

Stian Bayer og Terje Lie

**Indikatorer på psykisk helsefelt –  
trender og analyse.**

Rapport IRIS - 2012/039





International Research Institute of Stavanger

www.iris.no

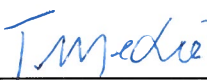
Stian Bayer og Terje Lie

## Indikatorer på psykisk helsefelt – trender og analyse.


Rapport IRIS - 2012/039

Prosjektnummer: 7211006  
Prosjektets tittel: Indikatorer på psykisk helsefelt, trender og analyse  
Oppdragsgiver: Helsedirektoratet  
ISBN: 978-82-490-0768-4  
Gradering: Åpen

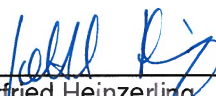
Stavanger 28.03.2012

  
\_\_\_\_\_  
Terje Lie  
Prosjektleder

10/4-2012  
Sign.dato

  
\_\_\_\_\_  
Åshild Finnestad  
Kvalitetssikrer

11/4-12  
Sign.dato

  
\_\_\_\_\_  
Gottfried Heinzerling  
Avdelingsleder  
(Samfunns- og næringsutvikling)

11/4-12  
Sign.dato



## Forord

Helsedirektoratet har utarbeidet indikatorer for psykisk helse og ønsker en analyse av indikatorene med fokus på utvikling og trender. Målet er mer kunnskap om utviklingen, både i befolkningens helse og tjenestenes kvalitet. IRIS har fått i oppdrag å utarbeide en oversikt over et utvalg indikatorer som presenteres i denne rapporten.

## Resymé

Rapporten viser utviklingstrekk for en rekke indikatorer på psykisk helsefelt. Det gjelder helsestatus i befolkningen, risiko- og påvirkningsfaktorer på psykisk helse, forebygging, brukerinvolvering, tilgjengelighet til helsetjenester og strukturelle forhold ved helsetjenestene. Rapporten bygger på eksisterende statistikk over helsetjenester, forskningsrapporter og utredninger. Vi nevner her noen resultater.

Omfanget av psykiske plager og lidelser har ikke økt i befolkningen generelt de siste 10 – 12 årene, men det er en økning blant yngre personer, spesielt yngre kvinner. Risikofaktorer for psykisk helse er ikke økt, med unntak av risiko for alkohol avhengighet og andel uføre under 25 år.

Indikator for virkningsfulle tjenester peker i ulike retninger, men viser i hovedsak lite forbedringer over tid.

Indikator for tilgjengelighet til helsetjenester viser bedring over tid.

Samordning og kontinuitet er god på noen områder så som arbeidsdeling mellom sykehus og distriktpsykiatriske sentra (DPS), men mindre god når det gjelder omfang av individuelle planer. Ressursutnyttelsen er noe bedret målt ved forholdet mellom utskrivninger av pasienter og tallet på årsverk i psykisk helsevern.

Indikator på organisering viser at det har funnet sted en betydelig desentralisering av tjenestene fra sykehus til DPS.

Mange av indikatorene dekkes av årlig administrativ statistikk og av helse- og levekårsundersøkelser som gjennomføres med jevne mellomrom. I andre tilfeller må en bygge på enkeltundersøkelser som ikke gir opplysninger om utviklingen over tid.

Stavanger, 11. april 2012

Terje Lie, prosjektleder



<b>Forord</b> .....	
SAMMENDRAG .....	XI
1 INNLEDNING .....	1
1.1 Indikatorer for psykisk helse .....	2
1.2 Vurderinger knyttet til mulige årsaker .....	3
2 DATAINNSAMLING .....	7
3 HELSESTATUS .....	9
3.1 Innledning .....	9
3.1.1 Indikatorer og utviklingstrender .....	9
3.2 Resultater fra de enkelte indikatorene .....	11
3.2.1 Egenvurdert helse – lav og stabil andel med dårlig helse .....	11
3.2.2 Psykiske vansker som kontaktårsak hos fastlegen .....	12
3.2.3 Psykiske plager og lidelser, ikke økning .....	15
3.2.4 Fallende selvmordsrate etter 1988 .....	23
3.3 Diskusjon .....	26
4 RISIKO- OG PÅVIRKNINGSFAKTORER .....	31
4.1 Innledning .....	31
4.1.1 Indikatorer og utviklingstrender .....	31
4.2 Resultater fra de enkelte indikatorene .....	34
4.2.1 Aleneboere – sosial støtte .....	34
4.2.2 Lav utdanning .....	37
4.2.3 Arbeidsledighet .....	41
4.2.4 Risiko for alkoholavhengighet i befolkningen .....	46
4.2.5 Unge uføre, synkende antall totalt, økning blant de yngste .....	55
4.2.6 Skilsmisser .....	56
4.2.7 Mobbing i skolen .....	57
4.2.8 Fysisk aktivitet .....	61
4.2.9 Sosial støtte .....	67
4.2.10 Synkende andel med lavinntekt i befolkningen .....	69
4.3 Diskusjon .....	71
5 FOREBYGGING .....	75
5.1 Innledning .....	75
5.1.1 Indikator og utviklingstrend: stabilt positive holdninger .....	75
5.2 Resultater .....	75

5.3	Diskusjon.....	77
6	VIRKNINGSFULLE TJENESTER .....	79
6.1	Innledning.....	79
6.1.1	Indikatorer og utviklingstrender.....	79
6.2	Resultater.....	80
6.2.1	Reinnleggelser av barn og unge .....	80
6.2.2	Reinnleggelser voksne-svak stigning til nær 10 prosent i 2010.....	80
6.2.3	Diagnostisk vurdering av barn og unge.....	81
6.2.4	Vurderinger etter 2007 .....	82
6.2.5	Tvangsinnleggelser.....	83
6.2.6	Korridorpasienter i akuttpsykiatrien.....	85
6.3	Diskusjon.....	85
7	BRUKERINVOLVERING .....	87
7.1	Innledning.....	87
7.1.1	Indikator og utviklingstrend .....	87
7.2	Resultater - økt støtte til brukerinvolvering .....	87
7.3	Diskusjon.....	89
8	SAMORDNING OG KONTINUITET .....	91
8.1	Innledning.....	91
8.1.1	Indikator og utviklingstrend .....	91
8.2	Resultater fra indikatorene .....	92
8.2.1	Fastlegers tilfredshet med DPS .....	92
8.2.2	Oppgavefordeling mellom sykehus og DPS .....	95
8.2.3	ADHD og individuell plan .....	99
8.3	Diskusjon.....	100
9	RESSURSUTNYTTELSE .....	103
9.1	Innledning.....	103
9.2	Resultater – styrket ressursutnyttelse .....	103
9.3	Diskusjon.....	103
10	TILGJENGELIGHET (INDIKATOR 8).....	105
10.1	Innledning.....	105
10.2	Indikatorer og utviklingstrender .....	105
10.3	Resultater.....	106
10.3.1	Tildeling av bolig .....	106
10.3.2	Årsverk i spesialisthelsetjenesten, BUP, DPS og sykehus.....	109

10.3.3	Ventetid for primærbehandling innen psykisk helsevern for barn og unge .....	111
10.3.4	Dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge .....	113
10.3.5	Tilbud fra psykisk helsevern for barn og unge.....	116
10.4	Diskusjon.....	116
11	KAPASITET OG ORGANISERING.....	119
11.1	Innledning.....	119
12	RISIKOFAKTORER OG PSYKISK HELSE. ANALYSE AV DATA FRA HELSE- OG LEVEKÅRSUNDERSØKELSER.....	121
13	VURDERING AV INDIKATORENE.....	125
14	SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER.....	131
14.1	Innledning.....	131
14.2	Sammendrag av de enkelte indikatorene.....	132
14.2.1	Helsestatus.....	132
14.2.2	Risiko- og påvirkningsfaktorer.....	135
14.2.3	Forebygging: Høy og stabil grad av åpenhet om psykisk helse.....	141
14.2.4	Virkningsfulle tjenester .....	142
14.2.5	Brukerinvolvering: økt økonomisk støtte til brukermedvirkning .....	143
14.2.6	Samordning og kontinuitet .....	144
14.2.7	Ressursutnyttelse: pasientgjennomstrømning i psykisk helsevern .....	146
14.2.8	Tilgjengelighet .....	146
14.3	Konklusjoner .....	149
14.3.1	Indikator 1 Helsestatus: stabilt nivå .....	149
14.3.2	Indikator 2 Risikofaktorer: i stor grad avtagende risiko .....	149
14.3.3	Indikator 3 Forebygging: stabilt nivå.....	150
14.3.4	Indikator 4 Virkningsfulle tjenester: blandet utvikling.....	150
14.3.5	Indikator 5 Brukerinvolvering: stigende grad av involvering.....	150
14.3.6	Indikator 6 Samordning og kontinuitet: varierende kvalitet .....	150
14.3.7	Indikator 7 Ressursutnyttelse: styrkes.....	151
14.3.8	Indikator 8 Tilgjengelighet: bedret.....	151
15	REFERANSER.....	153



## TABELLER

<i>Tabell 1. Kontaktårsak hos fastlege 2008, 2009 2010. Prosent</i> .....	13
<i>Tabell 2. Andel kontakter med angst og depresjon, misbruk av alkohol, stoff og medikamenter i prosent av alle psykiske kontakter.</i> .....	14
<i>Tabell 3. Bruk av psykiater og psykolog etter kjønn og tid*.</i> .....	15
<i>Tabell 4. Andel som har hatt en psykisk lidelse siste år eller i løpet av livet. Oslo 2001. Prosent</i> .....	20
<i>Tabell 5. Andel med psykiske helseproblemer (HSCL-25-skår over 1,75) i forhold til inntekt. Menn og kvinner. Prosent</i> .....	21
<i>Tabell 6. Selvmord i Norge, antall per 100 000 innbyggere (menn) i perioden 1970 - 2010. Menn i ulike aldersgrupper.</i> .....	25
<i>Tabell 7. Selvmord i Norge, antall per 100 000 innbyggere (kvinner) i perioden 1970 – 2010. Kvinner ulike aldersgrupper.</i> .....	26
<i>Tabell 8. Andelen enpersonshusholdninger i Norge etter fylke i prosent av alle husholdninger. Prosent</i> .....	36
<i>Tabell 9. Andel personer over 16 år som er aleneboere etter fylke. Prosent</i> .....	37
<i>Tabell 10. Andel personer over 16 år uten universitets- eller høyskoleutdanning. Prosent av hele befolkningen over 16 år. Prosent</i> .....	38
<i>Tabell 11. Andel i fylkene som ikke har fullført videregående utdanning i yrkesfag fem år etter påbegynt utdanning. Rangert fra høyest til lavest andel. Prosent</i> .....	39
<i>Tabell 12. Andel som ikke har fullført videregående utdanning i allmennfag fem år etter påbegynt utdanning. Fylkene er rangert fra høyest til lavest andel. Prosent</i> .....	40
<i>Tabell 13. Registrert arbeidsledighet i fylkene i 2005 og 2010. Rangert fra høyest til lavest ledighet i 2005. Prosent</i> .....	45
<i>Tabell 14. Spørsmål som inngår i AUDIT-C testen, med tilhørende verdier</i> .....	47
<i>Tabell 15. Mottakere av uførepensjon som andel av befolkningen etter alder. Pr. 30.09.2002 – 2011**.</i> .....	56
<i>Tabell 16. Fylkesvis svarfordeling på spørsmålet "Hvor ofte blir du mobbet på skolen" blant elever i 7. klasse. Prosent</i> .....	59
<i>Tabell 17. Fylkesvis svarfordeling på spørsmålet "Hvor ofte blir du mobbet på skolen" blant elever i 10. klasse. Prosent</i> .....	60
<i>Tabell 18. Andel personer med ekvivalentinntekt (EU-skala 50 %) under den årlige lavinntektsgrensen og som var under lavinntektsgrensen i minst to av de tre foregående årene. Hele befolkningen eksklusive studenter. Prosent</i> .....	71
<i>Tabell 19. Andel personer med ekvivalentinntekt (EU-skala 60 %) under den årlige lavinntektsgrensen og som var under lavinntektsgrensen i minst to av de tre foregående årene. Hele befolkningen eksklusive studenter. Prosent</i> .....	71
<i>Tabell 20. Andel reinnleggelser innen 1-30 dager på samme institusjon for pasienter med diagnose F20 Schizofreni eller F31 Bipolar affektiv lidelse etter helseregion og år. (Ikke antall pasienter) Prosent</i> .....	80
<i>Tabell 21. Barn og unge i psykisk helsevern etter diagnoser. Prosent.</i> .....	81
<i>Tabell 22. Diagnostisk vurdering av barn og unge i akse 1, 2, 5 og 6. Prosent</i> .....	82

<i>Tabell 23. Økonomisk støtte til brukermedvirkning på psykisk helsefelt fra kommunene. Beløp i 1000 kroner .....</i>	88
<i>Tabell 24. Økonomisk støtte til brukermedvirkning på psykisk helsefeltet fra kommunene etter fylke per 10 000 innbyggere. Kroner .....</i>	89
<i>Tabell 25. Utvalgte resultater fra fastlegers vurderinger av distriktpsikiatriske sentre, 2008. Positive og negative vurderinger. Prosent .....</i>	94
<i>Tabell 26. Andel barn med ADHD som har fått utarbeidet individuell plan etter regionalt helseforetak, 2005 – 2008*. Prosent.....</i>	99
<i>Tabell 27. Ressursutnyttelse i psykisk helsevern. Antall utskrevne pasienter per årsverk i 2006 og 2010. ....</i>	103
<i>Tabell 28. Tildeling av bolig til mennesker med psykiske lidelser 2009 og 2010. Alle kommuner. (Enhet husstander). Totale tall .....</i>	107
<i>Tabell 29. Tildeling av bolig til mennesker med psykiske lidelser per 10 000 innbyggere i 2009 og 2010. (Enhet husstander).....</i>	108
<i>Tabell 30. Tallet på årsverk totalt for behandlingspersonell med høyskole eller universitetsutdanning i psykisk helsevern for voksne. 1998 og 2008. Totale tall .....</i>	110
<i>Tabell 31. Dekningsgrad (pasienter per 100 innbyggere) i helseregionene for gutter og jenter. 1998, 2008 og 2009.....</i>	114
<i>Tabell 32. Antall barn og unge som fikk et tilbud i psykisk helsevern, 2005 – 2010 *. Totale tall og rater per 1000 personer i alderen 0 – 18 år. ....</i>	116
<i>Tabell 33. Påvirkningsfaktorer på psykisk helse. Regresjon.....</i>	122
<i>Tabell 34. Påvirkningsfaktorer på psykisk helse. Regresjonsmodell som tar høyde for ikke-lineære effekter av alkoholkonsum og sosial støtte. ....</i>	123

## FIGURER

<i>Figur 1. Egenvurdert helse. Andel som oppgir dårlig eller svært dårlig helse etter kjønn. ....</i>	11
<i>Figur 2. Egenvurdert helse. Andel som oppgir dårlig eller svært dårlig helse etter alder. ....</i>	12
<i>Figur 3. Kontaktårsak hos fastlege for utvalgte diagnoser i 2008, 2009 og 2010. Prosent av alle diagnoser. ....</i>	14
<i>Figur 4. Andel av respondentene som skårer høyere enn 1,75 på HSCL-25 fordelt etter kjønn. ....</i>	16
<i>Figur 5. Frekvensfordeling av oppnådd skår på HSCL 25-skalaen.....</i>	17
<i>Figur 6. Andel av menn som skårer høyere enn 1,75 på HSCL-25 fordelt etter alder. .</i>	18
<i>Figur 7. Andel av kvinner som skårer høyere enn 1,75 på HSCL-25 fordelt etter alder. ....</i>	19
<i>Figur 8. Andel av respondentene som skårer høyere enn 1,75 på HSCL-25 fordelt etter landsdel.....</i>	19
<i>Figur 9. Selvmord i Norge, antall per 100 000 innbyggere i perioden 1970 - 2010 etter kjønn (menn=blå, kvinner=gul). Tallene er justert for endringer i befolkningens alderssammensetting. ....</i>	25
<i>Figur 10. Gjennomsnittsskår, HSCL-25, for personer i en- og flerpersonhusholdninger fordelt på kjønn. (CI=konfidensintervall) .....</i>	35

<i>Figur 11. Registrert arbeidsledighet 1997 til 2011. Andel registrerte ledige menn og kvinner i prosent av arbeidsstyrken. Årsgjennomsnitt.....</i>	42
<i>Figur 12. Arbeidsledighet i ulike aldersgrupper. 1995 – 2009. Prosent av arbeidsstyrken. AKU.....</i>	43
<i>Figur 13. Andel registrerte arbeidsledige i fylkene ved slutten av året i 2005 og 2010. Begge kjønn. Prosent.....</i>	44
<i>Figur 14. Andel av befolkningen som oppnådde positiv AUDIT-C test i 2008 etter kjønn og alder.....</i>	48
<i>Figur 15. Andel av befolkningen som oppnådde positiv AUDIT-C test i 2008 fordelt på kjønn og alder.....</i>	48
<i>Figur 16. Andel av befolkningen som oppnådde positiv AUDIT-C test i 2008 etter hvor ofte de drikker og etter alder.....</i>	49
<i>Figur 17. Svarfordeling på spørsmålet "Hvor ofte drikker du alkohol?" Etter år. Prosent.....</i>	50
<i>Figur 18. Andelen menn blant respondentene i levekårsundersøkelsen som drikker ukentlig eller oftere etter alder og år.....</i>	50
<i>Figur 19. Andelen kvinner blant respondentene i levekårsundersøkelsen som drikker ukentlig eller oftere etter alder og år.....</i>	51
<i>Figur 20. Antall liter ren alkohol solgt på landsbasis i perioden 1850 til 2005 totalt og fordelt på alkoholtype.....</i>	52
<i>Figur 21. HSCL-25 gruppert etter hvor ofte en drikker alkohol etter kjønn og alder. Gjennomsnittsskår.....</i>	54
<i>Figur 22. HSCL-25 (gjennomsnittsskår) gruppert etter oppnådd Audit-C-sum for kvinner og menn.....</i>	54
<i>Figur 23. Mottakere av uførepensjon som andel av befolkningen etter alder pr. 30.09.2002 - 2011. Prosent.....</i>	55
<i>Figur 24. Skilsmisserater for menn og kvinner per 1000 gifte og separerte i perioden 1981-2010. Alle aldre.....</i>	56
<i>Figur 25. Skilsmisserater per 1000 gifte og separerte menn i 2000 og 2009 etter alder.....</i>	57
<i>Figur 26. Andel som oppgir at de blir mobbet på skolen 2-3 ganger i måneden eller oftere etter klassetrinn og år. Prosent.....</i>	58
<i>Figur 27. Andel som oppgir at de blir mobbet på skolen 2-3 ganger i måneden eller oftere. Figuren viser fylkesvise avvik i prosentpoeng sammenlignet med landsgjennomsnittet.....</i>	61
<i>Figur 28. Andelen av befolkningen som mosjonerer/trener ukentlig eller mer, sjeldnere eller aldri, i perioden 1998-2008. Prosent.....</i>	62
<i>Figur 29. Andelen av befolkningen som mosjonerer/trener ukentlig eller mer, sjeldnere eller aldri, etter kjønn i perioden 1998-2008. Prosent.....</i>	63
<i>Figur 30. Gjennomsnittlig lønnsinntekt (før skatt) etter kjønn og hvor ofte en vanligvis trener eller mosjonerer.....</i>	64
<i>Figur 31. Andelen av befolkningen som mosjonerer/trener ukentlig eller mer, etter alder i perioden 1998-2008.....</i>	65
<i>Figur 32. Gjennomsnittlig HSCL-25-skår blant menn, gruppert etter hvor ofte en mosjonerer, i perioden 1998 til 2008. (CI=konfidensintervall).....</i>	66

<i>Figur 33. Gjennomsnittlig HSCL-25-skår blant kvinner, gruppert etter hvor ofte en mosjonerer, i perioden 1998 til 2008. (CI=konfidensintervall) .....</i>	67
<i>Figur 34. Andel som oppgir høy sosial støtte fordelt etter alder og kjønn. Prosent .....</i>	68
<i>Figur 35. Andel med god sosial støtte i ulike landsdeler. Prosent .....</i>	69
<i>Figur 36. Åpenhet om psykisk helse 2005 – 2008. ....</i>	76
<i>Figur 37. Diagnostisk vurdering av barn og unge i akse 1, 2, 5 og 6. Prosent .....</i>	83
<i>Figur 38. Andel tvangsinnleggelses av innleggelses i alt i psykisk helsevern 2001 - 2009. Helseregion. Prosent .....</i>	84
<i>Figur 39. Tvangsinnleggelses av innleggelses i alt i psykisk helsevern 2001 - 2009. Helseregion. Totale tall .....</i>	84
<i>Figur 40. Økonomisk støtte til brukermedvirkning på psykisk helsefeltet fra kommunene etter fylke per 10 000 innbyggere. Beløp i 1000 kroner. ....</i>	88
<i>Figur 41. Helseforetakenes plassering på kvalitetsindikatorer relatert til landsgjennomsnitt. ....</i>	95
<i>Figur 42. Fordeling av skåringer på GAF for symptomnivå for hvert titalls intervall på skalaen. ....</i>	96
<i>Figur 43. Andel pasienter med alvorlige problem innen ulike problemområder. Prosent .....</i>	97
<i>Figur 44. Andel pasienter med misbruk, avhengighet eller uførhet siste 6 måneder pga. alkohol/stoff. Prosent.....</i>	97
<i>Figur 45. Andel pasienter med alvorlige problem (HoNOS) innen sosial og praktisk fungering. Prosent .....</i>	98
<i>Figur 46. Leger og psykologer ved døgnavdelinger ved DPS og sykehus pr 100 000 innbyggere. ....</i>	98
<i>Figur 47. Førstegangspasienter, øyeblikkelig hjelp og reinnleggelses. Prosent .....</i>	99
<i>Figur 48. Andel barn med ADHD som har fått utarbeidet individuell plan etter regionalt helseforetak, 2005 – 2008*. Prosent.....</i>	100
<i>Figur 49. Tildeling av bolig til mennesker med psykiske lidelser per 10 000 innbyggere 2009 og 2010. (Enhet husstander).....</i>	107
<i>Figur 50. Tildelte kommunale boliger per 10 000 innbyggere etter region, 2005 - 2007. ....</i>	109
<i>Figur 51. Fagårsverk ved poliklinikkene for barn og unge, 1998 - 2009. ....</i>	111
<i>Figur 52. Gjennomsnittlig ventetid for primærbehandling innen psykisk helsevern for barn og unge i antall dager, fordelt på Helseregion. ....</i>	112
<i>Figur 53. Andel som ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge etter helseregion, 2008 – 2010. Andel som ble behandlet innen 65 virkedager. ....</i>	113
<i>Figur 54. Utvikling i dekningsgrad etter kjønn, 1998-2009. Pasienter per 100 innbyggere. ....</i>	115
<i>Figur 55. Utvikling i dekningsgrad fordelt på aldersgrupper, 1998 – 2009. Pasienter per 100 innbyggere. ....</i>	115



## Sammendrag

Rapporten omhandler 30 indikatorer på psykisk helse. Områdene som dokumenteres er helsestatus, risiko- og påvirkningsfaktorer, forebygging, virkningsfulle tjenester, brukerinvolvering, samordning og kontinuitet, ressursutnyttelse, tilgjengelighet, kapasitet og organisering.

Indikatorene i denne rapporten er (se også avsnitt 1.1):

1. Helsestatus
  - a. Egenvurdert helse
  - b. Psykiske vansker og lidelser som kontaktårsak hos fastlegen
  - c. Psykiske plager
  - d. Selvmordsrate
2. Risiko- og påvirkningsfaktorer
  - a. Aleneboere
  - b. Lav utdanning
  - c. Arbeidsledighet
  - d. Risiko for alkoholavhengighet i befolkningen
  - e. Frafall i videregående skole
  - f. Unge uføre
  - g. Skilsmisser
  - h. Mobbing i skolen
  - i. Fysisk aktivitet
  - j. Sosial støtte
  - k. Lavinntekt i befolkningen
3. Forebygging
  - a. Åpenhet om psykisk helse
4. Virkningsfulle tjenester
  - a. Reinnleggelser unge og voksne
  - b. Diagnostisk vurdering av barn og unge
  - c. Tvangsinnleggelser
  - d. Korridorpasienter i akuttpsykiatriske døgnavdelinger
5. Brukerinvolvering
  - a. Økonomisk støtte til brukermedvirkning på psykisk helsefelt fra kommunen
6. Samordning og kontinuitet
  - a. Fastlegers tilfredshet med DPS
  - b. Individuell plan
  - c. oppgavefordeling sykehus – DPS
7. Ressursutnyttelse
  - a. Pasientgjennomstrømning
8. Tilgjengelighet
  - a. Tildeling av bolig til mennesker med psykiske lidelser
  - b. Årsverk innen psykisk helsearbeid i kommunene
  - c. Årsverk spesialisthelsetjenesten – BUP, DPS, sykehus
  - d. Ventetid før primærbehandling innen psykisk helsevern for barn og unge
  - e. Dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge

## Utviklingstrender

### Helsestatus

Analyse av data viser følgende trender:

- ✓ Liten endring i egenvurdert helse over tid. Nivå med dårlig helse er på 5 – 7 prosent i gjennomsnitt. Nivået øker med stigende alder.
- ✓ Svak nedgang i andel av befolkningen med dårlig psykisk helse<sup>1</sup> (angst og depresjonslidelser) i perioden 1998 til 2008. Nivå: i gjennomsnitt ni prosent i 2008 mot 10 prosent i 1998.
- ✓ Sterk økning i dårlig psykisk helse blant de yngste kvinnene (16-24 år) i denne perioden, 24 prosent i 2008 mot 14 prosent i 1998.
- ✓ Litt økning i dårlig psykisk helse for menn i alderen 25-44 år i perioden.
- ✓ Lavest andel på Vestlandet med dårlig psykisk helse, i underkant av 8 prosent mot 9 prosent nasjonalt.
- ✓ Høy andel personer (52,4 prosent) som har hatt minst en diagnostisert psykisk lidelse i løpet av livet.
- ✓ Livstidsforekomst av de alvorligste psykiske lidelsene (schizofreni/bipolare lidelser) er beregnet til mellom en og to prosent.
- ✓ Stabile tall for psykiske vansker som årsak til kontakt med fastlegene over tid. Nivå: 11,7 prosent i 2010.
- ✓ Norge skiller seg ikke ut i sammenlignet med andre europeiske land, når det gjelder omfang av psykiske lidelser
- ✓ Nær samme selvmordsrater i 2010 som i 1975, men sterk økning mot slutten av 1980 tallet blant menn – deretter nedgang. Menn har nær tre ganger så høye selvmordsrater som kvinner. Nivå: menn har 17 tilfeller per 100.000 innbyggere mot 6 tilfeller blant kvinner (2008).
- ✓ Lavest antall selvmord per 100.000 innbyggere blant eldre 60 år og over.

### Konklusjon

Det er ikke dokumentert økning i dårlig psykisk helse for befolkningen sett under ett basert på de valgte indikatorene, men det er registrert en viss økning i yngre aldergrupper, spesielt blant yngre kvinner. Tallene for dårlig egenvurdert helse er lave og stabile, men andel med dårlig egenvurdert helse øker med stigende alder, som man

---

<sup>1</sup> Registrert nedgang i omfang mellom helse- og levekårsundersøkelser i 2005 og 2008 kan skyldes forskjeller i utvalget av personer som deltok i undersøkelsen.

kunne forvente. Psykiske vansker som årsak til kontakt med fastlege viser ingen økning. Norge er på samme nivå som andre europeiske land, når det gjelder omfang av psykiske lidelser. Livstidsforekomst av alvorlig depresjon beregner Folkehelseinstituttet til 15,6 prosent i befolkningen, høyere for kvinner enn for menn; 19,7 mot 11 prosent. Drøyt halvparten av den norske befolkningen vil ha minst en psykisk lidelse i løpet av livet.

Folkehelseinstituttet konkluderer i en oversikt med at minst 395 000 nordmenn var betydelig plaget av symptomer på angst og depresjon i 2008 (fhi.no).

Selvmordsrater viser synkende tendens siden 1988/-90, sterkest for menn. Ratene er generelt betydelig høyere for menn enn for kvinner.

## Risiko- og påvirkningsfaktorer

Statistikken viser følgende utviklingstrender:

- ✓ Lav stigning i andelen aleneboere, men høy andel i Oslo.
- ✓ Andel av befolkning uten høyere utdanning reduseres.
- ✓ Ikke fullført videregående utdanning – stabile tall på landsbasis, men regionale forskjeller. Nivå yrkesfag menn 38 prosent, kvinner 32 prosent. Allmennfag menn 18 prosent, kvinner 12 prosent.
- ✓ Synkende og lav registrert arbeidsledighet (NAV) fra 2005 til 2008, noe økning til 2009, deretter utflating. Regionale forskjeller. Nivå 2011: 2,7 prosent.
- ✓ Høyest ledighet blant yngre. Nivå 2010: 12 prosent, fallende siden 2005.
- ✓ Ledighet blant innvandrere, nivå: 7,7 prosent.
- ✓ Høy risiko for alkoholavhengighet<sup>2</sup> (55 prosent i gjennomsnitt for hele befolkningen i 2008), høyest blant de yngste 16-24 år (67 prosent), deretter synkende risiko.
- ✓ Synkende andel unge uføre i alderen 25 – 39 år<sup>3</sup>, men økning blant de yngste 18 – 24 år (0,7 prosent i 2002 mot 0,9 prosent i 2010). Nivå i 2010 i alderen 18 – 39 år: 1,6 prosent som andel av befolkningen.
- ✓ Stigning i skilsmisserater i perioden 2000 – 2005, deretter en svak nedgang i ratene til 2009. Høyest andel i alderen 40 – 44 år med 20,2 prosent (menn).
- ✓ Mobbing i skolen, stabile tall. Nivå i 2011: 8,4 prosent (alle undersøkte skoletrinn).
- ✓ Økt andel som rapporter om god sosial støtte. Nivå i 2008: 50 prosent.

<sup>2</sup> Risiko for alkoholavhengighet måles ved en spesiell test, AUDIT-C, som brukes i de nasjonale helse- og levekårsundersøkelsene, se avsnitt 4.2.4.

<sup>3</sup> Prosent i andel av befolkningen.



- ✓ Synkende andel med god sosial støtte med stigende alder.
- ✓ Større andel kvinner enn menn med god sosial støtte.
- ✓ Synkende andel med lav inntekt. Nivå 2009: 5,1 prosent (60 prosent av medianinntekten for alle personer)
- ✓ Fysisk aktivitet er økt betydelig over 10 år. Andel som trener minst en gang i uka eller mer var 73 prosent i 2008 mot 58 prosent i 1998.

## **Konklusjon**

Samlet sett kan vi konkludere med at risiko for dårlig psykisk helse, målt ved de valgte risikofaktorene, ikke er økt, med et par unntak. Andel av befolkningen med lav utdanning reduseres, andel som ikke fullfører videregående skole er relativt stabil, arbeidsledigheten er lav, tallet på unge uføre (18 – 39 år) er synkende unntatt for de aller yngste, det er nedgang i skilsmisserater, tallene for mobbing i skolen er stabile, andel med lav inntekt reduseres, andel med god sosial støtte øker og fysisk aktivitet øker. Av negative forhold er det noe økning i andel aleneboere, men denne faktoren har liten effekt på psykisk helse, som vi skal se i kapittel 12. Som nevnt øker andel uføre i de yngste aldersgruppene (18 – 25 år). Risiko for alkoholavhengighet i befolkningen er ganske høy.

## **Forebygging**

Opplysningene om åpenhet om psykisk helse viser at befolkningen er ganske tolerant overfor personer med psykiske lidelser, og dette er en stabil tendens over tid. Noe over 80 prosent er åpne overfor familie, og mellom 70 og 80 prosent er åpne overfor venner. Andelen som er åpne overfor kolleger er mindre, men likevel over 50 prosent.

## **Virkningsfulle tjenester**

Analyse av data viser disse denne utviklingen:

- ✓ Andel reinnleggelser for barn og unge i psykisk helsevern har vært lav og stabil (nær 2 prosent), men statistikken de siste par årene viser nesten ingen rapporter om reinnleggelser fra helseforetakene.
- ✓ Økning i andel reinnleggelser for voksne<sup>4</sup>. Andel reinnleggelser økte fra 8,8 prosent i 2008 til 9,9 prosent i 2010 for alle helseforetakene. Helse Nord RHF og Helse Vest RHF har gjennomgående høyest andel reinnleggelser.

---

<sup>4</sup> Pasienter med diagnose F20 Schizofreni eller F31 Bipolar affektiv lidelse.

- ✓ Reduksjon i bruk av tvang for tre av helseforetakene. Bruk av tvang er høyest i Helse Vest RHF og lavest i Helse Nord RHF i 2009. Nivå for hele landet: 15,5 prosent i 2008 mot 16,5 prosent i 2001.
- ✓ Reduksjon i andel diagnostisk vurdering av barn og unge. Nivå: 25,8 prosent i 2010 mot 33,5 prosent i 2008<sup>5</sup>.

### **Konklusjon**

Resultatene av indikatoren virkningsfulle tjenester peker i noe ulike retninger, men viser i hovedsak lite forbedringer over tid. Andel reinnleggelseser er økt, noe som kan indikere svikt i behandling eller i oppfølging av pasienter i kommunene. Det er registrert nedgang i tvangsinnleggelseser fra tre av foretakene, hvilket tolkes som en positiv utvikling. Andel diagnostiserte barn og unge i psykisk helsevern er redusert, mens målet er å øke andelen.

### **Brukerinvolvering**

Indikator for brukerinvolvering måles ved økonomisk støtte til brukermedvirkning i kommunene.

- ✓ Økt økonomiske støtte til brukermedvirkning på psykisk helsefelt fra 2008 til 2010. Nivå 2010: 70 kroner per 10.000 innbyggere i gjennomsnitt for hele landet.

Oslo bruker størst beløp per innbygger, store regionale forskjeller.

### **Konklusjon**

De foreliggende data viser en positiv utvikling for brukerinvolvering i kommunene. Det er imidlertid en svakhet at vi mangler opplysninger om brukerinvolvering i spesialisthelsetjenesten.

### **Samordning og kontinuitet**

Statistikk og undersøkelser viser denne utviklingen:

- ✓ Undersøkelsen av fastlegers tilfredshet med DPS viser at fastlegene er mest fornøyde med kvaliteten på epikrisene, DPSenes kompetanse og at DPSene tar fastlegenes vurderinger på alvor. Fastlegene er mindre fornøyd med samarbeidsmøter og veiledning.

---

<sup>5</sup> Omfatter klinisk psykiatrisk syndrom, utviklingsforstyrrelser og psykososialt funksjonsnivå.

- ✓ Lav andel med individuell plan blant barn og unge som har ADHD. På landsbasis er det en nedgang fra 2005 frem til 2008. Andelen i 2008 var 4,8 prosent mot 6,2 prosent i 2005.
- ✓ Arbeidsfordelingen mellom institusjonstyper viser at pasienter med alvorligere symptomer på psykiske lidelser i større grad er innlagt på psykiatrisk sykehus enn ved DPS. Sykehusene tar i mot innleggelse for øyeblikkelig hjelp i langt større grad enn DPSene.
- ✓ Andel ansatte leger og psykologer er høyere ved døgnavdelinger på sykehus enn på DPS.

### **Konklusjon**

Samordning belyst ved fastlegers tilfredshet med DPS og oppgavefordeling mellom DPS og sykehus viser et godt nivå, men tidsserier mangler. Fastlegene er i stor grad tilfredse med DPS, men veiledning og samarbeidsmøter er en svakhet. Arbeidsfordelingen mellom DPS og sykehus viser at sykehus i stor grad fungerer som spesialistinstitusjon, slik hensikten er.

Andel pasienter med ADHD som har individuell plan er lav, og utviklingen over tid viser en fallende tendens. Dette indikerer mindre god kontinuitet.

### **Ressursutnyttelse**

Indeksen viser en oppgang for begge institusjonstyper fra 2006 til 2010. For de psykiatriske sykehusene er indeksen økt fra 2,99 utskrivninger i 2006 til 3,38 per årsverk i 2010. For DPS er de tilsvarende tallene 2,76 mot 3,08. Dette innebærer at det er flere utskrivninger per årsverk i 2010 enn det var i 2006, hvilket tyder på en forbedring i ressursutnyttelsen.

## Tilgjengelighet

Analyse av data viser denne utviklingen:

- ✓ Lite endring siste to år i tildeling av bolig til personer med psykiske lidelser. Antall nyinnflyttede med psykisk lidelse/og eller rusmiddelavhengige med psykisk lidelse var i 2010 1333.
- ✓ Økning i antall årsverk i psykisk helsevern for voksne fra 1998 til 2008. Tallet på årsverk for ansatte med høyskole- eller universitetsutdanning var 10258 i 2008, en økning på nær 43 prosent fra 1998.
- ✓ Økning i antall årsverk i psykisk helsevern for barn og unge. Nivå i 2007: 1553 fagårsverk.
- ✓ Nedgang i ventetid for primærbehandling i psykisk helsevern for barn og unge i gjennomsnitt for hele landet. Nivå i 2010: 63,6 dager.
- ✓ Bedre dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge: økning i andel som ble behandlet.
- ✓ Høyere dekningsgrad (pasienter per 100 innbyggere) for gutter enn for jenter. Nivå gutter 2008: 5,6 prosent – jenter 4,5 prosent.
- ✓ Jevn økning i antall barn og unge som fikk tilbud fra psykisk helsevern. Nivå i 2010: 46 barn og unge per 1000 innbyggere.

## Konklusjon

Indikatoren viser bedret tilgjengelighet til tjenester i psykisk helsevern for voksne og barn og unge, målt ved antall årsverk, ventetider og dekningsgrad av tjenester.

## Kapasitet og organisering

Helsedirektoratet har ikke definert indikatorer på dette området. Når det gjelder kapasitet kan tall for årsverk i spesialisthelsetjenesten være en aktuell indikator.

Årsverk totalt for sykehus (alle ansatte) i psykisk helsevern for voksne er økt fra **13654** i 1998 til **16726** i 2008. Tilsvarende tall for DPS er 3162 i 1998 til 6893 i 2008

Årsverk ved poliklinikkene (totalt) er økt fra 1535 i 1998 til 3073 i 2008.

Som indikator på organisering foreslår vi opplysninger om utskrivninger utenfor sykehus. Andel utskrivninger (for det meste DPS) er økt fra 28 til 40 prosent i perioden 1998 – 2008. Dette viser at det har funnet sted en betydelig desentralisering av tjenestene (Pedersen 2009).

## Symbolliste og forkortelser

---

<b>AKU</b>	Arbeidskraftundersøkelsene, SSB
<b>AUDIT-C</b>	Måleinstrument for risiko for alkoholavhengighet
<b>DPS</b>	Distriktpsikiatrisk senter
<b>GAF</b>	Global Assessment of Functioning
<b>HoNOS</b>	Health of the Nation Outcome Scales.
<b>HSCL-25</b>	Måleinstrument for psykiske plager
<b>KOSTRA</b>	Kommune Stat Rapportering
<b>NAV</b>	Arbeids- og velferdsetaten
<b>NSD</b>	Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste
<b>SSB</b>	Statistisk sentralbyrå

---

# 1 Innledning

Målet med indikatorene er å få kunnskap om forekomst av psykiske plager og lidelser, risikofaktorer på psykisk helse i befolkningen og om helsetjenestenes kvalitet.

Helsedirektoratets indikatorer på psykisk helse er delt inn i ni hovedområder hvor hvert område dekkes av statistiske indikatorer fra en rekke datakilder. For eksempel omfatter området *Helsestatus i befolkningen* de fire indikatorene: egenvurdert helse, psykiske vansker som kontaktårsak hos fastlegen, psykiske plager i befolkningen og selvmordsrate. Hver av indikatorene er basert på et utvalg statistisk kildemateriale. Se figur 1, side 3.

På tilsvarende måte er det laget åtte andre områder med tilhørende indikatorer, samlet er det 44 indikatorer. Både valg av områder og av indikatorer må sees i sammenheng med samfunnets behov for informasjon og som grunnlag for å dekke planbehov i offentlig sektor.

Indikatorene skal benyttes til å følge med utviklingen av de tjenestene som er blitt styrket og oppbygd gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse. Bestillingen fra Helsedirektoratet er å se indikatorsettet i tettere sammenheng og analysere trendene innen indikatorene. Utgangspunktet for analysen er eksisterende datakilder.

Mer spesifikt beskriver Helsedirektoratet oppgaven slik:

- Følge utvalgte indikatorer fra offentlig kilder og delta i å utforme bestillinger av data.
- Analysere de utvalgte indikatorene med hensyn til utvikling og sosiodemografiske forskjeller.
- Analysere indikatorsettet under ett og samtidig bruke andre tilgjengelige analyserapporter.

Helsedirektoratet ønsker også kommentarer til indikatorene i den grad de kan ha mangler eller er kontraproduktive.

En viktig funksjon med indikatorene er at de avdekker hull og svakheter i tjenestene som kan gi rom for forbedring og at de følger kvalitetsstrategien dokumentert i veilederen ”...og bedre skal det bli” (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Valg og analyse av data bør derfor ta utgangspunkt i kvalitetskriterier.

Tjenestene skal sikte mot å være:

- Virkningsfulle
- Trygge og sikre
- Involvere brukere og gi dem innflytelse
- Samordnet og preget av kontinuitet
- Tilgjengelige og rettferdig fordelt og kunne utnytte ressurser på en god måte.

## 1.1 Indikatorer for psykisk helse

Sosiale og økonomiske indikatorer brukes på en rekke områder. Levekårsundersøkelser i Norge og andre skandinaviske land har gitt grunnlag for utvikling av ulike indikatorer, for eksempel rapporten fra Sosial- og helsedirektoratet, Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren (Sosial- og Helsedirektoratet 2007). KOSTRA er en annen kilde til strukturtall om helse- og sosialtjenester.

Hensikten er å dekke ulike saksområder på en mer fokusert og sammenfattende måte enn om en kun går direkte til grunnlagsmaterialet. Et eksempel innen helse er tidsserier fra 1980 til 2008 over en rekke forhold som spedbarnsdødelighet, prevalens og insidens over store sykdomsgrupper, røyking, alkohol mv (SSB, sosiale indikatorer). Det publiseres også strukturindikatorer som utgifter til helseformål, driftskostnader i psykisk helsevern og en rekke andre strukturtall fra helsevesenet. Kilder om helseforhold er SAMDATA, Norsk pasientregister, Helsedirektoratet, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) samt forskningsrapporter og utredninger.

Etter samtaler med Helsedirektoratet skal følgende indikatorer inngå i rapporten:

1. Helsestatus
  - a. Egenvurdert helse
  - b. Psykiske vansker og lidelser som kontaktårsak hos fastlegen
  - c. Psykiske plager
  - d. Selvmordsrate
2. Risiko- og påvirkningsfaktorer
  - a. Aleneboere
  - b. Lav utdanning
  - c. Arbeidsledighet
  - d. Risiko for alkoholavhengighet i befolkningen
  - e. Frafall i videregående skole
  - f. Unge uføre
  - g. Skilsmisser
  - h. Mobbing i skolen
  - i. Fysisk aktivitet
  - j. Sosial støtte
  - k. Lavinntekt i befolkningen
3. Forebygging
  - a. Åpenhet om psykisk helse
4. Virkningsfulle tjenester
  - a. Reinnleggelser unge og voksne
  - b. Diagnostisk vurdering av barn og unge
  - c. Tvangsinnleggelser
  - d. Korridorpasienter i akuttpsykiatriske døgnavdelinger
5. Brukerinvolvering
  - a. Økonomisk støtte til brukermedvirkning på psykisk helsefelt fra kommunen
6. Samordning og kontinuitet
  - a. Fastlegers tilfredshet med DPS

- b. Individuell plan
  - c. oppgavefordeling sykehus – DPS
- 7. Ressursutnyttelse
  - a. Pasientgjennomstrømning
- 8. Tilgjengelighet
  - a. Tildeling av bolig til mennesker med psykiske lidelser
  - b. Årsverk innen psykisk helsearbeid i kommunene
  - c. Årsverk spesialisthelsetjenesten – BUP, DPS, sykehus
  - d. Ventetid før primærbehandling innen psykisk helsevern for barn og unge
  - e. Dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge
- 9. Kapasitet og organisering
  - a. Spesialisthelsetjenesten

## 1.2 Vurderinger knyttet til mulige årsaker

Forekomst og nye tilfeller av psykisk sykdom er viktige indikatorer for planlegging av helsetjenestene. Opplysninger om påvirkningsfaktorer er viktige for å forstå mulige årsakssammenhenger knyttet til psykisk helse. På dette området gir sosiodemografiske faktorer flere analysemuligheter.

Helsedirektoratets indikatorer omfatter risikoforhold så som aleneboere, risiko for alkoholavhengighet i befolkningen, frafall i videregående skole, antall unge uføre og uføreytelser som følge av psykiske lidelser, skilsmisser, mobbing i skolen, fysisk aktivitet, sosial støtte, lavinntekt, lav utdanning og arbeidsledighet.

De fleste av disse faktorene inngår i en tenkning omkring årsaker til psykiske plager og lidelser og dermed risikofaktorer for psykisk helse. Teorien er at sosiale forhold kan påvirke forekomsten av psykiske plager og lidelser (Cockerham 1989, Mykletun & Mathiesen 2009). Tilstanden på de ulike indikatorene gir informasjon om risikoforhold i ulike befolkningsgrupper.

Hvis man mener å kunne avdekke årsakskjeder, kan man i teorien påvirke årsakene og redusere helseproblemene. Livsstilssykdommer er et godt eksempel på dette – og et område hvor årsak og virkning ofte er kjent (alkohol, røyking, overvekt). Forskning om prevalens av alvorlig psykiske lidelser i fattige bydeler i amerikanske byer i 1960 åra ga bl.a. støtte til utviklingen av lokalsamfunnspsykiatrien (Cockerham 1989).

Modeller for risiko for mentale lidelser basert på sosiodemografiske data kan være kompliserte og er knyttet til lange forskningstradisjoner (Cockerham 1989, Gallagher 1987). I denne litteraturen diskuteres spesielt mulige årsakssammenhenger. En vil kunne tolke risikoforhold som lav inntekt, arbeidsløshet, alkoholavhengighet, ugift sivilstatus, dårlige boligforhold snarere er en konsekvens av psykiske lidelser enn årsak til lidelsene. Langvarig psykisk syke vil kunne ha problemer med å fullføre utdanning og ha vansker på arbeidsmarkedet og vil for eksempel kunne være mindre attraktive på ekteskapsmarkedet. Sosiodemografiske modeller må derfor diskuteres i forhold til biologiske forhold. I denne forskningstradisjonen har man diskutert **sosial seleksjonshypotesen**, dvs. om overhyppighet av psykisk syke i lavere sosiale lag, med lav inntekt, dårlig boligforhold mv. skyldes sosial seleksjon, hvor psykisk sykdom går forut for dårlige levekår eller synkende sosial mobilitet. En alternativ hypotese er **sosialt**



**stress hypotesen** hvor miljøfaktorer bidrar til utvikling av psykisk sykdom, f. eks. at oppvekst i problemfamilier kan føre til psykiske lidelser. En diskusjon omkring dette, på grunnlag av nyere data fra Norge, er en analyse av levekårsundersøkelsen 2005 (Myklestad, Rognerud og Johansen 2008). Analysen viser bl.a. at utsatte grupper så som personer med lav utdanning, lav inntekt (fattige), uten arbeid/skole, trygdede, personer med sosialhjelp, ugifte/ikke samboende, skilte/separerte og personer fra ikke-vestlige land hadde større andel med psykiske plager (målt med HSCL-25) enn andre. Flere av gruppene hadde også i større grad tidligere historie med depresjon, mer bruk av psykofarmaka og lavere livstilfredshet enn andre. På tilsvarende måte hadde de utsatte gruppene større andel med økonomiske problemer, lavere sosial støtte og lavere opplevelse av sosial mestring.

En dansk intervjuundersøkelse om psykisk helse viser signifikant sammenheng mellom en rekke sosiodemografiske faktorer og mål på mental sunnhet<sup>6</sup> (Christensen m fl 2010). Mental sunnhet er dårligst blant personer som er helt utenfor eller er marginale i arbeidsmarkedet, personer med de dårligste boligforholdene, laveste inntekter og med lavest utdanning. Kvinner har større andel med dårlig mental sunnhet enn menn og enslige og samboere større andel enn gifte. Overhyppighet av dårlig mental sunnhet dokumenteres også på områder som livskvalitet, livsstil, alkoholbruk, røyking, fysisk aktivitet, kosthold og over-/undervekt.

Den biogenetiske modellen, også kalt den medisinske modellen eller sykdomsmodellen, forklarer psykisk lidelse forårsaket av fysiske/organiske forhold, forståelse av hvordan hjernen fungerer, kunnskaper om det menneskelig genom og mikrobiologi. I denne modellen legges det vekt på patologiske symptomer, diagnose og behandling.

Miljømessige forklaringer eller sosialt stress hypotesen ser på miljøforhold som viktige årsaker til psykiske lidelser og er et resultat av samhandling med andre personer (Leff 2010). Sosialpsykiatri er knyttet til denne modellen. Den biogenetiske modellen utfordres av sosialpsykiatrien med spørsmål om biogenetiske faktorer er tilstrekkelig til å forklare menneskelig atferd og psykiske lidelser (Leff 2001). I et forebyggende og helsefremmende perspektiv står forståelse av miljøfaktorer og sosialt stress sentralt. Sosial marginalisering og dårlige levekår for personer med psykiske lidelser må vurderes på bakgrunn av de ulike teoriene som sosial seleksjon, sosialt stress, miljøforhold og biogenetiske faktorer.

Folkehelseinstituttet viser til tall for arvelighet av psykiske lidelser og hevder at alvorlige psykiske lidelser har sterke komponenter av arvelighet med arvelighetskoeffisienter på mellom 60 og 80 prosent. På tross av dette er miljøfaktorens betydning som beskyttelsesfaktorer mot psykiske lidelser noe man skal være oppmerksomme på, og at utjevning av sosiale forskjeller trolig kan bedre befolkningens psykiske helse (Mykletun og Knudsen 2009). Derfor er det viktig å finne indikatorer som gir grunnlag for å endre på forhold som representerer en risiko for å utvikle, forsterke eller vedlikeholde psykiske plager og lidelser. Man kan tenke seg at vanskelige

---

<sup>6</sup> De 10 prosent av befolkningen som skårer lavest på spørsmål om psykisk helse.

oppvekstforhold kan utløse psykiske lidelser som i sin tur kan føre til sosial marginalisering. Årsakssammenhenger som dette vil kunne ha konsekvenser for hvor og hvordan man skal sette inn forebyggende tiltak. Nye lover om folkehelsearbeid og samhandlingsreformen legger stor vekt på at kommuner og fylkeskommuner skal fremme folkehelse herunder trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge sykdom, skade eller lidelse, samt bidra til en jevnere sosial fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. WHO legger stor vekt på helsefremmende tiltak når det gjelder mental helse.



## 2 Datainnsamling

I denne rapporten er det utelukkende benyttet eksisterende datakilder for indikatorene. En viktig kilde for å dokumentere den egenvurderte helsetilstanden i befolkningen, er levekårsundersøkelsene fra Statistisk sentralbyrå som gjennomføres blant et representativt utvalg på 6500 respondenter. Lavekårsundersøkelsene er temaroterende, det vil si at hovedtemaet, som enten kan være arbeidsforhold, boforhold/nærmiljø/fritid eller helse, roterer etter en tre års syklus. Datasettet til helse- og levekårsundersøkelsen er tilgjengeliggjort ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Vi har benyttet oss av datasett som har helse som hovedtema, disse ble gjennomført i 1998, 2002, 2005 og 2008. I løpet av året vil neste levekårsundersøkelse med helse som tema gjennomføres. Lavekårsundersøkelsene er basert på intervju med et tilfeldig utvalg av befolkningen. Det er derfor knyttet en viss usikkerhet til prosenttallene. Denne usikkerheten kan beregnes, og det virkelige prosenttallet vil med 95 prosent sannsynlighet ligge innenfor et gyldighetsområde (konfidensintervall) på for eksempel pluss/minus en prosent ved et oppgitt prosenttall på 50 ved 3000 observasjoner.

Indikatorene egenvurdert helse, psykiske plager, risiko for alkoholavhengighet i befolkningen, fysisk aktivitet og sosial støtte er alle analysert med data fra levekårsundersøkelsene med helse som tema. Datasettet fra 2008 er også benyttet til å foreta regresjonsanalyser for å undersøke hvilke indikatorer som i størst grad forklarer psykiske plager, når det kontrolleres for effektene til de andre indikatorene, samt alder og kjønn.

De fleste indikatorene som måler risiko og påvirkningsfaktorer er hentet fra SSBs statistikkbank. Dette gjelder indikatorene selvmordsrate, aleneboere, utdanning, arbeidsledighet, frafall i videregående skole skilsmisser og lavinntekt i befolkningen. Også indikatorer angående spesialisthelsetjenesten er hentet fra SSB. KOSTRA er en annen kilde til strukturtall om helse- og sosialtjenester.

Andre kilder til indikatorer som måler helsestatus og risiko- og påvirkningsfaktorer er NAV. Dette gjelder indikatorene psykiske vansker og lidelser som kontaktårsak hos fastlegen (Helsedirektoratet fra 2008), uføreytelser som følge av psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser og unge uføre. For indikatoren mobbing i skolen, er kilden elevundersøkelsen som gjennomføres årlig på grunn- og videregående skolenivå.

Data fra psykisk helsevern for voksne, barn og unge er dels hentet fra SSB og fra Norsk pasientregister. Data er også hentet fra SAMDATA publikasjoner fra SINTEF, som for eksempel Sektorrapporter fra psykisk helsevern. Denne rapporteringen er nå overtatt av Helsedirektoratet.

Opplysninger om selvmordsrater er hentet fra Folkehelseinstituttet.

I tillegg er benyttet informasjon fra ulike forskningsrapporter, bl. a. fra SAMDATA/SINTEF, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret). Det er oppgitt mer detaljerte kildeanvisninger i tilknytning til de enkelte indikatorene.

Statistikk fra de ulike kildene vil ofte være heftet med en viss usikkerhet og metodisk forbehold av forskjellig slag, og det vil føre for langt å redegjøre for alle mulige feilkilder her. En del administrativ statistikk legges om fra tid til annen, og dette gjelder for eksempel statistikk fra Norsk pasientregister. En del opplysninger om dette er gitt i forbindelse med de enkelte statistikkene.

I kapittel 13 har vi laget en oversikt over kvaliteten på kilder til de enkelte indikatorene. For at en kilde skal være godt egnet som indikator, er det viktig at statistikk produseres med jevne mellomrom, slik at en kan følge utviklingen på et område over tid. Dette kan bli et problem ved enkelte forsknings- og utredningsoppgaver.

## 3 Helsestatus

### 3.1 Innledning

Helsedirektoratet ønsker å følge med på utviklingen i helsestatus i befolkningen. God psykisk helse er en viktig "kapital" for alle samfunn (WHO januar 2005). Psykisk helse omfatter mer enn det som kan klassifiseres som psykiske lidelser og sykdom. Psykisk helse begrepet blir gjerne også forbundet med psykisk velvære som omfatter tilfredshet, mening med livet og opplevelse av lykke (Mathiesen m.fl. 2007).

#### 3.1.1 Indikatorer og utviklingstrender

Under helsestatus er følgende indikatorer tatt med:

Indikator	Kilde	Kvalitet
Egenvurdert helse	Levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå	God, tidsserier
Psykiske vansker og lidelser som kontaktårsak hos fastlegen	Helsedirektoratet	God, tidsserier
Psykiske plager	Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå	God, tidsserier. Ikke de alvorligste lidelsene
Psykiske plager i løpet av livet	Forskningsrapporter	God kvalitet, ikke tidsserier
Psykisk helse i Norge	Forskningsrapport. Folkehelseinstituttet, 2011	Basert på Helse- og levekårsundersøkelsen 2008.
Selvmordsrate	Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet	God, tidsserier

På grunnlag av analyser av kildemateriale vil vi konkludere med følgende utviklingstrender:

- ✓ Liten endring i egenvurdert helse over tid. Nivå med dårlig helse er på 5 – 7 prosent i gjennomsnitt. Nivået øker med stigende alder.
- ✓ Svak nedgang i andel av befolkningen med dårlig psykisk helse<sup>7</sup> (angst og depresjonslidelser) i perioden 1998 til 2008. Nivå: i gjennomsnitt ni prosent i 2008 mot 10 prosent i 1998.

<sup>7</sup> Registrert nedgang i omfang mellom helse- og levekårsundersøkelser i 2005 og 2008 kan skyldes forskjeller i utvalget av personer som deltok i undersøkelsen.

