



Jakob Weidemann: *Uten tittel.*

Betydning av uførepensjon for livskvalitet hos personer som hadde søkt
hjelp for psykiske plager i Tromsøundersøkelse – IV.

Tverrsnittsstudie fra Tromsøundersøkelse-IV 1994/95.

Masteroppgave i Folkehelsevitenskap januar 2009

av Karl-Ottar Ottosen
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø

Veileder: 1. amanuensis Nils Fleten



FORORD

Min tid som student ved det toårige masterstudiet i folkehelsevitenskap er ved veis ende. Det har vært en interessant og krevende tid, hvor læringskurven har vært bratt. Kunnskapsrike forelesere har skapt nysgjerrighet og engasjement. Underveis har det også vært inspirerende å bli kjent og dele tanker og erfaringer med hyggelige medstudenter.

Spesielt vil jeg takke veileder Nils Fleten som hjalp meg med å utforme ideen til oppgaven. Han har utvist stor tålmodighet med meg, og kommet med mange kloke råd og kommentarer i hele skriveprosessen. Vil også rette en takk til statistiker Bjørn-Helge Handegård som har gitt råd og tips til analysearbeidet.

Til slutt en stor takk til Jacob Weidemanns familie og rådgiver Kari Astrup hos BONO (billedkunst opphavsrett i Norge), for tillatelse til gjengivelse av maleriet ”Uten tittel”, som på en kunstnerisk måte fanger *nerven* i oppgaven.

Tromsø, januar 2009

Karl-Ottar Ottosen

Om maleriet på forsiden.

Forsiden er preget av kunstneren Jacob Weidemanns (1923-2001) maleri: *Uten tittel* fra boken *Kunsten å leve*, som kan sies å være en inspirasjonsbok om livskunst.

Maleriet kan stå som et kunstnerisk uttrykk for livets mangfold av opplevelser, vurderinger og følelser, som i den foreliggende studie forstås som en del av begrepet livskvalitet.

Reproduksjonstillatelse er gitt av BONO 29.10.2008.

Kunsten å leve/ Jan Vincents Johannessen; med illustrasjoner av Jakob Weidemann. Oslo: Aschehoug; 2007.

© Jakob Weidemann / BONO 2008

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Over 330.000 mennesker er uføretrygdet i Norge, og antallet nye tilfeller forventes å øke de kommende år. Samtidig stiger andelen uføretrygdede grunnet psykiske plager og lidelser – særlig blant de yngre. Man har lite kunnskap om hvordan uførepensjon påvirker livskvalitet.

Materiale og metode: Det empiriske materialet er Tromsøundersøkelse-IV, som ble gjennomført i 1994/95. I alt 22.943 deltakere mellom 25 og 67 år ble inkludert i studien. Variabel selvopplevd helse og fem andre indikatorer på livskvalitet, ble brukt for å måle forskjeller mellom de som svarte ja eller nei på spørsmål om de hadde søkt hjelp for psykiske plager, og mellom uføretrygdede og ikke uføretrygdede. Samvariasjon mellom livskvalitet og uføretrygd, og/eller det å ha søkt hjelp for psykiske plager ble undersøkt i multiple lineære regresjonsmodeller.

Resultat: Fordeling av demografiske bakgrunnsvariabler og livsstilsfaktorer var i stor grad i overensstemmelse med forskning som er gjort innenfor trygdemedisin og psykiatri de to siste tiår. Både det å ha søkt hjelp for psykiske plager og det å motta uførepensjon samvarierte med redusert verdi på alle livskvalitetsindikatorerne. Reduksjonen i selvopplevd helse ved uføretrygd, var signifikant mindre hos de med mer uttalte psykiske plager. Dette gjaldt i størst grad mellom kvinner, enn menn.

Konklusjon: Studien taler for at hvor stor betydning uførepensjon har for livskvalitet, kan variere med diagnosegruppe. Studier designet for å kunne si noe om årsakssammenheng mellom uførepensjon og livskvalitet, er nødvendig for å belyse dette nærmere.

Nøkkelord: uføretrygd, psykiske plager, livskvalitet.

ENGLISH SUMMARY

Background: More than 330 000 Norwegians are on disability pension, and the number of new incidents are expected to increase in the years to come. The expected increase is due to higher incidences of psychiatric problems and mental illness – especially among young people. There is little knowledge on whether being on disability pension effects life quality.

Data and method: The empirical material is gathered from ‘the Tromsø Study’ which was carried out in 1994/95 in the Tromsø municipality in northern Norway. 22 943 participants between 25 and 67 years of age were included in the study. Based on the questions asked in ‘the Tromsø Study’ the data gathered were divided into six different variables. The variable ‘self-perceived health’ and five additional indicators of life-quality were chosen to measure differences between those who answered ‘yes’ and those who answered ‘no’ to the question, “have you sought help for mental health problems and / or applied for disability pension.” The correlation between life quality and being a receiver of disability pension, and/or having sought help for mental problems were studied closely in multiple linear regression models.

Results: The division of demographic background variables and life style factors were to a great extent consistent with prior research in the field disability pension and mental health. Having sought help for mental health problems and being a receiver of disability pension, are both factors that correlate with lower scores on all life quality indicators. Among people receiving disability pension who suffered more serious mental problems reported significantly less reduction in self-perceive health than those who did not. The difference was of greater significance for women than for men.

Conclusion: This study examines to which extent life quality is affected by being able to receive disability pension and to which degree this varies within the different diagnostic groups. More study is require to evaluate causation between being a receiver of disability pension and life quality.

Key words: disability pension, psychiatric problems, quality of life.

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Innledning	7
1.1	Tema	7
1.2	Problemstilling	9
1.3	Oppgavens struktur	10
2	Teoretisk bakgrunn	11
2.1	Vilkår for uføretrygding i Norge.....	11
2.2	Skillet mellom psykiske plager og lidelser	13
2.2.1	Bruk av spørreskjema	14
2.2.2	Mål på psykiske plager og forskjell i livskvalitet	15
2.2.3	Livskvalitetssirkel	18
3	Materiale og metode	19
3.1	Design	19
3.2	Utvalg.....	20
3.3	Ulike variabler i analysene.....	22
3.3.1	Seks indikatorer på livskvalitet.....	23
3.4	Statistiske analysemetoder	24
4	Resultat.....	27
4.1	Demografisk fordeling av utvalget	27
4.1.2	Livsstilsfaktorer	30
4.2	Livskvalitetsmål	31
4.2.1	Livskvalitet – søkt behandling for psykiske plager	31
4.2.2	Livskvalitet – uføretrygdede	33
4.2.3	Livskvalitet – målt etter trygdestatus og psykiske plager	33
4.3	Samvariasjon mellom livskvalitetsindikatorne	35
4.4	Regresjonsanalyse av selvopplevd helse	36
4.4.1	Kjønns spesifikk regresjonsanalyse av selvopplevd helse.....	38
5	Diskusjon	39
5.1	Styrker og svakheter med studien	39
5.1.1	Representativitet	39
5.1.2	Studiedesign	40
5.1.3	Mål på livskvalitet.....	42
5.2	Demografi og livsstil.....	43
5.2.1	Psykisk helse	43
5.2.2	Uføretrygding	44
5.3	Livskvalitetsmål	46
5.3.1	Indikasjoner på dårligere livskvalitet for de uføretrygdede	46
5.3.2	Effekter av psykisk-indeks.....	49
6	Konklusjon.....	50
	Referanser.....	51
	Vedlegg A Innbydelse med spørreskjema til Tromsøundersøkelse-IV	55
	Vedlegg B Oppfølgingskjema til Tromsøundersøkelse-IV	57

1 Innledning

1.1 Tema

336.334 mennesker var uføretrygdet i Norge ved utgangen av desember 2008 (1), og tross mangel på arbeidskraft i flere sektorer sto hver femte person i yrkesaktiv alder utenfor arbeidslivet, de fleste på helserelaterte ytelser. Bare til uføretrygd påførte dette staten i overkant av 50 milliarder kroner i direkte utgifter i 2007, en økning på ca. 8 prosent fra 2006 (1). Utsiktene for de kommende år ser heller ikke ut til å endre på denne utviklingen. Beregninger som er gjort, viser en forventet gjennomsnittlig økning i antallet uførepensjonister på ca. 8.000 hvert år fram til 2010 (2).

Årsaken til denne raske stigningen er kompleks. Blant annet har det funnet sted en gradvis overgang fra det gamle industrisamfunnet til dagens kunnskapssamfunn. Tidligere kunne de som var mer praktisk anlagt, klare seg med en kortere utdanning før de begynte i jobb. I dag stilles det derimot høyere krav til utdanning, ferdigheter, yteevne og mobilitet, før man kan få innpass i arbeidslivet. De som ikke mestrer denne overgangen har kanskje lettere for å komme til kort i arbeidsmarkedet. Ordtaket; ” Fra jern og metall til hjerne og mental” sier i så måte noe om den kompetanse som var etterspurt før og hva man ønsker seg nå.

Det kan tenkes at de stadige omstillingsprosessene som finner sted i arbeidsmarkedet bidrar til usikkerhet, fremmedgjøring og utstøtning fra arbeidslivet. For mange blir derfor uføreordningen en naturlig vei ut av yrkeslivet (3). Tålegrensen for å se seg selv som kandidat til uføretrygd kan se ut til å ha sunket (4), det er blitt mer legitimt å la seg uføretrygde, og det helsemessige grunnlaget for hva som skal til for å få en slik ytelse er blitt utvidet (5). Mange har subjektive helseplager – selvopplevde plager – uten at dette fremkommer i konkrete medisinske diagnoser, og blant disse symptomdiagnosene

er psykiske lidelser blant de hyppigst rapporterte (6, 7). Tveråmoe og medarbeidere fant i en norsk studie, indikasjoner på et økende misforhold mellom arbeidslivets krav og individets mestringsressurser. Misforholdet skapte økt psykisk stress, som igjen ledet til psykiske lidelser og økt uføretrygding (8). Dette samsvarer godt med World Health Organization (WHO) landemerke: "Global Burden of Disease" som viser at mentale lidelser er den fjerde største årsaken til uførhet i verden, og antas å være den nest største i 2020 (9). Det synes derfor som om psykiske plager og lidelser er et økende problem som kan ramme det enkelte individ i alle dets livsfaser.

I en svensk studie fant man at uførepensjonering grunnet psykiske sykdommer økte på slutten av 1990-tallet, spesielt andel av 30 – 40 åringer (10). Dette påfører staten økte utgifter, fordi pasienter med psykiske lidelser mottar uførepensjon i flere år, enn den mer omfangsrike gruppen (i antall) uførepensjonerte grunnet muskelskjelettsykdommer (10). Men til tross for en økende andel mennesker som sliter med psykiske plager, og som i mange tilfeller ender opp med uførepensjon, er det gjort lite forskning på hvordan uføretrygding påvirker livskvaliteten til det enkelte individ (11).

Studier som er gjort om hvorvidt uførepensjon er til beste for mennesker i yrkesaktiv alder eller ikke, spriker i sine tolkninger. Blant annet har Berit Ydreborg og medarbeidere i en svensk studie sett på mulige forskjeller mellom de som ble tilstått uføretrygd, og de som fikk avslag. De konkluderte med at gruppen som søkte og fikk avslag, så ut til å være sykere enn gruppen som fikk innvilget søknad om uføretrygd (12). I en annen studie fant man at eldre uførepensjonister > 55 år, hadde høyere livskvalitet enn yngre uføretrygdede. Kontakt med familie og andre hadde mest betydning for god livskvalitet, mens dårlig selvopplevd helse og økonomiske problem hadde mest betydning for redusert livskvalitet (13).

Psykiatrisk forskning har vist at mentale sykdommer medfører forverring av somatiske lidelser, stort sykefravær og arbeidsuførhet (14). Det enkelte individs livskvalitet er med andre ord sterkt relatert til tidligere mental helsetilstand (15). Videre har man funnet en betydelig overdødelighet blant uføretrygdete (16, 17). Man vet lite om uførepensjon i seg selv har en forebyggende effekt på helse, heller ikke relatert til psykiske plager, eller om uførepensjon kan forverre slike plager (18).

1.2 Problemstilling

Basert på det ovenstående ønsker jeg ved bruk av Tromsøundersøkelse-IV (Tromsø-IV), å se nærmere på mulige forskjeller i livskvalitet mellom de som har eller har hatt psykiske plager de har søkt hjelp for, og de som ikke har hatt slike plager. Med hovedfokus rettet mot gruppen uføretrygdete, er følgende tre problemstillinger lagt til grunn for undersøkelsen:

- *Problemstilling A: Har det å ha søkt hjelp for psykiske plager betydning for livskvalitet?*
- *Problemstilling B: Har uføretrygd betydning for livskvalitet?*
- *Problemstilling C: Har uføretrygd samme betydning for livskvalitet, uavhengig om man har hatt psykiske plager eller ikke?*

1.3 Oppgavens struktur

Etter at oppgavens tema og problemstilling er beskrevet *innledningsvis*, blir vilkår for uføretrygding nærmere beskrevet i *teorikapitlet*. Her blir også grensen som skiller mellom psykiske plager og lidelser omtalt. Studiets design blir presentert under *metodedel*. Det samme blir Tromsøundersøkelsen, med en gjennomgang av utvalget fra Tromsø-IV, som danner grunnlaget for denne undersøkelsen. Variabler og omkodinger blir forklart. Videre vil seks mulige indikatorer på livskvalitet bli presentert. Kapitlet avsluttes med en redegjørelse av anvendte statistiske metoder og løsninger på analytiske problemer. I *resultatkapitlet* blir fordeling av materialet presentert i demografiske bakgrunnsvariabler og livsstilsfaktorer, med utgangspunkt i de to avhengige variablene: ”Har du eller har du hatt psykiske plager du har søkt hjelp for?” og ”Mottar du uføretrygd?”. Disse er også benyttet i analysene av de seks indikatorene på livskvalitet. Det blir også gjennomført regresjonsanalyser med selvopplevd helse som avhengig variabel. I *diskusjonsdelen* blir resultatene knyttet opp mot tidligere forskning, og drøftet i lys av dette. *Konklusjon* følger til slutt.

2 Teoretisk bakgrunn

I dette kapitlet blir først hovedprinsipper for uføretrygding gjennomgått. Dernest presiseres forskjellen mellom psykiske plager og lidelser. Videre blir anerkjente spørreskjemaer om psykiske plager som er relevant for Tromsø-IV presentert, samt ledende diagnosesystemer for psykiske lidelser. Avslutningsvis følger definisjon og drøfting av begrepet livskvalitet.

2.1 Vilkår for uføretrygding i Norge

Det har vært mange justeringer av kriteriene for rett til uføretrygd, siden lov om uføretrygd ble etablert i 1967 (5). Lovens intensjon er å sikre inntekt for personer som har fått sin inntektsevne eller arbeidsevne varig nedsatt med minst 50 prosent på grunn av sykdom, skade eller lyte. Videre må søker oppfylle følgende fem tilleggskriterier: tre års medlemskap i folketrygden, aldersgrense fra 18 til 67 år, sykdom, skade eller lyte må være hovedårsak til reduksjonen av ervervsevnen (ekskluderer sosiale årsaker), hensiktsmessig medisinsk behandling, og hensiktsmessig arbeidstrening/yrkesopplæring må være prøvd. Hvis arbeidsevnen fortsatt er nedsatt med mer enn 50 prosent tross slike tiltak, tilstås uførepensjon. Ved oppnådd aldersgrense som for tiden er 67 år (enkelte yrkesgrupper har egne avtaler hvor aldersgrensen er satt lavere), går den uføretrygdede over på alderspensjon.

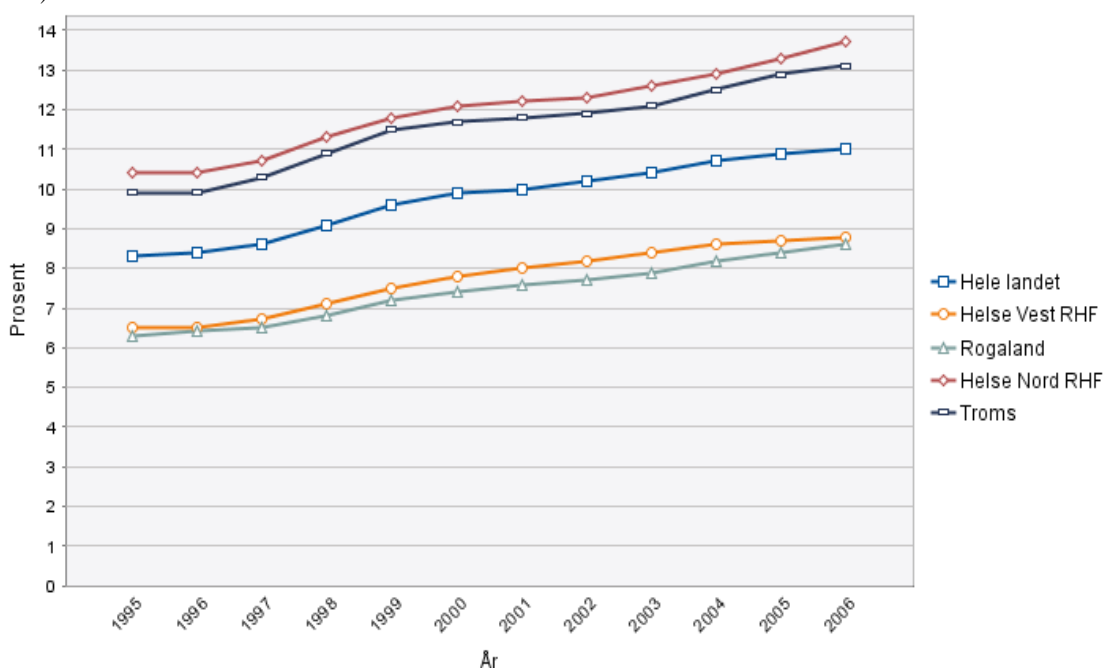
Tabell 2.1 viser prosentvis utvikling i antall mottakere av tidsbegrenset uførestønning (innført fra 1.1.2004) og varig uføretrygdede i årene mellom 1995-2006, for personer i alderen 18-67 år (16-67 år før 1998) for noen utvalgte områder i Norge.

