3.1 Hva regnes som selvmord

Dødsfall kodes som et selvmord dersom det er angitt selvmord eller sannsynlig selvmord på dødsmelding eller obduksjonsrapport. Retningslinjene er at dersom dødsfallet skyldes en ytre årsak og intensjonen ikke er oppgitt på dødsmelding/obduksjonsrapport, så skal dødsfallet klassifiseres som en ulykke. Unntaket er hengninger, som blir klassifisert som selvmord med mindre det er opplysninger som skulle tilsi noe annet.

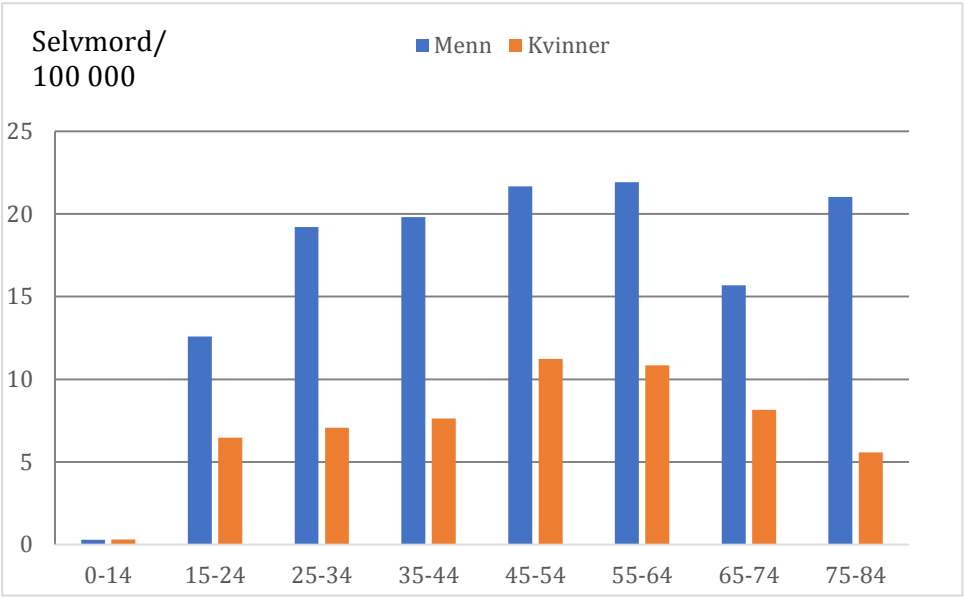
5.3.2 Systematisk underrapportering – skjulte selvmord

I 2015 var det rundt 1800 andre voldsomme dødsulykker enn selvmord, hvorav 815 fallulykker, 320 forgiftninger, 40 døde under brann, 47 drukningsdødsfall, 122 trafikkdødsfall og 319 andre dødsulykker. I 2015 var det totalt 795 manglende dødsmeldinger, av disse var det 383 dødsfall i Norge, og 529 dødsfall i utlandet, av disse siste mangler dødsmeldinger for 412. I disse gruppene kan det være mange skjulte selvmord. I Norge finnes det et system (Statens vegvesen sine ulykkesanalysegrupper) som systematisk leter etter skjulte selvmord i trafikken. I Norge finner man rundt 15 selvvalgte dødsfall i trafikken hvert år (6). Det er meget sannsynlig at det finnes skjulte selvmord i gruppen andre voldsomme dødsfall, dødsfall i utlandet og dødsfall uten kjent dødsårsak (til sammen rundt 3500 dødsfall).

5.4 Forskjeller i befolkningen

5.4.1 Kjønnsforskjeller

På begynnelsen av 1990 tallet var det relativt store kjønnsforskjeller i selvmord med nesten tre ganger så mange selvmord hos menn som hos kvinner. Dette har over de siste 20 årene jevnet seg noe ut. I dag er selvmordsraten rundt 16 per 100 000 for menn og rundt 7 per 100 000 for kvinner (Figur 5.1). Det vil si at menn har omtrent en dobbelt så høy risiko for selvmord som kvinner. I alle aldersgrupper har menn en høyere selvmordsrate enn kvinner (Figur 5.2). Kjønnsforskjellen i selvmord er mindre i Norge enn i mange andre land i Europa. I EU er selvmordsraten lavere for kvinner (5,1) og høyere for menn (17,8) enn i Norge.



Figur 5.2 Antall selvmord per 100 000 innbyggere for menn og kvinner, basert på selvmordstall for 2011-15. Kilde: Dødsårsaksregisteret

Det har skjedd store endringer i hvilke metoder som anvendes for å ta livet av seg. De siste 20 årene er bruk av skytevåpen og sprengstoff mer enn halvert blant menn. I dag er hengning og kvelning den vanligste selvmordsmetoden blant menn, etterfulgt av skytevåpen og sprengstoff og bruk av gift (hovedsakelig legemidler). Tidligere var forgiftning den vanligste selvmords-metoden blant kvinner, men i dag er bruk av gift og henging/kvelning omtrent like vanlig. Drukning er den tredje vanligste selvmordsmetoden blant kvinner.

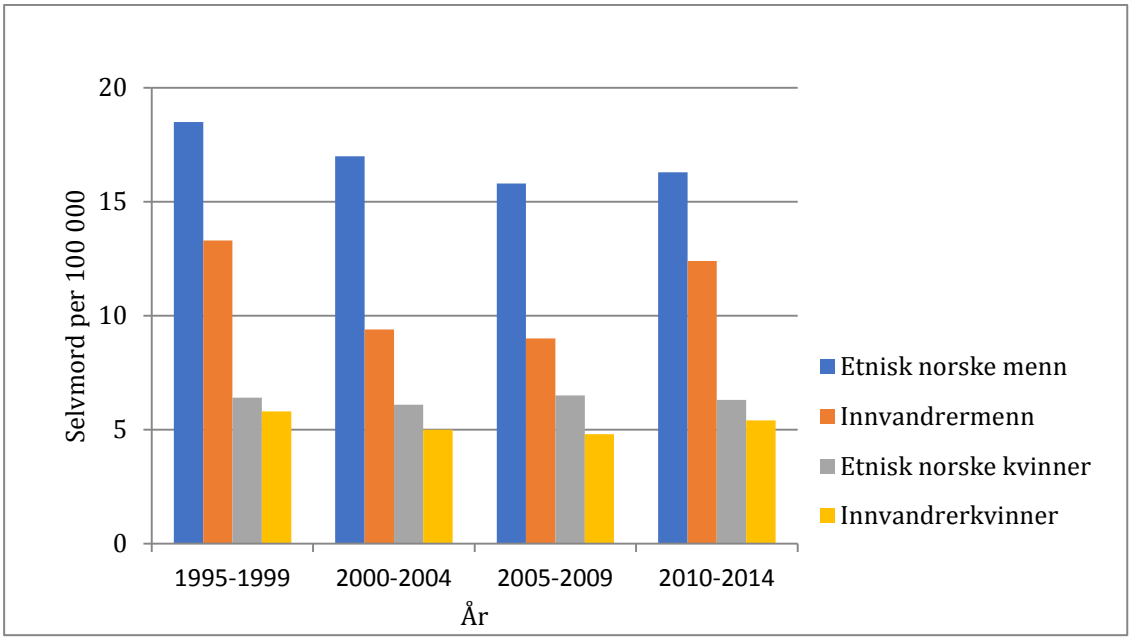
5.4.2 Aldersforskjeller

Selvmordsrate etter alder og kjønn er gitt i Figur 5.2. Selvmordsratene er lave for de aller yngste (0-14 år). Ratene er i hovedsak konstante for aldersgruppen 20-84 år; den varierer mellom 17 og 21 for menn og mellom 6 og 11 for kvinner.

5.4.3 Selvmord blant innvandrere

Innvandrere utgjorde 16 prosent av befolkningen i Norge i 2016 (SSB, 2016). Vi har ikke tidligere hatt kunnskap om selvmord i innvandrerbefolkningen. I en ny norsk registerstudie (7) koblet man data fra Dødsårsaksregisteret, Det sentrale folkeregisteret (DSF) og FD-trygd. Resultatene viste at det var signifikant færre selvmord blant innvandrerbefolkningen i perioden 1969 til 2012 enn blant den etnisk norske befolkningen, dette gjaldt også etter å ha kontrollert for sosioøkonomiske variabler som inntekt, utdanning og ekteskapelig status. Selvmord blant innvandrerbefolkningen utgjorde 7,6 prosent av alle selvmord i Norge i denne perioden.

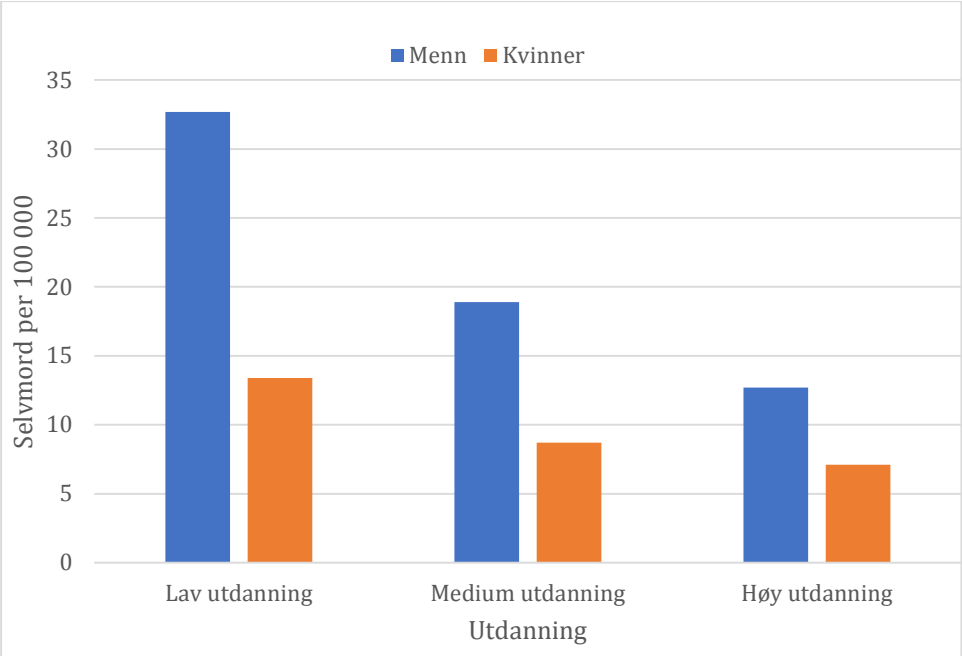
Figur 5.3 viser femårige selvmordsrater (per 100 000 innbyggere) fordelt på innvandrer-bakgrunn og kjønn i perioden 1995-2014. Datakilde er kobling mellom Dødsårsaksregisteret og Det sentrale folkeregisteret (DSF). Ratene er aldersjustert for å korrigere for at innvandrer-befolkningen er yngre enn befolkningen ellers. Innvandrere er her personer som er født i utlandet av utenlandske foreldre, og personer som er født i Norge av utenlandsk-fødte foreldre. Etnisk norske er her resten av befolkningen. Figuren viser at etnisk norske menn hadde en signifikant høyere selvmordsrate enn innvandrermenn gjennom hele perioden fra 1995 til 2014. Innvandrer-kvinner hadde lavere selvmordsrate enn etnisk norske kvinner, men forskjellen var ikke signifikant.



Figur 5.3 Aldersjusterte femårige selvmordsrater, per 100 000 innbyggere, fordelt på innvandrerbakgrunn og kjønn i perioden 1995-2014. Kilde: Dødsårsaksregisteret og DSF

5.4.4 Forskjeller i utdanningsnivå

Utdanningsforskjeller i dødelighet er godt dokumentert. Når det gjelder selvmord er ikke bildet like entydig. Noen studier finner en sammenheng (8), mens andre studier ikke har funnet en sammenheng mellom utdanningsnivå og selvmordsrater (9). Figur 5.4 viser selvmordsrater etter utdanning og kjønn i aldersgruppen 25-66 år. Vi observerer utdanningsforskjeller særlig for menn. Menn med lav utdanning har en høyere selvmordsrate enn menn med høyere utdanning. Denne forskjellen er ikke like uttalt for kvinner.



Figur 5.4 Antall selvmord per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 25-66 år, fordelt på utdanning og kjønn i perioden 2005-2009. Kilde: Dødsårsaksregisteret og NUDB

5.4.5 Geografiske forskjeller

Det er ikke gjort noen systematiske studier av forskjeller i forekomst av selvmord i Norge etter geografi eller urbanitet de siste årene. I Norge har det vært mer selvmord i rurale strøk, mens i andre land er det mer selvmord i urbane strøk. Det meste av denne forskjellen kan forklares med andre risikovariabler.

5.5 Selvmord i spesialisthelsetjenesten

I 2015 ble det registrert 159 selvmord i spesialisthelsetjenesten. Det utgjør ca. 25 prosent av alle selvmord i Norge for samme tidsperiode (10). Det antas at det reelle tallet er enda høyere da ikke alle selvmord blir registrert til tross for at dette er lovpålagt. Registreringen skiller ikke mellom pasienter innlagt i somatiske eller psykiatriske avdelinger og den omfatter også nylig utskrevne pasienter (< 1 måned etter utskrivning). De aller fleste selvmordene begås av pasienter som var innlagt eller under poliklinisk behandling på dødstidspunktet. Det er vanskelig å peke på en konkret årsak til den høye forekomsten av selvmord blant pasienter under behandling i spesialisthelsetjenesten, og trolig er årsakssammenhengene sammensatte. For det første kan det tenkes at en del er under behandling for nettopp selvmordsrisiko. Andre vil være under behandling for alvorlige psykiske lidelser og rus/avhengighetslidelser. Det er også en gruppe pasienter med alvorlige somatiske lidelser med sterke smerter, tap av autonomi og dårlig prognose som har en økt risiko for selvmord.

5.6 Selvmord blant innsatte i fengsel

Det begås i snitt 3-4 selvmord i året i norske fengsler (11). Populasjonen av innsatte i fengsel er ikke konstant. I 2008 var det registret 12 648 nyinnsettelser fordelt på 3578 fengselsplasser. Selvmord som begås i fengsel føres i kriminalomsorgens eget register etter felles nordiske retningslinjer og omfatter alle som dør ved selvmord inne på anstalten eller i varetekt. Innsatte som dør av selvmord

utenfor fengselet (på sykehus) omfattes også. De fleste selvmord blant innsatte (75 prosent) skjer i varetekt eller i isolasjon. Det vanligste er at selvmordet gjøres i løpet av de første to ukene etter fengsling (42 prosent). En del tar også livet sitt rundt domsavsigelsen eller kort tid før løslatelse (11). Det er en rekke faktorer som gjør innsatte i norske fengsler til en sårbar gruppe når det gjelder selvmordsrisiko. For det første er det store klasseforskjeller. Mange er fattige, mangler utdanning og er uten arbeid. En betydelig andel sliter med alkohol/rusavhengighet (51 prosent) og forekomsten av både psykiske og somatiske lidelser er stor. En studie av innsatte i norske fengsler viste at 73 prosent hadde en personlighetsforstyrrelse (hvorav rundt 60 prosent av disse var antisosial personlighetsforstyrrelse), 42 prosent hadde en angstlidelse, 23 prosent hadde en form for stemningslidelse, 18 prosent hadde ADHD og 12 prosent hadde påviste risikofaktorer for selvmord tilstede (12). I tillegg er det en rekke faktorer ved selve soningen som øker risikoen for selvmord. Tap av frihet og følelse av maktesløshet, isolasjon/avsondring/fremmedgjøring, tap av sosiale forhold og omsorg og kjærlighet, følelse av håpløshet og stigmatisering for å nevne noen. Det arbeides aktivt med forebygging av selvmord i norske fengsler.

5.7 Internasjonale forskjeller

I perioden 1969-2000 var det store forskjeller i forekomst av selvmord mellom de nordiske landene. I dag har Norge, Sverige og Danmark helt like selvmordsrater (rundt 11 per 100 000), mens Finland har vesentlig høyere forekomst (20 per 100 000). Selvmordsraten i Norge ligger omtrent likt med resten av Europa, Nord-Amerika og Australia. I Øst-Europa, Russland, Kina, Japan og i andre land i Asia med pålitelig statistikk ligger selvmordsraten på 20-30 per 100 000 (13). Kjønnsratioen varierer betraktelig fra 1,5 i Asia til rundt 6-8 syd i Europa.

5.8 Risiko og beskyttelsesfaktorer for selvmord

5.8.1 Risikofaktorer

Det er vist at risikoen for selvmord er høyere ved alvorlige psykiske lidelser og ved en del personlighetsforstyrrelser. Livstidsrisikoen for selvmord ved alvorlig depresjon er 4-6 prosent (14;15), og ved schizofreni 4-5 prosent (15). Alkohol/rusmiddelmisbruk øker risikoen for selvmord betydelig og da spesielt i kombinasjon med en psykisk lidelse eller personlighets-forstyrrelse. En rekke psykososiale faktorer som langvarig stress, problemer i parforholdet, eller økonomiske problemer kan også øke risikoen for selvmord hos sårbare individer (16). Selvmord i nær familie øker risikoen for selvmord hos etterlatte og en del alvorlige sykdommer med dårlig prognose og/eller store smerter gir også en øket risiko for selvmord.

5.8.2 Beskyttelsesfaktorer

Det er en rekke faktorer som kan virke beskyttende mot selvmord. God kontakt med familie og venner, løsningsorientert personlighet, tilgang på et helsevesen som har kompetanse på behandling av mennesker med stor selvmordsrisiko.

5.9 Konsekvenser av selvmord

Selvmord har betydelige konsekvenser både for de som er direkte berørt – de etterlatte – og for samfunnet for øvrig. Etterlatte har tradisjonelt blitt brukt om nærmeste familie. I dag benyttes etterlatt også om andre som har hatt et nært bånd til avdøde uavhengig av slektsforhold. Anslag over hvor mange som årlig opplever å bli etterlatt varierer kraftig. Om man regner 10 etterlatte per selvmord så vil det være 5000-6000 nye etterlatte i Norge hvert år som i varierende grad vil være berørt.

En rekke studier finner forhøyet forekomst av posttraumatiske stressreaksjoner, forlenget (komplisert) sorg, depresjon, angst og selvmordstanker og/eller -forsøk hos etterlatte ved selvmord (17-19). Tilsvarende psykiske og fysiske plager er også påvist hos etterlatte ved andre former for brå død, sammenlignet med etterlatte ved forventet død (20). I tillegg rapporterer etterlatte ved selvmord høyere følelse av avvisning, skam, stigma og behov for å skjule dødsårsaken (21).

5.10 Selvmord og sykdomsbyrde

Gjennomsnittlig alder ved selvmord er rundt 47 år. Det innebærer at selvmord fører til mange tapte leveår. Tall fra det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet (Global Burden of Disease) viser at selvmord etter kreft er den dødsårsaken som tar flest liv i aldersgruppen 15-49 år i Norge (www.healthdata.org). Dette gjelder for både menn og kvinner. Verken trafikkulykker eller overdoser tar like mange liv i denne aldersgruppen.

5.11 Forebygging av selvmord

5.11.1 Generelle tiltak: god psykisk helse og mestring i befolkningen

Generelt vil tiltak for å styrke befolkningens psykiske helse og generelle levevilkår også virke selvmordsforebyggende. Intervensjonsstudier har vist at når man begrenser tilgangen på våpen og gift så reduseres antall selvmord. I Norge gjøres de fleste selvmord ikke med tradisjonelle giftstoffer, men med legemidler og karbondioksid så det er usikkert i hvor stor grad dette tiltaket vil ha effekt hos oss. Sikring av broer, mindre sensasjonspregede presseoppslag, opplysningsprogram på skoler og arbeidsplasser, samt kunnskapsformidling om selvmords-atferd er andre viktige forebyggende tiltak.

5.11.2 Tiltak mot risikogrupper

Dette vil i praksis innebære å jobbe for å fange opp og tilby adekvat behandling/tiltak til grupper med forhøyet risiko for selvmord. Dette kan for eksempel være mennesker som tidligere har gjort selvmordsforsøk, alvorlig deprimerte, psykotiske, mennesker med en alvorlig personlig-hetsforstyrrelse eller som sliter med alkohol/rusmisbruk. Adekvat behandling av grunnlidelsen i form av psykoterapi og eventuelt medikamentell behandling vil her være sentralt. Det er utarbeidet systematiske rapporter over hvilke behandlingstyper som vil være best egnet for ulike pasientgrupper (22). Man har også sett at oppfølging av mennesker i risiko for selvmord i form av brev og telefonkontakt har virket forebyggende, men kontakten må være av en viss varighet for å ha effekt (23).

5.11.3 Kontakt med primærhelsetjenesten: en arena for selvmordsforebygging?

Primærhelsetjenesten (PHT) er det første som møter mennesker som søker helsehjelp, og fungerer som portvakt inn til mer spesialiserte helsetjenester. Flere internasjonale studier viser at svært mange er i kontakt med PHT forut for selvmord (24;25). Å fange opp mennesker med selvmordsrisiko allerede her kan dermed bidra til forebygging I alt ble det registrert 4.345 selvmord i Norge mellom 2007 og 2014. Av disse var 1.037 personer på minst en oppmøte-konsultasjon i PHT det siste halvåret før selvmordet fant sted, og 744 av disse hadde minst en oppmøtekonsultasjon den siste måneden. Det er en liten forskjell mellom menn og kvinner; 28 prosent av kvinnene som begikk selvmord i perioden var på minst en konsultasjon innen seks måneder før, mot 22 prosent av mennene. Nærmere selvmordet øker kjønnsforskjellen noe; 23 prosent av kvinnene var på minst en oppmøtekonsultasjon innen en måned før, mot 15 prosent

av mennene. Av konsultasjonene innen en måned forut for selvmord, resulterte 58 prosent i en psykisk diagnose. 24 prosent av konsultasjonene ble utført ved en psykiatrisk poliklinikk og/eller av en spesialist i psykiatri, mens 18 prosent ble utført på legevakten eller ved en kommunal legevakt.