- ✓ Sterk økning i dårlig psykisk helse blant de yngste kvinnene (16-24 år) i denne perioden, 24 prosent i 2008 mot 14 prosent i 1998.
- ✓ Litt økning i dårlig psykisk helse for menn i alderen 25-44 år i perioden.
- ✓ Lavest andel på Vestlandet med dårlig psykisk helse, i underkant av 8 prosent mot 9 prosent nasjonalt.
- ✓ Høy andel personer (52,4 prosent) som har hatt minst en diagnostisert psykisk lidelse i løpet av livet.
- ✓ Livstidsforekomst av de alvorligste psykiske lidelsene (schizofreni/bipolare lidelser) er beregnet til mellom en og to prosent.
- ✓ Stabile tall for psykiske vansker som årsak til kontakt med fastlegene over tid. Nivå: 11,7 prosent i 2010.
- ✓ Norge skiller seg ikke ut sammenlignet med andre europeiske land, når det gjelder omfang av psykiske lidelser
- ✓ Nær samme selvmordsrater i 2010 som i 1975, men sterk økning mot slutten av 1980 tallet blant menn – deretter nedgang. Menn har nær tre ganger så høye selvmordsrater som kvinner. Nivå: menn har 17 tilfeller per 100.000 innbyggere mot 6 tilfeller blant kvinner (2008).
- ✓ Lavest antall selvmord per 100.000 innbyggere blant eldre 60 år og over.

## **Konklusjon**

Det er ikke dokumentert økning i dårlig psykisk helse for befolkningen sett under ett basert på de valgte indikatorene, men det er registrert en viss økning i yngre aldergrupper, spesielt blant yngre kvinner. Tallene for dårlig egenvurdert helse er lave og stabile, men andel med dårlig egenvurdert helse øker med stigende alder, som man kunne forvente. Psykiske vansker som årsak til kontakt med fastlege viser ingen økning. Norge er på samme nivå som andre europeiske land, når det gjelder omfang av psykiske lidelser. Livstidsforekomst av alvorlig depresjon beregner Folkehelseinstituttet til 15,6 prosent i befolkningen, høyere for kvinner enn for menn; 19,7 mot 11 prosent. Drøyt halvparten av den norske befolkningen vil ha minst en psykisk lidelse i løpet av livet.

Folkehelseinstituttet konkluderer i en oversikt med at minst 395 000 nordmenn var betydelig plaget av symptomer på angst og depresjon i 2008 (fhi.no).

Selvmondsrater viser synkende tendens siden 1988/-90, sterkest for menn. Ratene er generelt betydelig høyere for menn enn for kvinner.

Folkehelseinstituttet konkluderer i en oversikt med at minst 395 000 nordmenn var betydelig plaget av symptomer på angst og depresjon i 2008. Norge har til en hver tid 12000-16000 personer med diagnosen schizofreni (Folkehelseinstituttet, fhi.no).

## 3.2 Resultater fra de enkelte indikatorene

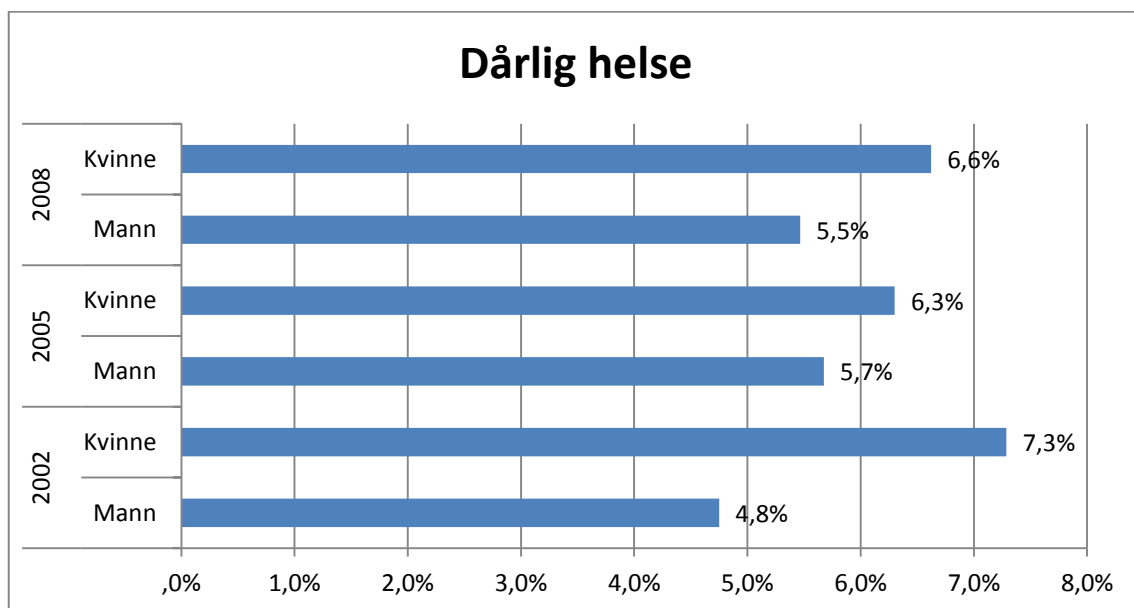
I de følgende avsnittene presenterer vi en mer detaljert gjennomgang av de enkelte indikatorene.

### 3.2.1 Egenvurdert helse – lav og stabil andel med dårlig helse

Egenvurdert helse er en subjektiv indikator på helsetilstanden i befolkningen. Skretting Lunde (2000) skriver at det ikke er noen sterk sammenheng mellom hvordan folk vurderer sin egen helse generelt og om de har en eller flere lidelser eller funksjonshemninger. Det er dermed mulig å oppleve helsen som god på tross av sykdom. Selv om mange lever med sykdommer og plager i hverdagen, oppfatter de aller fleste egen helse som god. En mulig forklaring på dette er at trivsel i hverdagen, sosialt nettverk og positiv holdning til livet kan virke inn på hvordan man vurderer egen helse. Egenvurdert helse er altså ikke presist uttrykk for sykkelighet i befolkningen, men sier kanskje mer om personens psykiske velbefinnende. Indikatoren er derfor interessant som psykisk indikator (Skretting Lunde 2000).

I Levekårsundersøkelsene 2002, 2005 og 2008 stilles respondentene spørsmålet ”Hvordan vurderer du din egen helse sånn i alminnelighet. Vil du si at den er meget god, god, verken god eller dårlig, dårlig eller meget dårlig?”.

Det har vært en økning i andelen som oppgir at de har meget god helse fra 2002 til 2005, og som har vedvart i 2008. Andelen som oppgir ”verken god eller dårlig”, ”dårlig” og ”meget dårlig” helse har imidlertid vært nokså uendret i løpet av denne tidsperioden. Figur 1, under, viser at bare en liten andel på mellom fem og syv prosent oppgir dårlig eller svært dårlig helse. Denne andelen har vært ganske stabil fra 2002 til 2005, og tallene var på nær samme nivå i 1985, 1995 og 1998. Andel som vurderer helsen som dårlig øker med økende alder, men synker med økende utdanning (Skretting Lunde 2000).

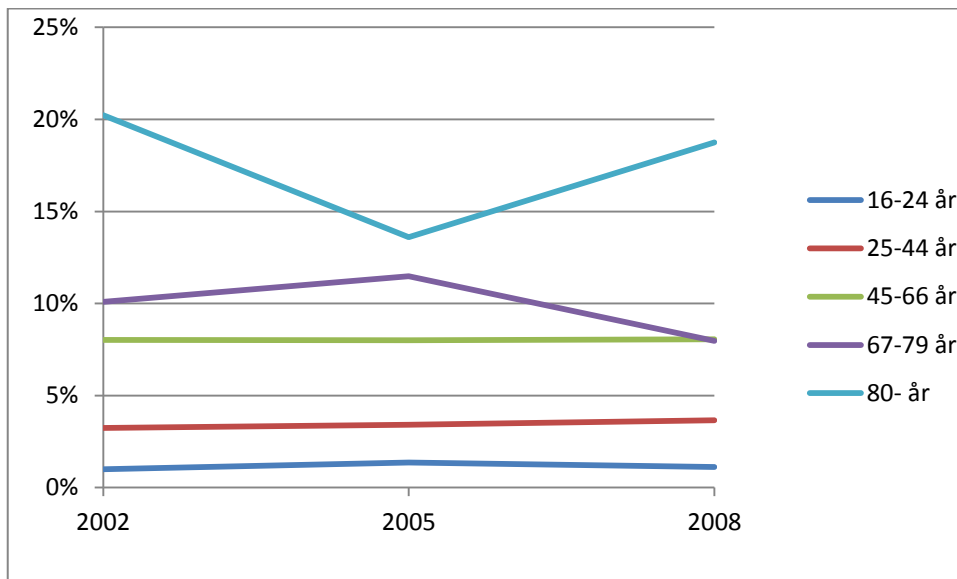


Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsen 2002, 2005 og 2008.

Figur 1. Egenvurdert helse. Andel som oppgir dårlig eller svært dårlig helse etter kjønn.



Kvinner oppgir i større grad enn menn at de har dårlig helse. Andelen kvinner som oppgir dårlig eller svært dårlig helse varierer mellom 6,2 og 7,2 prosent og menn mellom 4,8 og 5,7 prosent. Tallene har endret seg lite over tid.



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsen 2002, 2005 og 2008.

Figur 2. Egenvurdert helse. Andel som oppgir dårlig eller svært dårlig helse etter alder.

Figur 2 viser at andelen som vurderer egen helse som dårlig øker med alderen. For de under 66 år har denne andelen vært uendret i perioden 2002 til 2008, mens andelen med dårlig helse er redusert med 2 prosentpoeng for de i aldersgruppen 67-79 år. Det kan også se ut som andelen med dårlig helse er redusert noe for de over 80 i perioden 2002 til 2008. Tallene fra 2005 er usikre for aldersgruppen over 80 år, på grunn av at eldre personer med dårlig helse i mindre grad ønsker å delta i en telefonundersøkelse av denne typen.

### 3.2.2 Psykiske vansker som kontaktårsak hos fastlegen

De fleste med psykiske vansker og lidelser som har behov for medisinsk utredning og behandling kommer først til fastlegen. Bare et fåtall henvises til spesialisthelsetjenesten, og de fleste pasienter med lettere og moderate psykiske vansker og lidelser blir behandlet og fulgt opp av fastlegene.

Fastlegene utgjør en viktig del av det samlede psykiske helsearbeidet i kommunene. Fastlegene er henvisningsinstans til spesialisthelsetjenesten og har en "døråpnerfunksjon" i forhold til økonomiske ytelser som sykemelding, midlertidig uførepensjon, attføring, arbeidsutprøving og legeerklæringer.

Eneste datakilde til kontaktårsak hos fastlegen er Konsultasjonsstatistikken som fra 2008 bearbeides i Helsedirektoratet, tidligere i NAV. Hovedmålsettingen med datagrunnlaget er innmelding av refusjonskravene fra fastlegene til NAV. Her oppgis kontaktårsak for konsultasjonene. Disse årsakene kodes etter ICPC-2, som er

diagnosesystemet fastlegene bruker. Ett av kapitlene i ICPC-2 har tittel Psykisk. Når det i dette avsnittet henvises til psykiske vansker og lidelser er det kontaktårsaker etter kapittel Psykisk i ICPC-2 som gjelder.

### Psykiske vansker, fjerde vanligste kontaktårsak

Psykiske vansker og lidelser er den fjerde vanligste kontaktårsaken hos fastleger i Norge, etter muskel og skjelett-, hjerte-kar- og luftveisproblemer (Gruppe A, Allment og uspesifisert holdt utenfor). Diagnosekapittel Psykisk utgjør 11,7 prosent av alle legekontakter, mens den største gruppen, plager i muskel og skjelettsystemet, utgjør 17,8 prosent.

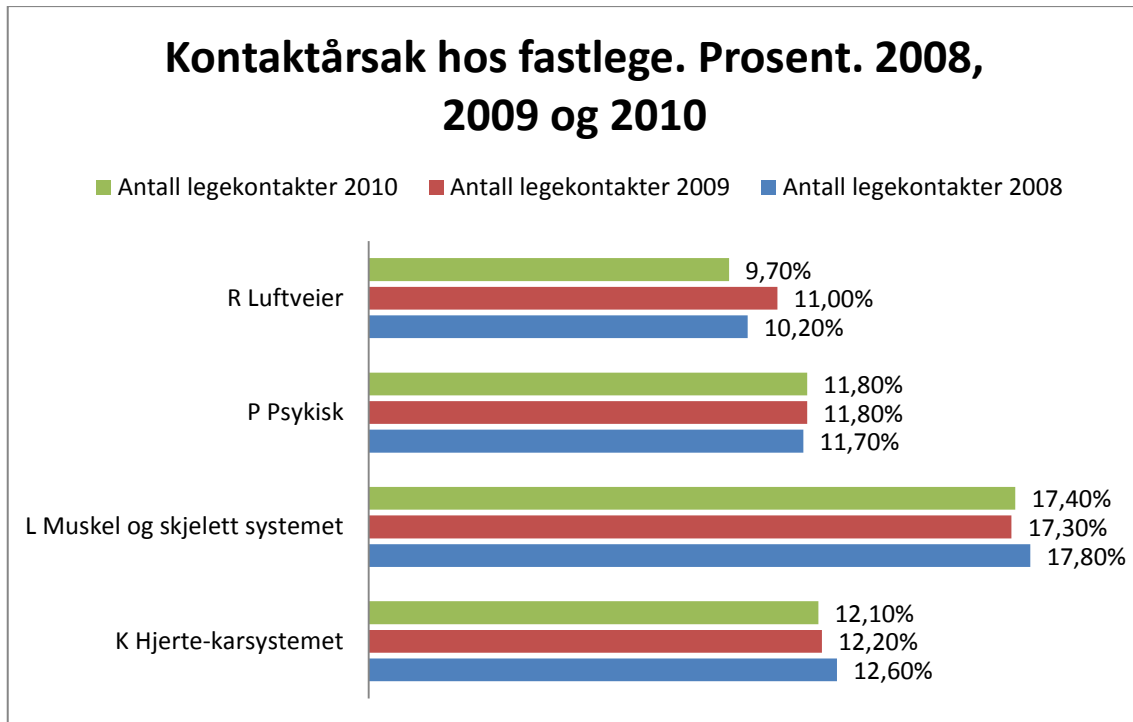
Tall fra 2006 og 2007 viser at andel med psykisk diagnose var litt under 10 prosent (NAV). Tallene fra 2008, 2009 og 2010 viser en mindre økning fra tidligere år. Andel med psykisk diagnose var om lag en prosentenheter høyere i 2010 enn i 2007. I 2008 var andelen med psykisk diagnose 11,7 prosent og i 2009 og 2010 11,8 prosent, se *Figur 3*.

Tabell 2 viser fordelingen av diagnoser **innen** hovedgruppen Psykisk. Diagnosene angst og depresjon er redusert med nær ett prosentpoeng fra 16,6 til 15,7 prosent i perioden 2008 til 2010. Misbruk av alkohol, stoff og medikamenter er redusert med noe over ett prosentpoeng fra 19,6 til 18,2 prosent.

Tabell 1. Kontaktårsak hos fastlege 2008, 2009 2010. Prosent

ICPC-2 primærdiagnosekapittel	År		
	2008	2009	2010
<b>K Hjerte-karsystemet</b>	12,6	12,2	12,1
<b>L Muskel- og skjelettsystemet</b>	17,8	17,3	17,4
<b>P Psykisk</b>	11,7	11,8	11,8
<b>R Luftveier</b>	10,2	11,0	9,7
<b>Andre diagnoser</b>	47,7	47,7	49,0
<b>I alt prosent</b>	100	100	100
<b>Tallet på kontakter i alt</b>	22 425 227	24 113 053	23 891 336

Kilde: Helsedirektoratet



Kilde: Helsedirektoratet

Figur 3. Kontaktårsak hos fastlege for utvalgte diagnoser i 2008, 2009 og 2010. Prosent av alle diagnoser.

Tabell 2. Andel kontakter med angst og depresjon, misbruk av alkohol, stoff og medikamenter i prosent av alle psykiske kontakter.

	2008	2009	2010
<b>Stoffmisbruk</b>	12,2	11,3	11,1
<b>Alkohol, akutt og kronisk</b>	5,0	4,8	4,8
<b>Legemiddelmisbruk</b>	2,4	2,3	2,3
<b>Misbruk i alt. Prosent</b>	19,6	18,4	18,2
<b>Angst og depresjon. Prosent</b>	16,6	16,0	15,7

Kilde: Helsedirektoratet

### Andre datakilder

I levekårsstatistikken fra Statistisk sentralbyrå er det tatt med spørsmål om pasientenes tilfredshet med legetjenesten, men her foreligger ikke opplysninger knyttet til type plage eller sykdom som pasientene har (<http://www.ssb.no/legetj/>). Levekårsstatistikken har imidlertid opplysninger om folks konsultasjoner med psykiater og psykolog.

Spørsmålene som er gjentatt i undersøkelsene fra 1998, 2002, 2005 og 2008 (spesielle helseundersøkelser). Dette er data som kan være en mulig indikator. Konsultasjoner hos psykiater eller psykolog skjer først etter henvisning fra fastlege og kan derfor være en indikator på mer alvorlige psykiske plager i tillegg til statistikk om innleggelser i døgninstitusjon i psykisk helsevern.

Prosentandel konsultasjoner hos psykiater er på en prosent av de spurte og har ikke endret seg i perioden. Konsultasjoner hos psykolog har økt fra to til fire prosent fra 1998 til 2008. Dette kan ha sammenheng med at tallet på praktiserende psykologer har økt i perioden. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner er større for kvinner enn for menn (tabell til vedlegg).

Andre relevante data fra levekårsundersøkelsene som belyser psykisk helse er bruk av legemidler, søvnproblemer, tilfredshet med livet, vitalitet og sosial mestring.

Tabell 3. Bruk av psykiater og psykolog etter kjønn og tid\*.

		1998	2002	2005	2008
		Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
<b>Psykiater. Konsultert siste 12 mnd.</b>	Begge kjønn	:	1	1	1
	Menn	:	1	1	1
	Kvinner	:	1	1	1
<b>Psykiater. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner blant brukere av tjenesten siste 12 mnd.</b>	Begge kjønn	:	7	7	8
	Menn	:	4	6	7
	Kvinner	:	10	7	10
<b>Psykolog. Konsultert siste 12 mnd. (prosent)</b>	Begge kjønn	2	3	3	4
	Menn	2	3	2	3
	Kvinner	3	4	4	5
<b>Psykolog. Gjennomsnittlig antall kontakter blant brukere av tjenesten siste 12 mnd.</b>	Begge kjønn	11	10	10	11
	Menn	9	8	10	9
	Kvinner	12	11	10	12

Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, SSB. \*) Tallet på personer som svarte varierer mellom ca. 6500 og 7000.

### 3.2.3 Psykiske plager og lidelser, ikke økning

Folkehelseinstituttet hevder i en rapport (Mykletun, Knudsen og Mathiesen 2009) at det ikke har vært noen vesentlige endringer i forekomsten av psykiske lidelser i Norge de siste årene og at forekomsten av slike lidelser er omtrent på nivå med andre vestlige land. Dette kan tyde på at det er noe grunnleggende forhold eller strukturer som utløser psykiske lidelser. Med bakgrunn i omfattende forskningslitteratur fremholder rapporten at genetiske faktorer ligger til grunn for sårbarhet eller motstandsdyktighet mot utvikling av psykiske lidelser, men at miljøfaktorer er avgjørende for hvordan sårbarhet utløses og lidelser utvikles. Sosiale krefter som kan bidra til utvikling av psykiske lidelser kan ligge i nære sosiale relasjoner som i familien, kulturelle eller

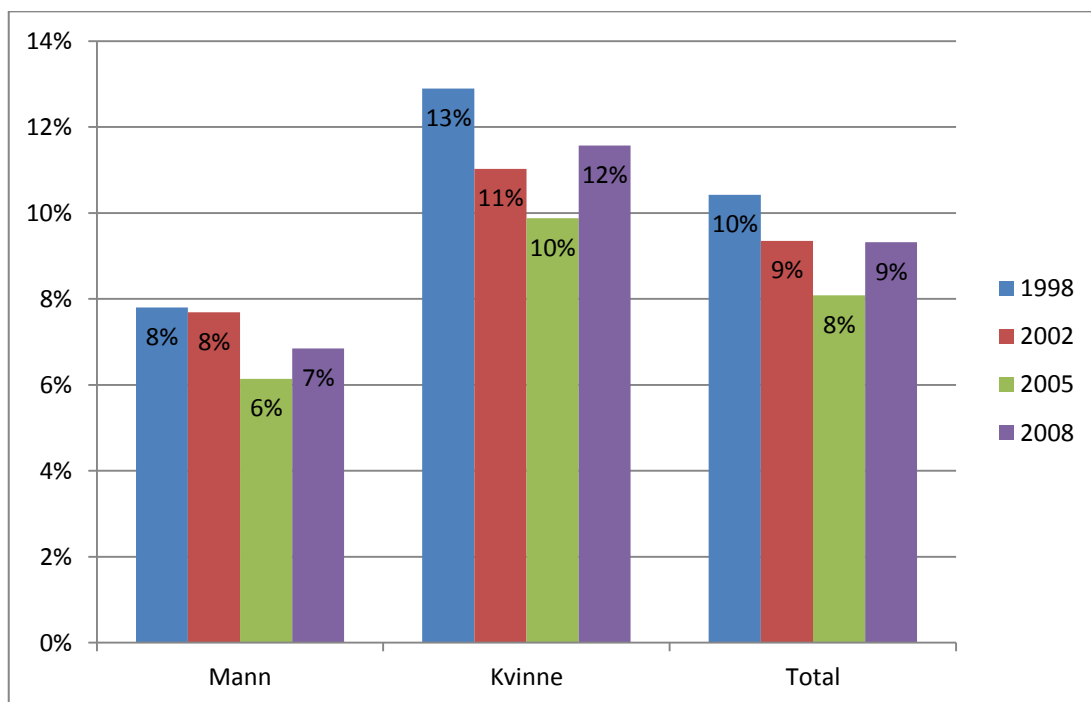
samfunnsøkonomiske forhold. Det er forsket på betydningen av livshendelser eller livskriser som årsak til psykiske lidelser og plager. En oversikt viser en risikofaktor over hver hendelse, hvor død av ektefelle, skilsmisse og separasjon har høyest risiko av i alt 43 hendelser (Holmes og Rahe 1967).

### Omfang av psykiske lidelser

For å få opplysninger om psykisk helse i Norge, har vi brukt to undersøkelser: De landsomfattende Helse- og levekårsundersøkelsene og en undersøkelse fra Oslo, gjennomført av Kringlen, Cramer og Torgersen i 2000. Den førstnevnte inkluderer spørsmål om 25 typer ulike psykiske plager (HSCL-25, nærmere omtale, se avsnitt 3.2.3.1) og den sistnevnte beregner hvor mange som har en psykiatrisk diagnose. Disse to typene undersøkelser utfyller hverandre. En annen aktuell kilde er rapporter fra Folkehelseinstituttet (2009), (Nes og Clench-Aas 2011). Fra levekårsundersøkelsen er psykiske lidelser definert som personer med over 1,75 i gjennomsnitt på de 25 spørsmålene som til sammen utgjør HSCL-25. Vi har analysert hvordan andelen personer med psykiske lidelser varierer fordelt på kjønn og alder samt region. HSCL-25 måler omfang av angst og depresjon. Alvorlige psykiske lidelser som schizofreni og manisk-depressiv lidelse dekkes ikke av HSCL-25, men forekommer hos 1-2 prosent av befolkningen (Mykletun, Knudsen og Mathiesen 2009).

### Forbigående nedgang i psykiske lidelser, sterkest økning blant yngre kvinner

I levekårsundersøkelsene som fokuserer på helse har samtlige av de 25 spørsmålene som til sammen danner HSCL-25 vært inkludert siden 1998. Figuren under viser utviklingen i andelen som skårer over 1,75 fra 1998 til 2008, totalt og fordelt på kjønn.

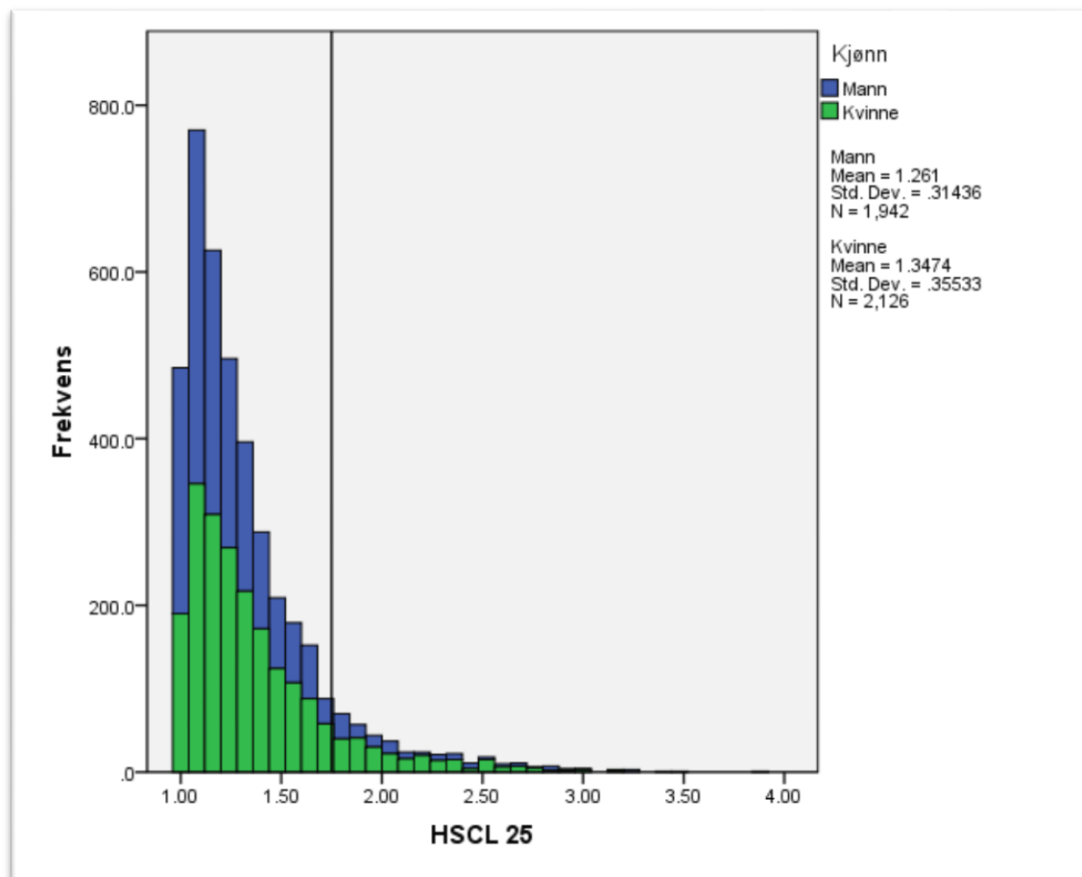


Kilde: Helse- og Levekårsundersøkelsene, SSB

Figur 4. Andel av respondentene som skårer høyere enn 1,75 på HSCL-25 fordelt etter kjønn.

Resultatene fra Helse- og levekårsundersøkelsene viser at ca. ti prosent av befolkningen har psykiske plager. Andelen kvinner med psykiske plager er generelt et par prosentpoeng høyere enn for menn. Andelen menn som skårer høyere enn 1,75 på HSCL-25 ble redusert fra 8 prosent i 1998-undersøkelsen til 6 prosent i 2005-undersøkelsen, for så å øke til 7 prosent i 2008-undersøkelsen. Tilsvarende utvikling finner man også blant de kvinnelige respondentene, hvor andelen ble redusert fra 13 til 10 prosent mellom 1998 og 2005-undersøkelsen, for så å øke til 12 prosent i 2008.

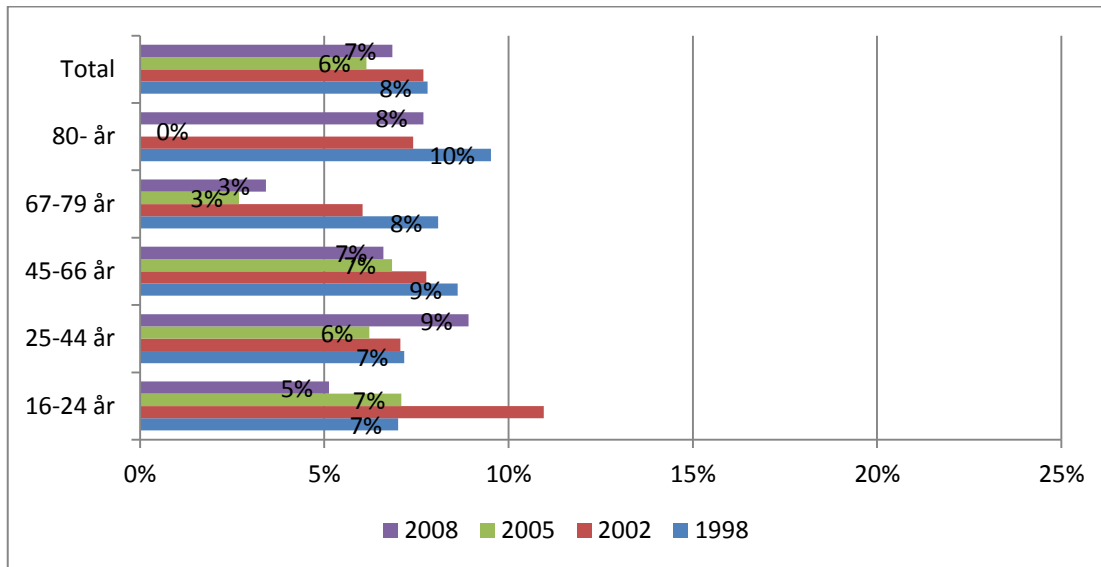
Figur 5 er basert på levekårsundersøkelsen som ble gjennomført i 2008, og viser frekvensfordeling av de rundt 4000 respondentene som besvarte spørsmålene som inngår i HSCL-25 etter hvor høy gjennomsnittsskår de oppnådde. De som befinner seg til venstre for streken som markerer verdien 1,75 på HSCL-25-skalaen har få eller ingen psykiske plager. De som befinner seg til høyre for streken har oppgitt ganske eller veldig mye problemer i et slikt omfang at de har symptomer på psykiske lidelser. Den sistnevnte gruppen utgjorde 9 prosent av respondentene i 2008-undersøkelsen.



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsen 2008, SSB.

Figur 5. Frekvensfordeling av oppnådd skår på HSCL 25-skalaen.

Figuren under (figur 6) viser andel menn som skårer over 1,75 på HSCL-25-skalaen fordelt på ulike aldersgrupper.



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, SSB.

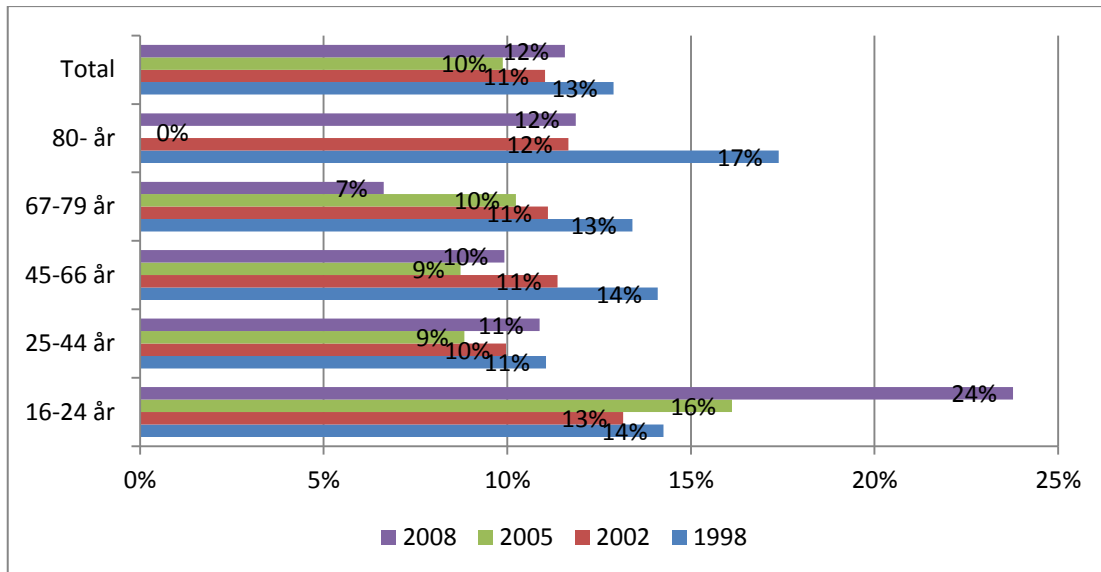
Figur 6. Andel av menn som skårer høyere enn 1,75 på HSCL-25 fordelt etter alder.

### Økt andel yngre kvinner med psykiske plager

Andelen kvinner over 45 år som skårer høyere enn 1,75 på HSCL-25 er blitt redusert med rundt 5 prosentpoeng mellom 1998 og 2008. For kvinner mellom 25-44 år var det en liten reduksjon mellom 1998 og 2005, men i 2008-undersøkelsen var denne aldersgruppen tilbake på samme nivå som i 1998, hvor rundt 11 prosent skåret høyere enn 1,75 på HSCL-25. Den yngste aldersgruppen i undersøkelsen, kvinner mellom 16-24 år, har imidlertid hatt en motsatt utviklingen. Denne aldersgruppen opplevde en betraktelig økning i andelen som skårer høyere enn 1,75 på HSCL-25, fra 13 prosent i 2002 til 24 prosent i 2008.

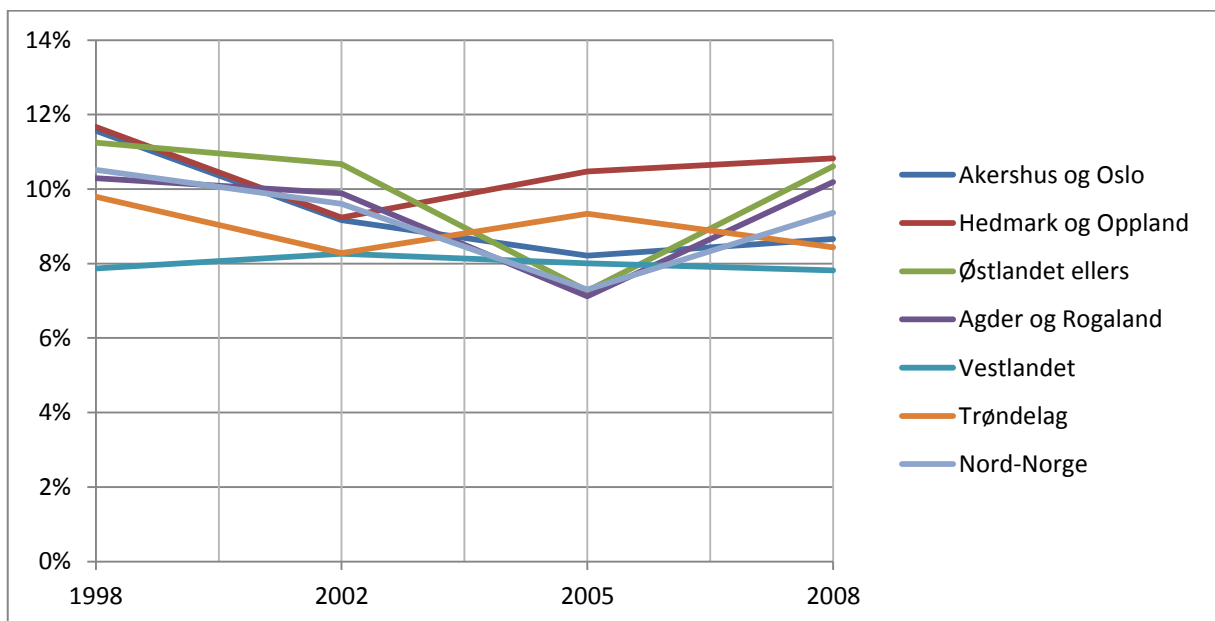
Det har vært en generell nedgang i andelen menn som skårer høyere enn 1,75 på HSCL-25 for samtlige aldersgrupper, bortsett fra aldersgruppen 25-44 år. Her har andelen, som tidligere lå rundt 6-7 prosent, økt til 9 prosent i 2008.

Figur 7 nedenfor, viser tilsvarende andel for kvinner fordelt på alder.



Kilde: Levekårsundersøkelsene, SSB.

Figur 7. Andel av kvinner som skårer høyere enn 1,75 på HSCL-25 fordelt etter alder.



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, SSB.

Figur 8. Andel av respondentene som skårer høyere enn 1,75 på HSCL-25 fordelt etter landsdel.

Figur 8 viser at i 2008 var det innbyggerne i Hedmark og Oppland som hadde høyest andel over 1,75 på HSCL-25, på 11 prosent, tett etterfulgt av Østlandet ellers og Agder og Rogaland. For alle årene er det innbyggerne på Vestlandet som har lavest andel som skårer høyere enn 1,75 på HSCL-25, dette gjelder 8 prosent av respondentene. Det kan være verd å merke seg at ingen over 80 år leverte inn det utvidede spørreskjemaet på papir i 2005, og av den grunn har ingen i denne aldersgruppen besvart spørsmålene som inngår i HSCL-25-indeksen. Dette kan være grunnen til at utviklingen i andelen som



skårer over 1,75 ikke følger den generelle trenden for flere av regionene i 2005-undersøkelsen.

### Lidelser i løpet av livet

Flere internasjonale undersøkelser viser at mellom 40 og drøyt 50 prosent av den voksne befolkningen får en psykisk lidelse i løpet av livet og 20-30 prosent har hatt en slik lidelse det siste året. Lidelse er her definert som en psykiatrisk diagnose. Inkludert i tallene er 10-15 prosent med alvorlige psykiske lidelser. Kringlen og medarbeideres undersøkelse fra Oslo viser en livstidsprevalens på 52,4 prosent, se *Tabell 4*. Tilsvarende undersøkelse er ikke gjort for hele Norge (Kringlen et al, 2001).

*Tabell 4. Andel som har hatt en psykisk lidelse siste år eller i løpet av livet. Oslo 2001. Prosent*

	<b>Psykisk lidelse i løpet av livet.</b>	<b>Har hatt en psykisk lidelse siste 12 mnd.</b>
	<b>Prosent</b>	<b>Prosent</b>
<b>Kvinner</b>	54,8	35,9
<b>Menn</b>	49,4	28,8
<b>Gjennomsnitt</b>	52,4	32,8

Kilde: Kringlen et al 2001.

Folkehelseinstituttet har beregnet det de kaller livstidsforekomst av alvorlig depresjon<sup>8</sup> på grunnlag av Helse- og levekårsundersøkelsen fra 2008. Gjennomsnitt fore hele landet viser en forekomst på 15,6 prosent. Kvinner har 19,7 prosent mot 11 prosent for menn (Nes og Clench-Aas 2011).

### Andre data på omfang av plager

Levekårsundersøkelsene (SSB) har data om befolkningens bruk av beroligende medisin og medisin mot depresjon (daglig eller ukentlig bruk). Spørsmål om dette gjentas med noen års mellomrom. Tallene viser et ganske stabilt forbruk av beroligende midler på 2 – 3 prosent i årene 2002 – 2008, hvor kvinner har høyere forbruk enn menn (3 – 4 prosent for kvinner). Bruk av medisiner mot depresjon ligger ganske stabilt på fire prosent i perioden 2002 – 2008 for begge kjønn.

Helse- og levekårsundersøkelsene har spørsmål om søvnproblemer. I 2008 rapporterer 16,5 prosent av de spurte om slike problemer, andelen for kvinner var 20,7 prosent mot 12,3 prosent for menn. Andelen med problemer stiger med stigende alder, og blant

<sup>8</sup> Kriteriene på depresjon er opprinnelig valgt ut fra diagnoser i diagnosesystemer DSM-III-K.

personer 75 år og over var andelen for alle 23,3 prosent, men høyest for kvinner (Nes og Clench-Aas 2011).

Et annet mål som kan belyse psykisk helse er spørsmål om tilfredshet med livet. Tall fra helse- og levekårsundersøkelsene 2008 viser at nær åtte prosent av de spurte skåret gjennomsnittlig tilfreds på en skala fra 1, svært misfornøyd, til 10, svært fornøyd, (Nes og Clench-Aas 2011).

Et tredje aspekt av psykisk helse, vitalitet, ble undersøkt i helse- og levekårsundersøkelsene. Beregninger fra Folkehelseinstituttet viser at 23,7 prosent av de spurte skårer lavt på vitalitet, kvinner i noe større grad enn menn (Nes og Clench-Aas 2011).

Til slutt fra helse- og levekårsundersøkelsene nevner vi utsagn om erfaringer med å kontrollere og mestre ting i livet. Andel med lav mestring er 25,7 prosent i gjennomsnitt for hele landet og ingen forskjell mellom kvinner og menn (Nes og Clench-Aas 2011)<sup>9</sup>.

### **Gode levekår og god psykisk helse går hånd i hånd**

Selv om de landsomfattende helse- og levekårsundersøkelsene ikke fanger opp alle personer med psykiske plager og lidelser, gir undersøkelsene informasjon om hvordan psykiske helseproblemer varierer med kjønn, geografi, inntekt og andre faktorer:

Menn med høy inntekt har sjeldnere psykiske helseproblemer enn menn med lav inntekt. Det samme gjelder kvinner. For kvinner slår utdannelsen sterkere ut enn inntekten. I helse- og levekårsundersøkelsen rapporterer 20 prosent eller en av fem kvinner som ikke har utdanning utover ungdomsskolen, at de har psykiske helseproblemer. Psykiske helseproblemer er hyppigere blant dem som har lav inntekt og lav utdanning (Rognerud, Næss og Strand 2007), se *Tabell 5*.

*Tabell 5. Andel med psykiske helseproblemer (HSCL-25-skår over 1,75) i forhold til inntekt. Menn og kvinner. Prosent*

	Inntekt menn			Inntekt kvinner		
	Lav	Middel	Høy	Lav	Middel	Høy
<b>Prosent HSCL-25 over 1,75*</b>	17 %	10 %	6 %	16 %	13 %	10 %

Kilde: Levekårsundersøkelsen 1998, SSB. \*) Andel over 1,75 har psykiske plager.

<sup>9</sup> For utdypende analyser vises til Bang Nes og Clench-Aas (2011) fra Folkehelseinstituttet.

## **Mer problemer - færre fortrolige**

I helse- og levekårsundersøkelsene ble det stilt spørsmål om man har noen fortrolige å snakke med. Resultatene viste at det var nesten en dobling av psykiske helseproblemer blant dem som oppga at de ikke hadde nære fortrolige, sammenlignet med dem som hadde fortrolige.

## **Dårligere psykisk helse i Oslo**

Folk som bor i byer har ikke dårligere psykisk helse enn folk utenfor byene. Unntaket er Oslo. Både Helse- og levekårsundersøkelsen 1998 og Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO), der Oslo sammenlignes med Nord-Trøndelag, viser at psykiske plager er hyppigere i Oslo enn i landet for øvrig. Beregninger ved Helse- og levekårsundersøkelsen viser at 13,5 prosent av menn i Oslo har psykiske helseproblemer mot 5,3 til 9,4 prosent i andre fylker og byer. Forskjellene for kvinner er ikke like tydelige.

Et spørsmål her er hvorfor og om det foreligger en storbyeffekt, når det gjelder forekomst av psykiske plager. En teori er at den urbane befolkningen har lettere tilgjengelighet til psykiatrisk hjelp og at psykiske lidelser er mindre stigmatiserende i storbyomgivelser. En annen teori bygger på synspunkt om livskvalitet; at livet utenfor storbyen er preget av tettere sosiale og personlige relasjoner i motsetning til bylivet som er mer upersonlig. En tredje teori bygger på seleksjonshypotesen som tilsier at forskjellene i psykisk helse mellom storbyen og landet ellers ikke skyldes egenskaper med boligstedene, men en seleksjonsprosess hvor personer med dårlig psykisk helse i større grad bosetter seg i storby enn i landet ellers. Dette kan også skyldes andre typer av seleksjon, hvor tilflytning til Oslo har en over gjennomsnittlig andel personer med dårlig psykisk helse eller at fraflytningen er selektiv, for eksempel ved at personer med god psykisk helse og inntekt flytter til omegnskommuner. Forklaringer knyttet til stress eller seleksjon som medvirkende forklaring til ulike rater i dårlig psykisk helse debatteres stadig og begge forklaringer kan være rett (Gallagher III 1987).

## **Best psykisk helse på Vestlandet**

Når man i helse- og levekårsundersøkelsene sammenligner norske fylker utenom Oslo, ser befolkningen på Vestlandet ut til å ha minst psykiske plager: 5,2 prosent av mennene og 10 prosent av kvinnene har slike plager. Årsaken er ukjent, men kan kanskje forklares med forskjeller i kultur og livsstil, kanskje også genetikk, (Dalgard m fl 2006).

## **Norge skiller seg ikke ut**

Norge skiller seg ikke fra andre land når det gjelder psykiske lidelser. Det viser Kringlen, Torgersen og Cramers studie i Oslo i 2000. Resultatene samsvarer med det som er funnet i blant annet USA, med unntak av at tall for stoff- og alkoholmisbruk er enda høyere i USA. Også den såkalte ODIN-studien (ODIN = Outcome of depression in Europe Network) som sammenligner depresjon i fem europeiske land, viser at Norge ikke skiller seg fra gjennomsnittet på dette punktet.

ODIN-studien omfatter større byer (Oslo, Turku, Liverpool, Dublin, Santander) og landdistrikt i Norge, Irland, England, Finland og Spania. Resultatene viste at i gjennomsnitt hadde syv - åtte prosent av de spurte depresjon på det tidspunktet studien ble gjennomført, Norge lå på det europeiske gjennomsnittet i likhet med Finland. Undersøkelsen bekrefter at depresjon er en vanlig psykisk lidelse blant voksne europeere i yrkesaktiv alder.

### Analyse av helse- og levekårsdata

Vår egen analyse av faktorer som påvirker psykisk helse, se kapittel 12, viser at faktorer som er med å øke risikoen for dårlig psykisk helse er arbeidsledighet, ung ufør, separert siste 12 måneder, kvinne og høyt alkoholforbruk. Faktorer som bidrar til å redusere risikoen for dårlig psykisk helse er økt utdanning, fysisk aktivitet, sosial støtte og økt inntekt.

### Målemetoder for psykisk helse

Bruk av spørreskjema for å måle personlighet, personlighetsavvik og psykiske forstyrrelser har en lang tradisjon i psykologien. Instrumenter av denne typen er velegnede for å finne fram til personer med generelle psykiske plager, dvs. de vanligste symptomene på angst og depresjon som ledsager de fleste typer psykiske vanskeligheter. Derimot er ikke instrumentene like pålitelige når det gjelder å bestemme spesifikke forstyrrelser (differensialdiagnoser). Hvis de brukes til dette formålet, kreves det svært mange spørsmål. En slik variant, HSCL-25, som inneholder 25 spørsmål om symptomer på angst og depresjon, ble brukt i Helse- og levekårsundersøkelsen i Norge. HSCL-25 måler ikke om en medisinsk diagnose er til stede, men registrerer psykiske plager i en mer generell forstand. Hvert spørsmål skåres med verdier fra 1 (ikke plaget) til 4 (veldig mye plaget). En gjennomsnittsskår over 1,75 brukes tradisjonelt som grenseverdi for det som anses som alvorlige psykiske plager. Diagnoser som schizofreni, bipolare lidelser og personlighetsforstyrrelser måles ikke ved HSCL-25.

### Eksempler

”Nedenfor er en liste over noen problemer eller plager. Har du i løpet av de siste 14 dagene vært plaget av noe av dette? ”

Sett ett kryss ved hver plage:

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye	Veldig mye
<b>Plutselig frykt uten grunn</b>				
<b>Nervøsitet, indre uro</b>				
<b>Har lett for å gråte</b>				
<b>Uten interesse for noe</b>				

### 3.2.4 Fallende selvmordsrate etter 1988

Selv mord er fortsatt et stort folkehelseproblem, og forebygging er en viktig helsepolitisk målsetning, både i kommune og i spesialisthelsetjenesten. I 1994 vedtok Stortinget en nasjonal handlingsplan mot selvmord. Den forebyggende satsingen i

Norge omfatter blant annet oppfølgingstiltak for selvmordsforsøkere etter avsluttet akuttbehandling ved sykehus eller legevakt, bedre behandling av selvmordstruede personer i psykisk helsevern, informasjonstiltak, opplæring og videreutdanning av helsepersonell, samt forskning. Den nasjonale handlingsplanen fra 1994 ble etterfulgt av en oppfølgingsplan i 1999<sup>10</sup>.

I 2007 utarbeidet Helsedirektoratet forslag til satsningsområder og tiltak innen selvmordsforebygging. Et av tiltakene er utvikling av veiledende materiell for selvmordsforebygging for kommunene som planlegges ferdigstilt i 2009. Forebygging av selvmord omfatter også en god ivaretagelse av etterlatte ved selvmord. Helsedirektoratet er i gang med å utarbeide veiledende materiell.

Helsedirektoratet publiserte i februar 2008 nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Her anbefales det at alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern, vurderes for selvmordsrisiko.

Selvmondsrate, vanligvis oppgitt som antall selvmord per 100 000 innbyggere er ofte brukt som helseindikator innenfor fagområdene psykologi og medisin, fordi den gir et objektivt bilde på den psykiske helsetilstanden i befolkningen. Flere enn 90 prosent av de som tar sitt eget liv har en diagnostiserbar psykisk lidelse (Cavanagh et al. 2000, sitert i Rønneberg og Walby 2008).

*Figur 9* neste side viser utviklingen i selvmord per 100 000 innbygger fra 1970 og fram til 2009.

### **Økning frem til 1988 – deretter nedgang i selvmordsrater**

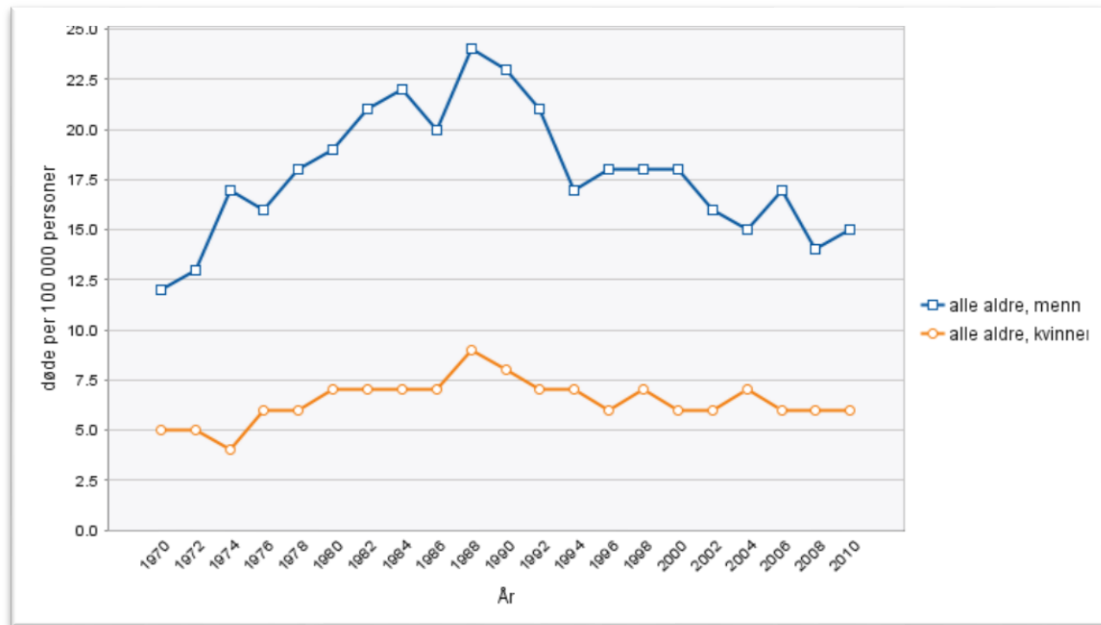
Særlig blant menn var det en sterk økning i antall selvmord på slutten av 80-tallet og begynnelsen av 90-tallet, som fra en topp i 1988 har vist en nedadgående trend fram til 2009. For kvinner ser vi den samme tendensen, men i langt mindre omfang. For begge kjønn ligger andelen selvmord i 2009 på samme nivå som i 1975. *Tabell 6* og *Tabell 7* under viser selvmordsrater for hhv. menn og kvinner fordelt på aldersgrupper.

Nye tall for selvmord i Norge viser at det er registrert 573 selvmord i 2009. Dette er en markert økning fra 2008, da det ble registrert 505 selvmord. Det var 69 flere menn som begikk selvmord i 2009, mens tallet for kvinner viser en færre kvinne i forhold til 2008. Forekomst av selvmord blant kvinner har vært relativt stabil de siste ti årene (Folkehelseinstituttet).

En undersøkelse publisert i 2003 viser at selvmordsraten for menn i perioden 1996 – 2000 var høyest for aldersgruppen 20 – 29 år for deretter å synke noe og flate ut blant 50-åringene. Det skjer så en stigning, særlig fra 60-års alder (Gjertsen 2003). Utviklingen fra år 2000 og frem til 2010 viser en synkende tendens for menn under 45 år og lite endringer blant personer i høyere aldersgrupper. Vi ser at personer i alderen 65 år og over har de høyeste ratene i 2010, *Tabell 6*.

<sup>10</sup> Helsedirektoratet utarbeider en nasjonal handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading i 2012, og den skal være gjeldende fra 2013.

For kvinner har utviklingen vært noe annerledes. Det er langt mindre variasjoner over tid blant kvinner. Ratene for kvinner i alderen 45-64 år har vært relativt høy i hele perioden fra 1970 til 2010, og hadde i 2010 den høyeste raten, *Tabell 7*.



Kilde: Dødsårsaksregisteret/Folkehelseinstituttet.

Figur 9. Selvmord i Norge, antall per 100 000 innbyggere i perioden 1970 - 2010 etter kjønn (menn=blå, kvinner=gul). Tallene er justert for endringer i befolkningens alderssammensetting.

Tabell 6. Selvmord i Norge, antall per 100 000 innbyggere (menn) i perioden 1970 - 2010. Menn i ulike aldersgrupper.

År	1970	1980	1988	1989	1990	1995	2000	2010
15-24 år	5	20	27	26	22	22	25	18
25-44 år	16	19	30	26	29	22	23	19
45-64 år	22	30	36	32	31	22	21	19
65+ år	17	25	29	31	33	29	23	23

Kilde: Dødsårsaksregisteret/Folkehelseinstituttet.

Tabell 7. Selvmord i Norge, antall per 100 000 innbyggere (kvinner) i perioden 1970 – 2010.  
Kvinner ulike aldersgrupper.

År	1970	1980	1987	1988	1989	1990	1995	2000	2010
15-24 år	2	3	4	6	6	6	6	5	4
25-44 år	7	8	9	13	11	8	7	8	7
45-64 år	10	13	15	13	12	13	9	8	13
65+ år	5	8	9	11	11	12	8	7	6

Kilde: Dødsårsaksregisteret/Folkehelseinstituttet.

Regionale tall fra 2010 viser at Helseregion Øst hadde høyest rate selvmord per 100 000 innbyggere med 17, mens Helseregion Nord hadde 15, regions Vest 14 og lavest i region Midt-Norge med en rate på 12 tilfeller (Statistikkbanken, fhi.no). Rekkefølgen mellom helseregionene ble registrert i år 2000 var nær den samme, men ratene var noe høyere den gang: I Helseregion Øst var det registrert 19 tilfeller per 100 000 innbyggere, i regionene Vest og Nord 17 tilfeller, mens Helseregion Midt-Norge også i år 2000 hadde lavest rate med 15 tilfeller.

### 3.3 Diskusjon

Målet med helsestatus som indikator er å beskrive psykisk helse i befolkningen. De opplysninger som vises her er prevalens eller data om forekomst av helseplager. En viktig kilde til informasjon er de nasjonale Helse- og levekårsundersøkelsene. Undersøkelsene gir opplysninger som viser forekomst av plager og lidelser, subjektivt (egenvurdering av helsetilstanden) eller objektivt ved måling av helsetilstanden i en befolkning (bruk av måleinstrument som HSCL-25). En annen kilde til informasjon er dødsårsaksregisteret som gir opplysninger om tall for selvmord.

Helse- og levekårsundersøkelsene er basert på statistisk representative undersøkelser av befolkningen. Statistikken gir opplysninger om forekomst fordelt på kjønn, alder, sted og over tid. I Helse- og levekårsundersøkelsene blir det samlet inn data med noen års mellomrom fra Statistisk sentralbyrå. Statistikken er pålitelig og er godt egnet som indikator for helse. Både subjektive og objektive målinger har sine begrensninger. Egenvurdert helse er en subjektiv indikator og måler ikke presist forekomsten av sykdom eller plage i befolkningen. En tolkning er at indikatoren måler psykisk velbefinnende i befolkningen (Skretting Lunde 2000). Den kan derfor være interessant som et av flere mål på psykisk helse. Utviklingen av indikatoren har vært ganske stabil over flere år, og dette samsvarer med objektive målinger gjort med instrumentet HSCL-25. Dette måleinstrumentet er validert og regnes som pålitelig for måling av angst og depresjon. HSCL-25 måler ikke forekomst av psykoser og andre alvorlige psykiske lidelser. Personer som skårer over et visst nivå på indeksen (over 1,75) har en psykisk lidelse. Omfanget i Norge ligger rundt 10 prosent og har vært stabil over tid, men med

høyere forekomst blant kvinner enn menn. Kvinner mellom 16 og 24 år har vist en økning i andel med lidelser langt over gjennomsnittet for kvinner ellers.