Kvinner, personer med lav utdanning og de med manuelt og ensidig arbeid utgjorde flertallet av de uføretrygdede (19). I tillegg så man en utvikling som startet på

2 Teoretisk bakgrunn

1990-tallet og utover, hvor stadig flere unge mennesker ble uførepensjonert, spesielt på grunn av psykiske lidelser (10, 20). Som det går fram av tabellen, har det vært en økning totalt sett for hele landet fra 8,3 prosent i 1995, til 11,0 prosent av den yrkesaktive befolkningen i 2006.

Tabell 2.1 Antall uføretrygdede i prosent av yrkesaktiv befolkning for landet, Helse Vest RHF (regionalt helseforetak), Helse Nord RHF, Rogaland fylke og Troms fylke. (Kilde: Folkehelseinstituttet, Norgeshelse 2008).



Ser man på Troms fylke (hvor Tromsø-IV ble gjennomført) økte andel av uføretrygdede fra 9,9 prosent i 1995, til 13,1 prosent i 2006 av den yrkesaktive befolkningen. Troms fylke lå over landsgjennomsnittet i hele 11-årsperioden, og sammenlignet med Rogaland fylke – som var blant fylkene med lavest andel uføretrygdede i denne perioden – tapte Troms fylke ytterligere terreng.

2.2 Skillet mellom psykiske plager og lidelser

Forskningen skiller vanligvis mellom psykiske plager og lidelser (7, 21). De *psykiske plagene* omfatter menneskelige problemer, slike som mislykkethet, desperasjon, utrygghet, engstelse, sorg og ulykkelighet. Konsekvensene av disse plagene kan føre til høy symptombelastning, men vil ikke være så uttalte at de karakteriseres med en sykdomsdiagnose eller en sykdom innenfor det medisinske fagfeltet. Men i Folketrygden kan plagene bli godkjent som sykdom selv om de ikke representerer en definert sykdom. Noe av forklaringen på dette finner vi i Trygderettens kjennelse fra desember 1994, hvor en kvinne anket over avslaget på krav om uførepensjon med diagnosen fibromyalgi. I kjennelsen het det blant annet at likhetshensyn talte mot en snever avgrensing av ”objektive diagnostiske funn”, fordi det medisinsk sett ikke kunne dras noe klart skille mellom lidelser med og lidelser uten objektive diagnostiske funn (5).

Dette viser at sykdomspanoramaet er i ferd med å endre seg fra objektive sykdommer til subjektive tilstander, og kan til en viss grad sammenlignes med de engelske begrepene *disease* og *illness*. *Disease* brukes om en objektiv observerbar sykdom, mens *illness* er kjennetegnet med pasientens subjektive opplevelse av sykdom (22). Pasientens egne opplevelse av sykdommen og hvordan denne virker inn på funksjonsevnen i forhold til jobben blir mer vektlagt, mens de objektive medisinske vurderinger tones ned. Dette er i overensstemmelse med en studie hvor det kom det fram at subjektive helseplager er ansvarlig for mer enn 50 prosent av sykemeldinger, en tredel av uførepensjoner og over halvparten av konsultasjoner hos norske allmennpraktikere (23).

Kjennelsen i saken fra 1994 førte til at de innskjerpingen i folketrygdloven som var blitt innført i 1991, for å redusere den økte uføretilgangen som hadde funnet sted på

1980-tallet, ble justert. Kravet om bred medisinsk-faglig enighet, i vurderinger av saker som gjaldt lidelser uten objektive medisinske funn ble nedtonet.

Når det gjelder *psykiske lidelser* vil disse gi så høye symptombelastninger at det kan stilles en diagnose som for eksempel alvorlig depresjon, schizofreni og bipolar lidelse (manisk-depressiv lidelse). De ledende diagnosesystem som brukes i dag er International Classification of Diseases – 10 (ICD-10) og Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders - IV (DSM-IV). I allmenn praksis brukes den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten, The International Classification of Primary Care – 2 (ICPC-2) som opererer med symptom- og sykdomsdiagnoser. Omfang og innvirkning på funksjonsevnen avgjør om plagene blir kategorisert som psykiske plager eller en psykisk lidelse (21).

2.2.1 Bruk av spørreskjema

I Tromsø-IV var det benyttet noen få modifiserte spørsmål hentet fra større spørreskjemaer av typen: General Health Questionnaire (GHQ), Hopkins Symptom Checklist (HSCL) og Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), for å få kartlagt psykiske plager (24). Ved å benytte disse spørsmålene kan man måle hyppigheten av psykiske plager, som igjen kan brukes til å beregne måltall for forebyggende tiltak. Derimot kan det ikke stilles noen diagnoser på bakgrunn av disse spørsmålene (24).

Det er vanlig å bruke strukturerte kliniske intervjuer for å måle psykiske lidelser, ofte etter en første screening med spørreskjema. Eksempel på strukturerte kliniske intervjuer er: Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN-II), som har til hensikt å stille diagnoser. Disse er tidkrevende og kostbare, men gir et mer nyansert bilde av den psykiatriske morbiditet, og er mer egnet til å skape gjenkjennelse hos klinikerne (24-26).

2.2.2 Mål på psykiske plager og forskjell i livskvalitet

”Jeg ser dårlig, jeg hører dårlig, jeg føler dårlig, men jeg lider ikke, så jeg klager ikke”.

Ordene tilhører den franske kvinnen Jeanne Calment fra Arles, som sannsynligvis er det mennesket som har levd lengst (27). Hun døde den 4. august 1997 i en alder av 122 år. I utsagnet ovenfor uttrykker hun noe som mange vil forbinde med livskvalitet, nemlig å unngå lidelse. Som en kuriositet kan nevnes hva hun selv trodde var hemmeligheten bak hennes høye alder:

”Bevar alltid latteren. Det er den, som jeg tillegger mitt lange liv. Jeg tror, jeg vil dø leende. Det er en del av mitt program” (27).

For andre som ikke har levd fullt så lenge som Calment, vil kanskje utsiktene til et langt liv ha stor verdi. Ordet livskvalitet er en betegnelse som etter hvert er blitt ganske utvannet, fordi det blir brukt på forskjellige måter, og tillagt forskjellige meninger og verdier (28). I den foreliggende oppgave er Siri Næss sin definisjon av livskvalitetsbegrepet benyttet, hun sier (29):

”En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er negative”.

Litt forenklet kan man si at definisjonen uttrykker det gamle ordtaket; ”det er ikke hvordan du har det, men hvordan du tar det som teller”. Næss sin definisjon av livskvalitetsbegrepet har noe å gjøre med individets psykiske velvære, dets emosjonelle opplevelse av å ha det godt, av å ha en grunnstemning av glede. Kognitive opplevelser

forstås som opplevelser som innbefatter tanker og vurderinger, mens de affektive opplevelsene handler om følelsesmessige tilstander som for eksempel glede og engasjement (29).

Mål på livskvalitet er noe som strengt tatt ikke kan måles i tradisjonell forstand. Selv om hver og en av oss kan ha en klar opplevelse av hva som skiller et lykkelig liv fra et ulykkelig liv, finnes det ikke et eksistensielt metermål. Det er ikke gitt en vektskål vi kan legge våre liv på som vil fortelle oss om vi har høy eller lav livskvalitet – men vi lever under tallets tyranni. Tallet er selve målestokken, det sier noe om mer og mindre – hvor mer er bedre enn mindre. Men det blir vanskelig å telle eller å gi et godt svar på forskjellen og innholdet i livskvalitet.

Men fordi livskvalitetsbegrepet, ifølge Næss, dreier seg om opplevelser, vurderinger eller følelser som ikke er direkte observerbare, bør livskvalitet betraktes som en latent variabel, som bare kan studeres indirekte ved observerbare erstatninger eller indikatorer på at opplevelsen er tilstede (29). På bakgrunn av dette, er det brukt seks mulige indikatorer på livskvalitet i denne studien (psykisk-indeks, muskelskjelettsmerteindeks, polyfarmakologi-indeks, og variablene selvopplevd helse, søvnproblem og sosialt nettverk). Antakelsen er at disse indikatorene i større eller mindre grad, fanger opp og måler kognitive og emosjonelle reaksjoner som gir seg utslag i kroppslige prosesser (30, 31).

Ved å stille spørsmålet: ”Hvordan er helsen din nå?”, får man samlet informasjon om mange ulike faktorer som danner grunnlag for variabelen *selvopplevd helse*. Variabelen er dokumentert å være en god erstatter eller indikator for prediksjon av dødelighet og livskvalitet som psykisk velvære (31, 32). Trolig blir både biologiske, psykologiske og sosiale dimensjoner integrert når en person vurderer egen helse (31).

2 Teoretisk bakgrunn

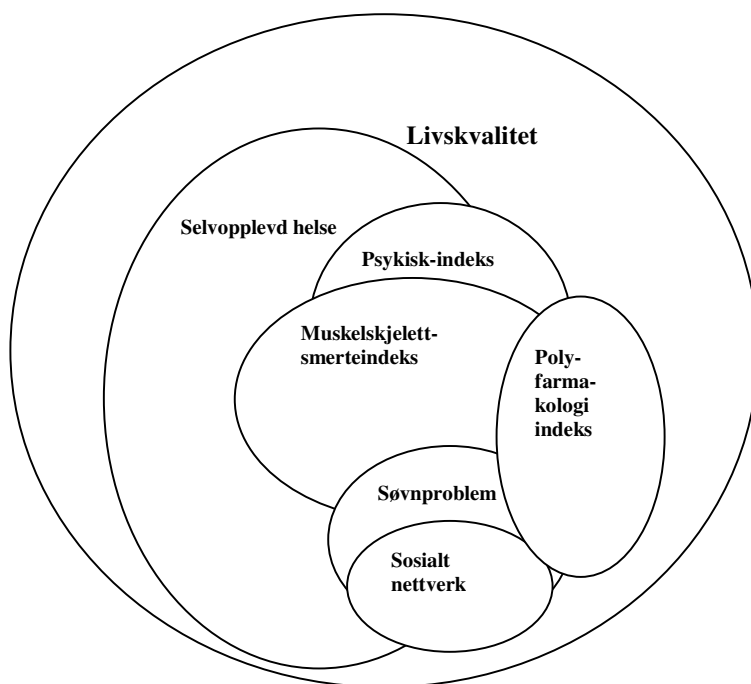
Men man kan ikke uten videre slutte at for eksempel psykisk-indeks, predikerer noe om livskvalitet på samme måte som variabelen selvopplevd helse. Hvis man ønsket det, måtte det gjennomføres omfattende analyser som ville sprengte grensene for denne oppgavens størrelse.

2.2.3 Livskvalitetssirkel

Ut i fra de data som er brukt i denne studien, kan forholdet mellom betegnelse "livskvalitet", "selvopplevd helse", og de fem andre indikatorene på livskvalitet, slik disse er brukt i denne oppgaven illustreres som i figur 2.1. Figuren avviker fra andre illustrasjoner på livskvalitet som er gjort tidligere (29).

Som det går fram av skissen omslutter "livskvalitetssirkelen" de seks indikatorene, noe som symboliserer at ordet "livskvalitet" har en videre og større betydning. Begrepet livskvalitet inkluderer også andre ting som ferie, fritid, hobby osv, som vil virke inn og er uavhengig av de seks indikatorene. Derimot har indikatorene større eller mindre betydning for livskvalitet, og har også ringvirkninger som til dels påvirker og overlapper hverandre.

Figur 2.1 Illustrasjon av forholdet mellom betegnelse "livskvalitet", "selvopplevd helse" og de fem andre indikatorene på livskvalitet slik de er brukt i denne oppgaven.



3 Materiale og metode

3.1 Design

Dette er en tverrsnittundersøkelse, som tok utgangspunkt i de 27.158 deltakerne som møtte opp til den fjerde Tromsøundersøkelsen i 1994/95 (33). Denne helseundersøkelsen ble startet i 1974, primært for å kartlegge årsaker til den høye dødeligheten av hjerte- og karsykdommer i Nord-Norge. Oppslutningen har alltid vært høy, noe som har bidratt til å sikre kvaliteten på både helseundersøkelsen og de vitenskapelige resultatene. Undersøkelsen er gjennomført seks ganger (1973/74, 1979/80, 1986/87, 1994/95, 2001/02 og 2006/08), og har etter hvert blitt utvidet til å omfatte også andre sykdomsgrupper. Det foreligger altså en mengde data om helsetilstanden i en norsk befolkning ved fem tidspunkt, og med intervaller på 6-8 års mellomrom. Dette er en styrke i forhold til kausalitet, da den gir mulighet til å følge personer hele 27 år frem i tid for å se på endringer i helse og sosiale forhold.

Tromsø-IV er størst av de fem Tromsøundersøkelsene som er gjennomført. Alle personer med bostedsadresse i Tromsø kommune, som var 25 år og eldre pr 31.12.1994 ble invitert til å delta i hovedundersøkelsen/fase1. Et mindre antall deltakere ble invitert til en mer omfattende fase 2 undersøkelse 4 – 12 uker etter fase 1 (ikke inkludert i denne studien). Av de i alt 37.558 inviterte, møtte 27.158 (72,3 prosent) til fase 1 undersøkelsen. Ett spørreskjema var vedlagt invitasjonsbrevet, med spørsmål om egen helse, røykevaner, mosjon, kaffekonsum, alkoholvaner, bruk av smør/margarin, utdanning/arbeid og sykdom i familien. Ved frammøte ble det ferdigutfylte skjemaet gjennomgått av helsepersonell sammen med den enkelte deltaker. Etter at den fysiske helseundersøkelsen var gjennomført, fikk deltakerne utdelt et nytt firesiders postalt

spørreskjema¹, som man ble oppfordret til å sende inn i etterkant av undersøkelsen. Dette skjemaet hadde spørsmål om blant annet oppvekstvilkår, psykiske plager og bruk av helsetjenester som var aktuelle parametre i denne oppgaven.

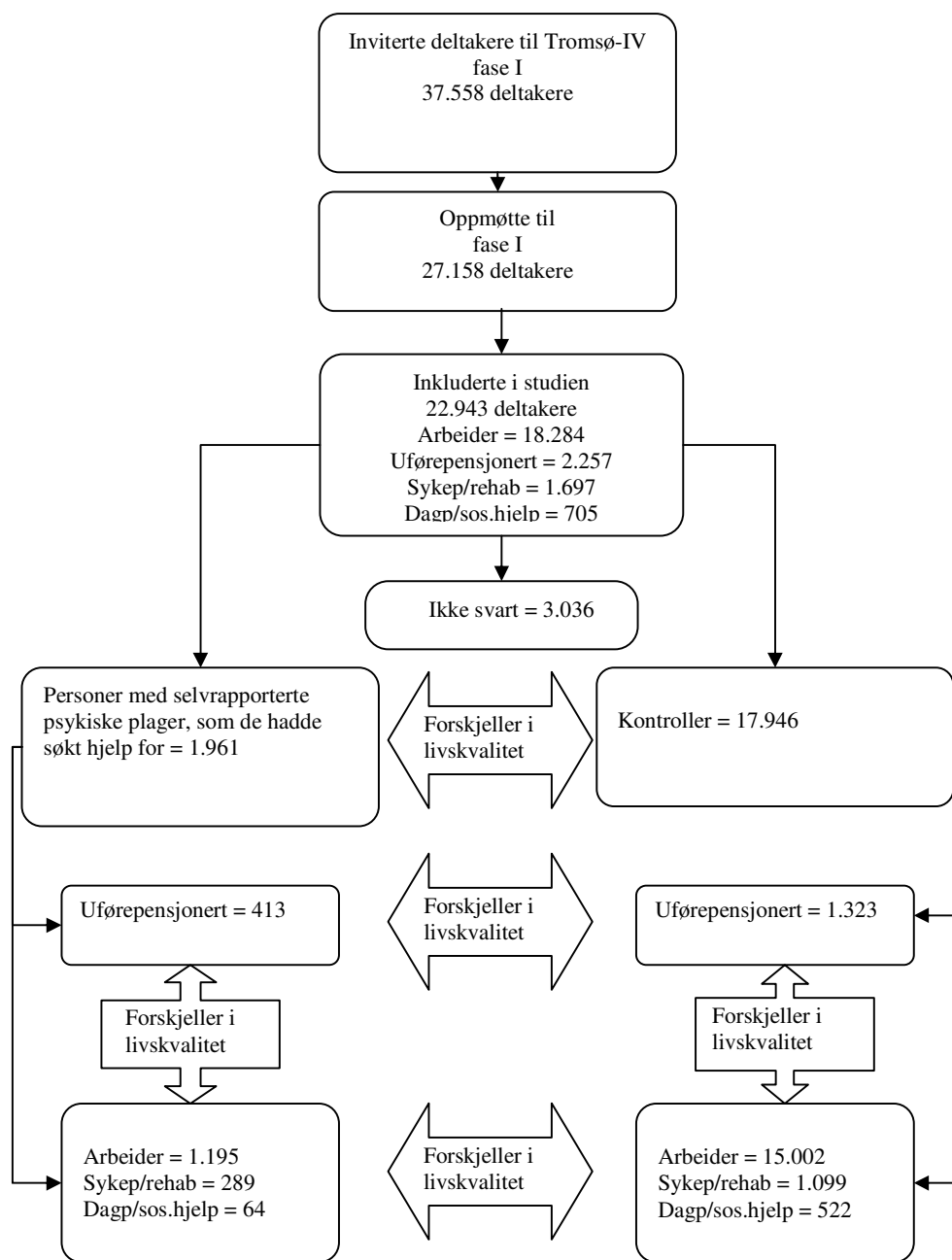
3.2 Utvalg

Av de 27.158 inkluderte var det 299 personer som ikke ga sitt samtykke til medisinsk forskning. Av de gjenværende 26.859 individene ble alle som hadde fylt 68 år pr. 31. desember 1994, og/eller svarte at de mottok alderspensjon ekskludert. Åtte av disse hadde krysset av på spørreskjemaet for at de i tillegg til å motta alderspensjon også mottok uførepensjon. Ytterligere åtte av de ekskluderte deltakerne hadde krysset av for at de mottok andre offentlige ytelser, i tillegg til alderspensjon. Flyt diagrammet som er vist i figur 3.1, gir en oversikt over utvalget som ble lagt til grunn for denne undersøkelsen.

