

Større åpenhet om psykiske lidelser

Utbrethet, depresjoner, spiseforstyrrelser, aldersdemens, angst og fobier — psykiske lidelser kommer i mange former og symptomene kan være diffuse. Graden av plager varierer fra psykoser, som gjør det vanskelig å leve et liv utenfor en psykiatrisk institusjon, til uro eller depresjoner som tidvis gjør livet tungt å leve. Nedsatt mental helse vil, som nedsatt somatisk helse, påvirke vår hverdag og våre aktiviteter. Fokuset i denne artikkelen ligger på de lettere psykiske plagene, som har blitt rapportert inn til SSB via helseundersøkelsene. Datamaterialet forteller oss at dette er noe som berører veldig mange mennesker og at åpenheten omkring denne typen lidelser har økt de siste tiårene.*

Lettere psykiske lidelser er så utbredt at de kan regnes som en av de store folkesykdommene. Tyngre psykiske lidelser som psykoser; en tilstand hvor man opplever realitetsbrist, vrangforestillinger eller hallusinasjoner, rammer langt færre. Det antas at om lag 30 prosent av befolkningen i løpet av livet har en psykisk lidelse av typen depresjon, angst, fobi eller somatoforme lidelser¹, ca. 40 prosent kvinner og 20 prosent menn (NOU 1999:13). Anslag tyder på at omtrent 150 000 personer årlig blir rammet av en depresjon, mens ca. 15 prosent til enhver tid lider av depressive symptomer (Kringlen 1999). Over halvparten av depresjonene blir utløst av kjærlighets-sorg, separasjon, skilsmisse, dødsfall, arbeidsledighet eller flytting til nytt sted. Mer alvorlige lidelser, som schizofreni, rammer i løpet av livet rundt 1 prosent av befolkningen, det samme gjør manisk depressiv lidelse (NOU 1999:13).

Det er svært vanskelig å tallfeste hvor mange som har psykiske lidelser, fordi antallet vil avhenge av hvilke kriterier som legges til grunn. Ulike metoder og ulike tidsrammer vil gi ulike resultater. Videre kan det være vanskelig å trekke en skillelinje mellom f.eks. en "naturlig" sorgreaksjon og en klinisk depresjon. Med andre ord er grensen mellom psykisk sykdom og mental helse ofte flytende (Nielsen 1996). I forskermiljøene har det lenge vært et diskusjonstema når en person går over til å bli et psykiatrisk "tilfelle". Så hvor mange personer får behandling for sine psykiske plager? I 2000 ble det foretatt nesten 35 000 utskrivninger² av døgnpasienter fra psykiatriske institusjoner og avdelinger i Norge, og det ble utført over 696 000 polikliniske konsultasjoner (Statistisk sentralbyrå 2001). Mens antallet døgnplasser har gått jevnt nedover de siste ti årene, har antallet utskrivninger økt i samme perioden. Også antallet polikliniske behandlinger har økt i dette tidsrommet. I fireårsperioden 1996 til 2000 var økningen på 21 prosent (en endring i definisjonen av polikliniske konsultasjoner gjør det vanskelig å sammenligne med tidligere tall).

Det er sjelden vi dør av psykiske lidelser, men denne typen lidelser kan medføre spisevegring og alkohol- og narkotikaforgiftning som igjen kan medføre dødsfall. Ulike psykiske lidelser kan også føre til selvmord. Psykiske lidelser er et satsningsområde politisk og har vært det de siste årene. Dette fordi få tilstander gir så påtrengende behov for hjelp som psykiske

Elin Skretting Lunde

**Artikkelen er i hovedsak basert på et materiale som er publisert tidligere i "Helse i Norge" (2001)*

Elin Skretting Lunde er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (elin.skretting.lunde@ssb.no).

lidelser, både for enkeltpersonen og for familien (Sosial- og helsedepartementet 1997). Opptrappingsplanen for psykisk helse startet i 1999 og varer til 2006, denne innebærer både økte investeringer og øking i driftsutgiftene. Det skal til sammen brukes 24 milliarder kroner ekstra til psykisk helsevern i planperioden (Sosial og helsedepartementet 1998). Nedsatt mental helse er en av hovedårsakene til sykelighet og uførhet. Etter skjelett- og muskelsykdommer er psykiske lidelser viktigste årsak til langtidssykemeldinger (NOU 1999:13).

Hvordan måle psykisk helse

Det eksisterer flere mulige måter å "måle" psykisk helse på. En metode for å måle utbredelsen av lettere psykiske plager i befolkningen, er spørsmålsbatteriet "Hopkins liste" (Hopkins Symptom Check List (HSCL)). Denne består av en rekke spørsmål om symptomer på følelsesmessige problemer, og man skal for hvert av symptomene svare på om man ikke har vært plaget, har vært litt plaget, ganske eller svært plaget av disse ulike symptomene i løpet av de siste 14 dager. Når problemene og plagene blir langvarige, når antallet plager blir mange og når de ulike symptomene plager en i stor grad, kan dette være eller være i ferd med å utvikle seg til et problem, både for personen det gjelder og for familien og venner.

Ifølge helseundersøkelsen³ 1998 har 77 prosent av den voksne befolkningen (16-79 år) opplevd å være litt, ganske mye eller veldig mye plaget av flere enn ett av symptomene på denne listen i 14-dagersperioden forut for intervjuet. Dette indikerer at folk flest har ulike lettere plager, ikke bare av somatisk, men også av psykisk art. Men dette betyr ikke at de fleste i Norge har nedsatt mental helse. Ifølge våre data er det drøyt en av ti (14 prosent) som oppgir mange (13 eller flere) symptomer på nedsatt psykisk helse.