Foruten opplysning om alder og kjønn, viser HSCL-25 geografisk fordeling. Vestlandet skårer lavest på andel med psykiske plager.

De viktigste data for omfang av psykisk helse blir innsamlet gjennom periodiske helse- og levekårsundersøkelser fra Statistisk sentralbyrå ved en egen test HSCL-25. Denne testen er særlig egnet til å fange opp angstsymptomer og depressive plager og lidelser, men ikke alvorlige lidelser som schizofreni, bipolare lidelser, personlighetsforstyrrelser eller tilstander med kombinasjon (komorbiditet) av psykiske lidelser og rusavhengighet. Omfang av disse lidelsene er basert på tall fra ulike nasjonale og internasjonale undersøkelser.

Levekårsundersøkelsene er en tverrsnittsmåling som viser forekomst av egenskaper på tidspunktet for undersøkelsen. Et annet mål på forekomst av psykiske plager og lidelser er opplysning om andel som har denne typen lidelser i løpet av livet eller i løpet av et år. Dette er opplysninger som samles inn som engangsundersøkelser, og fra Norge har vi en undersøkelse om dette av Kringlen og medarbeidere (Kringlen m. fl. 2001). Denne undersøkelsen viser en forekomst på 52,4 prosent med en psykisk lidelse i løpet av livet i gjennomsnitt i befolkningen (kun målt i Oslo) og 33 prosent i løpet av et år. Disse tallene er viktige og gir et annet perspektiv på omfanget av psykiske lidelser i en befolkning enn forekomst på et bestemt tidspunkt. Siden undersøkelser av plager over et livsløp gjennomføres svært sjelden, kan de være mindre egnet som indikator. På den annen side er det heller ikke påkrevd med hyppige undersøkelser av forekomst i løpet av et liv, da vi ikke kan forvente store endringer på kort tid. Det ville imidlertid være interessant å gjennomføre denne typen undersøkelse for hele landet, da forekomsten i Oslo trolig ligger over landsgjennomsnittet. Dette bekreftes gjennom en undersøkelse gjennomført i Oslo og Nord-Trøndelag (HUBRO) og i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998. Tallene herfra tyder på at det foreligger en storbyeffekt i forekomsten av psykiske lidelser. Data som viser forekomst av plager over et livsløp vil uansett være et viktig supplement til tverrsnittsundersøkelser for et bestemt tidspunkt. En samlet oversikt over nasjonale og internasjonale undersøkelser om livstidsprevalens finnes i rapporter fra Folkehelseinstituttet, se Mykletun, Knudsen og Mathiesen (2009).

For å vurdere forekomsten av psykiske lidelser i Norge, er internasjonale undersøkelser viktige. Slike undersøkelser viser at Norge ikke skiller seg ut fra andre industrialiserte land når det gjelder psykiske lidelser.

En annen kilde til opplysning om psykiske lidelser er kontaktårsak hos fastlege. Dette gir en selektiv informasjon, fordi pasienten må avtale konsultasjon hos sin lege. (Diagnosene hos fastlegen er forskjellig fra de internasjonale kodeverkene ICD-10<sup>11</sup> eller DSM<sup>12</sup>. Fastlegens diagnosesystem kalles ICPC-2<sup>13</sup>). Av de pasientene som

---

<sup>11</sup> International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

<sup>12</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.



kommer til fastlegen er det bare et fåtall som henvises videre til spesialisthelsetjenesten. Denne datakilden avspeiler trolig derfor mindre alvorlige plager. Tallet for pasienter med psykisk diagnose hos fastlegen er nær 12 prosent av alle konsultasjoner, altså noe høyere enn andelen som har psykiske plager etter HSCL-25. Statistikken fra fastlegene bygger på antall konsultasjoner, ikke tallet på personer, derfor vil en person kunne telles flere ganger. Statistikken bidrar ikke i sterk grad til å korrigere bildet av forekomsten av psykiske plager, men gir et visst korrektiv til andre statistiske kilder, og sier noe om fastlegens rolle i forbindelse med psykiske plager. Statistikken produseres i Helsedirektoratet og rapporteres årlig. Statistikken fanger opp utviklingen hyppigere enn Helse- og levekårsundersøkelsene, men de tre siste årene (2008 – 2010) har forekomsten av diagnosen ”psykisk” vært ganske stabil. Siden dette er en telling av samtlige legekontakter, gir det oss også et bilde av antall personer på legekantorene med psykiske plager, og tallet på legekontakter ligger på 2,817 mill. Siden en pasient kan være registrert flere ganger, vet vi derfor ikke presist hvor stor andel av befolkningen som har fått denne diagnosen. Det er sannsynlig at en mindre del av pasientene står for en forholdsmessig stor del av konsultasjonene som gjelder psykiske plager, og her kan det forekomme en stor andel gjengangere.

Brukt som mål på psykisk helse, er selvmordsrater forskjellig fra målinger av psykiske lidelser. Mens omfanget av psykiske lidelser er større blant kvinner enn menn, er tilfellet omvendt for selvmord, hvor menn har langt høyere rater enn kvinner. Kvinner er også sterkere representert enn menn blant pasienter i psykisk helsevern. Dette får oss til å tro at selvmord kan være uttrykk for andre sider ved psykisk helse enn det som måles f. eks. ved HSCL-25 eller de nevnte diagnosesystemene<sup>14</sup>. Sosiale miljøfaktorer kan påvirke psykiske faktorer som i sin tur kan utløse selvmord eller selvmordsforsøk. Teoretikere som Durkheim og Merton diskuterer sosiale faktorer som bakgrunn for opplevelse av sosialt avvik eller svikt i sosial tilhørighet med selvmord som en konsekvens. Hovedvekten ligger her på strukturelle forklaringer. Forhold som store økonomiske tap (børskrakk) og store samfunnsmessige endring kan påvirke risiko for selvmord. Her kunne man tenke seg at betydelige finanskriser i europeiske land og i USA kunne føre til økte selvmordsrater. På individnivå er selvmord vanligvis forbundet med sterke emosjonelle forhold man ikke mestrer for eksempel knyttet til frustrasjon, håpløshet, og hjelpeløshet (Cockerham 1989). Psykiske lidelser og helsefaktorer som bipolare sykdom, depresjon og stoffmisbruk kan ligge til grunn for selvmord. Etnisitet, kjønn og seksuell orientering er andre faktorer som kan påvirke risiko for selvmord.

### Skjulte selvmord

Folkehelseinstituttet skriver at et ukjent antall selvmord er skjult som ulykker. For eksempel er antall registrerte selvmord i trafikken doblet fra fire per år til mer enn åtte per år etter at ulykkesanalysegruppene ved Statens vegvesen begynte å studere årsaker

---

13 The International Classification of Primary Care (ICPC). Trygdeetaten/[Nav](#) krever at diagnosekoden etter ICPC skal påføres alle legeregninger, [sykemeldinger](#) og legeerklæringer om arbeidsuførhet.

<sup>14</sup> ICPC-2 har diagnosen selvmord eller selvmordsforsøk.

til trafikkulykker i 2005. Det er nærliggende å tenke seg at selvmord også skjules som andre typer ulykker, for eksempel drukning eller fallulykker.

Mange ukjente dødsårsaker kan også være skjulte selvmord. For eksempel dør hvert år over 600 mennesker i utlandet uten at dødsårsak blir registrert i Norge. Mange av disse kan være selvmord. Til slutt vet man at leger kan skjule selvmord ved å skrive andre dødsårsaker, skriver Folkehelseinstituttet, (fhi.no).

Selvmordsrater som indikator på psykisk helse er derfor sammensatt og utfordrende å tolke, og å finne gode forebyggende tiltak.

I 2007 utarbeidet Helsedirektoratet forslag til satsningsområder og tiltak innen selvmordsforebygging. Et av tiltakene var utvikling av veiledende materiell for selvmordsforebygging for kommunene, planlagt ferdigstilt i 2009. Forebygging av selvmord omfatter også en god ivaretagelse av etterlatte ved selvmord. Helsedirektoratet er i gang med å utarbeide veiledende materiell. Helsedirektoratet publiserte i februar 2008 nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Her anbefales det at alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern, vurderes for selvmordsrisiko.

Norge baserer seg på Verdens helseorganisasjon (WHO) som har gitt følgende anbefalinger for selvmordsforebygging:

- Bedre psykiatrisk behandling, blant annet anbefales det sterkt å etablere gode oppfølgingssystemer for selvmordsforsøkere
- Strengere våpenkontroll
- Lavere giftnivå i husholdningsgass, eksos og legemidler
- Mindre sensasjonspregete medieoppslag (se Vær Varsom-plakaten utarbeidet av Norsk Presseforbund)



## 4 Risiko- og påvirkningsfaktorer

### 4.1 Innledning

Helsedirektoratet skriver i presentasjonen av psykiske indikatorer at de ønsker å følge med på ulike risiko- og påvirkningsfaktorer i samfunnet og utvikling av psykiske helseproblemer. Ikke alle psykiske lidelser er like påvirkelige av sosiale risikofaktorer. Mest påvirkelige synes angst, depresjon og atferdsforstyrrelser å være, mens de alvorlige psykiske lidelser som schizofreni og bipolar affektiv lidelse, i større grad synes å være genetisk betinget, skriver Helsedirektoratet videre. På den ene siden kan de sosiale forhold føre til dårlige psykisk helse, men på den andre side kan dårlig psykisk helse føre til at en person lever under vanskelig sosiale forhold (Dalgard 2006).

Analysen som vises i dette kapitlet betegnes som sosial epidemiologi hvor man undersøker sammenheng mellom sosiodemografiske faktorer og psykiske plager og lidelser.

#### 4.1.1 Indikatorer og utviklingstrender

I dette kapitlet viser vi statistikk for følgende risiko- og påvirkningsfaktorer:

Indikator	Kilde
Aleneboere	Levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå
Enpersonhusholdninger	Statistisk sentralbyrå
Lav utdanning	Statistisk sentralbyrå
Andel personer som ikke fullfører videregående utdanning i yrkesfag og allmennfag.	
Andel personer over 16 år uten universitets- eller høgskoleutdanning	Statistisk sentralbyrå
Arbeidsledighet <sup>15</sup> Registrert arbeidsledige	NAV, Statistikkbanken Statistisk sentralbyrå

<sup>15</sup> Det er to mål på arbeidsledighet i Norge: NAVs tall for registrerte arbeidsledige, og SSBs tall basert på spørreundersøkelsen Arbeidskraftundersøkelsen (AKU). Til forskjell fra NAVs tall inkluderer AKU-tallene også arbeidsledige som ikke registrerer seg ved arbeidsformidlingen, og en del av dem som går på arbeidsmarkedstiltak. På den andre siden blir en del av de registrerte arbeidsledige ikke klassifisert som arbeidsledige i AKU. Særlig gjelder dette eldre personer med lange ledighetsperioder. Dessuten blir ikke ufrivillig permitterte (med varighet på inntil 3 måneder) regnet som arbeidsledige i AKU, men som sysselsatte (midlertidig fraværende).

<b>Arbeidsledighet<sup>16</sup></b>	
<b>Registrert arbeidsledige</b>	NAV, Statistikkbanken Statistisk sentralbyrå
<b>Arbeidsledige i arbeidskraftundersøkelsene (AKU)</b>	Statistisk sentralbyrå
<b>Uføreytelser som følge av psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser</b>	NAV
<b>Risiko for alkoholavhengighet i befolkningen</b>	Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå. Mål: AUDIT-C
<b>Unge uføre</b>	NAV
<b>Skilsmisser</b>	Statistisk sentralbyrå
<b>Mobbing i skolen</b>	Oxford Research, NTNU A/S Samfunnsforskning A/S, Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning?
<b>Fysisk aktivitet</b>	Helse- og levekårsundersøkelsene, SSB
<b>Sosial støtte</b>	Helse- og levekårsundersøkelsene, SSB
<b>Lavinntekt i befolkningen</b>	Inntektsstatistikk, SSB

Det er ellers nyttet ulike forskningsrapporter.

Statistikken viser følgende utviklingstrender:

- ✓ Lav stigning i andelen aleneboere, men høy andel i Oslo.
- ✓ Andel av befolkning uten høyere utdanning reduseres.
- ✓ Ikke fullført videregående utdanning – stabile tall på landsbasis, men regionale forskjeller. Nivå yrkesfag menn 38 prosent, kvinner 32 prosent. Allmennfag menn 18 prosent, kvinner 12 prosent.

<sup>16</sup> Det er to mål på arbeidsledighet i Norge: NAVs tall for registrerte arbeidsledige, og SSBs tall basert på spørreundersøkelsen Arbeidskraftundersøkelsen (AKU). Til forskjell fra NAVs tall inkluderer AKU-tallene også arbeidsledige som ikke registrerer seg ved arbeidsformidlingen, og en del av dem som går på arbeidsmarkedstiltak. På den andre siden blir en del av de registrerte arbeidsledige ikke klassifisert som arbeidsledige i AKU. Særlig gjelder dette eldre personer med lange ledighetsperioder. Dessuten blir ikke ufrivillig permitterte (med varighet på inntil 3 måneder) regnet som arbeidsledige i AKU, men som sysselsatte (midlertidig fraværende).

- ✓ Synkende og lav registrert arbeidsledighet (NAV) fra 2005 til 2008, noe økning til 2009, deretter utflating. Regionale forskjeller. Nivå 2011: 2,7 prosent.
- ✓ Høyest ledighet blant yngre. Nivå 2010: 12 prosent, fallende siden 2005.
- ✓ Ledighet blant innvandrere, nivå: 7,7 prosent.
- ✓ Høy risiko for alkoholavhengighet<sup>17</sup> (55 prosent i gjennomsnitt for hele befolkningen i 2008), høyest blant de yngste 16-24 år (67 prosent), deretter synkende risiko.
- ✓ Synkende andel unge uføre i alderen 25 – 39 år<sup>18</sup>, men økning blant de yngste 18 – 24 år (0,7 prosent i 2002 mot 0,9 prosent i 2010).  
Nivå i 2010 i alderen 18 – 39 år: 1,6 prosent som andel av befolkningen.
- ✓ Stigning i skilsmisserater i perioden 2000 – 2005, deretter en svak nedgang i ratene til 2009. Høyest andel i alderen 40 – 44 år med 20,2 prosent (menn).
- ✓ Mobbing i skolen, stabile tall. Nivå i 2011: 8,4 prosent (alle undersøkte skoletrinn).
- ✓ Økt andel som rapporterer om god sosial støtte. Nivå i 2008: 50 prosent.
- ✓ Synkende andel med god sosial støtte med stigende alder.
- ✓ Større andel kvinner enn menn med god sosial støtte.
- ✓ Synkende andel med lav inntekt. Nivå 2009: 5,1 prosent (60 prosent av medianinntekten for alle personer)
- ✓ Fysisk aktivitet er økt betydelig over 10 år. Andel som trener minst en gang i uka eller mer var 73 prosent i 2008 mot 58 prosent i 1998.

## Konklusjon

Samlet sett kan vi konkludere med at risiko for dårlig psykisk helse ikke er økt målt ved de valgte risikofaktorene, men med et par unntak. Andel av befolkningen med lav utdanning reduseres, andel som ikke fullfører videregående skole er relativt stabil, arbeidsledigheten er lav, tallet på unge uføre (18 – 39 år) er synkende unntatt for de aller yngste, det er nedgang i skilsmisserater, tallene for mobbing i skolen er stabile, andel med lav inntekt reduseres, andel med god sosial støtte øker og fysisk aktivitet øker. Av negative forhold er det noe økning i andel aleneboere, men denne faktoren har liten effekt på psykisk helse, som vi skal se i kapittel 12. Som nevnt

---

<sup>17</sup> Risiko for alkoholavhengighet måles ved en spesiell test, AUDIT-C, som brukes i de nasjonale helse- og levekårsundersøkelsene, se avsnitt 4.2.4.

<sup>18</sup> Prosent i andel av befolkningen.

øker andel uføre i de yngste aldersgruppene (18 – 25 år). Risiko for alkoholavhengighet i befolkningen er ganske høy.

## 4.2 Resultater fra de enkelte indikatorene

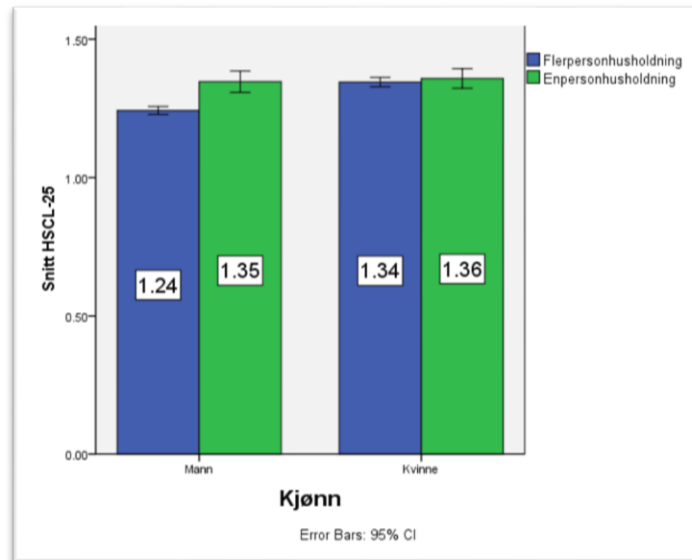
### 4.2.1 Aleneboere – sosial støtte

Helsedirektoratet skriver: ”Aleneboere er en stor og voksende gruppe av befolkningen. Selv om aleneboere er en svært heterogen gruppe, viser forskning en tett sammenheng mellom sivilstand og psykisk helse. Å bo alene gir økt risiko for å utvikle psykiske problemer”.

I diskusjonen om aleneboere, må vi skille mellom det å bo alene og sivilstatus. Helsedirektoratet viser til begge forhold, men vi finner det nødvendig i skille mellom de to påvirkningsfaktorene. Data fra levekårsundersøkelsene viser at personer med status ugift ikke alltid bor alene, faktisk bor 44 % av de ugifte i flerpersonghusholdninger. Sivilstatusbegrepet slik det brukes i offentlig statistikk er nå definert som ugift, gift/registrert partnerskap, samboer, separert/skilt og enke-enkemann. Status som ugift viser imidlertid en signifikant sammenheng med psykiske plager (HSCL-25) når vi ikke kontrollerer for andre påvirkningsfaktorer, men også separerte skårer relativt høyt på HSCL-25 skalaen. Dette tyder på at sivilstatus er en aktuell påvirkningsfaktor for psykisk helse eller omvendt. Å bo alene handler i mindre grad om sivilstatus, men om antall personer i en husholdning. Lavekårsundersøkelsene har opplysning om dette som skiller mellom personer som bor i en husholdning med kun en person og de som bor i husholdninger med flere personer. Man tar her ikke hensyn til sivilstatus.

Vi mener at opplysning om antall personer i husholdningen ligger nærmest aleneboerbegrepet.

*Figur 10* under, viser gjennomsnittskår på HSCL-25 for personer i hhv. en- og flerpersonghusholdninger fordelt på kjønn.



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsen 2008, SSB

Figur 10. Gjennomsnittskår, HSCL-25, for personer i en- og flerpersonshusholdninger fordelt på kjønn. (CI=konfidensintervall)

Det er ingen signifikant forskjell i psykisk helse mellom personer som bor i en- og flerpersonshusholdninger for kvinner, se Figur 10.

Menn i enpersonshusholdninger har derimot en signifikant høyere gjennomsnittskår på HSCL-25 sammenlignet med menn som bor i flerpersonshusholdninger. Dette indikerer at personer i enpersonshusholdning er en risikofaktor for å utvikle psykiske problemer for menn, mens tilsvarende ikke i like stor grad er tilfelle blant kvinner. Her må vi imidlertid ta hensyn til en mulig seleksjonseffekt ved at personer i enpersonshusholdninger tilhører denne husholdningstypen kan ha blitt aleneboende fordi de har psykiske vansker, men det å bo alene kan også bidra til eller forsterke psykiske vansker.

I tillegg til at yngre personer ofte bor alene, indikerer data at yngre personer som studenter og andre kan være utsatt gruppe med tanke på risiko for å utvikle psykiske problemer. Kvinnelige studenter har signifikant høyere gjennomsnittskår på HSCL-25-skalaen sammenlignet med kvinner som ikke er studenter. Det er derimot ikke mulig å påvise signifikant forskjell i gjennomsnittskåren for mannlige studenter sammenlignet med menn som ikke studerer.

### Regionale forskjeller

Tabell 8 viser andelen enpersonshusholdninger i prosent av alle husholdninger i Norge fordelt på fylker. På landsbasis har det vært en stigende trend i andelen som bor i enpersonshusholdninger siden 2005, med en vekst på 1,7 prosentpoeng fram til 2010. Andelen aleneboere er ganske lik mellom de fleste fylkene, og ligger på mellom 36 og



39 prosent. Fylker hvor en stor andel av befolkningen bor i større byer har gjennomgående høyere andel enpersonhusholdninger. Her skiller Oslo seg klart ut, med 54 prosent andel enpersonhusholdninger; over halvparten av husholdningene i Oslo består altså av kun en person. Også Hordaland, Sør-Trøndelag og Troms har høyere andel enpersonhusholdninger enn de andre fylkene.

*Tabell 8. Andelen enpersonhusholdninger i Norge etter fylke i prosent av alle husholdninger. Prosent*

Fylke	2005	2006	2007	2008	2009	2010
01 Østfold	36,4	36,4	36,5	36,9 %	37,3 %	37,4
02 Akershus	31,7	32,0	32,4	32,9	33,6	33,7
03 Oslo	52,7	53,9	54,6	54,9	55,2	54,3
04 Hedmark	36,9	37,1	37,2	37,7	37,9	38,1
05 Oppland	36,2	36,7	36,8	37,1	37,4	37,9
06 Buskerud	36,3	36,4	36,6	37,2	37,5	37,7
07 Vestfold	36,5	36,9	37,1	37,6	38,1	38,1
08 Telemark	37,3	37,3	37,4	38,0	38,4	38,5
09 Aust-Agder	35,0	35,2	35,6	35,6	35,9	36,2
10 Vest-Agder	35,6	36,1	36,2	36,5	37,0	37,2
11 Rogaland	34,6	34,6	35,0	35,7	36,3	36,3
12 Hordaland	37,2	37,7	38,1	38,6	39,3	39,2
14 Sogn og Fjordane	34,7	34,6	34,5	34,5	35,1	35,5
15 Møre og Romsdal	34,5	34,8	34,8	35,4	35,7	35,9
16 Sør-Trøndelag	38,8	39,0	39,6	40,3	40,7	40,7
17 Nord-Trøndelag	33,7	33,8	34,2	34,8	34,9	35,1
18 Nordland	36,9	36,8	37,1	37,3	37,6	37,7
19 Troms Romsa	38,0	38,1	38,4	38,9	39,4	39,5
20 Finnmark Finnmarku	38,4	38,7	38,6	38,9	39,2	39,8
Norge	38,1	38,5	38,9	39,3	39,8	39,8

Kilde: SSB, statistikkbanken, tabell 06077.

*Tabell 9* under, viser andel aleneboere blant personer over 16 år. I denne tabellen er telleenheten personer, ikke husholdninger. Tabellen viser hvor mange personer som tilhører en enpersonhusholdning i prosent av alle personer 16 år og over. Denne andelen er naturlig nok lavere enn andelen enpersonhusholdninger, men rangeringen av de to variablene blir noenlunde lik, dvs. at Oslo skårer høyest på begge variablene, mens Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag skårer lavest. Andelen i enpersonhusholdninger har økt svært lite de siste 6 årene, noe under ett prosentpoeng.

Tabell 9. Andel personer over 16 år som er aleneboere etter fylke. Prosent

Fylke	2005	2006	2007	2008	2009	2010
01 Østfold	16,2	16,3	16,3	16,6	16,9	16,9
02 Akershus	13,1	13,3	13,5	13,8	14,2	14,3
03 Oslo	28,1	28,7	29,2	29,5	29,6	28,9
04 Hedmark	16,4	16,7	16,8	17,1	17,3	17,4
05 Oppland	15,9	16,2	16,3	2,6	16,7	17
06 Buskerud	16	16,1	16,2	16,6	16,7	16,9
07 Vestfold	16,1	16,4	16,6	17	17,3	17,3
08 Telemark	16,6	16,6	16,7	17,1	17,4	17,5
09 Aust-Agder	14,8	14,9	15,1	15,3	15,5	15,7
10 Vest-Agder	14,9	15,3	15,4	15,6	15,9	16,1
11 Rogaland	14,1	14,2	14,5	14,9	15,3	15,3
12 Hordaland	15,9	16,2	16,2	16,9	17,3	17,3
14 Sogn og Fjordane	13,9	13,9	13,9	14	14,3	14,6
15 Møre og Romsdal	14,3	14,5	14,5	14,9	15,1	15,3
16 Sør-Trøndelag	17,1	17,4	17,8	18,3	18,6	18,6
17 Nord-Trøndelag	14	14,2	14,5	14,8	14,9	15,1
18 Nordland	16	16,1	16,3	16,4	16,6	16,8
19 Troms Romsa	16,5	16,7	16,9	17,3	17,6	17,7
20 Finnmark Finnmárku	16,6	16,8	16,7	17	17,2	17,6
Hele landet	16,8	17	17,3	17,6	17,9	17,9

Kilde: SSB, statistikkbanken, tabell: 06077.

Vår analyse av levekårsdata viser at status som aleneboer over 16 år ikke har noen innvirkning på psykisk helse, når vi kontrollerer for utdanning, arbeidsledighet, alkoholbruk, ung ufør, sosial støtte (Oslo 3), lønn og alder, se kapittel 12.

Aleneboer definert som aleneboende personer over 16 år har derfor mindre betydning som indikator på psykisk helse.

#### 4.2.2 Lav utdanning

Forskning viser en sammenheng mellom utdanningsnivå og psykisk helse med høyere forekomst av psykiske plager blant lavt utdannede enn høyt utdannede. Andelen lavt utdannede i Norge synker stadig. Lav utdanning inngår som en av flere indikatorer under levekår, arbeid og sosioøkonomiske forhold.

Resultater fra Statistisk Sentralbyrås helse- og levekårsundersøkelser viser at menn og kvinner med lav utdanning har over dobbelt så høy forekomst av psykiske plager, sammenlignet med personer med høy utdanning (Rognerud et al 2007).

På landsbasis har andelen personer uten universitets- eller høgskoleutdanning blitt gradvis redusert med til sammen 4,6 prosentpoeng fra 2000 til 2009 og er et tegn på at det generelle utdanningsnivået i befolkningen er økende. Trenden er generell over hele landet, dvs. at det er ingen fylker hvor utdanningsnivået reduseres, men de ulike fylkene

er på ulikt nivå. Oslo og Akershus er de to fylkene med høyest andel universitets- og høyskoleutdannete, etterfulgt av Sør-Trøndelag og Hordaland. Innlandsfylkene Hedmark og Oppland, samt Nordland og Telemark har høyest andel av befolkningen som ikke har universitets- eller høyskoleutdanning, se *Tabell 10*.

*Tabell 10. Andel personer over 16 år uten universitets- eller høyskoleutdanning. Prosent av hele befolkningen over 16 år. Prosent*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Østfold	83,6	83,2	82,8	82,3	81,8	81,3	81,1	80,4	80,1	79,8
Akershus	72,6	72,4	72,1	71,8	71,3	70,9	70,7	70,1	70,0	69,7
Oslo	66,2	65,5	65,1	64,6	64,0	63,3	62,6	61,4	61,3	60,9
Hedmark	84,2	83,8	83,4	83,0	82,4	82,0	81,5	80,9	80,5	80,2
Oppland	84,2	83,8	83,5	82,9	82,3	81,8	81,4	80,7	80,4	80,0
Buskerud	81,2	80,8	80,5	80,1	79,6	79,1	78,7	77,9	77,6	77,2
Vestfold	80,3	79,9	79,5	79,1	78,5	78,0	77,7	77,1	76,8	76,4
Telemark	83,5	83,1	82,7	82,2	81,6	81,1	80,6	79,8	79,6	79,1
Aust-Agder	81,2	80,7	80,3	79,8	79,3	78,7	78,3	77,5	77,2	76,9
Vest-Agder	80,8	80,4	79,9	79,3	78,7	78,2	77,7	76,8	76,5	76,3
Rogaland	79,9	79,5	79,2	78,6	77,9	77,2	76,8	76,1	75,9	75,6
Hordaland	78,1	77,6	77,1	76,5	75,7	75,1	74,6	73,8	73,5	73,1
Sogn og Fjordane	82,9	82,7	82,3	81,7	80,8	80,3	79,8	79,3	79,0	78,7
Møre og Romsdal	83,5	83,1	82,7	82,2	81,4	80,7	80,3	79,6	79,3	78,9
Sør-Trøndelag	77,7	77,2	76,6	75,8	75,1	74,4	73,8	72,9	72,6	72,1
Nord-Trøndelag	83,3	82,9	82,5	81,9	81,1	80,5	80,1	79,5	79,1	78,8
Nordland	84,1	83,8	83,4	82,9	82,2	81,5	81,0	80,3	80,0	79,7
Troms Romsa	79,7	79,4	78,9	78,4	77,6	76,9	76,4	75,6	75,2	74,9
Finmark Finnmarku	82,7	82,4	82,1	81,6	80,9	80,2	79,7	79,1	78,9	78,6
Hele landet	78,7	78,3	77,9	77,4	76,7	76,1	75,6	74,8	74,5	74,1

Kilde: SSB, statistikkbanken, tabell 06217.

#### **4.2.2.1 Ikke fullført videregående utdanning – frafall i videregående skole**

Det er vanskelig å benytte *Tabell 10* alene som indikator for utvikling i utdanningsnivå over tid. Den viktigste årsaken er at samfunnet har endret seg radikalt og en vesentlig høyere andel av unge i dag tar høyere utdanning enn tidligere. Andelen av befolkningen uten høyere utdanning vil dermed reduseres uavhengig av dagens situasjon, fordi eldre demografiske grupper, med lavere andel høyskole- og universitetsutdannede enn hva som er vanlig i dag, faller fra. For å måle dagens utvikling i utdanningsnivået blant befolkningen er andelen som ikke har fullført videregående utdanning 5 år etter påbegynt utdanning en mer presis indikator. I *Tabell 11* ser vi at andelen som ikke fullfører yrkesfaglig utdanning er vesentlig høyere enn andelen som ikke fullfører allmennfaglig utdanning. På landsbasis hadde ikke 38 prosent av mennene og 32 prosent av kvinnene som startet på yrkesfaglig utdanning i 2004 fullført utdanningen 5 år etter. For allmennfaglig utdanning var tilsvarende andel 18 prosent blant menn og 12 prosent blant kvinner, som er 20 prosentpoeng lavere, *Tabell 12*.

At frafallsprosenten er lavere for allmenne fag enn yrkesfag er gjennomgående for alle fylkene. Det er imidlertid store fylkesvise forskjeller for hvor mange som ikke fullfører videregående utdanning. Finnmark utmerker seg særlig i negativ retning. Her hadde kun halvparten av de som startet på yrkesfaglig utdanning, og 26 prosent av de som startet på allmennfaglig utdanning i 2004, fullført 5 år etter. I motsatt ende av tabellen finner vi Sogn og Fjordane, hvor 27 prosent av de som startet på yrkesfaglig utdanning og 10 prosent av de som startet på allmennfaglig utdanning i 2004, fullført 5 år etter. Over tid har det totalt vært små endringer i andelen som ikke fullfører videregående utdanning. For allmennfaglig utdanning har nivået ligget jevnt rundt 18 prosent  $\pm$  2 prosent for menn og 12 prosent  $\pm$  2 prosent for kvinner i hele perioden fra 1994 til 2004. For yrkesfaglig utdanning har andelen som ikke har fullført 5 år etter påbegynt utdanning vist en nedadgående trend for menn, fra 42 prosent i 1994 til 38 prosent i 2004. For kvinner har frafallsprosenten ligget på rundt 32 prosent  $\pm$  2 prosent i hele perioden fra 1994 til 2004.

*Tabell 11. Andel i fylkene som ikke har fullført videregående utdanning i yrkesfag fem år etter påbegynt utdanning. Rangert fra høyest til lavest andel. Prosent*

Fylke	År påbegynt utdanning								
	1994	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Finnmark Finnmarkku	50	46	48	50	51	53	46	53	50
Vestfold	39	40	37	35	39	35	40	46	42
Østfold	33	38	38	40	40	39	39	44	42
Hedmark	42	43	37	36	39	42	40	39	41
Oslo	48	48	44	44	45	42	42	42	40
Buskerud	37	34	34	39	37	36	34	36	40
Troms Romsa	45	39	42	43	43	40	41	42	39
Nordland	41	42	44	39	43	40	40	42	39
Oppland	38	33	36	33	36	34	34	36	37
Aust-Agder	37	34	33	36	37	36	34	33	37
Nord-Trøndelag	31	25	31	32	33	29	30	31	37
Telemark	37	35	35	36	36	34	30	31	35
Akershus	42	38	35	41	38	36	34	34	35
Vest-Agder	33	31	29	31	31	33	32	35	31
Sør-Trøndelag	30	33	34	31	29	29	29	29	30
Hordaland	36	32	35	32	33	32	31	30	30
Rogaland	31	29	27	33	30	30	30	30	30
Møre og Romsdal	41	36	29	33	32	32	33	31	30
Sogn og Fjordane	38	34	32	34	29	27	31	30	27
Menn	42	39	38	40	40	40	39	39	38
Kvinner	32	32	31	31	32	30	31	32	32
Hele landet	37	36	35	36	36	35	35	36	35

Kilde: SSB, statistikkbanken, tabell 05139.

Tabell 12. Andel som ikke har fullført videregående utdanning i allmennfag fem år etter påbegynt utdanning. Fylkene er rangert fra høyest til lavest andel. Prosent

Fylke	År påbegynt utdanning								
	1994	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Finnmark Finnmarkku	20	21	30	27	28	21	22	24	26
Troms Romsa	20	17	14	22	25	18	21	18	21
Aust-Agder	16	11	9	13	16	15	12	14	19
Nordland	22	18	23	19	19	14	16	15	16
Vestfold	18	16	15	13	17	11	16	18	16
Buskerud	10	19	14	10	15	10	14	14	15
Oslo	20	20	18	18	14	15	14	15	15
Østfold	14	12	17	14	15	12	10	14	14
Akershus	18	14	10	14	18	13	16	18	14
Telemark	13	19	15	12	15	11	18	16	14
Hedmark	16	13	14	13	15	16	15	17	14
Nord-Trøndelag	12	9	8	11	9	8	12	11	13
Vest-Agder	13	7	8	7	10	10	14	12	13
Rogaland	14	19	13	14	16	11	14	13	13
Hordaland	13	13	12	12	13	10	13	15	13
Oppland	15	7	8	10	11	7	8	12	13
Møre og Romsdal	13	15	12	12	11	8	11	13	13
Sør-Trøndelag	7	12	11	10	11	10	11	13	12
Sogn og Fjordane	15	9	10	9	8	11	9	10	10
Menn	18	17	16	17	19	16	18	20	18
Kvinner	13	13	11	11	12	10	11	12	12
Hele landet	16	15	14	14	16	13	15	16	15

Kilde: SSB, statistikkbanken, tabell 05139 Gjennomstrømning i videregående opplæring, etter kjønn, studieretning og fullføringsgrad.

#### 4.2.2.2 Sju av ti har fullført videregående opplæring etter fem år

Av elevene som startet i videregående opplæring i 2004, hadde 69 prosent (på landsbasis) fullført med studie- eller yrkeskompetanse etter fem år, men graden av gjennomføring varierer mye etter studieretning, kjønn, sosial bakgrunn og innvandringskategori.

En større andel av elevene ved allmennfaglige studieretninger fullfører videregående opplæring innen fem år sammenlignet med elever ved yrkesfaglige studieretninger. Etter fem år hadde 83 prosent av alle elever som begynte ved allmennfaglige studieretninger i 2004, fullført videregående opplæring. Høyest andel som hadde fullført, finner vi ved musikk, dans og drama, hvor 81 prosent fullførte etter normert tid, og hele 89 prosent hadde fullført etter fem år.

Ved de yrkesfaglige studieretningene hadde 56 prosent av elevene som begynte i 2004, fullført videregående opplæring etter fem år. 33 prosent fullførte med yrkeskompetanse/fagbrev, mens 23 prosent fullførte med studiekompetanse. Fullføringsgraden varierer mye etter studieretning. 75 prosent av elevene ved medier og

kommunikasjon fullførte på normert tid, mens etter fem år hadde hele 83 prosent fullført. Ved trearbeidsfag fullførte bare 25 prosent på normert tid, og etter fem år var det 41 prosent som hadde fullført.

Kjønnsforskjeller i frafall på yrkesfaglige linjer analysert av Vogt (2008). Forfatteren argumenterer mot at frafallet er et kjønnsproblem. Frafallet skyldes i større grad strukturelle forhold i arbeidsmarkedet innen typiske guttefag, spesielt knyttet til vansker med å få lærlingeplass. Det viser seg også at gutter som ikke fullfører videregående skole innen yrkesfag lettere får fast jobb i arbeidslivet enn jenter. ”Gutter slutter mest, men ikke nødvendigvis fordi de er gutter”, sier Vogt. I realiteten kan jenter som ikke fullfører utdanningen få større problemer enn gutter på arbeidsmarkedet, fordi jenter er mer avhengige av jobber offentlig sektor som i større grad enn privat sektor tilbyr midlertidige jobber og vikariater.

### 4.2.3 Arbeidsledighet<sup>19</sup>

Arbeidsledige har høyere risiko for å oppleve psykiske plager enn personer i arbeid. En rekke undersøkelser viser at arbeidsledighet over tid bidrar til økt hyppighet av psykiske plager (Dalgard m.fl. 2006). Levekårsundersøkelsen for 2005 viste at de som er uten jobb hadde 3-4 ganger høyere sannsynlighet for å ha betydelige psykiske plager enn de som er i jobb, og forskjellen var signifikant (Rognerud m.fl. 2008).

Sosial isolasjon og manglende støtte fra det sosiale nettverket øker risikoen for psykiske og somatiske helseproblemer. Det samme gjør lav mestringsopplevelse (Dalgard m.fl. 2006). En høyere andel av arbeidsledige opplever lav grad av sosial støtte og mestring, sammenlignet med personer som er i arbeid (Rognerud m. fl. 2008).

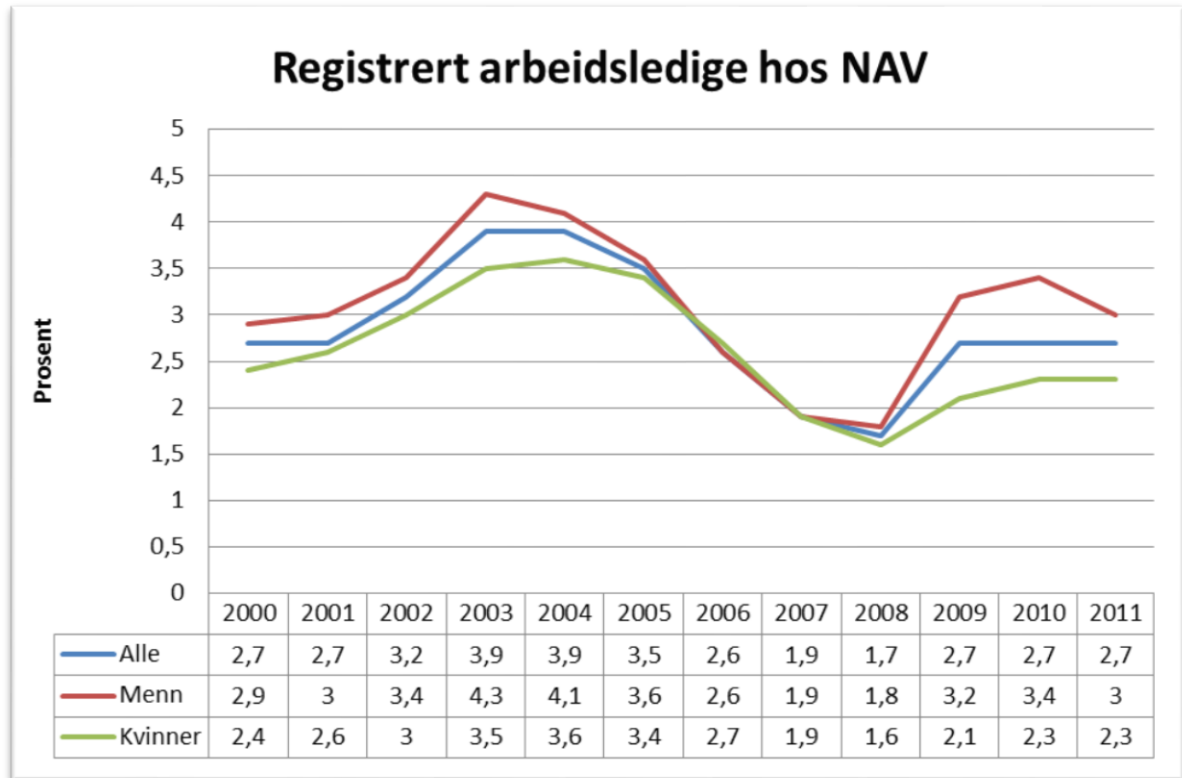
Enkelte har hevdet at sammenhengen mellom arbeidsledighet og psykiske lidelser kunne skyldes at de som falt ut av arbeidslivet hadde dårligere helse på forhånd, og at det hele berodde på en seleksjonseffekt. Undersøkelser har imidlertid vist at de arbeidslediges psykiske helse blir normalisert når de kommer tilbake til arbeidet (Dalgard m.fl. 2006). Våre egne analyser, basert på regresjonsanalyser av levekårsdata, bekrefter at arbeidsledige har dårligere psykisk helse enn ikke arbeidsledige, når vi kontrollerer for utdanning, unge uføre, lønn, alder og enkelte andre forhold, se kapittel 12.

---

<sup>19</sup> Det er to mål på arbeidsledighet i Norge: NAVs tall for registrerte arbeidsledige, og SSBs tall basert på spørreundersøkelsen Arbeidskraftundersøkelsen (AKU). Til forskjell fra NAVs tall inkluderer AKU-tallene også arbeidsledige som ikke registrerer seg ved arbeidsformidlingen, og en del av dem som går på arbeidsmarkedstiltak.

## Registrert arbeidsledighet, NAV

Tall fra NAV over registrerte arbeidsledige i prosent av arbeidsstyrken<sup>20</sup> viser at ledigheten varierer noe over tid, med en topp i 2003/2004 på 3,9 prosent i perioden 1997 til 2011. I årene 2009 til 2011 har ledigheten ligget på 2,7 prosent. Lavest andel ledige var i 2008 med 1,7 prosent, se *Figur 11* under. Kvinner har en noe lavere ledighet enn menn.



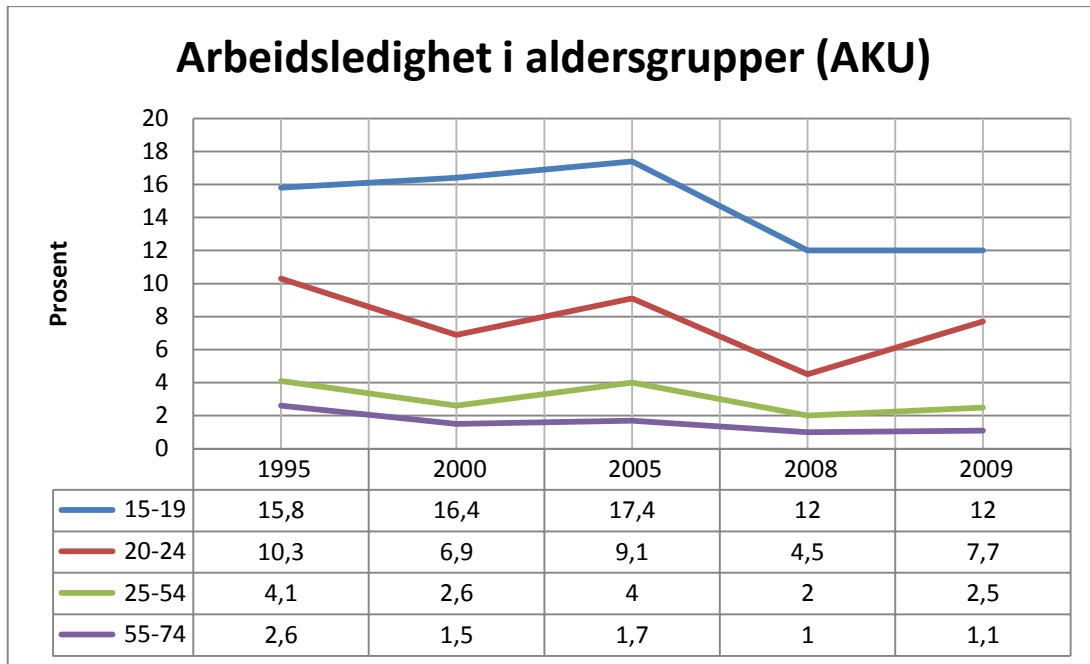
Kilde: NAV.

*Figur 11. Registrert arbeidsledighet 1997 til 2011. Andel registrerte ledige menn og kvinner i prosent av arbeidsstyrken. Årsgjennomsnitt*

Yngre personer i arbeidsstyrken har betydelig høyere ledighet enn gjennomsnittet for alle aldersgrupper. I aldersgruppen 15 – 19 år var ledigheten i 2009 12 prosent og i aldersgruppen 20 – 24 år sju prosent mot 2,5 prosent i aldersgruppen 25 – 54 år, og enda lavere blant eldre, se *Figur 12*. I denne figuren er brukt data fra Arbeidskraft-

<sup>20</sup> Arbeidsløse + sysselsatte=arbeidsstyrken.

undersøkelsene (AKU) i Statistisk sentralbyrå<sup>21</sup>. Tallene i AKU viser imidlertid forskjellene mellom aldersgrupper på en god måte.



Kilde: Arbeidskraftundersøkelsene (AKU). SSB.

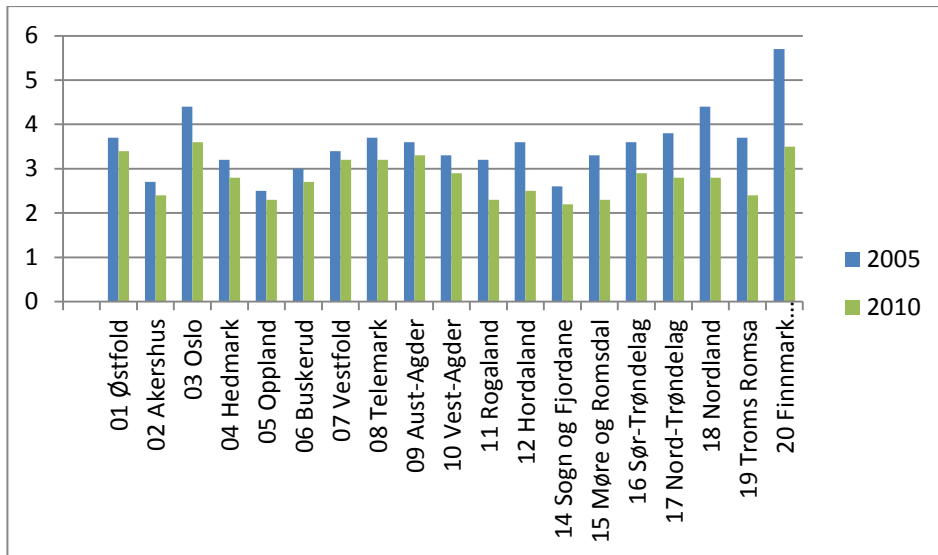
Figur 12. Arbeidsledighet i ulike aldersgrupper. 1995 – 2009. Prosent av arbeidsstyrken. AKU

### Regionale forskjeller

Fylkene følger et parallelt mønster i utviklingen over tid. Ledighet over tre prosent i 2010 har fylkene Østfold, Oslo, Telemark og Agder fylkene, og Finnmark, mens fylkene Akershus, Oppland, Rogaland, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal og Troms har under 2,5 prosent ledighet i 2010.

<sup>21</sup> AKU bygger på intervjuundersøkelser i befolkningen. Tallene i AKU er noe høyere enn tallene fra NAV. Tallene fra AKU inkluderer også arbeidsløse som ikke registrer seg hos NAV, og noen av de som går på arbeidsmarkedstiltak.





Kilde: AKU, SSB.

Figur 13. Andel registrerte arbeidsledige i fylkene ved slutten av året i 2005 og 2010. Begge kjønn. Prosent

Tabell 13. Registrert arbeidsledighet i fylkene i 2005 og 2010. Rangert fra høyest til lavest ledighet i 2005. Prosent

	2005	2010
03 Oslo	4,4	3,6
20 Finnmark Finnmárku	5,7	3,5
01 Østfold	3,7	3,4
09 Aust-Agder	3,6	3,3
07 Vestfold	3,4	3,2
08 Telemark	3,7	3,2
10 Vest-Agder	3,3	2,9
16 Sør-Trøndelag	3,6	2,9
04 Hedmark	3,2	2,8
17 Nord-Trøndelag	3,8	2,8
18 Nordland	4,4	2,8
06 Buskerud	3	2,7
12 Hordaland	3,6	2,5
02 Akershus	2,7	2,4
19 Troms Romsa	3,7	2,4
05 Oppland	2,5	2,3
11 Rogaland	3,2	2,3
15 Møre og Romsdal	3,3	2,3
14 Sogn og Fjordane	2,6	2,2

Kilde: AKU, SSB.

### Innvandrere

Den registrerte arbeidsledigheten (NAV) blant bosatte innvandrere gikk ned fra 7,8 prosent i februar 2010 til 7,7 prosent i februar 2011. I resten av befolkningen var det også en nedgang, fra 2,5 til 2,3 prosent.

For første gang siden 3. kvartal 2008 ser vi nå en lavere ledighetsprosent jamført med samme kvartal året før, både blant innvandrere og i befolkningen som helhet. Når det gjelder antall registrerte ledige, er det fortsatt en viss økning blant innvandrere, på 1 650. Når prosentandelen ledige i denne gruppen likevel går litt ned, betyr dette at tallet på sysselsatte har økt. Veksten i arbeidsinnvandringen er en viktig årsak til dette. Ser vi på prosentandelen av registrerte ledige i de forskjellige gruppene, har den afrikanske gruppen fortsatt høyest ledighet, på 13,4 prosent. Dernest kommer innvandrere fra EU-landene i Øst-Europa, med en andel på 10,2 prosent ledige. Videre ser vi at innvandrere fra Asia hadde 8,8 prosent ledige, de fra Sør- og Mellom-Amerika 7,8 prosent, og innvandrere fra Øst-Europa utenom EU med 7,5 prosent ledige. Som vanlig er det fortsatt stor avstand til innvandrere fra Norden og Vest-Europa, der andel registrerte ledige er langt lavere, på henholdsvis 3,0 og 3,7 prosent.

Det høye ledighetsnivået blant innvandrere fra Afrika er blant annet et utslag av den store andelen flyktninger i denne gruppen. Afrikanske innvandrere har i mange år hatt

det høyeste ledighetsnivået uavhengig av konjunktorene på arbeidsmarkedet. Når det gjelder gruppen fra EU-landene i Øst-Europa, skyldes ledighetsnivået at mange arbeidsinnvandrere i denne gruppen mistet jobben som følge av konjunkturedgangen som særlig rammet bygge- og anleggsnæringen i 2009. Aktiviteten i denne næringen har nå begynt å ta seg opp igjen, og vi ser altså at ledighetsprosenten nå går noe ned.

### **Nedgang kun blant menn**

Blant innvandrer menn ser vi en nedgang i ledigheten på 0,6 prosentpoeng, mens innvandrer kvinner derimot har en viss økning på 0,5 prosentpoeng. Ser vi på antall registrerte ledige, var det innvandrer kvinnene som sto for det meste av økningen. Vi kan observere samme tendens i befolkningen for øvrig, der prosentandelen ledige gikk ned med 0,4 prosentpoeng blant menn og så vidt opp med 0,1 prosentpoeng blant kvinner. Her var det kun kvinner som hadde en økning i antall registrerte ledige, mens dette gikk ned blant menn. Denne tendensen henger sammen med at det er de mannsdominerte yrkene innenfor bygge- og anleggsvirksomhet og industri som har størst nedgang i ledigheten, mens det er en viss økning i de kvinnedominerte yrkene i offentlig sektor. Til tross for denne utviklingen så har menn fortsatt høyest ledighet, både blant innvandrere og i befolkningen for øvrig.

#### **4.2.4 Risiko for alkoholavhengighet i befolkningen**

Langvarig misbruk av alkohol kan forårsake et bredt spekter av psykiske helseproblemer. De vanligste psykiatriske symptomene for alkoholavhengige er angst og depresjon. Psykiske lidelser er vanlig hos alkoholavhengige, og så mange som 25 prosent lider av alvorlige psykiske forstyrrelser. I en ny studie ble det beregnet at arv forklarer rundt 71 prosent av tilfellene av alkoholavhengighet. (Ystrom m fl 2011).

Risiko for alkoholavhengighet i befolkningen er en indikator som baserer seg på data fra Helse- og levekårsundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå. I Helse- og levekårsundersøkelsen for 2008 benyttes spørsmålsbatteriet AUDIT-C for å avdekke risiko for alkoholavhengighet i befolkningen.

#### **AUDIT-C testen**

AUDIT-C er en test på folks risiko for alkoholavhengighet. Risikoen uttrykkes i en indeks hvor de tre spørsmålene i tabellen nedenfor summeres.

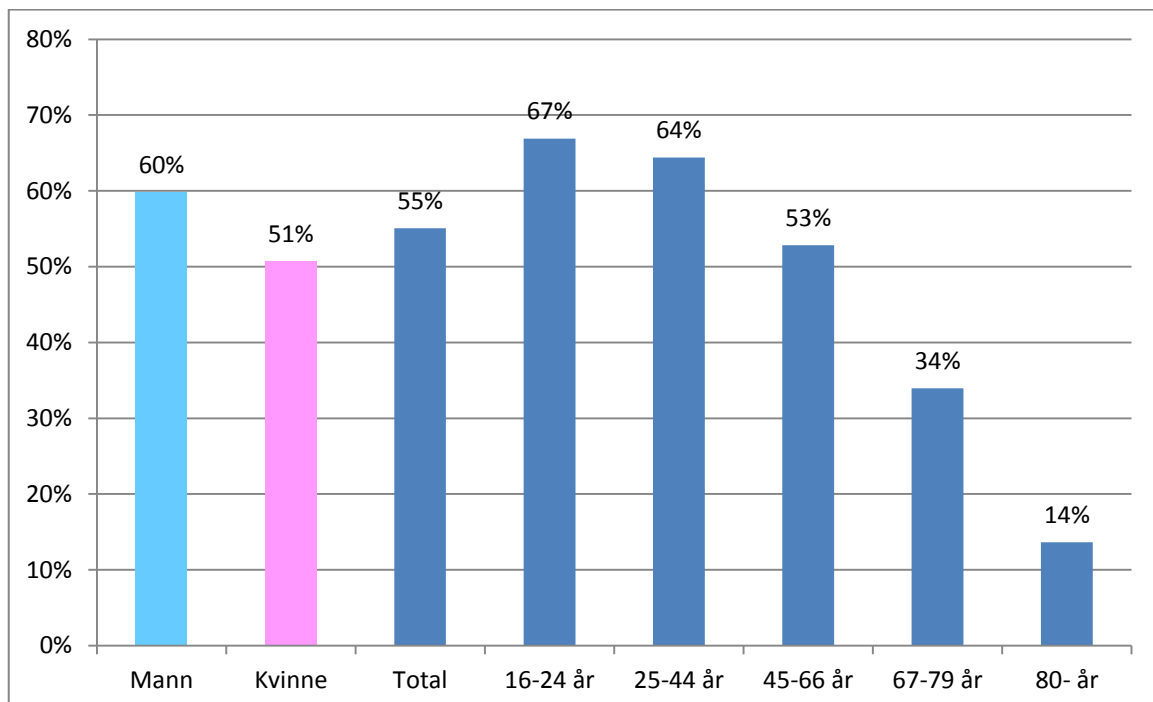
Tabell 14. Spørsmål som inngår i AUDIT-C testen, med tilhørende verdier.