Referanser

1. Øverland S. Selvskading: en praktisk tilnærming. Bergen: Fagbokforlaget; 2006.
2. Griffin E, Arensman E, Dillon CB, Corcoran P, Williamson E, Perry IJ. National self-harm registry Ireland annual report 2015. Cork: National Suicide Research Foundation; 2016. Tilgjengelig fra: http://www.nsrf.ie/wp-content/uploads/reports/NSRF%20Registry%20Report%202015.pdf
3. Schmidtke A, Bille_Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Wassermann D, red. Suicidal behaviour in Europe: results from the WHO/EURO multicentre study on suicidal behaviour. Cambridge, Mass: Hogrefe & Huber; 2004.
4. Johannesen HA. Suicidal behaviour. An epidemiological study of suicide and attempted suicide in relation to mental healht services [doktorgrad]. Oslo: The University of Oslo, Faculty of Medicine; 2011. Tilgjengelig fra: https://www.duo.uio.no/handle/10852/27973
5. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. Am J Epidemiol 2008;167(10):1155-63.
6. Assum T, Sørensen MWJ. 130 dødsulykker med vogntog: gjennomgang av dødsulykker i 2005-2008 gransket av Statens vegvesens ulykkesanalysegruppe. Oslo: Transportøkonomisk institutt; 2010. TØI rapport 1061/2010. Tilgjengelig fra: https://www.toi.no/getfile.php?mmfileid=14587
7. Puzo Q, Mehlum L, Qin P. Suicide among immigrant population in Norway: a national register-based study. Acta Psychiatr Scand 2017;135(6):584-92.
8. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. J Epidemiol Community Health 2000;54(4):254-61.
9. Qin P, Agerbo E, Westergard-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2000;177:546-50.
10. Helsedirektoratet. Årsrapport 2015: meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2470. Tilgjengelig fra: https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1190/Aarsrapport_2015_Meldeordningen.pdf
11. Hammerlin Y. Å bryte livet i fengsel. Suicidologi 2010;15(2):21-8.
12. Cramer V. Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler. Oslo: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst, Oslo Universitetssykehus; 2014. Kompetansesenterets prosjektrapport 2014-1. Tilgjengelig fra: http://www.kriminalomsorgen.no/getfile.php/3194559.823.pftsyerewx/Forekomst+av+psykiske+lidelser+hos+domfelte+i+norske+fengsler+-+rapport.pdf
13. Värnik P. Suicide in the World. Int J Environ Res Public Health 2012;9(3):760-71.
14. Blair-West GW, Mellsop GW, Eyeson-Annan ML. Down-rating lifetime suicide risk in major depression. Acta Psychiatr Scand 1997;95(3):259-63.
15. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. Br J Psychiatry 1998;172:35-7.
16. Judd F, Jackson H, Komiti A, Bell R, Fraser C. The profile of suicide: changing or changeable? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012;47(1):1-9.
17. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. Death Stud 2003;27(2):143-65.
18. Groot MH, Keijser J, Neeleman J. Grief shortly after suicide and natural death: a comparative study among spouses and first-degree relatives. Suicide Life Threat Behav 2006;36(4):418-31.
19. Pfeffer CR, Martins P, Mann J, Sunkenberg M, Ice A, Damore JP, Jr., et al. Child survivors of suicide: psychosocial characteristics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36(1):65-74.
20. Li J, Precht DH, Mortensen PB, Olsen J. Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. Lancet 2003;361(9355):363-7.

21. Sveen CA, Walby FA. Suicide survivors' mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies. Suicide Life Threat Behav 2008;38(1):13-29.
22. Mehlum L, Dieserud G, Ekeberg Ø, Grøholt B, Mellesdal L, Walby F, et al. Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi. Oslo: Kunnskapssenteret; 2006. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 24 – 2006. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/rapporter/20062/rapport_24_06_selvmord_-del_i.pdf
23. Mehlum L, Dieserud G, Ekeberg Ø, Grøholt B, Mellesdal L, Walby F, et al. Forebygging av selvmord, del 2. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2007. Rapport fra Kunnskapssenteret Nr 4–2007. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/rapporter/20072/rapport_0704_selvmord_del2.pdf
24. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. Am J Psych 2002;159(6):909-16.
25. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. Scand J Public Health 2017:1403494817746274.

FORFATTERE
Kim Stene-Larsen
Lars Johan Hauge
Ingri Myklestad
Anne Reneflot
Melanie Straiton
Per Henrik Zahl
Carine Øien-Ødegaard

FAGFELLE
Christian Lycke Ellingsen, Overlege, Helseregistre, FHI

6. Demens

Hovedpunkter

- Det finnes ingen sikre tall på forekomsten av demens i Norge. Basert på tall fra Nederland i 1993 ble det antatt at 70 000 personer har demens i Norge.
- Tar man tar hensyn til at levealderen i dag er høyere enn i 1993, så ligger antakeligvis antallet personer med demens mellom 80 000 og 104 000.
- I perioden 2017 til 2021 anslår vi at en drøy fjerdedel av kullene som fyller 60 år blir demenssyke i løpet av sin gjenstående levetid

6.1 Om demens, kjennetegn og diagnose

Demens er fellesbetegnelsen på flere sykdommer som medfører kognitiv svikt. Demens er relatert til ervervet hjerneorganisk dysfunksjon som følge av ulike hjernesykdommer som sjelden forekommer før i 70-årsalderen og vanligvis ikke før 80 år. Demens utvikler seg som regel langsomt, gjerne gjennom flere år. Den kan ikke kureres og blir gradvis verre. Utviklingen går typisk raskere ettersom sykdommen utvikler seg. Dersom personen med demens ikke dør av andre årsaker, vil sykdommen føre til døden i løpet av 8-12 års sykdom. Som oftest er en demensdiagnose basert på ulike tester og på samtaler med pasient og pårørende. En viktig del av diagnostiseringen er å utelukke andre mulige årsaker til den kognitive svikten. I noen tilfeller kan det også være viktig å utelukke andre psykiske lidelser, ettersom alvorlig depresjon av og til kan arte seg som en demensliknende tilstand.

Det finnes flere typer demens. Den vanligste formen er Alzheimers sykdom (anslagsvis 60 prosent av all demens). Dernest kommer vaskulær demens (rundt 20 prosent) (1) og demens med Lewy-legemer demens eller demens med Parkinsons sykdom (13 prosent) (2). Estimatene for frontotemporal demens spriker kraftig, men ligger sannsynligvis rundt 5 prosent (Walker, 2015). Generelt varierer anslagene over fordelingen av de ulike typene en god del. Blandings-tilfeller er svært vanlige, særlig mellom Alzheimer og vaskulær demens, og utgjør kanskje nærmere halvparten av alle tilfellene (3). Det er uklare skiller mellom de ulike demenstypene, blant annet fordi symptombildene for de ulike typene overlapper så sterkt, noe som ofte gjør det svært vanskelig å gi en sikker diagnose. Likevel har de ulike typene noen klare særtegn.

Alzheimers sykdom er knyttet til feil i nedbrytingen av protein, slik at stoffet beta-amyloid avleires i hjernen utenfor nervecellene, særlig i tinningslappen. Denne avleiringen skader de omliggende cellene. Utviklingen av sykdommen går vanligvis gradvis, og symptombildet er i hovedsak som beskrevet for demens generelt.

Vaskulær demens skyldes manglende blodforsyning til deler av hjernen som fører til at hjerneceller dør. Dette er oftest forårsaket av tilstoppede blodårer som har ført til gjentatte hjerneinfarkt – slag eller «drypp». Oksygenmangel i hjernen kan også skyldes «åreforkalkning» (aterosklerose) som gradvis stopper til blodårene. Symptombildet likner det som er beskrevet for demens generelt, men det vil avhenge av hvilket område i hjernen som rammes. Denne formen for demens utvikler seg typisk mer sprangvis og brått sammenlignet med Alzheimers sykdom.

Lewy-legeme-demens er en tilstand som også inkluderer Parkinsons sykdom med demens. Spesielt for disse pasientene er lette parkinsonliknende symptomer med stivhet i armer og ben og psykotiske symptomer med periodevise synshallusinasjoner. Vrangforestillinger kan også forekomme, og symptomnivået kan variere fra dag til dag eller fra time til time.

Frontotemporal demens er knyttet til skader i pannelappen i hjernen. Den oppstår typisk noe tidligere enn andre demensformer, gjerne før 70 år. Typisk for denne sykdommen er forandring av personligheten, med tap av sosiale hemninger, følelsesmessig avflatning, manglende empati og opptatthet av å tilfredsstille egne behov. Det foreligger sjelden innsikt i egen sykdom.

6.2 Forekomst av demens

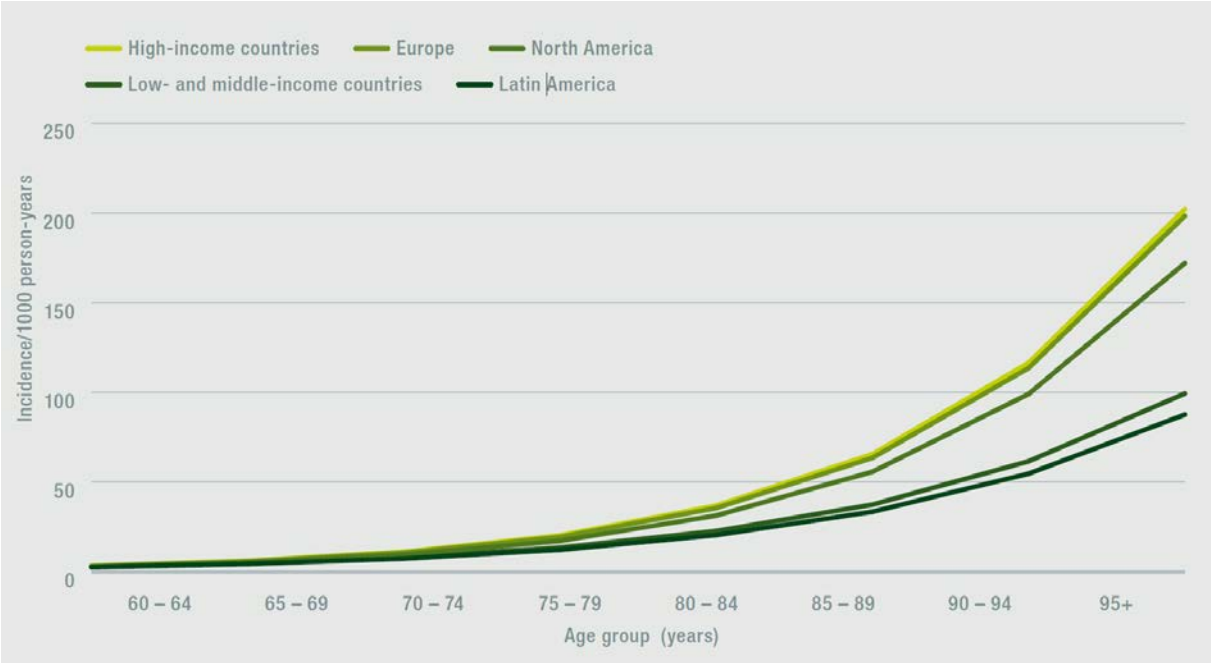
6.2.1 Prevalens

Bortsett fra en prevalens-studie fra 1993 av 1029 personer over 74 år (4), finnes det ingen kunnskap om utbredelse av demens i den norske befolkningen. Det har vært vanlig å anta at omtrent 70 000 personer lider av demens i Norge (5). Dette tallet er basert på en enkelt undersøkelse gjort i Nederland for 21 år siden (6). Økt levealder tilsier at det tallet nå er for lavt. Alzheimer Europe, en sammenslutning av ideelle organisasjoner i Europa, estimerte i 2013 antall personer med demens i Norge til 77 000 (1,56 prosent av daværende befolkning). Det er nesten nøyaktig det samme som Alzheimer Europes gjennomsnittstall for hele Europa, nemlig 1,55 prosent av hele befolkningen. Alzheimer Europes anslag er nesten det samme for Danmark, men noe høyere, 1,82 prosent, for Sverige.

En mye sitert oversiktsartikkel (metaanalyse) (7) beregnet at 6,9 prosent av befolkningen over 60 år i Vest-Europa har demens. En tilsvarende analyse med studier fra hele verden, beregnet årlig prevalens til 6,9 prosent for personer over 59 år som ikke bor på institusjon (Fiest, 2016). En metaanalyse gjort for WHO publisert i 2012 finner en prevalens for Vest-Europa på 7,3 prosent for personer over 59 år. Dersom alle de anslåtte 77 000 personer med demens i Norge ble demenssyke etter fylte 60 år, ville dette utgjøre 6,9 prosent. Dette stemmer godt med forekomsttallene som er referert ovenfor, men det er grunn til å tro at både dette tallet og de estimerte prevalenstallene er noe for lave. For det første er estimatene fra metaanalysene til dels basert på opptil 20 år gamle studier, og det er grunn til å anta en viss økning, grunnet øket levealder. For det andre er levealderen i Norge noe høyere enn gjennomsnittet for Europa og vesten for øvrig (se f.eks. (8)). For det tredje omfatter resultatene fra metaanalysene (9)) bare demens blant personer som ikke bor på institusjon. For det fjerde omfatter disse resultatene bare demens etter fylte 60 år, mens det finnes demens også blant yngre. Endelig antyder resultatene fra den eneste norske undersøkelsen av demens-utbredelse (4) at demens forekommer noe hyppigere i Norge enn det som vises i resultatene fra de internasjonale metaanalysene. Det er usikkert hvor mye anslaget på 77 000 personer med demens i Norge bør oppjusteres, men antakelig ligger det riktige tallet mellom 80 000 og 104 000.

6.2.2 Insidens

Hvor høy andel som til enhver tid lider av demens (prevalens) er uttrykk både for hvor mange som rammes og hvor lenge man gjennomsnittlig lever med demens. Typisk overlevelsestid etter en demensdiagnose er 3-4 år (10), men dette varierer med ulike faktorer. For å få oversikt over hvor mange som før eller siden rammes av demens trengs informasjon om hvor mange som i løpet av en bestemt tidsperiode får sykdommen (insidens).



Figur 6.1 Insidensrater per 1000 blant gjenværende friske. Gjengitt fra Dementia. A Public Health Priority, WHO, 2012, med tillatelse fra WHO

Figur 6.1 viser insidensrater per 1000 personår (eller per 1000 som ikke har demens fra før gjennom ett år) for demens basert på en metaanalyse i regi av WHO (11). Beregnet insidensrate for høyinntektsland – nær identisk med raten for Europa - er 3,4/1000 for aldersgruppen 60-64 og den stiger til 158/1000 for gruppen eldre enn 94 år. Det betyr at gjennomsnittlig årlig risiko for å få demens i alderen 60-64 er 0,34 prosent per år. Etter passerte 95 år er årlig risiko for å rammes av demens rundt 16 prosent. Insidensratene og risiko for å rammes i ulike aldersperioder er vist i Tabell 6.1.

Tabell 6.1 Insidensrater og risiko for å få demens blant gjenværende friske over alder

	Alder							
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
Insidensrate/ 1000 personår	0,3	0,6	1,0	1,8	3,1	5,3	9,1	15,8
Risiko for å rammes gjennom hele femårsperioden, %	1,7	3,0	5,1	8,8	15,3	26,4	45,5	-
Antall nye Demenssyke i Norge i en femårsperiode	4934	9568	10387	12013	14333	15679	10620	2355

Basert på resultater rapportert i Dementia. A Public Health Priority, WHO, 2012
Merk: Verdiene er kalkulerte utfra ytterverdier oppgitt i WHO-rapporten, og desimalene kan avvike noe fra korrekte verdiene. For gruppen over 95 er det ikke mulig å regne ut en risiko gjennom hele perioden. Denne er skjønnsmessig satt til 50 prosent.

Tabell 6.1 viser beregninger av hvor mange som innen en 5 års-periode blir rammet av demens. Tallene er basert på befolkningstall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) 1.1 2016 (https://www.ssb.no/statistikkbanken). Disse angir imidlertid hele befolkningen, både dem

med demens og dem uten, mens insidensberegningene bare gjelder for dem som ennå ikke har fått demens. For å komme fram til tilnærmet riktige tall for hvem som er under risiko (og altså ikke allerede har demens), har vi brukt WHOs tall for aldersspesifikk prevalens, oppgitt litt senere i dette kapittelet i Tabell 6.2. Eksempelvis var det 34 527 personer i alderen 90-94 år i Norge ved inngangen til 2016, men ifølge tallene i Tabell 6.2 var allerede 33,4 prosent av dem rammet av demens (her brukte vi middeltallet for prevalens i aldersperioden 85-89 og 90-94). Følgelig var det 23 478 som ved inngangen til aldersperioden 90-94 ikke hadde demens, og av disse fikk, ifølge insidenstallene i Tabell 6.1, 45,5 prosent eller 10 620 demens i løpet av femårsperioden. Totalt anslår vi altså at 79 878 personer får demens i løpet av en 5 års-periode. Dette er rundt 26 prosent av en norsk femårskohort som passerer terskelen for nevneverdig demensrisiko, 60 år. I perioden 2017 til 2021 vil altså en drøy fjerdedel av kullene som fyller 60 år (305 000 personer) bli demenssyke.

6.3 Forskjeller mellom grupper i befolkningen og mellom nasjoner

6.3.1 Demografiske forskjeller

Den åpenbare aldersforskjellen er allerede omtalt. Resultater fra en metaanalyse i regi av WHO hvor man beregnet aldersspesifikke forekomsttall er vist i Tabell 6.2.

Tabell 6.2. Alders- og kjønnsspesifikke anslag av demens-utbredelse (%) i Vest-Europa

Kjønn	Alder							
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	60+
Menn	1.4	2.3	3.7	6.3	10.6	17.4	33.4	
Kvinner	1.9	3.0	5.0	8.6	14.8	24.7	48.3	
Alle	1.6	2.6	4.3	7.4	12.9	21.7	43.1	7.3

Basert på Dementia. A Public Health Priority, WHO, 2012

Som det fremgår av Tabell 6.2, blir flere kvinner enn menn rammet av demens, også når vi ser bort fra kjønnsforskjellen som kan tilskrives 4 år høyere levealder blant kvinner enn blant menn (https://www.ssb.no/dode). Tabellen viser at det prosentvise kvinnelig flertallet stiger med høyere alder, fra ca. 30 prosent blant de yngste til nesten 50 prosent blant de eldste. En annen undersøkelse basert på mange utvalg viste liten kjønnsforskjell fram til tidlig i 80-årene, men bortimot 50 prosent høyere andel blant kvinner enn blant menn på samme alder etter 85 år (12).

Utbredelsen er høyere blant lavt enn blant høyt utdannede. En oversiktsartikkel som analyserte resultater fra et stort antall studier viste at de med den laveste utdannelsen hadde 80 prosent høyere risiko for Alzheimer og 60 prosent høyere risiko for annen demens enn de med den høyeste utdannelsen (13). Forskningsoversikter av utdannelse og demens fra ulike land er ikke fullt overførbare over landegrenser, blant annet fordi gjennomsnitt og fordeling av utdannelsesnivå varierer betydelig fra land til land. Men mens effektstørrelsene svinger, er resultatene temmelig entydige i å vise i hvert fall en viss risiko knyttet til lav utdannelse Det er uklart i hvilken grad denne forskjellen skyldes forskjeller i levesett mellom høyt og lavt utdannede. Noe av forskjellen kan ha sammenheng med det som har vært kalt en «kognitiv reservekapasitet». Det antas at høyt kunnskaps- og evnenivå et stykke på vei kan kompensere for nevrokognitivt tap ved demens og forsinke tidspunktet der det foreligger en klar demens. En norsk undersøkelse viste en klar negativ sammenheng mellom utdannelsesnivå og død forårsaket av demens før 70 år, men ingen sammenheng etter 70 år. (Strand, 2014). Dette er i samsvar med en mulig forklaringsmodell hvor kognitive ressurser kan bremse utviklingen av demens i en tidlig fase, men ikke bidrar nevneverdig til mer permanent beskyttelse.

Både Alzheimer og øvrig demens er mer utbredt blant skilte og enslige enn blant gifte og samboende (14;15). En ny svensk registerstudie som omfattet 2,3 mill. personer fra 50 til 74 år (15) viste 70-80 prosent økt risiko for demens blant skilte og enslige sammenliknet med gifte og samboende personer under 65 år. Resultatene var kontrollert for andre variabler som utdannelse og tidligere vaskulær sykdom. Forskjellen kan synes dramatisk, men utbredelsen av demens er uansett svært lav for denne aldersgruppen. For den eldste gruppen i denne undersøkelsen, 65-74 år, sank forskjellen til 23 prosent forhøyet risiko blant enslige og 42 prosent forhøyet risiko blant skilte, noe som tyder på at risiko knyttet til sivilstand er liten blant de aller eldste.

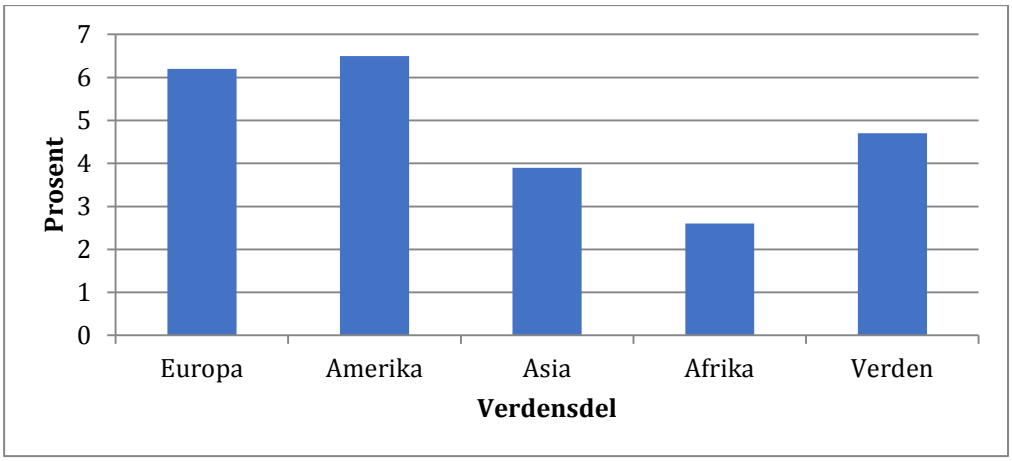
Med økt folkevandringer blir det stadig viktigere å holde oversikt over forskjeller i helseproblemer knyttet til etnisitet, kanskje særlig blant dem fra kulturer svært forskjellige fra den norske. Flere forhold gjør det vanskelig å estimere forekomsten i ulike etniske grupper. Mange immigranter behersker verken norsk eller engelsk og mangler muligens motivasjonen for å være med i spørreundersøkelser. Dessuten er de svært heterogene i kultur og levesett, og resultatene fra én kultur kan ikke uten videre generaliseres til en annen kultur. Endelig er det relativt få innvandrere som til nå har nådd en alder der demens utgjør en betydelig risiko. Følgelig finnes ingen sikker kunnskap om mulige etniske forskjeller i utbredelse av demens i Norge.

6.3.2 Geografiske forskjeller

Det finnes ingen statistikk over mulige geografiske forskjeller. Levealderen varierer imidlertid en del over fylker. Det vil sannsynligvis også gi seg utslag i forskjeller i demensutbredelse. Gjennomsnittlig forventet levealder er eksempelvis tre år lenger i Sogn og Fjordane enn i Finnmark (se https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/dode). Andre forhold som påvirker demensrisiko varierer riktignok også over geografiske områder. Det kan tenkes å jevne ut noen av de regionale forskjellene i utbredelse. For eksempel er eksponering for kardiovaskulære risikofaktorer som røyking høyere i Finnmark enn i Sogn og Fjordane. Likevel er nok forskjell i levealder den viktigste årsaken til geografiske forskjeller i utbredelse.