Vi har her valgt å bruke en vid definisjon på psykisk helse; ved å vise til antall symptomer oppgitt i et spørreskjema. Det er naturligvis forskjell mellom psykisk sykdom og symptomer på psykisk sykdom, men mange symptomer kan være tegn på nedsatt mental helse i tiden like før intervjuet.

Nå kan spørsmålene i "Hopkins liste" brukes på ulike måter, bildet endrer seg når vi forandrer fremgangsmåten. Hvis vi ser bort fra kategorien "litt plaget", hvor mange havner, er det i 1998 34 prosent som har minst ett

symptom, mens 11 prosent oppgir fire eller flere og bare 2 prosent oppgir 13 eller flere symptomer. Det kommer ikke som en overraskelse at de fleste krysser av på "litt plaget"-kategorien. Både fordi mange er småplaget med ulike symptomer, men også fordi det vil være noen som kvier seg for å oppgi hvor plaget de føler seg, og som dermed krysser litt plaget fordi det ikke høres så "farlig" ut. Vi kan derfor forvente enn viss underrapportering av styrken på plagene. Men når noen har oppgitt 13 eller flere "litt plaget", "ganske mye plaget" eller "veldig mye plaget",

Befolkningens psykiske helse blir i helseundersøkelsene kartlagt via en samling spørsmål kalt "Hopkins liste". Den omfatter 25 spørsmål om ulike symptomer på psykiske plager. 10 av spørsmålene er utformet for å fange opp angst via spørsmål om for eksempel nervøsitet, opplevelse av plutselig frykt uten grunn og anfall av panikk og angst. Mens de 15 neste spørsmålene er utformet for å fange opp depresjon, ved å stille spørsmål om man lider av en generell mangel på energi, en følelse av ensomhet, håpløshet eller at alt oppleves som et slit. Siden psykiske plager også kan gi kroppslig utslag i form av blant annet hodepine, skjelving og hjertebank, er disse symptomene innarbeidet i spørsmålslisten.

Alle spørsmålene var i 1995 og 1998 plassert på et spørreskjema som den enkelte skulle fylle ut alene etter at hovedintervjuet var avsluttet. I 1985 var spørsmålene en del av hovedintervjuet. Man skulle svare på om de ulike symptomene som var nevnt på listen hadde medført plager eller besvær i løpet av de siste 14 dagene. Det ble gitt fire ulike svaralternativer: "ikke plaget", "litt plaget", "ganske mye plaget" og "veldig mye plaget". Alle som har svart at de har vært plaget litt, mye eller veldig mye, er i denne artikkelen gruppert sammen i en kategori.

tyder det på at hverdagen oppleves som tung. Det er derfor rimelig å trekke den slutningen, at disse har redusert psykisk helse på intervju tidspunktet. Å være veldig mye plaget av ett symptom kan naturligvis være verre enn å være litt plaget av mange, men det er de som oppgir mange symptomer som det blir fokusert på her. Heretter vil 13 eller flere symptomer⁴ være synonymt med *mange symptomer* i teksten.

Noe ulik praksis i de tre siste undersøkelsene gjør det vanskelig å sammenligne resultatene. Det har derfor vært nødvendig med visse justeringer av datamaterialet. I 1985-undersøkelsen ble det stilt 23 spørsmål fra "Hopkins liste", disse spørsmålene ble også stilt i 1995- og 1998-undersøkelsen. I tillegg er det kommet til to nye spørsmål i de to siste undersøkelsene: "tanker om å ta sitt eget liv" og "tap av seksuell lyst og interesse". Alle i utvalget fra 16 år og opp til 79 år mottok skjema, med spørsmålsrekken på 25 spørsmål i 1995-undersøkelsen, mens de eldste eldre (80 år og over) bare svarte på 12 av spørsmålene. På grunn av disse ulikhetene er alder avgrenset opp til 79 år og alle undersøkelsene analyseres med 23 variabler, slik som i 1985-utgaven. På denne måten blir det på tross av svakhetene mulig å sammenligne resultatene fra de tre årene. Den største svakheten ved sammenligningen er ulike metoder for innsamling av data i 1985 og ved senere undersøkelser, noe vi kommer tilbake til senere. For opplysninger om frafall henvises det til kapittel 4 (s. 52) i *Helse i Norge*, (Statistisk sentralbyrå 2001).

Ulike symptomer

De forskjellige symptomene representerer i ulik grad en plage for dem som har besvart "Hopkins liste". Hvis vi ser på de personene som har svart "ganske mye plaget" eller "svært mye plaget", oppdager vi at svært få i den voksne befolkningen har plager som "anfall av angst og panikk", "følelsen av å være lurt i en felle" eller "frykt uten grunn", mens atskillig flere plages av "mangel på energi", søvnproblemer, hodepine og bekymringer.

Det var dobbelt så mange kvinner som menn (ikke vist i tabellen) som opplyste av de var plaget av symptomer av typen: lett for å klandre seg selv, lett for å gråte, hodepine og mye bekymret eller urolig. Mens det er omtrent like mange menn som kvinner som er plaget av tungsinn, ensomhet, rastløshet og følelsen av å være ansent eller oppjaget.