Hvor ofte har du drukket alkohol det siste året?	Hvor mange enheter drakk du vanligvis en dag du drakk alkohol det siste året?	Hvor ofte har du drukket 6 enheter eller mer det siste året?
<b>Aldri</b>	<b>0</b> 0-2 enheter	<b>0</b> Aldri
<b>1 gang i måneden eller mindre</b>	<b>1</b> 3-4 enheter	<b>1</b> Mindre enn 1 gang om måneden
<b>2-4 ganger i måneden</b>	<b>2</b> 5-6 enheter	<b>2</b> Månedlig
<b>2-3 ganger i uken</b>	<b>3</b> 7-9 enheter	<b>3</b> Ukentlig
<b>4 eller flere ganger i uken</b>	<b>4</b> 10 eller flere enheter	<b>4</b> Daglig eller nesten daglig

Det benyttes ulike cut-off verdier for hvilken skår som indikerer høy risiko for alkoholavhengighet. Alcohol Learning Centre i Storbritannia har definert en skår over 5 som positiv test. I Norge er verdier  $\geq 3$  for kvinner og  $\geq 4$  for menn ofte benyttet som verdi for positiv test (høy risiko for alkoholavhengighet). Vi har benyttet denne cut-off verdien for å indikere risiko for alkoholavhengighet.

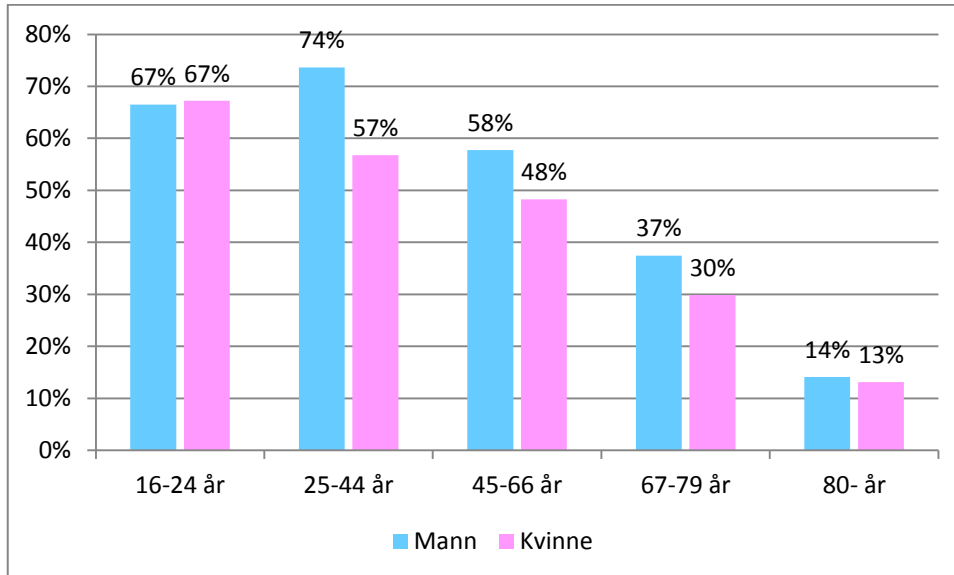
### Høy andel med positiv test

Figur 14 under, viser andelen som oppnådde positiv Audit-C-test (alkoholavhengighet etter norsk definisjon) fordelt på kjønn og alder. 60 prosent av mennene og 51 prosent av kvinnene i levekårsundersøkelsen oppnår positiv Audit-C-test, og tilhører andel med risiko for alkoholavhengighet. De yngre aldersgruppene oppnår i større grad positiv AUDIT-C-test enn de eldre aldersgruppene. Figur 15 viser de samme tallene for menn og kvinner i ulike aldersgrupper. I aldersgruppen 15 - 24 år er det ingen forskjell mellom menn og kvinner i andel som får positiv AUDIT-C test. I de høyere aldersgruppene har menn størst risiko for avhengighet, men synkende med økende alder.



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsen 2008.

*Figur 14. Andel av befolkningen som oppnådde positiv AUDIT-C test i 2008 etter kjønn og alder.*

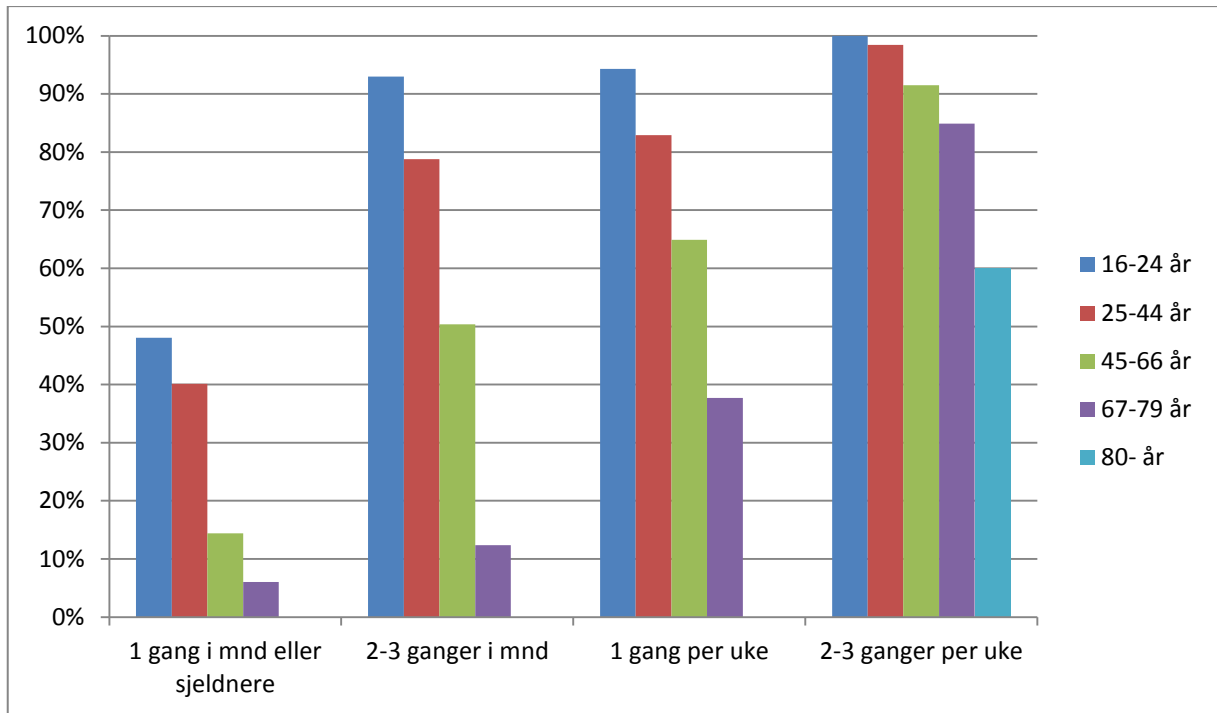


Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsen 2008.

*Figur 15. Andel av befolkningen som oppnådde positiv AUDIT-C test i 2008 fordelt på kjønn og alder.*

*Figur 16* viser andelen som oppnår positiv AUDIT-C-test etter hvor ofte de drikker og alder. De som ikke drikker alkohol har ingen mulighet til å oppnå positiv test, og alle de som drikker alkohol mer enn 4 ganger per uke vil få positiv test og er av den grunn utelatt fra figuren. Vi ser at de yngste alderskategoriene i større grad oppnår positiv AUDIT-C-test i forhold til de eldre alderskategoriene, uavhengig av hvor ofte de drikker.

*Figur 16* viser at en høyere andel av aldersgruppene 45 + drikker ukentlig eller oftere, sammenlignet med aldersgruppene 16-44. Dette betyr at de yngre aldersgruppene (16-44 år) i større grad drikker flere alkoholenheter (over 4) når de først drikker sammenlignet med de eldre aldersgruppene (45+). For aldersgruppen 16-24 år, oppnår over 90 prosent av dem som drikker 2-3 ganger i måneden eller oftere positiv Audit-C-test. Dvs. at de drikker minimum 3-4 enheter på en typisk drikkedag, men har drukket mer en seks enheter en gang i løpet av det siste året.



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsen 2008.

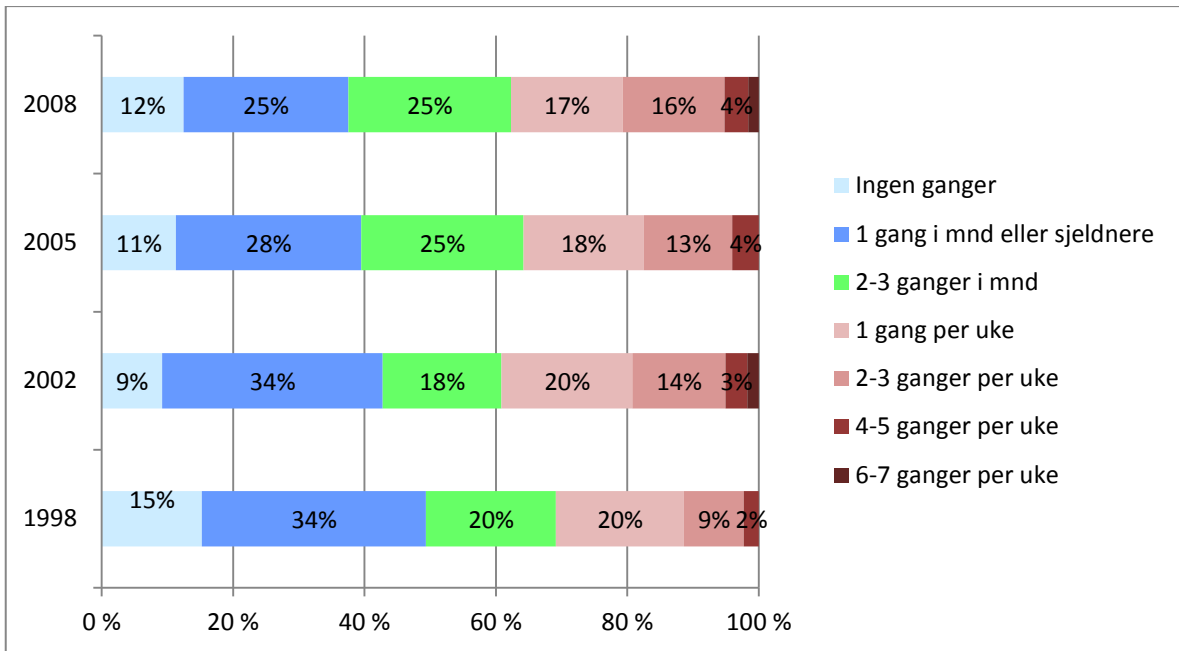
*Figur 16. Andel av befolkningen som oppnådde positiv AUDIT-C test i 2008 etter hvor ofte de drikker og etter alder.*

### Økt alkoholforbruk

Det har vært en økning i andelen respondenter som drikker ukentlig eller oftere (rød farge) fra 1998 til 2008. Økningen skjedde hovedsakelig mellom 1998 og 2002, hvor det var en økning på rundt 8 prosentpoeng. Dette sammenfaller med en sterk økning i omsetningen av vin (*Figur 20*) i samme periode. Siden har denne utviklingen flatet ut, samtidig som andelen som drikker 2-3 ganger per uke er noe økende.

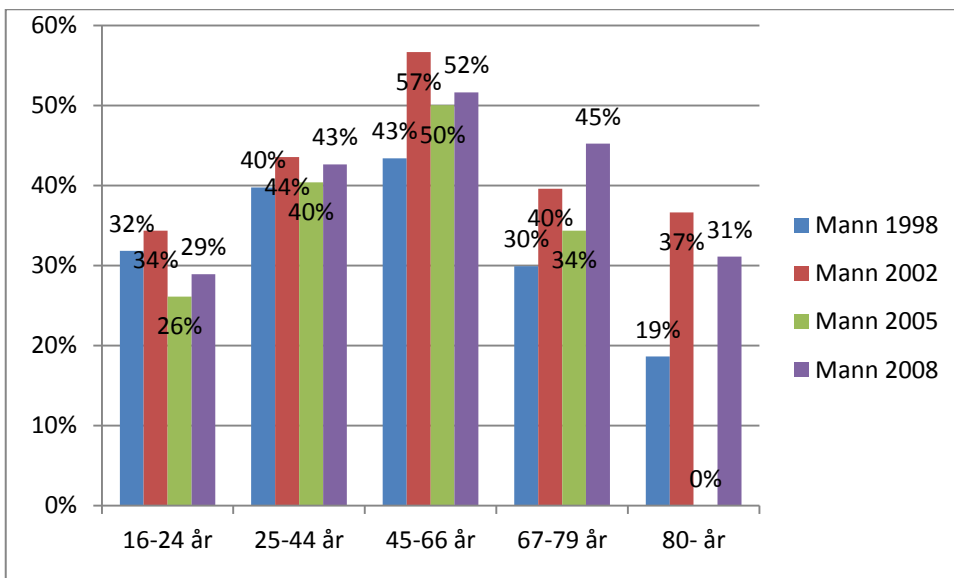
*Figur 17* viser svarfordeling på spørsmålet "hvor ofte drikker du alkohol?" i levekårsundersøkelsen fra 1998 til 2008.

Andel som drikker mer enn tre ganger per uke har økt i perioden fra 11 prosent i 1998 til 20 prosent i 2008.



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene 2002, 2005 og 2008.

Figur 17. Svarfordeling på spørsmålet "Hvor ofte drikker du alkohol?" Etter år. Prosent

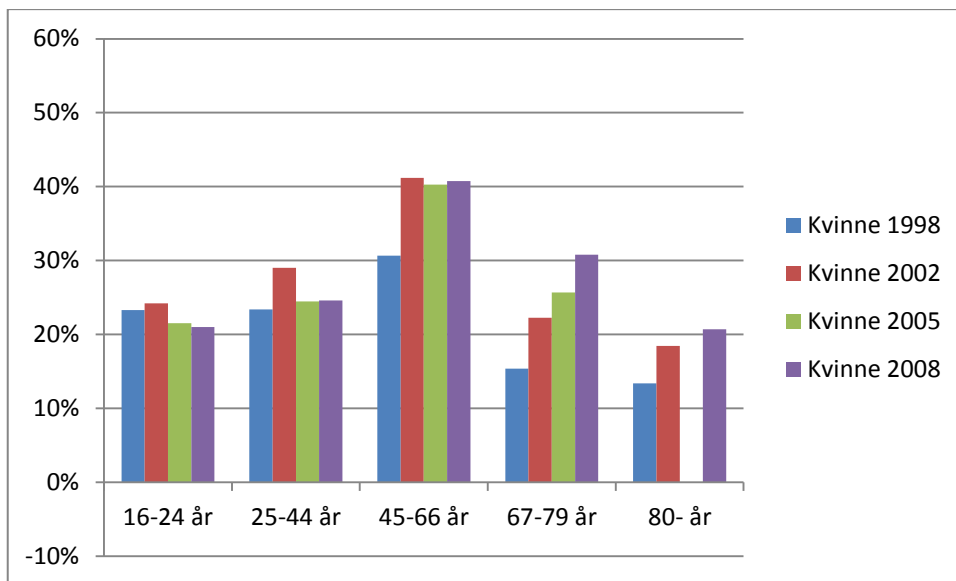


Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsen 2008, SSB

Figur 18. Andelen menn blant respondentene i levekårsundersøkelsen som drikker ukentlig eller oftere etter alder og år.

Fordelt på alder og kjønn, viser **Error! Reference source not found.** Figur 18 at andelen menn mellom 16-24 år som drikker ukentlig eller mer er redusert med tre prosentpoeng fra 1998 til 2008, fra 32 til 29 prosent. For menn mellom 25-44 år har andelen som drikker ukentlig eller mer ligget stabilt på rundt 40 prosent i 10-årsperioden mellom

1998 og 2008. For menn over 45 år har det vært en økning i andelen som drikker ukentlig eller mer.



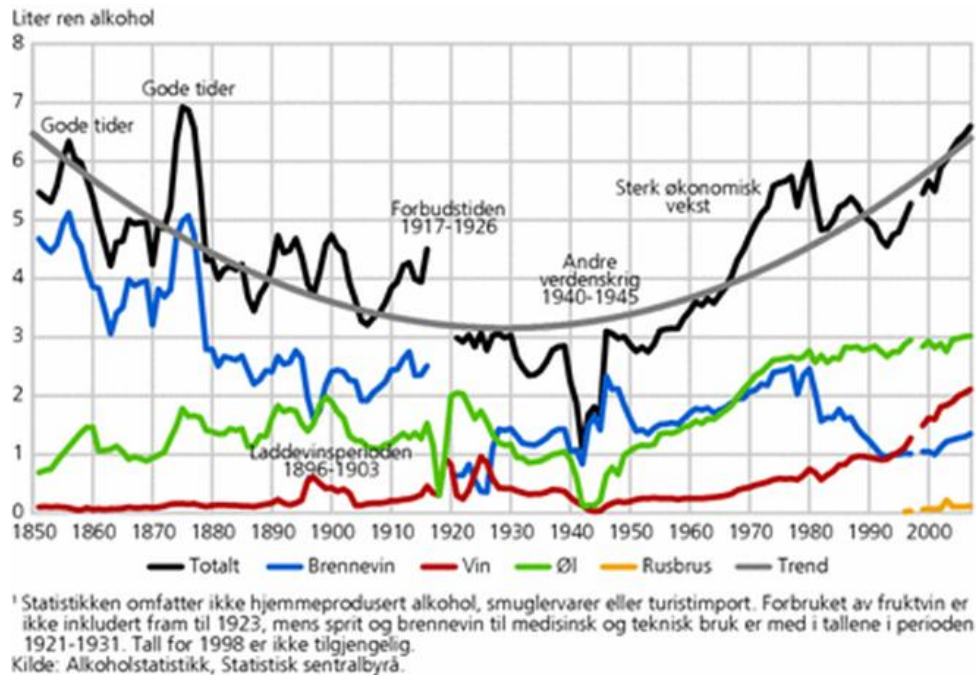
Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsen 2008, SSB.

*Figur 19. Andelen kvinner blant respondentene i levekårsundersøkelsen som drikker ukentlig eller oftere etter alder og år.*

*Figur 19* viser tilsvarende andel for kvinner. Her er andelen som drikker ukentlig eller mer noe redusert fra 1998 til 2008, fra 23 til 21 prosent for aldersgruppen mellom 16-24 år. For kvinner mellom 25-44 år har andelen som drikker ukentlig eller mer ligget stabilt på rundt 25 prosent i 10-årsperioden mellom 1998 og 2008. For kvinner over 45 år har det vært en relativt betydelig økning i andelen som drikker ukentlig eller mer. Det er med andre ord endring i drikkevaner til dem i aldersgruppen over 45 år som forårsaker den generelle økningen i andelen som drikker ukentlig eller oftere blant begge kjønn.

Alkoholomsetningen, målt i antall liter ren alkohol per innbygger, har fordoblet seg i perioden 1945 til 2005, fra 3 liter til 6,5 liter (*Figur 20*). Det er særlig i økonomiske oppgangstider at alkoholomsetningen er sterkt økende. Økt omsetning gir, alt annet likt, økt risiko for alkoholavhengighet i befolkningen.





Figur 20. Antall liter ren alkohol solgt på landsbasis i perioden 1850 til 2005 totalt og fordelt på alkoholtipe.

### Sammenhengen mellom psykisk helse og alkoholavhengighet

De som sliter med alkoholavhengighet har ofte også en diagnostiserbar psykisk lidelse som følge av dette. Figur 21 viser gjennomsnittsskår for HSCL-25 for respondentene i levekårsundersøkelsen 2008, gruppert etter hvor ofte de drikker alkohol.

For aldersgruppen 16-24 år er det en lineær sammenheng mellom drikkehyppighet og gjennomsnittsskår på HSCL-25. Gjennomsnittsskåren er lavest for de som aldri drikker, og økende etter hvor ofte en drikker. For begge kjønn er gjennomsnittlig HSCL-25-skår høyere for de som drikker 2-3 ganger i uken, eller oftere, sammenlignet med dem som drikker ukentlig eller sjeldnere. Denne forskjellen er signifikant for unge kvinner. For de eldre aldersgruppene viser figuren at respondenter med moderat alkoholkonsum, dem som drikker mellom 2-4 ganger i måneden, hadde færrest psykiske plager. Både de som drikker sjeldnere og de som drikker oftere enn denne gruppen hadde i gjennomsnitt mer psykiske plager

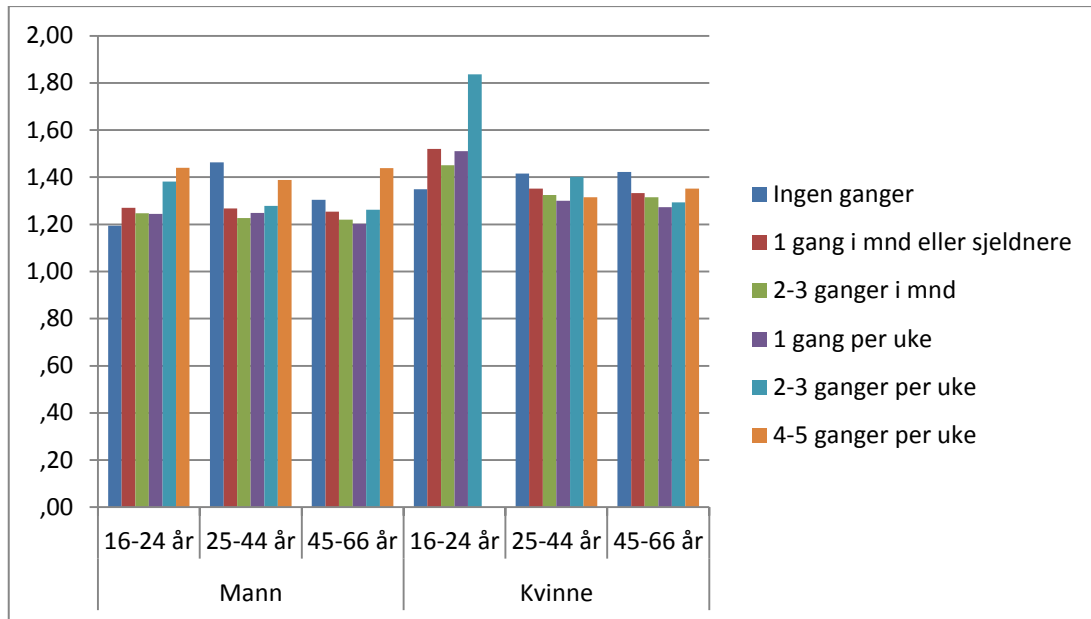
Figur 21 indikerer at det for befolkningen som helhet ikke er en lineær sammenheng mellom psykisk helse og hvor ofte en drikker. Det ser i stedet ut som om det er en kvadratisk sammenheng, hvor både lavt og høyt alkoholkonsum i større grad er forbundet med psykiske problemer sammenlignet med moderat konsum.

Figur 22 viser at Audit-C summen som er forbundet med lavest HSCL-25-gjennomsnittsskår er 4 og 5 for menn og 2 for kvinner. En økning i Audit-C-summen fra 8 til 9 for menn og fra 7 til 8 for kvinner fører til en signifikant økning i gjennomsnittsverdiene for HSCL-25.

### **Analyse av leveårsdata**

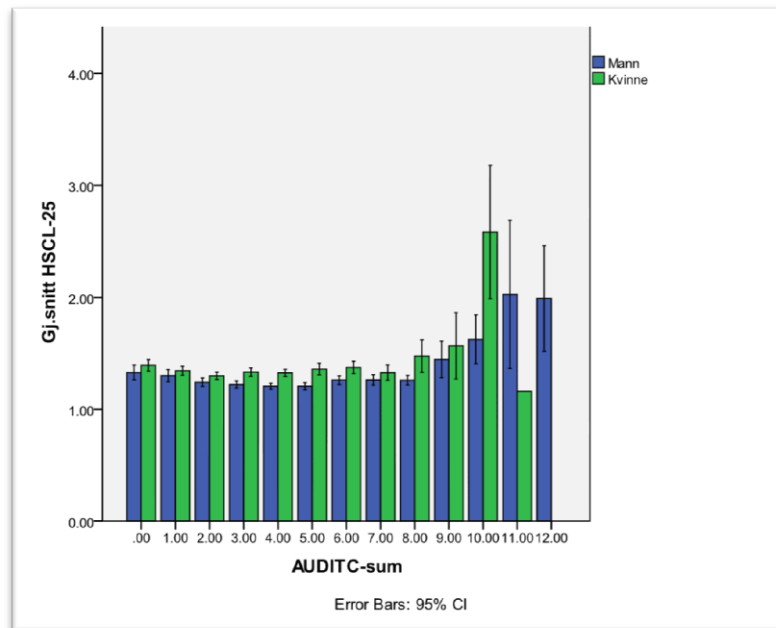
Vår egen regresjonsanalyse bekrefter sammenheng mellom bruk av alkohol (Audit-C) og psykiske lidelser (HSCL-25). Personer som ikke drikker alkohol har i større grad psykiske problemer enn personer som har moderat alkoholkonsum. Personer med høyt alkoholforbruk har imidlertid større psykiske problemer enn befolkningen ellers, se kapittel 12.

Sammenhengen mellom alkoholforbruk og psykisk helse er dermed kurvliniær: lavt forbruk og høyt forbruk henger sammen med dårlig psykisk helse, mens moderat forbruk henger sammen med god psykisk helse.



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsen 2008, SSB.

Figur 21. HSCL-25 gruppert etter hvor ofte en drikker alkohol etter kjønn og alder. Gjennomsnittsskår



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsen 2008, SSB.

Figur 22. HSCL-25 (gjennomsnittsskår) gruppert etter oppnådd Audit-C-sum for kvinner og menn.

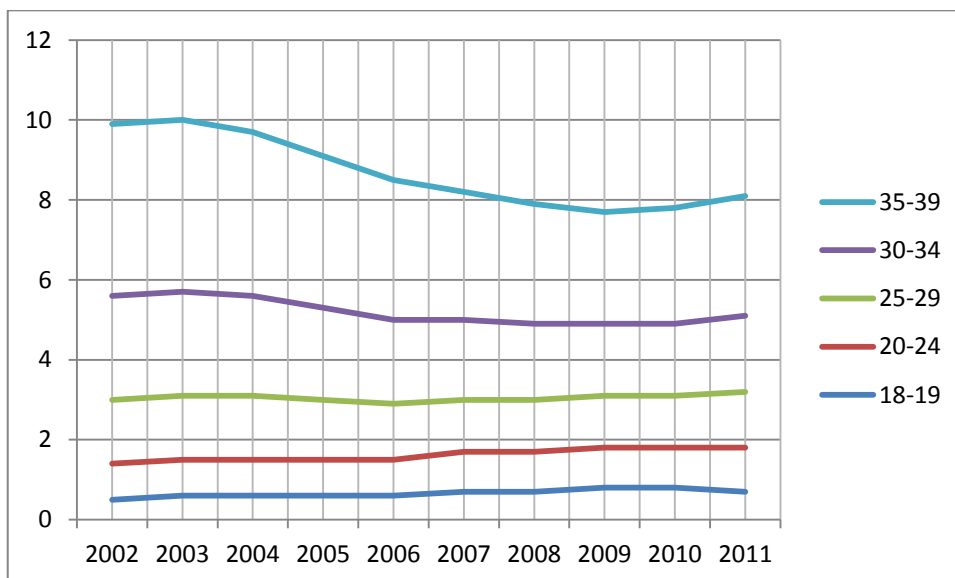
#### 4.2.5 Unge uføre, synkende antall totalt, økning blant de yngste

Unge som mottar uføreytelser er særlig utsatte for å utvikle ytterligere plager, inkludert psykiske problemer. Uføreytelser fra NAV skal sikre inntekt til livsopphold for de som har fått inntektsevnen langvarig nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte. Blant mottakere av uførepensjon i aldersgruppen mellom 18 til 39 år er psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser den vanligste diagnosegruppen (NAV 2006). Innenfor psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser inngår 1) organiske psykiske lidelser/schizofrene og paranoide lidelser, 2) affektive lidelser (stemningslidelser), 3) nevroser og atferds- og personlighetsforstyrrelser, 4) psykiske lidelser på grunn av rusmiddel- eller tablettmisbruk og 5) psykisk utviklingshemming.

Blant de aller yngste, aldersgruppen 18 – 19 år, er det en økning fra 0,5 til 0,7 prosent, mens aldersgruppen 20 – 24 år har økt fra 0,9 til 1 prosent, *Tabell 15*.

Tall fra NAV viser at andelen av befolkningen i prosent som mottar uføreytelser i aldersgruppen 35 – 39 år har sunket i perioden 2002 til 2011 fra 4,3 til 1,9 prosent. I samme periode har andelen i alderen 30 – 34 år sunket fra 2,6 til 1,9 prosent og i aldersgruppen 25 – 29 år fra 1,6 til 1,4 prosent.

Tendensen er den samme for menn og kvinner. I totale tall er andelen uføretrygdede (begge kjønn) redusert fra 31767 til 25811 i perioden.



Kilde: NAV. Fra 2009 er tallene inkl. mottakere av foreløpig uførestønning.

*Figur 23. Mottakere av uførepensjon som andel av befolkningen etter alder pr. 30.09.2002 - 2011. Prosent*

Tabell 15. Mottakere av uførepensjon som andel av befolkningen etter alder.  
Pr. 30.09.2002 – 2011\*\*.

Alder	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
18-19	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7
20-24	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1	1	1	1	1,1
25-29	1,6	1,6	1,6	1,5	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4
30-34	2,6	2,6	2,5	2,3	2,1	2	1,9	1,8	1,8	1,9
35-39	4,3	4,3	4,1	3,8	3,5	3,2	3	2,8	2,9	3

\*\*) Fra 2009 er tallene inkl mottakere av foreløpig uførestønad

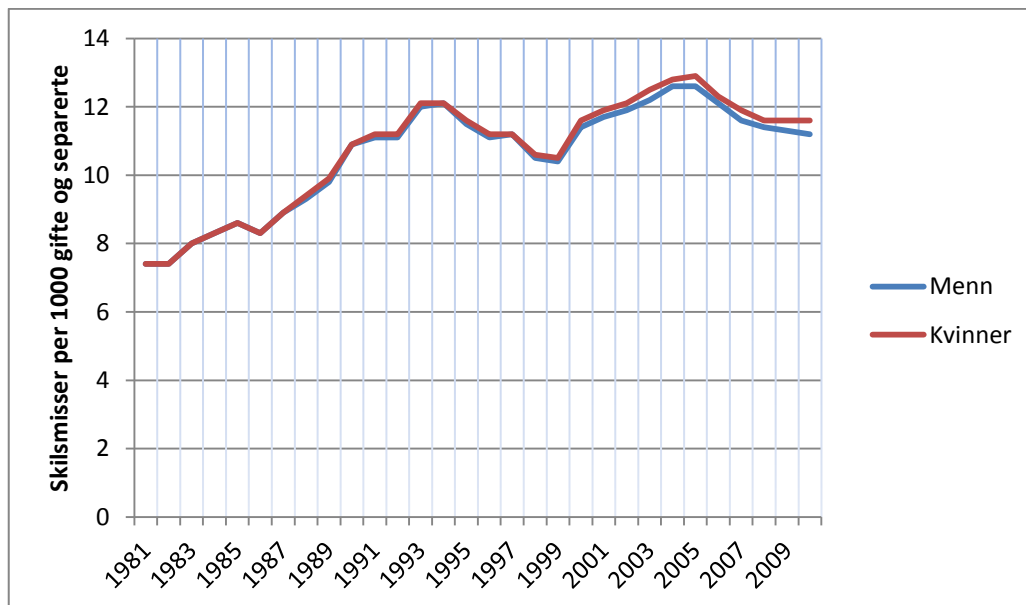
Kilde: NAV

#### 4.2.6 Skilsmisser

Separerte og skilte har omtrent dobbelt så høy andel med psykiske plager som angst og depresjon sammenlignet med resten av befolkningen viser resultater fra Helse- og levekårsundersøkelsen 2005. Skilsmisser er en risikofaktor for psykiske plager.

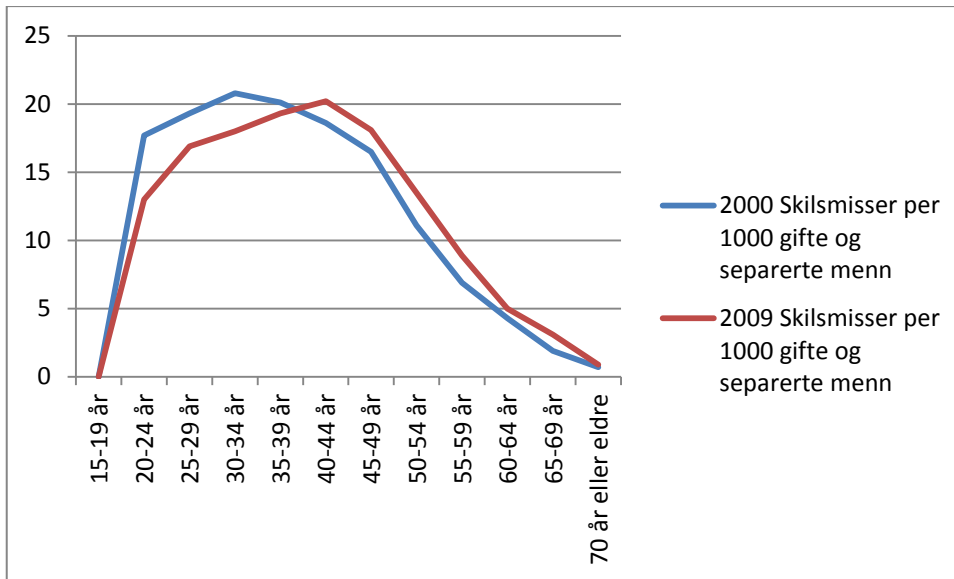
Fra 1981 til midten av 1990 tallet økte skilsmisseratene betydelig. Deretter ble det registrert en mindre nedgang, men med en ny topp i 2004/2005 og en mindre nedgang og utflating av ratene etter det. Ratene i 2009 var i underkant av 12 skilsmisser per 1000 gifte og separerte menn og kvinner mot i underkant av åtte skilsmisser i 1981.

Tall fra 2009 viser at ratene stiger jevnt til en topp i aldersgruppen 40 - 44 år og faller deretter ganske bratt. I aldersgruppen 40 – 44 år er raten nær 20 skilsmisser per 1000 gifte og separerte menn og kvinner.



Kilde: SSB.

Figur 24. Skilsmisserater for menn og kvinner per 1000 gifte og separerte i perioden 1981-2010. Alle aldre.



Kilde: SSB.

Figur 25. Skilsmisserater per 1000 gifte og separerte menn i 2000 og 2009 etter alder.

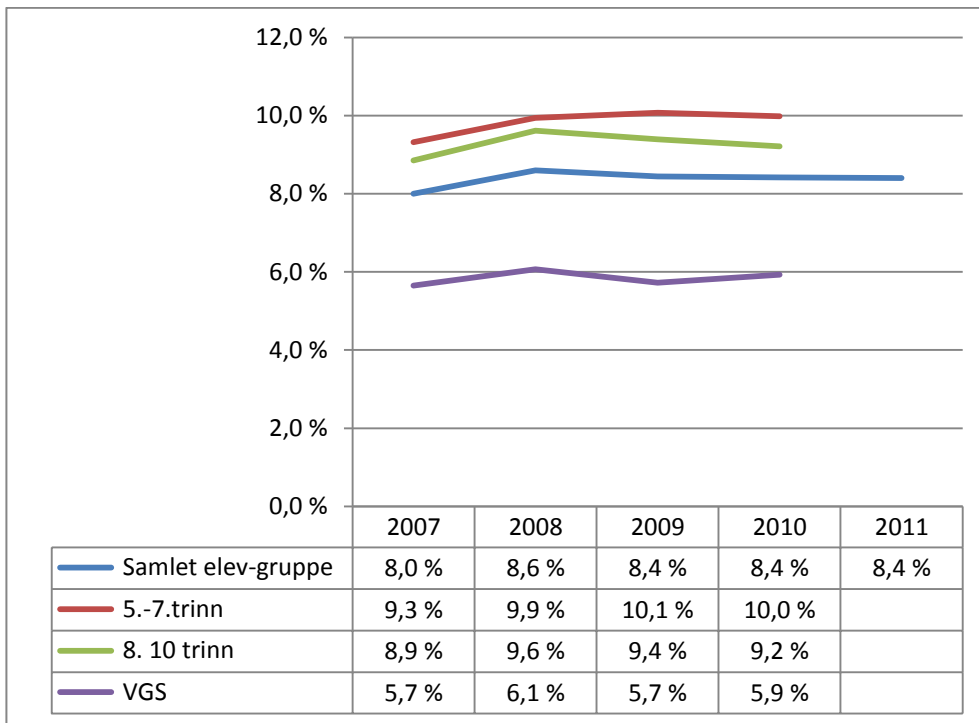
#### 4.2.7 Mobbing i skolen

Opplysninger om mobbing i skolen viser at andelen som er mobbet en sjelden gang eller oftere synker med stigende klassetrinn. En evaluering av Manifest mot mobbing i 2004 viser at cirka 5 % av elevene i barneskolen, 4-5 % i ungdomsskolen og 3 % i VGS ble mobbet ukentlig eller oftere i 2004, gutter oftere enn jenter. Cirka 1 % av elevene i barneskolen og cirka 3 % i ungdomsskolen og i VGS mobbet andre, gutter oftere enn jenter. Det er lite forskning om mobbing i barnehager og i fritidsmiljø. De første undersøkelsene tyder på at mobbing forekommer også i fritidsmiljøene og at også barnehagene er plaget av atferdsproblemer som ligner mobbing i skolemiljøet (Tikkanen og Junge 2004).

Data om mobbing i skolen er hentet fra elevundersøkelsen (Topland og Skaalvik 2010, Løding og Vibe 2010, Wendelborg, C 2011). Elevundersøkelsen kan gjennomføres to ganger hvert år, og skolene er pålagt å gjennomføre undersøkelsen på 7. trinn, 10. trinn og på Vg1 i vårsemesteret. Våren 2011 deltok flere enn 370 000 elever fra 5. trinn til og med Vg3. Undersøkelsen skal gi elevene mulighet til å si sin mening om læring og trivsel på skolen.

Blant spørsmålene som besvares er spørsmål ”Hvor ofte blir du mobbet på skolen”, med følgende svarkategorier: Ikke i det hele tatt (1), En sjelden gang (2), 2 eller 3 ganger i måneden (3), Omtrent en gang i uken (4) og Flere ganger i uken (5). Figur 38 nedenfor viser prosentvis fordeling på spørsmålet om mobbing samlet og for 5-7. trinn, 8-10. trinn samt videregående skole. Vi ser at mobbefrekvensen reduseres etter hvert som elevene blir eldre. På 5-7. trinn oppgav rundt 10 prosent av elevene at de ble mobbet 2 eller 3 ganger i måneden eller mer i 2010. Tilsvarende andel for 8-10. trinn og videregående skole er hhv. 9,2 og 5,9 prosent i samme år. Ser vi på utviklingen for

elevgruppene samlet sett, har andelen som blir mobbet 2-3 ganger i måneden, eller mer, vært uendret på rundt 8,4 prosent de siste 3 årene.



Kilde: Wendelborg, C Mobbing, 2011. Diskriminering og uro i klasserommet.

*Figur 26. Andel som oppgir at de blir mobbet på skolen 2-3 ganger i måneden eller oftere etter klassetrinn og år. Prosent*

Tabell 16. Fylkesvis svarfordeling på spørsmålet "Hvor ofte blir du mobbet på skolen" blant elever i 7. klasse. Prosent

	Ikke i det hele tatt	En sjelden gang	2 eller 3 ganger i måneden	Omtrent 1 gang i uken	Flere ganger i uken	Andel mobbet
Nasjonalt	73,7	17,6	3,6	2,4	2,8	8,8
Akershus	77,6	15,1	3,3	2,0	2,0	7,3
Aust-Agder	71,3	19,6	3,8	2,7	2,8	9,2
Buskerud	73,4	18,6	2,6	2,6	2,9	8,0
Finnmark	72,0	18,6	4,7	3,1	1,6	9,5
Finnmárku						
Hedmark	72,9	18,4	3,3	3,0	2,4	8,7
Hordaland	73,0	17,7	3,7	2,5	3,2	9,3
Møre og Romsdal	73,6	17,5	3,5	2,8	2,5	8,9
Nordland	70,2	19,9	4,4	2,5	3,0	9,9
Nord-Trøndelag	72,2	17,1	3,6	3,3	3,7	10,6
Oppland	71,1	19,4	4,1	2,7	2,8	9,6
Rogaland	73,9	18,1	3,9	2,1	2,1	8,1
Sogn og Fjordane	77,4	14,9	3,6	2,2	1,9	7,7
Sør-Trøndelag	74,6	17,4	3,4	2,0	2,6	8,0
Telemark	73,1	17,8	4,1	2,3	2,8	9,1
Troms Romsa	69,4	19,4	4,1	2,9	4,3	11,2
Vest-Agder	73,7	18,7	2,8	1,7	3,1	7,6
Vestfold	73,8	17,5	3,4	2,6	2,7	8,7
Østfold	73,5	16,7	4,0	2,4	3,5	9,9
Oslo	73,8	17,1	3,7	2,2	3,2	9,1

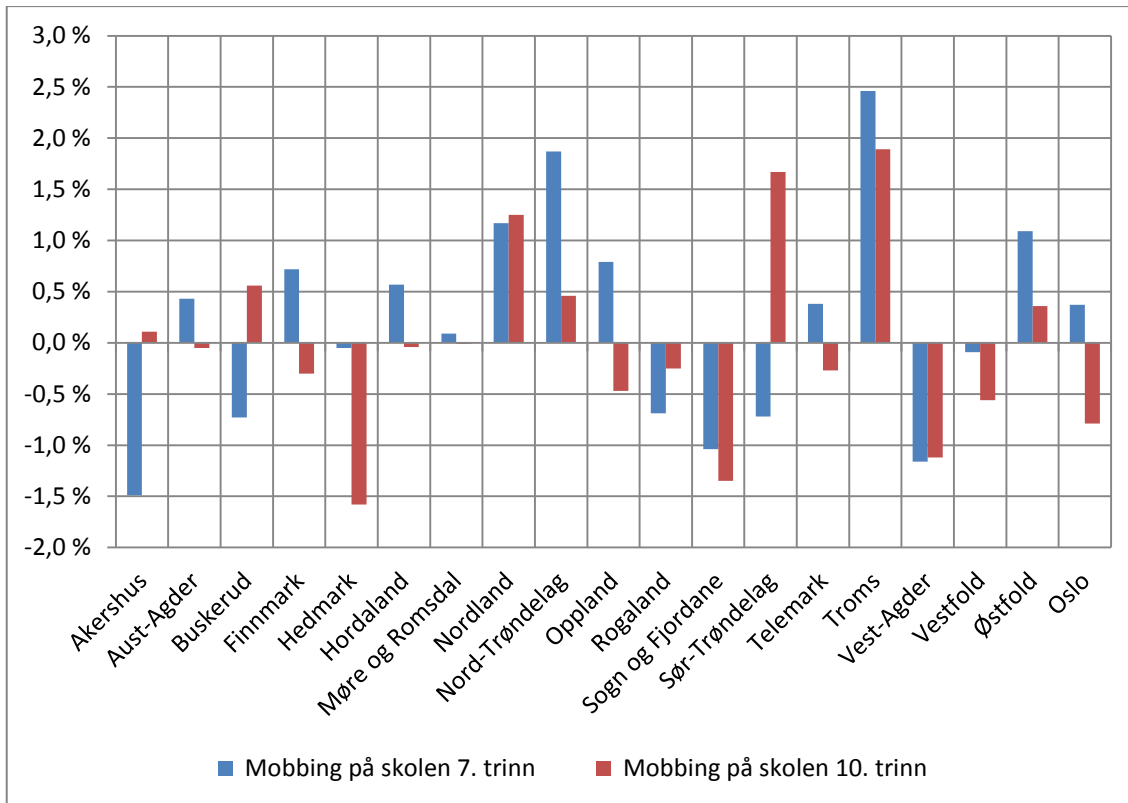
Kilde: Elevundersøkelsen 2011, fylkestall 7. og 10. klasse indeksnivå. Wendelborg, C Mobbing 2011, Diskriminering og uro i klasserommet.



Tabell 17. Fylkesvis svarfordeling på spørsmålet "Hvor ofte blir du mobbet på skolen" blant elever i 10. klasse. Prosent

	Ikke i det hele tatt	En sjelden gang	2 eller 3 ganger i måneden	Omtrent 1 gang i uken	Flere ganger i uken	Andel mobbet
Nasjonalt	76,2	14,6	3,4	1,6	4,2	9,3
Akershus	77,1	13,5	3,3	1,7	4,5	9,4
Aust-Agder	74,2	16,6	3,9	1,5	3,8	9,2
Buskerud	75,8	14,4	4,3	1,8	3,7	9,8
Finnmark	73,0	18,0	3,1	1,9	4,0	9,0
<b>Finnmárku</b>						
Hedmark	76,4	15,9	2,7	1,3	3,7	7,7
Hordaland	75,8	15,0	3,7	1,5	4,0	9,2
Møre og Romsdal	76,0	14,7	3,0	1,8	4,5	9,2
Nordland	73,7	15,8	4,5	1,4	4,6	10,5
Nord-Trøndelag	73,6	16,7	3,7	1,6	4,3	9,7
Oppland	76,0	15,3	3,8	1,5	3,6	8,8
Rogaland	77,2	13,8	2,8	1,7	4,5	9,0
Sogn og Fjordane	77,6	14,5	3,4	0,9	3,6	7,9
Sør-Trøndelag	74,5	14,6	4,1	1,9	4,9	10,9
Telemark	77,5	13,5	3,8	1,1	4,1	9,0
Troms Romsa	71,6	17,2	3,4	2,4	5,3	11,1
Vest-Agder	76,6	15,3	3,0	1,4	3,7	8,1
Vestfold	76,3	15,0	3,1	1,5	4,2	8,7
Østfold	77,1	13,4	3,6	1,6	4,4	9,6
Oslo	79,0	12,5	2,8	2,0	3,6	8,5

Kilde: Elevundersøkelsen 2011, fylkestall 7. og 10. klasse indeksnivå.



Kilde: Elevundersøkelsen 2011.

Figur 27. Andel som oppgir at de blir mobbet på skolen 2-3 ganger i måneden eller oftere. Figuren viser fylkesvise avvik i prosentpoeng sammenlignet med landsgjennomsnittet.

Tabell 16 og 17 viser den fylkesvise fordelingen på spørsmålet "Hvor ofte blir du mobbet på skolen" for hhv. 7. og 10. klassetrinn. Figur 39 viser for hvert fylke hvorvidt andelen elever som blir mobbet 2-3 ganger i måneden eller mer ligger over eller under landsgjennomsnittet. Fylkene Nordland og Troms skiller seg klart ut i negativ forstand, ved å ligge over nasjonalt nivå i andelen som oppgir at de blir mobbet på skolen 2-3 ganger i måneden eller mer, for både 7. og 10. klassetrinn, med henholdsvis 1,2 og 2 prosentpoeng. Nord-Trøndelag ligger over nasjonalt nivå med 1,8 prosentpoeng i 7. klassetrinn, mens Sør-Trøndelag gjør det for 10. klassetrinn. Fylkene Akershus, Hedmark, Sogn og Fjordane og Vest-Agder utmerker seg ved å ligge 1-1,5 prosentpoeng under nasjonalt nivå for andelen elever som oppgir at de blir mobbet på skolen.

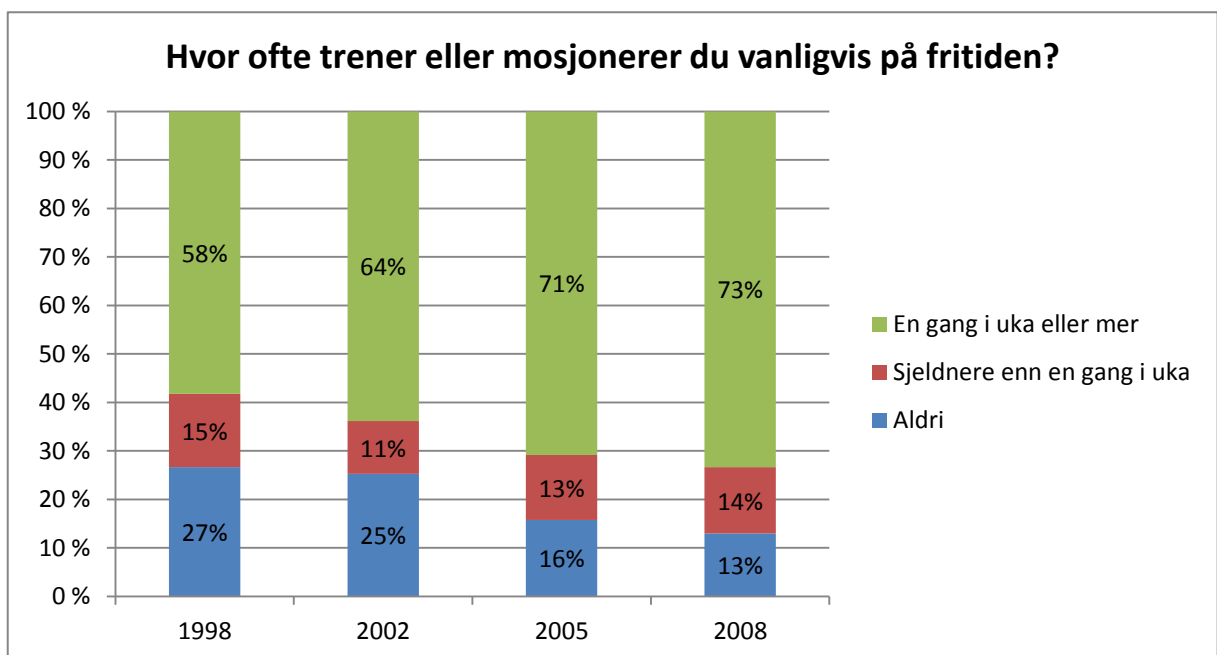
#### 4.2.8 Fysisk aktivitet

For personer som er psykisk friske, vil regelmessig fysisk trening gi økt velvære, bedre evne til å takle stress, gi mer energi og bedre søvn. For personer som har fått en mild til moderat depresjon eller kronisk trøtthetssyndrom, er fysisk aktivitet et godt dokumentert behandlingsalternativ. Også for andre lidelser kan fysisk aktivitet ha virkning. Generelt er mennesker med psykiske lidelser oftere inaktive og i dårligere fysisk form enn normalbefolkningen (Martinsen 2000). Ved noen psykiske lidelser er risikoen for overvekt økt, blant annet fordi enkelte medisiner gir økt appetitt og

vektøkning som bivirkning. Fysisk aktivitet kan være en motvekt mot slike bivirkninger.

En fysisk aktiv befolkning vil, alt annet likt, dermed ha bedre psykisk helse enn en mindre fysisk aktiv befolkning. Av den grunn er fysisk aktivitet en viktig indikator for å kunne måle utviklingen av psykisk helse. Det er flere indikatorer som kan benyttes til å måle nivået på fysisk helse, f.eks. antall registrerte medlemskap ved treningssenter, eller antall aktive i idrettslag. Ulempen med denne typen indikatorer er at de ikke fanger opp uorganisert trening. Spørsmålet "Hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis på fritiden?", fra levekårsundersøkelsen, fanger opp både organisert og uorganisert fysisk aktivitet, og vi foreslår av den grunn å benytte denne indikatoren som mål på fysisk aktivitet i befolkningen.

Figur 28 under, viser utvikling i fysisk aktivitet i perioden 1998 til 2008.

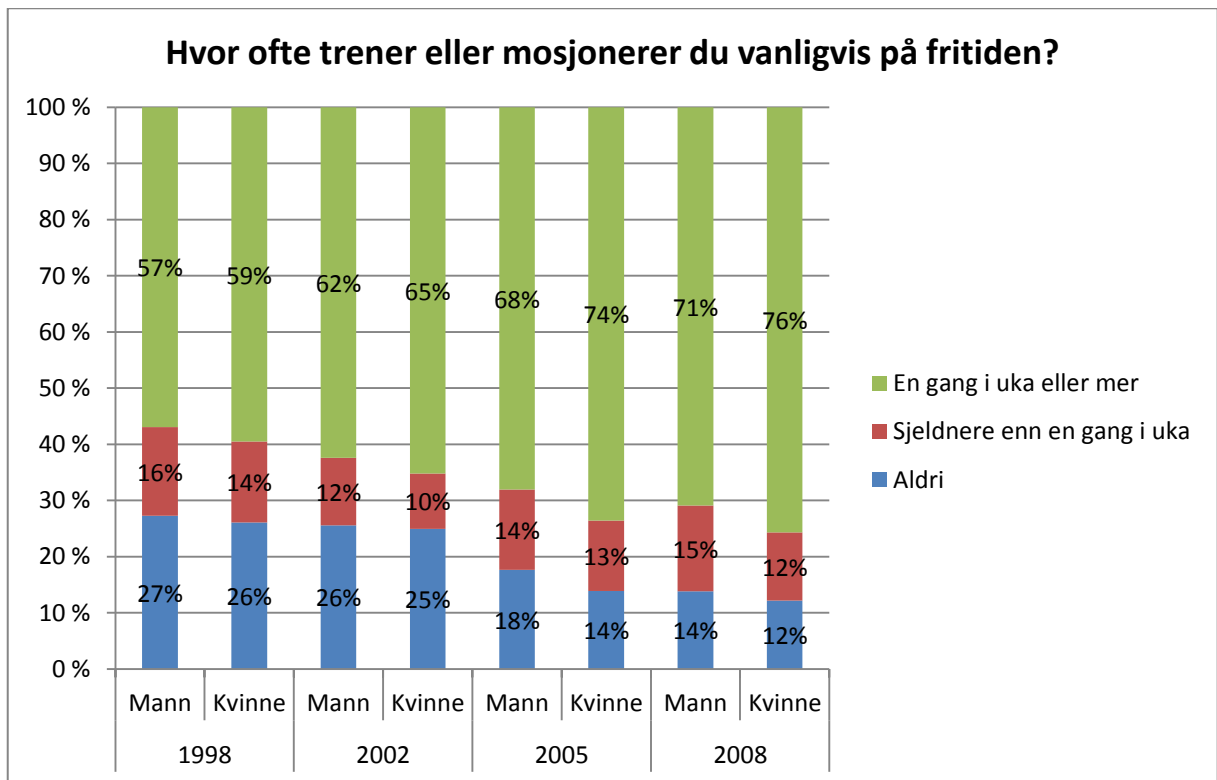


Kilde Levekårsundersøkelsen: 1998, 2002, 2005 og 2008.

*Figur 28. Andelen av befolkningen som mosjonerer/trener ukentlig eller mer, sjeldnere eller aldri, i perioden 1998-2008. Prosent*

Figur 28 viser at andelen av respondentene som trener ukentlig eller oftere har hatt en jevn og forholdsvis sterk økning i perioden 1998 til 2008. I 1998 svarte 58 prosent av respondentene at de trente ukentlig eller oftere. Denne andelen økte til 64 % i 2002, 71 % i 2005 og 73 % i 2008. Kilde: Levekårsundersøkelsen 1998, 2002, 2005 og 2008.

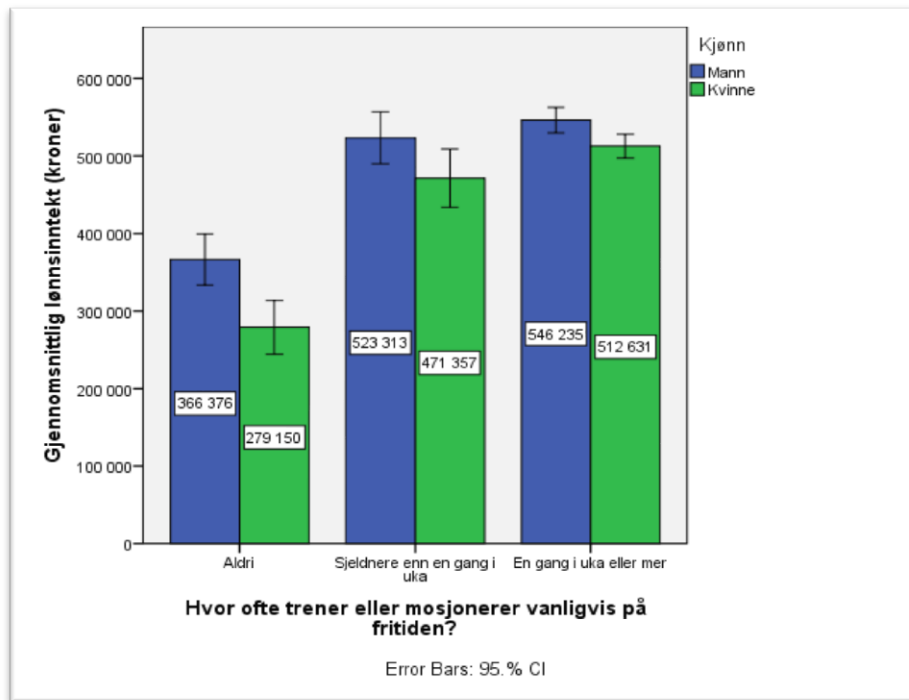
Figur 29 under viser samme spørsmål fordelt på kjønn.