¹ Spørreskjemaet var forskjellig for personer over/under 70 år. Spørreskjemaet som er vist i vedlegg B, ble utdelt til personer under 70 år.

3 Materiale og metode

Figur 3.1 Flytskjema med fordeling av innkalte og oppmøtte deltakere til Tromsøundersøkelse-IV 1994/95. Utvalget ble inndelt etter om de hadde søkt hjelp for psykiske plager eller ikke, og til slutt stratifisert etter hvilken status de hadde på undersøkelsestidspunktet.



3.3 Ulike variabler i analysene

Den mest brukte avhengige variabelen i analysene var: ”Har du eller har du hatt, psykiske plager som du har søkt hjelp for?”. De uavhengige variablene var, foruten **kjønn** følgende:

Alder – respondentenes alder ble inndelt i 10-års aldersgrupper. Aldersspennet i den eldste gruppen ble utvidet med to år, og inkluderte deltakere i alderen 55-67 år.

Sivilstand – i analysene ble gifte og registrerte partnere slått sammen til en kategori, og tilsvarende ble gjort med skilte og separerte.

Utdanning – respondentene hadde fem svaralternativ, hvor grunnskole, 7-10-års framhaldsskole eller folkehøgskole representerte laveste fullførte utdanning, mens høyskole/universitet, 4 år eller mer representerte høyeste fullførte utdanning.

Bodde i Norge som 1-åring – respondentene hadde svaralternativene ja eller nei.

Familiens økonomi under oppvekst – i analysene ble svaralternativene meget god og god slått sammen i kategorien god.

Fysisk aktivitet – respondentene hadde fire svaralternativ på et ukentlig gjennomsnitt for hard fysisk aktivitet siste år, fra ingen aktivitet, til høyeste aktivitetsnivå som var 3 timer eller mer pr uke.

Daglig sigarettøyking – respondentene kunne svare ja eller nei på spørsmålet.

Alkoholkonsum pr måned – det ble spurt om hvor mange ganger i måneden deltakerne drakk alkohol, og respondentene måtte angi dette med ett tall. I analysene ble deltakerne delt inn i syv grupper, hvor den første besto av de som var totalavholdende.

Stordrikker – inkluderte alle deltakere som drakk alkohol ≥ 13 gang pr. måned.

Arbeids-/aktivitetsvariabel – denne ble konstruert for å splitte opp materialet, og for å kunne sammenligne ulike grupper med hverandre. Variablene sosialhjelp og

arbeidsledighetstrygd fra grunndataene ble slått sammen til ”**Dagp/sos.hjelp**”. På samme måte ble variablene sykepenger og rehabiliteringspenger fra grunndataene slått sammen til ”**Sykp/rehab**”. Mottakere av **uføretrygd** ble beholdt i en egen gruppe slik de allerede lå i grunndataene. De som ikke oppfylte kriteriene for ovennevnte grupper, ble kodet inn i gruppen ”**arbeider**”.

3.3.1 Seks indikatorer på livskvalitet

Som indikatorer på livskvalitet, ble følgende tre indekser konstruert:

Psykisk-indeks – var en ordinalvariabel med verdier på en skala fra 0 til 14, hvor høyere skår indikerte desto mer psykiske plager. Den ble konstruert av syv kategoriske variabler som ble rekodet og gitt nye verdier fra 0 til 2 (tabell 3.1), hvor 0 indikerte ingen psykiske plager mens 2 indikerte svært store psykiske plager.

Tabell 3.1 Variabler og verdier som inngikk i psykisk-indeks.

Har du de siste to ukene følt deg:	Nei	Litt	En god del	Svært mye
Nervøs og urolig?	0	1	2	2
Plaget av angst?	0	1	2	2
Trygg og rolig?	2	1	0	0
Irritabel?	0	1	2	2
Glad og optimistisk?	2	1	0	0
Nedfor/deprimert?	0	1	2	2
Ensom?	0	1	2	2

Muskelskjelett-smerteindeks – var en ordinalvariabel med verdier på en skala fra 0 til 6.

Jo høyere skår, desto mer smerter. Den ble konstruert av følgende dikotome variabler: nakke-/skuldersmerter, smerter i armer, smerter i øvre del av rygg, smerter i nedre del av rygg, bryst-/magesmerter og hofte-/beinsmerter.

Indeks for polyfarmakologi (nerve- og smertestillende medikamenter) – var en ordinalvariabel med verdier på en skala fra 0 til 6. Verdien 0 uttrykte ingen

medikamentbruk, mens verdien 6 uttrykte stort forbruk av medikamenter. Indeksen ble konstruert av følgende seks dikotome variabler: smertestillende medisin, febersenkende medisin, sovemedisin, beroligende medisin, medisin mot depresjon og annen nervemedisin.

I tillegg ble følgende tre ordinale variabler brukt i analysene som indikatorer på livskvalitet:

Selvopplevd helse – tilsvarte ordinal variabel: ”Hvordan er helsen din nå?” i spørreskjemaet. Skalaverdier fra 1 til 4, hvor 1 var uttrykk for dårlig helse og 4 var uttrykk for svært god helse.

Søvnproblem – tilsvarte ordinal variabel: ”Hvor ofte er du plaget av søvnløshet?”. Skalaverdier fra 1 til 4. Jo høyere skår, desto større søvnproblemer.

Sosialt nettverk – tilsvarte ordinal variabel: ”Hvor ofte tar du vanligvis del i foreningsvirksomhet som for eksempel syklubb, idrettslag, politiske lag, religiøse eller andre foreninger?”. Skalaverdier fra 1 til 4. Jo høyere skår, var uttrykk for desto hyppigere deltakelse i sosiale aktiviteter.

3.4 Statistiske analysemetoder

Tverrsnittundersøkelsen tok utgangspunkt i materialet fra Tromsø-IV. Data fra spørreskjemaene ble analysert med statistikkprogrammet SPSS (versjon 15.0). De uavhengige variablene ble beskrevet ved hjelp av frekvenstabeller og krysstabeller (tabell 4.2 og 4.3), med utgangspunkt i de to avhengige variablene: ”Har du eller har du hatt, psykiske plager som du har søkt hjelp for?” og ”Mottar du uføretrygd?”. Metode for direkte standardisering ble benyttet for aktuelle aldersjusterte tall, hvor de aldersspesifikke ratene for populasjonen i Tromsø-IV ble lagt til grunn for utregningene.

Testing av statistiske forskjeller mellom grupper ble gjort med tosidig kjikvadrattest for kategoriske variabler, mens det ble benyttet binomial t-test og Mann-Whitneys U-test for kontinuerlige variabler. Grensen for statistisk signifikans ble satt ved p-verdier $< 0,05$, som betyr at sannsynligheten for at resultatene skyldtes tilfeldigheter og ikke sanne verdier var på under 5 prosent. Det ble også beregnet forskjeller i effektstørrelse mellom grupper med hjelp av Cohens d (34) (som er lik antall standard avviks forskjell mellom to grupper) etter følgende formel²:

$$S_{Pooled} = \sqrt{\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

$$\text{Cohens } d = \frac{m_1 - m_2}{S_{Pooled}}$$

hvor d = effektstørrelse indeks for t-tester i standard enheter,

m_1, m_2 = populasjonens gjennomsnitt uttrykt ved rådata, og

S_{Pooled} = et felles standard avvik for begge gruppene.

Ifølge Cohen kan en effektstørrelse på 0,2 anses som liten, 0,5 som middels og 0,8 som stor (34).

I analysene brukte man de seks indikatorene på livskvalitet, til å måle forskjeller i gjennomsnittsverdier (skår) mellom de som svarte ja eller nei på spørsmål om å ha søkt hjelp for psykiske plager. Disse verdiene viste klar skjevfordeling mot lave skår, som kunne skape problemer for studien, siden de mest brukte parametriske analysemetodene

² For polyfarmakologi-indeksen fremkommer effektstørrelsen i tabell 4.4 side 31 slik på formelen:

$$S_{Pooled} = \sqrt{\frac{(1764_1 - 1)1,00547_1^2 + (1725_2 - 1)0,58919_2^2}{1764_1 + 1725_2 - 2}} \approx \underline{\underline{0,64}}$$

$$\text{Cohens } d = \frac{0,83_1 - 0,34_2}{0,64} \approx \underline{\underline{0,77}}$$

bygger på antagelse om normalfordelte data. For å sikre at indeksene kunne brukes, ble gruppeforskjeller også analysert ved hjelp av ikke-parametrisk test (Mann-Whitneys U-test). Testen bygger på antagelse om ikke spesiell fordeling av kontinuerlige data. Nullhypotesen her er at to eller flere utvalg er hentet fra samme (ikke-spesifiserte) sannsynlighetsfordeling, og dermed er gjennomsnittlig rang for observasjonene i hver gruppe like (35).

Siden mål på livskvalitet var sentral i denne studien, ville det være av interesse å teste om det var samvariasjon mellom variabelen selvopplevd helse og de fem andre indikatorene som er nevnt ovenfor. Følgende nullhypotese ble derfor testet ved bivariat korrelasjonsanalyse:

$$H_0 = \text{Det er ikke korrelasjon mellom variablene selvopplevd helse og psykisk-indeks.}$$

Samme nullhypotese gjaldt for samvariasjon mellom variabelen selvopplevd helse, og hver av de fire andre indikatorene på livskvalitet. Styrken ble uttrykt ved rangkorrelasjonskoeffisienten (Spearman's) rho, hvor koeffisient på 0,1 anses for å være liten, 0,3 som middels og 0,5 som stor ifølge Cohen (34).

Hvis korrelasjonsanalysene ikke ga støtte til nullhypotesen, ville man med større sikkerhet kunne si noe om livskvalitet ut ifra livskvalitetsindikatorene. Det var også naturlig – ved bruk av multippel lineær regresjon – å teste i ulike modeller hvilke effekt variablene uføretrygd og det å ha søkt hjelp eller ikke for psykiske plager, hadde på den avhengige variabelen selvopplevd helse som er assosiert med livskvalitet. Her ble det også testet for mulige interaksjoner. Forklaringsverdier i modellene, det vil si; andel av den totale variasjon som ble forklart av de uavhengige forklaringsvariablene til sammen, ble uttrykt med R^2 .

4 Resultat

Oppgaven begrenset seg til deltakere i alderen 25-67 år som ikke mottok alderspensjon.

De i alt 262 ekskluderte deltakerne, som var under 67 år og som mottok alderspensjon, oppnådde 2,73 i gjennomsnittsskår på skala for variabelen selvopplevd helse (tabell 4.1).

Dette var på høyde med aldersgruppen 50-54 år.

Tabell 4.1 Gjennomsnittsskår på variabelen selvopplevd helse, for deltakere i Tromsø-IV. Utvalget ble inndelt i femårs aldersgrupper. Skala: 1 = dårligst, 4 = best.

5-års aldersgrupper	Gjennomsnitt	Deltakere	Standard
25 – 29	3,14	3.281	,638
30 – 34	3,09	3.315	,642
35 – 39	3,04	3.424	,637
40 – 44	2,92	3.377	,643
45 – 49	2,84	3.243	,648
50 – 54	2,75	2.524	,662
55 – 59	2,62	1.820	,672
60 – 64	2,50	1.444	,641
65 – 67	2,41	485	,628
Totalt	2,91	22.913	,677
Alderspensjonerte <67	2,73	262	,565

Etter seleksjoner besto utvalget av totalt 22.943 kvinner og menn fra fase 1 i Tromsø-IV. Frekvensanalyse av ”arbeids-/aktivitetsvariabelen” hvor deltakerne ble inndelt i fire undergrupper (arbeider, uførepensjonerte, personer på syke-/og rehabiliteringspenger og personer på dagpenger eller sosialhjelp), viste at 2.257 deltakere var uførepensjonert. Av disse svarte 1.961 at de hadde søkt hjelp for psykiske plager. En mer detaljert fordeling av deltakerne i Tromsø-IV er vist i flytskjemaet figur 3.1.

4.1 Demografisk fordeling av utvalget

Av tabell 4.2 går det fram at det var flest kvinner med i utvalget, og langt flere kvinner enn menn hadde søkt hjelp for psykiske plager. Andelen kvinner utgjorde nær 2/3 av de uføretrygdede. Når materialet ble splittet opp i grupper (arbeider, dagp/sos.hjelp,

4 Resultat

sykep/rehab og uføretrygdet), var prosentandelen av uføretrygdene som ikke svarte på spørsmålet om de hadde søkt hjelp for psykiske plager 23,0 mot 11,4 blant de som arbeidet (ikke vist i tabellen).

Tabell 4.2 Presentasjon av materialet fra Tromsø-IV, fordelt i bakgrunnsvariabler mot de avhengige variablene: "Har du eller har du hatt, psykiske plager som du har søkt hjelp for?", og "Mottar du uføretrygd?".

Bakgrunnsvariabler	Har du eller har du hatt, psykiske plager som du har søkt hjelp for?					Mottar du uføretrygd?		
	N = total	Ikke svart (%)	n = utvalg	Ja (%) * (95 % KI)	Aldersjustert	n = utvalg	Ja (%) ** (95 % KI)	Aldersjustert
Totalt:	22943	13,2	19907	9,9 (9,5 -10,3)	9,9	2257	9,8 (8,6 - 11,0)	Ujustert
Kjønn:								
Kvinner	11861	13,1	10311	12,4 (11,8-13,0)	10,8	1461	12,3 (10,6-14,0)	12,5
Menn	11082	13,4	9596	7,2 (6,7 - 7,7)	6,2	796	7,2 (5,4 - 9,0)	7,1
Alders grupper:								
25-34 år	6601	11,8	5825	8,3 (7,6 - 9,0)	Ujustert	80	1,2 (-1,2 - 3,6)	Ujustert
35-44 år	6811	12,8	5939	10,1 (9,3 - 10,9)	Ujustert	223	3,3 (1,0 - 5,6)	Ujustert
45-54 år	5775	13,5	4994	10,3 (9,5 - 11,1)	Ujustert	572	9,9 (7,5 - 12,3)	Ujustert
55-67 år	3756	16,2	3149	11,5 (10,4-12,6)	Ujustert	1382	36,8 (34,3-39,3)	Ujustert
Sivilstand:								
Singel	7055	14,2	6056	10,0 (9,2 -10,8)	9,6	316	4,5 (3,3 - 5,7)	11,3
Gift/registrert partnerskap	12520	11,6	11068	8,1(7,6 - 8,6)	7,0	1300	10,4 (8,7 -12,1)	8,3
Enker/enkemenn	493	23,9	375	12,0 (8,7 -15,3)	12,8	190	38,5 (31,6-45,4)	23,3
Separert/skilt	2815	16,4	2354	17,2 (15,7-18,7)	14,4	442	15,7 (12,3-19,1)	13,4
Ikke besvart	60	10,0	54	14,8 (5,4 -24,4)	15,9	9	15,0 (-8,3-38,3)	23,5
Utdanning:								
I (lavest, 7-10 år gr.skole)	6637	18,7	5395	11,8 (10,9-12,7)	9,4	1441	21,7 (19,6-23,8)	15,2
II (yrkesskole 1-2 år)	6546	12,7	5715	8,4 (7,7 - 9,1)	7,3	572	8,7 (6,4 -11,0)	9,3
III(3-årig videregående)	2067	13,4	1791	9,1(7,8 -10,4)	8,2	60	2,9 (-1,3- 7,1)	6,2
IV(høgskole/univ.<4 år)	3805	8,7	3473	8,5 (7,6 - 9,4)	7,8	102	2,7 (-0,5- 5,9)	4,0
V (høyest, univ.>4 år)	3815	8,8	3478	11,0 (10,0-12,0)	8,7	62	1,6 (-1,5- 4,7)	2,5
Ikke besvart	73	24,7	55	14,5 (9,8 -19,2)	11,9	20	27,4 (7,9 -47,0)	17,8
Bodde i Norge som ettåring:								
Ja	18940	3,8	18222	9,7 (9,3 -10,1)	9,4	1815	9,6 (8,2 -11,0)	9,4
Nei	720	2,1	705	12,8 (10,3-15,3)	13,1	26	3,6 (-3,6-10,8)	7,9
Ikke besvart	3283	70,1	980	9,7 (7,8 -11,6)	2,9	416	12,7 (9,5 -15,9)	12,9
Fam. økon. under oppvekst								
God	14319	3,5	13823	8,1 (7,6 - 8,6)	7,9	1084	7,6 (6,0 - 9,2)	8,8
Vanskelig	5543	4,6	5289	13,0 (12,1-13,9)	12,8	738	13,3 (10,9-15,7)	9,6
Meget vanskelig	435	6,7	406	26,1 (21,8-30,4)	26,7	113	26,0 (21,9-30,1)	18,2
Ikke besvart	2646	85,3	389	12,1 (8,9 -15,3)	1,8	322	12,2 (8,6 -15,8)	12,9

* Dette er prosent av n = utvalg som har besvart spørsmålet om psykiske plager.