Nedsatt psykisk helse kan gi kroppslige smerter eller plager. Av de somatiske plagene er det flest som opplever søvnproblemer og hodepine, mens langt færre opplever hjertebank eller skjelvinger. Et problem med de somatiske plagene er at vi ikke med sikkerhet kan vite om de er

Tabell 1. Opplevelse av psykiske plager siste 14 dager. Prosent av voksne i alderen 16-79 år. Veid utvalg. 1998

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget	N
Hodepine	50,3	38,7	8,0	3,1	6 637
Skjelving	89,0	9,1	1,2	0,6	6 623
Matthet eller svimmelhet	68,4	26,6	4,0	1,0	6 625
Nervøsitet, indre uro	65,2	27,7	5,4	1,7	6 640
Plutselig frykt uten grunn	88,7	8,9	1,6	0,8	6 637
Stadig redd eller engstelig	86,3	10,9	2,0	0,8	6 633
Hjertebank	81,4	15,5	2,4	0,7	6 638
Vært ansent, oppjaget	56,2	36,7	5,7	1,4	6 624
Anfall av angst, panikk	91,2	7,0	1,0	0,7	6 639
Rastløs, vansker med å sitte i ro	75,5	20,6	2,9	1,0	6 636
Mangel på energi, alt går langsomt	52,0	37,3	7,9	2,8	6 638
Lett for å klandre seg selv	61,8	29,8	6,2	2,1	6 610
Lett for å gråte	75,0	19,6	3,8	1,6	6 641
Dårlig matlyst	84,7	12,2	2,4	0,7	6 645
Søvnproblemer	62,3	27,8	6,8	3,1	6 656
Håpløshet med tanke på fremtiden	71,7	21,3	4,3	2,7	6 636
Nedtrykt, tungsindig	73,1	21,8	3,8	1,3	6 614
Følelse av ensomhet	74,4	19,7	4,0	1,9	6 640
Følelsen av å være lurt i en felle	90,6	7,2	1,3	0,9	6 611
Mye bekymret eller urolig	64,9	28,3	5,0	1,9	6 639
Uten interesse for noe	84,6	12,6	2,0	0,9	6 630
Følelse av at alt er et slit	63,6	28,9	5,0	2,5	6 641
Følelse av å være unyttig	82,5	12,9	2,7	1,8	6 640

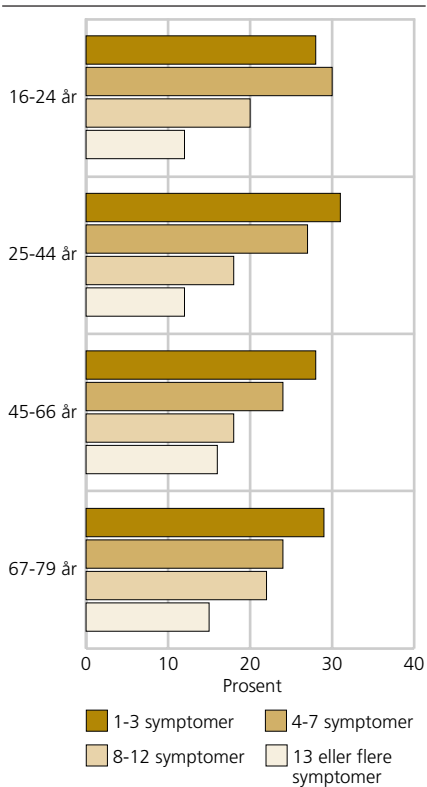
Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

psykisk betinget, de kan være forårsaket av fysisk sykdom. Spesielt er grensene uklare for hodepine (Barstad 1997). I det videre vil symptomene presenteres sammenlagt og ikke hver for seg. Således blir det lettere å danne seg et bilde av omfanget av plager i den voksne befolkningen.

Flere rapporterer om psykiske symptomer

Hvordan har utviklingen vært ifølge helseundersøkelsene de siste årene? Andelen som har rapportert om mange symptomer (13 eller flere) har økt siden midten av 1980-tallet. I 1985 var det 2 prosent som hadde mange symptomer, i 1995 var det 7 prosent og i 1998 hele 14 prosent. Dette mønsteret holder seg stabilt også når vi ser på dem som er *mye* eller *veldig mye* plaget av fire eller flere symptomer, det var 3 prosent i 1985, mens i 1998 var det 11 prosent som oppga det samme. Er økningen vi ser i andelen personer som rapporterer psykiske symptomer reell? Problemet med å sammenligne mellom 1985 og senere årganger baserer seg på endringen fra spørsmålene stilt under intervjuet og spørsmålene plassert på et papirskjema som leveres anonymt. Et personlig intervju om noe så sensitivt som psykiske problemer medfører en kraftig underrapportering av antallet symptomer (se bl.a. Moum 1998). Det er også påvist en viss intervjuereffekt, da unge mannlige intervjuere får innrapportert færre symptomer enn andre (Moum 1998). Økningen fra 1985 til 1995 kan derfor sannsynligvis tilskrives metodeendringer, men endringen fra 1995 til 1998 er mer interessant. Det er selvfølgelig mulige feilkilder her også, som problemet med lav svarprosent på spørreskjemaet.

Figur 1. Andelen personer mellom 16 og 79 år som har ett eller flere symptomer på psykiske helseplager, etter alder. 1998. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene.

En "Kjell Magne-effekt"?