Kilde: Levekårsundersøkelsen 1998, 2002, 2005 og 2008.

*Figur 29. Andelen av befolkningen som mosjonerer/trener ukentlig eller mer, sjeldnere eller aldri, etter kjønn i perioden 1998-2008. Prosent*

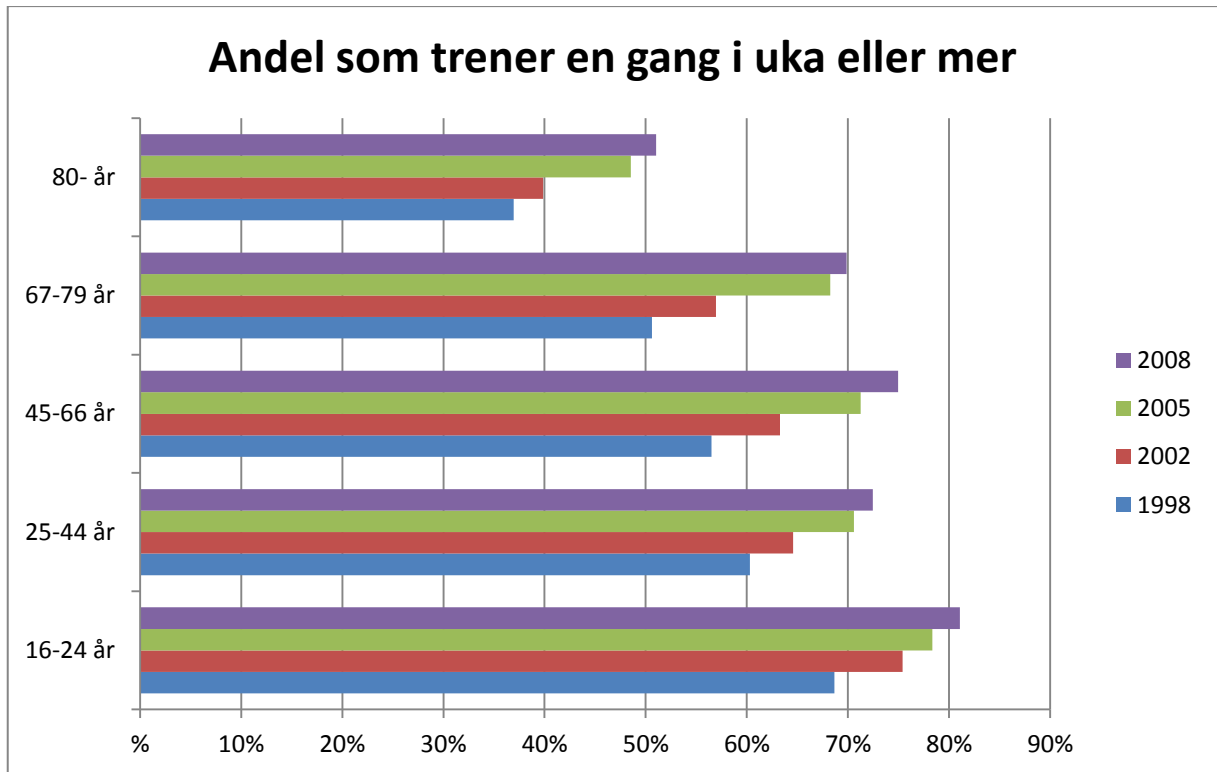
For alle de fire årene levekårsundersøkelsen med helse som fokus er gjennomført, oppgir en høyere andel kvinner at de trener/mosjonerer en gang i uken eller mer, sammenlignet med menn. For begge kjønn øker denne andelen over tid, men samtidig øker den mer blant kvinner enn menn. I 2008 oppgav 76 prosent av kvinnene i det landsrepresentative utvalget at de trente en gang i uken eller mer, mens tilsvarende andel blant menn var 5 prosentpoeng lavere. I 1998 var denne forskjellen kun 2 prosentpoeng.



Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008.

Figur 30. Gjennomsnittlig lønnsinntekt (før skatt) etter kjønn og hvor ofte en vanligvis trener eller mosjonerer.

Det er tidligere påvist at det er en positiv sammenheng mellom fysisk helse gjennom fysisk aktivitet og inntekt (Pettersen 2009), samtidig som denne tendensen går i arv. Barn av foreldre med høy inntekt er mer fysisk aktive enn barn av foreldre med lavere inntekt, alt annet likt. At mange aktiviteter koster penger og at foreldre i lavinntektsyrker som jobber turnus har større problemer med å følge opp barnas aktivisering, pekes på som mulige forklaringer til denne årsakssammenhengen (ibid.). Tilsvarende sammenheng mellom fysisk aktivitet og inntekt, finner en også i datasettet som ble samlet inn i forbindelse med levekårsundersøkelsen i 2008 (Figur 30). Gjennomsnittsinntekten til menn og kvinner som aldri er i fysisk aktivitet er henholdsvis 157 000 og 192 000 kroner lavere, sammenlignet med personer som er i fysisk aktivitet sjeldnere enn en gang i uken. Forskjellen er såpass stor at det er utvilsomt en signifikant inntektsforskjell mellom disse to gruppene. Dem som trener en gang i uken, eller mer, har høyere gjennomsnittlig inntekt sammenlignet med dem som er i fysisk aktivitet sjeldnere enn en gang i uken, men forskjell i inntekt er på langt nær så stor som for dem som aldri er i fysisk aktivitet, og heller ikke signifikant.

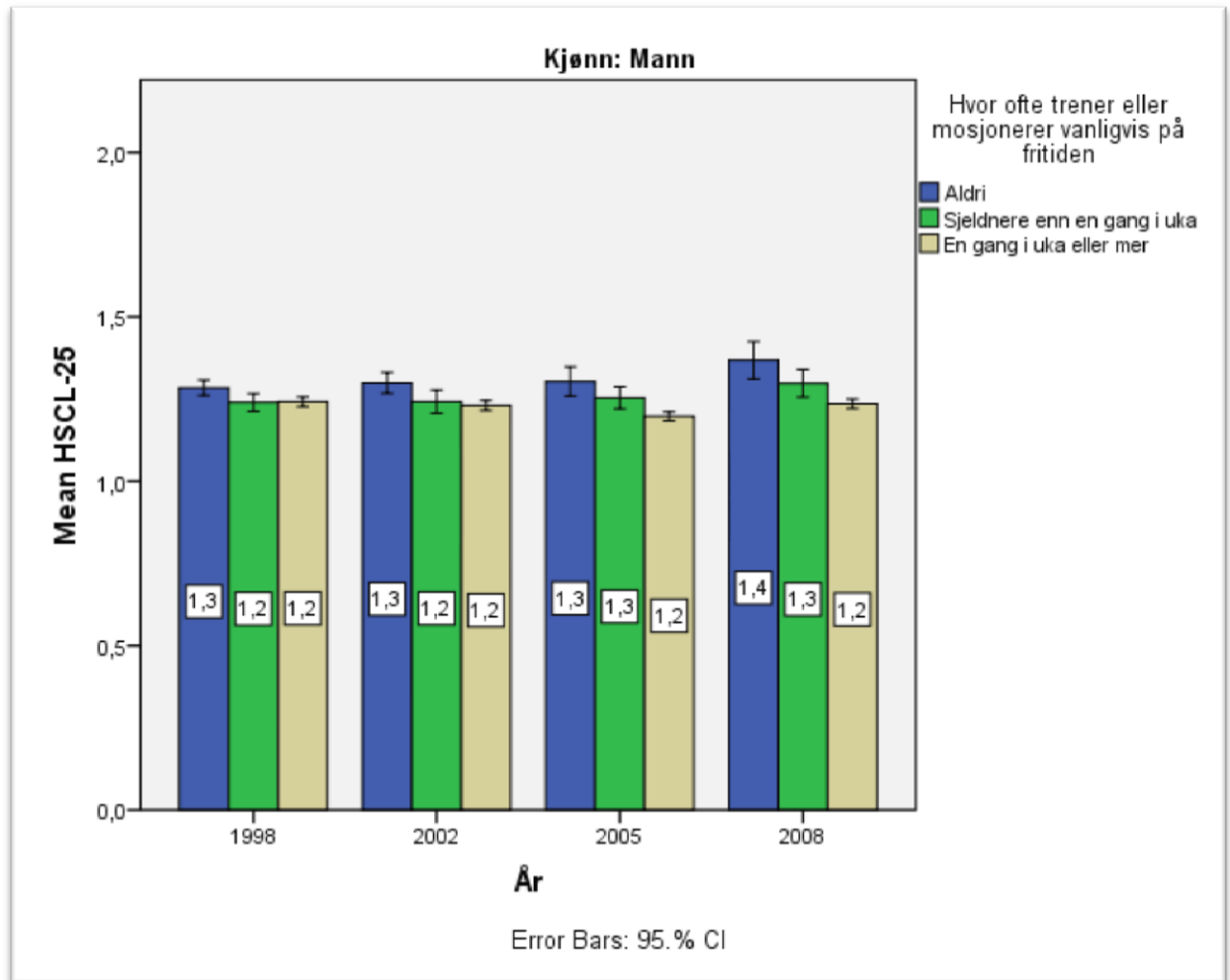


Kilde: Levekårsundersøkelsen 1998, 2002, 2005 og 2008.

*Figur 31. Andelen av befolkningen som mosjonerer/trener ukentlig eller mer, etter alder i perioden 1998-2008.*

Andelen som trener/mosjonerer ukentlig eller oftere er økende for alle aldersgrupper i perioden 1998 til 2008, *Figur 31*.

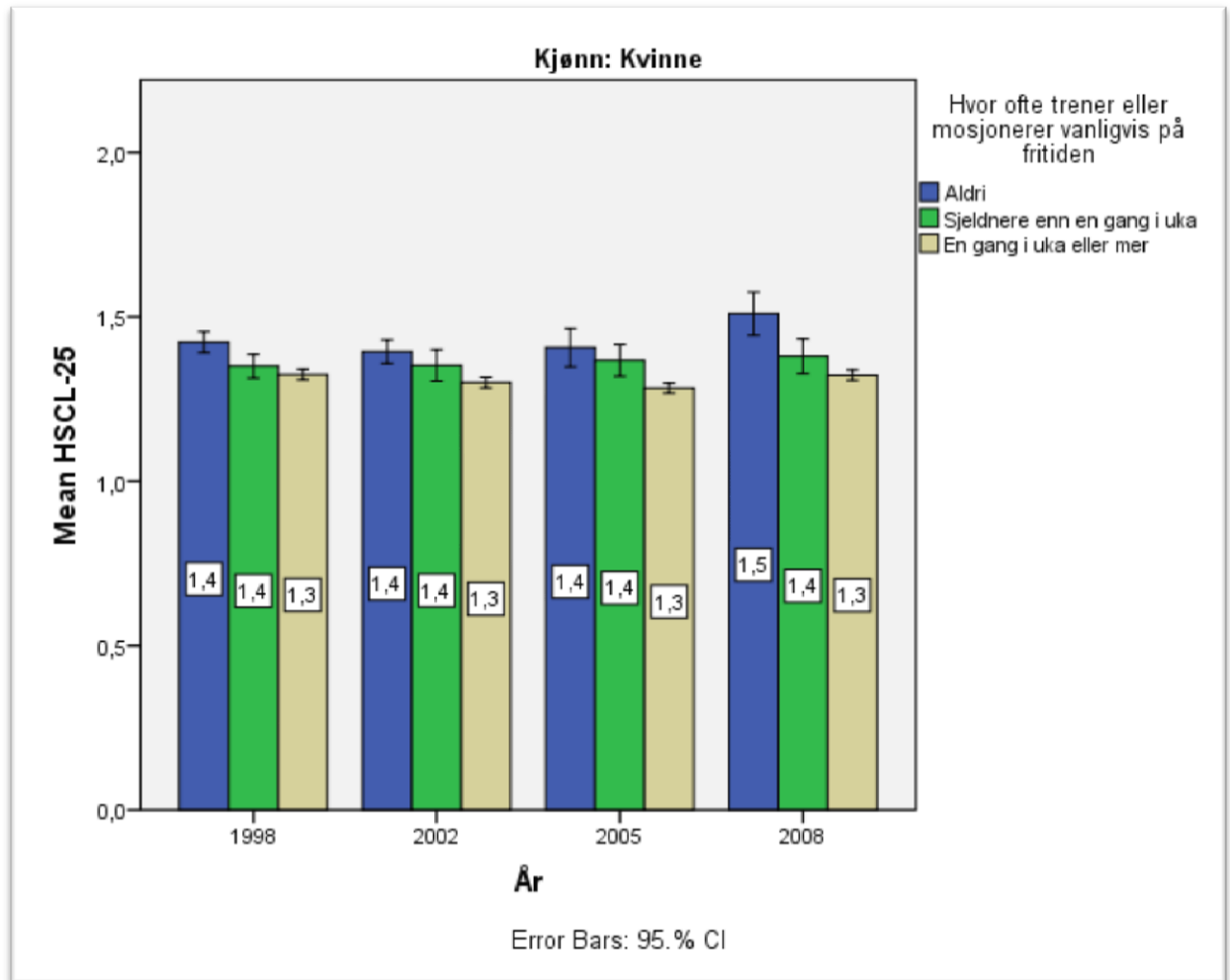
Blant den yngste aldersgruppen er det høyest andel som trener en gang i uken eller mer, mens den er lavest for aldersgruppen over 80 år. Mellom aldersgruppene 25-44 år, 45-66 år og 67-79 år er det mindre forskjeller i andel som trener en gang i uken eller mer.



Kilde: Levekårsundersøkelsen 1998, 2002, 2005 og 2008.

*Figur 32. Gjennomsnittlig HSCL-25-skår blant menn, gruppert etter hvor ofte en mosjonerer, i perioden 1998 til 2008. (CI=konfidensintervall)*

*Figur 32* viser at gruppen menn som er inaktive skårer i gjennomsnitt høyere på HSCL-25-indeksen, sammenlignet med dem som trener/mosjonerer både sjeldnere og oftere enn en gang i uken. Etter hvert som en større andel av den mannlige befolkningen trener ukentlig eller mer, ser det ut til at denne forskjellen øker og blir mer tydelig og signifikant.



Figur 33. Gjennomsnittlig HSCL-25-skår blant kvinner, gruppert etter hvor ofte en mosjonerer, i perioden 1998 til 2008. (CI=konfidensintervall)

Også blant kvinner er det signifikante forskjeller mellom inaktive og de som trener ukentlig eller mer, med de som trener sjeldnere som en mellomkategori (Figur 33). Etter hvert som en større andel av den kvinnelige befolkningen trener ukentlig eller mer, øker også her forskjellen i HSCL-25 mellom inaktive og aktive personer som blir mer tydelig og signifikant.

#### 4.2.9 Sosial støtte

Sosial isolasjon og manglende sosial støtte fra det sosiale nettverket øker risikoen både for psykiske og somatiske helseproblemer (Dalgard m.fl. 2006). Sosialt nettverk forstås som det uformelle nettverket av venner, familie, arbeidskamerater, naboer og andre personer mennesker har rundt seg. Med sosial støtte menes først og fremst den emosjonelle kontakten man har med andre, men også nettverkets funksjon i form av praktisk hjelp og sosial kontroll (Fyrand 1994).

Sosial støtte, eller mangelen på den, har særlig innvirkning hvis man er utsatt for ulike påkjenninger og negative livshendelser. Sosial støtte fungerer som en "buffer" eller

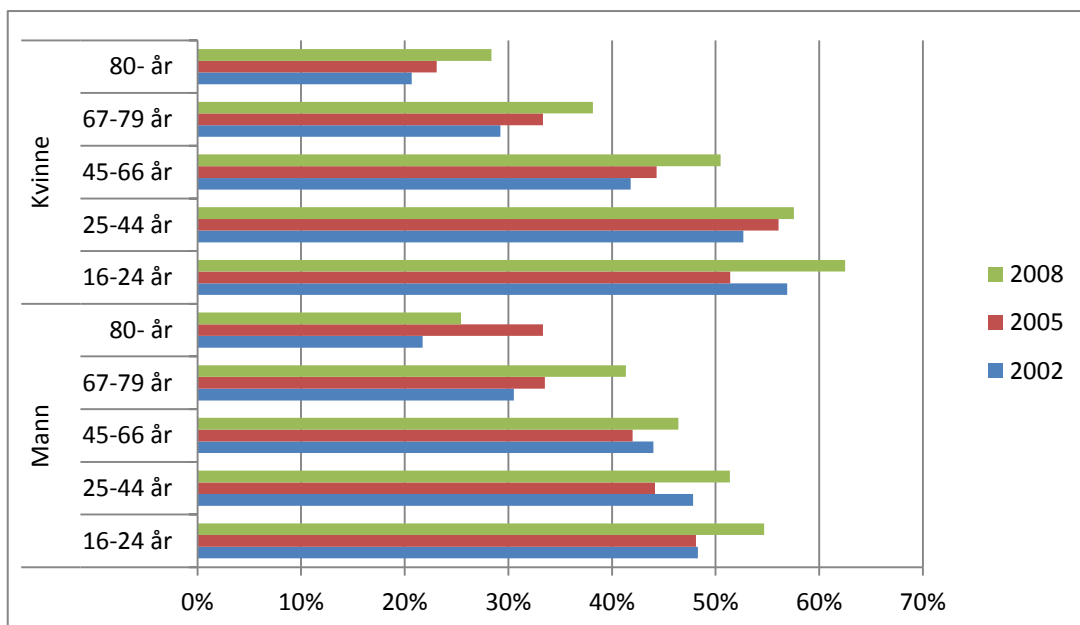


beskyttelsesfaktorer gjennom at det styrker individets mestringsevne. Manglende sosial støtte svekker menneskers evne til å mestre påkjenninger og negative livshendelser, og kan gi et dårligere selvbilde, lavere selvtillit og opplevelse av maktesløshet. I alvorlige tilfeller kan dette resultere i depresjon, angst eller andre psykiske plager (Dalgard 2008). At sosial støtte har en beskyttelsesfunksjon dokumenteres også i norsk forskning (Dalgard m.fl. 1995). Det er ikke kun ved negative livshendelser sosial støtte er av betydning for individers psykiske helse. Studier viser at sosial støtte i seg selv, uavhengig av livsbelastninger, har en positiv effekt på menneskers psykiske helse (Dalgard m.fl. 2006).

I levekårsundersøkelsen benyttes den såkalte Oslo 3 skalaen for å måle sosial støtte. Oslo 3 skalaen er basert på en statistisk analyse av resultatet fra en spørreundersøkelse med 1717 respondenter i alderen over 17 år. For å måle opplevd sosial støtte ble 12 spørsmål angående forhold til familie, venner og naboer benyttet. Ved bruk av statistiske analyser (faktor- og regresjonsanalyse) ble de spørsmålene som i størst grad forklarte sosial støtte identifisert. Dette var følgende tre spørsmål:

1. Antall personer en kan få hjelp av ved problemer (1 = ingen, 4 = over 5)
2. Hvor stor interesse viser andre for det du gjør (1 = ikke noe, 5 = veldig mye)
3. Hvor lett er det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det (1 = veldig vanskelig, 5 = veldig lett)

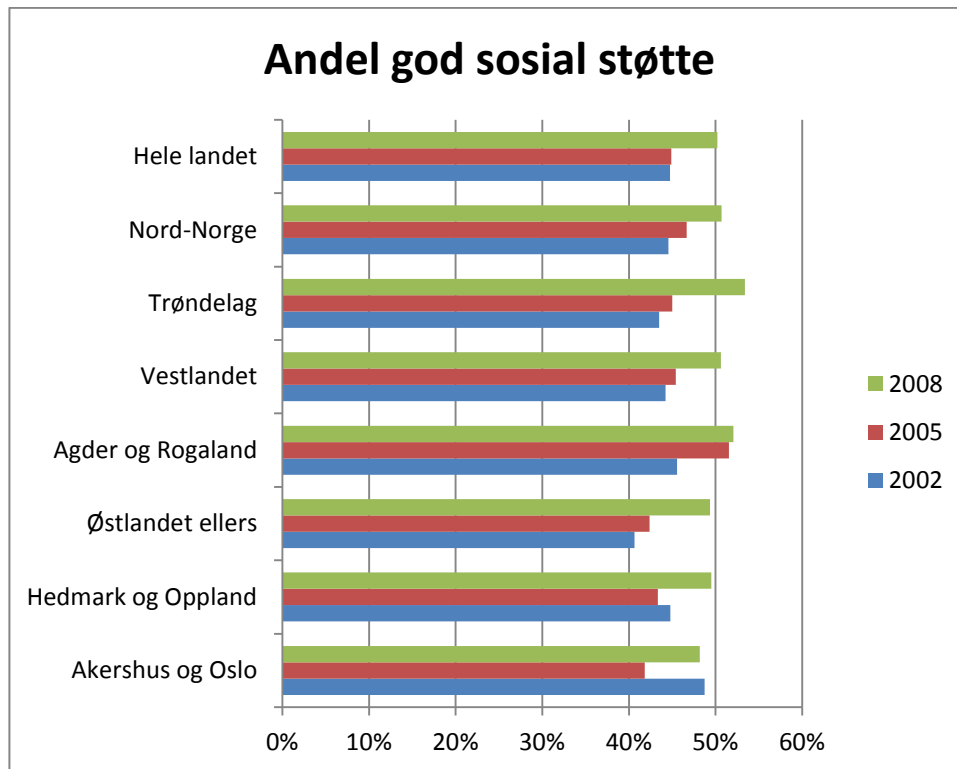
Disse tre spørsmålene summert utgjør Oslo 3 skalaen som går fra 3-14. En skår fra 3-8 regnes som dårlig sosial støtte, 9-11 er middels og over 12 er god sosial støtte. *Figur 34* viser andelen som oppgir god sosial støtte (skårer over 12) fordelt på kjønn og alder.



Kilde: Helse og levekårsundersøkelsene 2002, 2005 og 2008, SSB.

*Figur 34. Andel som oppgir høy sosial støtte fordelt etter alder og kjønn. Prosent*

Figuren viser at andelen som rapporterer om god sosial støtte har gått opp for samtlige aldersgrupper uavhengig av kjønn, når man sammenligner svarene for de tre siste levekårsundersøkelsene. For både menn og kvinner er andelen som rapporterer om god sosial støtte fallende med alderen, hvor de yngste aldersgruppene i størst grad hadde god sosial støtte.



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene 2002, 2005 og 2008, SSB.

Figur 35. Andel med god sosial støtte i ulike landsdeler. Prosent

På landsbasis oppgav rundt 50 prosent av de spurte i 2008 undersøkelsen at de har god sosial støtte (Figur 35). En større andel av respondenter bosatt i Trøndelag, Agder og Rogaland oppgir bedre sosial støtte enn landsgjennomsnittet. Respondenter bosatt i østlandsområdet oppgir i mindre grad god sosialstøtte enn landsgjennomsnittet. Det er imidlertid store variasjoner mellom levekårsundersøkelsen i 2002, 2005 og 2008, noe som kan tyde på at Oslo 3 skalaen ikke entydig fanger opp sosial støtte, da det er lite trolig at denne indikatoren endrer seg radikalt i en seksårsperiode.

#### 4.2.10 Synkende andel med lavinntekt i befolkningen

Helsedirektoratet skriver om indikatoren lavinntekt: Personer i lavinntektsgruppen er mer utsatt for å utvikle psykiske problemer enn befolkningen generelt. Tall fra Statistisk Sentralbyrå viser at andelen av befolkningen som befinner seg i lavinntektsgruppen gradvis har sunket de siste årene. Lavinntekt er en risikofaktor for utvikling av psykiske problemer.

I et samfunn der de fleste varer og tjenester kan kjøpes, har størrelsen på inntekten stor betydning for hvordan vi lever og har det, noe som også omfatter den psykiske helsen. Forskning har vist at lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død. Blant dem med lav inntekt er det en sterk overrepresentasjon av minstepensjonister, sosialhjelpsmottakere, ikke-vestlige innvandrere, langtidsledige og unge enslige. Dette er alle risikogrupper for å utvikle psykiske lidelser. Lavinntektsgruppen er generelt preget av svakere yrkestilknytning, lavere utdanningsnivå, aleneboere, og er hyppigere mottakere av sosiale stønader, noe som alle er risikofaktorer når det gjelder psykisk helse (Mørk 2006).

Statistisk sentralbyrå konkluderer slik:

- De fleste husholdninger har hatt en god inntektsvekst de siste årene. Målt i faste priser økte medianinntekten med 33 prosent i perioden 2000 til 2009
- Blant dem med lavinntekt er det en sterk overrepresentasjon av minstepensjonister, sosialhjelpsmottakere, innvandrere, langtidsledige, langtidssyke og unge aleneboende.

Det benyttes to ulike definisjoner av lavinntekt i internasjonale undersøkelser. Begge disse definisjonene tar utgangspunkt i medianinntekten i befolkningen. Medianinntekten er den midterste inntekten i inntektsfordelingen, altså det inntektsbeløpet som deler alle inntektene i en gruppe i to like store halvdel, etter at inntekten er sortert stigende (eller synkende). Det vil altså være like mange personer med en inntekt over som under medianen.

OECD tar utgangspunkt i beløpet som utgjør 50 prosent av medianinntekten for alle personer, etter at husholdningsinntektene er regnet om til forbruksenheter ved hjelp av OECD skalaen. Alle personer med en inntekt per forbruksenhet lavere enn dette, regnes å tilhøre lavinntektsgruppen. Etter OECD skalaen utgjorde 4 prosent av befolkningen i 2007 lavinntektsgruppen. I følge OECD måtte en enslig person ha 101 000 kr i inntekt etter skatt i 2006 for ikke å havne under 50 prosent av medianinntekten for alle.

Den andre definisjonen tar utgangspunkt i den definisjonen som benyttes av EU. Lavinntektsgrensen settes til 60 prosent av medianinntekten for alle personer, etter å ha korrigert for ulikheter i husholdningsstørrelse ved hjelp av EU skalaen.

Andel personer som var under lavinntektsgrensen (60 % av medianinntekten for alle personer) har vært synkende fra 1999 til 2009. Andelen i 1999 var 6,3 prosent og i 2009 5,1 prosent. Andel som har 50 % av medianinntekten har endret seg lite i perioden og var i 2009 1,8 prosent mot 1,9 prosent i 1999.

Analyser viser at betydningen av lavinntekt for psykisk helse avtar når det blir kontrollert for kjønn, alder og ulike risikoforhold<sup>22</sup>. Dette betyr at lav inntekt ikke har noen selvstendig effekt på psykisk helse.

<sup>22</sup> Risikoforhold i analysen er lav utdanning, lav inntekt, ikke arbeid/skole, ugift, ikke-vestlig bakgrunn, skilt/separert, alvorlige økonomiske problem, lav mestring og sosialhjelp.

*Tabell 18. Andel personer med ekvivalentinntekt (EU-skala 50 %) under den årlige lavinntektsgrensen og som var under lavinntektsgrensen i minst to av de tre foregående årene. Hele befolkningen eksklusive studenter. Prosent*

1999	2000	2001	2002	2003	2007	2008	2009
1,9	1,9	1,7	1,9	1,8	2	2	1,8

Kilde: SSB.

*Tabell 19. Andel personer med ekvivalentinntekt (EU-skala 60 %) under den årlige lavinntektsgrensen og som var under lavinntektsgrensen i minst to av de tre foregående årene. Hele befolkningen eksklusive studenter. Prosent*

1999	2000	2001	2002	2003	2007	2008	2009
6,3	6	5,7	6,1	5,7	5,3	5,4	5,1

Kilde: SSB.

### 4.3 Diskusjon

Opplysninger om risiko- og påvirkningsfaktorer handler i stor grad som sosiale forhold som kan påvirke psykisk helse i befolkningen. En vurdering av årsakssammenhenger knyttet til seleksjonshypotesen og sosialt stresshypotesen er aktuelle i forbindelse med risiko- og påvirkningsfaktorer. Helsedirektoratet kommenterer som nevnt innledningsvis i dette kapitlet at sosiale forhold kan føre til dårligere psykisk helse (sosialt stresshypotesen), men dårlig psykisk helse kan føre til at en person lever under vanskelige sosiale forhold (seleksjonshypotesen). Slik som indikatorene framstilles av Helsedirektoratet i oversikten over psykiske indikatorer forutsetter man i stor grad sosialt stress hypotesen; at de ulike samfunnsforhold påvirker psykisk helse i negativ retning. Seleksjonshypotesen ville vært relevant i mange tilfeller, for eksempel kan personer bli arbeidsledige pga. psykiske årsaker, samtidig som ledighet kan påvirke psykisk helse negativt. Når det gjelder unge uføre, forventer vi at dette i større grad er en konsekvens av snarere enn en årsak til dårlig helse, men uførhet kan på sin side bidra til å forsterke dårlig helse. Både i forhold til arbeidsledighet og sykefravær kan man diskutere utstøtingshypotesen (Halvorsen 1996), nemlig at helseproblemer over tid fører til utstøting fra arbeidslivet og over i for eksempel uføretrygd.

Status som aleneboer, forutsettes å representere en helserisiko. Vi har her valgt å definere aleneboer som en husholdning med kun ett medlem. I vår analyse av risikofaktorer for psykisk helse (kapittel 12) viser det seg imidlertid at aleneboer (bare en person i husholdningen) ikke har noen innvirkning på psykisk helse, når man kontrollerer for andre forhold som utdanning, arbeidsledighet, alkoholforbruk, ung ufør, sosial støtte, lønnsinntekt og alder. Opplysning om aleneboer kunne derfor tas ut av risikofaktorer, fordi opplysningen ikke bidrar noe utover de andre nevnte forholdene til forklaring av psykisk helse. På den andre siden avgrenser opplysningen om status som

aleneboer en befolkningsgruppe i risikozonen, selv om andre forhold som for eksempel alkoholforbruk har større effekt på psykisk helse. Opplysning om aleneboere er godt tilgjengelig gjennom utvalgsundersøkelser og kan være et utgangspunkt for diskusjon om psykisk helse. Men det er altså ikke gitt at det å ”forebygge” status som aleneboer bedrer den psykiske helsen i en befolkning. I en analyse fra Folkehelseinstituttet viser forfatterne (Myklestad, Rognerud og Johansen 2008) at ugifte og ikke samboende har en effekt på psykisk helse, selv om man kontrollerer for tilsvarende variabler som vi har i vår egen analyse. Forskjellene mellom de to undersøkelsene kan skyldes ulike mål på ”aleneboende”, hvor vi har valgt enpersonhusholdninger mens Folkehelseinstituttet har valgt ugifte/ikke samboende. Et annet forhold er analysemetoden, hvor Folkehelseinstituttet bruker en to-delt avhengig variabel, HSCL-25 over og under grenseverdien 1,75, mens vi har brukt HSCL-25 som en kontinuerlig variabel. Et annet forhold er at personer som er kodet som ugift ikke nødvendigvis bor alene, men kan medlem av flerpersonehusholdninger. Ulike analyseresultater kan tyde på at sammenhengen mellom aleneboer og psykisk helse ikke er helt klarlagt.

Sosial støtte viser en sterk sammenheng med psykisk helse. Forskning viser at sosial støtte er viktig for psykisk helse (Dalgard m.fl. 2006, Dalgard 2008). Vår egen analyse tyder imidlertid på at sammenhengen ikke er lineær. Analysen viser at sammenhengen øker inntil et visst omfang av sosial støtte, for deretter å flate ut.

Andel som oppgir høye sosial støtter har økt fra 2002 til 2008 (levetårsundersøkelsene) for alle, unntatt menn i alderen over 80 år. Generelt oppgir eldre lavere andel med sosial støtte enn yngre. Sosial støtte er altså en sterkere beskyttelsesfaktor for yngre enn for eldre og sterkere for kvinner enn for menn. Geografiske variasjoner viser at Østlandet har lavere andel med sosial støttet enn landsgjennomsnittet. Agderfylkene, Rogaland og Trøndelag oppgir høyere andel enn landsgjennomsnittet.

Alkoholforbruk er også et forhold som viser en sterk sammenheng med psykisk helse, men sammenhengen er ikke lineær, etter våre analyser. Lavt forbruk har liten sammenheng psykisk helse mens sammenhengen øker med økende forbruk. Et unntak er de som ikke drikker alkohol i det hele tatt. Statistikk vist i figur 28, viser at personer som ikke drikker, har noe høyere skåre på HSCL-25 enn de som drikker moderat, men lavere enn de som drikker mye. Generelt er kvinner mer utsatt for psykiske plager enn menn, og yngre kvinner er en spesielt utsatt risikogruppe.

Både sosial støtte og alkoholforbruk er sentrale som indikatorer for psykisk helse.

Separerte og skilte har høy andel med psykiske plager og er indikator man må følge med på. Vår analyse viser en signifikant sammenheng mellom skilte og separerte og høy skåre på HSCL-25. Sammenhengen er spesielt sterk for separerte. De siste 10 årene har det imidlertid vært små endringer i skilsmisseratene for menn og kvinner. Ratene er høyest i aldersgruppene mellom 30 og 50 år, men ratene er noe forskjøvet mot høyere aldersgrupper i 2009 sammenlignet med 2000.

Lav utdanning har sammenheng med psykisk helse, og menn og kvinner med lav utdanning har dobbelt så høy forekomst av psykiske plager sammenlignet med personer med høy utdanning (Rognerud m fl 2007). Andelen personer med lavere utdanning er redusert de siste ti årene og er et tegn på at utdanningsnivået i befolkningen er økende.

Høyere utdanning skulle derfor kunne virke som en beskyttelsesfaktor mot psykiske plager i en befolkning. Hvis vi får et overskudd av akademisk arbeidskraft, kan det oppstå større ledighet blant høy utdannede som i sin tur kan virke negativt på psykisk helse. Utdanning som indikator er interessant å følge med på, men det er også viktig samtidig å følge utviklingen på arbeidsmarkedet for ulike utdanningsgrupper.

For å måle andel med lavere utdanning, er opplysning og andel som ikke har høyere utdanning utilstrekkelig. I tillegg har vi opplysning om frafall i videregående skole. Andelen er redusert noe for menn i yrkesfag de siste ti årene, men ikke for kvinner. I allmennfag er det små endringer. Kvinner har lavere andel uten fullført utdanning enn menn. Det er imidlertid store geografiske forskjeller på dette området, hvor Finnmark har en andel på 50 prosent som ikke fullfører videregående skole i yrkesfag mot 27 prosent i Sogn og Fjordane. Også i allmennfag har Finnmark høyest andel som ikke fullfører utdanningen (27 prosent). Nord-Norge skiller seg ikke spesielt ut sammenlignet med landet ellers i omfanget av psykiske lidelser eller selvmord. Finnmark ligger på landsgjennomsnitt for andel unge uføre (0,5 %). Som indikator viser lav utdanning systematisk sammenheng med dårlig psykisk helse. Statistikken blir jevnlig oppdatert og er en aktuell indikator. Den bidrar til å opprettholde oppmerksomheten om utdanning og psykisk helse.

Flere undersøkelser viser at arbeidsledige har økt hyppighet av psykiske plager (Dalgard m. fl. 2006, Rognerud m. fl. 2008). Vår egen undersøkelse av levekårsdata fra 2008 støtter opp om dette. Arbeidsledighet er derfor en sentral indikator. Arbeidsledigheten i Norge er lav i europeisk sammenheng og var tett under 3 prosent i 2010 i gjennomsnitt. Ledigheten er imidlertid høyere for menn, 3,4 prosent, og høy for aldersgrupper under 25 år (mellom 7,7 og 12 prosent). Ledigheten er også relativt høy blant bosatte innvandrere (7,7 prosent). Regionale forskjeller viser at Oslo og Finnmark har høyere ledighet enn landsgjennomsnittet.

Data om mobbing i skolen er den eneste kilden til risikofaktorer blant barn og unge. En artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening viser til flere internasjonale studier som dokumenterer sammenhenger mellom mobbing og en rekke helseplager som depresjon, angst, hodepine, ansenthet med flere (Vatn, Bjertnes og Lien 2007). En doktoravhandling bekrefter sammenheng mellom mobbing og psykisk helse (Paul Grieff (2005).

Statistikk over mobbing viser en økning i grunnskolen i perioden 2007 til 2011, med størst økning på 5 – 7 trinn fra 9,3 til 10,0 prosent. Geografiske variasjoner viser høyest andel som ble mobbet i Nord-Trøndelag og Telemark fylker.

Opplysninger om mobbing bør beholdes som indikator både fordi mobbing har klar sammenheng med psykisk helse og fordi dette er den eneste indikatoren om risikofaktorer blant barn. Mobbing i skolen er også et tema som stadig diskuteres i media og som opptar mange. Det bør imidlertid bli en oppgave å søke etter flere risikofaktorer for barns psykiske helse.

Lavinntekt regnes som en risikofaktor for utvikling av psykiske problemer. Vår analyse av levekårsdata viser at lavinntekt er systematisk forbundet med psykisk helse. Andelen med lav inntekt etter EUs definisjon har sunket mellom 1999 og 2009 i Norge. Andelen

var 6,3 prosent i 1999 og 5,1 prosent i 2009<sup>23</sup>. I følge SSB er det en overrepresentasjon av minstepensjonister, sosialhjelpsmottakere, innvandrere, langtidsledige, langtidssyke og unge aleneboende blant personer med lavinntekt.

Vår analyse i kapittel 12 viser at en rekke risikofaktorer er forbundet med dårlig psykisk helse. Dette gjelder faktorer som lav utdanning, arbeidsledighet, høyt alkoholforbruk, lite fysisk trening, lav sosial støtte, separasjon og lav inntekt. Dette støtter opp om valget av risikofaktorer som relevante for psykisk helse, men utelukker ikke at personer kan tilhøre en risikogruppe som følge av sosial seleksjon.

---

<sup>23</sup> Under 60 % av medianinntekten i befolkningen.

## 5 Forebygging

### 5.1 Innledning

Under dette temaet er det kun en indikator og den handler om åpenhet om psykisk helse. Dette er opplysninger som er kommet frem i to undersøkelser. Hensikten med indikatoren er å belyse samfunnsmessige forhold som kan forebygge eller beskytte mot psykiske plager og lidelser.

Åpenhet om psykisk helse bidrar til økt kunnskap og forståelse rundt psykisk helse og reduserer fordommer, stigmatisering og tabuer knyttet til psykiske problemer. Dette vil gjøre det enklere å innrømme problemer og oppsøke hjelp for den det gjelder og deres nærmeste (Sverdrup og Bratt 2003). Negative holdninger har negativ effekt på muligheter, behandling og livet generelt for mennesker med psykiske problemer (Myrvold 2008). Åpenhet om psykisk helse bidrar til å redusere fordommer og senke terskelen for å oppsøke hjelp. Av denne grunn inngår indikatoren under forebyggende tjenester. Derfor er det viktig å opprettholde oppmerksomheten om åpenhet rundt psykiske lidelser.

#### 5.1.1 Indikator og utviklingstrend: stabilt positive holdninger

Datakilder til denne indikatoren bygger på undersøkelser gjort av Norsk Gallup i perioden 2005 til 2008 og av Myrvold (2008).

Opplysningene om åpenhet om psykisk helse viser at befolkningen er ganske tolerant overfor personer med psykiske lidelser, og dette er en stabil tendens over tid. Noe over 80 prosent er åpne overfor familie, og mellom 70 og 80 prosent er åpne overfor venner. Andelen som er åpne overfor kolleger er mindre, men likevel over 50 prosent.

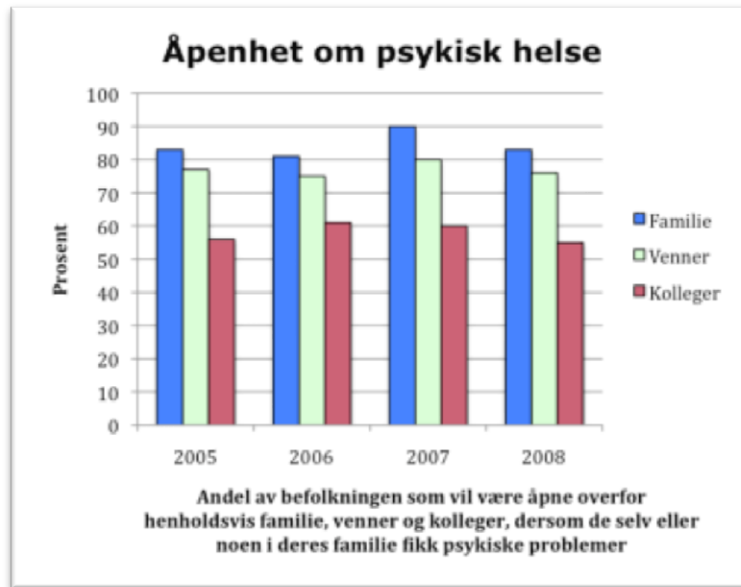
### 5.2 Resultater

Undersøkelser gjennomført av Norsk Gallup på oppdrag fra Helsedirektoratet viser at 71,3 prosent (gjennomsnitt) vil være åpne overfor familien, venner og kolleger om psykiske problemer, dersom dette skulle bli aktuelt

#### Høy grad av åpenhet overfor familie

I følge undersøkelsen fra 2008 vil 83 prosent av befolkningen være åpne overfor familien, dersom de selv eller noen i familien fikk psykiske problemer. Dette er en liten nedgang fra 2007. Tilsvarende prosentandel for 2005 og 2006, var henholdsvis 83 og 81 prosent. Vi tolker tendensen som relativt stabil tett over 80 prosent.





Kilde: Norsk Gallup

Figur 36. Åpenhet om psykisk helse 2005 – 2008.

Andelen som vil være åpne overfor venner er noe lavere. I 2008 oppga 76 prosent at de vil være åpne overfor venner dersom de selv eller noen i familien skulle få psykiske problemer. Også her er tendensen over tid ganske stabil, mellom 70 og 80 prosent.

Andel som vil være åpne overfor kolleger er en del lavere. En andel på 55 oppgir i 2008 at de vil være åpne om psykiske problemer overfor kolleger på jobb og skole. Denne andelen har holdt seg relativt stabil i perioden fra 2005.

Yngre personer ser ut til å være mindre åpne overfor kolleger. En andel på 37,5 prosent av respondentene i alderen 15-29 år oppgir at de vil være åpne om psykiske problemer overfor kolleger, mot 55 prosent i befolkningen generelt, i følge undersøkelsen fra Norsk Gallup.

En rapport fra NIBR<sup>24</sup> viser at folk flest ikke har stigmatiserende holdninger overfor psykisk syke (Myrvold 2008). Andelen med stigmatiserende holdninger har avtatt siden 2002. Rapporten oppsummerer med at:

- Betydelig færre synes personer med psykiske problemer er en belastning å være sammen med.
- Færre mener det er flaut med psykisk sykdom.
- Folk ser mer optimistisk på mulighetene til å komme seg etter psykisk sykdom nå enn i 2002.
- Villigheten til å være åpen øker med nærheten til dem man er åpen for.

<sup>24</sup> Norsk institutt for by- og regionforskning.

- Kvinner har mindre stigmatiserende holdninger enn menn mens personer over 60 år har mer stigmatiserende holdninger enn yngre, i følge Myrvold (2008).

### 5.3 Diskusjon

Åpenhet om psykisk helse er den eneste indikatoren knyttet til forebygging. Opplysningene er viktige, men det er uvisst når undersøkelsene gjentas. Siste tall fra Norsk Gallup er fra 2008. Grad av åpenhet kan sies å være et noe indirekte mål på forebygging. På dette området er det en utfordring å iverksette tiltak som er mer målrettede mot tidlig forebygging av psykiske plager. Tidlig intervensjon, behandling og rehabilitering i forbindelse med psykiske lidelser kan sees i et helsefremmende perspektiv med de muligheter dette har for tilfriskning og reduksjon av plager.

Usikkerhet om tidsserier kan gjøre det vanskelig å følge utviklingen på dette området i samfunnet. En mulig kilde som kan belyse forebygging er statlige bevilgninger til psykisk helsearbeid i kommunene. Bevilgningene brukes til kompetanseoppbygging, stillinger og aktiviteter og vil kunne ha betydning for mer sekundærforebyggende tiltak. Tilsvarende bevilgninger går til rusarbeid i kommunene. Dette er også en aktuell statistikk, fordi en stor andel rusavhengige har psykiske problemer. Det rapporteres årlig fra kommunene om bruken av midlene. En annen mulig kilde til å belyse forebygging og helsefremming er indikator 5, økonomisk støtte til brukerinvolvering.

Mangel på indikatorer for målrettede primærforebyggende tiltak, avspeiler at det faktisk foregår lite planlagt aktivitet på dette feltet. Utflytting av langtidspasienter til lokalsamfunnet og utbygging av distriktpsikiatriske sentra har trolig bidratt til en sterkere grad "allmenngjøring" av psykiske lidelser og skapt større toleranse overfor psykiske lidelser i befolkningen. Opptrappingsplanen for psykisk helse har trolig også spilt en viktig rolle i denne sammenhengen. Systematisk og fokusert primærforebygging synes ikke å være så sterkt prioritert til nå, men ny folkehelselov og samhandlingsreformen som pålegger et større ansvar for forebyggende arbeid i kommunene, kan endre på dette. Tidlig intervensjon overfor yngre personer med psykiske lidelser har lenge vært et tiltak i spesialisthelsetjenesten som for eksempel TIPS prosjektet<sup>25</sup> i Helse Stavanger. Et annet tiltak er Psykisk helse i skolen<sup>26</sup>. Det er også foregått en betydelig styrking av informasjon om psykiske lidelser ved Stiftelsen psykiatrisk opplysning og den årlige faglige konferansen Schizofrenidagene i regi av Stiftelsen psykiatrisk opplysning<sup>27</sup>.

<sup>25</sup> TIPS står for Tidlig oppdagelse og behandling av psykoser. Tiltaket er etablert ved Psykiatrisk divisjon ved Universitetssykehuset i Stavanger.

<sup>26</sup> Sekretariatet for Psykisk helse i skolen administrer ulike skoleprogram om psykisk helse i grunn- og videregående skole. Sekretariatet er lagt inn under Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

<sup>27</sup> Nordisk psykiatrikonferanse som avholdes årlig i Stavanger.



## 6 Virkningsfulle tjenester

### 6.1 Innledning

Hensikten med denne indikatoren er å belyse konsekvenser av tjenestene. Hvis for eksempel behovet for reinnleggelser i psykisk helsevern er stort og eventuelt økende, kan dette tolkes som en utfordring i behandlingen av pasienter. Helsedirektoratet skriver at ”reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter siste utskrivning kan indikere at den foregående undersøkelsen og behandlingen eller nødvendig oppfølging fra spesialist- og kommunehelsetjenesten ikke har vært tilstrekkelig i omfang eller innhold”.

#### 6.1.1 Indikatorer og utviklingstrender

Under denne indikatoren har Helsedirektoratet gått inn for disse indikatorene:

Indikator	Kilde
Reinnleggelser unge og voksne	Norsk pasientregister, NPR
Diagnostisk vurdering av barn og unge	NPR
Tvangsinnleggelser	NPR
Korridorpasienter i akuttavdelinger i psykisk helsevern	Det foreligger ikke statistikk fra dette området.

Analyse av data viser disse denne utviklingen:

- ✓ Andel reinnleggelser for barn og unge i psykisk helsevern har vært lav og stabil (nær 2 prosent), men statistikken de siste par årene viser nesten ingen rapporter om reinnleggelser fra helseforetakene.
- ✓ Økning i andel reinnleggelser for voksne<sup>28</sup>. Andel reinnleggelser økte fra 8,8 prosent i 2008 til 9,9 prosent i 2010 for alle helseforetakene. Helse Nord RHF og Helse Vest RHF har gjennomgående høyest andel reinnleggelser.
- ✓ Reduksjon i bruk av tvang for tre av helseforetakene. Bruk av tvang er høyest i Helse Vest RHF og lavest i Helse Nord RHF i 2009. Nivå for hele landet: 15,5 prosent i 2008 mot 16,5 prosent i 2001.
- ✓ Reduksjon i andel diagnostisk vurdering av barn og unge. Nivå: 25,8 prosent i 2010 mot 33,5 prosent i 2008<sup>29</sup>.

<sup>28</sup> Pasienter med diagnose F20 Schizofreni eller F31 Bipolar affektiv lidelse.

<sup>29</sup> Omfatter klinisk psykiatrisk syndrom, utviklingsforstyrrelser og psykososialt funksjonsnivå.

## Konklusjon

Resultatene av indikatoren virkningsfulle tjenester peker i noe ulike retninger, men viser i hovedsak lite forbedringer over tid. Andel reinnleggelser er økt, noe som kan indikere svikt i behandling eller i oppfølging av pasienter i kommunene. Det er registrert nedgang i tvangsinnleggelser fra tre av foretakene, hvilket tolkes som en positiv utvikling. Andel diagnostiserte barn og unge i psykisk helsevern er redusert, mens målet er å øke andelen.

## 6.2 Resultater

### 6.2.1 Reinnleggelser av barn og unge

Opplysninger om reinnleggelser gir opplysning om barn og unge med diagnosene F20 Schizofreni eller F31 Bipolar affektiv lidelse.

Totalt for hele landet (alle helseforetakene) var andel reinnleggelser på 2,1 prosent i 2005 og den samme andelen ble registrert i 2007. Fra 2008 til 2010 er det kun tall fra et par helseforetak. I 2008 var det registrert tre reinnleggelser, men kun fra ett foretak. I 2009 var det ingen reinnleggelser og i 2010 kun en (1) reinnleggelse fra ett foretak.

De lave tallene skyldes at det er veldig få pasienter med de aktuelle diagnosene blant barn og unge, i følge Norsk pasientregister. Så lenge forekomsten av diagnosene er så lav, blir ikke opplysning om reinnleggelser et valid mål på om tjenestene er virkningsfulle eller ikke. Vi stiller derfor spørsmålet om reinnleggelser basert på disse diagnosene bør gå ut som indikator.

### 6.2.2 Reinnleggelser voksne: svak stigning til nær 10 prosent i 2010

Andel reinnleggelser for voksne (diagnose F20 Schizofreni eller F31 Bipolar affektiv lidelse) økte fra 8,8 prosent i 2008 til 9,9 prosent av alle episoder i 2010 samlet for alle helseforetakene, se *Tabell 20*. Helse Nord RHF og Helse Vest RHF har gjennomgående høyest andel reinnleggelser. Eksempelvis var det i 2010 registrert 12479 episoder, hvorav 1370 reinnleggelser innen 30 dager for alle helseforetakene.

*Tabell 20. Andel reinnleggelser innen 1-30 dager på samme institusjon for pasienter med diagnose F20 Schizofreni eller F31 Bipolar affektiv lidelse etter helseregion og år. (Ikke antall pasienter) Prosent*

	2008	2009	2010
<b>Helse Sør-Øst</b>	7,5	8,6	8,6
<b>Helse Vest</b>	10,8	11,4	12,6
<b>Helse Midt</b>	8,4	9	7,5
<b>Helse Nord</b>	11,5	12,6	11,6
<b>Alle helseforetak</b>	8,8	9,8	9,9

Kilde: NPR

### 6.2.3 Diagnostisk vurdering av barn og unge

Helsedirektoratet skriver om denne indikatoren: Utredning, diagnostisering og behandling er en kontinuerlig og sammensatt prosess, som ikke er avsluttet når en pasient får en tentativ diagnose. Likevel omfatter den diagnostiske tenkningen en målrettethet og struktur som kan komme pasienten og familien til gode. Indikatoren handler om hvor stor andel av pasientene som er diagnostisk vurdert i forhold til henholdsvis Akse 1, 2, 5 og 6 i Multiaksial klassifikasjon av barne- og ungdomspsykiatriske forstyrrelser (World Health Organization, 1996).

For å velge en effektiv og god behandling av pasienter, er utredning og diagnostisering av pasientens problemer en av flere viktige forutsetninger. Andelen som diagnostisk vurderes innen psykisk helsevern for barn og unge var i underkant av 60 prosent mellom 2004 og 2007. Etter 2007 er det foretatt en omlegging av statistikken, og tall fra 2008 og utover er derfor ikke sammenlignbar med tidligere tall.

Diagnostikk, eller klassifikasjon, er et hjelpemiddel for å systematisere informasjon, gruppere tilstander og skape et språk for kommunikasjon med andre. Kategoriseringen danner grunnlag for vitenskapelig innhenting av informasjon som igjen kan brukes i klinisk arbeid. Innen psykisk helsevern baseres klassifikasjonen dels på ICD-10, som er den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, og dels på etablert klinisk praksis i det pasientadministrative datasystemet som brukes av fagfeltet.

I rapporten ”Tilstander i det psykiske helsevernet for barn og unge” vises utvikling i diagnosefordeling fra 2005 til 2007 (Sitter M. 2008), se Tabell 21. Pasienter kan ha mer enn en diagnose, prosentsummen kan derfor bli over 100. I gjennomsnitt har pasientene noe over to diagnoser. Akse 1 er registrert med flest tilfeller, og utgjør 64,2 prosent av alle tilfellene.

Tabell 21. Barn og unge i psykisk helsevern etter diagnoser. Prosent.

Diagnostiske akser	2005	2006	2007
Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom	64,2	67,3	67,9
Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser	31,3	32,0	31,8
Akse 5 Aktuelle vanskelige utviklingsforstyrrelser	54,7	55,4	55,5
Akse 6 Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå	54,8	57,0	57,0
Prosent i alt	205	211,7	212,2
Tallet på personer/pasienter	43426	47236	49479

Kilde: Norsk pasientregister (NPR).

## 6.2.4 Vurderinger etter 2007

Andel vurderinger varierer med aksene. Høyest andel både før og etter 2007 har akse 1 (den største diagnosegruppen jf. Tabell 21), men andelen er sunket fra 55 prosent i 2008 til 43 prosent i 2010. Det også en reduksjon i andel diagnostiseringer i de andre aksene, se *Tabell 22* og *Figur 37*.

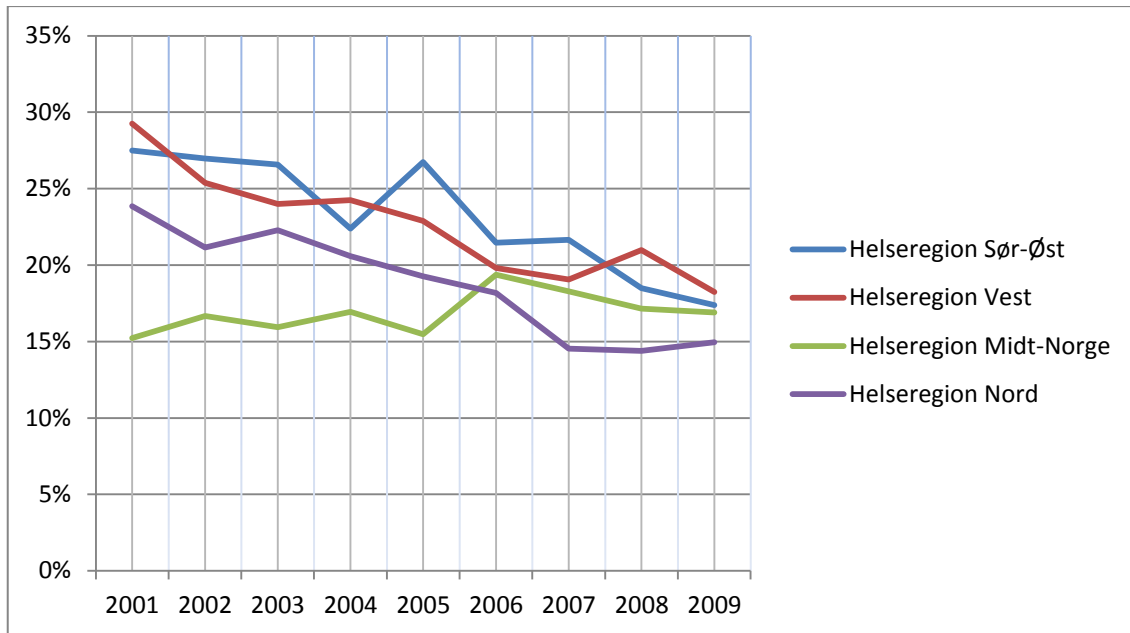
En andel pasienter er ufullstendig diagnostisert og har dermed ikke fått satt en tilstandskode. Denne andelen er relativt høy i akse 2, (spesifikke utviklingsforstyrrelser).

*Tabell 22. Diagnostisk vurdering av barn og unge i akse 1, 2, 5 og 6. Prosent<sup>30</sup>*

	2008	2009	2010
	Andel diagnostisert	Andel diagnostisert	Andel diagnostisert
Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom	55	48	43
Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser	7	5	4
Akse 5 Aktuelle vanskelige utviklingsforstyrrelser	32	28	23
Akse 6 Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå	40	37	33
Tallet på pasienter	49302	52057	54012

Kilde: NPR

<sup>30</sup> Det kan noen ganger gå litt tid før det foretas diagnostisk vurdering av pasienter i psykisk helsevern for barn og unge. Dette er ikke tatt høyde for i beregningene fra NPR. Andel uten påvist tilstand på nevnte akse er holdt utenfor tabellen. Det samme gjelder andel pasienter som er ufullstendig undersøkt og dermed ikke har fått satt tilstandskode



Kilde: NPR.