** Dette er prosent av N = totalutvalget som har besvart spørsmålet om uføretrygd

Videre var andelen av utvalget som hadde søkt hjelp for psykiske plager økende med alder. Det samme gjaldt for uføretrygding, hvor man fant 1,2 prosent uføre i yngste aldersgruppe mot 36,8 prosent blant 55-67 åringer.

Separerte/skilte hadde høyest prosentandel av de som hadde søkt hjelp for psykiske plager, men etter aldersjustering nærmet gruppen enker/enkemenn seg betraktelig denne gruppen. Blant de lavest utdannede fant man både størst prosentvis andel av de som hadde søkt hjelp for psykiske plager, og flest uførepensjonerte.

14,3 prosent i totalutvalget hadde ikke oppgitt bostedsland som ettåring. Prosentandelen av de som hadde søkt hjelp for psykiske plager var størst blant innvandrere. Det var en langt mindre ikke-signifikant andel innvandrere blant de uføretrygdede, men denne forskjellen ble langt på vei utjevnet ved aldersjustering.

11,5 prosent av totalutvalget hadde ikke svart på spørsmålet om familiens økonomi under oppvekst. Blant de som svarte på spørsmålet, var det tre ganger så mange blant de med meget vanskelig økonomi (26,7 prosent) som hadde søkt hjelp for psykiske plager, enn blant de med god økonomi (7,9 prosent). Prosentandelen av de som mottok uføretrygd, var over dobbel så høy blant de som hadde hatt dårlig familieøkonomi under oppvekst (18,2 prosent), sammenlignet med de som hadde hatt god familieøkonomi (8,8 prosent).

4.1.2 Livsstilsfaktorer

Tabell 4.3 viser at færre hadde søkt behandling for psykiske plager, etter hvert som fysisk aktivitetsnivå økte i gruppene. Uføreandelen var langt høyere i den fysisk inaktive gruppen, enn i alle de andre aktivitetsgruppene. Det var prosentvis langt flere røykere enn ikke-røykere både i gruppen som hadde søkt hjelp for psykiske plager, og blant mottakere av uføretrygd.

I de to gruppene totalavhold og konsum > 20, fant man de to største prosentvise andelene av de som hadde søkt hjelp for psykiske plager. Derimot var prosentandelen av de som ikke drakk alkohol markert størst blant de uføretrygdede.

Tabell 4.3 Presentasjon av materialet fra Tromsø-IV, fordelt i livsstilsfaktorer mot de avhengige variablene: "Har du eller har du hatt, psykiske plager som du har søkt hjelp for?" og "Mottar du uføretrygd?".

Livsstilsfaktorer	Har du eller har du hatt, psykiske plager som du har søkt hjelp for?					Mottar du uføretrygd?		
	N = total	Ikke svart (%)	n = utvalg	Ja (%)* (95 % KI)	Alders-justert	n = utvalg	Ja (%)** (95 % KI)	Alders-justert
Totalt:	22943	13,2	19907	9,9 (9,5-10,3)	9,9	2257	9,8 (8,6-11,0)	Ujustert
<i>Fysisk aktivitet:</i>								
Ingen	10035	16,2	8410	11,4(10,7 -12,1)	9,5	1641	16,4 (15,5-17,3)	12,9
Mindre enn 1 time pr uke	5134	10,3	4605	9,2(8,4 -10,0)	8,4	285	5,6 (2,9 - 8,3)	7,2
1-2 timer pr uke	5041	11,0	4485	8,3(7,5 - 9,1)	7,5	191	3,8 (1,1 - 6,5)	5,2
3 eller flere timer pr uke	2592	11,3	2298	8,0(6,9 - 9,1)	7,2	114	4,4 (0,6 - 8,2)	5,8
Ikke besvart	141	22,7	109	16,5(9,5 -23,5)	13,4	26	18,4 (16,8-20,0)	14,6
<i>Daglig sigarettøyking:</i>								
Ja	8855	15,7	7465	11,7 (11,0-12,4)	9,9	991	11,2 (9,2 -13,6)	11,9
Nei	14065	11,7	12426	8,7 (8,2 - 9,2)	7,7	1264	9,0 (7,4 -10,6)	8,6
Ikke besvart	23	30,4	16	18,8 (0,34-37,9)	22,2	2	8,7 (-30,4-47,8)	13,3
<i>Alkoholkonsum pr mnd:</i>								
Totalavhold	2162	19,2	1746	15,6 (13,9-17,3)	12,5	555	25,7 (22,1-29,3)	18,9
Inntak <1	4457	15,3	3776	10,9 (9,9 -11,9)	9,1	662	14,9 (12,2-17,6)	12,8
Inntak 1 – 4	12100	12,3	10615	9,0 (8,5 - 9,5)	7,9	804	6,6 (4,9 - 8,3)	8,1
Inntak 5 – 8	2843	10,4	2546	8,4 (7,3 - 9,5)	7,4	137	4,8 (1,2 - 8,4)	7,6
Inntak 9 – 12	844	11,1	750	8,5 (6,5 -10,5)	6,9	36	4,3 (-2,3 -10,9)	6,4
Inntak 13 – 19	225	8,0	207	8,7 (4,9 -12,5)	7,9	20	8,9 (-3,6 -21,4)	7,6
Inntak >20	243	11,1	216	12,0 (7,7 -16,3)	16,0	31	12,8 (1,0 -24,6)	7,5
Ikke besvart	69	26,1	51	7,8 (0,4 -15,2)	9,9	12	17,4 (-4,1-38,9)	17,8

* Dette er prosent av n = utvalg som har besvart spørsmålet om psykiske plager.

** Dette er prosent av N = totalutvalget som har besvart spørsmålet om uføretrygd.

4.2 Livskvalitetsmål

4.2.1 Livskvalitet - søkt behandling for psykiske plager

De som hadde søkt hjelp for psykiske plager, skårte signifikant dårligere på alle de seks indikatorene på livskvalitet (tabell 4.4). Dette betyr blant annet at de hadde mer muskelskjelettsmerter, større søvnproblemer og brukte mer medisiner enn de som ikke hadde søkt slik hjelp. Og målt med Cohens *d*, ga dette middels til store effektforskjeller mellom gruppene på de fleste livskvalitetsindikatorene.

Tabell 4.4 Forskjeller i gjennomsnittlige skår på seks indikatorer på livskvalitet, mellom gruppene som hadde svart ja eller nei på spørsmål om de hadde søkt hjelp for psykiske plager. Forskjeller i effektstørrelser ble beregnet med Cohens *d*.

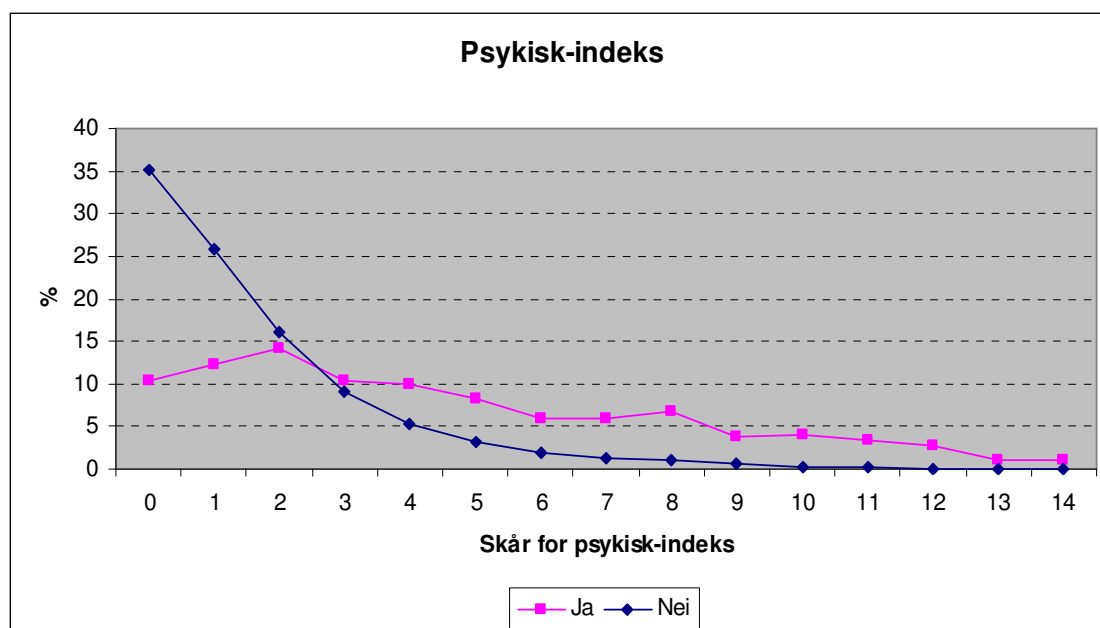
Forklaringsvariabler	Total: N= 19907		HAR DU ELLER HAR DU HATT, PSYKISKE PLAGER SOM DU HAR SØKT HJELP FOR?						
	Kvinner: n = 10311	Menn: n = 9596	<i>n</i>	Antall	Ja Skår (SD)	95 % KI omkring forskjellen mellom gruppene	Antall	Nei Skår (SD)	Cohens <i>d</i>
Selvopplevd helse, skala: 1=dårligst – 4=best			19884	1956	2,58 (0,70)	-0,42 - -0,36 **	17928	2,97 (0,66)	0,59
Skjelett- og muskel-smerteindeks, skala: 0=best – 6=dårligst			19907	1961	1,19 (1,55)	0,48 - 0,60 **	17946	0,65 (1,19)	0,44
Psykisk-indeks, skala: 0=best – 14=dårligst			19349	1870	4,58 (3,58)	2,82 - 3,03 **	17479	1,65 (2,02)	1,32
Sosialt nettverk, skala: 1=dårligst – 4=best			19396	1891	1,72 (0,96)	-0,12 - -0,03 *	17505	1,79 (1,00)	0,07
Søvnproblem, skala: 1=best – 4=dårligst			19198	1890	1,92 (1,16)	0,52 - 0,60 **	17308	1,36 (0,81)	0,66
Polyfarmakologi – indeks (nerve- og sm.still.med), skala: 0=best – 6=dårligst			19015	1764	0,83 (1,01)	0,46 - 0,52 **	17251	0,34 (0,59)	0,77

* $p < 0,050$ (2-sidig)

** $p < 0,001$ (2-sidig)

Figur 4.1 viser fordeling av de som hadde svart at de hadde søkt hjelp, og de som ikke hadde søkt hjelp for psykiske plager i tabell 4.4. Skjevfordeling i skår på psykisk-indeks kommer også fram i diagrammet. Akkumulert skårte 85,9 prosent av de som svarte nei på spørsmålet om hjelp til psykiske plager, < 3 på denne indeksen. Ja-gruppen var også skjevfordelt, men i noe mindre grad. Mann-Whitneys U-test bekreftet at det var signifikant forskjell mellom gruppene i tabell 4.4, med asymptotisk $p < 0,001$, målt på de tre konstruerte indeksene (psykisk-indeks, muskelskjelett-smerteindeks og polyfarmakologi-indeks).

Figur 4.1 Prosentvis fordeling av de som hadde søkt hjelp for psykiske plager, respektivt de som ikke hadde søkt slik hjelp, fordelt på økende skår av verdiene på psykisk-indeks.



4.2.2 Livskvalitet – uføretrygdede

Tabell 4.5 viser at de som var uføretrygdet, skårte signifikant dårligere på alle de seks livskvalitetsindikatorerne. Blant annet var det stor effektforskjell i subjektiv opplevelse av egen helse, målt med Cohens *d*, som gikk i disfavør av de uføretrygdede. Mens det var liten effektforskjell for sosialt nettverk.

Tabell 4.5 Forskjeller i gjennomsnittlige skår på seks indikatorer på livskvalitet, mellom uføretrygdede og alle de andre i utvalget. Forskjeller i effektstørrelser er beregnet med Cohens *d*.

Forklaringsvariabler	MOTTAR DU UFØRETRYGD?						
	<i>n</i>	Antall	Ja Skår (SD)	95 % KI omkring forskjellen mellom gruppene	Antall	Nei Skår (SD)	Cohens <i>d</i>
Selvopplevd helse, skala: 1=dårligst – 4=best	22913	2255	2,20 (0,58)	-0,81 – -0,75 *	20658	2,98 (0,64)	1,23
Muskelskjelett-smerteindeks, skala: 0=best – 6=dårligst	22943	2257	1,69 (1,77)	1,02 – 1,13 *	20686	0,62 (1,15)	0,88
Psykisk-indeks, skala: 0=best – 14=dårligst	22195	2081	3,11 (3,22)	1,14 – 1,36 *	20114	1,87 (2,31)	0,52
Sosialt nettverk, skala: 1=dårligst – 4=best	20060	1775	1,66 (0,92)	-0,19 – -0,09 *	18285	1,80 (1,00)	0,14
Søvnproblem, skala: 1=best – 4=dårligst	19826	1732	1,98 (1,23)	0,56 – 0,64 *	18094	1,37 (0,81)	0,71
Polyfarmakologi – indeks (nerve- og sm.still.med), skala: 0=best – 6=dårligst	19422	1577	0,71 (0,92)	0,32 – 0,39 *	17845	0,36 (0,62)	0,55

* $p < 0,001$ (2-sidig)

4.2.3 Livskvalitet - målt etter trygdestatus og psykiske plager

I tabell 4.6 ble deltakerne i Tromsø-IV delt inn i fire grupper (i arbeid, mottakere av dagpenger/sosialhjelp, mottakere av sykepenger-/rehabiliteringspenger og mottakere av uføretrygd). Et gjennomgående trekk var at de som hadde søkt hjelp for psykiske plager, kom dårligst ut på alle indikatorerne. Forskjell i effektstørrelse for psykisk-indeks var isolert sett størst i gruppen sykep/rehab ($d = 1,33$)³, men det var også stor effektforskjell isolert sett i gruppen uføretrygdede ($d = 1,13$). De som var i jobb engasjerte seg markert oftere i sosiale aktiviteter, sammenlignet med alle de andre gruppene.

4 Resultat

Best livskvalitet fant man i gruppen som ikke hadde søkt hjelp for psykiske plager, og som var i arbeid. Mest redusert livskvalitet fant man i gruppen som hadde søkt behandling for psykiske plager, og som var uføretrygdet. Effektforskjellen mellom disse to gruppene var på $d = 1,56$ for selvpoplevd helse, og $d = 1,28$ for muskelskjelett-smerteindeks.

Tabell 4.6 Forskjeller i gjennomsnittlige skår på seks mulige indikatorer på livskvalitet, mellom grupper stratifisert etter trygdestatus, som har svar ja eller nei på spørsmål om de har søkt hjelp for psykiske plager.

Total: N = 19907 Arbeider: n = 16197 Dagp/sos.h: n = 586 Sykep/rehab: n = 1388 Uføretrygdet: n = 1736	HAR DU ELLER HAR DU HATT, PSYKISKE PLAGER SOM DU HAR SØKT HJELP FOR?							
	JA				NEI			
	n	Antall	Skår (SD)	95 % KI	n	Antall	Skår (SD)	95 % KI
Forklaringsvariabler								
Selvpoplevd helse, skala: 1=dårligst – 4=best								
Arbeider:	1193		2,80 (0,66)	2,77-2,84	14985		3,07 (0,60)	3,06-3,08
Dagp/sos.hjelp:	1956	64	2,69 (0,77)	2,49-2,88	17928	522	2,96 (0,64)	2,91-3,02
Sykep/rehab:		287	2,24 (0,62)	2,17-2,31		1098	2,43 (0,69)	2,39-2,47
Uføretrygdet:		412	2,14 (0,56)	2,08-2,19		1323	2,25 (0,57)	2,22-2,28
Muskelskjelett-smerteindeks, skala: 0=best – 6=dårligst								
Arbeider:	1195		0,87 (1,36)	0,80-0,95	15002		0,51 (1,04)	0,49-0,53
Dagp/sos.hjelp:	1961	64	0,67 (1,10)	0,40-0,95	17946	522	0,59 (1,15)	0,50-0,69
Sykep/rehab:		289	1,62 (1,64)	1,43-1,81		1099	1,35 (1,52)	1,26-1,44
Uføretrygdet:		413	1,87 (1,78)	1,70-2,04		1323	1,64 (1,75)	1,55-1,73
Psykisk-indeks, skala: 0=best – 14 dårligst								
Arbeider:	1152		3,93 (3,26)	3,74-4,12	14674		1,53 (1,89)	1,50-1,56
Dagp/sos.hjelp:	1870	61	4,20 (4,25)	3,11-5,28	17479	505	2,19 (2,39)	1,99-2,40
Sykep/rehab:		276	6,05 (3,75)	5,61-6,50		1056	2,29 (2,52)	2,14-2,45
Uføretrygdet:		381	5,51 (3,75)	5,13-5,89		1244	2,28 (2,53)	2,14-2,42
Sosialt nettverk, skala: 1=dårligst – 4=best								
Arbeider:	1167		1,80 (0,99)	1,74-1,85	14709		1,82 (1,01)	1,80-1,83
Dagp/sos.hjelp:	1891	63	1,59 (0,87)	1,37-1,81	17505	505	1,67 (0,97)	1,58-1,75
Sykep/rehab:		287	1,60 (0,95)	1,49-1,71		1070	1,66 (0,93)	1,61-1,72
Uføretrygdet:		374	1,59 (0,88)	1,50-1,68		1221	1,66 (0,92)	1,61-1,71
Søvnproblem, skala: 1=best – 4=dårligst								
Arbeider:	1162		1,68 (1,02)	1,62-1,74	14568		1,30 (0,73)	1,29-1,31
Dagp/sos.hjelp:	1890	63	1,89 (1,18)	1,59-2,19	17308	502	1,42 (0,87)	1,35-1,50
Sykep/rehab:		279	2,30 (1,23)	2,15-2,44		1062	1,62 (1,05)	1,56-1,69
Uføretrygdet:		386	2,37 (1,29)	2,24-2,50		1176	1,82 (1,18)	1,75-1,89
Polyfarmakologi – indeks (nerve- og sm.still.med) skala: 0=best – 6=dårligst								
Arbeider:	1124		0,64 (0,83)	0,59-0,69	14546		0,31 (0,56)	0,30-0,32
Dagp/sos.hjelp:	1764	58	0,71 (0,86)	0,48-0,93	17251	512	0,30 (0,56)	0,25-0,35
Sykep/rehab:		258	1,09 (1,11)	0,95-1,22		1034	0,55 (0,70)	0,50-0,59
Uføretrygdet:		324	1,33 (1,24)	1,19-1,47		1159	0,55 (0,72)	0,51-0,59

³ Effekttørrelser for Cohens d er ikke oppgitt i tabell 4.6.