Mange hevder at dårlig psykisk helse er et økende problem i vårt moderne samfunn. Men Barstad (1993) finner en svak nedgang i andelen med psykiske lidelser i sin gjennomgang av leveårsundersøkelsene fra 1980 til 1991⁵. Videre har antallet selvmord gått ned de senere årene. Likevel finner vi en økning i selvrapporteringen av psykiske symptomer i helseundersøkelsene. En mulig forklaring er større åpenhet omkring psykiske lidelser. Det er ikke sannsynlig at det reelle antallet med psykiske lidelser har økt så mye i løpet av et så kort tidsrom, men kanskje har disse lidelsene blitt mer synlige. Vi kan se tendensen til økt åpenhet omkring psykiske problemer de senere årene, spesielt i media. Det faktum at kjente personer har stått frem og manet til åpenhet har også betydning. Rett før Helseundersøkelsen 1998 ble gjennomført, sto for eksempel daværende statsminister Bondevik frem og fortalte om sine psykiske problemer. Dette kan ha påvirket intervjuobjektene til å stå frem med slike lidelser. Professor i psykiatri Johan Cullberg mener at Bondeviks åpenhet om sin "depressive reaksjon" er viktig: "*Det har stor mentalhygienisk betydning at den norske statsministeren våget å gå åpent ut om sine plager. Han viste at mennesker har rett til å være deprimerte, og at dette er en sykdom på linje med influensa*" (Cullberg 2000). En annen forklaringsfaktor for denne økningen av lettere psykiske lidelser kan muligens være at Norge på den tiden opplevde en økonomisk nedgang, med kraftig uro på aksjemarkedet, lave oljepriser, lav kronekurs og økning av lånerenta.

At Bondeviks åpenhet omkring sin psykiske reaksjon har hatt betydning for folk flest, bekreftes av VG. Ifølge VG (2000) er det å ta en "Kjell Magne" den nye betegnelsen på sykemeldinger på grunn av stress i arbeidslivet. Forsker Asbjørn Grimsmo ved Arbeidsforskningsinstituttet forteller at dette har blitt en fellesbetegnelse på det å være psykisk nedkjørt. Han mener at det norske folk har mye å takke Bondevik for, fordi det nå er lov å diskutere psykiske

belastninger på jobben og erkjennelsen om at disse belastningene kan gå på helsa løs.

Økt åpenhet kan gjøre det lettere, både å innrømme at man har et problem, og å oppsøke legehjelp. Det er sannsynlig at medias økte fokusering på området kan gi en normalisering av denne typen lidelser – det er ikke lenger en skam å lide av angst eller depresjon, men personer med tunge psykiske lidelser opplever ennå ulike former for diskriminering. TV-aksjonen i 1992 var med på å sette psykisk helse på dagsordenen ved å samle inn penger til dette formål. Andelen med en åpnere holdning til psykiske lidelser hadde, ifølge en undersøkelse, økt signifikant etter denne aksjonen (Fønne og Søgaard 1996).

Tall fra Rikstrygdeverket bekrefter at stadig flere blir sykemeldt som følge av en psykisk lidelse. I 1994 ble det registrert 24 000 sykemeldinger med en psykisk lidelse som diagnose, mens dette økte til 62 000 sykemeldinger i 1999. Det er en økning på 150 prosent over en femårsperiode. Tallgrunnlaget baserer seg kun på sykemeldinger utover arbeidsgiverperioden på 16 dager (Rikstrygdeverket 2000). Det er vanskelig å si med sikkerhet hva denne økningen skyldes, men rådgiver Ole A. Opdalshei i Rikstrygdeverket opplyser til Aftenposten at økningen sannsynligvis skyldes økt press, både i arbeidslivet og privat. Videre mener han at større åpenhet omkring mentale helseproblemer medvirker til denne veksten (Aftenposten 17.4.2000). En annen forklaring på økt antall sykemeldinger med psykiske lidelser som diagnose, finner vi i selve arbeidsmarkedet. På grunn av lav arbeidsledighet er det flere og flere som entrer arbeidslivet, også de som kanskje ikke makter det høye tempoet. En større andel sårbare individer vil gi en økning i antall sykemeldte med denne typen diagnoser. Det er snakk om en seleksjon, de som kommer sist inn på arbeidsmarkedet vil gjerne være de minst ressurssterke.

Kvinner rammes oftere enn menn

Forskning viser at kvinner oftere er plaget av lettere former for angst og depresjon enn menn. Mer alvorlige psykiske lidelser er jevnt fordelt mellom kjønnene. En teori går ut på at den moderne kvinnens stressende hverdag og manglende evne til å si nei må påta seg mye av skylden for de psykiske plagene (Malt 1999). I helseundersøkelsen i 1998 er det 17 prosent kvinner mot 11 prosent menn som oppgir mange symptomer på psykiske plager. Dette stemmer bra overens med forskning på området.