Figur 37. Diagnostisk vurdering av barn og unge i akse 1, 2, 5 og 6. Prosent

### 6.2.5 Tvangsinnleggelser

Tvangsbruken innenfor det psykiske helsevernet for voksne kan i hovedsak deles inn i tre hovedgrupper: etablering av tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern, tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk. Det vil kunne være ulike begrunnelser for å benytte de enkelte tvangsformene. Det vil derfor også kunne være ulike faktorer som påvirker omfanget i bruken av den enkelte tvangsform.

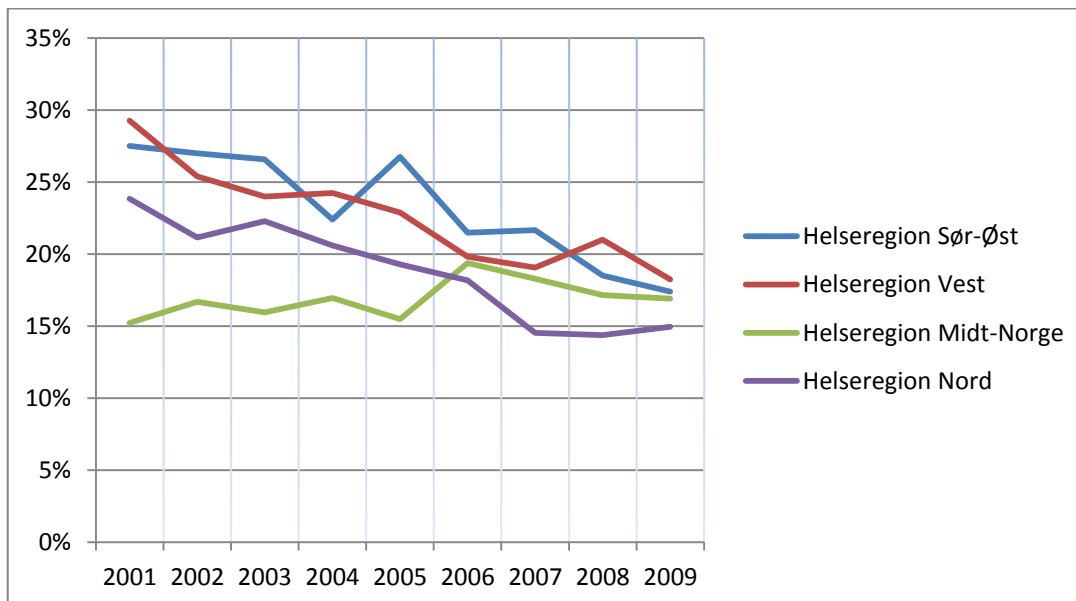
Tvungen observasjon i institusjon med døgnopphold (TU) er innleggelse i inntil 10 dager, med mulighet for forlengelse med ytterligere 10 dager. Forutsetningen er at det er tvil om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er til stede, og observasjon i institusjon vurderes nødvendig for å avklare dette. For å kunne etablere tvungent psykisk helsevern (TPH) forutsettes det at pasienten har en alvorlig sinnslidelse, og at minst ett av to tilleggskriterier må være oppfylt: 1) TPH er nødvendig for å hindre at utsikt til helbredelse/vesentlig bedring reduseres og 2) det foreligger nærliggende og alvorlig fare for pasientens eller andres liv/helse uten TPH.

#### Tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern

Bruk av tvang i psykisk helsevern, her målt ved andel tvangsinnleggelser av alle innleggelser, er redusert i perioden 2001 til 2009 i helseregionene, unntatt region Midt-Norge, som har hatt lavere andel i hele denne perioden, se Figur 38.

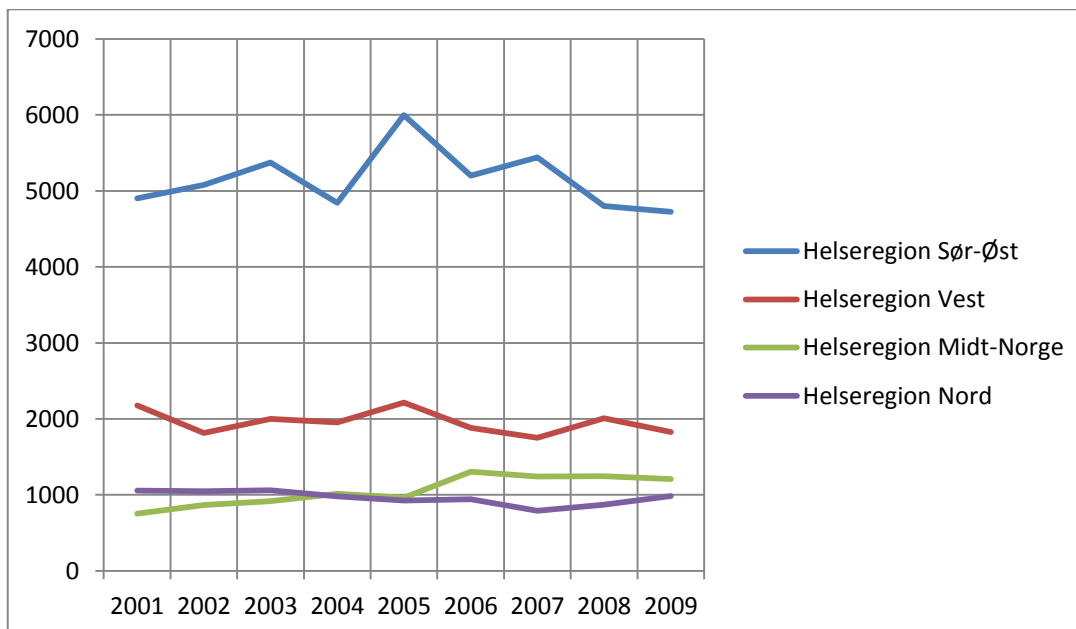


I 2001 var det om lag 16,5 vedtak om tvangsinnleggelse per 10 000 innbyggere 18 år og eldre på landsbasis, mens tallet steg til 20,6 vedtak i 2005. Etter 2005 har raten sunket. I 2007 var raten 18,6 mot 15,5 vedtak per 10 000 innbyggere i 2008<sup>31</sup>.



Kilde: NPR.

Figur 38. Andel tvangsinnleggelse av innleggelse i alt i psykisk helsevern 2001 - 2009. Helseregion. Prosent



Kilde: NPR.

Figur 39. Tvangsinnleggelse av innleggelse i alt i psykisk helsevern 2001 - 2009. Helseregion. Totale tall

<sup>31</sup> NPR understreker at tallene er usikre på grunn av mangelfull rapportering.

### 6.2.6 Korridorpasienter i akuttpsykiatrien

Norsk pasientregister rapporterer at det ikke foreligger pålitelige data om korridorpasienter i akuttpsykiatrien og vi kan ikke regne med å få gode data om dette. Vi anbefaler derfor at denne statistikken utgår som indikator på virkningsfulle tjenester.

## 6.3 Diskusjon

### Reinnleggelser av voksne

Helsedirektoratet skriver at ”reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter siste utskrivning kan indikere at den foregående undersøkelsen og behandlingen eller nødvendig oppfølging fra spesialist- og kommunehelsetjenesten ikke har vært tilstrekkelig i omfang eller innhold”.

På den annen side er det her snakk om langvarige lidelser<sup>32</sup>. Statistikken over reinnleggelser for voksne omfatter kun schizofreni og bipolare affektive lidelser. Begge diagnoser er uttrykk for alvorlige og ofte langvarige lidelser hvor det kan være behov for flere opphold i psykisk helsevern. Et opphold på psykiatrisk sykehus vil ofte gi en bedring av symptomer målt med GAF<sup>33</sup> skår, men effekten på lengre sikt kan være usikker. Pasienten kan bli eksponert for ulike og ikke forutsigbare påkjenninger etter utskriving som kan bidra til forverring av symptomer. Da kan det være viktig å komme raskt til behandling. I slike tilfeller kunne man argumentere med at det er en styrke å kunne tilby øyeblikkelig hjelp selv etter kort tid utenfor institusjon. Reinnleggelser kan i det perspektivet sies å være en tvetydig indikator på kvalitet og virkning av helsetjenesten. Høy andel reinnleggelser kan være tegn på sviktende kvalitet i tjenestene, men mulighet for raske reinnleggelser kan også være tegn på rett behandling til rett tid.

Hvis utskrivninger utføres på grunn av manglende senge- og behandlingsskapasitet i institusjonene, og at pasienter av den grunn skrives ut tidligere enn et ideelt opphold, er problematikken en annen.

### Reinnleggelser av barn og unge

Andel rapporterte reinnleggelser av barn og unge har sunket betydelig, og i 2008 rapporterte kun to foretak om et fåtall reinnleggelser og i 2009 ble det kun rapportert om en reinnleggelse. Dette tyder på at behovet for reinnleggelser er sunket og nå knapt er et aktuelt tiltak. Vi foreslår å ta statistikken ut av indikatoren.

---

<sup>32</sup> Diagnoseene er F20 Schizofreni og F31 Bipolar affektiv lidelse.

<sup>33</sup> Global Assessment of Functioning. Instrument som brukes i psykisk helsevern.

### **Diagnostisk vurdering av barn og unge**

Mellom 2005 og 2007 var det en økning i andel diagnoser, spesielt innen akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (nær 68 prosent i 2007) og akse 6, Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå (57 prosent i 2007). Statistikken over andel som er diagnostisk vurdert er endret etter 2007, og nyere tall er derfor ikke sammenlignbare med eldre tall. Etter ny statistikk i 2008 er andelen som er diagnostisk vurdert sunket for alle diagnoser.

## 7 Brukerinvolvering

### 7.1 Innledning

Brukerinvolvering belyser tjenestens muligheter til å involvere brukere i utforming av tjenestetilbudet både individuelt og på systemnivå. Medvirkning i egen behandling er et grunnleggende prinsipp som er gjeldende for alle pasientgrupper.

#### 7.1.1 Indikator og utviklingstrend

Denne indikatoren bygger på opplysninger om økonomiske støtte til brukermedvirkning på psykisk helsefelt i kommunene. Opplysninger er hentet fra Statistisk sentralbyrå.

Den økonomiske støtten til brukermedvirkning har økt fra 2008 til 2010, særlig fra 2009 til 2010. I totale tall økte beløpet fra nær 58 mill. kroner i 2008 til drøyt 67 mill. kroner i 2010. Statistikken viser denne trenden:

- ✓ Økt økonomiske støtte til brukermedvirkning på psykisk helsefelt fra 2008 til 2010. Nivå 2010: 70 kroner per 10.000 innbyggere i gjennomsnitt for hele landet.
- ✓ Oslo bruker størst beløp per innbygger, store regionale forskjeller.

### Konklusjon

De foreliggende data viser en positiv utvikling for brukerinvolvering i kommunene. Det er imidlertid en svakhet at vi mangler opplysninger om brukerinvolvering i spesialisthelsetjenesten.

### 7.2 Resultater - økt støtte til brukerinvolvering

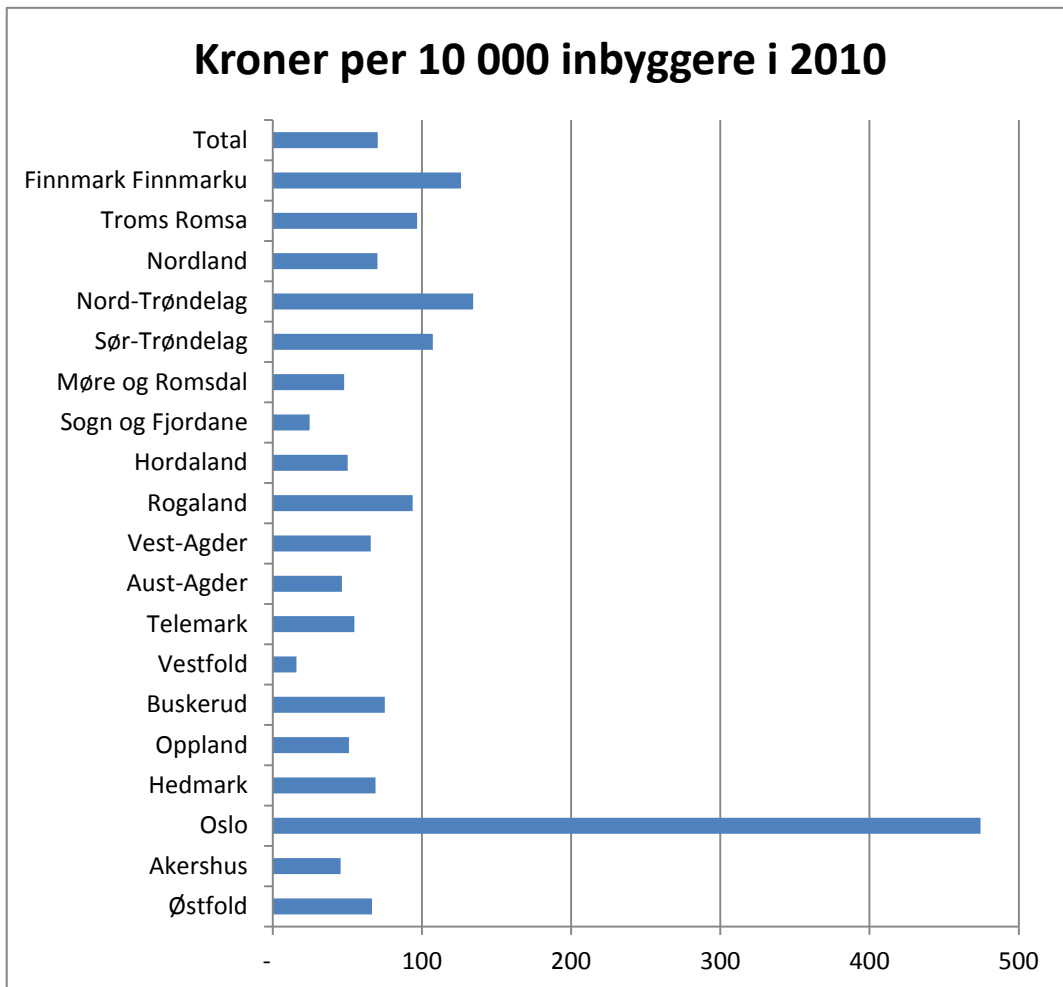
Den økonomiske støtten til brukermedvirkning fra kommunene har økt fra 2008 til 2010, særlig fra 2009 til 2010, se *Tabell 23*. I gjennomsnitt for alle kommuner var beløpet i 2008 136 730 kroner mot 157 050 kroner i 2010. I totale tall økte beløpet fra nær 58 mill. kroner i 2008 til drøyt 67 mill. kroner i 2010.

Den fylkesvise fordelingen viser at Oslo gir suverent mest til brukermedvirkning med nær 500 kroner per 10 000 innbyggere mens samtlige andre fylker har under 200 kroner per 10 000 innbyggere, se *Figur 40* og *Tabell 24*.

Tabell 23. Økonomisk støtte til brukermedvirkning på psykisk helsefelt fra kommunene.  
Beløp i 1000 kroner

Beløp til brukermedvirkning 1000 kroner			
	År		
	2008	2009	2010
<b>Gjennomsnitt per kommune</b>	137	138	<b>157</b>
<b>Sum</b>	58793	59326	<b>67374</b>

Kilde: SSB



Kilde: SSB

Figur 40. Økonomisk støtte til brukermedvirkning på psykisk helsefeltet fra kommunene etter fylke per 10 000 innbyggere. Beløp i 1000 kroner.

Tabell 24. Økonomisk støtte til brukermedvirkning på psykisk helsefeltet fra kommunene etter fylke per 10 000 innbyggere. Kroner

Fylker	Kroner per 10 000 innbyggere
<b>Oslo</b>	474
<b>Nord-Trøndelag</b>	134
<b>Finnmark Finnmark</b>	126
<b>Sør-Trøndelag</b>	107
<b>Troms Romsa</b>	96
<b>Rogaland</b>	93
<b>Buskerud</b>	75
<b>Nordland</b>	70
<b>Hedmark</b>	68
<b>Østfold</b>	66
<b>Vest-Agder</b>	65
<b>Telemark</b>	54
<b>Oppland</b>	51
<b>Hordaland</b>	50
<b>Møre og Romsdal</b>	47
<b>Aust-Agder</b>	46
<b>Akershus</b>	45
<b>Sogn og Fjordane</b>	24
<b>Vestfold</b>	15
<b>Gjennomsnitt alle fylker</b>	70

Kilde: SSB

### 7.3 Diskusjon

Indikatoren viser at midler til brukerinvolvering i kommunene har økt de siste årene og at Oslo bruker mest penger målt per 10 000 innbyggere. Oslo bruker nær sju ganger så mye som gjennomsnittet for alle fylkene. Seks andre fylker ligger over gjennomsnittet. Det er Nord-Trøndelag, Finnmark, Sør-Trøndelag, Troms, Rogaland, og Buskerud. Nordland ligger på landsgjennomsnittet.

Indikatoren viser situasjonen på kommunalt nivå. Lov om helseforetak krever at helseforetakene skal ha brukerutvalg. Brukermedvirkning både på individ- og systemnivå er elementer i spesialisthelsetjenesten, men dette belyses ikke i denne indikatoren.

De fleste helseforetakene har nå etablert brukerutvalg, så dette er ikke en spesielt interessant indikator. Det er mulig at antall saker som utvalgene har behandlet innen psykisk helsevern kunne være en indikator, men det føres ikke statistikk over dette. I

styringsdokumentene for 2012 for de regionale helseforetakene pålegger foretakene å utarbeide mål og strategi for brukervedvirkning. Dette arbeidet er i en tidlig fase, og det er ikke utviklet kvantitative mål for medvirkning.

## 8 Samordning og kontinuitet

### 8.1 Innledning

God kvalitet på tjenestene som ytes til mennesker med psykiske lidelser og vansker forutsetter at tiltakene er samordnet og preget av kontinuitet. Brukernes kontakt med tjenestene skal utgjøre en mest mulig sammenhengende og helhetlig kjede av tiltak.

#### 8.1.1 Indikator og utviklingstrend

Følgende data inngår i denne indikatoren:

Indikator	Kilde
<b>Fastlegers tilfredshet med DPS</b>	Groven, G., Andersen Bjertnæs, Ø., Holmboe O. og Damgard. K. (2009). Fastlegers vurderinger av distriktpsikiatriske sentre. Nasjonale resultater i 2008 og utvikling fra 2006. PasOpp-rapport fra Kunnskapssenteret nr 2-2009.
<b>Individuell plan, barn og unge med ADHD</b>	Norsk pasientregister
<b>Oppgavefordeling sykehus – DPS</b>	Ruud T, Gråwe R W (2007). Arbeidsdeling og samarbeid mellom DPS og sykehus. Rapport SINTEF A1203.

Bortsett fra data fra Norsk pasientregister, baseres opplysningene på denne indikatoren på spesielle undersøkelser som ikke oppdateres jevnlig. Det er en svakhet ved indikatoren siden den gir et usikkert grunnlag for tidsserier. Fastlegers vurderinger av DPSer samt oppgavefordeling mellom sykehus og DPS er forhold som vi ikke forventer vil endre seg rask over tid, men i forbindelse med samhandlingsreformen kan det skje en endring når det gjelder vurderingene.

Statistikk og undersøkelser viser denne utviklingen:

- ✓ Undersøkelsen av fastlegers tilfredshet med DPS viser at fastlegene er mest fornøyde med kvaliteten på epikrisene, DPSenes kompetanse og at DPSene tar fastlegenes vurderinger på alvor. Fastlegene er mindre fornøyd med samarbeidsmøter og veiledning.
- ✓ Lav andel med individuell plan blant barn og unge som har ADHD. På landsbasis er det en nedgang fra 2005 til fram til 2008. Andelen i 2008 var 4,8 prosent mot 6,2 prosent i 2005.



- ✓ Arbeidsfordelingen mellom institusjonstyper viser at pasienter med alvorligere symptomer på psykiske lidelser er i større grad innlagt på psykiatrisk sykehus enn ved DPS. Sykehusene tar i langt større grad i mot innleggelser for øyeblikkelig hjelp sammenlignet med DPSene.
- ✓ Andel ansatte leger og psykologer er høyere ved døgnavdelinger på sykehus enn på DPS.

## **Konklusjon**

Samordning belyst ved fastlegers tilfredshet med DPS og oppgavefordeling mellom DPS og sykehus viser et godt nivå, men tidsserier mangler. Arbeidsfordelingen mellom DPS og sykehus viser at sykehuset tar rollen som spesialistinstitution. Fastlegene er i stor grad tilfredse med DPS, men veiledning og samarbeidsmøter er en svakhet.

Andel pasienter med ADHD som har individuell plan er lav, og utviklingen over tid viser en fallende tendens. Dette indikerer mindre god kontinuitet.

## **8.2 Resultater fra indikatorene**

### **8.2.1 Fastlegers tilfredshet med DPS**

Nasjonalt kunnskapssenter gjennomførte i 2006 en undersøkelse blant landets fastleger om vurderinger av distriktpsikiatriske sentre (DPS). Undersøkelsen ble gjentatt i 2009 (Groven m fl 2009).

Undersøkelsen viser at fastlegene er mest fornøyde med kvaliteten på epikrisene, DPSenes kompetanse og om DPSene tar fastlegenes vurderinger på alvor. De nasjonale resultatene viser at 54 % av fastlegene i stor eller svært stor grad oppga at epikrisene fra det lokale DPSet er av god kvalitet, at 50 % mente at DPSet i stor eller svært stor grad har god kompetanse til å utrede og behandle pasienter med psykiske lidelser, og at 52 % opplevde at det lokale DPSet i stor eller svært stor grad tar deres vurderinger på alvor.

Undersøkelsen viser også at DPSene har et forbedringspotensial på en del områder. Ifølge fastlegene gjelder dette spesielt samarbeidsmøter og veiledningstilbud, legedekningen ved DPSene og tilbakemeldinger underveis i utrednings- og behandlingsprosesser. De nasjonale resultatene viser at 68 % av fastlegene mente at det lokale DPSet i liten grad eller ikke i det hele tatt tilbyr organisert veiledning og fagdager med god kvalitet og at 59 % i liten grad eller ikke i det hele tatt har samarbeidsmøter med DPSet. 56 % mente at de i liten grad eller ikke i det hele tatt får nødvendig tilbakemelding fra DPSet underveis i utrednings- og behandlingsprosesser og 50 % mente at DPSet i liten grad eller ikke i det hele tatt har god legedekning (Groven et al 2009).

Resultater for foretakene og DPSene i 2008 er sammenlignet på seks indekser: akutte situasjoner, veiledning, kompetanse, bemanning, epikrise og ventetid. Det er betydelige forskjeller i resultater mellom forskjellige foretak og mellom forskjellige DPSer på disse indeksene, spesielt når det gjelder bemanning og veiledning”.

Kunnskapssenteret har vurdert resultatene opp mot målene for kvalitetsforbedring i helsetjenesten (se innledningen). Tjenestene skal sikte mot å være: virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukere og gi dem innflytelse, samordnet og preget av kontinuitet og tilgjengelige og rettferdig fordelt og kunne utnytte ressurser på en god måte.

I *Tabell 25* nedenfor gjengis noen hovedresultater fra fastlegens vurderinger på grunnlag av kvalitetskriteriene. Vi viser resultater som forfatterne mener er sentrale i denne sammenhengen. De forskjellige spørsmålene i oversikten er besvart med ulike skalaer. For å få en oversiktlig presentasjon har vi derfor valgt å vise en kolonne for klart positive svar og en kolonne for klart negative svar. Undersøkelsen har ikke spørsmål om brukerinvolvering.

Indikator på virkningsfulle tjenester er noe sprikende. En stor andel fastleger (50 %) er klart positive til DPSets sin kompetanse til å utrede og behandle pasienter med psykiske lidelser mens 49 prosent mener DPSet ikke har god legedekning. Bare en liten andel på 16 prosent mener at pasienten ikke har fått den nødvendige faglige hjelpen på DPSet. Bortsett fra legedekningen, er fastlegenes vurderinger knyttet til virkningsfulle tjenester overveiende positive, men her er forbedringspotensial (Groven m fl 2009).

Et flertall på 61 prosent mener tjenestene er trygge og sikre, men en fjerdedel stiller seg negative til spørsmålet.

Spørsmål som dekker kvalitetsindikator på samordning og kontinuitet i tjenestene er også noe sprikende, men viser som helhet en klart negativ tendens. Et flertall av legene er positive til kvaliteten av epikriser. Men fastlegene er mer negative enn positive til tiden det tar å motta epikrisen, tilfredshet med samarbeidsarenaer, veiledning og faglig støtte fra DPSet.

På spørsmål om tilgjengelighet av tjenestene går fastlegenes vurderinger nokså jevnt i positiv og negativ retning. Dette indikerer et forbedringspotensial på området.

Tabell 25. Utvalgte resultater fra fastlegers vurderinger av distriktpsykiatriske sentre, 2008. Positive og negative vurderinger. Prosent

Spørsmål	Klar positiv vurdering Prosent	Klar negativ vurdering Prosent
<b>Virkningsfulle tjenester</b>		
I hvilken grad har DPSet god kompetanse	50	11
Har pasienten fått den nødvendige faglige hjelpen fra DPSet når de overføres til primærhelsetjenesten	31	16
I hvilken grad har DPS god legedekning	15	49
<b>Trygge og sikre</b>		
Har det skjedd spesielt negative hendelser med dine pasienter	61	25
<b>Involvere brukere (ikke undersøkt)</b>		
<b>Samordnet og preget av kontinuitet</b>		
Er epikrisen av god kvalitet	54	12
Mottar du epikrisen raskt	27	34
Tilfredshet med samarbeidsarenaer: Har du/dere samarbeidsmøter med DPSet	15	59
Tilbyr DPSet organisert veiledning og fagdager	10	68
Får du nødvendig faglig støtte fra DPSet	19	45
<b>Tilgjengelighet</b>		
I hvilken grad oppnår du kontakt i akutte situasjoner	35	25
I hvilken grad får du hjelp i akutte situasjoner	29	31
I hvilken grad opplever du ventetid på behandling	22	35
I hvilken grad avviser DPSet henvisninger	40	21

Kilde: Groven m fl 2009.

### Helseforetakene

I rapporten til Kunnskapssenteret er det gjort en beregning av kvalitetsindikatorer i helseforetakene. Indikatorene kalles Akutt, Epikrise, Kompetanse, Veiledning, Bemanning og Ventetid. Oppsummeringen viser helseforetakenes plassering i forhold til landsgjennomsnittet på den enkelte indikatoren og om de er signifikant dårligere eller bedre enn landsgjennomsnittet. Helse Nord har fem av seks indikatorer og Helse Sør-Øst tre indikatorer som er dårligere enn landsgjennomsnittet. Helse Vest har to

indikatorer og Helse Midt-Norge tre indikatorer som er bedre enn landsgjennomsnittet, se *Figur 41* under.

Helseforetak	Dårligere resultat enn landsgjennomsnitt	Bedre resultat enn landsgjennomsnittet
Helse Sør-Øst	Kompetanse, veiledning og bemanning	-
Helse Vest	-	Akutte situasjoner og ventetid
Helse Midt-Norge	-	Kompetanse, bemanning og ventetid
Helse Nord	Akutte situasjoner, epikrise, kompetanse, bemanning og ventetid.	-

Kilde: Groven m fl 2009.

*Figur 41. Helseforetakenes plassering på kvalitetsindikatorer relatert til landsgjennomsnitt.*

### Endringer fra 2006 til 2008

I rapporten fra Kunnskapssenteret skrives det at en sammenstilling av undersøkelsene fra 2008 og 2006 viser små forskjeller. Enkelte endringer noteres. Indeks for veiledning viser en signifikant økning på 3 poeng på en skala fra 0 til 100 der 100 er best, og tilsvarende har fastlegenes generelle tilfredshet med DPSene en signifikant økning på 2 poeng. Det er få signifikante endringer på indeksene på region- og helseforetaksnivå, men mange endringer på DPS-nivå på indeksene for veiledning og bemanning, skriver Kunnskapssenteret.

#### 8.2.2 Oppgavefordeling mellom sykehus og DPS

Opplysninger om oppgavefordeling mellom sykehus og DPS er hentet fra rapporten "Arbeidsdeling mellom DPS og sykehus" av Ruud og Gråwe (Ruud og Gråwe 2007). På dette feltet foreligger ikke administrativ statistikk. En hovedkonklusjon er at pasienter med lavere symptomskår og dermed alvorligere symptomer i større grad er innlagt ved sykehus enn ved DPS, Figur 42.

Pasienter med høyere symptomskår og dermed mer moderate symptomer er i større grad innlagt DPS enn sykehus. Figuren viser også at det er en betydelig overlapping mellom pasienter ved DPS og pasienter ved sykehus på grunnlag av skåring på GAF symptomskala

Mange av pasientene i de midtre delene av skalaen kan trolig hjelpes både ved DPS og sykehus.

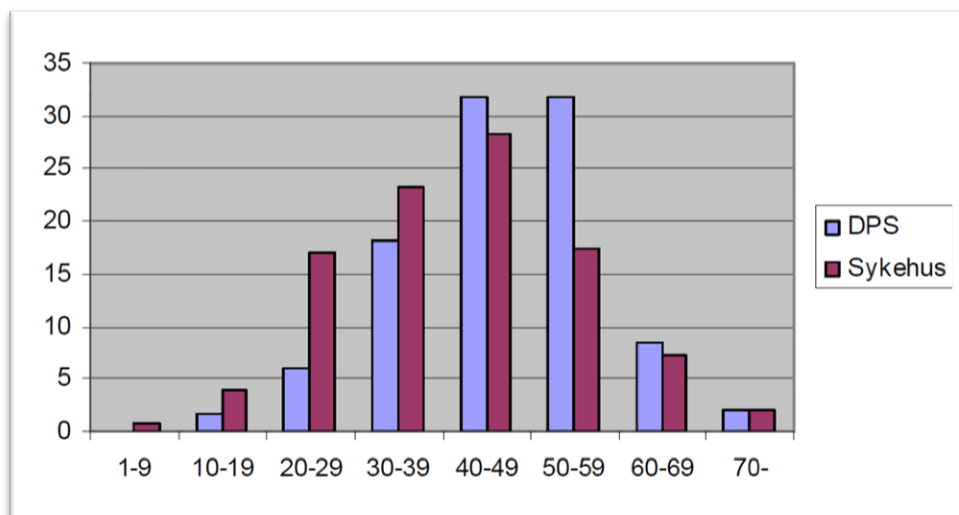
Pasienter med alvorlig grad av problem innen aggressiv atferd og selvskading behandles i hovedsak ved sykehus, og pasienter med alvorlig grad av psykose behandles for det meste i sykehus, *Figur 43*.

Det ikke er noen særlig forskjell på andelen døgnpasienter ved DPS og sykehus som har misbruk, avhengighet eller uførhet når det gjelder alkohol. Men pasienter med misbruk, avhengighet eller uførhet når det gjelder stoff er i mye større grad pasienter ved sykehus enn ved DPS, *Figur 44*.

Det er ingen forskjeller av betydning mellom DPS og sykehus når det gjelder andelen av pasienter som har alvorlige funksjonsproblemer, *Figur 45*. Siden det ikke er klare forskjeller mellom DPS og sykehus, er det trolig andre forhold som i større grad avgjør hvor den enkelte pasient behandles (Ruud og Gråwe 2007).

Hovedmønsteret når det gjelder bemanningen er at andel leger og psykologer er mye lavere ved døgnavdelinger ved DPS enn ved sykehus, *Figur 46*.

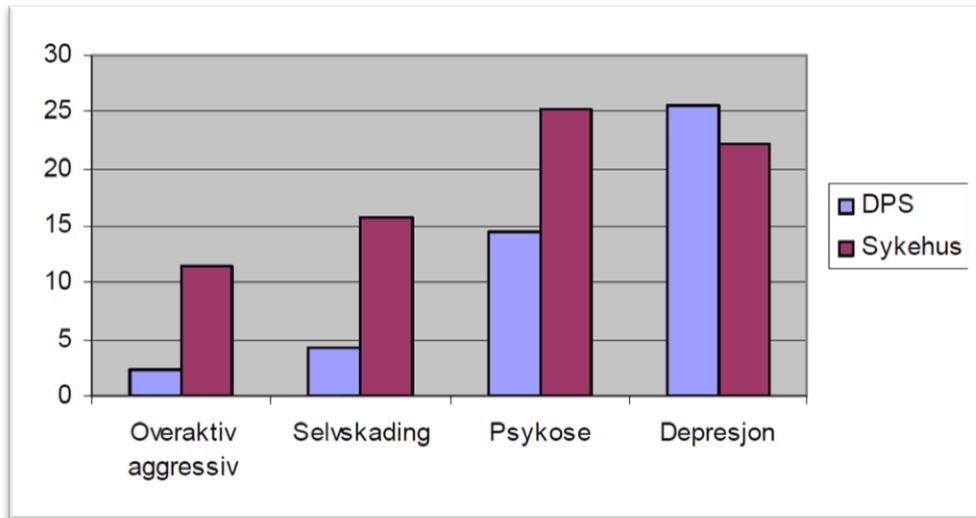
Det er i hovedsak sykehusene som tar i mot til innleggelse for øyeblikkelig hjelp, *Figur 47*.



Kilde: Torleif Ruud og Rolf W. Gråwe (2007). Arbeidsdeling mellom DPS og sykehus. SINTEF rapport A1203.

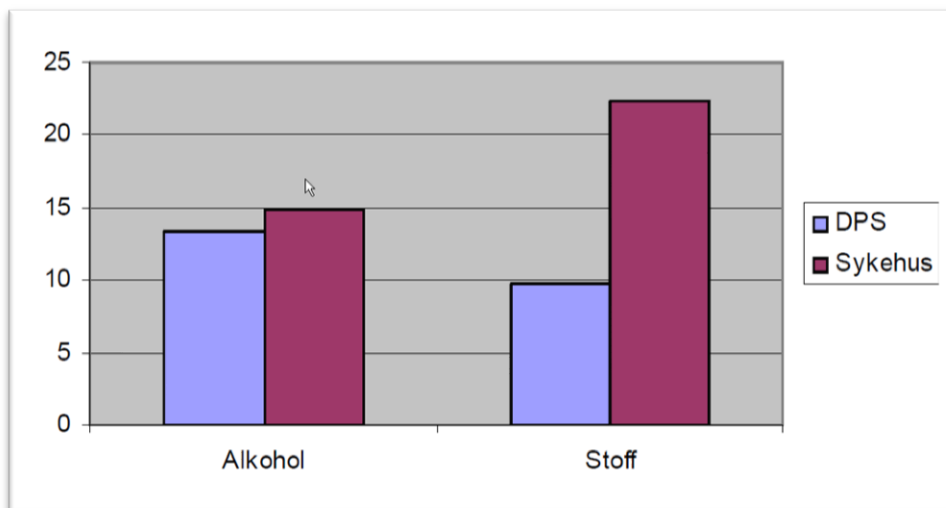
*Figur 42. Fordeling av skåringer på GAF<sup>34</sup> for symptomnivå for hvert titalls intervall på skalaen.*

<sup>34</sup> Global Assessment of Functioning (GAF). Numerisk skala fra 0 til 100 for å vurdere sosial fungering og psykisk helse. Dess lavere skåre dess mer alvorlige symptomer. Skåre på under 50 er alvorlige symptomer. Skåre under 10 viser vedvarende fare for å skade seg selv eller andre alvorlig.



Kilde: Ruud og Gråwe 2007.

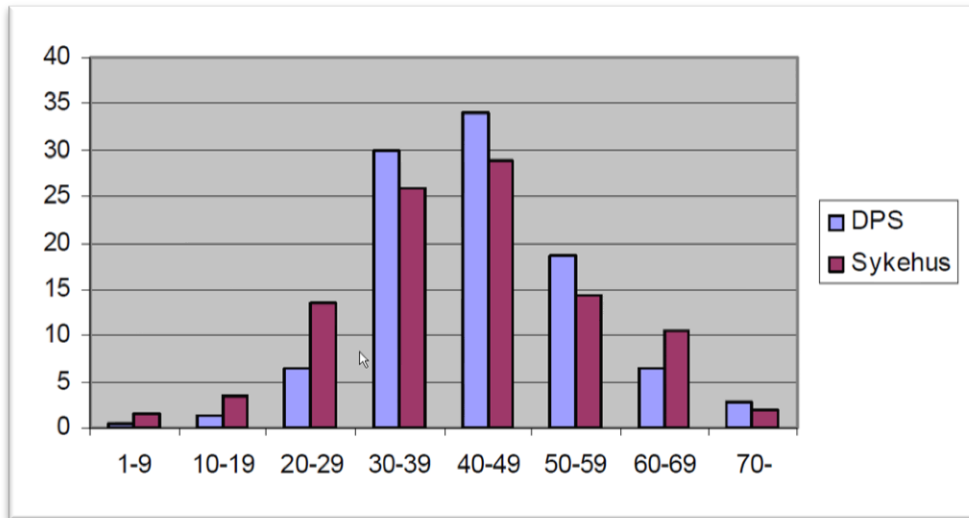
Figur 43. Andel pasienter med alvorlige problem<sup>35</sup> innen ulike problemområder. Prosent



Kilde: Ruud og Gråwe 2007.

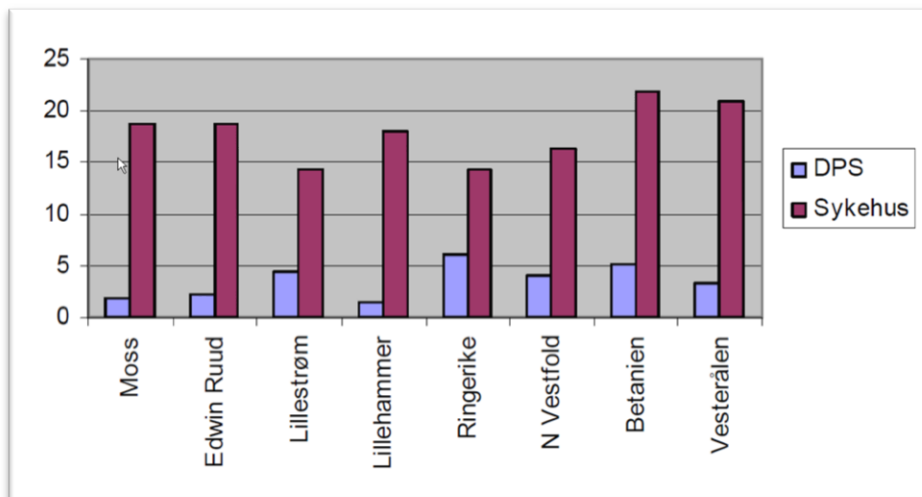
Figur 44. Andel pasienter med misbruk, avhengighet eller uførhet siste 6 måneder pga. alkohol/stoff. Prosent

<sup>35</sup> Målt med skalaen HoNOS=Health of the Nation Outcome Scales.



Kilde: Ruud og Gråwe 2007.

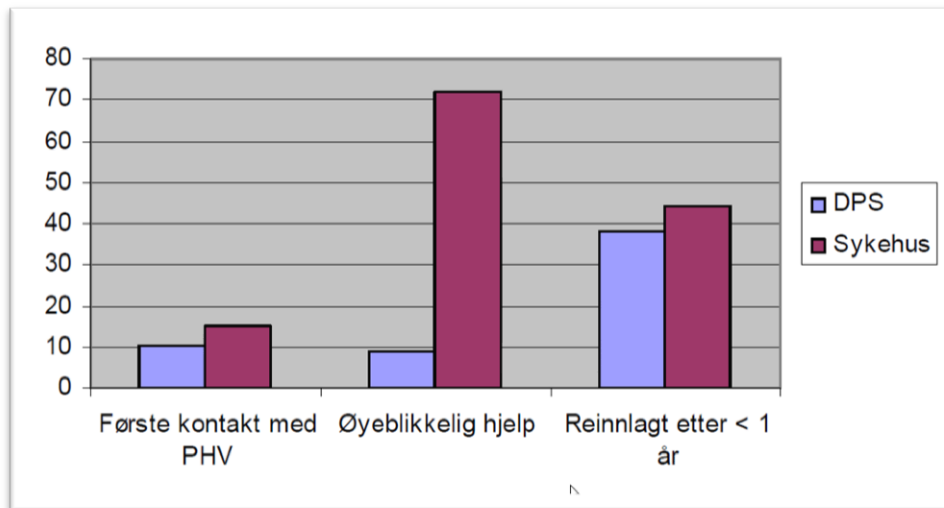
Figur 45. Andel pasienter med alvorlige problem (HoNOS) innen sosial og praktisk fungering. Prosent



Kilde: Kilde: Ruud og Gråwe 2007.

For DPS-ene er bemanningen sammenholdt med folketallet i opptaksområdet for DPS-et, og for sykehusene er bemanningen sammenholdt med folketallet i opptaksområdet.

Figur 46. Leger og psykologer ved døgnavdelinger ved DPS og sykehus pr 100 000 innbyggere.



Kilde: Ruud og Gråwe 2009.

Figur 47. Førstegangspasienter, øyeblikkelig hjelp og reinnleggelser. Prosent

### 8.2.3 ADHD og individuell plan

Oversikten fra NPR viser at andelen barn og unge som har ADHD og individuell plan har økt fra 2005 til 2006. I 2006 var andelen 10,9 prosent, etter det har det vært en nedgang til 4,8 prosent i 2008.

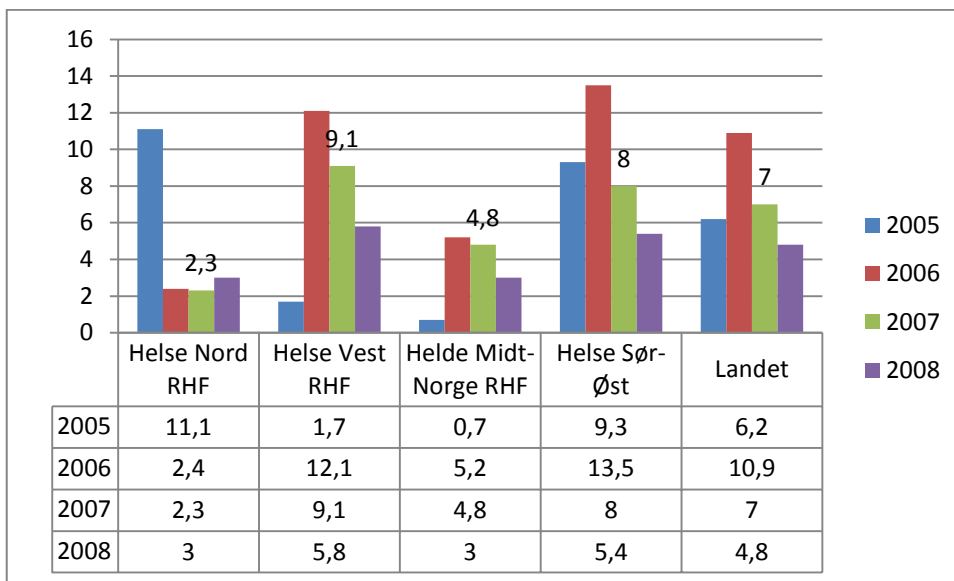
Det totale tallet på barn og unge økte fra 2005 til 2006 fra 1325 tilfeller på landsbasis til 14420 i 2006. Siden har totaltallet holdet seg på det nivået og noe høyere. Nytt kodeverk i 2006 gjør sammenligning med 2005 vanskelig, se kommentar til tabellen.

Tabell 26. Andel barn med ADHD som har fått utarbeidet individuell plan etter regionalt helseforetak, 2005 – 2008\*. Prosent

	2005	2006	2007	2008
Helse Nord RHF	1,1	2,4	2,3	3,8
Helse Vest RHF	1,7	12,2	9,1	5,8
Helse Midt-Norge RHF	0,7	5,2	4,8	3,0
Helse Sør-Øst	9,3	13,5	8,0	5,4
Landet	6,2	10,9	7,0	4,8

Kilde: NPR





Kilde: NPR

Figur 48. Andel barn med ADHD som har fått utarbeidet individuell plan etter regionalt helseforetak, 2005 – 2008\*. Prosent

\*) Noen bemerkninger til indikatoren og figur/tabellen:

- Gjelder alle pasienter i BUP med diagnosen ADHD (F90x - Hyperkinetiske forstyrrelser).
- Tabell er satt opp etter dagens organisering av regionale helseforetak, dvs. at Helse Sør og Helse Øst som var separate helseforetak i 2005-2006 er slått sammen.

### 8.3 Diskusjon

Samhandling og kontinuitet i tjenestene er viktige kvalitetsindikatorer. Todelingen i forvaltningsnivå skaper utfordringer både for samhandling og kontinuitet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Indikatorene a) fastlegers tilfredshet med DPS og c) oppgavefordeling mellom sykehus og DPS er basert på spesielle undersøkelser og gir ikke data med jevne mellomrom. Det er derfor usikkert i hvilken grad indikatorene er egnet til å vise utviklingen over et lengre tidsrom. På den andre siden er dette ikke forhold og prosesser som endres raskt. Data fra engangsundersøkelser vil derfor være til nytte og ha aktualitet over tid.

Fastlegene er mest fornøyde med kvaliteten på epikrisene, DPSenes kompetanse og om DPSene tar fastlegenes vurderinger på alvor. Fastlegene er mindre fornøyde når det gjelder samarbeidsmøter og veiledningstilbud, legedekningen ved DPSene og tilbakemeldinger underveis i utrednings- og behandlingsprosesser. Det siste punktet er spesielt viktig når det gjelder samordning og kontinuitet. Her er det rom for forbedringer.

Oppgavefordelingen mellom sykehus og DPS viser at pasienter med alvorligere symptomer i større grad er innlagt ved sykehus enn DPS. Sykehus behandler også i større grad pasienter med alvorlig aggressiv atferd, selvskadning, pasienter med alvorlig psykose og øyeblikkelig hjelp. Det er ikke særlige forskjeller mellom sykehus og DPS når det gjelder funksjonshemninger eller stoff- og alkoholmisbruk. Oppgavefordelingen ser tilfredsstillende ut, gitt den funksjon som forventes av institusjonene.

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til en individuell plan i det psykiske helsevernet. Indikatoren som er valgt ut på området er andel pasienter med ADHD-diagnose som oppgis å ha en individuell plan innen psykisk helsevern for barn og unge. Etter 2006 har det vært en nedgang i andel med individuell plan. Andelen i 2008 var 4,8 prosent mot 10,9 i 2006. Endring i kodeverk i 2006 gjør sammenligning med tidligere tall vanskelig. Norsk pasientregister skriver at datakvaliteten er dårlig pga. varierende implementering av nytt system i helseforetakene. Dette er en svakhet ved indikatoren, og kan gi upålitelige tall.

Samordning og kontinuitet i tjenestene er ikke lett å måle gjennom administrativ statistikk. De nåværende indikatorene dekker i liten grad pasientforløp mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten mens dette vil bli et svært aktuelt tema i forbindelse med samhandlingsreformen. Eksempel på et administrativt rapporteringssystem er Brukerplan, utviklet i Helse Vest, som registrerer alle rusmisbrukere i kommunene, og viser bl.a. vurderinger av eksisterende og ideelt tilbud på begge forvaltningsnivåene. Et tilsvarende system for pasienter i psykisk helsearbeid i kommunene ville kunne gi tilsvarende oversikt. Det er selvsagt mange praktiske vansker for å gjennomføre et slikt system. Vi mener at det er behov for bedre data som belyser pasientforløp og kontinuitet i behandlingen for pasienter med psykiske lidelser.



## 9 Ressursutnyttelse

### 9.1 Innledning

God ressursutnyttelse omfatter tjenestens evne til å utnytte ressursene effektivt i forhold til målsetting om reduksjon av symptombelastning, økt livskvalitet, deltakelse i samfunnet og mestring. Ressursutnyttelse er også et etisk og økonomisk anliggende. I Helsedirektoratets oversikt over psykiske indikatorer er pasientgjennomstrømning foreslått som indikator. Som mål på pasientgjennomstrømning har vi laget en indeks som viser forholdstallet mellom utskrivninger og årsverk.

#### Indikator og utviklingstrend

Indikatoren for ressursutnyttelse blir da tallet på utskrivninger dividert på tallet på årsverk. Som kilde bruker vi her rapporten IS-1926 fra Helsedirektoratet (Pedersen og Bremnes 2011). Opplysninger i rapporten gir mulighet for å sammenligne årene 2006 og 2010 for ulike institusjonstyper. Vi har her valgt psykiatriske sykehus og distriktpspsykiatriske sentra (DPS). Utviklingstrenden viser en nedgang i antall døgnopphold per årsverk.

### 9.2 Resultater – styrket ressursutnyttelse

Tallene i Tabell 27 viser forholdet mellom tallet på utskrivninger og årsverk i psykiatriske sykehus og DPS. Indeksen viser en oppgang for begge institusjonstyper fra 2006 til 2010. For de psykiatriske sykehusene er indeksen økt fra 2,99 i 2006 utskrivninger til 3,38 per årsverk i 2010. For DPS er de tilsvarende tallene 2,76 mot 3,08. Dette innebærer at det er flere utskrivninger per årsverk i 2010 enn det var i 2006, hvilket tyder på en forbedring i ressursutnyttelsen.

*Tabell 27. Ressursutnyttelse i psykisk helsevern. Antall utskrevne pasienter per årsverk i 2006 og 2010.*

	2006	2010
<b>Sykehus</b>	2,99	3,38
<b>DPS</b>	2,76	3,08

Kilde: Pedersen og Bremnes 2011. Helsedirektoratet.

### 9.3 Diskusjon

Ressursutnyttelsen belyses her ved statistikk over tallet på utskrivninger og årsverk i psykisk helsevern. Indikatoren må betraktes som et eksempel. Annen statistikk kan tenkes brukt så som f. eks. lengde på opphold og oppholdsøgn i forhold til årsverk.



## 10 Tilgjengelighet (Indikator 8)

### 10.1 Innledning

Tilgjengelighet er et sentralt tema i diskusjonen om lik adgang til kompetente tjenesteytere, uavhengig av bosted og sosial bakgrunn. Opplysninger om tilgjengelighet er derfor en indikator på kvaliteten av psykisk helsearbeid i kommunene og tjenester i psykisk helsevern.

### 10.2 Indikatorer og utviklingstrender

Kilder til indikatoren vises i oversikten under.

Indikator	Kilde
Tildeling av bolig til mennesker med psykiske lidelser	SSB
Årsverk innen psykisk helsearbeid i kommunene	Tallene er basert på rapportering om ressursinnsats i psykisk helsearbeid i kommunene til Helsedirektoratet, jf. Rundskriv IS-24/2010 (og IS-24 tidligere år).
Årsverk spesialisthelsetjenesten – BUP, DPS, sykehus	NPR
Ventetid før primærbehandling innen psykisk helsevern for barn og unge	NPR
Dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge	NPR

Analyse av data viser denne utviklingen:

- ✓ Lite endring siste to år i tildeling av bolig til personer med psykiske lidelser. Antall nyinnflyttede med psykisk lidelse/og eller rusmiddelavhengige med psykisk lidelse var 1333 i 2010.
- ✓ Økning i antall årsverk i psykisk helsevern for voksne fra 1998 til 2008. Tallet på årsverk for ansatte med høyskole- eller universitetsutdanning var 10258 i 2008, en økning på nær 43 prosent fra 1998.
- ✓ Økning i antall årsverk i psykisk helsevern for barn og unge. Nivå i 2007: 1553 fagårsverk.

- ✓ Nedgang i ventetid for primærbehandling i psykisk helsevern for barn og unge i gjennomsnitt for hele landet. Nivå i 2010: 63,6 dager.
- ✓ Bedre dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge: økning i andel som ble behandlet.
- ✓ Høyere dekningsgrad (pasienter per 100 innbyggere) for gutter enn for jenter. Nivå gutter 2008: 5,6 – jenter 4,5.
- ✓ Jevn økning i antall barn og unge som fikk tilbud fra psykisk helsevern. Nivå i 2010: 46 barn og unge per 1000 innbyggere.

## Konklusjon

Indikatoren viser bedret tilgjengelighet til tjenester i psykisk helsevern for voksne, barn og unge, målt ved antall årsverk, ventetider og dekningsgrad av tjenester. Det er kun data for to år om tildeling av bolig for personer med psykiske lidelser og rusavhengige med psykiske lidelser. Tallene tyder på at nivået på tildeling er forholdsvis stabilt. Det er registrert en liten nedgang i antall nyinnflyttede med psykiske lidelser, men en økning for personer med rusavhengighet og psykisk lidelse.

## 10.3 Resultater

### 10.3.1 Tildeling av bolig

Statistikk fra KOSTRA viser at det i 2009 var 925 nyinnflyttede personer med psykiske lidelse i bolig. Antall nyinnflyttede med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser var 370. I 2010 var de tilsvarende tallene 891 og 442.

Statistikken gir opplysning om antall personer på venteliste, og her var det 504 personer med psykiske lidelser og 245 med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. På grunn av omlegging av statistikken i 2009 vil det ikke være mulig å lage tidsserier bakover i tid for opplysning om personer med psykiske lidelser og tildeling av bolig<sup>36</sup>.

Den fylkesvise fordelingen per 10 000 innbyggere viser at Møre og Romsdal og Buskerud hadde flest nyinnflyttede husstander i 2009 med litt over tre, mens Vestfold og Nord-Trøndelag var på topp i 2010. Oslo kom på tredje plass begge år.

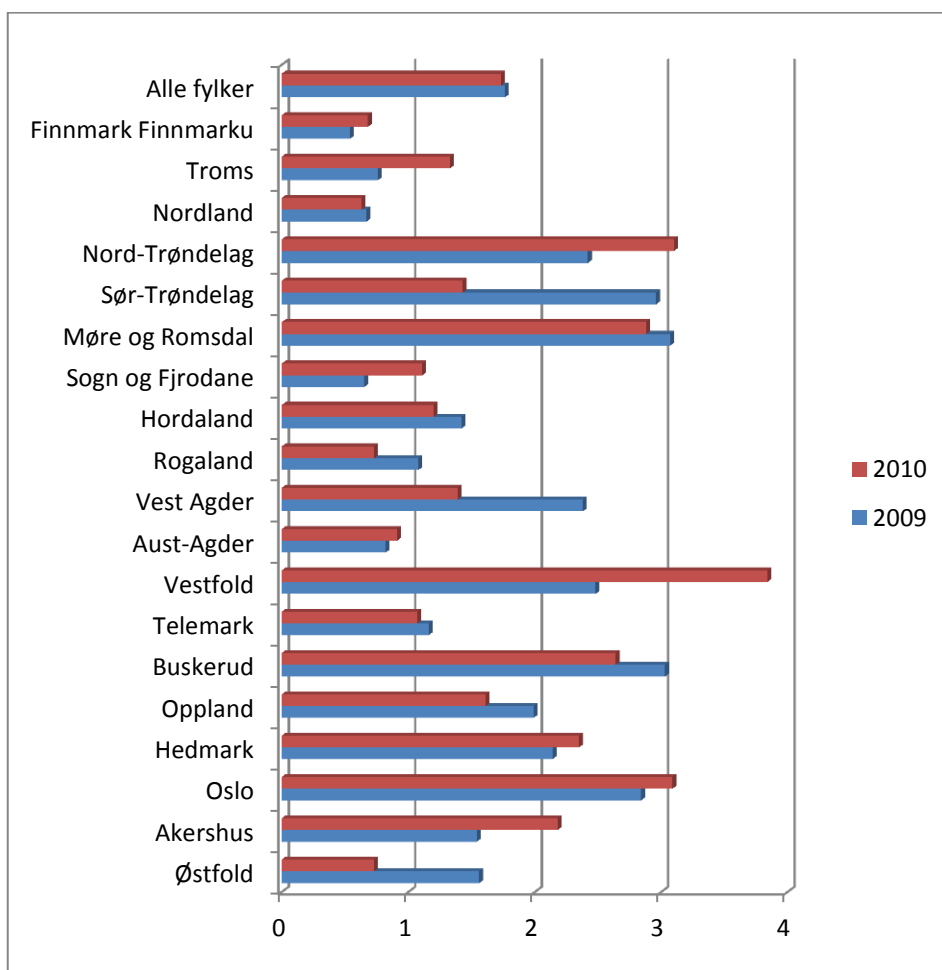
---

<sup>36</sup> Kommentar til statistikken i 2009. Statistikken er vesentlig lagt om fra og med 2009. Antall nyinnflyttede husstander med personer med psykiske lidelser vil ikke være sammenlignbart med antall tildelte boliger til personer med psykiske lidelser som er publisert fram til og med 2008. Tallene fram til og med 2008 omfatter alle som er tildelt bolig i løpet av året, med begrunnelse i psykisk lidelse, også de som byttet til en annen kommunal bolig. Tallene fra og med 2009 omfatter bare de med en psykisk lidelse som har fått kommunal bolig i løpet av året og som ikke bodde i en kommunal bolig på søknadstidspunktet. Det er det som ligger i begrepet "nyinnflyttet" i denne sammenheng.