Siden kunnskap om demensutbredelse i Norge i all hovedsak er basert på evidens fra andre land, er det foreløpig ikke mulig å demonstrere forskjeller eller likhet mellom Norge og andre land. Som nevnt finnes det bare én norsk studie av utbredelse, og bare av personer over 74 år. I denne undersøkelsen fra 1993 ble andel med demens blant personer over 74 år beregnet til 16.3 prosent, og aldersspesifikke andeler stiger fra 10 prosent for aldersgruppen 75-79 til 26 prosent for gruppen 85-89 år. Justert for endret aldersfordeling i befolkningen (fra SSBs statistikkbank, https://www.ssb.no/statistikkbanken) blir andelen for alle over 74 år 16.4 prosent. Med samme aldersfordeling ville tallene i Tabell 6.2 gi 14.4 prosent for personer over 74 år. Det er ikke mulig å beregne eksakte usikkerhetsmarginer (konfidensintervaller) for disse vektede summene av prosentsatser, men de sanne konfidensintervallene ligger sannsynligvis på 2-3 prosent. Forskjellene mellom de norske tallene og dem i Tabell 6.2 er derfor innenfor usikkerhetsmarginene, men ikke veldig langt innenfor. De peker derfor i retning av noe høyere omfang i Norge enn i Vesten for øvrig.

Internasjonalt synes utbredelsen å være høyere i Amerika og Europa enn i Asia, og lavest i Afrika. Utbredelsen i ulike verdensdeler i 2010, beregnet av et ekspertpanel (16), er vist i Figur 6.2. Et annet ekspertpanel beregnet liknende, men noe lavere tall for 2001 (1). De regionale forskjellene skyldes i hovedsak antakelig forskjeller i levealder (1;16). Det er få eller ingen holdepunkter for å anta betydelige forskjeller i utbredelse mellom vestlige land.



Figur 6.2. Utbredelse av demens i ulike verdensdeler. Prosent av befolkningen over 60 år.

6.4 Årsaks- og risikofaktorer

Avleiringer av beta-amyloid er kjennetegn ved Alzheimers sykdom, og skader i hjernens frontallapp kjennetegner frontotemporal demens. Som allerede nevnt er manglende blodforsyning til deler av hjernen knyttet til vaskulær demens, kanskje også til andre former for demens. Det finnes ingen fullstendige forklaringer på hvorfor hjernecellene ødelegges ved demens.

I noen grad er antatte årsaksfaktorer knyttet til valg av demensdiagnose. Dersom pasienten for eksempel har vært rammet av hjerneinfarkt, gir dette en indikasjon på at man kan sette diagnosen vaskulær demens. Det at diagnoser til dels bestemmes av hvilke risikofaktorer pasienten har vært eksponert for, fører til at den epidemiologiske kartleggingen av risikofaktorer for de ulike typene demens lett kan bli sirkulær.

Trass i enkelte metodiske vanskeligheter, vet vi en del om forhold som beskytter eller gir økt risiko for demens. Noen har allerede vært berørt. Siden vaskulær demens skyldes tilstopping av blodårer, er risikofaktorene til dels de samme som for annen kardiovaskulær sykdom, spesielt hjerneslag. Disse risikofaktorene omfatter hypertensjon, høyt kolesterolnivå, diabetes, gjentatte betennelser og infeksjoner, hormonerstatninger, røyking, høyt alkoholforbruk, usunt kosthold og overvekt (17). Fordi mange demenstilfeller i virkeligheten er blandingstilstander, gjelder risikofaktorene for vaskulær demens nødvendigvis for en stor andel av demenstilfellene, herunder blandingstilfeller diagnostisert som Alzheimers sykdom. Nyere forskning viser at selv «ren» Alzheimer påvirkes betydelig av kardiovaskulære risikofaktorer (16). Kanskje kan faktisk også denne sykdommen forstås som en kardiovaskulær sykdom (18).

Som allerede beskrevet, er sosioøkonomiske og geografiske variable, som lav utdannelse, forbundet med forhøyet risiko for Alzheimer (Xu, 2016) og vaskulær demens (13). Enslige og skilte har høyere risiko for både Alzheimer (14) og demens generelt (15) enn gifte og samboende. Det finnes også evidens som tyder på at et godt sosialt nettverk beskytter mot demensrisiko (19).

Tvillingstudier viser arvelighetsestimater på rundt 0,6 for Alzheimers sykdom (20;21). Litt forenklet sagt betyr det at gener er litt viktigere enn samlet effekt av alle miljøfaktorer som forklaring på denne sykdommen. Det finnes ikke tilsvarende forskningsresultater for andre demenstyper enn Alzheimer. Bortsett fra alder, er den sterkeste spesifikke risikofaktoren for Alzheimer apolipoprotein-genet ApoE, allel ε4 på kromosom 19. Anslagsvis 40 - 80 prosent av pasientene med Alzheimers sykdom har minst ett slikt allel. Ett allel ε4 – dvs. at genet er

overført fra én av foreldrene - tredobler risikoen for Alzheimer. To slike alleler, som betyr at dette genet er arvet fra begge foreldrene, gir 11-doblet risiko (22). ApoE4 fører til stor ansamling av beta-amyloid i hjernen før alzheimersymptomer oppstår (23). Siden amyloid primært knyttes til Alzheimer, ikke til vaskulær demens, kunne man anta at ApoE4 i hovedsak forårsaker førstnevnte. En nyere oversiktsartikkel tyder imidlertid på at ApoE4 er en like sterk risikofaktor for demens diagnostisert som vaskulær (24). I tillegg til dette genet kjenner man mer enn 20 andre gener som koder for demens, men ingen med tilnærmet like sterk effekt som ApoE (25).

6.5 Sykdomsbyrde

I Folkehelseinstituttets sykdomsbyrderapport fra 2016 (26) er tapte leveår per 100 000 innbyggere på grunn av demens beregnet til 355 år, det svarer til 18 400 tapte leveår i den norske befolkningen hvert år. Til sammenlikning krever henholdsvis kreft og hjerte- og karsykdommer henholdsvis 2 744 og 1914 tapte leveår per 100 000. Ser vi isteden på såkalte helsejusterte tapte leveår, hvor også tapt livskvalitet er kvantifisert og regnet inn, er tallet 2915 for kreft, 2212 for hjerte- og karsykdommer og 530 for demens. Omregnet til hele befolkningen koster demens 27 500 helsejusterte leveår. Når vi regner inn tap av livskvalitet, er sykdomsbyrden rundt en fjerdedel av byrden ved hver av de to sykdomsgruppene kreft og hjerte-kar og utgjør 2,7 prosent av sykdomsbyrde grunnet alle sykdommer og skader. Dette er i seg selv langt fra ubetydelig, og det kan heves at disse estimatene er for lave av to grunner. For det første er sykdomsbyrdeberegningene basert på registrerte dødsårsaker, og mange dødsfall blant personer med demens tilskrives andre årsaker enn demens, for eksempel slag eller kreft, selv om demenstilstanden var medvirkende årsak til dødsfallet. For det andre regnes ikke lidelsen påført pårørende med i beregnet sykdomsbyrde. Det finnes til enhver tid rundt 300 000 nære pårørende til demenssyke i Norge, og for de aller næreste kan nok påkjenninger og belastninger være like sterke som for den syke selv.

6.6 Bruk av helsetjenester

Kognitiv svikt og demens medfører utstrakt bruk av helse- og omsorgstjenester og vil utgjøre en økende samfunnsutfordring i årene fremover. Det er viktig å utrede tjenestebehovet for både personer med demens og deres pårørende, samt effektivisere bruken av tjenestene. Det første skrittet på veien mot effektiv bruk av helsetjenester vil gjerne være en legeundersøkelse der man får stilt en diagnose. Kommunehelsetjenesten er lovpålagt å yte diagnostisk tjeneste til alle med symptomer på demens, hvor også alternative årsaker til hukommelsessvikt utredes. Selv om det ikke finnes noen effektiv behandling, vil det være nyttig å få en riktig diagnose og å få vurdert generelt og spesifikt funksjonsnivå. I tillegg til verdien av større forutsigbarhet for pasientene selv og deres pårørende, gjør en diagnose det lettere å få tilbud om omsorgstiltak på hjemstedet og å få tilpasset dette tilbudet best mulig til den enkelte pasient. For tiden er dog demens underdiagnostisert. En studie (27) viste at 55 prosent av alle personer med demens på sykehjem hadde fått en diagnose. En annen studie (28) viste at i et tilfeldig utvalg av over 69-åringer som mottok hjemmetjenester var 41,5 prosent demenssyke. Blant disse hadde bare 19,5 prosent en demensdiagnose som var kjent for dem selv, deres pårørende eller omsorgstjenesten. Disse resultatene tyder på at bare et mindretall av personer med demens får en demensdiagnose, og at de får den for sent.

Ved forstadier til demens (predemens), så vel som under første fase av demens-sykdommen, er det hjemmebaserte tjenester som gir den viktigste helsehjelpen. I følge Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse var det i 2010 ca. 103 000 personer som mottok hjemmebaserte

tjenester. Av disse var 41,5 prosent demenssyke (28), noe som betyr at rundt 43 000 personer med demens til enhver tid mottar hjelp av hjemmesykepleien eller annen hjemmetjeneste. Kommunene er også pålagt å gi et mer generelt tilbud til personer med demens og deres pårørende. I 2014 hadde 78 prosent av alle kommuner såkalte demensteam eller demens-koordinatorer (29). Hjemmehjelpen er også en viktig kilde til avlastning, både for personer med demens og for pårørende. Dagaktivitets-sentre bidrar også til avlastning. I 2014 hadde 71 prosent av kommunene dagaktivitetstilbud og tilsammen 6318 brukere (29). En del kommuner (65 prosent i 2013) har også tilbud om støttekontakt til enkelte personer med demens, i 2013 fikk til sammen 812 personer slik hjelp (29).

Av tilbud til pårørende til personer med demens, kan nevnes såkalte pårørendeskoler, hvor de pårørende lærer å forholde seg til demenssykdommen og til personen med demens. I 2014 hadde 73 prosent av kommunene tilbud om pårørendeskoler og/eller annet kurstilbud. Tilbud om samtalegrupper for pårørende ble gitt av 31 prosent av kommunene (29). Ettersom tilstanden forverres et stykke ut i sykdomsforløpet, vil stadig flere personer med demens få plass på sykehjem. Det er i dag rundt 40 000 sykehjemsplasser i Norge (29). Rundt 80 prosent av beboerne, altså minst 32 000, er personer med demens (27). Med gjennomsnittlig botid på sykehjem på 2,6 år (30), er det ganske stor utskifting av beboerne. Det betyr at selv om bare en drøy tredjedel av alle personer med demens til enhver tid bor på sykehjem, vil de aller fleste som får demens avslutte sine liv på sykehjem.

6.7 Behandling med legemidler

Noen av symptomene ved demens kan behandles med legemidler, men disse medisinene gir ingen varig bedring av sykdommen. Det fins i dag fire antidemenslegemidler: Aricept, Exelon, Reminyl og Ebixa som har spesifikke indikasjoner for de ulike former for demens. For det mindretallet av personer med demens som har nytte av disse legemidlene er effekten nokså liten. I 2015 var forbruket av demens-legemidler ifølge Reseptregisteret 2,71 «definerte døgndoser» per 1000 innbyggere per døgn i den norske befolkningen. Det tilsvarer at ca. 14 100 personer bruker demensmidler daglig i Norge. Antar vi at det finnes 70 - 80 000 personer med demens i Norge, betyr disse tallene at 17-18 prosent av alle personer med demens bruker et slikt legemiddel daglig. Statistikker fra reseptregisteret viser en nedgang i bruk på 27 prosent fra 2012 til 2015, noe som antakelig reflekterer synkende forventninger til disse legemidlene.

6.8 Fremtidig utbredelse og muligheter for forebygging

Dersom aldersspesifikk utbredelse ikke forandrer seg, viser noen beregninger at forventet økning i levealder i Norge vil medføre mer enn en fordobling i forekomst fra 2006 til 2050 (5). Andre beregninger har anslått en fordoblet forekomst i Vest-Europa fra 2001 til 2040 (31). På verdens-basis har det vært beregnet at forekomsten vil fordobles hvert 20 år (32), mens noe mer moderate anslag er en drøy tredobling i verden fra 2001 til 2040 (32). Medisinsk forskning på demens er høyt prioritert, og det må være lov å håpe at det utvikles nye og effektive behandlingsformer i løpet av de nærmeste tiårene. Men selv hvis dette ikke skulle skje, er disse anslagene verstefalls-prognoser. Eksponering av en del kjente risikofaktorer kan og vil bli redusert gjennom fore-bygging. En undersøkelse fra England viste en nedgang i demensutbredelse fra 8,3 prosent til 6,5 prosent fra ca.1990 til 2010. Tallene er korrigert for at levealderen var lavere i 1990 (33). En dansk undersøkelse fant klart bedret kognitivt funksjonsnivå blant personer i alderen 93-95 år over en tiårsperiode (34). En helt ny metaanalyse av tilsammen ni prevalensstudier og ni (i hovedsak andre) studier som beregnet insidens, rapporterte riktignok noe mindre oppløftende resultater (35). Resultatene fra prevalens-studiene som inngikk i metaanalysen var sprikende,

både for Alzheimer og demens generelt, og de ga ingen entydig støtte til hypotesen om synkende omfang av demens. Insidensstudiene viste derimot samlet en klar reduksjon. Tre studier viste ingen endring, de seks andre viste reduksjoner på mellom 0,6 prosent og 5,5 prosent per år. Også her var resultatene nokså like for Alzheimer og for demens generelt. Resultatene ser altså ut til å vise at færre får demens, mens det er liten endring i andelene innenfor ulike aldersgrupper som har demens. Den mest sannsynlige forklaringen er at selv om relativt færre rammes av demens, lever dagens personer med demens lenger med sykdommen enn hva demenssyke gjorde før. Disse trendene vil motvirke hverandre, slik at aldersspesifikke andeler med demens ikke forandrer seg så mye. Samlet gir disse resultatene håp om at forebygging kan bremse, om enn neppe stoppe økningen i demens-utbredelse forårsaket av høyere levealder.

Referanser

1. Qiu C, De Ronchi D, Fratiglioni L. The epidemiology of the dementias: an update. Curr Opin Psychiatry 2007;20(4):380-5.
2. Zaccai J, McCracken C, Brayne C. A systematic review of prevalence and incidence studies of dementia with Lewy bodies. Age Ageing 2005;34(6):561-6.
3. Jellinger KA, Attems J. Prevalence of dementia disorders in the oldest-old: an autopsy study. Acta Neuropathol 2010;119(4):421-33.
4. Engedal K, Haugen PK. The prevalence of dementia in a sample of elderly Norwegians. International Journal of Geriatric Psychiatry 1993;8(7):565-70.
5. Helsedirektoratet. Glemsk men ikke glemt. Om dagens situasjon of framtidas utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens Oslo, Norway: Helsedirektoratet.no; 2007. Publikasjoner IS-1486. Tilgjengelig fra: https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/glemsk-men-ikke-glemt-om-dagens-situasjon-og-framtidas-utfordringer-for-a-styrke-tjenestetilbudet-til-personer-med-demens
6. Ott A, Breteler MM, van Harskamp F, Claus JJ, van der Cammen TJ, Grobbee DE, et al. Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. BMJ 1995;310(6985):970-3.
7. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association 2013;9(1):63-75.e2.
8. Folkehelseinstituttet. Folkehelserapporten (Nettutgaven) - Helsetilstanden i Norge. Norway: Folkehelseinstitutt; 2014. Folkehelserapporten 14:4. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/nettpub/hin/befolkning-og-levealder/levealderen-i-norge---folkehelserap/
9. Fiest KM, Jette N, Roberts JI, Maxwell CJ, Smith EE, Black SE, et al. The Prevalence and Incidence of Dementia: a Systematic Review and Meta-analysis. Can J Neurol Sci 2016;43 Suppl 1:S3-S50.
10. Brodaty H, Seeher K, Gibson L. Dementia time to death: a systematic literature review on survival time and years of life lost in people with dementia. Int Psychogeriatr 2012;24(7):1034-45.
11. Organization WH, red. World Health Organization and Alzheimer's Disease International. Dementia: a public health priority. Geneva: World Health Organization; 2012. Mental Health Publications. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/
12. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler MM, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology 2000;54(11 Suppl 5):S4-9.
13. Caamano-Isorna F, Corral M, Montes-Martinez A, Takkouche B. Education and dementia: a meta-analytic study. Neuroepidemiology 2006;26(4):226-32.
14. Helmer C, Damon D, Letenneur L, Fabrigoule C, Barberger-Gateau P, Lafont S, et al. Marital status and risk of Alzheimer's disease: a French population-based cohort study. Neurology 1999;53(9):1953-8.
15. Sundstrom A, Westerlund O, Kotyrlo E. Marital status and risk of dementia: a nationwide population-based prospective study from Sweden. BMJ Open 2016;6(1):e008565.
16. Sosa-Ortiz AL, Acosta-Castillo I, Prince MJ. Epidemiology of dementias and Alzheimer's disease. Arch Med Res 2012;43(8):600-8.
17. Grysiewicz RA, Thomas K, Pandey DK. Epidemiology of Ischemic and Hemorrhagic Stroke: Incidence, Prevalence, Mortality, and Risk Factors. Neurologic Clinics 2008;26(4):871-95.
18. Tolppanen AM, Solomon A, Soininen H, Kivipelto M. Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease: evidence from epidemiological studies. J Alzheimers Dis 2012;32(3):531-40.

19. Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K, Maytan M, Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. Lancet 2000;355(9212):1315-9.
20. Bergem AL, Engedal K, Kringlen E. The role of heredity in late-onset Alzheimer disease and vascular dementia. A twin study. Arch Gen Psychiatry 1997;54(3):264-70.
21. Gatz M, Reynolds CA, Fratiglioni L, Johansson B, Mortimer JA, Berg S, et al. Role of genes and environments for explaining Alzheimer disease. Arch Gen Psychiatry 2006;63(2):168-74.
22. Schipper HM. Apolipoprotein E: implications for AD neurobiology, epidemiology and risk assessment. Neurobiol Aging 2011;32(5):778-90.
23. Polvikoski T, Sulkava R, Haltia M, Kainulainen K, Vuorio A, Verkkoniemi A, et al. Apolipoprotein E, dementia, and cortical deposition of beta-amyloid protein. N Engl J Med 1995;333(19):1242-7.
24. Liu X, Li L, Liu F, Deng S, Zhu R, Li Q, et al. ApoE gene polymorphism and vascular dementia in Chinese population: a meta-analysis. J Neural Transm (Vienna) 2012;119(3):387-94.
25. Lambert JC, Ibrahim-Verbaas CA, Harold D, Naj AC, Sims R, Bellenguez C, et al. Meta-analysis of 74,046 individuals identifies 11 new susceptibility loci for Alzheimer's disease. Nat Genet 2013;45(12):1452-8.
26. Folkehelseinstituttet. Sykdomsbyrde i Norge 1990–2013 [Report]. Oslo: Folkehelseinstituttet 2016. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/publ/2016/sykdomsbyrde-i-norge-1990-2013/
27. Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. Int J Geriatr Psychiatry 2007;22(9):843-9.
28. Wergeland JN, Selbaek G, Hogset LD, Soderhamn U, Kirkevold O. Dementia, neuropsychiatric symptoms, and the use of psychotropic drugs among older people who receive domiciliary care: a cross-sectional study. Int Psychogeriatr 2014;26(3):383-91.
29. Gjøra, Eek A, Kirkevold O. Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014. Demensplan 2015 [Report]. Tønsberg: Kompetansesenter for aldring og helse; helse FAo; 2015. Tilgjengelig fra: http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?itemID=7603
30. Lerdal A. Effekt av samhandling mellom pasienter og sykepleiere på sykehjem. Sykepleien Forskning 2013;8(2):112-3.
31. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet 2005;366(9503):2112-7.
32. Reitz C, Brayne C, Mayeux R. Epidemiology of Alzheimer disease. Nat Rev Neurol 2011;7(3):137-52.
33. Matthews FE, Arthur A, Barnes LE, Bond J, Jagger C, Robinson L, et al. A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. Lancet 2013;382(9902):1405-12.
34. Christensen K, Thinggaard M, Oksuzyan A, Steenstrup T, Andersen-Ranberg K, Jeune B, et al. Physical and cognitive functioning of people older than 90 years: a comparison of two Danish cohorts born 10 years apart. Lancet 2013;382(9903):1507-13.
35. Prince M, Ali GC, Guerchet M, Prina AM, Albanese E, Wu YT. Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. Alzheimers Res Ther 2016;8(1):23.

FORFATTERE
Kristian Tambs
Margarete Vollrath

FAGFELLE
Geir Selbæk, Forskningssjef, Nasjonalt kompetansesenter aldring og helse

7. Søvn og søvnvansker

Hovedpunkter

- Én av sju voksne har kronisk insomni (søvnvansker), og forekomsten er høyere hos kvinner og eldre. Forekomsten av insomni i Norge har økt siden 2000
- Norsk ungdom sover for lite på ukedager
- Insomni øker risikoen for utvikling av dårlig psykisk og somatisk helse i alle aldergrupper

7.1 Kort om søvn

Søvn er viktig for god helse i alle aldersgrupper. Søvnvansker er en av de vanligste helseplagene i befolkningen og de siste årene har vi fått mer kunnskap om søvnens betydning i et folkehelse-perspektiv. Selv om søvnbehovet varierer fra person til person, vil dårlig eller for lite søvn kunne påvirke både humør, konsentrasjon og yteevne.

Den vanligste søvnforstyrrelsen er insomni. Kjernesymptomene ved insomni er problemer med innsovning, hyppige oppvåkninger eller tidlig morgenoppvåkning, som medfører nedsatt funksjonsevne på dagtid. Undersøkelser fra en rekke land viser at nærmere en tredjedel av befolkningen rapporterer ukentlige søvnvansker. Nye norske tall viser at over halvparten av pasienter i primærhelsetjenesten rapporterer søvnvansker (1). I underkant av 10 prosent av den voksne befolkningen i den vestlige verden, inkludert Norge, oppfyller de diagnostiske kriteriene for insomni (2;3).

En annen vanlig søvnforstyrrelse er søvnapné, som kjennetegnes ved gjentatte pustestopp (apné) under søvn, ofte ledsaget av høy og intens snorking. Norske tall viser at forekomsten av søvnapné ligger mellom 8 og 16 prosent, avhengige av alvorlighetsgrad (4), noe som også samsvarer med internasjonale funn (5).

En annen mye omtalt søvnforstyrrelse er narkolepsi, som er karakterisert av økt søvnighet og anfall med unormal søvntrang på dagtid. Etter svineinfluensavaksineringen i 2009 utviklet flere titalls nordmenn narkolepsi som en følge Pandemrix, de fleste barn og unge. (6). Norske tall viser imidlertid at narkolepsi i den generelle befolkningen er svært sjeldent (0.022 prosent) (7).