For psykisk-indeks var det størst forskjell i skår på tvers av gruppen mellom de som var i jobb og ikke hadde søkt hjelp for psykiske problem, målt mot de på sykep/rehab som hadde søkt hjelp for slike problem. De uføretrygdede som ikke hadde søkt hjelp for psykiske plager, brukte mindre medikamenter (skår = 0,55) enn de som var i arbeid og hadde søkt behandling for psykiske plager (skår = 0,64).

4.3 Samvariasjon mellom livskvalitetsindikatorene

Tabell 4.7 viser resultat av samvariasjonens styrke mellom livskvalitetsindikatorene, testet i en bivariat korrelasjonsanalyse. Muskelskjelett-smerteindeks, psykisk-indeks, polyfarmakologi-indeks og søvnproblem var signifikant ($p < 0,001$) invers korrelert med selvpoplevd helse. Det vil si; at mer smerter, mer psykiske plager, hyppigere søvnforstyrrelser og høyere forbruk av medisiner, var assosiert med en forverring av selvpoplevd helse. Deltakelse i sosiale nettverk var svakt men signifikant positivt korrelert med selvpoplevd helse ($\rho = ,098$).

Tabell 4.7 Spearmans korrelasjoner mellom avhengig variabel selvpoplevd helse og fem mulige indikatorer på livskvalitet. Cohens estimat er oppgitt for samvariasjonens styrke.

Forklaringsvariabler	Selvpoplevd helse	Styrke (Cohen)
Muskelskjelett-smerteindeks	-,432	Middels/Stor
Psykisk-indeks	-,321	Middels
Sosialt nettverk	,098	Liten
Søvnproblem	-,234	Liten/Middels
Polyfarmakologi-indeks	-,204	Liten/Middels

Alle korrelasjoner er tohalet signifikante ($p < 0,001$).

4.4 Regresjonsanalyse av selvopplevd helse

I tabell 4.8 kom det fram at effekt på selvopplevd helse ble redusert av uføretrygd og det å ha søkt hjelp for psykiske plager, når én korrigerer for kjente risikofaktorer for uføretrygd.

Tabell 4.8 Effekt av å ha søkt hjelp for psykiske plager og uføretrygd, på selvopplevd helse i fem lineære regresjonsmodeller. Avhengig variabel: Selvopplevd helse, med skala fra 1 = dårligst, 4 = best.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	
N(antall deltakere)	19884	22913	18902	18902	1819	17083
Splittet variabel					Har du eller har du hatt psykiske plager du har søkt hjelp for?***	
Svaralternativ					Ja	Nei
Uavhengige variabler	Koeffisient (Stand.feil)	Koeffisient (Stand.feil)	Koeffisient (Stand.feil)	Koeffisient (Stand.feil)	Koeffisient (Stand.feil)	Koeffisient (Stand.feil)
Kvinner	-	-	-,015 (0,01)	-,031** (0,01)	-,025 (0,03)	-,014 (0,01)
Alder	-	-	-,010** (<0,01)	-,011** (<0,01)	-,010** (<0,01)	-,010** (<0,01)
Hadde søkt hjelp for psykiske plager.	-,392* (0,02)	-	-,096** (0,02)	-,032* (0,02)	-	-
Uføretrygdet	-	-,782** (0,01)	-,477** (0,02)	-,456** (0,02)	-,344** (0,04)	-,508** (0,02)
Sykep/rehab	-	-	-,508** (0,02)	-,476** (0,02)	-,423** (0,04)	-,524** (0,02)
Dagp/sos.hjelp	-	-	-,064* (0,02)	-,055* (0,02)	-,176* (0,07)	-,048 (0,03)
Psykisk-indeks \geq 4	-	-	-,343** (0,01)	-	-,385** (0,03)	-,337** (0,01)
Deprimert	-	-	-	-,096** (0,01)	-	-
Angst	-	-	-	-,033* (0,01)	-	-
Nervøs	-	-	-	-,127** (0,01)	-	-
Ensom	-	-	-	,001 (0,01)	-	-
Irritabel	-	-	-	-,109** (0,01)	-	-
Glad	-	-	-	-,100** (0,01)	-	-
Rolig	-	-	-	-,012 (0,01)	-	-
Singel	-	-	-,012 (0,01)	-,020 (0,01)	,016 (0,04)	-,015 (0,01)
Enker/enkemenn	-	-	,072* (0,03)	,053 (0,03)	,018 (0,10)	,080* (0,03)
Separert/skilt	-	-	,008 (0,01)	,007 (0,01)	-,052 (0,04)	,018 (0,01)
Utdanning'	-	-	,036** (<0,01)	,041** (<0,01)	,025* (0,01)	,037** (<0,01)
Økonomi som barn	-	-	-,078** (0,01)	-,065** (0,01)	-,064* (0,02)	-,080** (0,01)
Fysisk aktivitetx	-	-	,078** (<0,01)	,076** (<0,01)	,102** (0,01)	,076** (<0,01)
Røyker	-	-	-,071 ** (0,01)	-,063** (0,01)	-,061* (0,03)	-,072** (0,01)
Totalavhold alkohol	-	-	-,016 (0,02)	-,020 (0,02)	,012 (0,04)	-,023 (0,02)
"Stordrikker"	-	-	,039 (0,03)	,064* (0,03)	,100 (0,09)	,029 (0,03)
Konstant	2,968** (0,01)	2,983** (<0,01)	3,908** (0,03)	3,610** (0,03)	3,691** (0,11)	3,810** (0,04)
Justert R²	,030	,118	,281	,310	,317	,254

* $P < 0,05$, ** $p < 0,001$, ***Modell 5 stratifiserer uavhengige variabler på om deltakerne har søkt hjelp for psykiske plager eller ikke.
'Referanseverdi = laveste utdanningsnivå. xReferanseverdi = fysisk inaktive.

Modell én viser at variabelen: "Har du eller har du hatt psykiske plager som du har søkt hjelp for?", hadde negativ effekt på selvopplevd helse, men gav liten forklaringsverdi ($R^2 = ,030$). Variabelen uføretrygd forklarte i større grad selvopplevd helse (modell 2).

I modell tre ble psykisk-indeks (med cut off på terskelverdiene < 3 og ≥ 4), sammen med andre relevante kontrollvariabler tatt inn i modellen. Effekten av de to variablene som var inkludert i modellene én og to, ble redusert når man tok hensyn til alder, kjønn osv. Derimot økte forklaringsverdien til 28,1 prosent ($R^2 = ,281$). Modell tre ble også testet for om det var interaksjon mellom variabelen: ”Har du eller har du hatt psykiske plager som du har søkt hjelp for?” og ”Psykisk-indeks med terskelverdiene < 3 og ≥ 4 ”. Effekten av interaksjonsleddet påvirket selvopplevd helse negativt, men verdien var ikke signifikant ($b = -,033$, $p = 0,245$).

I modell fire ble de syv variablene som var inkludert i psykisk-indeks tatt med hver for seg, mens psykisk-indeks ble fjernet fra modellen. De øvrige kontrollvariablene ble beholdt. Forklaringsverdien økte noe i forhold til modell tre. Med andre ord forklarte de syv enkeltvariablene modellen bedre enn psykisk-indeks.

I modell fem ble deltakerne stratifisert etter om de hadde søkt hjelp for psykiske plager eller ikke. Det viste seg at uføretrygd hadde minst negativ effekt på selvopplevd helse, for de som hadde søkt hjelp for psykiske plager.

4.4.1 Kjønnsspesifikk regresjonsanalyse av selvopplevd helse

Tabell 4.9 viser kjønnsspesifikke effektforskjeller på selvopplevd helse, mellom de som skåret < 3 og ≥ 4 på skala for psykisk-indeks. Selvopplevd helse ble i større grad redusert hos kvinner med mer uttalte psykiske plager (skår ≥ 4), og som hadde søkt hjelp for slike plager ($b = -.134$, $p < 0,001$). Disse kvinnene kom også dårligere ut, når man sammenlignet med samme gruppe menn ($b = -.124$, $p < 0,05$). Videre gav det å være uføretrygdet mindre reduksjon i selvopplevd helse i gruppene med uttalte psykiske plager. Forskjellen gjaldt for begge kjønn, men i større grad mellom de to kvinnegruppene.

Tabell 4.9 Effekt av å ha søkt hjelp for psykiske plager og uføretrygd, på selvopplevd helse i to kjønnsspesifikke regresjonsmodeller splittet på skår < 3 og ≥ 4 for psykisk-indeks. Avhengig variabel: Selvopplevd helse, med skala fra 1 = dårligst, 4 = best.

	Modell 6		Modell 7	
	Kvinner		Menn	
N(antall deltakere)	7739	1970	7790	1403
Splittet variabel	Psykisk-indeks		Psykisk-indeks	
Skår	< 3	≥ 4	< 3	≥ 4
Uavhengige variabler	Koeffisient (Stand.feil)	Koeffisient (Stand.feil)	Koeffisient (Stand.feil)	Koeffisient (Stand.feil)
Alder	-.010** (<0,01)	-.009** (<0,01)	-.010** (<0,01)	-.011** (<0,01)
Hadde søkt hjelp for psykiske plager	-.081* (0,03)	-.134** (0,03)	-.082* (0,03)	-.124* (0,04)
Uføretrygdet	-.554** (0,03)	-.351** (0,04)	-.499** (0,03)	-.349** (0,06)
Sykep/rehab	-.551** (0,03)	-.495** (0,04)	-.467** (0,03)	-.449** (0,05)
Dagp/sos.hjelp	-.057 (0,04)	-.111 (0,08)	-.058 (0,04)	-.026 (0,07)
Singel	.014 (0,02)	.014 (0,04)	-.037* (0,02)	-.038 (0,04)
Enker/enkemenn	.043 (0,04)	.026 (0,07)	.163* (0,07)	.352 (0,20)
Separert/skilt	.028 (0,02)	-.044 (0,04)	.012 (0,02)	-.021 (0,05)
Utdanning'	.031** (0,01)	.033* (0,01)	.042** (0,01)	.024* (0,01)
Økonomi som barn	-.088** (0,01)	-.056 (0,02)	-.078** (0,01)	-.072* (0,03)
Fysisk aktivitetx	.061** (0,01)	.069** (0,02)	.086** (0,01)	.117** (0,02)
Røyker	-.072** (0,01)	-.036* (0,03)	-.092** (0,01)	-.036 (0,03)
Totalavhold alkohol	-.031 (0,02)	-.022 (0,04)	.004 (0,03)	.002 (0,06)
''Stordrikker''	.183* (0,06)	.054 (0,11)	.005 (0,04)	-.060 (0,08)
Konstant	3,623** (0,05)	3,172** (0,11)	3,512** (0,06)	3,191** (0,13)
Justert R²	.230	.240	.207	.240

* $P < 0,05$, ** $p < 0,001$. 'Referanseverdi = laveste utdanningsnivå. xReferanseverdi = fysisk inaktive

5 Diskusjon

I denne studien basert på Tromsøundersøkelsen i 1994/95, var prevalensen av å ha søkt hjelp for psykiske plager størst blant kvinner, separerte/skilte, innvandrere og de med dårlig familieøkonomi under oppvekst. Kvinner sammen med de lavest utdannede var i flertall når det gjaldt uføretrygdede. Både det å ha søkt hjelp for psykiske plager og det å ha uførepensjon samvarierte med redusert verdi av indikatorene på livskvalitet. Reduksjon i selvopplevd helse var mindre på grunn av uføretrygding hos de med mer uttalte psykiske plager, særlig gjaldt dette for kvinner.

5.1 Styrker og svakheter med studien

5.1.1 Representativitet

Frammøteprosenten var 72,3, og justert for de som hadde flyttet eller dødd før undersøkelsen startet møtte 77,0 prosent av de inviterte (33), noe som bidro til å styrke funnene i denne studien.

På den annen side blir det hevdet, at det er de som ikke møter fram ved masseundersøkelser som er de mest interessante (36). I en studie av gruppeforskjeller i oppmøte til Tromsø-II (37), viste det seg at ca 20 prosent av de med psykiatiske sykdommer ikke møtte opp. Dette svekket estimatet for prevalensen av psykiatiske sykdommer.

En tilsvarende studie av oppmøte til Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1 (HUNT 1) (38) ble gjennomført, med tilnærmet samme studiedesign som i Tromsøundersøkelsen. I HUNT 1 så man på oppmøte generelt, og ikke som i Tromsø-II spesielt på de med psykiske sykdommer. I HUNT 1 var det lavest deltakelse hos unge menn. Dette var også tilfelle for Tromsø-IV, hvor bare 51,9 prosent av menn i

aldersgruppen 25-29 år møtte fram. Dette reduserte styrken i den foreliggende studie noe, selv om disse tilhørte gruppen med færrest uføretrygdede (1,2 prosent). På den annen side ble studien styrket av en høy oppmøteprosent i aldersgruppen 50-67 år (varierte fra 82 til 92 prosent i de aktuelle alderstrinnene), hvor man relativt sett fant høyest andel uføretrygdede (33).

De som ikke deltok i HUNT 1 var noe sykere enn de som var med, men bare 12 prosent av de som ikke møtte fram oppga helseproblemer som årsak. Disse var til gjengjeld alvorlig syke, noe som også kjennetegnet de som ikke møtte opp i Tromsø-II (37). Derfor vil det være rimelig å anta, på lik linje med andre store helseundersøkelser i Norge, at det også i den foreliggende studie var overrepresentasjon av personer med psykiske plager og lidelser blant ikke-deltakerne (39), noe som vil svekke validiteten.

Mye taler for at eksklusjonen av de 262 deltakerne som var under 67 år, og som hadde krysset av for alderspensjon i spørreskjemaet styrket validiteten i studien. Skåren for selvopplevd helse (tabell 4.1) tyder på at denne gruppen ikke representerte de uførepensjonerte. Årsaken kan være at disse i all hovedsak tilhørte grupper med særordninger for tidlig alderspensjonering, slik man for eksempel finner det i offentlige etater som politi og brannvesen.

Alt i alt er det grunn til å tro at denne undersøkelsen er rimelig representativ for den generelle befolkning i Norge.

5.1.2 Studiedesign

Tverrsnittsdesign åpner for muligheten til å studere forekomsten av sykdom i en befolkning, og sammenligne prevalensen i ulike grupper av befolkningen. Designet gjør det også mulig å studere flere ulike risikofaktorer knyttet til den aktuelle sykdom, eller samvariasjoner mellom variabler. Men i motsetning til for eksempel prospektive studier,

er designet ikke egnet til å trekke konklusjoner om årsak og virkning (kausalitet) siden tverrsnittsstudier mangler tidsaspektet og dermed bare kan gi et øyeblikksbilde av situasjonen (40). Derfor blir tverrsnittsstudier ofte omtalt som “snapshot” – et øyeblikksbilde av prevalensen av en tilstand på et bestemt tidspunkt – hvor prevalens er antall deltakere i studien med den spesifikke tilstanden dividert på antall deltakere i studien (36).

I denne studien kunne man derfor ikke undersøke om de uføretrygdete som ikke møtte fram, var forskjellig fra de oppmøtte. Ifølge tall fra Folkehelseinstituttet (41) var uføreandelen i Troms fylke i aldersgruppen 24-44 år på 3,3 prosent av befolkningen i fylket i 1995, og 23,8 prosent i gruppen 45-67 år. I Tromsø-IV var prevalenstallene for de uføretrygdete i gruppene 24-44 år og 45-67 år, henholdsvis 2,3 prosent og 20,5 prosent av totalutvalget i undersøkelsen. Grunnen til at det var færre uføretrygdete med i Tromsø-IV, sammenlignet med det reelle antall uføretrygdete i Troms fylke kan ha flere årsaker. Tallene er ikke direkte sammenlignbare, men det kan synes som om man finner flere uføretrygdete i de ytre distriktene. Årsakene kan ligge i kontekstuelle og ikke-medisinske faktorer, som fører til at relativt flere i distriktene blir uføretrygdet enn i urbane strøk (42). Det har vist seg at i områder hvor man sliter med høy arbeidsledighet, lav sosioøkonomisk status, avfolkning og lang vei til offentlige sentra øker risikoen for uføretrygding (42). Ved å følge et slikt resonnement, kan det tyde på færre uføre i by og bynære områder siden deltakerne i Tromsø-IV bor i et slikt område. Men i den utstrekning de foreliggende resultater skal kunne tolkes i retning av kausale sammenhenger, må man i betydelig grad trekke på resultatene fra andre, longitudinelle undersøkelser.