Tabell 28. Tildeling av bolig til mennesker med psykiske lidelser 2009 og 2010. Alle kommuner. (Enhet husstander). Totale tall

År	Antall nyinnflyttede med psykiske lidelser	Antall nyinnflyttede rusmiddel-misbrukere med en psykisk lidelse	Antall med psykiske lidelser, på venteliste	Antall rusmiddel-misbrukere med psykiske lidelser, på venteliste
2009	925	370	504	245
2010	891	442	510	189

Kilde: SSB/KOSTRA



Kilde: SSB/KOSTRA.

Figur 49. Tildeling av bolig til mennesker med psykiske lidelser per 10 000 innbyggere 2009 og 2010. (Enhet husstander).



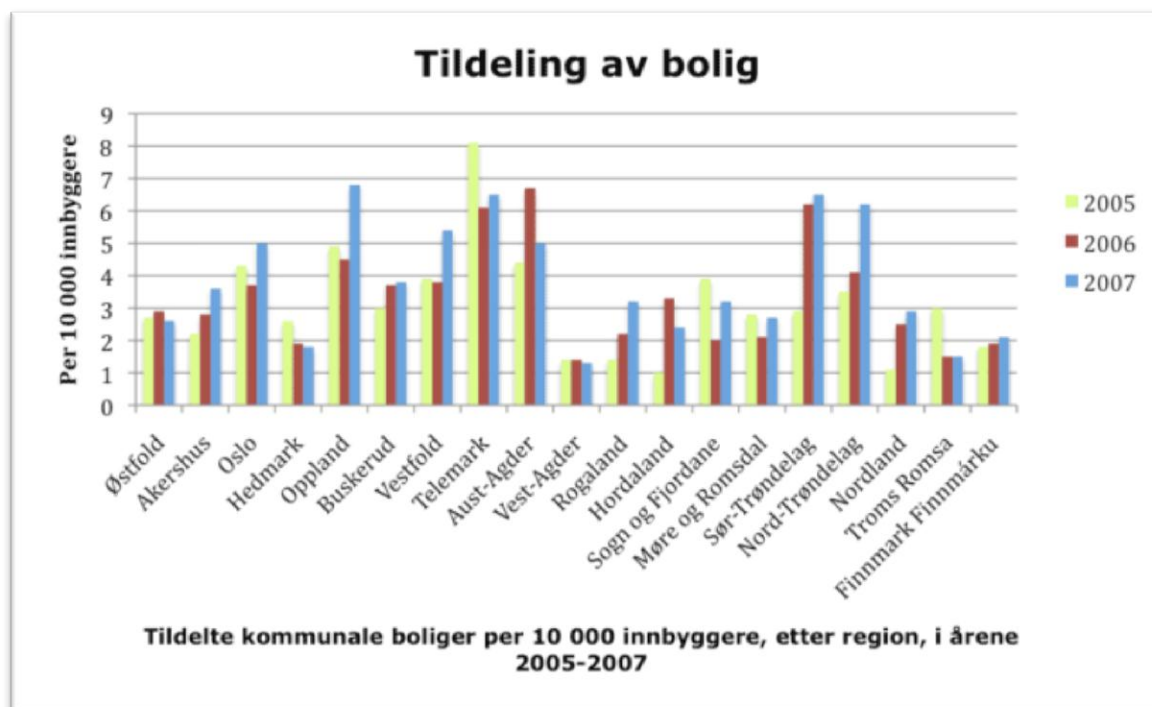
Tabell 29. Tildeling av bolig til mennesker med psykiske lidelser per 10 000 innbyggere i 2009 og 2010. (Enhet husstander)

	2009	2010
Østfold	1,56	0,73
Akershus	1,54	2,18
Oslo	2,84	3,09
Hedmark	2,14	2,35
Oppland	1,99	1,61
Buskerud	3,03	2,64
Telemark	1,16	1,07
Vestfold	2,48	3,84
Aust-Agder	0,82	0,91
Vest Agder	2,38	1,39
Rogaland	1,08	0,73
Hordaland	1,42	1,2
Sogn og Fjordane	0,65	1,11
Møre og Romsdal	3,07	2,88
Sør-Trøndelag	2,96	1,43
Nord-Trøndelag	2,42	3,1
Nordland	0,67	0,63
Troms Romsa	0,76	1,33
Finnmark Finnmárku	0,54	0,68
Alle fylker	1,76	1,73

Kilde: SSB/KOSTRA

### Kommentar til tall fra før 2009

På landsbasis tildeles det i gjennomsnitt boliger til 3,8 personer med psykiske lidelser pr 10 000 innbyggere i 2007, viser tall fra KOSTRA. Antall personer med psykiske lidelser som har fått tildelt bolig varierer mellom fylkene i landet. I 2007 ble det tildelt flest boliger i Oppland, med 6,8 per 10 000 innbyggere. Deretter følger Telemark og Sør-Trøndelag, begge med 6,5 per 10 000 innbyggere.



Kilde: SSB/KOSTRA

Figur 50. Tildelte kommunale boliger per 10 000 innbyggere etter region, 2005 - 2007.

### 10.3.2 Årsverk i spesialisthelsetjenesten, BUP, DPS og sykehus

Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten viser at i 2007 var det totalt 3682 årsverk tilknyttet psykisk helsevern for barn og unge, mens det totalt var 16705 årsverk innen psykisk helsevern for voksne. Opplysningene er hentet fra Sektorrapport for det psykiske helsevernet, fra SINTEF, (Pedersen, 2009).

#### Utvikling for voksne

Sektorrapport for det psykiske helsevernet (Pedersen 2008) viser en økning på nær 43 prosent i tallet på årsverk i det psykiske helsevernet for voksne i perioden 1998 til 2008. Dette gjelder personell med høyskole eller universitetsutdanning.

Totalt for alle faggrupper var personellinnsatsen 7181 årsverk i 1998 mens det i 2008 var 10258 årsverk, *Tabell 30*.

Tabell 30. Tallet på årsverk totalt for behandlingspersonell med høyskole eller universitetsutdanning i psykisk helsevern for voksne. 1998 og 2008. Totale tall

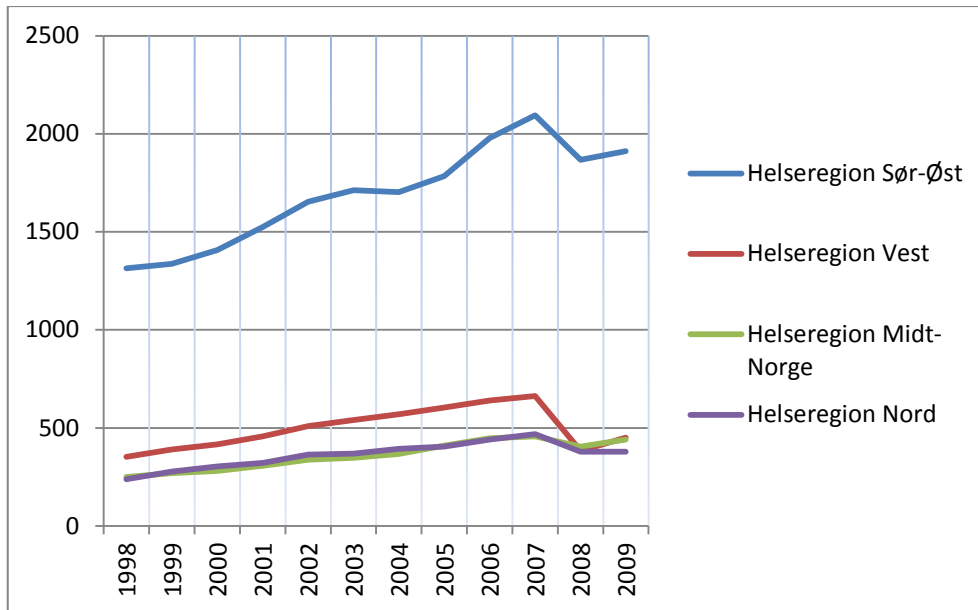
Personell	1998	2008
Legeårsverk	870	1253
Psykologårsverk	615	1300
Årsverk, høyskoleutdannet personell	5696	7705
<b>I alt</b>	<b>7181</b>	<b>10258</b>

Kilde: Samdata sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008.

### Økning i antall årsverk i psykisk helsevern for barn og unge

Sektorrapport for psykisk helsevern viser at det i 2007 ble utført 1553 fagårsverk ved poliklinikkene for barn og unge, en vekst på 829 årsverk fra 1998 (Samdata). Antall polikliniske legeårsverk økte fra 115 til 205 i løpet av perioden fra 1998 til 2007, mens polikliniske psykologårsverk økte fra 305 til 600. Antall polikliniske sosionomårsverk økte fra 185 til 268 årsverk, og antall polikliniske årsverk med annen høyskoleutdanning økte fra 173 til 480.

**Kommentar til statistikken.** Fra 2008 gikk man over til å basere statistikken på registeropplysninger i stedet for skjema fylt ut ved de ulike institusjonene innen psykisk helsevern. Bakgrunnen for å gjøre dette var først og fremst at det var resurskrevende å fylle ut skjema om årsverk og at det kunne oppstå feilkilder som følge av feiltolking eller feilrapportering. Det har imidlertid vist seg at det også er betydelige feilkilder i Aa-registeret hvor tallene hentes fra. En feilkilde er at årsverk er fordelt på feil organisasjonsnummer, hvor det ser ut som om at det er en overrapportering i somatiske avdelinger mens det er en underrapportering i andre avdelinger som psykisk helsevern. Andre feilkilder er at innleid personell ikke inngår i registreringen og at administrasjonen ikke er angitt korrekt. Overgangen til bruk av registerdata har ført til et brudd i tidsserien, slik at tallene ikke er sammenlignbare, og nivået fra 2007 er ansett som et mer korrekt bilde av antall årsverk innen psykisk helsevern enn tallene fra 2008 og utover. Det jobbes for tiden med å rette opp disse problemene.

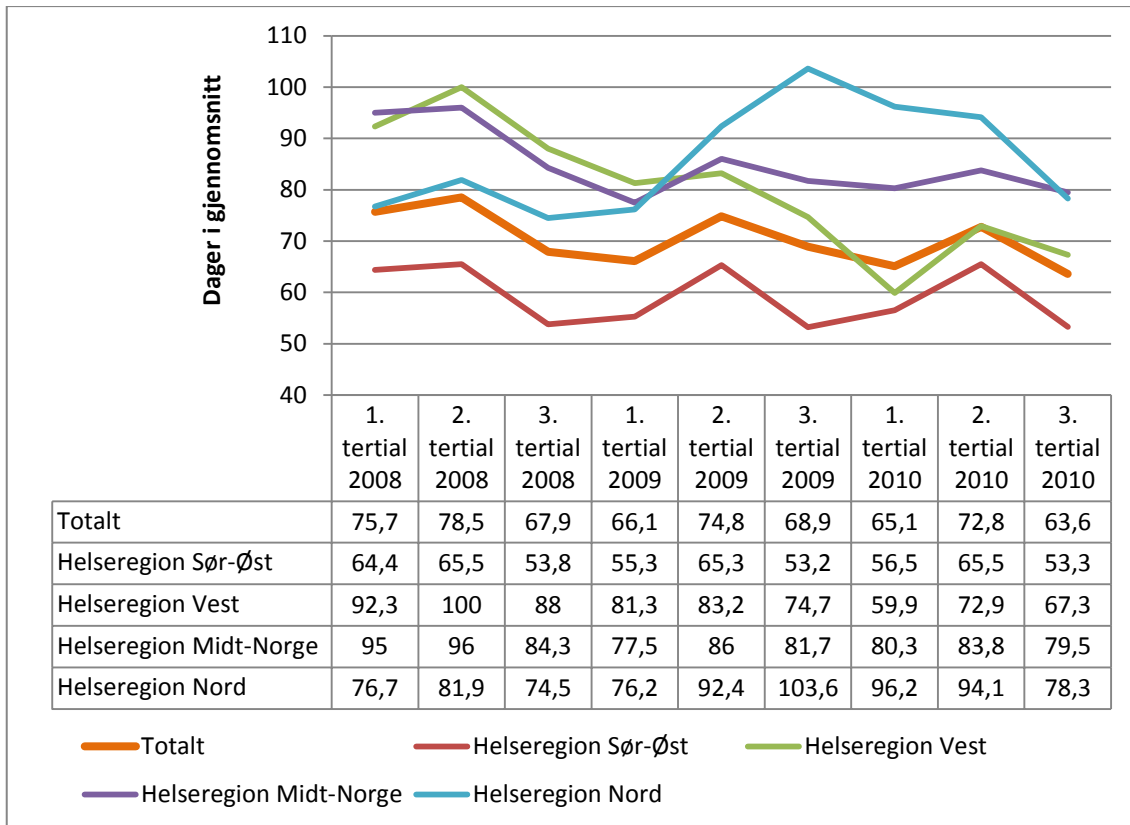


Kilde: Kilde: SINTEF/SAMDATA 2009.

Figur 51. Fagårsverk ved poliklinikkene for barn og unge, 1998 - 2009.

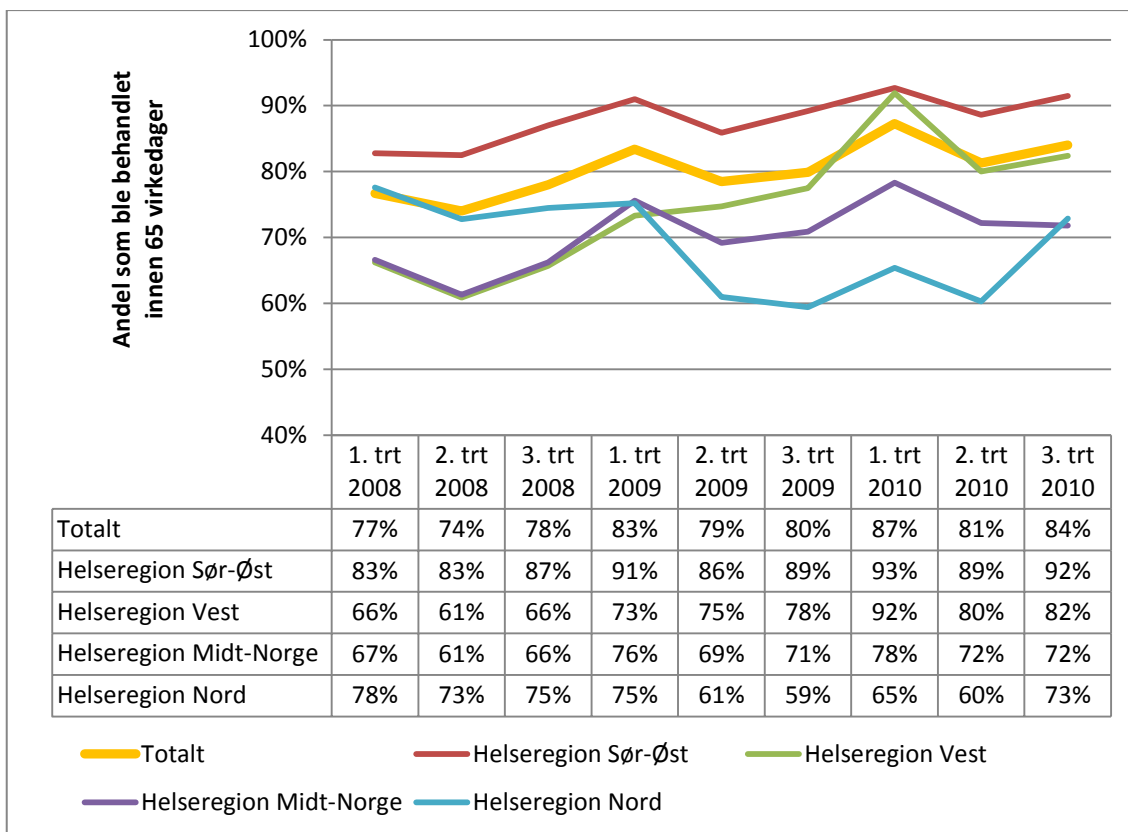
### 10.3.3 Ventetid for primærbehandling innen psykisk helsevern for barn og unge

Den gjennomsnittlige ventetiden er redusert fra 2008 til 2010 fra 75,5 dager til 63,6 dager for alle helseforetakene. Ventetiden i 2010 er lavest i Helseregion Sør-Øst med 53,3 dager mot 78,3 dager i Helseregion Nord, som har lengst ventetid. Data er hentet fra Norsk pasientregister, Helsedirektoratet.



Kilde: Helsedirektoratet, Norsk pasientregister.

Figur 52. Gjennomsnittlig ventetid for primærbehandling innen psykisk helsevern for barn og unge i antall dager, fordelt på Helseregion.



Kilde: Helsedirektoratet, Norsk pasientregister.

Figur 53. Andel som ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge etter helseregion, 2008 – 2010. Andel som ble behandlet innen 65 virkedager.

#### 10.3.4 Dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge

I hele opptrappingsperioden (1998-2008) var dekningsgraden for gutter høyere enn for jenter. For hele landet økte dekningsgraden fra 2,1 per 100 innbyggere for gutter i 1998 til 5,6 i 2009. Tilsvarende tall for jenter er 1,8 i 1998 til 4,5 i 2009, Tabell 31 og Figur 54.

Gutter hadde den sterkeste veksten med en økning i behandlingsraten på 152 prosent fra 1998 til 2008, mens tilsvarende vekst for jenter var på 133 prosent. Forskjellene mellom gutter og jenter som mottok behandling økte derfor i perioden. Den prosentvise veksten siste år var imidlertid noe sterkere for jenter (7,1 prosent) enn gutter (5,6 prosent). Dette betyr at forskjellene mellom kjønnene er noe mindre i 2009 enn i 2008. Opplysninger om dekningsgrad her hentet fra rapporten "Barn og unge i det psykiske helsevernet ett

år etter Opptrappingsplanen” av Marit Sitter (2010)<sup>37</sup>. Utviklingen i aldersgrupper vises i Figur 55. Dekningsgraden er høyest for unge i alderen 13 – 17 år og lavest for barn i alderen 0 – 5 år.

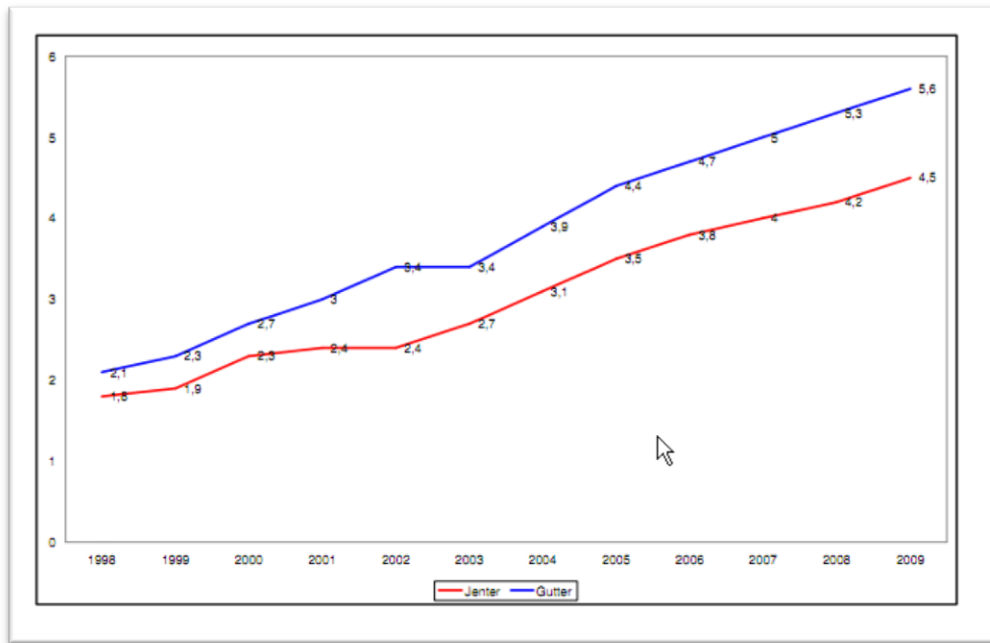
Dekningsgraden må sees på bakgrunn av behovet blant barn og unge. Dekningsgraden er høyest der man må forvente at behovet er størst, nemlig blant gutter og i de høyere aldersgrupper.

*Tabell 31. Dekningsgrad (pasienter per 100 innbyggere) i helseregionene for gutter og jenter. 1998, 2008 og 2009*

	1998		2008		2009	
	Gutt	Jente	Gutt	Jente	Gutt	Jente
<b>Helse Sør-Øst</b>	2,3	1,9	5,4	4,4	5,7	4,7
<b>Helse Vest</b>	1,5	1,2	4,3	3,2	4,6	3,4
<b>Helse Midt-Norge</b>	1,7	1,4	4,7	3,6	4,9	3,7
<b>Helse Nord</b>	3,9	3,1	7,4	6,4	7,8	6,7
<b>Alle</b>	2,1	1,8	5,3	4,2	5,6	4,5

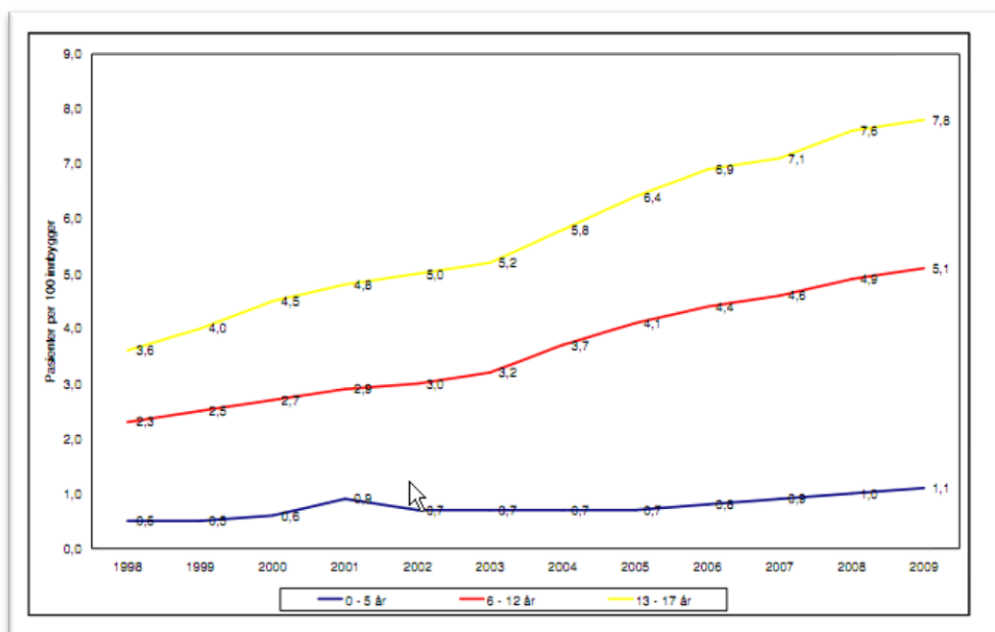
Kilde: Marit Sitter (2010). Barn og unge i det psykiske helsevernet ett år etter Opptrappingsplanen. Helsedirektoratet. IS-1854

37 Rapporten er basert på pasientdata for barn og unge i det psykiske helsevernet for 2008 og 2009 fra Norsk pasientregister (NPR), Helsedirektoratet. I tillegg benyttes resultater fra tidligere Samdata-rapporter for å beskrive utviklingen i perioden 1998 til 2008, perioden for gjennomføringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. I tabellen under presenteres antall pasienter og dekningsgrad i 2009 basert på personidentifiserbare data og ikke-personidentifiserbare data.



Kilde: Marit Sitter (2010). Barn og unge i det psykiske helsevernet ett år etter Opptrappingsplanen. Helsedirektoratet. IS-1854.

Figur 54. Utvikling i dekningsgrad etter kjønn, 1998-2009. Pasienter per 100 innbyggere.



Kilde: Marit Sitter (2010). Barn og unge i det psykiske helsevernet ett år etter Opptrappingsplanen. Helsedirektoratet. IS-1854.

Figur 55. Utvikling i dekningsgrad fordelt på aldersgrupper, 1998 – 2009. Pasienter per 100 innbyggere.



### 10.3.5 Tilbud fra psykisk helsevern for barn og unge

Tallet på barn og unge som fikk tilbud fra psykisk helsevern er økt fra drøyt 43700 i 2005 til 54000 i 2010. I rater per 1000 innbyggere i alderen 0 – 18 år tilsvarer dette en økning fra 38 til 46 barn og unge.

*Tabell 32. Antall barn og unge som fikk et tilbud i psykisk helsevern, 2005 – 2010 \*.  
Totale tall og rater per 1000 personer i alderen 0 – 18 år.*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Rater per 1000 personer 0-18 år</b>	38	41	43	42	44	46

Totale tall.

	År					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Helse Sør-Øst</b>	24 048	26 235	28 155	27 738	29 251	29 952
<b>Helse Vest</b>	7 755	8 513	8 579	8 721	9 512	10 084
<b>Helse Midt-Norge</b>	5 733	6 140	6 303	6 142	6 369	6 690
<b>Helse Nord</b>	6 225	6 551	6 799	6 922	7 160	7 243
<b>Total</b>	43 761	47 439	49 836	49 302	52 057	54 012

\*) Kilde: Norsk pasientregister. Data fra 2005, 2006 og 2007 har anonymiserte pasientnummer. Dvs. at det ikke er mulig å følge en pasient dersom han/hun har vært behandlet ved flere institusjoner/enheter. Antall pasienter for disse 3 årene vil derfor være litt høyere enn eksakt antall pasienter. Fra og med 2008 har NPR personentydige data, dvs. aktivitetsdata er koplet mot pasientens fødselsnummer og pasienten telles kun en gang.

221 pasienter var behandlet ved mer enn en helseregion i 2008, summering av RHF tallene vil derfor gi 49523 pasienter.

235 pasienter var behandlet ved mer enn en helseregion i 2009, summering av RHF tallene vil derfor gi 52292 pasienter.

211 pasienter var behandlet ved mer enn en helseregion i 2010, summering av RHF tallene vil derfor gi 54223 pasienter.

## 10.4 Diskusjon

God tilgjengelighet til helsetjenester er et viktig kvalitetsmål, skriver Helsedepartementet, og peker på at tilgjengeligheten til både primær- og spesialisthelsetjenester varierer. Departementets mål for tilgjengelige helsetjenestene er:

- Det skal være lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted
- Helsetjenesten skal oppleves som tilgjengelig, brukervennlig og samarbeidsorientert for pasienter og pårørende.

- Brukere og pasienter skal få tydelig og oversiktlig informasjon når de er i kontakt med helsetjenesten.
- Ventetiden til behandling i spesialisthelsetjenesten skal reduseres.
- Det skal ikke være fristbrudd.
- Det skal være god og lik tilgjengelighet til allmennlegetjenesten.
- Det skal være lik prioriteringspraksis i spesialisthelsetjenesten over hele landet.
- Helsetjenesten skal tilpasses brukerens behov, informasjonen skal være lett forståelig og tilbudet skal være fysisk tilgjengelig.
- Helsetjenesten skal ta i bruk moderne kommunikasjonsformer for pasienter og personell.

På bakgrunn av disse målsettingene kunne man tenke seg flere og alternative indikatorer for å belyse grad av tilgjengelighet, men mange forhold vil være praktisk vanskelig å dekke med statistikk. Data om årsverk i tjenestene, indikator b) og c) sier først og fremst noe om kapasitet i tjenestene og derved indirekte om tilgjengelighet. Ventetider og fristbrudd ville vært andre relevante indikatorer og er kanskje i sterkere grad innrettet mot tilgjengelighet enn tallet på årsverk.

Vi har i avsnitt 3.2 vist antall pasienter som kontakter fastlegen pga. psykiske vansker. Bare en mindre andel av pasientene henvises videre til psykisk helsevern. Vi vet lite om i hvilken grad dette fører til en over- eller underforbruk av spesialisttjenester eller om det skaper skjevheter i tilgjengelighet til psykisk helsevern eller psykisk helsearbeid i kommunene.



## 11 Kapasitet og organisering

### 11.1 Innledning

Det er for tiden ikke definert noen indikatorer for dette området.

Helsedirektoratet påpeker at strukturelle forhold som kapasitet og organisering av tjenestene har stor betydning for befolkningens tilgang til hjelpeapparatet. Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse har fokus i stor grad vært rettet mot de strukturelle målsettinger for tjenestetilbudet.

Helsedirektoratet viser til evaluering av Opptrappingsplanen gjennomført av Norges forskningsråd og til oversikter i SAMDATA<sup>38</sup> over strukturtall for spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet utgir årlig aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne (IS-1911). Aktivitetsdataene rapporteres til Norsk pasientregister. En tredje kilde er rapporten Pasienter i det psykiske helsevernet 2009, utgitt av Helsedirektoratet (IS-1908).

Aktuelle indikatorer kan være tall for årsverk, utskrivninger, døgnplassdekning og for poliklinisk virksomhet.

Årsverk totalt for sykehus (alle ansatte) i psykisk helsevern for voksne er økt fra **13654** i 1998 til **16726** i 2008. Tilsvarende tall for DPS er 3162 i 1998 til 6893 i 2008

Årsverk ved poliklinikkene (totalt) er økt fra 1535 i 1998 til 3073 i 2008, se også indikator 8 om tilgjengelighet

Tallet på døgnplasser er redusert i perioden for Opptrappingsplanen, mens planen forutsatte en økning (Pedersen 2009). Dette har dels sammenheng med overføring av plasser til russektoren, utbygging av boligtilbud i kommunene, økt kapasitet ved poliklinikker og kapasitetsvridninger ellers, f. eks. at nedbygging av sykehjemmene ikke ble fullt ut kompensert ved en økning ved DPSene.

#### Organisering av tjenestene.

Dokumenterte statistiske opplysninger med relevans for organisering handler i stor grad om fordeling av ressurser på type institusjon og i helseforetakene. Vi har tidligere brukt tall for døgnplasser og årsverk i psykisk helsevern, Et spørsmål knyttet til organisering kan være grad av desentralisering av tjenestene. Som indikator på dette kan vi bruke opplysninger om utskrivninger etter institusjonstype (Pedersen 2009).

På landsbasis har andel utskrivninger utenfor sykehus (dvs. for det meste DPS) økt fra 28 til 40 prosent i perioden 1998 – 2008. Det vil si at det har funnet sted en betydelig

---

<sup>38</sup> Siste SAMDATA-rapport fra psykisk helsevern er fra 2008. Etter den tid har Helsedirektoratet overtatt utgivelsen av statistikken.

desentralisering av tjenestene. Regionale forskjeller viser at Helse Vest RHF og Helse Nord RHF har størst andel utskrivinger utenfor sykehusene, (Pedersen 2009).

Indikator 7, ressursutnyttelse, 8 tilgjengelighet og indikator 9 kapasitet og organisering bør sees i sammenheng.

## 12 Risikofaktorer og psykisk helse. Analyse av data fra helse- og levekårsundersøkelser

I tidligere kapitler har vi beskrevet utviklingen av variabler som på bakgrunn av tidligere undersøkelser er valgt som risiko- og påvirkningsfaktorer for psykisk helse. I den grad vi har foretatt analyser, er disse gjort uavhengig av de andre variablene som også kan tenkes å påvirke psykisk helse. Det omfattende datamaterialet som samles inn gjennom levekårsundersøkelsene med fokus på helse, muliggjør identifisering og kvantifisering av de fleste risikofaktorene som vi har gjennomgått tidligere.

I dette avsnittet benyttes datamaterialet i forbindelse med levekårsundersøkelsen som ble gjennomført i 2008, og som inneholder svar fra 6465 respondenter, 3172 menn og 3293 kvinner, for å undersøke hvilke variabler som fører til økt risiko for psykiske plager, målt ved hjelp av spørsmålene som til sammen utgjør HSCL-25 (HSCL-25 er et mål for psykisk helse og brukes i levekårsundersøkelsene, se avsnitt 0).

Materialet er tverrsnittsdata fra ett år, og det er derfor ikke mulig å gi vurderinger av utvikling over tid. Måleinstrumentet, HSCL-25, er konstruert for å måle grad av angst og depresjon, men ikke egnet til å fange opp andre alvorlige lidelse som schizofreni, psykotiske tilstander, bipolare lidelser med mer.

Den statistiske analysen, multippel regresjon, måler sammenhengen mellom en avhengig variabel, her psykisk helse målt ved HSCL-25, og flere uavhengige variabler, se listen under av risiko- og påvirkningsfaktorer.

Fra innledningen i rapporten, avsnitt 1.1.1, er følgende risiko- og påvirkningsfaktorer for psykisk helse listet opp

- a. Aleneboere
- b. Lav utdanning
- c. Arbeidsledighet
- d. **Uføreytelser som følge av psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser**
- e. Risiko for alkoholavhengighet i befolkningen
- f. Frafall i videregående skole
- g. Unge uføre
- h. Skilsmisser
- i. **Mobbing i skolen**
- j. Fysisk aktivitet
- k. Sosial støtte
- l. Lavinntekt i befolkningen

Bortsett fra faktor d. og i., merket med rødt, er variabler med informasjon om samtlige av risiko- og påvirkningsfaktorene som er listet over, inkludert i levekårsundersøkelsen 2008. I regresjonsanalysen kontrolleres det også for bakgrunnsvariablene alder og kjønn, for å kunne estimere betydningen av de øvrige faktorene så nøyaktig som mulig. Tabellen under viser verdier for koeffisienter og p-verdi for en regresjon gjennomført med HSCL-25 som avhengig variabel og påvirkningsfaktorene som prediktorer.

Tabell 33. Påvirkningsfaktorer på psykisk helse. Regresjon

Avhengig variabel: HSCL-25	Ustandardiserte koeffisienter		Standardiserte koeffisienter	t-verdi	Sig.
	B	Std. feil	Beta		
<b>N = 3530</b>					
<b>(Konstant)</b>	2,482	,141		17,609	,000
<b>1 = Aleneboer</b>	-,011	,014	-,015	-,797	,426
<b>1 = Videregående skole, 0=lavere utdanning</b>	-,062	,015	-,092	-4,283	,000
<b>1 = Universitet lavere 0= lavere utdanning</b>	-,058	,016	-,076	-3,605	,000
<b>1 = Universitet høyere 0 = lavere utdanning</b>	-,068	,022	-,058	-3,097	,002
<b>1 = Arbeidsledig</b>	,173	,040	,068	4,279	,000
<b>Sum Audit C</b>	,387	,069	,089	5,574	,000
<b>1 = Ung ufør</b>	,009	,002	,065	3,704	,000
<b>Hvor ofte trener du vanligvis på fritiden - 1 = Sjeldnere enn en gang i uka</b>	-,068	,023	-,068	-3,000	,003
<b>Hvor ofte trener du vanligvis på fritiden - 1 = En gang i uka eller mer</b>	-,111	,018	-,140	-6,056	,000
<b>Sosial støtte (Oslo 3)</b>	-,034	,003	-,169	-10,337	,000
<b>1 = Separert siste 12 måneder</b>	,172	,034	,082	5,126	,000
<b>Ln av samlet inntekt</b>	-,050	,010	-,091	-4,852	,000
<b>IOs alder på intervju tidspunktet</b>	-,001	,000	-,063	-3,519	,000
<b>1 = Kvinne</b>	,096	,011	,143	8,438	,000

$R^2 = 0,12$

Bortsett fra status som aleneboer, bidrar samtlige variabler som er inkludert i modellen til å forklare HSCL-25 indeksen signifikant. I denne modellen har altså status som aleneboer ingen påvirkning på psykisk helse når det kontrolleres for andre risikofaktorer. De andre faktorene er signifikante på 1% nivå.

Negativt fortegn på koeffisienten (Beta) betyr at en enhets økning i variabelens verdi fører til en reduksjon i HSCL-25 tilsvarende koeffisientverdien. Det vil for eksempel si at to personer med identiske verdier for alle variabler, bortsett fra på Oslo-3-skalaen, hvor den ene personen skårer en enhet (ett poeng) høyere enn den andre, estimerer modellen at vedkommende med høyest skår har en HSCL-25 skår som er – 0,034 lavere enn den andre personen. Dette gjelder altså kun dersom verdien på de andre variablene er konstant. Tilsvarende vil variabler med koeffisienter som har positivt fortegn bety at en enhets økning i variabelens verdi fører til en økning i HSCL-25 tilsvarende koeffisientverdien.

Faktorer som er med på å redusere risikoen for dårlig psykisk helse har negativt fortegn; det vil si at en enhets økning i variabelen vil føre til lavere HSCL-25 skår. Dette gjelder faktorene utdanning, fysisk aktivitet, sosial støtte, inntekt og alder.

Faktorer som er med å øke risikoen for dårlig psykisk helse er å være arbeidsledig, ung ufør, separert siste 12 måneder, kvinne, i tillegg til at alkoholforbruk er positivt korrelert med HSCL 25.

Samtlige variabler har korrekt fortegn i tråd med gjeldende teorier for disse faktorenes betydning for psykisk helse. Det mest overraskende funnet er at aleneboer ikke er en

signifikant variabel når det kontrolleres for de andre risikofaktorene. Dette impliserer at å være aleneboer i seg selv ikke øker risikoen for psykiske plager. En analyse utført ved Folkehelseinstituttet på data fra levekårsundersøkelsen 2008 (Myklestad, Rognerud og Johansen 2008) viser at faktoren ugift eller ikke samboende har en effekt på psykisk helse, når det kontrolleres for tilsvarende forhold som i vår modell. De to analysene har imidlertid noe ulike mål på det å bo alene som kan forklare forskjellene.

Det kan tenkes at det er avtagende eller økende marginaleffekter for en eller flere av de kontinuerlige variablene som er inkludert i modellen, med andre ord at det ikke er et lineært forhold. Vi har tidligere påvist at for alkoholforbruk, så øker andelen med psykiske plager dramatisk ved høye Audit-C verdier (dvs. som skårer høyere enn 1,75 på HSCL-25). Det er også rimelig å anta at effekten av sosial støtte er avtagende over ett visst nivå. For å kontrollere for avtagende eller økende effekter blant kontinuerlige variabler i modellen legges det til en variabel som er lik den kvadrerte av variablene som ønskes undersøkt. Tabellen under viser en modell hvor variablene Oslo<sup>3</sup> og Audit C<sup>2</sup> er inkludert i modellen.

Tabell 34. Påvirkningsfaktorer på psykisk helse. Regresjonsmodell som tar høyde for ikke-lineære effekter av alkoholkonsum og sosial støtte.

Avhengig variabel: HSCL-25	Ustandardiserte koeffisienter		Standardiserte koeffisienter	t-verdi	Sig.
	B	Std. feil	Beta		B
<b>N = 3530</b>					
<b>(Konstant)</b>	2,371	,140		16,910	,000
<b>1 = Aleneboer (en person i husholdningen)</b>	-,002	,014	-,002	-,121	,904
<b>1 = Videregående skole</b>	-,054	,014	-,080	-3,762	,000
<b>1 = Universitet lavere</b>	-,048	,016	-,064	-3,049	,002
<b>1 = Universitet høyere</b>	-,055	,022	-,047	-2,515	,012
<b>1 = Arbeidsledig</b>	,166	,040	,066	4,156	,000
<b>Sum Audit C</b>	,360	,069	,083	5,228	,000
<b>1 = Ung ufør</b>	,009	,002	,062	3,538	,000
<b>Hvor ofte trener du vanligvis på fritiden - 1 = Sjeldnere enn en gang i uka</b>	-,057	,022	-,058	-2,577	,010
<b>Hvor ofte trener du vanligvis på fritiden - 1 = En gang i uka eller mer</b>	-,099	,018	-,124	-5,415	,000
<b>Sosial støtte (Oslo 3)</b>	-,034	,003	-,167	-10,195	,000
<b>1 = Separert siste 12 måneder</b>	,169	,033	,081	5,075	,000
<b>Ln av samlet inntekt</b>	-,044	,010	-,079	-4,248	,000
<b>IOs alder på intervju tidspunktet</b>	-,001	,000	-,067	-3,827	,000
<b>1 = Kvinne</b>	,099	,011	,148	8,843	,000
<b>Oslo<sup>3</sup></b>	,018	,006	,048	3,040	,002
<b>Audit C<sup>2</sup></b>	,044	,006	,128	7,912	,000

R<sup>2</sup> = 0,14

Siden både Audit C og Audit C<sup>2</sup> har positivt fortegn, betyr dette at alkoholkonsum har en økende effekt på HSCL-25. Begge variablene oppnår høyere t-verdi enn hva Audit C hadde alene. Dette indikerer at en modell som tar høyde for at det er en økende effekt av alkoholforbruk (personer med svært høyt alkoholkonsum har i gjennomsnitt en



vesentlig høyere skår på HSCL-25 enn personer med et moderat alkoholkonsum) passer bedre til datamaterialet enn en modell som antar lineært forhold mellom alkoholkonsum og psykisk helse.

At variabelen Oslo 3 er negativ og Oslo 3<sup>2</sup> er positiv betyr at økt grad av sosial støtte fører til redusert grad av psykiske plager, men effekten er avtagende.

Analysen bekrefter at lav utdanning, arbeidsledighet, uførhet i ung alder, lite fysisk aktivitet, lav sosial støtte, lavt/høyt alkohol forbruk, status som separert og lav lønn er bidrar til dårlig psykisk helse. Kvinner har også dårligere psykisk helse enn menn.

Da dette er tverrsnittsdata kan vi ikke avgjøre om de observerte effektene er et resultat av sosial seleksjon.

## 13 Vurdering av indikatorene

Omfanget av indikatorer er stort, og det er mange forhold ved psykisk helsevern, psykisk helsearbeid i kommunene og befolkningen generelt som skal belyses. Grunnlagsmateriale for indikatorene bygger på en rekke kilder, i stor grad administrativ statistikk fra Norsk pasientregister, Statistisk sentralbyrå, NAV og Helsedirektoratet (utenom NPR). På områder som ikke dekkes av administrativ statistikk eller målinger som gjentas med jevne mellomrom (som de nasjonale helse- og levekårsundersøkelsene) er det tatt i bruk data fra ulike enkeltundersøkelser. Selv om undersøkelsene gir interessante data, er det usikkert i hvilken grad de blir gjentatt flere ganger. Spørsmålet er da i hvilken grad de aktuelle kildene egner seg som grunnlag for indikatorer, siden man ikke kan lage tidsserier og på den måten følge utviklingen på feltet. På den andre siden kan enkeltundersøkelser være bedre enn ikke noe informasjon.

Enkelte indikatorer fra spesialisthelsetjenesten er blitt mindre aktuelle over tid mens man kan etterlyse indikatorer som i større grad fanger opp utviklingen av psykisk helsearbeid i kommunene. Dette siste vil være et aktuelt tema i forbindelse med samhandlingsreformen.

Vi lister her opp de enkelte indikatorene med en vurdering av egnethet.

1. Helsestatus
  - a. Egenvurdert helse
  - b. Psykiske vansker og lidelser som kontaktårsak hos fastlegen
  - c. Psykiske plager
  - d. Selvmordsrate
2. Risiko- og påvirkningsfaktorer
  - a. Aleneboere
  - b. Lav utdanning
  - c. Arbeidsledighet
  - d. Risiko for alkoholavhengighet i befolkningen
  - e. Frafall i videregående skole
  - f. Unge uføre
  - g. Skilsmisser
  - h. Mobbing i skolen
  - i. Fysisk aktivitet
  - j. Sosial støtte
  - k. Lavinntekt i befolkningen
3. Forebygging
  - a. Åpenhet om psykisk helse
4. Virkningsfulle tjenester
  - a. Reinnleggelser unge og voksne
  - b. Diagnostisk vurdering av barn og unge
  - c. Tvangsinnleggelser
  - d. Korridorpasienter i akuttpsykiatriske døgnavdelinger
5. Brukerinvolvering
  - a. Økonomisk støtte til brukermedvirkning på psykisk helsefeltet fra kommunen
6. Samordning og kontinuitet

- a. Fastlegers tilfredshet med DPS
- b. Individuell plan
- c. oppgavefordeling sykehus – DPS
- 7. Ressursutnyttelse
  - a. Pasientgjennomstrømning
- 8. Tilgjengelighet
  - a. Tildeling av bolig til mennesker med psykiske lidelser
  - b. Årsverk innen psykisk helsearbeid i kommunene
  - c. Årsverk spesialisthelsetjenesten – BUP, DPS, sykehus
  - d. Ventetid før primærbehandling innen psykisk helsevern for barn og unge
  - e. Dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge
- 9. Kapasitet og organisering
  - a. Spesialisthelsetjenesten

Indikator	Kommentar til indikatoren	Kilde	Prioritet
<b>1) Helsestatus</b>			<b>Høy</b>
a) Egenvurdert helse	Ikke sterk sammenheng med objektive data om helse.	Levekårsundersøkelsene. Periodisk.	Middels
b) Psykiske vansker og lidelser som kontaktårsak hos fastlegen	Viktig indikator fra primærhelsetjenesten. Årlig rapportering. Kan suppleres med konsultasjoner hos psykolog eller psykiater	Helse- direktoratet. Insidensdata	Høy
c) Psykiske plager	God og viktig indikator. Bør suppleres med oppl. om lidelser i løpet av livet.	Levekårsundersøkelsene. Prevalens	Høy
d) Selvmordsrate	God og viktig indikator.	Årlig statistikk, SSB Insidens	Høy
<b>2) Risiko- og påvirkningsfaktorer</b>			<b>Høy</b>
a) Aleneboere	Ansett som viktig, men lav sammenheng med psykisk helse, når det kontrolleres for andre forhold.	Levekårsundersøkelsene.	Middels
b) Lav utdanning	Sammenheng med psykisk helse.	Årlig statistikk, SSB	Høy
c) Arbeidsledighet	Sammenheng med psykisk helse.	Årlig statistikk, SSB	Høy

d)	Risiko for alkoholavhengighet i befolkningen	Sammenheng med psykisk helse.	Levekårsundersøkelsene	Høy
e)	Frafall i videregående skole	Sees i sammenheng med lav utdanning, men ikke klarlagt betydning for psykisk helse. Supplerer opplysninger om lav utdanning.	Årlig statistikk, SSB	Middels
f)	Unge uføre	Sammenheng med psykisk helse.	Årlig statistikk, NAV	Høy
g)	Skilsmisser	Sammenheng med psykisk helse.	Årlig statistikk, SSB	Høy
h)	Mobbing i skolen	Sammenheng med psykisk helse.	Årlig statistikk, elevundersøkelser	Høy
i)	Fysisk aktivitet	Sammenheng med psykisk helse.	Levekårsundersøkelsene	Høy
j)	Sosial støtte	Sammenheng med psykisk helse.	Levekårsundersøkelsene	Høy
h)	Lavinntekt i befolkningen	Sammenheng med psykisk helse.	Årlig statistikk, SSB	Høy
<b>3)</b>	<b>Forebygging</b>	Viktig felt, men dårlig dekning i kilder.		<b>Høy</b>
a)	Åpenhet om psykisk helse	Indirekte mål på forebygging. Lite andre data på feltet.  Ikke tidsserier	Enkeltundersøkelser.	Middels
<b>4)</b>	<b>Virkningsfulle tjenester</b>			<b>Høy</b>
a)	Reinnleggelser av voksne	Kan oppfattes som tvetydig indikator?	Årlig statistikk, NPR	Middels
b)	Reinnleggelser av barn og unge	Lav rapportering. Er blitt mindre aktuell indikator	NPR	Lav
c)	Diagnostisk vurdering av barn og unge	Omlegging av statistikken. Vanskelig å tolke tilbakegående tall.	Årlig statistikk fra NPR.	Høy
d)	Tvangsinnleggelser	Aktuelle opplysninger.	Årlig statistikk, NPR. Lange tidsserier	Høy

e)	Korridorpasienter i akuttpsykiatriske døgnavdelinger	Her foreligger ikke opplysninger fra NPR		Utgår
<b>5)</b>	<b>Brukerinvolvering</b>	<b>Har informasjon kommunene, men mangler opplysninger fra spesialisthelsetjenesten</b>		<b>Høy</b>
a.	Økonomisk støtte til brukermedvirkning på psykisk helsefeltet fra kommunen	Gode data.	Årlig statistikk, KOSTRA/ SSB	Høy
<b>6)</b>	<b>Samordning og kontinuitet</b>	Dekker i liten grad pasientforløp. Opplysning om kontinuitet i tjenestene bør styrkes.		<b>Høy</b>
a)	Fastlegers tilfredshet med DPS	Belyser samhandling mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten. Aktuelt felt. Usikkert med tidsserier	Nasjonalt kunnskaps-senter.	Middels/høy
b)	Individuell plan for unge med ADHD	IP er et aktuelt tema, men ADHD er en noe smal gruppe. Lav kvalitet på data til nå.	Tall årlig fra NPR.	Middels
c)	Oppgavefordeling sykehus – DPS	Relevante data, men ikke tidsserier.	Engangsundersøkelse	Middels
<b>7)</b>	<b>Ressursutnyttelse</b>	Lite utviklet indikator, men relevant tema. Forslag: utskrivninger fra psykisk helsevern per årsverk.		<b>Høy</b>
a)	Pasientgjennomstrømning	Døgnopphold i institusjon foreslås som indikator. Kan videreutvikles.	Årlig statistikk. NPR.	Høy
<b>8)</b>	<b>Tilgjengelighet</b>	Godt dekket indikator		<b>Høy</b>
a)	Tildeling av bolig til mennesker med psykiske lidelser	Omlegging av statistikken. Kun tall fra 2009 og 2010.	SSB, årlig	Høy
b)	Årsverk innen psykisk helsearbeid i kommunene	Relevante data	NPR	Høy
c)	Årsverk i spesialisthelsetjenesten – BUP, DPS, sykehus	Relevante data	NPR	Høy
d)	Ventetid før primærbehandling innen psykisk helsevern for barn og unge	Relevante data	NPR	Høy

e)	Dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge	Relevante data	NPR	Høy
<b>9)</b>	<b>Kapasitet og organisering</b>	Ikke utviklet indikator		
a.	Spesialisthelsetjenesten	Forslag: Årsverk, dekning av døgnplasser, utskrivninger	NPR/SSB/ Samdata	Usikkert om tidsserier etter 2008.



## 14 Sammendrag og konklusjoner

### 14.1 Innledning

Rapporten omhandler 30 indikatorer på psykisk helse. Områdene som dokumenteres er helsestatus, risiko- og påvirkningsfaktorer, forebygging, virkningsfulle tjenester, brukerinvolvering, samordning og kontinuitet, ressursutnyttelse, tilgjengelighet, kapasitet og organisering.

Indikatorene i denne rapporten er (se også avsnitt 1.1):

1. Helsestatus
  - a. Egenvurdert helse
  - b. Psykiske vansker og lidelser som kontaktårsak hos fastlegen
  - c. Psykiske plager
  - d. Selvmordsrate
2. Risiko- og påvirkningsfaktorer
  - a. Aleneboere
  - b. Lav utdanning
  - c. Arbeidsledighet
  - d. Risiko for alkoholavhengighet i befolkningen
  - e. Frafall i videregående skole
  - f. Unge uføre
  - g. Skilsmisser
  - h. Mobbing i skolen
  - i. Fysisk aktivitet
  - j. Sosial støtte
  - k. Lavinntekt i befolkningen
3. Forebygging
  - a. Åpenhet om psykisk helse
4. Virkningsfulle tjenester
  - a. Reinnleggelser unge og voksne
  - b. Diagnostisk vurdering av barn og unge
  - c. Tvangsinnleggelser
  - d. Korridorpasienter i akuttpsykiatriske døgnavdelinger
5. Brukerinvolvering
  - a. Økonomisk støtte til brukermedvirkning på psykisk helsefelt fra kommunen
6. Samordning og kontinuitet
  - a. Fastlegers tilfredshet med DPS
  - b. Individuell plan
  - c. oppgavefordeling sykehus – DPS
7. Ressursutnyttelse
  - a. Pasientgjennomstrømning
8. Tilgjengelighet
  - a. Tildeling av bolig til mennesker med psykiske lidelser
  - b. Årsverk innen psykisk helsearbeid i kommunene
  - c. Årsverk spesialisthelsetjenesten – BUP, DPS, sykehus



- d. Ventetid før primærbehandling innen psykisk helsevern for barn og unge
- e. Dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge
- 9. Kapasitet og organisering
  - a. Spesialisthelsetjenesten

## 14.2 Sammendrag av de enkelte indikatorene

### 14.2.1 Helsestatus

De statistiske indikatorene tyder ikke på at omfanget av dårlig psykisk helse i befolkningen er økende, nivået ligger mellom fem og syv prosent over tid målt i helse- og levekårsundersøkelsene (HSCL-25). Et unntak er yngre kvinner, hvor det er registrert en relativt sterk økning. Omfanget av psykiske plager (minst en plage) over et livsløp er imidlertid høyt, og undersøkelser viser en forekomst på noe over 50 prosent. Livstidsforekomsten av de mest alvorlige lidelsene (schizofreni og bipolare lidelser) er beregnet til å ligge langt lavere; mellom en og to prosent.

Psykiske vansker og lidelser som kontaktårsak til fastlegen gir nyttig informasjon om den psykiske helsestatus i befolkningen og er derfor en viktig tilleggsinformasjon til andre kilder. Nivået er stabilt på nær 12 prosent, langt høyere enn tall fra levekårsundersøkelsene.

Kartleggingen, gjennomført med måleinstrumentet HSCL-25 måler i størst grad depresjon og angstlidelser og i mindre grad schizofreni, bipolare lidelser og personlighetsforstyrrelser. Levekårsundersøkelsene er basert på tverrsnittundersøkelser og sier lite om utvikling av plager over tid og heller ikke omfanget av plager over et livsløp. Derfor bør indikator for helsestatus også omfatte denne type data. Her foreligger til nå bare enkeltundersøkelser i avgrensede geografiske områder.

### Utviklingstrender

Analyse av data viser følgende trender:

- ✓ Liten endring i egenvurdert helse over tid. Nivå med dårlig helse er på 5 – 7 prosent i gjennomsnitt. Nivået øker med stigende alder.
- ✓ Svak nedgang i andel av befolkningen med dårlig psykisk helse<sup>39</sup> (angst og depresjonslidelser) i perioden 1998 til 2008. Nivå: i gjennomsnitt ni prosent i 2008 mot 10 prosent i 1998.
- ✓ Sterk økning i dårlig psykisk helse blant de yngste kvinnene (16-24 år) i denne perioden, 24 prosent i 2008 mot 14 prosent i 1998.
- ✓ Litt økning i dårlig psykisk helse for menn i alderen 25-44 år i perioden.

---

39 Registrert nedgang i omfang mellom helse- og levekårsundersøkelser i 2005 og 2008 kan skyldes forskjeller i utvalget av personer som deltok i undersøkelsen.

- ✓ Lavest andel på Vestlandet med dårlig psykisk helse, i underkant av 8 prosent mot 9 prosent nasjonalt.
- ✓ Høy andel personer (52,4 prosent) som har hatt minst en diagnostisert psykisk lidelse i løpet av livet.
- ✓ Livstidsforekomst av de alvorligste psykiske lidelsene (schizofreni/bipolare lidelser) er beregnet til mellom en og to prosent.
- ✓ Stabile tall for psykisk vansker som årsak til kontakt med fastlegene over tid. Nivå: 11,7 prosent i 2010.
- ✓ Norge skiller seg ikke ut sammenlignet med andre europeiske land, når det gjelder omfang av psykiske lidelser
- ✓ Nær samme selvmordsrater i 2010 som i 1975, men sterk økning mot slutten av 1980 tallet blant menn – deretter nedgang. Menn har nær tre ganger så høye selvmordsrater som kvinner. Nivå: menn har 17 tilfeller per 100.000 innbyggere mot 6 tilfeller blant kvinner (2008).
- ✓ Lavest antall selvmord per 100.000 innbyggere blant eldre 60 år og over.

### **Konklusjon**

Det er ikke dokumentert økning i dårlig psykisk helse for befolkningen sett under ett basert på de valgte indikatorene, men det er registrert en viss økning i yngre aldersgrupper, spesielt blant yngre kvinner. Tallene for dårlig egenvurdert helse er lave og stabile, men andel med dårlig egenvurdert helse øker med stigende alder, som man kunne forvente. Psykiske vansker som årsak til kontakt med fastlege viser ingen økning. Norge er på samme nivå som andre europeiske land, når det gjelder omfang av psykiske lidelser. Livstidsforekomst av alvorlig depresjon beregner Folkehelseinstituttet til 15,6 prosent i befolkningen, høyere for kvinner enn for menn; 19,7 mot 11 prosent. Drøyt halvparten av den norske befolkningen vil ha minst en psykisk lidelse i løpet av livet.

Folkehelseinstituttet konkluderer i en oversikt med at minst 395 000 nordmenn var betydelig plaget av symptomer på angst og depresjon i 2008 (fhi.no).

Selvmondsrater viser synkende tendens siden 1988/-90, sterkest for menn. Ratene er generelt betydelig høyere for menn enn for kvinner.