Flere eldre med psykiske plager

Drøyt en av ti i alderen 16-79 år oppgir mange symptomer på psykiske helseplager. Andelen som har minst ett symptom er forholdsvis lik i alle aldersgruppene. Ni av ti 16-24-åring oppgir en eller flere plager, det samme gjør eldre i alderen 67-79 år. Dette er et meget høyt tall, men det betyr ikke at alle disse har psykiske problemer, det er langt færre som sliter med hyppige symptomer på nedsatt psykisk helse. 12 prosent av

Tabell 2. Andel personer med 13 eller flere symptomer på nedsatt psykisk helse, etter alder og sosioøkonomisk status. 1995. Prosent

	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år
Ufaglærte arbeidere	5	6	4	4	:
Faglærte arbeidere	4	5	3	5	:
Funksjonærer, lavere nivå	6	4	6	6	:
Funksjonærer, mellomnivå	5	5	4	6	:
Funksjonærer, høyere nivå	2	:	2	2	:
Fiskere, gård-/skogbrukere	5	:	8	4	:
Øvrige selvstendige frie yrker	5	:	3	8	:
Skoleelever/studenter	4	3	6	:	:
Pensjonister/trygdede	10	21	18	16	5
Hjemmearbeidende	10	:	11	10	:
Uklassifiserte	6	3	5	7	:

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

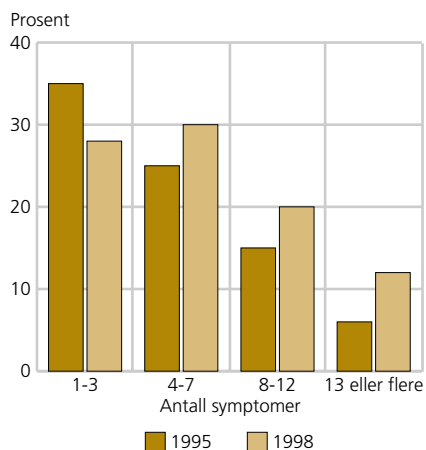
de unge (16-24 år) har mange symptomer, mens blant de middelaldrende (45-66 år) og eldre (66-79 år) er det henholdsvis 16 og 15 prosent som oppgir det samme. De unge plages oftere av hodepine, rastløshet og følelsen av at alt er et slit, mens de eldre lider av søvnproblemer, mangel på energi og har lett for å klandre seg selv.

Utdanning og sosioøkonomisk status innvirker på rapporteringen av psykiske lidelser

Utdanningsnivået slår ut i forhold til dem som oppgir mange symptomer, her finner vi en større andel med lav utdanning (19 prosent) enn med høy utdanning⁶ (8 prosent). Nå er det slik at mange middelaldrende og eldre har lavere utdanning enn yngre generasjoner, men mønsteret holder seg stabilt også når vi kontrollerer for alder. Blant middelaldrende 45-66 år er det 23 prosent med grunnskoleutdanning mot 5 prosent med høyere utdanning (type II) som oppga mange symptomer. Andelen med ingen symptomer er mer jevn, men øker noe med utdanningsnivået. Vi kan ikke ved hjelp av helseundersøkelsen si noe om de psykiske plagene har vanskeliggjort å gjennomføre en høyere utdanning eller om slike plager generelt rammer flere lavt utdannede. Dalgard (1996) bekrefter med sin analyse av Oslo/Lofoten-undersøkelsen at hyppigheten av psykiske lidelser øker med avtakende utdanningsnivå. Han finner det vanskelig å si noe om årsakssammenhengen i den forbindelse. Dalgard mener at det mest sannsynlig dreier seg om et samspill mellom personlighetsfaktorer og stressfaktorer.

Lavt utdanningsnivå henger sammen med lav sosioøkonomisk status. Forskning har vist at flere arbeidsledige enn yrkesaktive har psykiske problemer. En undersøkelse blant langtidsledige i Lillesand, gjennomført av Ytterdahl og Fugelli (2000), viste en overhyppighet av somatoforme⁷ sykdommer, angsttilstander og depresjon blant de ledige. Yrker hvor den yrkesaktive har liten bestemmelsesrett over arbeidssituasjonen og/eller monotone arbeidsoppgaver, eller liten mulighet til å utnytte egne evner og interesser, slår også negativt ut for den psykiske helsen (Dalgard 1996). Data fra helseundersøkelsen i 1995 viser at funksjonærer på høyere nivå kommer best ut (se tabell 2 på side 25). I denne gruppen er det bare 2 prosent som har mange symptomer på nedsatt psykisk helse. Mens pensjonister, trygdede og hjemmearbeidende kommer dårligst ut. Blant de trygdede er det 21 prosent av de unge og 18 prosent av de voksne som er plaget av mange symptomer. Det kan oppleves som tyngre å gå på trygd når man er ung, enn når man er eldre. Som Ytterdahl og Fugelli (2000) påviste i sin studie, er det en del arbeidsledige som sliter på grunn av manglende jobb. Det ser ut til at yrkesaktivitet har en positiv innvirkning på mental helse, og aller mest når man jobber i yrker med stor grad av selvstendighet, noe som også bekreftes av Barstad (1997). Statistikk fra Rikstrygdeverket (1999) viser at hele 50 prosent av de uføretrygdede under 40 år, er trygdet på grunn av en psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelser.

Figur 2. Andelen unge (16-24 år), etter antall symptomer på psykiske lidelser. 1995 og 1998. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsene.

Verre for de unge?

I ulike studier fra inn- og utland anslås det at ca. 20 prosent barn og unge lider av ulike psykiske lidelser. Men dette varierer med kjønn, alder og sosiale forhold. Mer alvorlige og behandlingstrengende lidelser rammer ca. 5 prosent av barnebefolkningen. (Sosial- og helsedepartementet 1997). Depresjoner er uvanlig blant små barn, men forekomsten øker med alderen og når en topp blant barn i puberteten (Nasjonalforeningen for folkehelsen 1997).