Man skal også være varsom med å trekke slutninger om forekomsten av psykiatrisk sykdom, eller psykiske lidelser av alvorlig grad. Årsaken til dette er at indikatorer på psykiske plager i Tromsø-IV er noen få spørsmål hentet fra 20-items utgaven av GHQ-20, HSCL og andre helseundersøkelser, som ikke er målemetoder for psykiatriske diagnoser, men for grad av plagsomme symptomer (24, 43, 44).

Videre fant man at materialet var klart skjevfordelt mot lave skår på de tre konstruerte indeksene (livskvalitetsindikatorene). Mann-Whitneys U-test bekreftet imidlertid at det var signifikant forskjell mellom gruppene, i samsvar med resultatet av t-testen i tabell 4.4. Dette er også i tråd med sentralgrenseteoremet som slår fast at utvalg av en rimelig stor størrelse, vil være normalfordelt selv om den variabelen man studerer i seg selv ikke er normalfordelt (45).

5.1.3 Mål på livskvalitet

I denne studien ble seks indikatorer på livskvalitet benyttet i analysene, med utgangspunkt i variabelen selvopplevd helse – som har vist seg å være et godt mål for prediksjon av livskvalitet (31, 32). Sammenhengen mellom disse er illustrert i figur 2.1, hvor antagelsen er at indikatorene i ulik grad fanger opp og måler kognitive og emosjonelle reaksjoner som gir seg utslag i kroppslige prosesser (30, 31). Livskvalitetsbegrepet omfatter også andre områder og ting som inngår i livet, derfor kan de valgte parametrene bare bli mulige indikatorer på livskvalitet.

5.2 Demografi og livsstil

5.2.1 Psykisk helse

Det var verken oppsiktsvekkende eller kontroversielt at så mange hadde søkt hjelp for psykiske plager i denne studien, når internasjonale befolkningsstudier og studier av kliniske pasientgrupper har vist at bortimot halvparten av befolkningen får en psykisk lidelse en eller annen gang i livet, såkalt livstidsforekomst, og at kvinner har gjennomgående høyere sykkelighet enn menn (21). Langt flere kvinner enn menn søker hjelp for psykiske plager og lidelser (21) – for eksempel utgjør andelen av kvinner 75 prosent av de som går til psykoterapi (46).

Større åpenhet rundt psykisk helse, særlig blant de yngre, kan være forklaringen på at langt flere yngre enn eldre svarte på spørsmålet om de hadde søkt hjelp for psykiske plager (4, 47).

Videre fant man støtte for at det er blant de som er blitt alene (enke/enkemenn og separerte/skilte), og lavt utdannede, man finner flest med psykiske plager (48). De psykiske belastningene synes imidlertid å arte seg forskjellig for disse to gruppene. Enslige ser ut til å være mer utsatt for problemer i forhold til økonomi, samlivsbrudd og død (49), mens lavt utdannede rapporterer om lavere følelse av mestring/kontroll og mindre sosialt nettverk (50).

Et paradoksalt funn var at prosentandelen av enker/enkemenn som hadde vært behandlet for psykiske plager økte fra 12,0 til 12,8 prosent etter aldersjustering, selv om det var klar overvekt av eldre i denne gruppen. Grunnen kan være at tap av ektefelle i ung alder, gir kanskje oftere behandlingstrengende plager.

Personer med innvandrerbakgrunn hadde i langt større grad søkt hjelp for psykiske plager, noe som kan forklares med identitetsproblemer og stress knyttet til møte med en ny og ukjent kultur, og manglende sosiokulturell integrasjon (49).

I overensstemmelse med den norske legen Anders Forsdahls pionerstudier, og hypotesen om at visse typer påvirkninger tidlig i livet får store konsekvenser for helsetilstanden senere i livet (51), fant Hansen og medarbeidere i Tromsø-II, at familiens økonomi under oppvekst var korrelert med psykiske plager (52). Samvariasjon i prevalens mellom psykiske plager og dårlig familieøkonomi i den foreliggende studie, passet godt med Forsdahls funn og arbeidet til Hansen og medarbeidere (53).

Resultatene målt ut ifra livsstilsfaktorer i tabell 4.3 var i overensstemmelse med funn fra Tromsø-II, hvor man fant at psykiske plager var korrelert med hyppig bruk av alkohol, røyk og mangel på fysisk aktivitet (24). Resultatet av alkoholkonsum i denne studien, ville i et diagram tatt form av en U, som er i tråd med Friedman og Kimballs funn av den såkalte u-kurven for alkoholkonsum (54). De fant at individer som drakk lite og moderate mengder alkohol hadde lavere dødelighet og mindre sykdommer enn individer som drakk mye og totalavholdende.

5.2.2 Uføretrygding

Sosioøkonomisk status – som bestemmes av yrke, utdanning og inntekt – synes å være en sterk prediktor for uførepensjon (55, 56). Helseforskjeller etter sosioøkonomisk status eksisterer både i Norge og andre vestlige land (57), og målt slik, ligger kanskje Norge og Sverige på Europa-toppen relativt sett hva gjelder forskjeller i sykdom og død (58).

Resultatet viste at langt flere kvinner enn menn var uføretrygdet, og den prosentvise uføreandelen økte sterkt med økende alder. Årsaken kan være at kvinner i større grad er sysselsatt i yrker som krever både fysisk og emosjonell yteevne, og som er

preget av liten selvbestemmelse og kontroll (6, 59). De eldste har også lavest utdanning, noe som begrenser mulighetene til omstilling og skifte av jobb ved sykdom (55, 59).

Uføreandelen steg prosentvis i gruppene desto dårligere familieøkonomien hadde vært under oppvekst, noe som var i tråd med Forsdahls hypotese om at; levekår tidlig i livet, har betydning for sykkelighet senere i livet (51).

Resultatene målt ut ifra livsstilsfaktorer for uføretrygdede i tabell 4.3, var i overensstemmelse med tidligere internasjonale studier. Blant annet har en studie vist at U-kurven for alkoholkonsum (54), ble mer lik en J-formet kurve slik man så i den foreliggende studie for de uføretrygdede. Dette ble forklart med at helseproblemer og dårlig økonomi reduserte alkoholkonsumet, færre drakk mye (60).

At det var flest uføre blant røykere, sammenfalt med en stor dansk studie, hvor det ble funnet økt risiko for uføretrygding både blant menn og kvinner som røykte (61). Fysisk inaktivitet er forbundet med økt risiko for uførhet (62). Men uførhet i seg selv kan være årsak til fysisk inaktivitet – og dermed forklare hvorfor man finner så mange i denne gruppen – og ikke at man har vært fysisk inaktiv og derfor har blitt ufør.

Man kan etter dette si at data fordelt på demografiske bakgrunnsvariabler og livsstilsfaktorer slik det fremkommer i tabellene 4.2 og 4.3, i stor utstrekning blir bekreftet av forskning som er gjort i inn og utland de seneste to tiår innenfor psykiatri og trygdemedisin (6, 10, 25, 30, 47).

5.3 Livskvalitetsmål

5.3.1 Indikasjoner på dårligere livskvalitet for de uføretrygdete

Livskvalitetsmålingene gav til dels store utslag i effektstørrelser (målt med Cohens d), hvor de som hadde søkt hjelp for psykiske plager og de uføretrygdete kom dårligst ut. Resultatet er i tråd med antakelsen om at misforhold mellom samfunnets tilpasningskrav og individets mestringsressurser fører til økt psykisk stress, og psykisk stress øker risikoen for å utvikle en psykisk lidelse, som kan lede til uføretrygding (8). Sannhetsgehalten av livskvalitetsmålingene blir forsterket av at 23 prosent av de uføretrygdete – eller dobbelt så mange som de som var i arbeid – ikke svarte på spørsmålet om å ha søkt behandling for psykiske plager. Dette kan tyde på at psykiske plager er et tabubelagt tema som til en viss grad blir fortrenget, særlig blant de eldre, hvor man relativt sett finner den største andelen uføretrygdete.

I lys av det ovenstående kan man spørre seg om de med psykiske plager og lidelser har mer eller mindre nytte av uføretrygd. Det er kanskje bedre for dem å slippe alle krav og det meste som er forbundet med arbeidslivet, men på den andre side kan det å stå utenfor yrkeslivet kanskje virke negativt inn på den psykiske helsen. Sosial kontakt med kolleger og omverden, er ofte en naturlig del og forlengelse av jobben som beriker livet. Men som en konsekvens av uføretrygding kan den sosiale kontakten bli innskrenket, og etter hvert kan en følelse av å ha blitt utstøtt og stigmatisert av samfunnet befestes seg. Livskvaliteten som er et konsept bestående av god helse, godt sosialt nettverk, godt funksjonsnivå, psykologisk velbefinnende og generell tilfredshet med livet kan dermed bli redusert (63).

De som krysset av på spørreskjemaet for uføretrygd, og for at de hadde søkt behandling for psykiske plager, hadde signifikant dårligere skår på selvpoplevd helse

målt med de andre gruppene, noe som er assosiert med redusert livskvalitet (13). Bildet ble noe mer nyansert når de to spørsmålene ble brukt som variabler i ulike regresjonsmodeller, med selvopplevd helse som avhengig variabel.

Siden uføretrygd hadde så stor effekt på selvopplevd helse i modell 2 (tabell 4.8), kunne det tyde på at det ikke var kontrollert for konfunderende variabler. I tabell 4.1 ble selvopplevd helse vurdert gradvis dårligere av deltakerne desto eldre man ble, og aldersfordeling mellom de uføretrygdede og ikke uføretrygdede var ulik (tabell 4.2). Derfor ble variabelen alder sammen med andre kontrollvariabler satt inn i de påfølgende modeller, hvor man blant annet så at effekten av å være uføretrygdet ble svekket i forhold til selvopplevd helse. Test av eventuell interaksjon mellom de to assosierte variablene psykisk-indeks og det å ha søkt hjelp for psykiske plager, viste ikke signifikante verdier.

I modell fem kom det fram at effekten av uføretrygd hadde minst negativ betydning på selvopplevd helse, for de som hadde søkt behandling for psykiske plager. Dette sammenfaller med at de som blir uføretrygdet på grunn av fysiske skader, er de som rapporterer om størst fall i livskvalitet (64).

De uføretrygdede som hadde søkt behandling for psykiske plager, hadde betydelig redusert søvnkvalitet, sammenlignet med alle andre grupper, så nær som de på sykepenger/rehabilitering som også hadde søkt hjelp for slike plager. Dette var i overensstemmelse med en nyere norsk studie, hvor man har funnet at søvnproblemer er et kjernesymptom på psykiatriske sykdommer, spesielt for de med angst og depresjon (65). I den samme studien fant de at søvnvansker var en betydelig risikofaktor for uføretrygding, selv om insomni sjelden oppgis som årsak til uføretrygding i trygdeerklæringer.

For deltakelse i sosiale aktiviteter gikk skillet i tabell 4.6 mellom de som var i arbeid og resten av gruppene, hvor det var et tydelig fall i skår fra de som var i arbeid på 1,80-1,82 ned til de andre gruppene som hadde skår på mellom 1,59 til 1,67. Siden kontakt med omverdenen har mest betydning for god livskvalitet ifølge Edén og medarbeidere (13), kan dette funnet være indikasjon på dårligere livskvalitet for de som sto utenfor arbeidslivet i Tromsø-IV.

Muskelskjelettplager samt lettere psykiske plager og lidelser er utbredt i den generelle befolkningen (6, 19), og i den foreliggende studie fant man at det faktisk var større forbruk av medikamenter blant de som var i arbeid og hadde søkt hjelp for psykiske plager, sammenlignet med de uføretrygdede som ikke hadde søkt slik hjelp (tabell 4.6). Imidlertid var medikamentbruket størst blant de uføretrygdede som hadde søkt behandling for psykiske plager. Forklaringen på dette kan være introduksjonen av selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) på 1990-tallet, som medførte en betydelig økning i behandling av mentale plager og lidelser i allmennpraksis (66). Det er uklart i hvor stor grad slike preparat har hatt positiv effekt på den mentale folkehelsen, når man vet de gir bivirkninger i form av kvalme, diaré, nedsatt matlyst og svimmelhet (66, 67). Sammenligninger av forskjeller i medikamentbruk i totalutvalget (tabell 4.4), forsterket antagelsen om økt medikamentell behandling av de som hadde psykiske plager og lidelser, siden forskjell i effektstørrelsen var stor (Cohens $d = 1,32$).

5.3.2 Effekter av psykisk-indeks

Psykisk-indeks som inneholder syv spørsmål om psykisk helse, har vist seg å være et godt og valid redskap i arbeidet med epidemiologiske undersøkelser av mental helse (44).

I tabell 4.6 kom sykemeldte og de på rehabilitering dårligere ut enn de uføretrygdte på psykisk-indeks, når man sammenlignet de gruppene som hadde svart ja på spørsmål om hjelp for psykiske plager. Dette var i tråd med Ydreborg og medarbeideres undersøkelse, hvor de fant at de som var i søkeprosessen til uføretrygd så ut til å være sykere enn de som ble innvilget uføretrygd (12).

Regresjonsanalysene i tabell 4.9 viste at ved å splitte psykisk-indeks på terskelverdiene < 3 og ≥ 4 , hadde effekten av uføretrygd mindre negativ betydning for selvopplevd helse for de med mer uttalte psykiske plager – og dette gjaldt i større grad for kvinner enn menn. Funnet underbygger at krav til omstilling i dagens arbeidsliv med høyere tempo og økt stress har bidratt til å skyve arbeidstakere med lav mestringssevne ut av arbeidslivet, slik at uføretrygding ikke virker så negativt inn på livskvalitet ved at man blir fritatt for en del av disse kravene (6, 8). Mindre tilfredshet med livet og dobbelt arbeid, kan være noen av forklaringen på at kvinner med mer uttale psykiske plager og lidelser, ikke opplever samme nedgang i selvopplevd helse når de blir uføretrygdet (6, 47, 68).

6 Konklusjon

I denne tverrsnittsstudien med data fra Tromsø-IV, var prevalensen av de som hadde søkt hjelp for psykiske plager størst blant kvinner, separerte/skilte, innvandrere og individer med dårlig familieøkonomi som barn. Kvinner, eldre og de med lavest utdanning utgjorde det prosentvise flertallet blant uføretrygdede.

Både det å ha søkt hjelp for psykiske plager og det å ha uførepensjon samvarierte med redusert verdi på alle livskvalitetsindikatorerne.

Nedgangen i selvopplevd helse var mindre ved uføretrygd hos de med mer uttalte psykiske plager, og gjaldt i større grad for kvinner enn menn.

Studien indikerer at det er en sammenheng mellom det å ha søkt hjelp for psykiske plager og redusert livskvalitet, og mellom uføretrygd og redusert livskvalitet. Det ville derfor vært interessant med nye forløpsstudier, hvor det var mulig å studere kausalitet mellom uføretrygdede med psykiske plager og livskvalitet.

Referanser

1. NAV. Regnskapsstatistikk. [oppdatert 01.09.2008; sitert 03.09.2008]; Tilgjengelig fra: <http://nav.no/page?id=805308938>.
2. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Stortingsmelding nr. 9. Arbeid, velferd og inkludering. Oslo: Departementet; 2006-2007.
3. Fevang E, Røed K. Veien til uføretrygd i Norge: Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning. Ragnar Frisch Center for Economic Research 10/2006.
4. Øvrebye E. Hvorfor blir det flere uførepensjonister? Tretten teorier og ett løsningsforslag. I: Kildal N, Elvebakken KT, red. Velferdspolitiske utfordringer: risiko, prioriteringer og rettferdighet. Oslo: Abstrakt forlag as; 2006.
5. NAV. Folketrygden - rundskriv/kapittel 12. 2.6.5 Det medisinske vilkåret. Tidsbegrenset uførestønad og uførepensjon/kommentarer til de enkelte paragrafene i kapittel 12. Utarbeidet av Rikstrygdeverket, Oppfølgings- og sykestønadsavdelingen, Fagutviklingsseksjonen; 2004 [oppdatert 01.01.2004]; Tilgjengelig fra: <http://rundskriv.nav.no/rtv/lpext.dll/rundskriv/r12/r12-00?f=templates&fn=document>.
6. NOU 2000:27. Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv. Sosial- og helsedepartementet. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltningen.
7. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Psykiske plager og lidelser - fakta om psykisk helse i Norge. Oslo [oppdatert 26.09.2007; sitert 06.09.2008]; Tilgjengelig fra: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:42699::1:5647:32:::0:0.
8. Tveråmo A, Dalgard OS, Claussen B. Økende psykisk stress blant unge voksne i Norge 1990-2000. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123(15):2011-5.
9. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. The Lancet 1997;349(9063):1436-42.
10. Hensing G, Wahlström R. Sickness absence and psychiatric disorders. Scand J Public Health 2004;63(32):152-80.
11. Alexanderson K, Norlund A. Future need for research. Scand J Public Health 2004;63(32):256-8.
12. Ydreborg B, Ekberg K, Nordlund A. Health, quality of life, social network and use of health care: a comparison between those granted and those not granted disability pensions. Disability and Rehabilitation 2006;28(1):25-32.
13. Edén L, Brokhøj T, Ejlertsson G, Leden I, Nordbeck B. Is disability pension related to quality of life? Scand J Soc Welfare 1998(7):300-9.
14. Bjelland I. Anxiety and depression in the general population: issues related to assessment, comorbidity, and risk factors. Bergen: Section for Epidemiology and Medical Statistics, Department for Public Health and Primary Health Care, University of Bergen; 2004.
15. Schechter D, Endicott J, Nee J. Quality of life of "normal" controls: Association with lifetime history of mental illness. Psychiatry Research 2007;152(1):45-54.
16. Karlsson NE, Carstensen JM, Gjesdal S, Alexanderson KAE. Mortality in relation to disability pension: findings from a 12-year prospective population-based cohort study in Sweden. Scand J Public Health 2007;35(4):341-7.
17. Wallman T, Wedel H, Johansson S, Rosengren A, Eriksson H, Welin L, et al. The prognosis for individuals on disability retirement. An 18-year mortality follow-up study