### **Liten endring i egenvurdert helse**

De nasjonale levekårsundersøkelsene har spørsmål om egenvurdert helse. Hovedinntrykket er at det nesten ikke er endringer i andel som oppgir dårlig helse i perioden 2002 til 2008. Andelen som oppgir at de har dårlig helse (kategoriene ”verken god eller dårlig”, ”dårlig” eller ”meget dårlig” helse) har vært nokså uendret i perioden 2002 til 2008 og er fem prosent for menn og sju prosent for kvinner.

Andelen i ulike aldersgrupper som oppgir dårlig helse viser lite endringer i perioden, men andelen øker med økende alder. I aldersgruppen 80 år og over oppgir i underkant

av 20 prosent dårlig helse (kategorier ”dårlig” eller ”meget dårlig”) mens personer under 25 år har en andel på under 2 prosent. Vi kan spore en mindre nedgang i aldersgruppen 67 til 79 år.

### **Nedgang i andel av befolkningen som oppgir at de har dårlig psykisk helse, høyest andel kvinner**

Om lag ni prosent av befolkningen har psykiske plager, målt med HSCL-25 (mål for psykisk helse i levekårsundersøkelsene) i 2008 mot 10 prosent i 1998. Det var registrert en nedgang i andel med dårlig psykisk helse fra 1998 til 2005, men deretter steg andelen til noe under 1998 nivå. Andelen kvinner med dårlig psykisk helse var i 2008 12 prosent mot 7 prosent for menn.

### **Litt økning for yngre menn**

Det har vært en generell nedgang i andelen menn som skårer høyere enn 1,75 på HSCL-25 for samtlige aldersgrupper, bortsett fra aldersgruppen 25-44 år. Her har andelen, som tidligere lå rundt 6-7 prosent, økt til 9 prosent i 2008.

### **Sterk økning i psykiske plager blant de yngste kvinnene**

Andelen kvinner over 45 år som skårer høyere enn 1,75 på HSCL-25 er blitt redusert med rundt 5 prosentpoeng mellom 1998 og 2008. For kvinner mellom 25-44 år var det en liten reduksjon mellom 1998 og 2005, men i 2008-undersøkelsen var denne aldersgruppen tilbake på samme nivå som i 1998, hvor rundt 11 prosent skåret høyere enn 1,75 på HSCL-25. Den yngste aldersgruppen i undersøkelsen, kvinner mellom 16-24 år, har imidlertid hatt en motsatt utviklingen. Denne aldersgruppen opplevde en betraktelig økning i andelen som skårer høyere enn 1,75 på HSCL-25, fra 13 prosent i 2002 til 24 prosent i 2008.

### **Geografisk spredning – lavest andel på Vestlandet med dårlig psykisk helse**

I 2008 var det innbyggerne i Hedmark og Oppland som hadde høyest andel over 1,75 på HSCL-25, på 11 prosent, tett etterfulgt av Østlandet ellers og Agder og Rogaland. For alle årene er det innbyggerne på Vestlandet som har lavest andel som skårer høyere enn 1,75 på HSCL-25, dette gjelder 8 prosent av respondentene.

Undersøkelser viser at folk som bor i byer ikke har dårligere psykisk helse, enn folk utenfor byene. Unntaket er Oslo hvor en større andel personer har psykiske problemer enn landet ellers.

### **Høy andel personer som har hatt en psykisk lidelse i løpet av livet**

Undersøkelser viser at i gjennomsnitt for begge kjønn har over 50 prosent har en psykisk lidelse i løpet av livet og 33 prosent har hatt en psykisk lidelse i løpet av de siste 12 måneder (Kringlen et al 2001). I denne, og tilsvarende internasjonale undersøkelser er psykisk lidelse definert som en psykisk diagnose og er ikke helt sammenlignbar med HSCL-25 målingene. Kringlens undersøkelse kan tyde på at forekomsten av psykiske lidelse er mer utbredt enn funn fra HSCL-25 målingene.

## **Norge skiller seg ikke ut**

Norge skiller seg ikke fra andre land når det gjelder psykiske lidelser. Det viser Kringle, Torgersen og Cramers studie i Oslo i 2000. Resultatene samsvarer med det som er funnet i blant annet USA. Også den såkalte ODIN-studien (ODIN = Outcome of depression in Europe Network) som sammenligner depresjon i fem europeiske land, viser at Norge ikke skiller seg fra gjennomsnittet på dette punktet.

## **Sammenheng mellom gode levekår og god psykisk helse, utsatte grupper**

Folkehelseinstituttets analyse av levekår og psykiske helse konkluderer med at psykiske plager og risikoatferd hopper seg opp i noen grupper i befolkningen, og man har større risiko for plager hvis man tilhører utsatte grupper som det å ha lav utdanning, lav inntekt, ikke i arbeid, ugift eller skilt/separert (Myklestad, Rognerud og Johansen 2008). Årsakssammenhengen mellom lidelser og risikofaktorer er ikke entydig; om det er psykiske lidelser som er årsak til at personer havner i utsatte posisjoner (seleksjonshypotesen) eller om risikofaktorene som er årsak til lidelsene (stresshypotesen) eller om ulike forhold virker sammen, er ikke avklart.

## **Selvmondsrater**

Andel selvmord i 2009 er nesten på samme nivå som i 1975. For menn var raten 15 selvmord per 100 000 innbyggere i 1975 mot nær 17 i 2009. For kvinner var raten nær seks selvmord per 100.000 innbyggere i 1975, det samme som i 2009.

Særlig blant menn var det en sterk økning i antall selvmord på slutten av 80-tallet og begynnelsen av 90-tallet, som fra en topp i 1988 har vist en nedadgående trend fram til 2009. For kvinner ser vi den samme tendensen, men i langt mindre omfang.

Det ser ikke ut til at det er noen klare entydige trender for forekomsten av selvmord blant menn i de ulike helseregionene det siste tiåret, men det har vært betydelige variasjoner i denne perioden i samtlige helseregioner.

Tall fra dødsårsaksregisteret viser at menn dør av selvmord omlag 2-2,5 ganger så ofte som kvinner. I 2007 var det 336 menn og 149 kvinner som tok sitt liv. Minst 90 prosent av disse har hatt en psykiatrisk diagnose, oftest depresjon, stoffmisbruk eller personlighetsforstyrrelser (Retterstøl m.fl. 2002). Om lag fem sjettedeler av disse var ikke i pågående behandling (Rønneberg & Walby 2008).

### **14.2.2 Risiko- og påvirkningsfaktorer**

Forhold som inngår i denne indikatoren omfatter velkjente faktorer som ofte går igjen i omtale av risiko for dårlig mental helse. Vår egen analyse i kapittel 12 bekrefter dette, men sammenhengen med frafall i videregående skole er ikke analysert. Faktoren "aleneboere" ser ikke ut til å ha noen selvstendig sammenheng med mental helse. Analysen er gjort på tverrsnittsdata fra levekårsundersøkelsene og vil da måtte diskutere i hvilken grad risikofaktorene er en konsekvens av sosial seleksjon, men som

kommentert fra Folkehelseinstituttet vil en bedring av levekårene i samfunnet kunne bidra til bedre mental helse i befolkningen. Gode levekår, forebyggende og helsefremmende arbeid vil kunne virke som beskyttelsesfaktorer mot dårlig psykisk helse.

Risiko- og påvirkningsfaktorer omfatter data fra følgende områder:

- Aleneboere
- Lav utdanning
- Arbeidsledighet
- Uføreytelser som følge av psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser
- Risiko for alkoholavhengighet i befolkningen
- Frafall i videregående skole
- Unge uføre
- Skilsmisser
- Mobbing i skolen
- Fysisk aktivitet
- Sosial støtte
- Lavinntekt i befolkningen

### **Utviklingstrender**

Statistikken viser følgende utviklingstrender:

- ✓ Lav stigning i andelen aleneboere, men høy andel i Oslo.
- ✓ Andel av befolkning uten høyere utdanning reduseres.
- ✓ Ikke fullført videregående utdanning – stabile tall på landsbasis, men regionale forskjeller. Nivå yrkesfag menn 38 prosent, kvinner 32 prosent. Allmennfag menn 18 prosent, kvinner 12 prosent.
- ✓ Synkende og lav registrert arbeidsledighet (NAV) fra 2005 til 2008, noe økning til 2009, deretter utflating. Regionale forskjeller. Nivå 2011: 2,7 prosent.
- ✓ Høyest ledighet blant yngre. Nivå 2010: 12 prosent, fallende siden 2005.
- ✓ Ledighet blant innvandrere, nivå: 7,7 prosent.
- ✓ Høy risiko for alkoholavhengighet<sup>40</sup> (55 prosent i gjennomsnitt for hele befolkningen i 2008), høyest blant de yngste 16-24 år (67 prosent), deretter synkende risiko.
- ✓ Synkende andel unge uføre i alderen 25 – 39 år<sup>41</sup>, men økning blant de yngste 18 – 24 år (0,7 prosent i 2002 mot 0,9 prosent i 2010).  
Nivå i 2010 i alderen 18 – 39 år: 1,6 prosent som andel av befolkningen.

---

40 Risiko for alkoholavhengighet måles ved en spesiell test, AUDIT-C, som brukes i de nasjonale helse- og levekårsundersøkelsene, se avsnitt 4.2.4.

- ✓ Stigning i skilsmisserater i perioden 2000 – 2005, deretter en svak nedgang i ratene til 2009. Høyest andel i alderen 40 – 44 år med 20,2 prosent (menn).
- ✓ Mobbing i skolen, stabile tall. Nivå i 2011: 8,4 prosent (alle undersøkte skoletrinn).
- ✓ Økt andel som rapporterer om god sosial støtte. Nivå i 2008: 50 prosent.
- ✓ Synkende andel med god sosial støtte med stigende alder.
- ✓ Større andel kvinner enn menn med god sosial støtte.
- ✓ Synkende andel med lav inntekt. Nivå 2009: 5,1 prosent (60 prosent av medianinntekten for alle personer)
- ✓ Fysisk aktivitet er økt betydelig over 10 år. Andel som trener minst en gang i uka eller mer var 73 prosent i 2008 mot 58 prosent i 1998.

### **Konklusjon**

Samlet sett kan vi konkludere med at risiko for dårlig psykisk helse ikke er økt målt ved de valgte risikofaktorene, men med et par unntak. Andel av befolkningen med lav utdanning reduseres, andel som ikke fullfører videregående skole er relativt stabil, arbeidsledigheten er lav, tallet på unge uføre (18 – 39 år) er synkende unntatt for de aller yngste, det er nedgang i skilsmisserater, tallene for mobbing i skolen er stabile, andel med lav inntekt reduseres, andel med god sosial støtte øker og fysisk aktivitet øker. Av negative forhold er det noe økning i andel aleneboere, men denne faktoren har liten effekt på psykisk helse, som vi skal se i kapittel 12. Som nevnt øker andel uføre i de yngste aldersgruppene (18 – 25 år). Risiko for alkoholavhengighet i befolkningen er ganske høy.

**Oversikt over risikofaktorer og sammenheng med psykisk helse\*.**

<b>Indikator</b>	<b>Utvikling</b>	<b>Sammenheng med psykisk helse (HSCL-25)</b>
<b>Andel aleneboere</b>	Svakt stigende, størst i Oslo	Ikke sterk sammenheng
<b>Lav utdanning</b>	Andel synkende	Sammenheng
<b>Arbeidsledig</b>	Lav, men litt stigende. Regionale forskjeller, relativt høy i Finnmark og Oslo.	Sammenheng
<b>Alkoholavhengighet</b>	Høy andel med skadelig forbruk (AUDIT-C), stigende hyppig forbruk	Sammenheng
<b>Frafall i videregående skole, yrkesfag</b>	Høy andel i yrkesfag, synkende, store geografiske forskjeller	Ikke målt
<b>Frafall i videregående skole, allmennfag</b>	Lav andel, stabil over tid, geografiske forskjeller	Ikke målt
<b>Unge uføre</b>	Synkende andel	Sammenheng
<b>Skilsmisser</b>	Stabilt, synkende	Sammenheng
<b>Mobbing</b>	Stabil utvikling	Ikke målt
<b>Lavinntekt</b>	Synkende andel	Sammenheng

\*) Resultatene bygger på statistiske analyser, se kapittel 12. I denne analysen er bare tatt med opplysninger fra Levekårsundersøkelsene.

**Lav stigning i andelen aleneboere, men høy andel i Oslo**

Det har vært en stigende tendens i andelen aleneboere siden 2005 på landsbasis, men kun med 1,7 prosentpoeng. Andelen i 2005 var ca 38 prosent mot nær 40 prosent i 2010. Andelen aleneboere er ganske likt fordelt mellom helseregionene, når vi holder Oslo utenfor. Oslo skiller seg ut med en andel på drøyt 54 prosent.

**Andel av befolkning med lav utdanning er redusert**

Andel med grunnskole i prosent av hele befolkningen (16 år og over) er sunket fra 33,3 prosent i 2000 til 27,7 prosent i 2010. Andel personer i aldersgruppen 30 – 39 år med grunnskole som høyeste utdanning ble redusert fra 4,6 prosent i 2000 til 2,5 prosent i 2010.

## **Ikke fullført videregående utdanning – stabile tall på landsbasis, men regionale forskjeller**

Andel som ikke fullfører videregående utdanning ganske stabilt på landsbasis er for allmennfag, men noe nedgang for menn i yrkesfag og kvinner i allmennfag.

Statistikken viser andelen menn som ikke har fullført utdanningen fem år etter påbegynt utdanning. I allmennfag var andelen ikke fullført, 18 prosent av de som begynte i 1994, det samme for påbegynt utdanning i 2004. Tilsvarende tall for kvinner var 32 prosent begge år.

Finnmark har høyest andel ikke fullført på 26 prosent i 2004, en økning på seks prosentenheter siden 1994 kullet. Sør-Trøndelag og Sogn- og fjordane har lavest andel ikke fullført (1994). Det har imidlertid vært en oppgang i andelen i Sør-Trøndelag med fem prosentenheter og en nedgang i Sogn- og fjordane med fem prosentenheter.

I yrkesfag er det en nedgang for menn fra 42 til 38 prosent, men ingen endring for kvinner som ligger på 32 prosent. Regionale forskjeller viser at Finnmark hadde høyest andel ikke fullført (videregående skole, yrkesfag) med 50 prosent (1994 og 2004) med Vestfold og Østfold på de neste plassene fr 2004 kullene. De to fylkene har hatt en oppgang i andelen ikke fullført utdanning. Sør-Trøndelag og Vestland fylkene har lavest andel. Høy andel frafall må sees i sammenheng med arbeidsmarkedet i fylkene. Det høye frafallet i Finnmark kan skyldes manglende muligheter for jobb innen mannsdominerte yrker og mangel på lærlingeplasser i regionen.

Statistikken avspeiler kjønnsforskjeller; gutter har større frafall enn jenter, hvilket kunne tyde på at gutter er utsatt for større psykisk risiko enn jenter. Forskning moderer denne fortolkningen. Gutter frafall forklares ved strukturelle hindringer i arbeidsmarkedet innen typiske mannsdominerte fag i privat sektor hvor det er vanskeligere å få lærlingeplass. Gutter får imidlertid i større grad faste jobber i arbeidslivet uten fullført skolegang enn jenter. Konklusjonen kan være at jenter er mer utsatt for mental risiko enn gutter.

## **Arbeidsledighet**

Arbeidsledigheten er lav i Norge med en nedgang fra 1990 til 2009, men med noen variasjoner fra år til år. Andelen arbeidsledige i 1990 var 5,2 prosent mot 3,2 i 2009. Menn har noe høyere ledighet enn kvinner og personer i aldersgruppen 20 – 24 år har høyere ledighet enn de andre aldersgruppene.

Ledigheten er høyest i Finnmark, Aust-Agder, Østfold og Oslo.

Ledigheten blant bosatte innvandrere er på nær 7,7 prosent, altså langt høyere enn befolkningen ellers. Ledigheten er spesielt høy blant innvandrere fra Afrika.

## **Alkoholforbruk – yngre drikker sjeldnere, men flere alkoholenheter per gang**

Det har vært en økning i andelen respondenter som drikker ukentlig eller oftere (rød farge) fra 1998 til 2008. Økningen skjedde hovedsakelig mellom 1998 og 2002, hvor det var en økning på rundt 8 prosentpoeng. Siden har denne utviklingen flatet ut,



samtidig som andelen som drikker 2-3 ganger per uke er noe økende. Yngre, personer mellom 16 og 24 år, drikker mindre mens personer over 45 år drikker mer.

Andelen menn mellom 16-24 år som drikker ukentlig eller mer er redusert med 3 prosentpoeng fra 1998 til 2008, fra 32 til 29 prosent. For menn mellom 25-44 år har andelen som drikker ukentlig eller mer ligget stabilt på rundt 40 prosent i 10-årsperioden mellom 1998 og 2008. For menn over 45 år har det vært en økning i andelen som drikker ukentlig eller mer. Tilsvarende tendenser finner vi blant kvinner.

Risiko for alkoholavhengighet i befolkningen måles med en spesiell test, AUDIT-C testen. Testen gir ganske høy andel av befolkningen med høy risiko, 55 prosent av befolkningen. Selv om andelen blant 16 – 24 åringer som drikker ofte er relativt lavt, måler testen høy risiko for denne aldersgruppen. Dette kan skyldes at yngre i større grad drikker flere alkoholenheter når de først drikker og at dette slår sterkt ut på testen. Den yngste aldersgruppen har høyest risiko for alkoholavhengighet (65 prosent) og aldergruppen 25 - 44 år nest høyest (64 prosent).

De som sliter med dårlig psykisk helse drikker mindre enn de med god helse, unntatt de yngste (16 – 24 år), målt med AUDI-C testen. Blant de yngste er det ingen forskjell i drikkeatferd mellom de med dårlig eller god psykisk helse. En annen test, CAGE, viser at alkoholavhengige har dårligere psykisk helse enn andre (kontrollert for andre faktorer).

### **Unge uføre – økning blant de yngste, men synkende antall totalt (18 – 39 år)**

Tall fra NAV viser at andelen av befolkningen (prosent) som mottar uføreytelser i aldersgruppen 30 - 39 år har sunket i perioden 2002 til 2011. Blant de yngste, aldersgruppen 18 - 24 år er det registrert en mindre økning. Tendensen er den samme for menn og kvinner.

I totale tall er andelen uføretrygdede (begge kjønn) redusert fra 31767 til 25811 i perioden 2002 - 2011.

Tidligere forskning viser at personer på trygd<sup>42</sup> har høyere andel med betydelig psykiske plager enn personer som ikke er på trygd (Myklestad, Rognerud og Johansen 2008).

### **Synkende skilsmisserater fra 2005**

Skilsmisseratene er på nær samme nivå i 2009 som i 2000, med en mindre topp i 2004/2005, deretter er det registrert en nedgang fram til 2009. Ratene i 2009 er i underkant av 12 skilsmisser per 1000 gifte og separerte menn og kvinner. Ratene er høyest i aldersgruppen 40 – 44 år, viser tall fra 2009.

Skilte og separerte har en større sannsynlighet for dårlig psykisk helse enn ikke skilte (Myklestad, Rognerud og Johansen 2008).

---

<sup>42</sup>Trygd er her attføring + uføretrygd + arbeidsledighetstrygd.

## Mobbing i skolen, stabile tall

Opplysninger om mobbing i skolen viser at andelen som er mobbet en sjelden gang eller oftere synker med stigende alder på elevene. Blant de yngste (i denne undersøkelsen) blir nær en tredjedel av elevene mobbet (5. klasse) mot 13 prosent i 3. klasse videregående skole.

Forskjellig metodikk har gitt en Evaluering av Manifest mot mobbing i 2004 viser som at cirka 5 % av elevene i barneskolen, 4-5 % i ungdomsskolen og 3 % i VGS ble mobbet ukentlig eller oftere i 2004, gutter oftere enn jenter. Cirka 1 % av elevene i barneskolen og cirka 3 % i ungdomsskolen og i VGS mobbet andre, gutter oftere enn jenter. Etter en lang periode med økende forekomst, viste de nyeste målingene at denne trenden snudde, og mobbingen ble redusert, særlig blant gutter. Det er lite forskning om mobbing i barnehager og i fritidsmiljø. De første undersøkelsene tyder på at mobbing forekommer også i fritidsmiljøene og at også barnehagene er plaget av atferdsproblemer som ligner mobbing i skolemiljøet.

## Synkende andel med lavinntekt i befolkningen

Andel personer som var under lavinntektsgrensen (60 % av medianinntekten for alle personer) har vært synkende fra 1999 til 2009. Andelen i 1999 var 6,3 prosent og i 2009 5,1 prosent. Andel som har 50 % av medianinntekten har endret seg lite i perioden og var i 2009 1,8 prosent mot 1,9 prosent i 1999.

Analysen viser at betydningen av lavinntekt for psykisk helse avtar når det blir kontrollert for kjønn, alder og ulike risikoforhold<sup>43</sup>. Dette betyr at lav inntekt ikke har noen selvstendig effekt på psykisk helse.

### 14.2.3 Forebygging: Høy og stabil grad av åpenhet om psykisk helse

Under indikator for forebygging er det valgt opplysninger om folks åpenhet om psykisk helse. Åpenhet om psykisk helse bidrar til å redusere fordommer og senke terskelen for å oppsøke hjelp. Av denne grunn inngår indikatoren under forebyggende tjenester.

I følge undersøkelser fra Norsk Gallup vil 83 prosent av befolkningen i 2008 være åpne overfor familien, dersom de selv eller noen i familien fikk psykiske problemer. Dette nivået har holdt seg relativt stabilt siden 2005. Andelen som vil være åpen overfor venner ligger mellom 70 og 80 prosent, og overfor kolleger på noe over 50 prosent.

Folk flest ikke har stigmatiserende holdninger overfor psykisk syke og andelen med stigmatiserende holdninger har avtatt siden 2002 (Myrvold 2008).

Åpenhet om psykisk helse er den eneste indikatoren knyttet til forebygging. Opplysningene er viktige, men det er uvisst når undersøkelsene gjentas. Siste tall fra Norsk Gallup er fra 2008. Usikkerhet om tidsserier kan gjøre det vanskelig å følge utviklingen på dette området i samfunnet. Indikatoren vil styrkes, hvis det gjennomføres

---

<sup>43</sup> Risikoforhold i analysen er lav utdanning, lav inntekt, ikke arbeid/skole, ugift, ikke-vestlig bakgrunn, skilt/separert, alvorlige økonomiske problem, lav mestring og sosialhjelp.

nye befolkningsundersøkelser om åpenhet og holdninger. Andre kilder til indikatoren kan være statlige bevilgninger til psykisk helsearbeid i kommunene og økonomisk støtte til brukerinvolvering i kommunene, indikator 5.

Forebygging handler i bred forstand både om primærforebyggende tiltak (hindre at psykiske plager og lidelser oppstår) og andre tiltak som tidlig intervensjon, behandling og rehabilitering som kan hindre forverring og skape tilfriskning. På denne bakgrunn vil det være mer treffende å kalle indikatoren forebygging og helsefremming.

#### **14.2.4 Virkningsfulle tjenester**

Psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i kommunene er sammensatt av en rekke ulike tilbud på ulike nivå, spesialistinstusjoner, distriktpsikiatriske sentra, private spesialister og avdelinger i kommunene med ansvar for oppfølging og omsorg for hjemmeboende personer med psykiske plager. Myndigheter og allmennheten har behov og krav på å vite hvordan tjenestene virker på et overordnet nivå. Indikatorene som er valgt omfatter bare spesialisthelsetjenesten. Dette mener vi er en svakhet, spesielt når kommunehelsetjenesten skal få et større ansvar for oppfølging og rehabilitering av personer med psykiske plager i forbindelse med samhandlingsreformen. Av indikatorene er det ikke mulig å få brukbare tall for korridorpasienter i akuttpsykiatriske døgnavdelinger (NPR). Reinnleggelser av barn og unge ser ut å bli en overflødig statistikk. Opplysning om tvangsinnleggelser er viktige, men statistikken er usikker (NPR) og det lages spesielle undersøkelser for å gi tallene større troverdighet.

Samlet sett virker indikatorsettet noe tynt når formålet er å belyse en så stor og sammensatt sektor.

#### **Indikatorer**

Reinnleggelser unge og voksne

Diagnostisk vurdering av barn og unge

Tvangsinnleggelser

Korridorpasienter i akuttpsykiatriske døgnavdelinger

#### **Utviklingstrender**

Analyse av data viser disse denne utviklingen:

- ✓ Andel reinnleggelser for barn og unge har vært lav og stabil (nær 2 prosent), men statistikken de siste par årene viser nesten ingen rapporter om reinnleggelser fra helseforetakene.
- ✓ Økning i andel reinnleggelser for voksne<sup>44</sup>. Andel reinnleggelser økte fra 8,8 prosent i 2008 til 9,9 prosent i 2010 for alle helseforetakene. Helse

---

44 Pasienter med diagnose F20 Schizofreni eller F31 Bipolar affektiv lidelse.

Nord RHF og Helse Vest RHF har gjennomgående høyest andel reinnleggelser.

- ✓ Reduksjon i bruk av tvang for tre av helseforetakene. Bruk av tvang høyest i Helse Vest RHF og lavest i Helse Nord RHF i 2009. Nivå for hele landet: 15,5 prosent i 2008 mot 16,5 prosent i 2001.
- ✓ Reduksjon i andel diagnostisk vurdering av barn og unge. Nivå: 25,8 prosent i 2010 mot 33,5 prosent i 2008<sup>45</sup>.
- ✓ Lite endring i andel reinnleggelser for barn og unge i psykisk helsevern.

## Konklusjon

Resultatene av indikatoren virkningsfulle tjenester peker i noe ulike retninger, men data viser i hovedsak lite forbedringer over tid. Andel reinnleggelser er økt, noe som kan indikere svikt i behandling eller i oppfølging av pasienter i kommunene. Det er registrert nedgang i tvangsinnleggelser fra tre av foretakene, hvilket tolkes som en positiv utvikling. Andel diagnostiserte barn og unge er redusert, mens målet er å øke andelen.

Andel reinnleggelser for barn og unge har steget i perioden 2005 til 2010, men i 2005 rapporterte alle de regionale helseforetakene reinnleggelser, mens bare to foretak rapporterte i 2010. Tallene har dessuten svinget en del. I 2005 var andel reinnleggelser 2,1 prosent mot 11,5 i 2008 og 9,1 i 2010, men da med færre foretak.

Andel reinnleggelser for voksne har økt med en prosentenheter fra 8,8 prosent i 2008 til 9,9 prosent i 2010. Helse Vest og Helse Nord har de høyeste andelen.

Andel diagnostiserte barn og unge er redusert i perioden 2008 til 2010. Sammenligning med tall fra før 2008 er vanskelig på grunn av omlegging av statistikken (NPR).

Andelen tvangsinnleggelser av alle innleggelser er redusert i perioden 2001 til 2009 og forskjellene mellom helseforetakene er blitt mindre i perioden. Andelene var mellom 25 og 30 prosent i 2001 i Helse Sør-Øst og Helse Vest i 2001 og like under 25 prosent i Helse Nord. Andelene er sunket til mellom 15 og 20 prosent i 2009. Helse Midt-Norge har lavest andel tvangsinnleggelser hele perioden sett under ett, men i 2009 hadde Helse Nord lavest andel med 15 prosent.

### 14.2.5 Brukerinvolvering: økt økonomisk støtte til brukermedvirkning

De foreliggende data viser en positiv utvikling for brukerinvolvering i kommunene. Det er imidlertid en svakhet at vi mangler opplysninger om brukerinvolvering i spesialisthelsetjenesten.

---

<sup>45</sup> Omfatter klinisk psykiatrisk syndrom, utviklingsforstyrrelser og psykososialt funksjonsnivå.

Den økonomiske støtten til brukermedvirkning fra kommunene har økt fra 2008 til 2010, særlig fra 2009 til 2010, se *Tabell 23*. I gjennomsnitt for alle kommuner var beløpet i 2008 136 730 kroner, og 2010 157 050 kroner. I totale tall økte beløpet fra nær 58 mill. kroner i 2008 til drøyt 67 mill. kroner i 2010. Den fylkesvise fordelingen viser at Oslo gir mest til brukermedvirkning med nær 500 kroner per 10 000 innbyggere mens samtlige andre fylker har under 200 kroner per 10 000 innbyggere.

#### **14.2.6 Samordning og kontinuitet**

God samordning av tjenestene og god kontinuitet i behandlingsforløpet er viktige målsettinger for helsemyndighetene. Dette er områder som er vanskelige å måle, særlig gjennom administrativ statistikk. Samtidig er dette områder som vil møte skjerpet interesse og større oppmerksomhet i forbindelse med samhandlingsreformen. To av indikatorene, fastlegers tilfredshet med DPS og oppgavefordeling mellom sykehus og DPS, baseres på engangsundersøkelser eller undersøkelser hvor man er usikre på gjentakelser. Det kan derved være vanskelig å følge utvikling over tid. Opplysningene er likevel nyttige, og dette er prosesser som ikke endres raskt. Den tredje indikatoren, individuell plan for barn og unge med ADHD, gjelder et begrenset antall pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge.

Heller ikke i denne indikatoren har man fyldige opplysninger fra kommunene, selv om fastlegers vurdering av DPS representerer et kommunalt perspektiv og er meget relevant for indikatoren. Samordning og kontinuitet er spesielt sårbar i grenseflaten mellom de to forvaltningsnivåene og det savnes indikatorer for kommunale tjenester.

#### **Indikatorer**

Fastlegers tilfredshet med DPS

Individuell plan, barn og unge med ADHD

Oppgavefordeling sykehus – DPS (distriktpsikiatrisk senter)

#### **Trender**

Statistikk og undersøkelser viser denne utviklingen:

- ✓ Undersøkelsen av fastlegers tilfredshet med DPS viser at fastlegene er mest fornøyde med kvaliteten på epikrisene, DPSenes kompetanse og at DPSene tar fastlegenes vurderinger på alvor. Fastlegene er mindre fornøyd med samarbeidsmøter og veiledning.
- ✓ Lav andel med individuell plan blant barn og unge som har ADHD. På landsbasis er det en nedgang fra 2005 til fram til 2008. Andelen i 2008 var 4,8 prosent mot 6,2 prosent i 2005.
- ✓ Arbeidsfordelingen mellom institusjonstyper viser at pasienter med alvorligere symptomer på psykiske lidelser er i større grad innlagt på psykiatrisk sykehus enn ved DPS. Sykehusene tar i langt større grad i mot innleggelse for øyeblikkelig hjelp sammenlignet med DPSene.

- ✓ Andel ansatte leger og psykologer er høyere ved døgnavdelinger på sykehus enn på DPS.

## **Konklusjon**

Samordning belyst ved fastlegers tilfredshet med DPS og oppgavefordeling mellom DPS og sykehus viser et godt nivå, men tidsserier mangler. Arbeidsfordelingen mellom DPS og sykehus viser at sykehuset tar rollen som spesialistinstusjon. Fastlegene er i stor grad tilfredse med DPS, men veiledning og samarbeidsmøter er en svakhet.

Andel pasienter med ADHD som har individuell plan er lav, og utviklingen over tid viser en fallende tendens. Dette indikerer mindre god kontinuitet.

## **Fastlegers tilfredshet med DPS**

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenesten har gjennomført undersøkelse av fastlegers tilfredshet med DPSene i 2006 og 2008. De nasjonale resultatene viser at 54 % av fastlegene i stor eller svært stor grad oppga at epikrisene fra det lokale DPSet er av god kvalitet og 50 % mente at DPSet i stor eller svært stor grad har god kompetanse til å utrede og behandle pasienter med psykiske lidelser. En andel på 52 % opplevde at det lokale DPSet i stor eller svært stor grad tar deres vurderinger på alvor.

Undersøkelsen viser også at DPSene har et forbedringspotensial på en del områder. Ifølge fastlegene gjelder dette spesielt samarbeidsmøter og veiledningstilbud, legedekningen ved DPSene og tilbakemeldinger underveis i utrednings- og behandlingsprosesser.

Det er små forskjeller mellom undersøkelsen fra 2006 og den fra 2008.

## **Oppgavefordeling mellom sykehus og DPS**

Opplysninger om oppgavefordeling mellom sykehus og DPS er hentet fra rapporten "Arbeidsdeling mellom DPS og sykehus" av Ruud og Gråwe (2007). På dette feltet foreligger ikke administrativ statistikk. I den grad dette er en undersøkelse som gjentas med års mellomrom, er opplysningene aktuelle for en indikator. Hvis det kun er en engangsundersøkelse, er verdien som indikator mer tvilsom.

Resultatene viser tydelige forskjeller i oppgavefordelingen mellom sykehus og DPS på flere områder. Pasienter med mer moderate symptomer innlegges i større grad på DPS enn sykehus mens pasienter med alvorlig grad av aggressiv atferd og selvskading i hovedsak behandles på sykehus.

Det er ingen forskjell mellom instusjonstypene når det gjelder pasienter med alvorlig rusproblemer eller funksjonsproblemer.

Det er i hovedsak sykehusene som tar i mot øyeblikkelig hjelp.

Når det gjelder bemanning, er hovedmønsteret at det er større andel leger og psykologer ved døgnavdelinger på sykehus enn ved DPSer.

## **Barn og unge med individuell plan ADHD**

Statistikk fra NPS viser at andelen barn og unge som har ADHD og individuell plan har økt fra 2005 til 2006. I 2005 var andelen 6,2 prosent og 10,9 prosent i 2006. Etter 2006 har det vært en nedgang til 4,8 prosent i 2008.

#### **14.2.7 Ressursutnyttelse: pasientgjennomstrømning i psykisk helsevern**

Vi gir her et eksempel på pasientgjennomstrømning målt som utskrivninger i psykisk helsevern per årsverk. Gjennomstrømning kan indikere grad av ressursutnyttelse i spesialisthelsetjenesten.

##### **Trend**

Indeksen viser en oppgang for begge institusjonstyper fra 2006 til 2010. For de psykiatriske sykehusene er indeksen økt fra 2,99 i 2006 utskrivninger til 3,38 per årsverk i 2010. For DPS er de tilsvarende tallene 2,76 mot 3,08. Dette innebærer at det er flere utskrivninger per årsverk i 2010 en det var i 2006, hvilket tyder på en forbedring i ressursutnyttelsen.

#### **14.2.8 Tilgjengelighet**

God tilgjengelighet til helsetjenester er et viktig kvalitetsmål. Helsedepartementets mål for tilgjengelige helsetjenestene er bl. a. at det skal være lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted og at helsetjenesten skal oppleves som tilgjengelig, brukervennlig og samarbeidsorientert for pasienter og pårørende.

Tildeling av bolig til mennesker med psykiske lidelser er en relevant opplysning. Boligspørsmål er viktig for mange, Opptrappingsplanen for psykisk helse har lagt vekt på å skaffe boliger til denne gruppen personer. Det er et brudd i måten å lage statistikken på mellom 2008 og 2009. Vi har derfor bar en kort tidsserie her.

Årsverk i spesialisthelsetjenesten sier noe om kapasitet og tilbud til pasienter, men vi vet lite om kapasitet i kommunehelsetjenesten. Sektorrapporter fra psykisk helsevern gir opplysninger fra det psykiske helsearbeidet i kommunene (SAMDATA 2008/2009).

Ventetid for primærbehandling i psykisk helsevern er et tema med stor oppmerksomhet, spesielt for barn og unge. Dette er en viktig indikator på tilgjengelighet. For voksne kunne en oversikt over tildeling av rett til helsehjelp være en brukbar indikator på tilgjengelighet.

Det kunne vært interessant å se hvor mange som benytter seg av fritt sykehusvalg.

##### **Indikatorer**

Tildeling av bolig til mennesker med psykiske lidelser

Årsverk spesialisthelsetjenesten – BUP, DPS, sykehus

Ventetid før primærbehandling innen psykisk helsevern for barn og unge

Dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge

Analyse av data viser denne utviklingen:

- ✓ Lite endring siste to år i tildeling av bolig til personer med psykiske lidelser. Antall nyinnflyttede med psykisk lidelse/og eller rusmiddelavhengige med psykisk lidelse var i 2010 1333.
- ✓ Økning i antall årsverk i psykisk helsevern for voksne fra 1998 til 2008. Tallet på årsverk for ansatte med høyskole- eller universitetsutdanning var 10258 i 2008, en økning på nær 43 prosent fra 1998.
- ✓ Økning i antall årsverk i psykisk helsevern for barn og unge. Nivå i 2007: 1553 fagårsverk.
- ✓ Nedgang i ventetid for primærbehandling i psykisk helsevern for barn og unge i gjennomsnitt for hele landet. Nivå i 2010 63,6 dager.
- ✓ Bedre dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge: økning i andel som ble behandlet.
- ✓ Høyere dekningsgrad (pasienter per 100 innbyggere) for gutter enn for jenter. Nivå gutter 2008: 5,6 – jenter 4,5.
- ✓ Jevn økning i antall barn og unge som fikk tilbud fra psykisk helsevern. Nivå i 2010: 46 barn og unge per 1000 innbyggere.

## **Konklusjon**

Indikatoren viser bedret tilgjengelighet til tjenester i psykisk helsevern for voksne og barn og unge, målt ved antall årsverk, ventetider og dekningsgrad av tjenester. Det er kun data for to år om tildeling av bolig for personer med psykiske lidelser og rusavhengige med psykiske lidelser. Tallene tyder på at nivået på tildeling er forholdsvis stabilt. Det er registrert en liten nedgang i antall nyinnflyttede med psykiske lidelser, men en økning for personer med rusavhengighet og psykisk lidelse.

## **Tildeling av bolig**

Tall for alle fylker om tildeling av bolig til personer med psykiske lidelser viser liten endring i nyinnflyttede husstander fra 2009 til 2010. Tallet i 2009 var 1,76 per 10 000 innbyggere og 1,73 2010. På grunn av omlegging av statistikken i 2009 er det ikke mulig å sammenligne med utviklingen fra tidligere år.

Av fylkene hadde Buskerud høyest rate i 2009 med drøyt tre husstander og 2010 hadde Vestfold høyest rate med nær fire husstander. Finnmark hadde lavest andel i 2009 og Nordland i 2010.

## **Årsverk i psykisk helsevern**

I perioden 1998 til 2007 økte antall legeårsverk fra 870 til 1225 i psykisk helsevern for voksne. Tilsvarende tall for psykologer var 615 til 1253.



Antall årsverk totalt har vært ganske stabilt i helseregionene Vest, Midt-Norge og Nord, men har økt noe i region Sør-Øst.

Antall fagårsverk i psykisk helsevern for barn og unge er mer enn fordoblet mellom 1998 og 2007 – en økning fra 724 årsverk i 1998 til 1553 i 2007.

Antall polikliniske årsverk har økt fra 115 til 205 i samme periode.

Psykologårsverk har økt fra 305 til 600 og årsverk for sosionomer har økt fra 185 til 268.

Andre årsverk med høyere utdanning har økt fra 173 til 480.

### **Ventetider for primærbehandling i psykisk helsevern**

Nedgang i antall dager ventetid for primærbehandling er gått ned fra 67,9 dager i 2008 til 63,6 dager i 2010 (tall fra tredje tertial) for alle helseregionene.

Helseregion Sør-Øst har lavest antall dager ventetid med 53,3 dager, men med liten endring over tid.

Region Vest kan notere seg for en nedgang fra 88 til 67,3 dager og region Midt-Norge har en noe mindre nedgang.

Helseregion Nord har en økning i antall dager fra 74,5 til 78,3 i perioden.

Andel barn og unge som ble behandlet innen 65 virkedager er økt med seks prosentpoeng fra 2008 til 2010 (3. tertial): tallet er økt fra 78 til 84 prosent.

Helseregion Sør-Øst har høyest andel som ble behandlet i 2010 med 92 prosent mens regionene Midt-Norge og Nord lå under landsgjennomsnittet.

### **Dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge**

Dekningsgraden er høyere for gutter enn for jenter. I perioden 1998 til 2009 har dekningsgraden økt betydelig både for gutter og jenter.

I 2005 fikk nær 44000 barn og unge tilbud, mens 54000 fikk tilbud i 2010. I rater per 1000 personer i alderen 0 – 18 år tilsvarer dette en økning fra 38 per 1000 i 2005 til 46 per 1000 i 2010.

Det er ikke registrert endringer i andel reinnleggelser for barn og unge. For hele landet var andel reinnleggelser i 2005 på 2,1 prosent, det samme som i 2007.

Opplysninger fra NPR tyder på lite endringer i andel reinnleggelser for barn og unge. For hele landet var andel reinnleggelser i 2005 på 2,1 prosent, det samme som i 2007.

## 14.3 Konklusjoner

### 14.3.1 Indikator 1 Helsestatus: stabilt nivå

Hovedkonklusjonen: Det er ikke dokumentert økning i dårlig psykisk helse for befolkningen sett under ett, men det er registrert en viss økning i yngre aldergrupper, spesielt blant kvinner. Drøyt halvparten av den norske befolkningen vil ha minst en psykisk lidelse i løpet av livet og ca. en tredjedel i løpet av et år (Mykletun, Knudsen og Mathiesen 2009). Tall for dårlig egenvurdert helse er lave og stabile. Psykiske vansker som årsak til kontakt med fastlege viser ingen økning. Selvmordsrater viser en synkende tendens sett over lang tid, men det er registrert en liten økning fra de siste par år (2010). Norge er på samme nivå som andre europeiske land, når det gjelder omfanget av psykiske lidelser. En høy andel av befolkningen får en psykisk plage i løpet av livet. Livstidsforekomst av alvorlig depresjon beregner Folkehelseinstituttet til 15,6 prosent i befolkningen, høyere for kvinner enn for menn; 19,7 mot 11 prosent (Nes og Clench-Aas 2011).

Folkehelseinstituttet konkluderer i en oversikt med at minst 395 000 nordmenn er betydelig plaget av symptomer på angst og depresjon i 2008 (fhi.no).

Andel personer med psykiske plager er økt noe fra 2005 til 2008, særlig for yngre kvinner. Totaltallene var imidlertid høyere i 1998 og 2002 enn i 2008. Nivået for hele landet i 2008 var ni prosent. Andel av befolkningen som rapporterer egenvurdert dårlig helse er lav, 5-7 prosent. Psykiske årsaker som kontaktårsak hos lege ligger på 11,8 prosent. Selvmordsratene var stigende fra 1970 åra og fram til 1998, men har sunket fram til 2007. Deretter ser vi litt stigning. Dette kan være uttrykk for årlige variasjoner, uten at vi vet om dette er en tegn på en stigende langtidstrend. Nivået i 2010 var på 15 selvmord per 100 000 innbyggere i 2010 mot 25 på det høyeste i 1998.

### 14.3.2 Indikator 2 Risikofaktorer: i stor grad avtagende risiko

Samlet sett vil vi konkludere med at risiko for dårlig psykisk helse ikke er økt, målt ved de valgte indikatorene.. Utviklingen tyder på avtagende risiko på flere områder, men med et par unntak. Andel av befolkningen med lav utdanning reduseres, andel som ikke fullfører videregående skole er relativt stabil, arbeidsledigheten er lav, tallet på unge uføre er synkende, men ikke for de aller yngste. Det er nedgang i skilsmisserater, tallene for mobbing i skolen er stabile, andel med lav inntekt reduseres, andel med god sosial støtte øker og fysisk aktivitet er betydelig økt fra 1998 til 2008.

Av negative forhold er økning i andel aleneboere, men denne faktoren har liten effekt på psykisk helse, se kapittel 12. Risiko for alkoholavhengighet i befolkningen er høy og viser noe økning. Ratene for unge uføre under 25 år er økende.

Risikofaktorer som er forbundet med dårlig psykisk helse drar i ulike retninger, men de fleste faktorene viser en stabil eller synkende tendens. Ut fra det helhetlige risikobildet, skulle man ikke forvente en betydelig stigning i andelen med psykiske plager. Det er imidlertid registrert en viss stigning i psykisk sykkelighet fra 2005 til 2008 for kvinner og da særlig yngre kvinner. Totaltallene var imidlertid høyere i 1998 og 2002 enn i 2008, målt med HSCL-25.

### **14.3.3 Indikator 3 Forebygging: stabilt nivå**

Indikatorsettet inneholder bare et mål på forebygging åpenhet om psykisk helse. Tallene her har vært stabile i perioden 2005 til 2008 og viser at over 50 prosent av de spurte er åpne overfor familie, venner og kolleger, flest overfor familie. Det er ikke gjennomført undersøkelser etter 2008. Uten oppfølgende undersøkelser, bør en vurdere om denne indikatoren fortsatt skal brukes. Alternativt kan en se på andre forbyggende forhold som f. eks. mosjon, trim og fysisk aktivitet.

### **14.3.4 Indikator 4 Virkningsfulle tjenester: blandet utvikling**

Resultatene peker i noe ulike retninger, men data indikerer i hovedsak lite forbedringer over tid. Andel reinnleggelser er økt, noe som kan indikere svikt i behandling eller i oppfølging av pasienter i kommunene. Det er registrert nedgang i tvangsinnleggelser fra tre av foretakene, hvilket tolkes som en positiv utvikling. Andel diagnostiserte barn og unge er redusert, mens målet er å øke andelen.

Opplysninger om virkningsfulle tjenester viser at andel reinnleggelser av barn og unge er synkende. Reinnleggelser av voksne har økt med en prosentenheter fra 2008 til 2010. Andelene er høyest i Helse Vest RHF og Helse Nord RHF.

Andel barn og unge som er diagnostisert er synkende, og var 28 prosent i 2005 mot 25,7 prosent i 2010.

Andel tvangsinnleggelser av voksne er synkende, og var godt over 20 prosent av alle innleggelser i 2001 for tre av fire regionale helseforetak. Tallene i 2009 var mellom 15 og 20 prosent for alle foretakene.

### **14.3.5 Indikator 5 Brukerinvolvering: stigende grad av involvering**

Indikator på brukerinvolvering er bevilgninger til kommunene til støtte for medvirkning. Støtten har økt fra 2008 til 2010. Oslo kommune bidrar med størst beløp per innbygger.

### **14.3.6 Indikator 6 Samordning og kontinuitet: varierende kvalitet**

Samordning belyst ved fastlegers tilfredshet med DPS og oppgavefordeling mellom DPS og sykehus viser et godt nivå, men tidsserier mangler. Fastlegene er i stor grad tilfredse med DPS. Fastlegene er fornøyde med kvaliteten på epikrisene, DPSene sin kompetanse og at DPSene tar fastlegene på alvor. Fastlegene er mindre tilfredse med samarbeidsmøter, veiledningstilbud og tilbakemeldinger i behandlingsprosesser. Arbeidsfordelingen mellom DPS og sykehus viser at sykehuset tar rollen som spesialistinstusjon.

Andel pasienter med ADHD som har individuell plan er lav, og utviklingen over tid viser en fallende tendens. Dette indikerer mindre god kontinuitet.

Oppgavefordelingen mellom psykiatrisk sykehus og DPSene er i stor grad i tråd med forventet arbeidsdeling mellom institusjonstypene. Sykehusene opptrer i stor grad som mer spesialiserte institusjoner enn DPSene, i tråd med forventninger om sykehusene sin rolle i psykisk helsevern.

Indikatoren ADHD og individuell plan viser at andelen med individuell plan er lav og synkende. Andelen i 2008 var 4,8 prosent mot 6,2 prosent i 2005. Andelen var høyest i 2006 med 10,9 prosent.

#### **14.3.7 Indikator 7 Ressursutnyttelse: styrkes**

Som indikator på ressursutnyttelse har vi laget en indeks som viser forholdstallet mellom utskrivninger og årsverk i psykiatriske sykehus og i DPS. Indeksen viser en oppgang i forholdstallet for begge institusjonstyper fra 2006 til 2010. For de psykiatriske sykehusene er indeksen økt fra 2,99 i 2006 utskrivninger til 3,38 per årsverk i 2010. For DPS er de tilsvarende tallene 2,76 mot 3,08. Dette innebærer at det er flere utskrivninger per årsverk i 2010 enn det var i 2006, hvilket tyder på en forbedring i ressursutnyttelsen.

#### **14.3.8 Indikator 8 Tilgjengelighet: bedret**

Indikatoren viser bedret tilgjengelighet til tjenester i psykisk helsevern for voksne og barn og unge, målt ved antall årsverk, ventetid og dekningsgrad av tjenester.

Det er kun data for to år (2009 og 2010) om tildeling av bolig for personer med psykiske lidelser og rusavhengige med psykiske lidelser. Tallene tyder på at nivået på tildeling er forholdsvis stabilt. Det er registrert en liten nedgang i antall nyinnflyttede med psykiske lidelser, men en økning for personer med rusavhengighet og psykisk lidelse.

Omlegging av statistikken har ført til at man ikke kan sammenligne med tidligere år.

Årsverk i psykisk helsevern viser en økning i lege- og psykologårsverk for voksne. Det har også vært en vesentlig utbygging av poliklinikkene, spesielt ved DPSene. Personellinnsatsen er også styrket i psykisk helsevern for barn og unge.

Ventetider for primærbehandling for barn og unge er redusert fra 2008 til 2010, målt ved gjennomsnitt antall dager. Tallet i 2008 var 75,7 dager mot 63,6 dager i 2010.

Dekningsgraden i psykisk helsevern for barn og unge er bedret fra 1998 til 2009 for både gutter og jenter, med noe høyere vekstrate for gutter.

### **Kapasitet og organisering**

Helsedirektoratet har ikke definert indikatorer på dette området. Når det gjelder kapasitet, kan tall for årsverk i spesialisthelsetjenesten være en aktuell indikator.

Årsverk totalt for sykehus (alle ansatte) i psykisk helsevern for voksne er økt fra 13 654 i 1998 til 16 726 i 2008. Tilsvarende tall for DPS er 3162 i 1998 til 6893 i 2008

Årsverk ved poliklinikkene (totalt) er økt fra 1535 i 1998 til 3073 i 2008.

Som indikator på organisering foreslår vi opplysninger om utskrivninger utenfor sykehus. Andel utskrivninger (for det meste DPS) er økt fra 28 til 40 prosent i perioden

1998 – 2008. Dette viser at det har funnet sted en betydelig desentralisering av tjenestene (Pedersen 2009).

## 15 Referanser

Andersson, H. W., og Steinhaug, S. (2008). *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse*. Rapport SINTEF A4727.

Bang Nes, R., og Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Folkehelseinstituttet rapport 2011:2.

Brofoss, K. E., og Larsen, F. (2009). *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009)*. Norges forskningsråd.

Clench-Aas, J., Rognerud, M., og Dalgard O. S. (2009). *Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Rapport 2009:6. Folkehelseinstituttet.

Christensen, A., Davidsen, M., Kjølner, M., og Juel, K. (2010). *Mental sundhed blant voksne danskere*. København: Sundhedsstyrelsen 2010.

Dalgard, O. S. (2006): *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid*. Folkehelseinstituttet. Rapport 2006:2.

Folkehelseinstituttet (2008). *Utsatte grupper og psykisk helse*. Rapport 2008:8

Grieff, P. (2005). *Mobbing, selvopfatning og psykisk helse*. Pedagogisk institutt, NTNU.

Gjertsen, F. (2003). Selvmord og kjønn i et epidemiologisk perspektiv. *Suicidologi*. Årg. 8. NR 3.

Groven, G., Bjertnæs, O. A., Holmboe, O., og Damgaard, K. (2009). *Fastlegers vurderinger av distriktpsykiatriske sentre. Nasjonale resultater i 2008 og utvikling fra 2006*. PasOpp-rapport nr 02 – 2009.

Halvorsen, K. (1996). *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. Tano Aschehoug.

Helsedirektoratet (2008). *Aktivitetsdata psykisk helsevern for voksne*. Rapport IS 1749.

Helsedirektoratet (2009). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2009*. Rapport IS-1827.

Helsedirektoratet (2011). *Behandlingstilbud til pasienter i TSB*. Rapport IS-1863.

Holmes, T., og Rahe, R. H. (1967). "The Social readjustment scale". *Journal of Psychosomatic research*, 11 (1967), pp 213 – 218, sitert i Gallagher III: *The Sociology of Mental Illness*. Prentice Hall Inc., 1987.

Leff, J. (2001). *The unbalanced mind*. Phoenix.

Lødding, B., og Vibe, N. (2010). «Hvis noen forteller om mobbing...» *Utdypende undersøkelse av funn i Elevundersøkelsen om mobbing, urettferdig behandling og diskriminering*. NIFU Rapport 48/2010

Martinsen, E. W. (2000) "Fysisk aktivitet for sinnets helse." *Tidsskr Norsk Lægefor* 2000;120:3054-3056

Mørk, E. (2006): *Aleneboendes levekår*. Statistiske analyser. Statistisk Sentralbyrå

Myklestad, I., Rognerud, M., og Johansen, R. (2008). *Utsatte grupper og psykisk helse*. Folkehelseinstituttet 2008:8.

Mykletun, A., Knudsen, A. K., og Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge. Et folkehelseperspektiv*. Rapport 2009:8. Folkehelseinstituttet.

Myrvold, T. (2008): *Psykisk helse og psykisk sykdom. Innbyggernes kunnskap og holdninger*. NIBR-rapport 2008:16

Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse:

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Planer/I-1127%20B.pdf>

Pedersen, P. B., Sitter, M., Lilleeng, S. E., og Bremnes, R. (2011). *Pasienter i det psykiske helsevernet*. Rapport IS-1908. Helsedirektoratet.

Pedersen, P. B. (2011). Distriktpsikiatriske tjenester 2010. Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre. Rapport IS-1926. Helsedirektoratet.

Pedersen, P. B. (Red.) (2009). *SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008/2009*. Rapport SINTEF A 12373.

Pettersen, I. (2009): *Health and anthropometric features as determinants annual income in Norway*, Working paper series 9/2009 – NTNU.

"Raskere tilbake": <http://www.nav.no/page?id=805312583>

Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. og Mehlum, L. (2002). *Selvord. Et personlig og samfunnsmessig problem*. Gyldendal Akademisk.

Rognerud, M., Myklestad, I., og Johansen, R. (2008): *Utsatte grupper og psykisk helse. Levekårsundersøkelsen 2005*. Folkehelseinstituttet Rapport 2008:8.

Rognerud, M., Næss, Ø., og Strand, B. H. (2007). *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*. Folkehelseinstituttet. Rapport 2007:1

Ruud, T., og Gråwe, R. W. (2007). *Arbeidsdeling og samarbeid mellom DPS og sykehus*. Rapport SINTEF A1203.

Rønneberg, U., og Walby, F. A. (2008). *Selvord hos pasienter behandlet i psykisk helsevern*. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008; 128: 180-3.

Sitter, M. (2008). *Tilstander/diagnose I det psykiske helsevernet for barn og unge – et utviklingsprosjekt om bruk av det multiaksiale klassifikasjonssystemet akse 1-6, I perioden 2005-2007*. Rapport SINTEF A9124.

Sitter, M. (2010). *Barn og unge i det psykiske helsevernet ett år etter Opptrappingsplanen*. Helsedirektoratet. Rapport IS-1854..

Sverdrup, S. og Bratt, C. (2003): "Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser" NIBR-rapport 2003:5

Tikkanen, T. og Junge, A. (2004). *Manifestering av Manifestet. Om prosess og tiltak i Manifest mot mobbing 2002 - 2004*. Rapport RF - 2004/149.

Topland, B. og Skaalvik, E. M. (2010). *Meninger fra klasserommet. Analyse av Elevundersøkelsen 2010*. Oxford Research A/S.

Vatnes, A. S., Bjertnes, E. og Lien, L. (2007). Mobbing og helseplager hos barn og ungdom, i *Tidsskr Nor Lægeforen 2007*; 127: 1941 – 4.

Vogt, C. K. (2008). Er frafall i videregående opplæring er kjønnsproblem? i *Tidsskrift for Samfunnsforskning* vol 49, nr 4, 517 – 541.

Wendelborg, C. (2011). *Analyse av Elevundersøkelsen 2011*. NTNU Samfunnsforskning AS.

Ystrom, E., Reichborn-Kjennerud, T., Aggen, S. H., og Kendler, K. S. (2011): Alcohol Dependence in Men: Reliability and Heritability; *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*; 15. jun 2011.





International Research  
Institute of Stavanger

Rapport IRIS - 2012/039  
ISBN: 978-82-490-0768-4

**Main Office:**

PO Box 8046,  
NO-4068 Stavanger, Norway  
Telephone: (+47) 51 87 50 00  
Telefax: (+47) 51 87 52 00

Visiting address Stavanger:  
Prof. Olav Hanssens vei 15

**Office Bergen:**

Thormøhlens gate 55,  
NO-5008 Bergen, Norway  
Telephone: (+47) 55 54 38 50  
Telefax: (+47) 55 54 38 60

General mail address:  
firmapost@iris.no

**Office Mekjarvik:**

Mekjarvik 12,  
NO-4070 Randaberg, Norway  
Telephone: (+47) 51 87 55 00  
Telefax: (+47) 51 87 55 30

Enterprise No.:  
NO 988 944 459 MVA