Antall behandlede barn og unge innenfor psykiatrien har økt med 12 prosent fra 1998 til 1999 (SAMDATA psykiatri 2000). Ifølge Statistisk sentralbyrås (2001) tall har antall årsverk innenfor barne- og ungdomspsykiatrien økt med 25 prosent fra 1996 til 2000, mens antallet polikliniske konsultasjoner blant barn og unge har økt med nesten 21 prosent.

Vi har ikke tall for barn når det gjelder psykisk helse i helseundersøkelsene, men vi har tall for de unge i alderen 16 til 24 år. Her kan vi, som i resten av befolkningen, se en økning over tid i rapportert antall symptomer. I 1995 var det snaut to av ti blant de unge som ikke hadde noen symptomer, i 1998 hadde andelen sunket til en av ti. Vi kan også se en endring i andelen unge som sliter med mange symptomer. I 1995 utgjorde den 6 prosent, mens i 1998 hadde andelen økt til 12 prosent.

Vurderingen av egen helse

Når de som blir intervjuet i helseundersøkelsene skal gi en subjektiv vurdering av helsen sin, vil de neppe bare tenke på somatisk (kroppslig) helse, men også trekke inn sin psykiske helse. Det er derfor interessant å se på alle som opplever helsen som enten god eller dårlig og om dette gir utslag i forhold til antallet symptomer på nedsatt mental helse.

Av dem som oppgir at helsen er god, er det 15 prosent som ikke har noen symptomer på psykiske plager. 8 prosent oppgir mange symptomer, av disse er 6 prosent menn og 11 prosent kvinner. Dette gir utslag også i forhold til alder. Blant de eldre som opplyser om god helse, er det bare 4 prosent som oppgir mange symptomer. Dette forandrer seg radikalt når vi ser på dem som opplever helsen som dårlig. Her er det kun 2 prosent som ikke har noen symptomer, mens en drøy tredel oppgir 13 eller flere. Det er også en større andel kvinner (42 prosent) enn menn (32 prosent) som oppgir mange symptomer på psykiske plager. Dette tyder på at det psykiske, i like stor grad som det fysiske, virker inn på hvordan vi oppfatter vår egen helse. Men vi må huske på at symptomer som hodepine kan skyldes en fysisk lidelse og ikke nødvendigvis ha psykiske årsaker.

Flere kvinner enn menn får utrettet mindre enn ønsket

Det er rimelig å anta at psykiske problemer kan påvirke både jobb og fritid. I helseundersøkelsen fra 1998 stilles det også et spørsmål om eventuelle psykiske plager virker inn på gjøremål i hverdagslivet. Spørsmålet er plassert på selvutfyllingsskjemaet og lyder som følger: "I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av følelsesmessige problemer (som f.eks. å være deprimert eller engstelig)?" Det er tre kategorier å velge mellom og svaralternativene er "ja" og "nei" på alle tre:

- Du har måttet *redusere tiden* du har brukt på arbeid eller på andre gjøremål
- Du har *utrettet mindre* enn du ønsker
- Du har utført arbeidet eller andre gjøremål *mindre grundig* enn vanlig

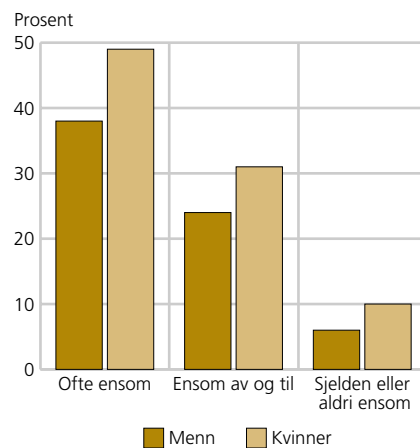
13 prosent av alle i undersøkelsen har svart bekreftende på at de har måttet redusere tiden brukt på arbeid eller fritidsaktiviteter. 22 prosent forteller at de har fått utrettet mindre enn de ønsket, mens 15 prosent har gjennomført eventuelle oppgaver mindre grundig enn vanlig. Det er dermed en del

Tabell 3. Andel personer 16-79 år som har vurdert egen helse som god eller dårlig, etter antall psykiske symptomer. 1998. Prosent

Alle	
God/meget god helse	
Ingen symptomer	15
1-3 symptomer	33
4-7 symptomer	26
8-12 symptomer	17
13 eller flere	8
Verken god eller dårlig	
Ingen symptomer	4
1-3 symptomer	17
4-7 symptomer	24
8-12 symptomer	27
13 eller flere	28
Dårlig/meget dårlig helse	
Ingen symptomer	2
1-3 symptomer	9
4-7 symptomer	20
8-12 symptomer	31
13 eller flere	37
N	2 841

Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Figur 3. Andel menn og kvinner som oppgir mange symptomer på psykiske lidelser, etter hvor ofte de føler seg ensomme. 1998. Prosent



“Hopkins liste” kan også benyttes til å beregne en fellesverdi basert på alle de 25 spørsmålene, hvor “ikke plaget” gis verdien 1, “litt plaget” verdien 2, “ganske mye plaget” verdien 3 og “veldig mye plaget” verdien 4. Denne fremgangsmåten krever at samtlige spørsmål er besvart, siden man tar gjennomsnittsverdien av tallverdien til alle spørsmålene. Dette var tilfellet for 6 192 personer i 1998-undersøkelsen. Etter utregningen har alle deltakerene en verdi mellom 1 og 4. Personer med verdier over 1,75 anses for å være psykisk plaget. Det er vanlig å dele verdiene inn i tre kategorier, hvor 1-1,54 anses for å være psykisk friske, 1,55-1,74 i faresonen og 1,75-4 er psykisk syke.

mennesker som ikke får gjort alt det de ønsker i hverdagen pga. følelsesmessige problemer.

