

Helsevitenskapelig fakultet

Hjelpesøkende atferd for psykiske plager og sammenheng med angst/depresjon i den generelle befolkningen over 40 år: Den sjuende Tromsøundersøkelsen (Tromsø 7) i 2015-2016

Fredrik Treimann

Masteroppgave i Medisin (MED-3950) Oktober 2018

Veileder: Anne Høye, IKM

FORORD

Min fascinasjon for psykiatri og psykisk helse var en av årsakene til at jeg startet på medisinstudiet. Gjennom de fem første studieårene har fagfeltet vært min desiderte favoritt hva gjelder interesse og arbeidsinnsats. Det var derfor et helt naturlig valg med psykiatri og psykisk helse som tema på min masteroppgave.

Blant de fremste undervisere i psykiatri ved medisinstudiet i Tromsø er førstemanuensis ved UiT, overlege ved UNN og spesialist i psykiatri Anne Høye. Hun sa seg villig til å veilede meg underveis i denne oppgaven og har bidratt med formidabel innsats og engasjement. Jeg har fått konstruktive tilbakemeldinger og uvurderlig hjelp under hele arbeidsprosessen. Sammen med hovedveileder ble vi enige om å benytte materiale fra Tromsøundersøkelsen. Dette har vist seg å være et svært godt datamateriale som er tilgjengelig for forskningsarbeider også på masternivå. Ola Løvsletten, forsker ved ISM har vært min biveileder. Ønsker å takke han for god hjelp med statistiske analyser og tolkninger av disse.

Tromsø 30. mai. 2020

Fredrik Treimann

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse.....	II
1 Sammenheng.....	III
2 Innledning.....	1
2.1 Generelt om depresjon- og angstlidelser.....	1
2.1.1 Forekomst.....	1
2.2 Hjelpesøkende atferd.....	3
2.2.1 Hjelpende instanser.....	4
2.2.2 Faktorer som påvirker hjelpesøkende atferd	4
3 Formål.....	5
4 Materiale og metode.....	6
4.1 Tromsøundersøkelsen.....	6
4.2 HADS.....	7
4.3 Hjelpesøkende atferd.....	8
4.4 Familie og venner.....	8
4.5 Sosioøkonomiske faktorer.....	8
4.6 Statistiske metoder.....	9
4.7 Litteratursøk.....	9
4.8 Arbeidsprosessen.....	9
5 Resultater.....	10
5.1 Populasjonskarakteristikker.....	10
5.2 Forekomst av symptomer på angst/depresjon.....	10
5.3 Hjelpesøkende atferd.....	10
5.4 Faktorer som er assosiert med hjelpesøkende atferd.....	11
6 Diskusjon.....	13
6.1 Styrker og svakheten med studien.....	18
7 Konklusjon.....	19
8 Referanser.....	20
9 Vedlegg.....	25

1 Sammendrag

Bakgrunn

Det er tidligere vist at en stor andel personer med psykiske lidelser ikke søker hjelp for sine plager. Dette kan få store konsekvenser både for pasientene selv og for samfunnet, da ubehandlede psykiske lidelser kan føre til redusert funksjonsnivå og redusert livskvalitet over tid.

Materiale og metode

I en tverrsnittstudie med 21083 deltakere fra den sjuende Tromsøundersøkelsen: Tromsø 7 har vi kartlagt selvrapportert hjelpesøkende atferd. Deltakerne har fylt ut Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) symptomskår som mål på angst- og depresjonssymptomer, og ble delt inn i gruppene angst (HADS-A), depresjon (HADS-D), kombinert angst og depresjon (HADS-K) og referansegruppe basert på symptomskår. Logistisk regresjon ble brukt for å finne assosiasjonen mellom hjelpesøkende atferd og alder, utdanning/inntekt, angst/depresjon og sosialt nettverk hos henholdsvis kvinner og menn.

Resultater

Av den totale studiepopulasjonen oppgir 16,0% (n=1774) av kvinnene og 9,5% (n=950) av mennene å ha søkt hjelp for psykiske plager. Basert på grenseverdiene for HADS-symptomskår var til sammen 11,6% (n=2460) av studiepopulasjonen HADS-positive. Blant personene i gruppen HADS-A har 37,6% (n=430) søkt hjelp for psykiske plager, i HADS-D 23,2% (n=165), og i HADS-K 54,6% (n=330). Hovedfunnene fra regresjonsanalysen er at det å være HADS-positiv er sterk assosiert med hjelpesøkende atferd, og sammenhengen sees i begge kjønn. Økning i alder var assosiert med lavere grad av hjelpesøking.