Parasomnier er søvnforstyrrelser karakterisert ved at uønskede fysiske hendelser eller opplevelser oppstår i forbindelse med søvnen. I en telefonbasert spørreundersøkelse av 1000 nordmenn fra 2010 ble det funnet store forskjeller i forekomsten av ulike former for parasomnier i den generelle befolkningen (8). De vanligste parasomniene var mareritt (19.4 prosent), snakke i søvne (17.7 prosent) og såkalt «søvnrelatert grynting» (katatreni: 13.5 prosent). Undersøkelsen fant kun små kjønnsforskjeller. I tillegg regner man med at 20–30 prosent av befolkningen har gått i søvne minst én gang i løpet av livet, men de aller fleste vokser dette av seg, blant voksne er forekomsten under 1-2 prosent.

7.2 Forekomst av søvnvansker

7.2.1 Utvikling av søvnvansker blant voksne

Forekomsten av insomni blant voksne er økende. En norsk undersøkelse viste en økning fra 11,9 prosent til 15,5 prosent i perioden 2001 til 2011 (9). Økningen var spesielt tydelig hos kvinner

mellom 45 og 60 år, og gjaldt først og fremst problemer med innsovning (fra 13,1 til 15,2 prosent), misnøye med søvnen (fra 8,2 til 13,6 prosent) og nedsatt funksjon på dagtid pga. dårlig søvn (fra 14,8 til 18,8 prosent).

Til tross for den økte forekomsten av insomni de siste årene, viser en internasjonal litteratursammenfatning at det ikke finnes klare holdepunkter for å hevde at den voksne befolkningen sover mindre i dag enn de gjorde på 1960-tallet (10). Tall fra Helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK) viser at den gjennomsnittlige søvnlengden i den voksne befolkningen er 6 timer og 52 minutter for menn og 7 timer og 11 minutter for kvinner, noe som samsvarer godt med internasjonale tall (11). Norske tall fra Tidsbruksundersøkelsen til SSB viser at vi har forskjøvet døgnet siden 1980; vi både legger oss senere på kvelden, og står opp senere om morgenen (12).

7.2.2 Søvnvansker hos småbarn og barn

Det finnes mange fellesfaktorer for utvikling av søvnvansker på tvers av aldersgrupper, men også noen aldersspesifikke trekk. I sped- og småbarnsalderen er kort søvnlengde og hyppige oppvåkninger vanlige. Data på mer enn 55,000 barn fra Den norske mor og barn-undersøkelsen (MoBa) viser at 70 prosent av 6-måneder gamle barn har nattlige oppvåkninger, mens bare 27 prosent av barna har tilsvarende oppvåkninger når de er 18 måneder gamle (13). I en stor longitudinell undersøkelse av ca. 4000 mødre og deres barn, AHUS undersøkelsen, framkommer det at majoriteten av 2 år gamle barn (54 prosent) har 1-2 oppvåkninger per natt, mens 10 prosent av barna har en innsovningstid på mer enn en halvtime (14).

I undersøkelsen Tidlig Trygg i Trondheim (TTiT), en longitudinell studie av forekomst, forløp og risikofaktorer for psykiske vansker hos rundt 1000 barn, fant man at en av fem fireåringer har søvnproblemer. Insomni var klart hyppigst (16.6 prosent), mens andre (parasomnier) var mer sjeldne: mareritt (2.2 prosent), hypersomni (0.8 prosent), og søvngjengeri (0.7 prosent) (15). Flere studier fra vestlige land viser at barn og unge sover mindre nå enn for noen tiår siden (16-18).

7.2.3 Søvnvansker hos ungdom

Mange norske ungdommer ser ut til å få for lite søvn. En stor norsk undersøkelse (ung@hordaland-undersøkelsen) med mer enn 10000 elever i videregående skole, viste at ungdommene i gjennomsnitt sov to timer mindre på ukedagene enn anbefalt: 6 timer og 25 minutter mot anbefalt 8 -9 timer. Denne undersøkelsen viste også at en av fire norske ungdommer oppfyller de formelle kriteriene for en insomnidiagnose, og at jenter hadde større søvnplager enn gutter (19). Tilsvarende viser en annen undersøkelse av 1285 norske tenåringer fra 2011 at omtrent 40 prosent tilbrakte mindre enn 7 timer i sengen i ukedagene (20).

I en stor norsk studie ble endringer i forekomsten av innsovningsvansker hos ungdommer i perioden 1983 til 2005 undersøkt. Totalt deltok mer enn 27000 ungdommer fra 11 til 15 år i studien. Resultatene viste også her at jenter var mer plaget enn gutter. Denne undersøkelsen fant også at det har vært et generell økning av innsovningsvansker blant ungdommer fra 1983 til 2005 (21). Dette er i samsvar med internasjonale tall som viser at søvnlengden hos 10-15-år gamle barn har blitt redusert med 23-44 minutter i perioden 1985 til 2004, og senere leggetid blir pekt på som hovedårsak (22).

En del ungdommer og yngre voksne lider av forsinket søvnfasesyndrom. Dette er en døgnrytmeforstyrrelse som kjennetegnes av store vansker med å sovne til vanlig tid – gjerne ikke før etter klokka 2 om natten og store vanskeligheter med oppvåkning om morgenen (23).

Derimot har ungdommene få problemer med å opprettholde søvnen, dersom man ikke vekkes vil han eller hun kunne sove til langt utover dagen. Nye norske funn viser en forekomst på mellom 3 og 8 prosent hos ungdommer, avhengig av hvilken definisjon som legges til grunn (24;25), noe som er betydelig høyere enn tilsvarende tall i den voksne befolkningen (under 1 prosent) (26). Også her ser man en tydelig sammenheng mellom forekomst og ulike demografiske forhold.

7.3 Stabilitet og utvikling over tid blant barn og unge

Selv om mange barn vokser av seg søvnvanskene viser flere norske studier i ulike aldergrupper at mange fortsetter å streve med dårlig søvn over tid. Tall fra MoBa-undersøkelsen viser at en tredjedel av spedbarna som hadde nattlige oppvåkninger da de var seks måneder, fremdeles hadde oppvåkninger hver natt ved 18 måneders alder. En tilsvarende grad av stabilitet ser man også for kort søvnlengde: sover barnet lite som spedbarn er sannsynligheten stor for at barnet også vil sove mindre når det blir eldre (13). En ny publikasjon fra Barn-i-Bergen-undersøkelsen viser at en tredjedel av barna som hadde søvnvansker da de var 7-9 år fremdeles hadde søvnvansker på videregående skole (27). Tilsvarende hadde barn som sov lite i tidlig skolealder fremdeles kort søvnlengde 10 år senere. Barn som hadde søvnvansker både ved 7-9 år og ved neste kartlegging da de var mellom 11 og 13, hadde fordoblet risiko for å tilfredsstille diagnosekriteriene for insomni i ungdomstiden. I tillegg til en høy grad av kronisitet av søvnvansker, var det en sterk økning av søvnvansker over tid. I alderen 7-9 år rapporterte 8,5 prosent av foreldrene om søvnvansker hos barna sine. Nivået holdt seg relativt stabilt på 12,7 prosent da barna var 11-13 år, men hele en tredjedel av ungdommene rapporterte at de hadde søvnvansker da de var 16-19 år. Gutter har noe mer søvnvansker enn jenter i de yngre aldersgruppene, mens jenter har klart mer søvnvansker enn gutter i ungdomstiden.

I undersøkelsen Voksen i år 2000 (VITT), en norsk longitudinell studie av helsevaner, viser nye funn at innsovningsvansker hos 13 år gamle ungdommer ofte vedvarer godt inn i voksen alder (28). Data fra samme studie viser også at kort søvnlengde hos 15-åringer øker risikoen for kort søvnlengde også i 30-årsalderen (29).

7.4 Forskjeller i befolkningen

Søvnvansker er vanligere hos kvinner enn menn, og både forekomsten og kjønnsforskjellene ser ut til å øke med alderen (30). Til tross for en vanlig antagelse om at humør og søvn varierer i samsvar med årstider og endringer i dagslys, er det ikke entydige holdepunkt for å hevde at insomni eller søvnlengde varierer gjennom året (31), og funnene er til dels motstridende. Mens en undersøkelse fra Tromsø fant større grad av søvnvansker om vinteren (32), konkluderte en annen undersøkelse fra samme region det motsatte: at søvnvansker forekommer hyppigere i sommermånedene (33). Ingen av disse undersøkelsene fant imidlertid forskjeller i søvnlengde mellom årstidene.

Insomni henger også sammen med vanlige indikatorer på sosioøkonomisk status. Symptomer på insomni er mer enn dobbelt så vanlig blant personer med lav utdanning (19 prosent) sammenlignet med personer med universitets- eller høyskoleutdanning (9 prosent) (30). Flere barn fra familier med svak familieøkonomi har søvnvansker sammenlignet med barn fra familier med sterk familieøkonomi (28 prosent vs. 10 prosent) (34). Både insomni og kort søvnlengde er vanligere hos 16-19-år gamle ungdommer av foreldre med lav utdannelse, som er arbeidsledige, eller har svak familieøkonomi (35). Det finnes ingen norske undersøkelser på mulige forskjeller i søvn og søvnplager når det gjelder etnisk bakgrunn.

Søvnvansker er også hyppigere forekommende hos grupper med helseplager. For eksempel har barn med kronisk sykdom, spesielt nevrologiske tilstander, mer søvnvansker sammenlignet med friske barn (36). Vi vet også at søvnvansker er svært vanlig blant både ungdom (37) og voksne (38) med psykiske vansker. Til tross for at søvnvansker er svært utbredt blant pasienter i psykisk helsevern i Norge blir disse søvnvanskene i liten grad diagnostisert (39).

Personer som jobber skift- og nattarbeid er også utsatt for søvn- og andre helseplager. En ny norsk litteratursammenfatning viser at det er spesielt uheldig når turnusarbeidet inkluderer nattarbeid og kort pause mellom skiftene (40).

Tall fra AHUS-undersøkelsen viser at søvnvansker er spesielt hyppige hos gravide kvinner (41), og det er ikke uvanlig at søvnen forblir dårlig i lang tid etter fødselen. Mens hele 6 av 10 kvinner tilfredsstilte kriteriene for insomni både i uke 32 av graviditeten og 8 uker etter fødselen, var det fortsatt 40 prosent som hadde insomni 2 år senere (42).

7.5 Årsaks- og risikofaktorer

Både arv- og miljøfaktorer ser ut til å være viktig for å forklare utvikling av søvnvansker. Når det gjelder betydning av arv, finnes det fortsatt lite forskning på mulige genetisk årsaker til søvnvansker selv om familie- og tvillingstudier har vist at søvnvansker ser ut til å aggregeres i noen familier. De fleste av disse studiene anslår graden av arveligheten til et sted mellom 25 prosent og 45 prosent, avhengig av definisjon og av type søvnvanske. Ved insomni har man for eksempel funnet en moderat arvelighet, dvs. omtrent en tredjedel av variansen i symptomer som kan tilskrives genetiske faktorer (43). Vi vet fortsatt lite om hvilke spesifikke gener som kan være involvert. At forekomsten av insomni har øket betraktelig i Norge de siste ti årene tyder også på at miljøfaktorer og vaner spiller en betydelig rolle i utviklingen av søvnvansker.

Hos de aller minste barna er høy grad av foreldreinvolvering ved barnets leggerutiner relatert til søvnvansker hos barn, siden barnet da i mindre grad tilegner seg evnen til å regulere søvn og våkenhet på egen hånd (44). Data fra Den norske mor og barn-undersøkelsen (MoBa) har vist at for de aller minste barna har det å dele seng med barnet vist seg å henge sammen med utviklingen av søvnvansker over tid, også etter at man hadde tatt høyde for barnets tidligere søvnvansker (45). Jo lenger barnet deler seng med foreldrene, jo større er sjansen for kort søvnlengde og hyppigere oppvåkninger ved 18 måneders alder.

Den økte bruken av elektroniske medier, spesielt i forkant av leggetid, henger tett sammen med søvnvansker. Funn fra ung@hordaland viser at bruk av f.eks. nettbrett, smarttelefon og datamaskiner den siste timen før leggetid øker risiko for kortere søvntid (46).

Dårlig arbeidsmiljø på jobben henger også sterkt sammen med søvnvansker. I en litteratursammenfatning av prospektive studier ble det funnet at sosial støtte på jobben, kontroll over egen jobbsituasjon, og opplevd rettferdighet beskyttet mot å utvikle søvnvansker (47). Derimot var høyt stressnivå, mobbing på arbeidsplassen og opplevd urettferdighet relatert til større risiko for å utvikle søvnvansker.

7.6 Konsekvenser av søvnvansker

Kort søvnlengde og nattlige oppvåkninger hos 2-åringer henger sammen med høyere nivå av sosio-emosjonelle vansker, selv etter å ha tatt høyde for andre årsaksforklaringer (14). Tilsvarende tendens ble nylig påvist i MoBa-studien. Der fant man at 18 måneder gamle barn som sover mindre enn ti timer og våkner hyppigere enn tre ganger om natten, har flere

emosjonelle og atferdsmessige problemer enn andre barn på samme alder, samt at de har større risiko for senere å utvikle slike problemer ved 5-årsalderen (48). På samme måte fant man i en oppfølgingsundersøkelse fra TTiT-studien at fireåringer med søvnvansker har høyere risiko for å utvikle symptomer på psykiske problemer som seksåringer enn barn som sover godt (15).

Når det gjelder søvnvansker hos ungdom viser funn fra Norge at både insomni og kort søvntid øker risikoen både for psykiske vansker (37;49;50) selv-skading (51), rus- og alkoholproblemer (52), overvekt (53), i tillegg til høyt skolefravær (24;54) og dårlige skoleprestasjoner (55;56).

Hos voksne har søvnvansker en negativ påvirkning på helsen på en rekke områder (57;58). For eksempel viser eksperimentelle data på mer enn 10000 deltagere i Tromsø 6-undersøkelsen fra 2007-2008, at søvnvansker øker risikoen for lavere smertetoleranse (58). Tall fra Helseundersøkelsene i Hordaland (HUSK) og Nord-Trøndelag (HUNT) viser også at søvnvansker er assosiert med redusert arbeidskapasitet og doblet risiko for å bli sykemeldt og uføretrygdet (59;60). I USA er de økonomiske kostnadene knyttet til insomni anslått å beløpe seg til over 90 milliarder dollar i året. Det inkluderer både direkte medisinske kostnader og indirekte kostnader som søvnrelaterte ulykker og tapt arbeidskapasitet (61). Det finnes ingen tilsvarende tall for Norge.

Søvnvansker utgjør også en risiko for ulykker og dødelighet (62). Samtidig vet vi at nesten 60 prosent av dem som lider av insomni aldri oppsøker hjelp for sine vansker og dermed forblir ubehandlet (63). Dette er spesielt bekymringsfullt når vi vet at 70 prosent av personer med insomni fortsatt tilfredsstiller diagnosekriteriene ett år senere (og 50 prosent etter 3 år) (64).

7.7 Behandling av søvnvansker

7.7.1 Medikamentell behandling av søvnvansker

I Norge foreskrives en rekke medikamenter som tiltak ved insomni. Selv om flere sovemedisiner (hypnotika) har godt dokumentert korttidseffekt og vil kunne være nyttig ved akutt insomni, løser ingen av dem årsaken til søvnproblemet. I tillegg vet vi at mange med insomni har ingen eller dårlig kunnskap om tilgjengelige behandlingsmuligheter. Mange benytter alkohol, alternative behandlingsformer og udokumenterte helsekostprodukter i forsøk på å bedre søvnen sin (63).

Når det gjelder hypnotika er det vanlig å dele disse inn i tre hovedgrupper: benzodiazepiner, benzodiazepinliknende preparater og melatoninpreparater. Benzodiazepiner (med virkestoffer som alprazolam, diazepam, klonazepam, midazolam, nitrazepam og oxazepam) har tradisjonelt vært mest benyttet for behandling av søvnvansker. Sammenhengende bruk er imidlertid forbundet med utvikling av bivirkninger, tilbakefall av symptomer og avhengighet av medikamentet (65).

Nyere benzodiazepinlignendesovemidler (med virkestoffer som zopiclon, zolpidem) har vist seg å være like effektive som tradisjonelle benzodiazepiner for behandling av akutt insomni. Ved kortvarig bruk har de nye legemidlene også noe færre bivirkninger, og de endrer ikke søvnmønsteret i samme grad som de eldre legemidlene. Likevel er det i dag generell enighet om at denne typen sovemidler må benyttes med forsiktighet hos pasienter med kronisk insomni, og at langvarig bruk utover 3-4 uker bør unngås (National Institute of Health, 2005).

Nylig har medikamenter basert på melatonin blitt tilgjengelig for salg i Norge. Utskillelsen av melatonin, også kjent som «mørkets hormon» eller «søvnhormonet», øker ved fravær av lys. Produksjonen av melatonin avtar med økende alder, og kan muligens bidra til å forklare hvorfor

eldre sliter med flere søvnplager. Melatonin selges som kosttilskudd i noen land, men er reseptbelagt i de fleste land, inkludert Norge. Melatonin brukes i hovedsak til behandling av døgnrytmeforstyrrelser og jet-lag (66). Selv om melatoninpreparater har mindre bivirkninger og er assosiert med mindre fare for misbruk og avhengighet, er ikke melatonin godkjent som sovemedisin for insomni, med unntak av for pasienter over 55 år. Likevel har det vært en økning i forskriving av melatonin i Norge for barn og unge den siste tiden (67;68). Økningen er størst hos barn og unge med psykiske vansker og utviklingsforstyrrelser, og pasientene står ofte på resept over lengre tid (69). Dyrestudier har vist at melatonin kan påvirke kjønnsutvikling og fruktbarhet hos flere pattedyr. Selv om det ikke er påvist tilsvarende sammenheng hos mennesker, er det generell enighet om at spesielt unge kvinner bør være forsiktig med å bruke melatonin over tid, på grunn av den mulige påvirkningen på reproduksjonssystemet (70).

Andre preparater
I klinisk praksis ser man at også andre preparater ofte foreskrives for insomni, for eksempel antidepressiva, antihistaminer, og antipsykotika (71). Selv om flere av disse medikamentene har en beroligende effekt, finnes det lite evidens for at disse medikamentene er effektive som sovemedisiner, og bivirkningene er ofte mer uttalte (72). Preparatene frarådes brukt til behandling av insomni, med mindre søvnvanskene opptrer sammen med andre tilstander hvor slike medikamenter er anbefalt.

Foreskriving av alimemazin (antihistamin) til barn mellom 0 og 3 år er ikke uvanlig i Norge, til tross for betydelig risiko for bivirkninger (døsighet, hodepine og svimmelhet) og manglende dokumentasjon på effekt (73). Bruk av sovemidler hos voksne personer har også vist seg å være relatert til bruk av tilsvarende sovemidler hos deres sped- og småbarn, uavhengig av barnet helse (Holdo, 2013).

7.7.2 Psykologisk behandling av søvnvansker

Medikamentell behandling er fortsatt mest benyttet i behandling av insomni (Sivertsen, 2010). Dette til tross for at ikke-medikamentell behandling, for eksempel kognitiv atferdsterapi (KAT) har bedre og mer varig effekt. Kunnskapsoppsummeringer viser at 8 av 10 pasienter blir bedre om de fullfører en slik behandling (Morin, 1994; Pallesen, 1998). KAT er også førstevalget hos American College of Physicians ved behandling av insomni (74). KAT innbefatter blant annet opplæring i søvnhygiene som omfatter kunnskap om hvordan søvnen påvirkes av livsstils-faktorer som fysisk trening, matinntak, alkohol og hvorfor ulike miljøfaktorer som lys, støy og temperatur er av betydning. Andre elementer innbefatter søvnrestriksjon, stimuluskontroll og avslapningsteknikker. Teknikkene er relativt enkle og kan i prinsippet benyttes av både psykologer, fastleger og annet helsepersonell i klinisk arbeid med søvnvansker.

Bruken av behandlingsformen er imidlertid av begrenset kapasitet. Nyere undersøkelser tyder på at selvhjelpsprogram, enten i form av bok (75) eller fortrinnsvis via internett (76), kan gi effekt på linje med en-til-en tilnærminger. Internasjonale litteraturoppsummeringer konkluderer også med at nettbasert selvhjelp fungerer godt (77).

7.8 Forebygging av søvnvansker

Det er antatt at kunnskap og bruk av råd om søvnhygiene kan forebygge utvikling av søvn-vansker (78). Det finnes imidlertid lite forskningsbasert kunnskap om forebyggende tiltak mot søvnvansker, med noen få unntak. Det har for eksempel blitt vist positive effekter av fore-byggende tiltak hos små barn (79). Det er også støtte for at atferdsbaserte intervensjoner for insomni hos barn har positiv effekt (80). Når det gjelder forebyggende skoleprogrammer rettet mot søvnvansker i ungdomsalderen, finnes det lite grunnlag for å hevde at dette har en effekt.

Selv om ungdommene generelt bedrer sin kunnskap etter slike forebyggende skolebasert intervensjoner, er resultater med hensyn til endring i motivasjon og atferdsendring mer blandede i denne aldersgruppen (81). Flere studier har imidlertid vist at ungdommer som får starte skoledagen senere om morgenen sover lengre og fungerer bedre på skolen (82). Sett i lys av forekomsten av søvnvansker og konsekvensene av disse, er det behov for å utvikle bedre kunnskap om hvordan søvnvansker kan forebygges.