Hvis vi skal prøve å sammenligne disse resultatene med andel personer som har psykiske plager ifølge spørreskjemaet, så tyder tallene på at det å ha psykiske symptomer ikke nødvendigvis går ut over arbeidskapasiteten. Det er flere kvinner enn menn som opplever problemer i forbindelse med den psykiske helsen. 11 prosent menn mot 16 prosent kvinner har måttet redusere tid brukt på arbeid, mens henholdsvis 19 prosent menn og 25 prosent kvinner har fått utrettet mindre enn ønsket. Det vil si at så mange som en av fire kvinner rammes som følge av ulike former for følelsesmessige problemer, og således får gjennomført mindre enn ønsket i hverdagen.

De ensomme er mer plaget

En analyse av hvor ofte vi treffer venner, viser bare mindre avvik mellom dem som ser vennene ofte og dem som ser dem mer sjelden i forhold til psykiske problemer. Det tyder på at det ikke er hyppigheten på vennetreffene som avgjør om man føler seg ensom eller ikke. Helseundersøkelsen bekrefter at personer som oppgir at de føler seg ensomme, oppgir flere symptomer enn dem som sjelden har denne følelsen. Det er 8 prosent av dem som aldri eller sjelden føler seg ensomme som oppgir mange symptomer, mens dette gjelder nesten halvparten (46 prosent) av dem som ofte opplever ensomhet. Blant dem som ofte er ensomme og har mange symptomer er det flest i aldersgruppen 25-44 år og færrest blant de eldste (67-79 år). Ser vi på dem som sjelden og aldri er ensomme, er forskjellene mellom de ulike aldersgruppene mindre. Dette mønsteret forandrer seg om vi bare fokuserer på dem som oppgir at de er ensomme (uten å trekke inn psykiske symptomer), da er det flest blant de eldste og færrest blant de unge.

Vi vet ikke om folk er ensomme pga. psykiske plager eller om det er ensomheten som påfører plager av psykisk karakter. Barstad (1997) finner i en analyse av data fra Helseundersøkelsen 1995 at det var en klar statistisk sammenheng mellom sosial integrasjon og psykisk helse, spesielt for depresjon. Fortrolige relasjoner, venner, ektefelle og et arbeidsfellesskap ser ut til å virke forebyggende mot denne typen lidelse.

Gjennomsnittsverdier på psykisk sykdom

Som tabellen viser, er det en av ti som kan antas å ha psykiske problemer, mens åtte av ti kan antas å være uten slike problemer (se tekstboksen øverst på siden for forklaring på verdiene i tabellen). Sammenligner vi med dataene som er presentert tidligere i denne artikkelen, er det 14 prosent som har oppgitt mange symptomer på psykiske lidelser (se blant annet under overskriften "Hvordan måle psykisk helse"). Prosentandelen med mange symptomer (13 eller flere) og andelen som er psykisk plaget (med en gjennomsnittsverdi på $\leq 1,75$) stemmer

således noenlunde overens, men bruken av antall symptomer som målemetode gir en litt høyere andel med psykiske problemer.

Nå er det bare 12 prosent i 1998 som oppgir null symptomer, ergo har hele 88 prosent et eller flere symptomer, noe som igjen viser at det ikke er noe

Tabell 4. Andel personer 16-79 år, etter gjennomsnittsverdi på psykisk helse og alder. 1998. Prosent						
	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	N
Menn og kvinner						
1,00 - 1,54	82	82	84	82	79	5105
1,55 - 1,74	7	8	7	6	10	448
1,75 og over	10	10	9	12	11	639
Kilde: Helseundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.						

en-til-en-forhold mellom symptomer og sykdom. Det er fullt mulig å være plaget av en del ulike symptomer uten at du har en psykisk lidelse, fordi enkelte symptomer på depresjon og angst ikke er det samme som å lide av depresjon eller angst. Nå er det selvfølgelig en del av dem som har deltatt i helseundersøkelsen som har en mer alvorlig psykisk lidelse. Det var i 1985 og 1995 7 prosent som oppga en psykisk diagnose da de ble stilt spørsmålet om hvilke langvarige sykdommer de hadde, mens i 1998 var det 5 prosent som oppga dette. Her er det oppgitt lidelser som manisk depressiv og schizofreni, i tillegg til depresjoner og angstdiagnoser. At andelen som selv rapporterer om psykiske lidelser er såpass lav, gir oss en indikasjon på at dette er et følsomt tema, og viser at flere blir plukket opp ved bruk av et indirekte mål på psykisk helse, slik som "Hopkins liste".

Blant dem som lider av nedsatt psykisk helse er det kun små forskjeller mellom de ulike aldersgruppene. Forskjellen mellom kjønnene er større, det er flere kvinner enn menn som lider av nedsatt psykisk helse, 13 prosent kvinner mot 8 prosent menn. Det er også flere med lav enn med høy utdanning som har psykiske problemer, 14 prosent blant dem med grunnskoleutdanning mot 4 prosent med høyere utdanning (nivå II).

Oppsummering

Lettere psykiske plager er en av de store folkesykdommene. Nesten åtte av ti nordmenn har vært plaget av flere enn ett symptom på nedsatt psykisk helse i løpet av en 14-dagersperiode. Det er langt færre som har hatt større plager, drøyt en av ti rapporterer om mange symptomer.