- of 6887 men and women sampled from the general population. *BMC public health* 2006(6):103.
18. Wahlström R, Alexanderson K. Physicians' sick-listing practices. *Scand J Public Health* 2004;63(32):222-55.
 19. Holtedahl R. Fysisk helsetilstand hos personer som søker uføretrygd. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006;126(20):2654-7.
 20. Gogstad A, Bjerkedal T. Stadig flere unge uføretrygdede. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121(12):1452-6.
 21. Dahl S. Triste kvinner, tøffe menn - om kjønn og psykisk helse. I: Schei B, Bakketeig LS, red. *Kvinner lider - menn dør: folkehelse i et kjønnsperspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2007.
 22. Blaxter M. *HEALTH: Polity*; 2004.
 23. Tellnes G, Bjerkedal T. Epidemiology of sickness certification - methodological approach based on a study from Buskerud County in Norway. *Scan J Soc Med* 1989(17):245-51.
 24. Hansen V, Olstad R, Nilssen O. Psykiatrisk epidemiologisk forskning i Tromsø. *Norsk Epidemiologi* 2002;12(3):339-45.
 25. Dalgard OS. Psykiatrisk epidemiologi i Norge - et historisk tilbakeblikk. *Norsk Epidemiologi* 2002;12(3):163-72.
 26. Dalgard OS, Kringlen E, Dahl AA. Psykiatrisk epidemiologi. *Norsk Epidemiologi* 2002;12(3):161-2.
 27. Jeune B. Det lange liv er feminint? Om Jeanne Calment og hendes etterfølgere. I: Schei B, Bakketeig LS, red. *Kvinner lider - menn dør: folkehelse i et kjønnsperspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2007.
 28. Hellevik O. Velstandsvekst og verdiutvikling. I: Hagtveit B, Heidar K, red. *Statsvitenskapelig utsyn: politiske tema og tenkemåter i en oppbruddstid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2001.
 29. Næss S. Livskvalitet som psykisk velvære. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121(16):1940-4.
 30. Elstad JI. *Sosioøkonomiske ulikheter i helse, teorier og forklaringer*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 07/2005.
 31. Schou MB, Krogstad S, Westin S. Hva betyr selvopplevd helse for dødeligheten? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006;126(20):2644-7.
 32. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982(72):800-8.
 33. Tromsøundersøkelsen. Om studien. Tromsø [oppdatert 22.01.2008; sitert 04.03.2008]; Tilgjengelig fra: <http://uit.no/tromsundersokelsen/?Language=no>.
 34. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2. utg. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
 35. Field A. *Discovering Statistics Using SPSS*. London: SAGE Publications Ltd; 2006.
 36. Laake P, Hjartåker A, Thelle DS, Veierød MB, red. *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2007.
 37. Hansen V, Jacobsen BK, Arnesen E. Prevalence of Serious Psychiatric Morbidity in Attenders and Nonattenders to a Health Survey of a General Population. *Am J Epidemiol* 2001;154(10):891-4.

38. Holmen J, Midthjell K. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1984-86. Fremmøtet og sammenlikning av dem som møtte og dem som ikke møtte. Tidsskr Nor Lægeforen 1990;15(110):1973-7.
39. Rognerud M, Strand BH, Dalgard OS. Psykisk helse i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998. I. Sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse og livsstil. Norsk Epidemiologi 2002;12(3):239-48.
40. Thelle D. Innføring i epidemiologi. Oslo: Cappelen akademisk forlag; 1998.
41. Nasjonalt folkehelseinstitutt - Norgeshelsa. Uførepensjon. [oppdatert 23.06.2008; sitert 23.06.2008]; Tilgjengelig fra: <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/>.
42. Krokstad S, Magnus P, Skrondal A, Westin S. The importance of social characteristics of communities for the medically based disability pension. The European journal of public health 2004;14(4):406-12.
43. Dalgard OS, Rognerud M, Strand BH. Psykisk helse i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998. II. Geografiske forskjeller. Norsk Epidemiologi 2002(3):249-56.
44. Sjøgaard AJ, Bjelland I, Tell GS, Røysamb E. A comparison of the CONOR Mental Health Index to the HSCL-10 and HADS. Measuring mental health status in The Oslo Health Study and the Nord-Trøndelag Health Study. Norsk Epidemiologi 2003;13(2):279-84.
45. Jekel JF, Katz DL, Elmore JG. Epidemiology, biostatistics, and preventive medicine. 2. utg. Philadelphia, USA: W.B. Saunders Company; 2001.
46. Bakken CT. Vil ha et oppgjør med stigma og fordommer. Tidsskr Nor Lægeforen 2007;127(20):2730.
47. Kringlen E. Trekk fra internasjonal psykiatrisk epidemiologi. Norsk Epidemiologi 2002;12(3):173-9.
48. Lau B, Moum T, Sørensen T, Tambs K. Sivilstand og mental helse. Norsk Epidemiologi 2002;12(3):281-90.
49. Næss Ø, Rognerud M, Strand BH. Sosial ulikhet i helse. En faktarapport. Oslo: Norsk folkehelseinstitutt 01/2007.
50. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Lav mestringsfølelse: Årsak til sammenhengen mellom lav utdanning og psykiske plager. [oppdatert 04.03.2008; sitert 04.03.2008].
51. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 20. Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Oslo: Departementet; 2006-2007.
52. Hansen V, Jacobsen BK. Mental distress and social conditions and lifestyle in northern Norway. BMJ 1989;299:85-8.
53. Hansen V, Jacobsen BK. Mental distress and social conditions and lifestyle in northern Norway. BMJ 1989(299):85-8.
54. Friedmann LA, Kimball AW. Coronary heart disease mortality and alcohol consumption in Framingham. Am J Epidemiol 1986;124(3):481-9.
55. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. International Journal of Epidemiology 2002;31(6):1183-91.
56. Karlsson NE, Carstensen JM, Gjesdal S, Alexanderson KAE. Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden. The European journal of public health 2008;18(3):224-31.
57. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-J, R., Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. New England Journal of Medicine 2008;358:2468-81.

58. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Groenhof F, Geurts JJM. Socioeconomic inequalities in morbidity in western Europe. *The Lancet* 1997(349):1655-9.
59. Holte HH, Krogstad S, Magnus P. Årsaker til uførepensjonering. Oslo: Seksjon for epidemiologi. Avdeling for samfunnsmedisin. Statens institutt for folkehelse 05/2000.
60. Poikolainen K, Vartiainen E, Korhonen HJ. Alcohol intake and subjective health. *American Journal of Epidemiology* 1996;144(4):346-50.
61. Husemoen LLN, Osler M, Godtfredsen NS, Prescott E. Smoking and subsequent risk of early retirement due to permanent disability. *The European journal of public health* 2004;14(1):86-92.
62. Departementene. Sammen for fysisk aktivitet. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005 - 2009. Oslo: Departementene; 2005.
63. Ejlerthsson G, Edén L, Leden I. Predictors of positive health in disability pensioners: a population-based questionnaire study using Positive Odds Ratio. *BMC public health* 2002(2):20.
64. Vingård E, Alexanderson K, Norlund A. Consequences of being on sick leave. *Scand J Public Health* 2004;32(Suppl 63):207-15.
65. Sivertsen B, Overland S, Neckelmann D, Glozier N, Krokstad S, Pallesen S, et al. The long-term effect of insomnia on work disability: the HUNT-2 historical cohort study. *American Journal of Epidemiology* 2006;163(11):1018-24.
66. Mykletun A, Overland S. Mentale lidelser undervurderes som årsak til uføretrygding. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006;126(11):1491-2.
67. Felleskatalogen. Felleskatalog over farmasøytiske spesialpreparater markedsført i Norge. 44. utg. Oslo: Felleskatalogen AS; 2002.
68. Koivumaa-Honkanen H, Koskenvuo M, Honkanen RJ, Viinamäki H, Heikkilä K, Kaprio J. Life dissatisfaction and subsequent work disability in an 11-year follow-up. *Psychological medicine* 2004;34(2):221-8.

Vedlegg: A

Spørreskjema fra Tromsøundersøkelse-IV.

Innbydelse til
HELSEUNDERSØKELSEN



Fødselsdato Personnr. Kommune Kretsnr.

Velkommen til helseundersøkelsen i Tromsø!

Helseundersøkelsen kommer nå til Tromsø. Tid og sted for fram møte finner du nedenfor. Du finner også en orientering om undersøkelsen i den vedlagte brosjyren.

Vi ber deg fylle ut spørreskjemaet på baksiden og ta det med til undersøkelsen.

Undersøkelsen blir mest verdifull om fram møtet blir så fullstendig som mulig. Vi håper derfor at du har

mulighet til å komme. Møt selv om du kjenner deg frisk, om du er under legebehandling, eller om du har fått målt kolesterol og blodtrykk i den senere tid.

Vennlig hilsen
Kommunehelsetjenesten
Fagområdet medisin, Universitetet i Tromsø
Statens helseundersøkelser



EGEN HELSE Hvordan er helsen din nå? <i>Sett bare ett kryss.</i> Dårlig 12 <input type="checkbox"/> 1 Ikke helt god <input type="checkbox"/> 2 God <input type="checkbox"/> 3 Svært god <input type="checkbox"/> 4																																														
Har du, eller har du hatt: Hjerteinfarkt 13 <table border="1"><tr><td>JA</td><td>NEI</td><td>Alder første gang</td><td>år</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Angina pectoris (hjertekrampe) 16 <table border="1"><tr><td>JA</td><td>NEI</td><td>Alder første gang</td><td>år</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Hjerneslag/hjernerblødning 19 <table border="1"><tr><td>JA</td><td>NEI</td><td>Alder første gang</td><td>år</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Astma 22 <table border="1"><tr><td>JA</td><td>NEI</td><td>Alder første gang</td><td>år</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Diabetes (sukkersyke) 25 <table border="1"><tr><td>JA</td><td>NEI</td><td>Alder første gang</td><td>år</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		JA	NEI	Alder første gang	år					JA	NEI	Alder første gang	år					JA	NEI	Alder første gang	år					JA	NEI	Alder første gang	år					JA	NEI	Alder første gang	år									
JA	NEI	Alder første gang	år																																											
JA	NEI	Alder første gang	år																																											
JA	NEI	Alder første gang	år																																											
JA	NEI	Alder første gang	år																																											
JA	NEI	Alder første gang	år																																											
Bruker du medisin mot høyt blodtrykk? Nå 28 <input type="checkbox"/> 1 Før, men ikke nå <input type="checkbox"/> 2 Aldri brukt <input type="checkbox"/> 3																																														
Har du i løpet av det siste året vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd som har vart i minst 3 måneder sammenhengende? 29 <table border="1"><tr><td>JA</td><td>NEI</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		JA	NEI																																											
JA	NEI																																													
Har du de siste to ukene følt deg: <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nei</th> <th>Litt</th> <th>En god del</th> <th>Svært mye</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nervøs og urolig? 30</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Plaget av angst? 31</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trygg og rolig? 32</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Irritabel? 33</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Glad og optimistisk? 34</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nedfor/deprimert? 35</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ensom? 36</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>			Nei	Litt	En god del	Svært mye	Nervøs og urolig? 30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plaget av angst? 31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trygg og rolig? 32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irritabel? 33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glad og optimistisk? 34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nedfor/deprimert? 35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ensom? 36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	3	4
	Nei	Litt	En god del	Svært mye																																										
Nervøs og urolig? 30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Plaget av angst? 31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Trygg og rolig? 32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Irritabel? 33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Glad og optimistisk? 34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Nedfor/deprimert? 35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Ensom? 36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
	1	2	3	4																																										
RØYKING Røykte noen av de voksne hjemme da du vokste opp? 37 <table border="1"><tr><td>JA</td><td>NEI</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> Bor du, eller har du bodd, sammen med noen dagligryokere etter at du fylte 20 år? 38 <table border="1"><tr><td>JA</td><td>NEI</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> Hvis "JA", hvor mange år tilsammen? ... 39 <table border="1"><tr><td>Antall år</td></tr><tr><td></td></tr></table> Hvor lenge er du vanligvis daglig tilstede i røykfyllt rom? 41 <table border="1"><tr><td>Antall timer</td></tr><tr><td></td></tr></table> Sett 0 hvis du ikke oppholder deg i røykfyllt rom. Røyker du selv: Sigaretter daglig? 43 <table border="1"><tr><td>JA</td><td>NEI</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> Sigarer/sigarillos daglig? 44 <table border="1"><tr><td>JA</td><td>NEI</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> Pipe daglig? 45 <table border="1"><tr><td>JA</td><td>NEI</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> Hvis du har røykt daglig tidligere, hvor lenge er det siden du sluttet? 46 <table border="1"><tr><td>Antall år</td></tr><tr><td></td></tr></table> Hvis du røyker daglig nå eller har røykt tidligere: Hvor mange sigareter røyker eller røykte du vanligvis daglig? 48 <table border="1"><tr><td>Antall sigareter</td></tr><tr><td></td></tr></table> Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig? 52 <table border="1"><tr><td>Alder</td><td>år</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> Hvor mange år tilsammen har du røykt daglig? 54 <table border="1"><tr><td>Antall år</td></tr><tr><td></td></tr></table>		JA	NEI			JA	NEI			Antall år		Antall timer		JA	NEI			JA	NEI			JA	NEI			Antall år		Antall sigareter		Alder	år			Antall år												
JA	NEI																																													
JA	NEI																																													
Antall år																																														
Antall timer																																														
JA	NEI																																													
JA	NEI																																													
JA	NEI																																													
Antall år																																														
Antall sigareter																																														
Alder	år																																													
Antall år																																														
MOSJON Hvordan har din fysiske aktivitet i fritiden vært det siste året? <i>Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året. Arbeidsvei regnes som fritid.</i> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ingen</th> <th>Under 1</th> <th>1-2</th> <th>3 og mer</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Letts aktivitet (ikke svett/andpusten) 56</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hard fysisk aktivitet (svett/andpusten) 57</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>			Ingen	Under 1	1-2	3 og mer	Letts aktivitet (ikke svett/andpusten) 56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hard fysisk aktivitet (svett/andpusten) 57	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	3	4																									
	Ingen	Under 1	1-2	3 og mer																																										
Letts aktivitet (ikke svett/andpusten) 56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Hard fysisk aktivitet (svett/andpusten) 57	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
	1	2	3	4																																										
KAFFE Hvor mange kopper kaffe drikker du daglig? Sett 0 hvis du ikke drikker kaffe daglig. Kokekaffe 58 <table border="1"><tr><td>Antall kopper</td></tr><tr><td></td></tr></table> Annen kaffe 60 <table border="1"><tr><td>Antall kopper</td></tr><tr><td></td></tr></table>		Antall kopper		Antall kopper																																										
Antall kopper																																														
Antall kopper																																														
ALKOHOL Er du total avholdsmann/-kvinne? 62 <table border="1"><tr><td>JA</td><td>NEI</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> Hvor mange ganger i måneden drikker du vanligvis alkohol? <i>Regn ikke med lettøl.</i> Sett 0 hvis mindre enn 1 gang i mnd. 63 <table border="1"><tr><td>Antall ganger</td></tr><tr><td></td></tr></table> Hvor mange glass øl, vin eller brennevin drikker du vanligvis i løpet av to uker? 65 <table border="1"><tr><td>Øl</td><td>Vin</td><td>Brennevin</td></tr><tr><td>glass</td><td>glass</td><td>glass</td></tr></table> Regn ikke med lettøl. Sett 0 hvis du ikke drikker alkohol.		JA	NEI			Antall ganger		Øl	Vin	Brennevin	glass	glass	glass																																	
JA	NEI																																													
Antall ganger																																														
Øl	Vin	Brennevin																																												
glass	glass	glass																																												
FETT Hva slags margarin eller smør bruker du vanligvis på brødet? <i>Sett ett kryss.</i> Bruker ikke smør/margarin 71 <input type="checkbox"/> 1 Meierismør <input type="checkbox"/> 2 Hard margarin <input type="checkbox"/> 3 Bløt (soft) margarin <input type="checkbox"/> 4 Smør/margarin blanding <input type="checkbox"/> 5 Lettmargarin <input type="checkbox"/> 6																																														
UTDANNING/ARBEID Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført? Grunnskole, 7-10 år, framhaldsskole, folkehøgskole 72 <input type="checkbox"/> 1 Realskole, middelskole, yrkesskole, 1-2-årig videregående skole <input type="checkbox"/> 2 Artium, øk.gymnas, allmennfaglig retning i videregående skole <input type="checkbox"/> 3 Høgskole/universitet, mindre enn 4 år <input type="checkbox"/> 4 Høgskole/universitet, 4 år eller mer <input type="checkbox"/> 5 Hva slags arbeidssituasjon har du nå? Lønnet arbeid 73 <input type="checkbox"/> Heltids husarbeid 74 <input type="checkbox"/> Utdanning, militærtjeneste 75 <input type="checkbox"/> Arbeidsledig, permittert 76 <input type="checkbox"/> Hvor mange timer lønnet arbeid har du i uka? ... 77 <table border="1"><tr><td>Antall timer</td></tr><tr><td></td></tr></table> Mottar du nå noen av følgende ytelser? Syketrygd (sykmeldt) 79 <input type="checkbox"/> Attføring 80 <input type="checkbox"/> Uførepensjon 81 <input type="checkbox"/> Alderspensjon 82 <input type="checkbox"/> Sosialstøtte 83 <input type="checkbox"/> Arbeidsløshetsstrygd 84 <input type="checkbox"/>		Antall timer																																												
Antall timer																																														
SYKDOM I FAMILIEN Har en eller flere av foreldre eller søsken hatt hjerteinfarkt (sår på hjertet) eller angina pectoris (hjertekrampe)? 85 <table border="1"><tr><td>JA</td><td>NEI</td><td>VET IKKE</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		JA	NEI	VET IKKE																																										
JA	NEI	VET IKKE																																												

Vedlegg: B

Spørreskjema fra Tromsundersøkelse-IV

Helseundersøkelsen i Tromsø

Hovedformålet med Tromsundersøkelsene er å skaffe ny kunnskap om hjerte-karsykdommer for å kunne forebygge dem. I tillegg skal undersøkelsen øke kunnskapen om kreftsykdommer og andre alminnelige plager som f.eks. allergier, smerter i muskulatur og nervøse lidelser. Vi ber deg derfor svare på noen spørsmål om forhold som kan ha betydning for risikoen for disse og andre sykdommer.