Referanser

1. Bjorvatn B, Meland E, Flo E, Mildestvedt T. High prevalence of insomnia and hypnotic use in patients visiting their general practitioner. Fam Prac 2017;34(1):20-4.
2. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. Sleep Med Rev 2002;6(2):97-111.
3. Uhlig BL, Sand T, Ødegård SS, Hagen K. Prevalence and associated factors of DSM-V insomnia in Norway: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT 3). Sleep Med 2014;15(6):708-13.
4. Hrubos-Strøm H, Randby A, Namtvedt SK, Kristiansen HA, Einvik G, Benth J, et al. A Norwegian population-based study on the risk and prevalence of obstructive sleep apnea. The Akershus Sleep Apnea Project (ASAP). J Sleep Res 2011;20(1 Pt 2):162-70.
5. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. N Engl J Med 1993;328(17):1230-5.
6. Heier MS, Gautvik KM, Wannag E, Bronder KH, Midtlyng E, Kamaleri Y, et al. Incidence of narcolepsy in Norwegian children and adolescents after vaccination against H1N1 influenza A. Sleep Med 2013;14(9):867-71.
7. Heier MS, Evsiukova T, Wilson J, Abdelnoor M, Hublin C, Ervik S. Prevalence of narcolepsy with cataplexy in Norway. Acta Neurol Scand 2009;120(4):276-80.
8. Bjorvatn B, Grønli J, Pallesen S. Prevalence of different parasomnias in the general population. Sleep Med 2010;11(10):1031-4.
9. Pallesen S, Sivertsen B, Nordhus IH, Bjorvatn B. A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population. Sleep Med 2014;15(2):173-9.
10. Bin YS, Marshall NS, Glozier N. Secular trends in adult sleep duration: a systematic review. Sleep Med Rev 2012;16(3):223-30.
11. Ursin R, Bjorvatn B, Holsten F. Sleep duration, subjective sleep need, and sleep habits of 40- to 45-year-olds in the Hordaland Health Study. Sleep 2005;28(10):1260-9.
12. Sivertsen B, Øverland S, Pallesen S. Trends in timing of sleep in the general population of Norway: 1980 to 20001. Percept Mot Skills 2011;113(2):509-18.
13. Hysing M, Harvey AG, Torgersen L, Ystrom E, Reichborn-Kjennerud T, Sivertsen B. Trajectories and predictors of nocturnal awakenings and sleep duration in infants. J Dev Behav Pediatr 2014;35(5):309-16.
14. Hysing M, Sivertsen B, Garthus-Niegel S, Eberhard-Gran M. Pediatric sleep problems and social-emotional problems. A population-based study. Infant Behav Dev 2016;42:111-8.
15. Steinsbekk S, Berg-Nielsen TS, Wichstrøm L. Sleep disorders in preschoolers: prevalence and comorbidity with psychiatric symptoms. J Dev Behav Pediatr 2013;34(9):633-41.
16. Iglowstein I, Jenni OG, Molinari L, Largo RH. Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. Pediatrics 2003;111(2):302-7.
17. Thorleifsdottir B, Björnsson JK, Benediktsdottir B, Gislason T, Kristbjarnarson H. Sleep and sleep habits from childhood to young adulthood over a 10-year period. J Psychosom Res 2002;53(1):529-37.
18. Matricciani L, Olds T, Petkov J. In search of lost sleep: secular trends in the sleep time of school-aged children and adolescents. Sleep Med Rev 2012;16(3):203-11.
19. Hysing M, Pallesen S, Stormark KM, Lundervold AJ, Sivertsen B. Sleep patterns and insomnia among adolescents: a population-based study. J Sleep Res 2013;22(5):549-56.
20. Pallesen S, Saxvig IW, Molde H, Sørensen E, Wilhelmsen-Langeland A, Bjorvatn B. Brief report: Behaviorally induced insufficient sleep syndrome in older adolescents: Prevalence and correlates. J Adolesc 2011;34(2):391-5.
21. Pallesen S, Hetland J, Sivertsen B, Samdal O, Torsheim T, Nordhus IH. Time trends in sleep-onset difficulties among Norwegian adolescents: 1983--2005. Scand J Public Health 2008;36(8):889-95.
22. Dollman J, Ridley K, Olds T, Lowe E. Trends in the duration of school-day sleep among 10- to 15-year-old South Australians between 1985 and 2004. Acta Paediatr 2007;96(7):1011-4.

23. Solheim B, Langsrud K, Kallestad H, Olsen A, Bjorvatn B, Sand T. Difficult morning awakening from rapid eye movement sleep and impaired cognitive function in delayed sleep phase disorder patients. Sleep Med 2014;15(10):1264-8.
24. Sivertsen B, Pallesen S, Stormark KM, Bøe T, Lundervold AJ, Hysing M. Delayed sleep phase syndrome in adolescents: prevalence and correlates in a large population based study. BMC Public Health 2013;13:1163.
25. Saxvig IW, Pallesen S, Wilhelmsen-Langeland A, Molde H, Bjorvatn B. Prevalence and correlates of delayed sleep phase in high school students. Sleep Med 2012;13(2):193-9.
26. Schrader H, Bovim G, Sand T. The prevalence of delayed and advanced sleep phase syndromes. J Sleep Res 1993;2(1):51-5.
27. Sivertsen B, Harvey AG, Pallesen S, Hysing M. Trajectories of sleep problems from childhood to adolescence: a population-based longitudinal study from Norway. J Sleep Res 2017;26(1):55-63.
28. Hayley AC, Skogen JC, Sivertsen B, Wold B, Berk M, Pasco JA, et al. Symptoms of Depression and Difficulty Initiating Sleep from Early Adolescence to Early Adulthood: A Longitudinal Study. Sleep 2015;38(10):1599-606.
29. Hayley AC, Skogen JC, Øverland S, Wold B, Williams LJ, Kennedy GA, et al. Trajectories and stability of self-reported short sleep duration from adolescence to adulthood. J Sleep Res 2015;24(6):621-8.
30. Sivertsen B, Krokstad S, Øverland S, Mykletun A. The epidemiology of insomnia: associations with physical and mental health. The HUNT-2 study. J Psychosom Res 2009;67(2):109-16.
31. Sivertsen B, Øverland S, Krokstad S, Mykletun A. Seasonal variations in sleep problems at latitude 63°-65° in Norway: The Nord-Trøndelag Health Study, 1995-1997. Am J Epidemiol 2011;174(2):147-53.
32. Johnsen MT, Wynn R, Bratlid T. Is there a negative impact of winter on mental distress and sleeping problems in the subarctic: the Tromsø Study. BMC Psychiatry 2012;12:225.
33. Friborg O, Bjorvatn B, Amponsah B, Pallesen S. Associations between seasonal variations in day length (photoperiod), sleep timing, sleep quality and mood: a comparison between Ghana (5 degrees) and Norway (69 degrees). J Sleep Res 2012;21(2):176-84.
34. Bøe T, Hysing M, Stormark KM, Lundervold AJ, Sivertsen B. Sleep problems as a mediator of the association between parental education levels, perceived family economy and poor mental health in children. J Psychosom Res 2012;73(6):430-6.
35. Hysing M, Petrie KJ, Bøe T, Lallukka T, Sivertsen B. The social gradient of sleep in adolescence. Results from the youth@hordaland survey. Eur J Public Health 2017;27(1):65-71.
36. Hysing M, Sivertsen B, Stormark KM, Elgen I, Lundervold AJ. Sleep in children with chronic illness, and the relation to emotional and behavioral problems--a population-based study. J Pediatr Psychol 2009;34(6):665-70.
37. Sivertsen B, Harvey AG, Lundervold AJ, Hysing M. Sleep problems and depression in adolescence: results from a large population-based study of Norwegian adolescents aged 16-18 years. Eur Child Adolesc Psychiatry 2014;23(8):681-9.
38. Sivertsen B, Salo P, Mykletun A, Hysing M, Pallesen S, Krokstad S, et al. The bidirectional association between depression and insomnia: the HUNT study. Psychosom Med 2012;74(7):758-65.
39. Kallestad H, Hansen B, Langsrud K, Ruud T, Morken G, Stiles TC, et al. Differences between patients' and clinicians' report of sleep disturbance: a field study in mental health care in Norway. BMC Psychiatry 2011;11:186.
40. Vedaa Ø, Harris A, Bjorvatn B, Waage S, Sivertsen B, Tucker P, et al. Systematic review of the relationship between quick returns in rotating shift work and health-related outcomes. Ergonomics 2016;59(1):1-14.
41. Dørheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Insomnia and depression in late pregnancy - a population based study. Behav Sleep Med 2012;12(3):152-66.

42. Sivertsen B, Hysing M, Dørheim SK, Eberhard-Gran M. Trajectories of maternal sleep problems before and after childbirth: a longitudinal population-based study. BMC Pregnancy Childbirth 2015;15:129.
43. Gehrman PR, Pfeiffenberger C, Byrne E. The Role of Genes in the Insomnia Phenotype. Sleep Med Clin 2013;8(3):323-31.
44. Sadeh A, Tikotzky L, Scher A. Parenting and infant sleep. Sleep Med Rev 2010;14(2):89-96.
45. Hysing M, Harvey AG, Torgesen L, Ystrøm E, Reichborn-Kjennerud T, Sivertsen B. Trajectories and predictors of nocturnal awakenings and sleep duration in infants. J Dev Behav Pediatr 2014;35(5):309-16.
46. Hysing M, Pallesen S, Stormark KM, Jakobsen R, Lundervold AJ, Sivertsen B. Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. BMJ Open 2015;5(1):e006748.
47. Linton SJ, Kecklund G, Franklin KA, Leissner LC, Sivertsen B, Lindberg E, et al. The effect of the work environment on future sleep disturbances: a systematic review. Sleep Med Rev 2015;23:10-9.
48. Sivertsen B, Harvey AG, Reichborn-Kjennerud T, Torgersen L, Ystrom E, Hysing M. Later emotional and behavioral problems associated with sleep problems in toddlers: a longitudinal study. JAMA Pediatr 2015;169(6):575-82.
49. Sivertsen B, Harvey AG, Pallesen S, Hysing M. Mental health problems in adolescents with delayed sleep phase: results from a large population-based study in Norway. J Sleep Res 2015;24(1):11-8.
50. Hysing M, Posserud M, Lundervold A, B S. Association between sleep problems and symptoms of ADHD in adolescence. Results from a large population-based study. Behav Sleep Med 2016;14(5):550-64.
51. Hysing M, Sivertsen B, Stormark KM, O'Connor RC. Br J Psychiatry 2015;207(4):306-12.
52. Sivertsen B, Skogen JC, Jakobsen R, Hysing M. Sleep and use of alcohol and drug in adolescence. A large population-based study of Norwegian adolescents aged 16 to 19 years. Drug Alcohol Depend 2015;149:180-6.
53. Sivertsen B, Pallesen S, Sand L, Hysing M. Sleep and body mass index in adolescence: results from a large population-based study of Norwegian adolescents aged 16 to 19 years. BMC Pediatr 2014;14:204.
54. Hysing M, Haugland S, Stormark KM, Bøe T, Sivertsen B. Sleep and school attendance in adolescence: results from a large population-based study. Scand J Public Health 2015;43(1):2-9.
55. Sivertsen B, Glozier N, Harvey AG, Hysing M. Academic performance in adolescents with delayed sleep phase. Sleep Med 2015;16(9):1084-90.
56. Hysing M, Harvey AG, Linton SJ, Askeland KG, Sivertsen B. Sleep and academic performance in later adolescence: results from a large population-based study. J Sleep Res 2016;25(3):318-24.
57. Sivertsen B, Lallukka T, Salo P, Pallesen S, Hysing M, Krokstad S, et al. Insomnia as a risk factor for ill health: results from the large population-based prospective HUNT Study in Norway. J Sleep Res 2014;23(2):124-32.
58. Sivertsen B, Lallukka T, Petrie KJ, Steingrimsdottir OA, Stubhaug A, Nielsen CS. Sleep and pain sensitivity in adults. Pain 2015;156(8):1433-9.
59. Sivertsen B, Øverland S, Pallesen S, Bjorvatn B, Nordhus IH, Maeland JG, et al. Insomnia and long sleep duration are risk factors for later work disability. The Hordaland Health Study. J Sleep Res 2009;18(1):122-8.
60. Sivertsen B, Øverland S, Neckelmann D, Glozier N, Krokstad S, Pallesen S, et al. The long-term effect of insomnia on work disability: the HUNT-2 historical cohort study. Am J Epidemiol 2006;163(11):1018-24.

61. Kessler RC, Berglund PA, Coulouvrat C, Hajak G, Roth T, Shahly V, et al. Insomnia and the Performance of US Workers: Results from the America Insomnia Survey. Sleep 2011;34(9):1161-71.
62. Leger D, Bayon V. Societal costs of insomnia. Sleep Med Rev 2010;14(6):379-89.
63. Morin CM, LeBlanc M, Daley M, Gregoire JP, Merette C. Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. Sleep Med 2006;7(2):123-30.
64. Morin CM, Belanger L, LeBlanc M, Ivers H, Savard J, Espie CA, et al. The natural history of insomnia: a population-based 3-year longitudinal study. Arch Intern Med 2009;169(5):447-53.
65. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. BMJ 2005;331(7526):1169.
66. Herxheimer A, Petrie KJ. Melatonin for the prevention and treatment of jet lag. Cochrane Database Syst Rev 2002;(2):CD001520.
67. Steffenak AK, Wilde-Larsson B, Nordström G, Skurtveit S, Hartz I. Increase in psychotropic drug use between 2006 and 2010 among adolescents in Norway: a nationwide prescription database study. Clin Epidemiol 2012;4:225-31.
68. Hartz I, Furu K, Bratlid T, Handal M, Skurtveit S. Hypnotic drug use among 0-17 year olds during 2004-2011: a nationwide prescription database study. Scand J Public Health 2012;40(8):704-11.
69. Hartz I, Handal M, Tverdal A, Skurtveit S. Paediatric Off-Label Use of Melatonin--A Register Linkage Study between the Norwegian Prescription Database and Patient Register. Basic Clin Pharmacol Toxicol 2015;117(4):267-73.
70. Kennaway DJ. Potential safety issues in the use of the hormone melatonin in paediatrics. J Paediatr Child Health 2015;51(6):584-9.
71. Sivertsen B, Nordhus IH, Bjorvatn B, Pallesen S. Sleep problems in general practice: a national survey of assessment and treatment routines of general practitioners in Norway. J Sleep Res 2010;19(1 Pt 1):36-41.
72. Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, Bialy L, Tubman M, Ospina M, et al. The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: a meta-analysis of RCTs. J Gen Intern Med 2007;22(9):1335-50.
73. Slørdal L, Bramness JG. Er alimemazin et egnet søvnmiddel for barn? Tidsskr Nor Legeforen 2008;128(19):2194-6.
74. Qaseem A, Kansagara D, Forciea MA, Cooke M, Denberg TD, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med 2016;165(2):125-33.
75. Bjorvatn B, Fiske E, Pallesen S. A self-help book is better than sleep hygiene advice for insomnia: a randomized controlled comparative study. Scan J Psych 2011;52(6):580-5.
76. Hagatun, Vedaa Ø, Nordgreen T, Smith R, Pallesen S, Havik O, et al. Efficacy of an Unguided Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia: A Randomized Controlled Trial in Norway. Behav Sleep Med 2017:1-23.
77. Zachariae R, Lyby MS, Ritterband LM, O'Toole MS. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Sleep Med Rev 2015;30:1-10.
78. Yang CM, Lin SC, Hsu SC, Cheng CP. Maladaptive sleep hygiene practices in good sleepers and patients with insomnia. J Health Psychol 2010;15(1):147-55.
79. Paul IM, Savage JS, Anzman-Frasca S, Marini ME, Mindell JA, Birch LL. INSIGHT Responsive Parenting Intervention and Infant Sleep. Pediatrics 2016;138(1).
80. Meltzer LJ, Mindell JA. Systematic review and meta-analysis of behavioral interventions for pediatric insomnia. J Pediatr Psychol 2014;39(8):932-48.

81. Cassoff J, Knauper B, Michaelsen S, Gruber R. School-based sleep promotion programs: effectiveness, feasibility and insights for future research. Sleep Med Rev 2013;17(3):207-14.
82. Vedaa Ø, West Saxvig I, Wilhelmsen-Langeland A, Bjorvatn B, Pallesen S. School start time, sleepiness and functioning in Norwegian adolescents. Scand J Educ Res 2012;56(1):55-67.

FORFATTERE
Børge Sivertsen

FAGFELLER
Ståle Pallesen, professor, Institutt for samfunnspsykologi, UiB
Simon Øverland, fagdirektør, FHI
Håvard Kallestad, postdoktor, Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, NTNU
Øystein Vedaa, stipendiat, Institutt for samfunnspsykologi, UiB

8. Livskvalitet og trivsel

Hovedpunkter

- De fleste voksne er tilfredse med livet, men det er mange som ikke opplever å ha gode nok mestringsressurser, overskudd og tiltakslyst
- I norske utvalg skårer kvinner og menn relativt likt på livskvalitetsmål som tilfredshet og glede. Sammenlignet med tall fra andre land ser livstilfredsheten ut til å variere forholdsvis lite på tvers av alder i Norge.
- 80–90 prosent av ungdommer i alderen 13 til 16 år er fornøyde med livet og foreldrene sine. De fleste er optimistiske, og tre av fire ungdommer tror at de vil få et godt og lykkelig liv
- Det norske lykkenivået har vært relativt stabilt, men økt noe de siste årene. Det samme gjelder det generelle tilfredshetsnivået.

8.1 Om livskvalitet

Livskvalitet vies stadig mer oppmerksomhet i helsevesen, forskning og forvaltning. I de to siste Folkehelsemeldingene (St. Meld. 34 2012-2013; St. Meld. 19 2014-2015) er livskvalitet også fremhevet som egen målsetting i helsepolitikken. Økt fokus på livskvalitet har sammenheng med større vektlegging av styrkende, helsefremmende og sykdomsforebyggende perspektiver innenfor helse- og velferdssystemet. Den økte interessen kan også skyldes økt kjennskap til livskvalitetens gevinster - som bedre helse og sunnere livsstil.

Livskvalitet omfatter både subjektive og objektive aspekter. Den subjektive livskvaliteten handler om hvordan livet oppleves for den enkelte (1) og omfatter både positive følelser som ro og glede og positive vurderinger som livstilfredshet. Positive følelser og vurderinger omfatter også opplevelse av god fungering - som av vitalitet, interesse, mestring og mening. Den subjektive livskvaliteten kan variere fra god til dårlig, og kan oppleves som god selv under sykdom og på tross av helseplager og andre belastninger. Den objektive livskvaliteten handler om hvor god livssituasjon man har - som objektiv helsetilstand og funksjonsevne, materielle levekår, arbeidsoppgaver og fritidssysler.

Vi har i dag begrenset med data om befolkningens subjektive livskvalitet, og om enkelte aspekter ved den objektive livskvaliteten. Et annet problem er at data som er basert på subjektive vurderinger kan ha skjevheter (for eksempel påvirkes av personlighet eller endringer i språk-bruk) og dermed kan tegne et misvisende bilde av livskvaliteten i ulike grupper og hvordan den utvikler seg over tid. Samtidig gir objektive data et ufullstendig bilde av hvordan individer og grupper faktisk har det. For å få et mest mulig fullstendig bilde er det nødvendig å ha tilgang på begge typer data.

I dette kapitlet vil vi legge hovedvekten på de subjektive, egenvurderte aspektene av livskvalitet, fordi denne typen livskvalitet har fått særlig oppmerksomhet i helsepolitikken.

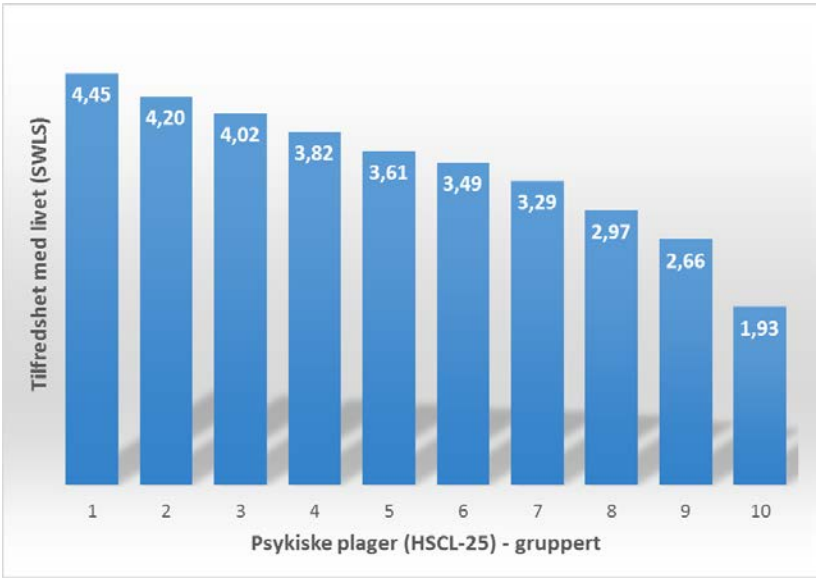
8.2 Sammenhenger mellom livskvalitet og psykisk helse

Verdens helseorganisasjon (1948) definerer god psykisk helse som en tilstand kjennetegnet av mestring, deltagelse og vitalitet. I dagligtalen blir «psykisk helse» likevel oftest brukt i betydningen fravær av psykiske lidelser og plager.Variasjoner i psykisk helse oppfattes gjerne

som varierende tilstedeværelse av psykiske helseproblemer som angst og depresjon. Fravær av slike psykiske helseplager er imidlertid ikke tilstrekkelig for å ha høy livskvalitet: en er ikke nødvendigvis glad og fornøyd selv om en ikke er engstelig eller deprimert. I tråd med dette tyder nevrovitenskapelig forskning på at positive og negative følelsestilstander reflekterer delvis uavhengige biologiske prosesser (2) og har delvis ulike genetiske og miljømessige årsaks-faktorer (3). Positive og negative følelsestilstander utgjør dermed ikke ytterpunkter av en og samme dimensjon.

Styrken på sammenhengene mellom psykisk helse og livskvalitet vil variere med hvilke mål på livskvalitet og psykisk helse som benyttes. Livskvalitet målt som tilfredshet med livet er særlig nært forbundet med alminnelige psykiske plager som symptomer på angst og depresjon. Figur 8.1 nedenfor er basert på data fra Studentundersøkelsen 2014 og viser sammenhengen mellom sumskårer basert på Hopkins Symptoms Checklist-25 (HSCL-25) som måler psykiske plager som depresjon og angst og Satisfaction With Life Scale (SWLS) som måler generell tilfredshet. Korrelasjonen mellom skalaene viser en middels sterk sammenheng (minus 0,634 korrigert for målefeil). Når en grupperer deltagerne i undersøkelsen i ti like store grupper basert på HSCL-25 skår, og beregner gjennomsnittlig skåre på SWLS i disse ti gruppene, får en det mønsteret som framkommer av Figur 8.1: De som oppgir færrest plager skårer 2,3 ganger så høyt på SWLS som de som oppgir mest plager. Hvis en snur på sammenhengen, finner en at de som skårer lavest på SWLS har mer enn fem ganger så høy symptomskår som de med høyest SWLS skår.

Sammenhengen kan et stykke på vei forklares med at psykiske og somatiske plager går ut over livskvaliteten. Men sammenhengen kan også gå motsatt vei. Høy livskvalitet kan tenkes å bidra til et redusert plagenivå. Sammenhengene kan også skyldes andre faktorer, som for eksempel ulike former for belastninger og stress, personlighet og sosioøkonomiske faktorer (inntekt, utdanning).



Figur 8.1 Tilfredshet med livet (Satisfaction With Life Scale – SWLS, skala 0-6) etter psykiske og kroppslige plager (Hopkins Symptoms Checklist – HSCL-25) gruppert i 10 like store grupper. Figuren er basert på data fra Studentundersøkelsen 2014 (n=13 324). Data ble stilt til disposisjon av studentsamskipnadene.

[4] Tilsvarende korrelasjon (korrigert for attenuasjon) mellom sumskårer basert på de samme to skalaene fra Levekårsundersøkelsen 2005, var -0,63, altså identisk med resultatene tall fra Studentundersøkelsen 2014.