Konklusjon

Forekomsten av egenrapportert, hjelpesøkende atferd for psykiske plager i Tromsøundersøkelsen: Tromsø 7 ser ut til å være høyere enn tidligere beskrevet i en annen norsk befolkningsstudie fra 2004. Det er en sterk assosiasjon mellom hjelpesøkende atferd og symptomer på angst og depresjon for begge kjønn. Det ble ikke funnet noe klar sammenheng mellom hjelpesøkende atferd og sosioøkonomiske faktorer.

2 Innledning

2.1 Generelt om depresjon- og angstlidelser

Depresjon er en psykisk lidelse uten skarp avgrensning til normal sorg, nedstemthet eller svingninger i stemningsleiet (1). Følgende symptomer er sentrale: senket stemningsleie, tristhet, skyldfølelse, tap av interesse, initiativløshet, konsentrasjonsproblemer, søvnproblemer, endret appetitt (økt eller senket), tanker om døden og eventuelt selvmordstanker. Angstlidelser er en samlebetegnelse for tilstander hvor hovedsymptomet er angst eller frykt. Sammen med angsten følger ofte symptomer som irritabilitet, tristhet, tretthet, hodepine, nummenhet i hender og føtter, muskelsmerter, skjelvinger og rykninger, pustevansker, svetting, konsentrasjonsvansker og søvnproblemer. Komorbiditet mellom angst og depresjon er vanlig og er ofte karakterisert med høyere symptomtrykk, samt større grad av hjelpesøkende atferd (2-5).

Ubehandlete mentale lidelser er assosiert med høyere grad av kronifisering, forverring over tid, komorbiditet, lavere livskvalitet, funksjonsnedsettelse i forhold til arbeid, rusmisbruk, større risiko for selvmordsforsøk og store kostnader både for berørte og samfunnet rundt (6-9). Depresjon er en svært ressurskrevende sykdom økonomisk sett for både samfunnet og de berørte, når både direkte og indirekte utgifter tas i betraktning (10). Depresjon og angst er begge forbundet med bruk av rusmidler (11). Psykiske lidelser ledsages ofte av somatiske symptomer, og fordi pasienten ofte fokuserer på de somatiske plagene når vedkommende søker hjelp hos allmennlegen kan dette bidra til at psykiske lidelser kan bli underdiagnostisert (12, 13).

2.1.1 Forekomst

Verdens helseorganisasjon (WHO) har slått fast at depresjons- og angstlidelser er et stort og økende helseproblem i hele verden (14). En gjennomgang av europeiske studier, gjort av svenske myndigheter, har estimert at i snitt hvert femte menneske vil rammes av en depresjon i løpet av livet (6). En undersøkelse publisert i 2001 gjort i Oslo av Sandanger m.fl. estimerte at livstidsprevalensen for depresjon var 17,8 % for begge kjønn samlet, og at 7,3% av befolkningen ville ha en depressiv episode i løpet av en periode på ett år (6, 15). Om disse tallene kan overføres til mer ikke-urbane steder i Norge er usikkert, da studier har gitt motstridende resultater (16, 17). ODIN-studien og

Sandanger m.fl. fant ingen signifikant forskjell mellom rurale og urbane depresjonsrater i Norge, mens Kringlen m.fl. fant en forskjell på 7,3 % i Oslo og 3,3% i Sogn og Fjordane i ett års insidens av depresjon (17, 18). En mulig årsak til at studiene viser ulike funn er at det ble brukt ulike metoder for å for å skille mellom urbane og rurale områder. En annen studie viser at rundt en fjerdedel av den norske befolkningen vil rammes av en angstlidelse i løpet av livet, og cirka 15 prosent i løpet av et år, der den vanligste enkeltlidelsen er spesifikk fobi (19). Resultater fra en stor europeisk studie tyder på at depresjon er mer utbredt blant kvinner enn menn, og at denne forskjellen gjelder for alle aldersgrupper (9).

Resultater fra European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) viser at forekomsten av stemningslidelser, angstlidelser synker med økende alder blant voksne (20). Denne studien viser også at forekomsten av angstlidelser og depresjonslidelser er opptil dobbelt så høy hos kvinner som hos menn (20). Grunnet mangel på befolkningsundersøkelser rettet mot forekomst av psykiske lidelser er det ikke avklart om det har vært en økning eller reduksjon i forekomst av psykiske lidelser i Norge de siste årene (19). Folkehelseinstituttet påpeker at flere forhold kan gi et inntrykk av at psykiske lidelser øker i forekomst, men at flere større utenlandske studier som har sammenlignet forekomsten av psykiske lidelser over tid, ikke finner noen klar økning. De forholdene som kan gi et inntrykk av økt forekomst i Norge er måling av indirekte indikatorer, for eksempel økning i uførepensjoner grunnet psykiske lidelser, økning i sykefravær grunnet psykiske lidelser og økning i antall pasienter som behandles for psykiske lidelser i helsetjenesten (13).