Skjemaet er en del av Helseundersøkelsen som er godkjent av Datatilsynet og av Regional komite for medisinsk forskningsetikk. Svarene brukes bare til forskning og behandles strengt fortrolig. Opplysningene kan senere bli sammenholdt med informasjon fra andre offentlige helseregistre etter de regler som Datatilsynet og Regional komite for medisinsk forskningsetikk gir.

Hvis du er i tvil om hva du skal svare, sett kryss i den ruten som du synes passer best.

Det utfylte skjema sendes i vedlagte svarkonvolutt. Portoen er betalt.

På forhånd takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Fagområdet medisin
Universitetet i Tromsø Statens helseundersøkelser

Hvis du ikke ønsker å besvare spørreskjemaet, sett kryss i ruten under og returner skjemaet. Da slipper du purring.

Jeg ønsker ikke å besvare spørreskjemaet17

Dag Mnd År

Dato for utfylling av skjema:18/...../.....

OPPVEKST

I hvilken kommune bodde du da du fylte 1 år?

.....24 - 28
Hvis du ikke bodde i Norge, oppgi land i stedet for kommune.

Hvordan var de økonomiske forhold i familien under din oppvekst?

Meget gode29
Gode
Vanskelige
Meget vanskelige

Hvor mange av de første 3 årene av ditt liv

– bodde du i by?30 _____ år
– hadde dere katt eller hund i hjemmet?31 _____ år

Hvor mange av de første 15 årene av ditt liv

– bodde du i by?32 _____ år
– hadde dere katt eller hund i hjemmet?34 _____ år

BOLIG

Hvem bor du sammen med?

Sett ett kryss for hvert spørsmål og angi antall. Ja Nei Antall

Ektefelle/samboer36 _____
Andre personer over 18 år37 _____
Personer under 18 år40 _____

Hvor mange av barna har plass i barnehage?43 _____

Hvilken type bolig bor du i?

Enebolig/villa45 1
Gårdsbruk 2
Blokk/terrasseleilighet 3
Rekkehus/2-4 mannsbolig 4
Annen bolig 5

Hvor stor er din boenhet?46 _____ m²

I omtrent hvilket år ble boligen bygget?49

Er boligen isolert etter 1970?53 Ja Nei

Bor du i underetasje/kjeller?54

Hvis "Ja", er gulvbelegget lagt på betong?55

Hvordan er boligen hovedsakelig oppvarmet?

Elektrisk oppvarming56
Vedfyring
Sentralvarmeanlegg oppvarmet med:
Parafin
Elektrisitet

Er det heldekkende tepper i stua?60 Ja Nei

Er det katt i boligen?61

Er det hund i boligen?62

ARBEID

Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid, hvordan vil du beskrive ditt arbeid?

For det meste stillesittende arbeid?63 1
(f.eks. skrivebordsarbeid, montering)
Arbeid som krever at du går mye? 2
(f.eks. ekspeditørarb., lett industriarb., undervisning)
Arbeid hvor du går og løfter mye? 3
(f.eks. postbud, pleier, bygningsarbeid)
Tungt kroppsarbeid? 4
(f.eks. skogsarb., tungt jordbruksarb., tungt bygn.arb.)

Kan du selv bestemme hvordan arbeidet ditt skal legges opp?

Nei, ikke i det hele tatt64 1
I liten grad 2
Ja, i stor grad 3
Ja, det bestemmer jeg selv 4

Har du skiftarbeid, nattarbeid eller går vakter?65 Ja Nei

Har du noen av følgende yrker (heltid eller deltid)?

Sett ett kryss for hvert spørsmål. Ja Nei
Sjåfør66
Bonde/gårdbruker
Fisker

EGNE SYKDOMMER

Har du noen gang hatt:
 Sett ett kryss for hvert spørsmål. Oppgi alderen ved hendelsen.
 Hvis det har skjedd flere ganger, hvor gammel var du **siste gang**?

	Ja	Nei	Alder
Lårhalsbrudd.....	89 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Brudd ved håndledd/underarm.....	72 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nakkesleng (whiplash).....	75 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Skade som førte til sykehusinnleggelse.....	78 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sår på magesekken.....	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sår på tolvfingertarmen.....	84 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magesår-operasjon.....	87 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Operasjon på halsen.....	90 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Har du eller har du hatt:
 Sett ett kryss for hvert spørsmål.

	Ja	Nei
Kreftsykdom.....	93 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi (fallesyke).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benskjørhet (osteoporose).....	98 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgi/fibrositt/kronisk smertesyndrom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske plager som du har søkt hjelp for.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffskiftesykdom (skjoldbruskkjertel).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykdom i leveren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyrestein.....	103 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blindtarmsoperasjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi og overfølsomhet		
Atopisk eksem (f.eks. barneeksem).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndeksem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høysnue.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matvareallergi.....	108 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen overfølsomhet (ikke allergi).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange ganger har du hatt forkjølelse, influensa, "ræksjuka" og lignende siste halvår?.....110 _____ ganger

Har du hatt dette siste 14 dager?.....112 Ja Nei

SYKDOM I FAMILIEN

Kryss av for de slektningene som har eller har hatt noen av sykdommene:
 Kryss av for "Ingen" hvis ingen av slektningene har hatt sykdommen.

	Mor	Far	Bror	Søster	Barn	Ingen
Hjerneslag eller hjerneblødning.....	113 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinfarkt før 60 års alder.....	119 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreftsykdom.....	125 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma.....	131 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mage/tolvfingertarm-sår.....	137 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benskjørhet (osteoporose).....	143 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske plager.....	149 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi.....	155 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sukkersyke).....	161 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– alder da de fikk diabetes.....	167 _____	_____	_____	_____	_____	_____

SYMPTOMER

	Ja	Nei
Hoster du omtrent daglig i perioder av året?.....177 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis "Ja": Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt?.....178 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt slik hoste så lenge som i en 3 måneders periode i begge de to siste år?.....179 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt episoder med piping i brystet?.....180 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis "Ja", har dette oppstått: Sett ett kryss for hvert spørsmål.		
Om natten.....	181 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved luftveisinfeksjoner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved fysiske anstrengelser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved sterk kulde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du merket anfall med plutselig endring i pulsen eller hjerterytmen siste år?.....185

Hvor ofte er du plaget av søvnløshet?

Aldri, eller noen få ganger i året.....	186 <input type="checkbox"/>	1
1-2 ganger i måneden.....	<input type="checkbox"/>	2
Omtrent en gang i uken.....	<input type="checkbox"/>	3
Mer enn en gang i uken.....	<input type="checkbox"/>	4

Hvis du er plaget av søvnløshet i perioder, når på året er du mest plaget?

Ingen spesiell tid.....	187 <input type="checkbox"/>	1
Særlig i mørketiden.....	<input type="checkbox"/>	2
Særlig i midnattstiden.....	<input type="checkbox"/>	3
Særlig vår og høst.....	<input type="checkbox"/>	4

Har du det siste året vært plaget av søvnløshet slik at det har gått ut over arbeidsevnen?.....188 Ja Nei

Hvor ofte er du plaget av hodepine?

Sjelden eller aldri.....	189 <input type="checkbox"/>	1
En eller flere ganger i måneden.....	<input type="checkbox"/>	2
En eller flere ganger i uken.....	<input type="checkbox"/>	3
Daglig.....	<input type="checkbox"/>	4

Hender det at tanken på å få alvorlig sykdom bekymrer deg?

Ikke i det hele tatt.....	190 <input type="checkbox"/>	1
Bare i liten grad.....	<input type="checkbox"/>	2
En del.....	<input type="checkbox"/>	3
Ganske mye.....	<input type="checkbox"/>	4

BRUK AV HELSEVESENEN

Hvor mange ganger har du siste året, på grunn av egen helse eller sykdom, vært:
 Sett 0 hvis du ikke har hatt slik kontakt.

	Antall ganger siste år
Hos vanlig lege/legevakt.....	191 _____
Hos psykolog eller psykiater.....	_____
Hos annen legespesialist utenfor sykehus.....	_____
På poliklinikk.....	197 _____
Innlagt i sykehus.....	_____
Hos bedriftslege.....	_____
Hos fysioterapeut.....	203 _____
Hos kiropraktor.....	_____
Hos akupunktør.....	_____
Hos tannlege.....	209 _____
Hos naturmedisiner (homøopat, soneterapeut o.l.).....	_____
Hos håndspålegger, synsk eller "leser".....	_____

LEGEMIDLER OG KOSTTILSKUDD

Har du det siste året periodevis brukt noen av de følgende midler daglig eller nesten daglig? Angi hvor mange måneder du brukte dem.

Sett 0 hvis du ikke har brukt midlene.

Legemidler	
Smertestillende	215 _____ mnd.
Sovemedisin	_____ mnd.
Beroligende midler	_____ mnd.
Medisin mot depresjon	221 _____ mnd.
Allergimedisin	_____ mnd.
Astmamedisin	_____ mnd.
Kosttilskudd	
Jerntabletter	227 _____ mnd.
Kalktabletter eller benmel	_____ mnd.
Vitamin D-tilskudd	_____ mnd.
Andre vitamintilskudd	233 _____ mnd.
Tran eller fiskeoljekapsler	_____ mnd.

Har du de siste 14 dager brukt følgende legemidler eller kosttilskudd?

Sett ett kryss for hvert spørsmål.

	Ja	Nei
Legemidler		
Smertestillende medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Febersenkende medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrenemedisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksemsalve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertemedisin (ikke blodtrykksmedisin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolesterolsenkende medisin	242 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sovemedisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beroligende medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisin mot depresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen nervemedisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syrenøytraliserende midler	247 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magesårsmedisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletter mot diabetes (sukkersyke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletter mot lavt stoffskifte (thyroxin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortisonabletter	252 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosttilskudd		
Jerntabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalktabletter eller benmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin D-tilskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre vitamintilskudd	257 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tran eller fiskeoljekapsler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VENNER

Hvor mange gode venner har du som du kan snakke fortrolig med og gi deg hjelp når du trenger det? ... 259 _____ gode venner
Tell ikke med de du bor sammen med, men ta med andre slektninger!

Hvor mange av disse gode vennene har du kontakt med minst en gang i måneden?

261 _____	Ja	Nei
Føler du at du har nok gode venner?	263 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte tar du vanligvis del i foreningsvirksomhet som f.eks. sykkellag, idrettslag, politiske lag, religiøse eller andre foreninger?

Aldri, eller noen få ganger i året	264 <input type="checkbox"/>	1
1-2 ganger i måneden	<input type="checkbox"/>	2
Omtrent en gang i uken	<input type="checkbox"/>	3
Mer enn en gang i uken	<input type="checkbox"/>	4

KOSTVANER

Hvis du bruker smør eller margarin på brødet, hvor mange skiver rekker en liten porsjonspakning vanligvis til? Vi tenker på slik porsjonspakning som du får på fly, på kafé o.l. (10-12 gram).

Den rekker til omtrent 265 _____ skiver

Hva slags fett blir vanligvis brukt til **matlaging** (ikke på brødet) i din husholdning?

Meierismør	265 <input type="checkbox"/>
Hard margarin	<input type="checkbox"/>
Bløt (Soft) margarin	<input type="checkbox"/>
Smør/margarin blanding	<input type="checkbox"/>
Oljer	270 <input type="checkbox"/>

Hva slags type brød (kjøpt eller hjemmebakt) spiser du vanligvis? Sett ett eller to kryss!

	Loff	Fint brød	Kneip- brød	Grov- brød	Knekke- brød
Brødtypen ligner mest på:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	271				275

Hvor mye (i antall glass, kopper, poteter eller brødskiver) spiser eller drikker du vanligvis **daglig** av følgende matvarer?

Kryss av for alle matvarene.

	Færre enn 1	1-2	3-4	5-6	Mer enn 6
Helmelk (søt eller sur) (glass)	276 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettmelk (søt eller sur) (glass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skummet melk (søt eller sur) (glass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te (kopper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appelsinjuice (glass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poteter	281 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brødskiver totalt (inkl. knekkebrød)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brødskiver med – fiskepålegg (f.eks. makrell i tomat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– magert kjøttpålegg (f.eks. skinke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– fetere kjøttpålegg (f.eks. salami)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– gulost	286 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– brunost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– kaviar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– syltetøy og annet søtt pålegg	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					6 <input type="checkbox"/>

Hvor mange ganger i uka spiser du vanligvis følgende matvarer?

Kryss av for alle matvarene.

	Aldri	Færre enn 1	1	2-3	4-5	Omtrent daglig
Yoghurt	290 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokt eller stekt egg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frokostblanding/havregryn o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Middag med						
– rent kjøtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– pølser/kjøttpudding/-kaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– feit fisk (f.eks. laks/uer)	295 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– mager fisk (f.eks. torsk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– fiskeboller/-pudding/-kaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Majones, remulade o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gulrotter	300 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blomkål/kål/brokkoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epler/pærer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appelsiner, mandariner o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkerholdige leskedrikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkerfrie («Light») leskedrikker ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjokolade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaffer, kaker o.l.	307 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
						6 <input type="checkbox"/>

ALKOHOL

Hvor ofte pleier du å drikke

øl?	vin?	brennevin?	
Aldri, eller noen få ganger i året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
1-2 ganger i måneden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
Omtrent 1 gang i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3
2-3 ganger i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4
Omtrent hver dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5

306 310

Omtrent hvor ofte har du i løpet av siste år drukket alkohol tilsvarende minst 5 halvflasker øl, en helflaske vin eller 1/4 flaske brennevin?

Ikke siste år	<input type="checkbox"/>	1
Noen få ganger	<input type="checkbox"/>	2
1 - 2 ganger per måned	<input type="checkbox"/>	3
1 - 2 ganger i uken	<input type="checkbox"/>	4
3 eller flere ganger i uken	<input type="checkbox"/>	5

I omtrent hvor mange år har ditt alkoholforbruk vært slik du har svart i spørsmålene over?312 ____ år

SLANKING

Omtrent hvor mange ganger har du bevisst prøvd å slanke deg? Sett 0 hvis ingen forsøk.

- før 20 år314 ____ ganger

- senere316 ____ ganger

Hvis du har slanket deg, omtrent hvor mange kilo har du på det meste gått ned i vekt?

- før 20 år318 ____ kg

- senere320 ____ kg

Hvilken vekt ville du være tilfreds med (din "trivselsvekt")?322 ____ kg

UFRIVILLIG URINLEKKASJE

Hvor ofte har du ufrivillig urinlekkasje?

Aldri	<input type="checkbox"/>	1
Ikke mer enn en gang i måneden	<input type="checkbox"/>	2
To eller flere ganger i måneden	<input type="checkbox"/>	3
Ukentlig eller oftere	<input type="checkbox"/>	4

Dine kommentarer:

BESVARES BARE AV KVINNER

MENSTRUASJON

Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon første gang?326 ____ år

Hvis du ikke lenger har menstruasjon, hvor gammel var du da den sluttet?328 ____ år

Når du ser bort fra svangerskap og barselsperiode, har du noen gang vært blødningsfri i minst 6 måneder?330 Ja Nei

Hvis "Ja", hvor mange ganger?331 ____ ganger

Hvis du fremdeles har menstruasjon eller er gravid: dag/ mnd/ år

Hvilken dato startet din siste menstruasjon?333 ____/____/____

Bruker du vanligvis smertestillende legemidler for å dempe menstruasjonsplager?339 Ja Nei

SVANGERSKAP

Hvor mange barn har du født?340 ____ barn

Er du gravid nå?342 Ja Nei Usikker

Har du i forbindelse med svangerskap hatt for høyt blodtrykk og/eller eggehvite (protein) i urinen?343 Ja Nei

Hvis "Ja", i hvilket svangerskap? Svangerskap

	Første	Senere
For høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eggehvite i urinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

344 346

Hvis du har født, fyll ut for hvert barn barnets fødselsår og omtrent antall måneder du ammet barnet.

Barn:	Fødselsår:	Antall måneder med amming:
1	348 _____	_____
2	_____	_____
3	356 _____	_____
4	_____	_____
5	364 _____	_____
6	_____	_____

PREVENSJON OG ØSTROGEN

Bruker du, eller har du brukt:

	Nå	Før	Aldri
P-pille (også minipille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonspiral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Østrogen (tabletter eller plaster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Østrogen (krem eller stikkpiller)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 2 3

Hvis du bruker p-pille, hormonspiral eller østrogen; hvilket merke bruker du nå?376 _____

Hvis du bruker eller har brukt p-pille: Alder da du begynte med P-piller?380 ____ år

Hvor mange år har du tilsammen brukt P-piller?382 ____ år

Dersom du har født, hvor mange år brukte du P-piller før første fødsel?384 ____ år

Hvis du har sluttet å bruke P-piller: Alder da du sluttet?386 ____ år

Takk for hjelpen! Husk å postlegge skjemaet idag!
Helseundersøkelsen i Tromsø