8.3 Måling av livskvalitet

8.3.1 Metoder og metodeproblemer

Måling av livskvalitet gjennomføres hovedsakelig ved bruk av intervjuer eller spørreskjema, men det benyttes også andre metoder - som kvalitative undersøkelser og elektrofysiologiske målinger. De mest vanlige livskvalitetsinstrumentene inkluderer spørsmål om vurderinger av varige tilstander eller om oppsummeringer av opplevelser som har skjedd over et bestemt tidsrom (for eksempel "siste to uker"). I tillegg finnes også måleinstrumenter for å fange opp kvaliteten av mer umiddelbare opplevelser hvor en registrerer pågående opplevelser - for eksempel ved hjelp av mobiltelefon (4).

Undersøkelser av begrepsvaliditet viser at subjektive livskvalitetsmål vanligvis korrelerer på en meningsfull måte med andre assosierte fenomener (for eksempel god helse og gode relasjoner).

Alminnelig brukte sammensatte skalaer for livskvalitetsmåling har også tilfredsstillende pålitelighet og treffsikkerhet (reliabilitet). Spørsmål om subjektiv livskvalitet påvirkes imidlertid i større grad av situasjonsbetingede forhold enn det spørsmål om alder og inntekt gjør. Feilkilder som svarstil, for eksempel ja-siing (enighetsbias) eller sosialt ønskelig svargiving, vil også kunne påvirke resultatene noe. Ordbruken kan også variere mellom sosiale grupper, land og kulturer og over tid mellom generasjoner (5;6). Dette innebærer at det må utvises en viss varsomhet når en uttaler seg om sosiale og geografiske forskjeller eller om endringer over tid. På samme måte som forskjeller må være av en viss størrelse før vi kan si at de er signifikante statistisk sett, må de også være av en viss størrelse før vi med rimelig trygghet kan avvise hypotesen om at de skyldes forskjeller i språkbruk. Vi tar høyde for dette i teksten nedenfor.

Spørsmål om livskvalitet og trivsel inngår i en rekke norske undersøkelser. I de fleste undersøkelsene er det benyttet postalt eller nettbasert spørreskjema (for eksempel levekårsundersøkelsene til SSB, Den norske mor og barn undersøkelsen og Tromsøundersøkelsen), men enkelte undersøkelser har også benyttet intervju (for eksempel European Social Survey). I slike spørreskjema- og intervjuundersøkelser er livskvalitet oftest målt som en evaluering av tilfredshet med livet generelt, eller vurdering av hvor lykkelig en er i alminnelighet – for eksempel på en skala fra 0-10. Livskvalitet målt som god fungering – som opplevelse av engasjement, vitalitet, mestring eller mening har vært mindre brukt.

I tillegg til de norske undersøkelsene finnes også en rekke internasjonale undersøkelser som inneholder spørsmål om livskvalitet. For eksempel har Norge deltatt i European Social Survey (ESS) siden oppstarten i 2002. En annen europeisk undersøkelse er Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC) som samordnes via Eurostat. I 2013 inneholdt denne undersøkelsen en rekke spørsmål om livskvalitet.

Med unntak av den longitudinelle LOGG/NorLAG studien, som fokuserer på helse, arbeid, relasjoner og livskvalitet - hovedsakelig i andre halvpart av livet (40 år+), dekkes ikke bredden i livskvalitetens komponenter godt i en og samme undersøkelse i Norge. De fleste undersøkelsene gir heller ikke landsdekkende tall – eller informasjon på fylkes- eller kommunenivå, og mange av spørreskjemaundersøkelsene er ikke koblet til relevante nasjonale registerdata. Dette begrenser mulighetene for å studere livskvalitet i sammenheng med sentrale levekårsaspekter. For en rekke aspekter ved livskvaliteten mangler vi per i dag også norske tall. Informasjonsgrunnlaget for livskvalitet kan bli mer dekkende i fremtiden. Helsedirektoratet har nylig på oppdrag fra HOD, og i samarbeid med Folkehelseinstituttet, SSB og NOVA/Høgskolen i Oslo og Akershus, utredet behovet for sikring av gode data om befolkningens livskvalitet til bruk i samfunnsplanleggingen. Oversikt og foreløpige anbefalinger er å finne i rapporten Gode liv i Norge.

Utredning om måling av befolkningens livskvalitet tilgjengelig på Helsedirektoratets hjemmeside: https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/gode-liv-i-norge-utredning-om-maling-av-befolkningens-livskvalitet. Gitt begrensingene som finnes, tar vi i den empiriske delen av dette kapittelet utgangspunkt i data fra levekårsundersøkelsene til SSB og ESS-undersøkelsene. Disse undersøkelsene er tverrsnittsundersøkelser, og både utvalgsstørrelse og indikatorsett er noe begrenset, men de gir likevel tall på enkelte aspekter ved den subjektive livskvaliteten i Norge de siste årene. Vi vil også vise til resultater fra EU-SILC undersøkelsen i 2013, samt tall fra en rekke andre norske undersøkelser som LOGG/NorLAG, MoBa, TOPP-studien «Trivsel og oppvekst i barndom og ungdomstid», den norske delen av WHO-undersøkelsen om helseatferd blant skolebarn (HBSC) og Ungdataundersøkelsene.

8.4 Livskvalitet i Norge

8.4.1 Levekårsundersøkelsen 2012: Tilfredshet, mestring og vitalitet

Tall fra levekårsundersøkelsene til SSB og en rekke andre norske undersøkelser viser at de fleste er tilfredse. Det er likevel mange som ikke opplever å ha gode nok mestringsressurser, overskudd og tiltakslyst. Lav livskvaliteten rapporteres oftere blant personer som befinner seg i randsonen av, eller som står utenfor, familie og arbeid – som enslige, skilte, arbeidsledige og uføre (Barstad, 2014). Tabell 8.1 angir tall for vitalitet5, kontroll og mestring6 og livstilfredshet7 på tvers av sosio-demografiske grupperinger i den norske befolkningen i 2012. Tilsvarende tall fra levekårsundersøkelsene i 2005 og 2008 er oppgitt i Clench-Aas mfl. (2009) og Nes & Clench-Aas (2011). I tabellen angis sammenhenger mellom mestring, vitalitet, tilfredshet og mulige påvirkningsfaktorer som for eksempel kjønn og inntekt. Som det fremgår av tabellen, er det forholdsvis små forskjeller mellom grupper. Enkelte kan likevel trekkes frem: De som lever i samliv oppgir signifikant høyere grad av mestring, vitalitet og tilfredshet enn de som lever alene. Lavere inntekt er forbundet med opplevelse av mindre kontroll og mestring, samt lavere vitalitet og livstilfredshet. Kvinner oppgir å ha mindre vitalitet og overskudd enn menn, men ser likevel ut til å være noe mer tilfredse. Når det gjelder alder ser vi at de yngre (16-44 år) rapporterer lavere vitalitet enn de som er eldre. Lav mestring oppgis særlig av de aller eldste (>80 år). Tilfredsheten ser ut til å være høyere blant de yngste (16-24 år) og de eldre (over 67 år). Samlet sett forklarer de sosio-demografiske variablene 9,7prosent av variasjonen i vitalitet, 7,4 prosent av variasjonen i mestring og 10,7 prosent av variasjonen i livstilfredshet.

Dersom en bruker alminnelige grenseverdier for lav (skåre < 12,0) versus gjennomsnittlig/høy mestring finner en at 22,2 prosent av utvalget oppgir liten grad av mestring i hverdagen. Dette impliserer at rundt 940 000 nordmenn over 16 år opplever å ha lite kontroll og mestring i hverdagen. Andelen er særlig høy blant de over 80 år (53,4 prosent). Det er totalt 5,6 prosent som er misfornøyd eller svært misfornøyd med livet, mens 23,7 prosent er svært fornøyd.

[5] Målt ved subskalaen for Vitalitet fra Short-Form-36 (7). I henhold til standardprosedyrer er det benyttet en skala fra 0 til 100..
[6] Målt ved kortversjonen av Pearlins Sense of Mastery Scale (8). Skalaen består av 5 spørsmål med responsalternativer 0-4 (sumskåre 0-20).
[7] Livstilfredshet er målt ved Satsifaction With Life Scale (9) som består av 5 spørsmål om tilfredshet med livet.

Tabell 8.1 Resultater fra Helse- og levekårsundersøkelsen 2012: Nivå av mestring, vitalitet og livstilfredshet for ulike demografiske grupper. Sammenhenger mellom utfallsvariablene og hver enkelt påvirkningsfaktor er justert for de øvrige påvirkningsfaktorene. Dataene er vektet.

		Vitalitet (0-100)		**Mestring (0-20)**		**Tilfredshet (0-30)**	
		Gj.snitt	KI	Gj.snitt	KI	Gj.snitt	KI
Kjønn	Menn	59,6	58,4 - 60,9	14,3	14,0 - 14,5	20,5	20,1 - 20,8
	Kvinne	55,4	54,3 - 56,6	14,2	13,9 - 14,5	21,1	20,7 - 21,5
Alder	16-24 år	53,4	51,0 - 55,7	15,0	14,5 - 15,4	21,1	20,3 - 21,9
	25-44 år	53,2	53,2 - 54,8	14,7	14,3 - 15,0	19,1	18,6 - 19,7
	45-66 år	59,2	58,0 - 60,4	14,6	14,4 - 14,9	19,7	19,4 - 20,1
	67-79 år	63,7	62,0 - 65,5	14,4	14,0 - 14,8	21,4	20,9 - 21,9
	80- år	58,3	54,9 - 61,8	12,5	11,5 - 13,5	22,5	21,4 - 23,6
Fast forhold	Nei	56,3	54,8 - 57,7	14,0	13,7 - 14,3	19,5	19,0 - 19,9
	Ja	58,9	57,6 - 60,1	14,5	14,2 - 14,8	22,1	21,7 - 22,5
Utdannelse	Lav	55,2	53,4 - 57,0	13,7	13,3 - 14,1	20,2	19,6 - 20,8
	Middels	58,6	57,4 - 59,8	14,3	14,3 - 14,6	20,6	20,3 - 21,0
	Høy	58,9	58,9 - 60,2	14,7	14,4 - 15,0	21,5	21,1 - 21,9
Inntekt	Lavest kvartil	54,1	52,4 - 55,7	13,2	12,9 - 13,6	19,5	19,0 - 20,0
	2. kvartil	57,1	55,5 - 58,7	14,0	13,6 - 14,3	20,5	20,0 - 21,0
	3. kvartil	59,1	57,6 - 60,6	14,7	14,4 - 15,0	21,4	20,9 - 21,9
	Høyest kvartil	60,0	58,3 - 61,6	15,0	14,6 - 15,4	21,7	21,2 - 22,2
Region	Akershus og Oslo	57,1	55,5 - 58,7	14,4	14,0 - 14,7	21,0	20,5 - 21,5
	Hedmark og Oppland	57,3	54,9- 59,7	14,4	13,8 - 15,0	20,7	20,0 - 21,5
	Østlandet ellers	57,4	55,6 - 59,2	14,3	14,0 - 14,7	20,7	20,2 - 21,3
	Agder og Rogaland	58,7	56,8 - 60,6	13,7	13,2 - 14,1	21,2	20,6 - 21,7
	Vestlandet	57,1	55,3 - 58,9	14,3	13,9 - 14,6	20,8	20,2 - 21,4
	Trøndelag	57,4	55,0 - 59,8	14,5	14,0 - 15,0	21,1	20,3 - 21,9
	Nord-Norge	58,0	55,7 - 60,4	14,1	13,5 - 14,6	19,9	19,1 - 20,8
Bebyggelse	Spredtbygd	58,1	56,5 - 59,8	14,2	13,8 - 14,6	20,8	20,3 - 21,4
	Tettbygd < 2 000	57,3	55,2 - 59,4	14,3	13,8 - 14,8	20,8	20,2 - 21,5
	2 000 - 20 000	58,1	56,7 - 59,6	14,3	14,0 - 14,6	21,0	20,5 - 21,4
	20 000 - 100 000	57,2	55,5 - 58,9	14,4	14,0 - 14,7	20,9	20,4 - 21,3
	>100 000	57,1	55,3 - 58,9	14,0	13,5 - 14,4	20,4	19,8 - 21,0

KI = konfidensintervall

8.5 Nærmere om livskvalitet i enkelte grupper

I det følgende skal vi se litt nærmere på livskvaliteten i ulike grupper av befolkningen og oppsummere hovedfunn fra ulike norske undersøkelser, samt internasjonale undersøkelser som inkluderer norske data.

8.5.1 Kjønn

I norske utvalg skårer kvinner og menn relativt likt på livskvalitetsmål som tilfredshet og glede. Om det er kvinner eller menn som skårer høyest, varierer noe på tvers av undersøkelser (10). Når det gjelder negative følelser og psykiske plager som angst og depresjon, er kjønnsforskjellene større – og systematisk i kvinners disfavør – både i Norge og andre land (11;12). Forsknings-litteraturen viser altså at til tross for at kvinner opplever flere negative følelser enn menn, er de ofte like – eller mer – lykkelige og tilfredse enn menn. Det synes derfor å være fordeler forbundet med det å være kvinne som alt i alt veier opp for forhold ved kvinners livssituasjon som vanligvis svekker sjansene for lykke og tilfredshet – i alle fall i Norge (13). Både biologiske og sosiale forhold som varierer med kjønn, som genetikk, verdiorientering, arbeidsdeling i hjemmet, nettverk og de rådende samfunnsstrukturer, er sannsynligvis av betydning (13-15).

8.5.2 Alder

Sammenlignet med tall fra andre land ser livstilfredsheten ut til å variere forholdsvis lite på tvers av alder i Norge og resten av Norden (16). Tilfredsheten holder seg høy også i den eldste aldergruppen (Tabell 8.1) tross lavere nivå av egenopplevd mestring. Vi har likevel begrenset informasjon om de aller yngste (<10 år) og de aller eldste (>75 år) ettersom vi ikke har så gode data for disse aldersgruppene. I levekårsundersøkelsene deltar for eksempel bare hjemme-boende eldre, og frafallet i denne gruppen er sannsynligvis selektivt. I tråd med beregningene i Tabell 8.1 viser andre norske, europeiske og nord-amerikanske utvalg ofte lavere livskvalitet og lykke midtveis i livet (U-formet fordeling). Dette gjelder særlig når det tas høyde for faktorer som inntekt, helse og familiesituasjon (17), eller når det er livstilfredsheten fremfor den emosjonelle livskvaliteten som studeres (17). Den U-formede sammenhengen mellom alder og den emosjonelle livskvaliteten fremkommer når en tar høyde for faktorer som bidrar til lykke som påvirkes av alder (for eksempel samliv og helse).

Generelt ser det altså ut til å være noe større variasjon mellom aldersgruppene langs følelses-dimensjonen enn langs tilfredshetsdimensjonen (evalueringsdimensjonen). Intensiteten og hyppigheten av både positive følelser (lykke, opprømthet) og negative følelser (sinne, angst) synker noe med økende alder (18). Opplevelse av livskvalitet blant de eldre kjennetegnes dermed av mindre intense følelser, men samme nivå av lavere aktiverte følelser (tilfredshet, ro) (19). Blant de aller eldste (>75 år) ser nivået av negative følelser ut til å stige igjen. Mange opplever også redusert kontroll og mestring, mindre sosial støtte, energi og vitalitet (11;19).

Ungdataundersøkelsene har vært gjennomført i norske kommuner og fylkeskommuner fra 2010 og viser at 80–90 prosent av ungdommer i alderen 13 til 16 år er fornøyde med livet og foreldrene sine. De fleste er optimistiske, og tre av fire ungdommer tror at de vil få et godt og lykkelig liv (20). De fleste er også fornøyde - eller svært fornøyde, med nærmiljøet og helsen sin, og 7 av 10 trives godt på skolen (NOVA 2016). Andre undersøkelser bekrefter inntrykket av høy trivsel blant norske barn og ungdommer – i alle fall når trivsel måles som tilfredshet med livet, familien og skolen. I HEVAS-undersøkelsen8 hvor totalt 200 000 barn og unge (11, 13 og 15 år)

[8] Internasjonalt kalt «Health Behaviour in School-age Children (HBSC) – a WHO collaborative cross-national study (www.hbsc.org)

fra 39 europeiske land deltar, inngår mål på livstilfredshet (Cantrils stige; (21)). Her blir deltagerne bedt om å rangere tilfredshet med livet i forhold til det «verst tenkelige» og «best mulige» livet de kan forestille seg (skala 0-10). Tall fra HEVAS undersøkelsen viser at over 90 prosent av norske 6. klassinger oppgir høy livstilfredshet (skåre på 6 eller høyere) på denne livstilfredshetsstigen (22). Andelen er noe lavere (79 prosent) blant de eldste (15-16 år) jentene i utvalget. På de to øverste klassetrinnene er andelen av guttene som oppgir høy livstilfredshet høyere enn andelen av jentene. Når det gjelder skoletrivsel er andelen som oppgir svært høy trivsel høyere på 6. klassetrinn (ca. 50 prosent) enn den er på 10. klassetrinn (35 prosent) og på videregående (40 prosent). Livstilfredshet var forbundet med sosioøkonomiske faktorer i 38 av de 39 landene som inngikk i undersøkelsen. Høyere skoletrivsel og livstilfredshet i familier med bedre økonomi observeres også i Ungdata-undersøkelsene.

8.5.3 Parforhold og barn

Samlivsstatus og parforholdskvalitet er nært forbundet med livskvalitet. Personer som lever i samliv oppgir generelt bedre livskvalitet enn personer som lever alene både i Norge og i andre land (11;23;24). Kvaliteten på parforholdet er imidlertid viktig (25). En rekke undersøkelser av sammenhenger mellom samlivsstatus, parforholdskvalitet og livstilfredshet er utført ved Folkehelseinstituttet. De fleste av disse undersøkelsene er basert på data fra Den norske mor og barn studien (MoBa) og TOPP undersøkelsen. Hovedfunnene fra disse undersøkelsene viser at:

- Personer som oppgir høy parforholdskvalitet rapporterer økt tilfredshet med livet over tid, mens personer som oppgir dårlig parforholdskvalitet, oppgir synkende tilfredshet over tid. Og likeledes; personer som oppgir høy livstilfredshet, oppgir bedre parforholdskvalitet over tid.

- Livstilfredsheten blant skilte er ofte dårligere enn blant gifte både før og etter samlivsbruddet. Hvorvidt skilte eller ikke-skilte har best livskvalitet avhenger imidlertid av kvaliteten på parforholdet.

- Samlivsproblemer henger sammen med noe lavere livstilfredshet i et langtidsperspektiv (15 år) blant personer som forblir i samlivet.

- Partneres livstilfredshet henger sammen. Jo mer tilfreds den ene partneren er med livet, jo mer øker den andre partnerens livstilfredshet over tid.

Både tverrsnitts- og oppfølgingsstudier fra en rekke land tyder på at tilfredsheten er lavere blant de med hjemmeboende barn (26). I Norden ser ikke barn ut til å spille noen vesentlig rolle for foreldres lykke og tilfredshet. Dette gjelder også for grupper som vanligvis opplever flest belastninger ved å ha barn - som kvinner og personer med dårlig økonomi. Resultater fra levekårsundersøkelsene i 2005 og 2012 viser imidlertid at enslige foreldre er noe mindre tilfredse enn par med barn. Undersøkelsene viser også at gifte og samboende kvinner med små barn (yngste barn 0-6 år) er mer tilfreds enn gifte og samboende kvinner med eldre eller ingen barn. Oppfølgingsstudier viser riktignok at tilfredsheten med både livet og parforholdet ofte synker like før, eller like etter at man får barn (27), men endringene er forholdsvis moderate og ser ikke ut til å vedvare. Eldre norske kvinner med barn ser ut til å være litt mer tilfredse, men den følelsesmessige livskvaliteten (positiv og negativ affekt) skiller seg ikke fra eldre kvinner og menn uten barn (28).

8.5.4 Sosioøkonomi

Levekårsproblemer som fattigdom og arbeidsledighet er forbundet med en betydelig økt risiko for lav livskvalitet. Frykt for å ikke klare seg økonomisk, synes å ha særlig negativ effekt (9;13;29). Når en sammenlikner rike og fattige land, er det en klar sammenheng mellom samfunnsøkonomi (bruttonasjonalprodukt [BNP]) og innbyggernes livskvalitet. Over tid i noen av de rikeste landene, herunder Norge, er det likevel ingen klar sammenheng mellom samfunnsøkonomi og livskvalitet (se avsnitt 4). Til tross for at det ofte ikke observeres noen klar sammenheng mellom samfunnsøkonomi og gjennomsnittlig livskvalitet, kan økonomisk vekst bidra til å redusere andelen som er ulykkelige og til å redusere sosial ulikhet i livskvalitet (30). Sammenhengen mellom BNP og livskvalitet avhenger også av hvilke livskvalitetsmål en studerer og er sterkere for livstilfredshet enn for positive følelser og lykke (emosjonell livskvalitet).

Sammenhengene på individnivå er sammensatte og varierer med hvilke livskvalitetsmål en bruker (9;31). Dersom en sammenligner personer med ulik inntekt innenfor et land er rikere mennesker gjerne lykkeligere og mer tilfredse enn relativt sett fattige mennesker. Dette ser vi også i Norge (Tabell 8.1; (9)). Tall fra Norsk Monitor viser for eksempel at lykkenivået stiger jevnt og klart ettersom en beveger seg oppover inntektsskalaen (13). Tabell 8.1 viser likeledes en sammenheng mellom inntekt og samtlige livskvalitetsmål. Enkelte undersøkelser tyder på at sammenhengen mellom økonomi og opplevd livskvalitet er sterkest blant mennesker med lav inntekt, særlig gjelder dette for den emosjonelle livskvaliteten fremfor livstilfredsheten (9). Det ser også ut til at livskvalitet kan ha positive konsekvenser for inntekt og arbeidsdeltagelse (32). Økonomi og livskvalitet kan inngå i gjensidig forsterkende spiraler.

8.5.5 Innvandrere

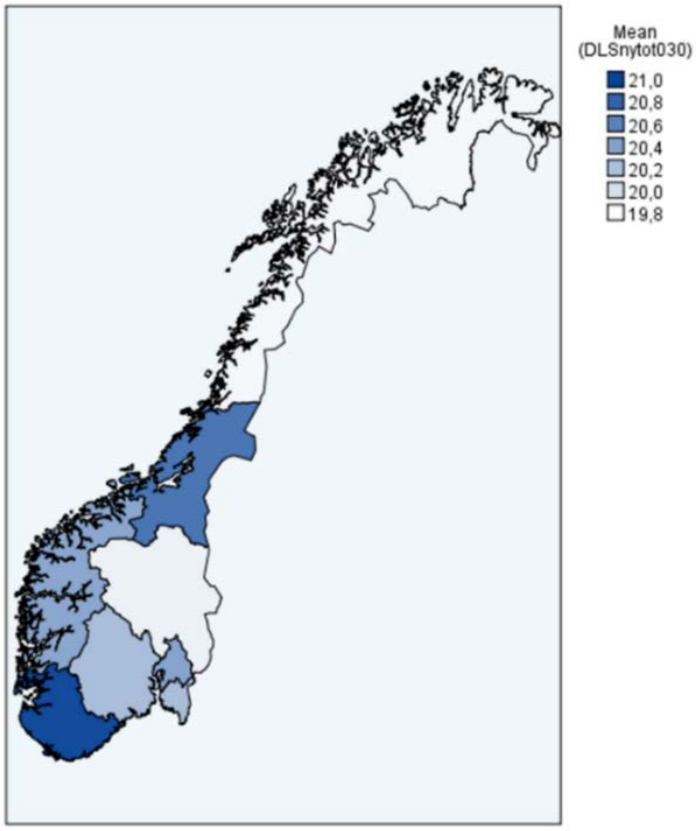
Kunnskapshullene er store når det gjelder livskvalitet blant innvandrere. Forskningslitteraturen gir ikke entydige svar på om innvandrere opplever at de har det bedre etter flyttingen. Resultatene varierer imidlertid med hvilke land en flytter fra, og hvilke land en flytter til. For eksempel oppgir innvandrere som har flyttet til rike land høyere tilfredshet enn tilsvarende grupper i landet de forlot.