Grunnen til at det kan være vanskelig å fastslå forekomst av angstlidelser og depresjoner er at det finnes mange ulike måter å gjennomføre slike undersøkelser på, både med tanke på innsamlingsmetoder og diagnostiske kriterier. Ifølge de norske retningslinjene for diagnostikk og behandling av depresjon hos voksne skal det i klinikken brukes et klinisk intervju med basis i diagnosemanualen ICD-10 for å stille en depresjonsdiagnose (6). Ulike standardiserte måleinstrumenter kan i tillegg brukes for å vurdere dybde på depresjon eller effekt av behandling. Eksempel på slike måleinstrumenter er Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) og Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Å bruke kliniske intervjuer supplert med andre måleinstrumenter i store befolkningsundersøkelser ville vært svært tids- og

ressurskrevende, og ofte anvendes det måleinstrumenter slik som HADS og MADRS som screeningsverktøy som gir god informasjon om utbredelse av symptomer og kan brukes som et surrogatmål på depresjon og angst. Å bruke slike screeningverktøy vil ikke kunne gi forsøkspersonen en sikker diagnose, men gir symptomskår. Disse symptomskårene kan, med validerte grenseverdier, gi et rimelig godt estimat på hvor mange i testpopulasjonen som lider av en gitt diagnose.

2.2 Hjelpesøkende atferd

Mange psykiske lidelser kan behandles effektivt, utfordringen er å gjøre behandling tilgjengelig for befolkningen (21). Flere studier angir at omtrent 75% av dem som sliter med depresjon ikke mottar behandling (6, 22, 23). Dette kan skyldes flere faktorer, men en viktig årsak er sannsynligvis at en stor andel av de med psykiske lidelser ikke aktivt søker hjelp selv (7, 8). Prosentandelen for dem som sliter med depresjon eller generalisert angstlidelse, men som ikke aktivt søker hjelp, er estimert til å være 56,3% og 57,5% (24). Dette gjelder også for land med et godt utviklet og økonomisk tilgjengelig hjelpeapparat for psykiske plager og lidelser, hvor den strukturelle barrieren for å søke hjelp skulle være liten (7). Menn søker i mindre grad hjelp for psykiske problemer enn kvinner (5, 25); en stor europeisk studie anslår at 59% av deprimerte kvinner søkte hjelp, kontra 48% deprimerte menn (9). Tendensen til å søke hjelp er størst blant de som har symptomer på både angst og depresjon, i forhold til de som har symptomer på lidelsene isolert (5). Gitt at både behandlingsalternativer og tilgangen til hjelp har bedret seg, indikerer det persisterende behandlingsgapet at det er flere faktorer enn kun de strukturelle som påvirker valget om å søke hjelp. Å forstå hvorfor mange personer velger å ikke søke behandling, til tross for at dette er tilgjengelig, er en stor utfordring for forskere innenfor psykisk helse (7).

De som søker hjelp for sine mentale problemer gjør ofte dette med betydelig forsinkelse etter symptomdebut. En internasjonal studie der dette ble undersøkt ved hjelp av spørreskjema viste at omtrent 40% av studiedeltakerne søkte hjelp det samme året personen fikk psykiske symptomer. Median ventetid for å søke hjelp var åtte år fra selvrapportert symptomdebut (26). I følge levekårsundersøkelsen 2005 var det 9% i den generelle befolkningen som hadde søkt hjelp for psykiske problemer de siste 12 månedene (27).

I 2004 publiserte Roness m.fl. en artikkel om hjelpesøkende atferd basert på data fra befolkningsundersøkelsen Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) (5). I denne artikkelen ble andelen som hadde søkt hjelp for psykiske problemer både i den generelle populasjonen og de som hadde nåværende angst-, depresjons- eller blandingslidelse estimert, definert ved hjelp av skår målt ved Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). 13% av dem som hadde symptomer på depresjon og 25% av de med symptomer på angst hadde på et tidspunkt søkt hjelp for sine plager. Tilsvarende undersøkelser som Roness og medarbeideres studie fra HUNT i 2004 er ikke gjennomført i andre steder av landet enn Nord-Trøndelag.

2.2.1 Hjelpende instanser

En person med en psykisk lidelse kan oppsøke hjelp flere steder. Noen går til partner, venner eller familie, mens andre søker profesjonell hjelp; som fastleger, psykologer eller psykiatere. Levekårsundersøkelsen 2005 viser at i Norge søker de fleste hjelp hos fastlege (27). Blant dem med Hopkins Symptom Check List (HSCL-25) skår over 1,75 i Levekårsundersøkelsen 2005 hadde 42,6 søkt profesjonell hjelp de siste 12 månedene, hvorav 37,4% hos fastlegen. En studie fra Tyskland som fulgte personer med ubehandlede psykiske plager over fem måneder viste at 63,8% av populasjonen søkte hjelp hos fastlegen sin, og 55,3% søkte hjelp hos venner (8).