Vi kan se en økning over tid av lettere psykiske plager i befolkningen, men det er vanskelig å si om det er en reell økning eller bare en synliggjøring av problemet via økt åpenhet om psykisk helse. Det har i de senere årene vært en større åpenhet omkring denne typen lidelser. Vi kan således snakke om en normalisering av det å ha nedsatt psykisk helse. Også angst, og da spesielt fobier, er vanlig i befolkningen.

Som vist i løpet av artikkelen, er det ulike grupper som er spesielt utsatt for redusert psykisk helse. Det er for eksempel langt flere kvinner enn menn som er plaget. Vi finner også en noe høyere andel med psykiske plager blant dem med lav utdanning og lav sosioøkonomisk status.

1. Somatoforme lidelser er langvarige og forskjellige fysiske symptomer som ikke kan forklares av kroppslig (somatisk) sykdom.

2. En person kan skrives ut fra en psykiatrisk institusjon flere ganger i løpet av et år, slik at tallet viser antallet utskrevne pasienter og ikke antallet personer.

3. Denne undersøkelsen er en sammensmelting av SSBs gamle helseundersøkelser og levekårsundersøkelser, og har fått navnet Temaroterende levekårsundersøkelse med fokus på helse. I denne artikkelen benyttes det gamle navnet Helseundersøkelsen for å vise at undersøkelsen er sammenlignbar med de tidligere undersøkelsene.

4. Vi har her valgt oss 13 som grensen for "mange symptomer", etter å ha vurdert fordelingen av

enkeltsymptomene, som viser en klar innsnevring med økende antall.

5. I levekårsundersøkelsen har man ikke benyttet "Hopkins liste", men et annet måleinstrument i forhold til psykiske problemer. Her er referanseperioden siste 6 måneder og ikke siste 14 dager som i helseundersøkelsene, videre er svaralternativene ofte, av og til og aldri. Og antallet spørsmål er ikke 25, men 3. Barstad har i sine analyser tatt utgangspunkt i to av disse spørsmålene, et om angst og et om depresjon.

6. Høyere utdanning nivå II, som tilsvarer universitet og høyskole 4 år eller mer.

7. Somatoforme lidelser er langvarige og forskjellige fysiske symptomer som ikke kan forklares av kroppslig (somatisk) sykdom.

Litteratur

Aftenposten (17 april 2000): "Psykefraværet er fordoblet på fem år".

Barstad, Anders (1993): "Flere psykiske lidelser?" Basert på et paper skrevet til den 17. nordiske sosiologikongressen Gävle 13.-15. august 1993.

Barstad, Anders (1997): "Psykisk helse - fortrolighet forebygger?" *Samfunnspeilet* 1997, 2, Statistisk sentralbyrå.

Cullberg, Johan (2000): "Mennesker har rett til å være deprimerede", Intervjuet i *Helsenytt for alle*, Nasjonalforeningen for folkehelsen, nr. 1, 2000.

Dalgard, Odd Steffen (1996): "Psykisk helse relatert til sosialt miljø" i *Folkehelse i forandring*, Hurlen og Nordhagen (red.), Universitetsforlaget.

Fønnebo og Søgaard (1996): "Effekter av TV-aksjonen for psykisk helse 1992", *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 1996; 116: 2467-72.

Malt, Eva Albertsen (1999): "Kvinner og psykiske problemer", Intervjuet i *Helsenytt for alle*, som utgis av Nasjonalforeningen for folkehelsen, nr. 4, 1999.

Moum, Torbjørn (1998): "Mode of administration and interviewer effects in self-reported symptoms of anxiety and depression", *Social Indicators Research*.

NOU (1999:13): *Kvinnens helse i Norge*, Sosial- og helsedepartementet.

Nasjonalforeningen for folkehelsen (1997): "Psykosser", i *Helsenytt for alle*, (<http://helsenytt.no/artikler/psykosser.htm>).

Kringlen, Einar (1999): "Depresjon", Intervjuet i *Helsenytt for alle*, (<http://helsenytt.no/artikler/depresjon.htm>).

Nielsen, Geir Høstmark (1996): "Psykiske lidelser i befolkningen" i *Folkehelse i forandring*, Hurlen og Nordhagen (red.), Universitetsforlaget.

Rikstrygdeverket (2000): *Diagnoser og sykefravær 1994-1999*, Rapport 04/2000.

Rikstrygdeverket (1999): *Trygdestatistisk årbok 1999*.

SAMDATA psykiatri (2000): Tabeller 1999 Sintef Unimed rapport 5/00.

Sosial- og helsedepartementet (1997): *Åpenhet og helhet - om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, St.melding nr. 25.

Sosial- og helsedepartementet (1998): St prp nr 63 Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006

Statistisk sentralbyrå (1996): *Ukens statistikk nr 27*.

Statistisk sentralbyrå (2001a): *Helse i Norge*, Statistiske analyser nr 41.

Statistisk sentralbyrå (2001b): Spesialisthelsetjenesten, psykiatri. DS melding 19. september. <http://www.ssb.no/emner/03/02/speshelsepsyk>

VG (2000): "Jeg tar en Kjell-Magne - Ny stressbetegnelse i norsk arbeidsliv", Publisert 11.9.2000.

Ytterdahl, Tore og Per Fugelli: "Helse og livskvalitet blant langtidsledige" i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* nr. 11, 2000.