Når innvandreres livskvalitet sammenlignes med majoritetsbefolkningen, tyder både norske og internasjonale undersøkelser på at innvandrere er noe mindre tilfredse med livet og noe mer utsatt for negative følelsesmessige erfaringer, enn det majoritetsbefolkningen er (29;33-37). Forskjellene i livskvalitet er imidlertid forholdsvis moderate. Når det kontrolleres for faktorer som arbeidsmarkedstilknytning og økonomiske ressurser, opplevelse av diskriminering, mangel på sosial støtte og nabolagsdeprivasjon reduseres eller elimineres forskjellene i mange studier. I noen studier finner en også at innvandrere er mer tilfredse enn majoritetsbefolkningen når en kontroller for slike ressurser og belastninger (29;38;39). For eksempel viser data fra Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2013 at tilfredsheten er litt lavere blant innvandrere enn blant norskfødte (justert for ulikheter i kjønn, alder, bostedsstrøk og utdanningsnivå) (29;37). Når en tar høyde for forskjellige levekårsproblemer og psykiske helseproblemer, finner en svakt høyere livstilfredshet blant innvandrere. Det ser altså ut til at faktorer forbundet med gruppen innvandrere bidrar til høyere tilfredshet enn det opphopningen av velferdsproblemer skulle tilsi. Det er likevel viktig å understreke at innvandrere er en svært mangfoldig gruppe. Gjennomsnittsforskjeller kan skjule stor variasjon, ikke minst knyttet til innvandringsgrunn.

Svært få undersøkelser har tatt for seg konsekvensene av innvandringen for majoritetsbefolkningens livskvalitet. Resultater fra de få studiene er derfor usikre og foreløpige, men tyder på en svakt positiv effekt av innvandring - i alle fall på kort sikt (se (37)).

8.5.6 Geografisk region

Områder og steder med større desentralisering har høyere livstilfredshet i enkelte land (40). Norske undersøkelsene tyder ikke på betydelige forskjeller i livskvalitet på tvers av geografiske regioner (11). Gjennomsnittlig livstilfredshet ser ut til å være høyest i Trøndelag og Agder/Rogaland (Figur 8.2). Når det justeres for de øvrige demografiske påvirkningsfaktorene (se Tabell 8.1), ser vi likevel ingen signifikante forskjeller i tilfredshet, mestring eller vitalitet på tvers av geografisk region eller by/land. Beregningene er imidlertid forholdsvis grove og vi har ikke robuste tall for ulike grupperinger av befolkningen på kommune- eller fylkesnivå. Per i dag finnes det heller ikke tall for en rekke sentrale komponenter av livskvaliteten. Bedre og mer systematisk måling av livskvaliteten lokalt og regionalt vil derfor muligens kunne avdekke variasjon og forskjeller av nytte for samfunnsplanleggingen.



Figur 8.2. Livstilfredshet i ulike regioner av Norge. Figuren er basert på tall fra levekårsundersøkelsen i 2012

8.6 Livskvalitet over tid (trender)

Livskvalitet målt som lykke har vært målt i den norske befolkningen siden 1948 (Gallup-undersøkelsene). I 1948 var det 26 prosent av befolkningen som rapporterte at de var «meget lykkelige», mot 21 prosent i 2013 (9). Tallene er imidlertid hentet fra ulike undersøkelser og derfor ikke direkte sammenlignbare. Norsk Monitor, som har målt lykke i den norske befolkningen annethvert år fra 1985, gir en kontinuerlig tidsserie. Resultater fra denne undersøkelsen viser at andelen som er svært lykkelige har ligget på 21-23 prosent i hele denne perioden, mens andelen som «ikke er særlig lykkelig»/«ikke lykkelig» har variert mellom 10 og 12 prosent. Basert på data fra World Values Study and European Values Study og spørsmål om både lykke og tilfredshet, finner en at «lykken» har økt i perioden 1981 til 2007 (5 målinger) i 45 av de 52 landene som inngikk i undersøkelsen, inkludert i Norge (41). Lykkenivået i Norge målt i

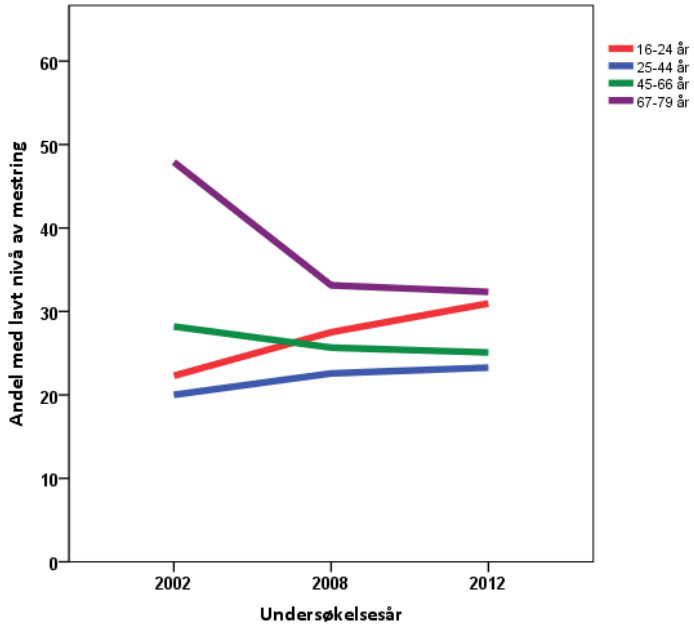
ESS undersøkelsen viser likeledes en svak økning fra 2002 (Barstad, 2012). Hovedinntrykket er dermed at det norske lykkenivået har vært relativt stabilt, men økt noe de siste årene.

Når det gjelder generell tilfredshet, viser Verdiundersøkelsene høy stabilitet mellom 1982 og 1996, og deretter en svak økning. Norsk Monitor og European Social Survey viser den samme positive trenden. Det ser særlig ut til å være færre som skårer lavt de siste årene – og flere som skårer svært høyt. For eksempel viser tall fra Norsk Monitor at andelen som oppgav å være «meget fornøyd» med livet økte fra 20 til 29 prosent i perioden 1999-2013. Andelen som var «misfornøyd» eller «verken fornøyd eller misfornøyd» sank fra 18 til 14 prosent (9). I tråd med dette viser tall fra levekårsundersøkelsene at andelen som er «lite» eller «svært lite» tilfredse var lavere i 2012 (5,6 prosent) enn i 2005 (7,1 prosent), mens andelen som var svært tilfredse var høyere (23,7 prosent versus 21,3). Ser man undersøkelsene under ett, ser det altså ut til å være litt større tilfredshet i Norge de siste ti årene enn i årene forut.

At lykke- og tilfredshetsnivået i Norge ikke har steget enda mer, tross positiv utvikling på mange områder (økonomi, sosiale forhold, helse), kan ha sammenheng med flere faktorer. Det er særlig fire forhold som blir trukket frem for å forklare stabilitet i livskvalitet over lengre tidsrom, nemlig i) tilvenning («den hedoniske tredemøllen») – folk flest har en tendens til å venne seg til nye og forbedrede levekår og heve aspirasjonene sine i tråd med forbedringer, ii) avtagende grensenytte (det femte bløtkakestykket gir en mindre økning i tilfredshet enn det første), iii) sosial sammenligning («keeping up with the Joneses»), og iv) stabile personlighetstrekk og genetikk (14;42). Stabiliteten i lykke og livstilfredshet i Norge kan også ha sammenheng med forhold som har bidratt negativt («lykkedempere») og dermed utlignet den positive effekten av forbedrede økonomiske kår og velstandsutvikling, som for eksempel økt materialisme og økt sekularisering (9;13).

Når det gjelder andre mål på subjektiv livskvalitet, som opplevelse av kontroll og mestring, viser tall9 fra levekårsundersøkelsene (Figur 8.3) at andelen som oppgir lav mestring har sunket betraktelig i den eldste aldersgruppen (>67 år), men steget noe blant de yngste fra 2002 til 2012.

[9] Beregningene er ikke justert for demografiske variable



Figur 8.3 Andel som oppgir lav mestring i ulike aldersgrupper basert på levekårsundersøkelsene i 2002, 2008 og 2012.

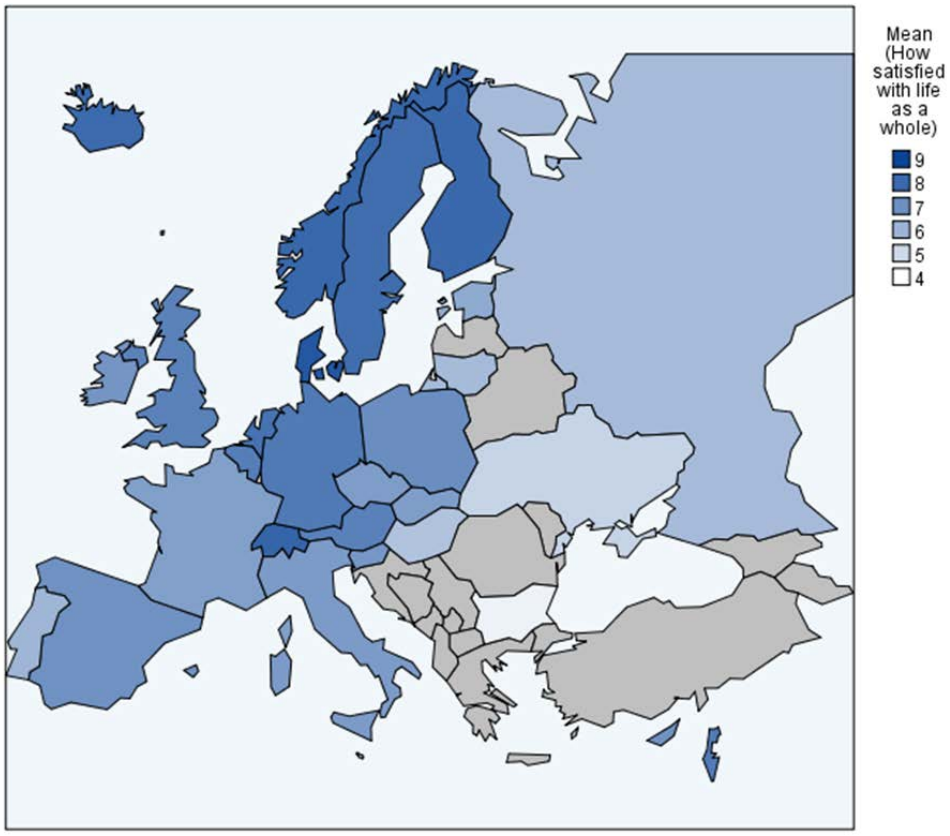
8.7 Livskvalitet i Norge sammenliknet med livskvalitet i andre land

Internasjonale sammenligninger kan gi verdifull informasjon om forhold som påvirker livskvaliteten. En forutsetning for slike sammenligninger er at de samme måleinstrumentene brukes, og at de forstås på den samme måten på tvers av land og befolkningsgrupper. Imidlertid er det til dels ulike måleinstrumenter som er blitt brukt i ulike land, og selv når de samme måleinstrumentene har vært brukt, er ikke alltid betydningen av språklige og kulturelle faktorer tilstrekkelig undersøkt. Sammenligningene er derfor ofte noe usikre.

I World Happiness Report, som publiserer oversikter over livstilfredshet10 for de fleste land i verden, lå Norge på fjerdeplass i 2015 etter Sveits, Island og Danmark (43). Høy tilfredshet i Norge har sannsynligvis sammenheng med en kombinasjon av høy sosial kapital (for eksempel høy tillit og sosial støtte), god økonomi og gode velferdsordninger.

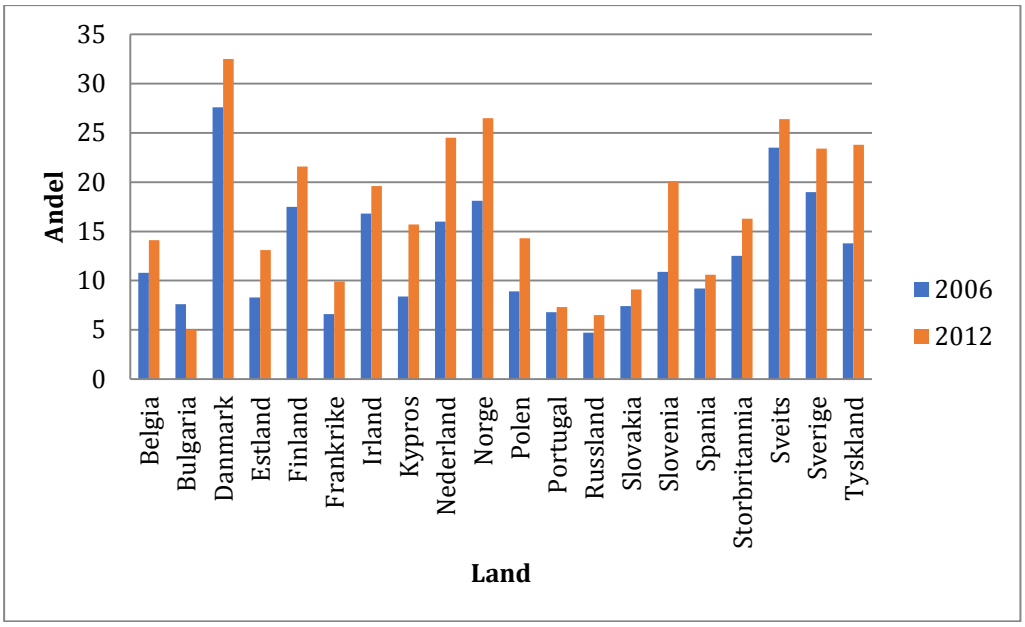
Figur 8.4 viser tall for livstilfredshet på tvers av Europa basert på ESS undersøkelsene i 2012 og 2014. Sammenfallende med resultater fra en rekke andre undersøkelser ser vi at Norge og andre skandinaviske/nordiske land skårer høyest i Europa, mens land som Bulgaria, Hellas og Portugal skårer lavt. Det er særlig de eldre som kommer godt ut i Norge. I gjennomsnitt synker livstilfredsheten i Europa med alderen, mens den varierer forholdsvis lite med alder i Norge (EU-SILC 2013, ESS undersøkelsene).

[10] Målt ved Cantrils stige (21)



Figur 8.4 Livstilfredshet på tvers av Europeisk land basert på ESS 2012 og 2014

I ESS undersøkelsene i 2006 og 2012 inngår mål på ti ulike komponenter av egenvurdert livskvalitet, hvorav åtte ble målt med de samme spørsmålene i både i 2006 og 2012. Norge skårer relativt svakt på tre av disse, hhv. engasjement (lærer nye ting [bare målt i 2006]), selvfølelse (positive følelser knyttet til en selv) og vitalitet (energi siste uke). På den annen side skårer Norge meget bra på komponentene positive relasjoner, resiliens og opplevelse av mening (nr. 2 av 21 europeiske land på samtlige tre). De ulike livskvalitetskomponentene i ESS undersøkelsen har blitt kombinert til et mål på «blomstring» («flourishing») eller «optimal psykisk helse» (44). Andelen som «blomstrer» basert på de 8 komponentene som inngikk både i 2006 og 2012 viser høyest andel i Danmark, og særlig lav andel i Bulgaria, Russland og Portugal (se Figur 8.5). I Norge var andelen 18 prosent (2006) og 26 prosent (2012).



Figur 8.5 Andelen som rapporterer «blomstring» (flourishing) i Europa. Basert på ESS data fra 2006 og 2012

I en annen europeisk undersøkelse av levekår og livskvalitet som inkluderer Norge, The Second European Quality of Life Survey (45), har man benyttet fem spørsmål om trivsel og velvære de siste to ukene (WHO-5). I denne undersøkelsen lå Norge helt på topp med en skåre på 69 (skala 0-100), mens Tyrkia hadde den laveste skåren på 46.

Jobbtilfredsheten har likeledes ligget på et høyt nivå i Norge sammenlignet med andre europeiske land. I 2013 var det bare Finland og Nederland som hadde en lavere andel som var misfornøyde med jobben (7 versus 5 prosent).

8.8 Risiko- og livskvalitetsfremmende faktorer

Opplevelse av livskvalitet og trivsel har sammenheng med en rekke samvirkende biologiske, sosiale, kulturelle og samfunnsstrukturelle faktorer. Disse kan klassifiseres enten som risikofaktorer (reduserer livskvaliteten) eller livskvalitetsfremmende faktorer, og som individuelle (for eksempel personlighet og fysisk aktivitet) eller miljørelaterte (for eksempel levekår). Ofte utgjør risikofaktorene og de livskvalitetsfremmende faktorene motpoler av samme fenomen. Lav sosial støtte og ensomhet regnes for eksempel som en viktig sårbarhetsfaktor for lav livskvalitet, mens god sosial støtte ansees som en sentral livskvalitetsfremmende faktor. Styrking av sosiale nettverk kan således oppfattes både som et livskvalitetsfremmende (øke sosial støtte) og sykdomsforebyggende (reduksjon av sosial isolasjon) tiltak.

Betydningen av de ulike påvirkningsfaktorene, og samspillet mellom dem, kan variere på tvers av mennesker og endres gjennom livsløpet. Hver enkeltfaktor har vanligvis forholdsvis beskjeden betydning alene. Betydningen av risikofaktorene kan forsterkes i fravær av helsefremmende faktorer, i samspill med andre risikofaktorer, eller hvis de utgjør kroniske belastninger. Blant de mest sentrale påvirkningsfaktorene finner vi genetiske faktorer, oppvekstvilkår og livshendelser, sosiale og økonomiske forhold, samt helserelaterte forhold som sykdom og kronisk smerte. Genetiske faktorer ser ut til å være av betydning for nær sagt alle mål på livskvalitet, og samspiller med de ulike miljøfaktorene. Utvikling av livskvalitet avhenger dermed alltid både av enkeltindividets genetiske utgangspunkt og av faktorer i omgivelsene (for eksempel levekår og livshendelser). For eksempel ser det ut til at betydningen av gener for

livskvaliteten varierer med sosioøkonomisk status. Arveligheten (den samlede betydningen av gener) er ofte høyere når livsbetingelsene er gode (god økonomi, støttende familierelasjoner) (46-48). Dette kan skyldes at miljøfaktorene blir mer betydningsfulle under vanskelige livsbetingelser – blant annet fordi det belastende miljøet begrenser genenes muligheter for å komme til uttrykk (48).

Belastende livshendelser som samlivsbrudd, alvorlig sykdom, tap av funksjonsevne, tap av familiemedlemmer eller andre som står en nær, er vanlige[11] og har sammenheng med nedsatt livskvalitet (49;50). Enkelte slike belastninger kan ha langvarige, muligens varige, konsekvenser for livskvaliteten (51-53).

Belastninger og velferdsproblemer har en tendens til å hope seg opp hos de samme individene og akkumulere over tid, noe som påvirker livskvaliteten særlig negativt. EU-SILC undersøkelsen i 2013 viser for eksempel en klar sammenheng mellom akkumulering av velferdsbelastninger og tilfredshet med livet (29). Lav livstilfredshet har spesielt sammenheng med psykiske plager, nedsatt helse, økonomiske vansker og sosial marginalisering.

8.9 Sykdom og mestring

Forskning viser relativt entydig at somatiske helseplager og funksjonshemming kan redusere livskvaliteten betydelig (1). Livskvalitetsforskjeller mellom ulike grupper med kronisk sykdom, og mellom kronisk syke og friske, er imidlertid ofte mindre enn forskjellene i helse målt ved objektive indikatorer (13;54). Dette antas blant annet å ha sammenheng med at de fleste mennesker har en betydelig evne til å tilpasse seg, mestre og leve med helseplager og funksjonsnedsettelser. Samtidig er variasjonen i livskvalitet mellom enkeltindivider med samme type helseproblem stor (55). Det skyldes i høy grad at problemene forekommer med ulike styrke, men også at det er betydelig variasjon i individers evne til mestring. Type funksjonsnedsettelse/sykdom og alvorlighetsgrad, men også faktorer som personlighet og tilgang på ressurser som god økonomi, praktisk hjelp, sosial og emosjonell støtte, vil dermed være utslagsgivende for hvor livskvalitetsbelastende de fysiske helseplagene er.

8.10 Konsekvenser

Gjennomgang av forskningslitteraturen tyder på at livskvalitet har sammenheng med en rekke sentrale mål på både psykisk og fysisk helse (32;56;57). Høy livskvalitet i form av positive følelser synes særlig å ha sammenheng med bedre immunfunksjon, sunnere livsstil, lavere risiko for hjerte- og karsykdom og økt livslengde (32;57;58). Høy livskvalitet har også sammenheng med færre sosiale vansker og psykiske lidelser, og er forbundet med lavere risiko for selvmord og uførepensjon på bakgrunn av psykisk sykdom (59;60). Forskning viser altså forholdsvis entydig at personer med høy livskvalitet har færre psykiske helseplager og lavere risiko både for å utvikle både psykiske lidelser og en rekke somatiske sykdommer enn det personer som oppgir lavere livskvalitet har. Årsakssammenhengene kan være sammensatte, men prospektive oppfølgingsstudier og eksperimentelle undersøkelser tyder på at positive emosjoner kan påvirke den objektive helsetilstanden positivt, muligens på grunn av fordelaktige effekter på immunsystemet, redusert stress, bedre sosiale relasjoner, positiv helseatferd og generell mestring. Opplevelse av livskvalitet synes derfor å ha en viktig ressursbyggende funksjon både her og nå og i et langtidsperspektiv.

[11] Omtrent en fjerdedel av befolkningen opplever årlig to eller flere slike negative livshendelser (11)

8.11 Fremme livskvalitet

Et hovedmål for folkehelsearbeidet er å redusere sykdomsrisiko og fremme livskvalitet og trivsel. Det er mye som tyder på at sykdomsrisiko kan reduseres ved å styrke livskvaliteten. Det livskvalitetsfremmende arbeidet kan foregå ved å tilføre positive faktorer og mestrings-muligheter (for eksempel sosial og emosjonell kompetanse, trygge arbeidsplasser) eller ved å redusere risikomomenter (for eksempel sosial ulikhet, mobbing og korrupsjon). Tiltak kan være indikative (retter seg mot enkeltpersoner med forhøyet risiko), selektive (retter seg mot risikogrupper) og universelle (befolkningsrettede), og fokusere på individuell endring eller endringer i omgivelsene. Flere metaundersøkelser viser at spesifikke individuelle intervensjoner som bygger på positiv psykologi (for eksempel sosial kompetansetrening og meditasjon), fremmer trivsel og velvære, positiv fungering som håp og mestring og reduserer psykiske helseplager som depressive symptomer (61-63). Universelle tiltak – for eksempel knyttet til samfunnsøkonomi, arbeids- og boforhold, barnehager, skoler og arbeidsplasser, er antageligvis både mer virkningsfulle og kostnadseffektive enn indikative og selektive intervensjoner. Livskvalitet og helse bygges i stor grad der folk lever livene sine – i familien, i barnehage og skole, på jobben og i nærmiljøet. For å påvirke faktorer på disse arenaene er det nødvendig med innsats også på andre arenaer enn helsesektoren. Det som må til er med andre ord et godt tverrsektorielt samarbeid for å bedre livskvaliteten i alle grupper i befolkningen.

Hvilke forhold er av særlig betydning? En rekke undersøkelser fremhever betydningen av barndom og tidlig intervensjon, blant annet fordi utvikling av tidlige livsferdigheter gjør det lettere å erverve senere ferdigheter (64). Sosial støtte, gode relasjoner og sosial deltagelse er likeledes av stor betydning for livskvaliteten og kan påvirkes på ulike vis – for eksempel ved byutvikling og bomiljøintervensjoner (tun til alle og gode arealer til lek for barn), fattigdoms-forebygging slik at en ikke blir avskåret fra deltagelse i sentrale fellesaktiviteter (for eksempel fritids- og ferieaktiviteter), eller mer direkte i form av sosial kompetansetrening i skolesystemet.

For å tilrettelegge for gode liv både nasjonalt og lokalt er det behov for økt kunnskap om hvordan sentrale aspekter av livskvaliteten utvikles - hvem trives best og hvem lider mest? En viktig forutsetning for slik kunnskapsutvikling er måling av livskvaliteten. Bedre informasjon om livskvaliteten i ulike befolkningsgrupper vil også gi et mer fullstendig bilde av de menneskelige konsekvensene, både kostnadene og gevinstene, av måten samfunnet organiseres og endres. Målsetningen om «Helse i all politikk» bør kanskje ledsages av en målsetning om «Livskvalitet i all politikk».

Referanser

1. Næss S, Moum T, Eriksen J. Livskvalitet: forskning om det gode liv: Fagbokforlaget; 2011.
2. Burgdorf J, Panksepp J. The neurobiology of positive emotions. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 2006;30(2):173-87.
3. Nes RB, Czajkowski NO, Roysamb E, Orstavik RE, Tambs K, Reichborn-Kjennerud T. Major depression and life satisfaction: A population-based twin study. Journal of Affective Disorders 2013;144(1-2):51-8.
4. Killingsworth MA, Gilbert DT. A wandering mind is an unhappy mind. Science 2010;330(6006):932-.
5. Carlquist E, Nafstad HE, Blakar RM, Ulleberg P, Delle Fave A, Phelps JM. Well-being vocabulary in media language: An analysis of changing word usage in Norwegian newspapers. The Journal of Positive Psychology 2017;12(2):99-109.
6. Carlquist E, Ulleberg P, Delle Fave A, Nafstad HE, Blakar RM. Everyday understandings of happiness, good life, and satisfaction: Three different facets of well-being. Applied Research in Quality of Life 2016:1-25.
7. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Medical care 1992:473-83.
8. Pearlin LI, Menaghan EG, Lieberman MA, Mullan JT. The stress process. Journal of Health and Social behavior 1981:337-56.
9. Barstad A. Levekår og livskvalitet. Vitenskapen om hvordan vi har det. . Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014.
10. Nes RB. Kjønn og livskvalitet. I: Næss S, Moum T, Eriksen J, red. Livskvalitet Forskning om det gode liv. Bergen: Fagbokforlaget; 2011. s. 111-6.
11. Nes R, Clench-Aas J. Rapport 2011: 2: Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonal sammenligninger. Oslo: Folkehelseinstituttet 2011.
12. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. Psychological bulletin 1994;115(3):424.
13. Hellevik O. Jakten på den norske lykken: Norsk Monitor 1985-2007. Oslo: Universitetsforl; 2008.
14. Nes RB, Roysamb E, Tambs K, Harris JR, Reichborn-Kjennerud T. Subjective well-being: genetic and environmental contributions to stability and change. Psychological Medicine 2006;36(7):1033-42.
15. Tesch-Römer C, Motel-Klingebiel A, Tomasik MJ. Gender differences in subjective well-being: Comparing societies with respect to gender equality. Social Indicators Research 2008;85(2):329-49.
16. Michaelson J, Abdallah S, Steuer N, Thompson S, Marks N, Aked J, et al. National accounts of well-being: Bringing real wealth onto the balance sheet. 2009.
17. Hellevik O. The U-shaped age–happiness relationship: real or methodological artifact? Quality & Quantity 2017;51(1):177-97.
18. Charles ST, Reynolds CA, Gatz M. Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. Journal of personality and social psychology 2001;80(1):136.
19. Hansen T, Slagsvold B. Alder. Livskvalitet Forskning om det gode liv Bergen: Fagbokforlaget 2011:137-54.
20. NOVA. Ungdata. Nasjonale resultater 2013. Oslo: NOVA; 2014.
21. Cantril H. The pattern of human concerns. 4 utg.: Cambridge Univ Press; 1965.
22. Samdal O, Mathisen FKS, Torsheim T, Diseth ÅR, Fismen A-S, Larsen TMB, et al. Helse og trivsel blant barn og unge. Resultater fra den landsrepresentative spørreundersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land». 2016.
23. Clench-Aas J, Rognerud MA, Dalgard OS. Levekårsundersøkelsen 2005. Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. 2009.

24. Diener E, Gohm CL, Suh E, Oishi S. Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. Journal of cross-cultural psychology 2000;31(4):419-36.
25. Gustavson K, Røysamb E, von Soest T, Helland MJ, Mathiesen KS. Longitudinal associations between relationship problems, divorce, and life satisfaction: Findings from a 15-year population-based study. The Journal of Positive Psychology 2012;7(3):188-97.
26. Hansen T. Parenthood and happiness: A review of folk theories versus empirical evidence. Soc Indic Res 2012;108(1):29-64.
27. Dyrdal GM, Roysamb E, Nes RB, Vitterso J. Can a Happy Relationship Predict a Happy Life? A Population-Based Study of Maternal Well-Being During the Life Transition of Pregnancy, Infancy, and Toddlerhood. Journal of Happiness Studies 2011;12(6):947-62.
28. Hansen T, Slagsvold B, Moum T. Childlessness and psychological well-being in midlife and old age: An examination of parental status effects across a range of outcomes. Soc Indic Res 2009;94(2):343-62.
29. Barstad A. Opphopning av dårlige levekår. En analyse av Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2013. Oslo: sentralbyrå S; 2016. 2016/32.
30. Clark AE, Fleche S, Senik C. Economic growth evens out happiness: Evidence from six surveys. Review of Income and Wealth 2016;62(3):405-19.
31. Kahneman D, Deaton A. High income improves evaluation of life but not emotional well-being. Proceedings of the national academy of sciences 2010;107(38):16489-93.
32. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? Psychological Bulletin 2005;131(6):803-55.
33. Simpson NB. Happiness and migration. I: Constant AF, Zimmerman KF, red. International Handbook on the Economics of Migration Cheltenham, UK: Edward Elgar; 2013. s. 393-407.
34. Laczko F, Appave G. World migration report 2013: migrant well-being and development: International Organization for Migration; 2015.
35. Barstad A. Ressurser, behov og subjektiv livskvalitet. En analyse av Levekårsundersøkelsen 2008. Tidsskrift for velferdsforskning 2011;14(3):163-80.
36. Hendriks M. The happiness of international migrants: A review of research findings. Migration Studies 2015;3(3):343-69.
37. Barstad A. Innvandring, innvandrere og livskvalitet. En litteraturstudie. Oslo - Kongsvinger: sentralbyrå S; 2017. 8253795114.
38. Bobowik M, Basabe N, Páez D. The bright side of migration: Hedonic, psychological, and social well-being in immigrants in Spain. Social science research 2015;51:189-204.
39. Obućina O. The patterns of satisfaction among immigrants in Germany. Social indicators research 2013;113(3):1105-27.
40. O'Donnell G, Deaton A, Durand M, Halpern D, Layard R. Wellbeing and policy. 2014.
41. Inglehart R, Foa R, Peterson C, Welzel C. Development, freedom, and rising happiness: A global perspective (1981–2007). Perspectives on psychological science 2008;3(4):264-85.
42. Nes RB, Røysamb E. Happiness in Behaviour Genetics: An Update on Heritability and Changeability. Journal of Happiness Studies 2016:1-20.
43. Network SDS, red. Helliwell JF, Layard R, Sachs J. World Happiness Report 2015. New York: Network SDS; 2015. Tilgjengelig fra: http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2015/04/WHR15-Apr29-update.pdf
44. Huppert FA, So TT. Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. Social Indicators Research 2013;110(3):837-61.
45. Layte R, Maître B, Whelan CT, Living EFftIo, Conditions W. Second European quality of life survey: living conditions, social exclusion and mental well-being: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2010.
46. Johnson W, Krueger RF. How money buys happiness: Genetic and environmental processes linking finances and life satisfaction. Journal of Personality and Social Psychology 2006;90(4):680-91.

47. Krueger RF, South S, Johnson W, Iacono W. The Heritability of Personality Is Not Always 50%: Gene-Environment Interactions and Correlations Between Personality and Parenting. J Pers 2008;76(6):1485-521.
48. Raine A. Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults: A review. Journal of abnormal child psychology 2002;30(4):311-26.
49. Marum G, Clench-Aas J, Nes RB, Raanaas RK. The relationship between negative life events, psychological distress and life satisfaction: a population-based study. Quality of Life Research 2014;23(2):601-11.
50. Nes RB, Røysamb E, Hauge LJ, Kornstad T, Landolt MA, Irgens LM, et al. Adaptation to the Birth of a Child With a Congenital Anomaly: A Prospective Longitudinal Study of Maternal Well-Being and Psychological Distress. Dev Psychol 2014;60(6):1827-39.
51. Lucas RE. Long-term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: Evidence from two nationally representative longitudinal studies. Journal of Personality and Social Psychology 2007;92(4):717-30.
52. Lucas RE, Clark AE, Georgellis Y, Diener E. Unemployment alters the set point for life satisfaction. Psychological Science 2004;15(1):8-13.
53. Luhmann M, Hofmann W, Eid M, Lucas RE. Subjective Well-Being and Adaptation to Life Events: A Meta-Analysis. Journal of Personality and Social Psychology 2012;102(3):592-615.
54. Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Wells K, Rogers WH, Berry SD, et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions: results from the Medical Outcomes Study. Jama 1989;262(7):907-13.
55. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, Chesterman E, Levi J, Shepherd R, et al. Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians. J Chronic Dis 1981;34(12):585-97.
56. Pressman SD, Cohen S. Does positive affect influence health? Psychological Bulletin 2005;131(6):925.
57. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. The Lancet 2015;385(9968):640-8.
58. Chida Y, Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. Psychosomatic Medicine 2008;70(7):741-56.
59. Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Viinamaki H, Heikkila K, Kaprio J, Koskenvuo M. Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. American Journal of Epidemiology 2000;152(10):983-91.
60. Koivumaa-Honkanen H, Kaprio J, Honkanen R, Viinamaki H, Koskenvuo M. Life satisfaction and depression in a 15-year follow-up of healthy adults. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2004;39(12):994-9.
61. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. Bmc Public Health 2013;13.
62. Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. Journal of clinical psychology 2009;65(5):467-87.
63. Weiss LA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET. Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being: a meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One 2016;11(6):e0158092.
64. Heckman JJ. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. Science 2006;312(5782):1900-2.

FORFATTERE
Ragnhild Bang-Nes
Leif Edvard Aarø
Jocelyne Clench-Aas
Kristin Gustavson
Erik Nord

FAGFELLE
Anders Barstad, forsker 2, SSB

9. Avslutning

Denne rapporten har tatt for seg den psykiske helse i den norske befolkningen. Den har presentert oppdaterte forekomsttall på psykiske lidelser, rusbrukslidelser samt selvmord og selvmordsforsøk. Rapporten har også gitt en oversikt over utbredelsen av søvnproblemer og demens, samt tall på livskvaliteten i den norske befolkningen. Endelig har rapporten inkludert nye analyser på forekomst av kontakt med helsetjenesten for psykiske lidelser og rusbrukslidelser samt legemiddelbruk. Dette er analyser som tidligere ikke har blitt presentert samlet. I arbeidet med rapporten har vi også – der det har vært mulig – presentert tall for innvandrerbefolkningen og tall på sykdomsbyrde.

9.1 Hovedfunn

Denne rapporten viser at psykiske lidelser og rusbrukslidelser er utbredt i den norske befolkningen, og at disse lidelsene bidrar til betydelig helsetap. De vanligste lidelsene blant voksne er angst, depresjon og rusbrukslidelser. For barn og unge er det angst, atferdsforstyrrelser og affektive lidelser. For ikke-dødelig helsetap er psykiske lidelser og rusbrukslidelser på andreplass etter muskel-og skjelettlidelser. Selvmord bidrar til mange tapte leveår.

I tillegg har vi i denne rapporten valgt å presentere tall på forekomst av søvnvansker og nye oppdaterte tall på forekomsten av demens. Disse viser at kronisk insomni rammer en av syv voksne, og at norske ungdommer sover for lite på hverdagene. Forekomsten av demens er høyere enn tidligere antatt. Det anslås at mellom 80 000 og 104 000 har demens.

Rapporten gir ingen holdepunkter for at utbredelsen av psykiske lidelser øker i den voksne befolkningen. Derimot observerer vi en bekymringsfull økning i andelen unge jenter som rapporterer et høyt nivå av psykiske plager og som oppsøker helsetjenesten for sine plager. Denne trenden er det viktig å følge nøye i de kommende årene. Vi bør også styrke kunnskapen om årsakene til og konsekvensene av en slik økning og hvordan de psykiske plagene kan reduseres. Når det gjelder rusbrukslidelsene, så er det med bakgrunn i økt alkoholkonsum grunn til å anta at det har vært en økning i andelen med alkohollidelser. Misbruk knyttet til vanedannende legemidler ser ut til å ha ligget stabilt de siste årene. Vi har ikke sikker kunnskap om utviklingen av skadelig bruk av illegale rusmidler.

I rapporten finner vi også indikasjoner på at psykiske lidelser og rusbrukslidelser ikke er jevnt fordelt i befolkningen. Kvinner og menn med lav sosioøkonomisk status har en høyere risiko for å ha denne type lidelser enn de med høyere sosioøkonomisk status. Vi har også inkludert tall på innvandrere der det har vært mulig. Forekomsten av psykiske plager er høyere blant innvandrere enn i den øvrige befolkningen. Dette finner vi for både voksne og barn og unge med innvandrerbakgrunn. Det er imidlertid store forskjeller avhengig av hvilket land de kommer fra. Innvandrere har gjennomgående mindre kontakt med helsetjenesten om psykiske plager enn det den øvrige befolkningen har.

Til sist har vi også valgt å inkludere en oversikt over livskvalitet. Den viser at den norske befolkningen jevnt over er fornøyd med livene sine. Særlig gledelig er det at de fleste ungdommer er fornøyde med livet og foreldrene sine, og at tre av fire ungdommer tror de vil få et godt og lykkelig liv. Heller ikke livskvaliteten er jevnt fordelt i befolkningen. Kvinner og menn med lav sosioøkonomisk status har en høyere risiko for å oppleve redusert livskvalitet enn de med mer ressurser. Vi viser også at det norske lykkenivået har vært relativt stabilt, og at det har

økt noe de siste årene. Også tilfredshet med livet har vært noe høyere i Norge de siste ti årene enn i årene forut.

9.2 Datagrunnlaget

Arbeidet med denne rapporten viser at dagens datagrunnlag har noen viktige begrensninger, men også at det finnes muligheter for å bedre tilgangen på gode data i årene som kommer.

En klar svakhet ved tallgrunnlaget for denne rapporten er at de diagnosebasert befolkningsundersøkelsene på forekomst av psykiske lidelser og rusbrukslidelser i Norge alle er av eldre dato. I forbindelse med den fjerde runden av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) vil Folkehelseinstituttet i samarbeid med HUNT pilotere en nasjonal diagnosebasert undersøkelse. Denne piloten vil bidra til å styrke datagrunnlaget på psykiske lidelser og rusbrukslidelser på tre måter. Piloten vil gi kunnskap om forekomsten av psykiske lidelser og rusbrukslidelser i befolkningen i Nord-Trøndelag. Disse forekomsttallene vil også kunne benyttes i Sykdomsbyrdeprosjektet for å estimere nye forekomsttall for Norge. Videre vil piloten ved hjelp av en grundig frafallsundersøkelse gi oss mer kunnskap om på hvilke måter individer som deltar i slike undersøkelser systematisk skiller seg ut fra de som ikke deltar. Denne type kunnskap kan benyttes til å justere for eventuelle forskjeller mellom deltakere og de som ikke deltar. Endelig vil piloten kunne bidra med kunnskap om hvor mange av de som har en psykisk lidelse eller rusbrukslidelse som faktisk oppsøker helsetjenesten.

I denne rapporten presenterer vi for første gang en samlet oversikt over forekomst av kontakt med helsetjenestene for psykiske lidelser og rusbrukslidelser samt legemiddelbruk. Individbaserte data på helsetjeneste- og legemiddelbruk har vi bare fra 2006 og fremover. Etter hvert som årene går vil data fra helseregistrene bli enda mer verdifulle med tanke på å følge utviklingen over tid. Ved at flere år kommer til i registrene, vil vi med større sikkerhet kunne dokumentere ulike trender i helsetjeneste- og legemiddelbruk for psykiske lidelser og rusbrukslidelser enn hva vi kan i dag.

Analysene i denne rapporten bygger blant annet på enkeltuttrekk fra Kontroll og utbetaling av HelseRefusjon (KUHR), Norsk pasientregister (NPR) og Reseptregisteret (NorPD). For å kunne gi en bedre samlet oversikt over helsetjeneste- og legemiddelbruk, vil det være nyttig å sammenstille data fra de tre registrene. På den måten vil vi få oversikt over antallet individer som har vært i kontakt med enten primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten eller begge, og hvor mange av disse som har hentet ut legemidler for psykiske lidelser og rusbrukslidelser. Denne rapporten har også vist at helsetjenestebruken til innvandrere skiller seg fra den øvrige befolkningen. Det er nærliggende å anta at det også foreligger sosiale forskjeller i helsetjenestebruk. For å undersøke slike forskjeller er det nødvendig å sammenstille opplysninger fra helseregistrene med administrative opplysninger på landbakgrunn og sosioøkonomisk status.

Med dagens regelverk og praksis har det vist seg utfordrende å sammenstille data fra ulike registre. Disse utfordringene er inngående beskrevet i rapporten fra den nasjonale arbeidsgruppen for registerdata på psykiske lidelser og rusbrukslidelser. I rapporten anbefaler arbeidsgruppen å etablere et basisregister for psykiske lidelser og rusbrukslidelser. Et slikt register ville gjøre det enklere og billigere å publisere løpende registerbaserte helseanalyser på psykiske lidelser og rusbrukslidelser. Helseanalyser basert på sammenstilte registeropplysninger vil være kvalitativt bedre enn de som inngår i denne rapporten. Videre vil et basisregister kunne gi viktig kunnskap om variasjon i helsetjeneste- og legemiddelbruk i ulike

befolkningsgrupper. Utover kjønns- og aldersvariasjon mangler vi denne type løpende kunnskap i dag.

Også i kapitlene om demens og livskvalitet pekes det på utfordringer knyttet til datagrunnlaget og behovet for nye og bedre studier. På livskvalitetsfeltet pågår det et arbeid med å videreutvikle den nasjonale statistikken om levekår og livskvalitet. Dette arbeidet ledes av Helsedirektoratet og utføres i samarbeid med Folkehelseinstituttet, NOVA og Statistisk Sentralbyrå.

En god oversikt over befolkningens psykiske helse forutsetter et godt datagrunnlag. Som vi peker på i denne rapporten, ligger det både muligheter og begrensninger i de eksisterende dataene på psykisk helse og rus. For å kunne gi mer presise forekomsttall og for å kunne publisere løpende helseanalyser på psykisk helse og rus, er det behov for å innhente nye befolkningsbaserte data samt for enklere og raskere tilgang til sammenstilte opplysninger fra helseregistrene og andre relevante registre.

Forkortelser

Forkortelse	Fullt
BCAMHS	British Child and Adolescent Mental Health Study
BiB	Barn i Bergen
BUP	Barne- og ungdomspsykatri
CAPA	Child and Adolescent Psychiatric Assessment
CCCS	Caring for Children in the Community Study
CCHS-MH	The Canadian Community Health Study- Mental Health
CIDI	The Composite International Diagnostic Interview
DALY	Disability adjusted life-years
DAWBA	Development and Well-Being Assessment
DEGS1-MH	German Health Interview and Examiniation Survey for Adults – Mental Health
DICA	Diagnostic Interview for Children and Adolescents
DISC	Diagnostic Interview Schedule for Children
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DÅR	Dødsårsaksregisteret
ESMED	The European Study of Epidemiology of Mental Disorders
FHI	Folkehelseinstituttet
GBD	Global Burden of Disease
GSMS	The Great Smoky Mountains Study
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
HSCL	Hopkins Symptom Checklist
HUBRO	Helseundersøkelsen i Oslo
HUNT	Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag
HUNT4	Den fjerde Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
ICPC	International Classification of Primary Care
KPR	Kommunalt pasient- og brukerregister
KUHR	Oppgjørssystem for kontroll og utbetaling av helserefusjon
MDD	Major Depressive Disorder
NCS	The National Comorbidity Survey
NCS-A	The National Comorbidity Survey Replication: Adolescents Supplement
NCS-R	The National Comorbidity Survey Replication
NEMESIS	The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NEMESIS-2	The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2

NESARC-1	The National Epidemiology Survey on Alcohol and related Conditions – Wave 1
NESARC-2	The National Epidemiology Survey on Alcohol and related Conditions – Wave 2
NHANES	The National Health and Nutrition Examination Survey
NorPD	Reseptregisteret
NPR	Norsk pasientregister
PAPA	Preschool Age Psychiatric Assessment
SADM	Studies of Attention Disorders in Maastricht
SSB	Statistisk Sentralbyrå
TTT	Tidlig Trygg i Trondheim
WMH	World Mental Health Survey

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Januar 2018
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no