2.2.2 Faktorer som påvirker hjelpesøkende atferd

Det er flere faktorer som påvirker hver enkelt persons hjelpesøkende atferd. Det er vanskelig å rangere hvilke faktorer som har størst betydning, som kulturelle, sosiale/familiære og samfunnsmessige forskjeller, personlighetstrekk og symptomer hos den enkelte (28, 29). Personer med psykiske lidelser oppfører seg dessuten forskjellig når de søker hjelp. For eksempel kan enkelte søke behandling når depressive symptomer oppstår, mens andre kan vurdere at de ikke har noen behandlingstrengende lidelse, men heller tenke at symptomene er naturlige reaksjoner på negative livshendelser (5). Alvorlighetsgraden og varigheten av symptomene er også viktige faktorer som påvirker hjelpesøkende atferd (5).

I tillegg ser negative holdninger mot psykiske lidelser i samfunnet ut til å være en stor barriere for å søke hjelp (7, 30, 31). Dette kan ha en sammenheng med frykt for å bli sosialt stigmatisert og «satt i bå» av samfunnet rundt på grunn av en psykiske lidelse

(32). Sosialt stigma er sannsynligvis en spesielt viktig barriere hos menn (33). I rapporten «Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom» hevdes det likevel at den norske befolkningen har lite stigmatiserende holdninger ovenfor psykisk syke, og at flertallet i befolkningen mener at man bør oppsøke hjelp dersom man får psykiske problemer (34). Den samme rapporten viser til at kvinner har mindre stigmatiserende holdninger enn menn, og også tendens til å være mer åpne. Rapporten viser at yngre er mindre åpne enn eldre, også når det gjelder åpenhet mot personer i nære relasjoner.

«Literacy» er et engelsk begrep som brukes mye i litteratur om mental helse. Begrepet kan oversettes til norsk som «helsekompetanse», og omfatter kunnskap både om årsaker, risikofaktorer, egenbehandling og tilgjengeligheten av profesjonell hjelp (35). Helsekompetanse er en faktor som påvirker hjelpesøkende atferd i stor grad. Jo høyere helsekompetanse, jo lavere terskel for å søke og motta hjelp (36, 37). Derfor kan det å øke helsekompetansen angående mental helse i befolkningen generelt være et angrepspunkt for å redusere forekomsten av ubehandlede psykiske lidelser (28, 29, 36). Personer med lav helsekompetanse er også mer tilbøyelig til å søke hjelp hos ikke-profesjonelle hjelpere heller enn profesjonelle (38). Folkehelseinstituttet skriver i sin rapport «Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv» at *«bedre opplæring av befolkningen om psykiske lidelser, slik som at fysiske plager som søvnløshet, svimmelhet, magesmerter og hodepine også kan være symptomer på psykiske lidelser, kan føre til at flere søker hjelp for dette»* (13).

3 Formål

Hovedformål:

Undersøke hjelpesøkende atferd for psykiske plager basert på data fra Tromsøundersøkelsen: Tromsø 7.

Delmål:

1. Estimere forekomst av egenrapportert, hjelpesøkende atferd for psykiske plager blant menn og kvinner i Tromsøundersøkelsen: Tromsø 7 (befolkningen over 40 år).
2. Undersøke en mulig assosiasjon mellom hjelpesøkende atferd for psykiske plager og symptomer på angst/depresjon, og om sammenhengen sees i begge kjønn.
3. Undersøke en mulig assosiasjon mellom hjelpesøkende atferd og sosioøkonomiske faktorer (utdanning, inntekt) og sosialt nettverk.

4 Materiale og metode

4.1 Tromsøundersøkelsen

Tromsøundersøkelsen er en befolkningsundersøkelse som har blitt gjennomført totalt sju ganger siden 1974. Den gjennomføres av UiT Norges arktiske universitet i samarbeid med Folkehelseinstituttet, Universitetssykehuset i Tromsø og Tromsø Kommune.

Materialet til denne oppgaven er hentet fra Tromsøundersøkelsen: Tromsø 7 (Heretter kalt Tromsø 7), som ble gjennomført i 2015-16.

Alle fra 40 år og oppover bosatt i Tromsø kommune fikk invitasjon og en detaljert informasjonsbrosjyre. Undersøkelsen ble utført med utfylling av tre omfattende spørreskjema, i tillegg til fysisk oppmøte med blodprøvetaking, somatisk undersøkelse og relevante tester (39). 32 591 personer i aldergruppen 40 år og oppover ble invitert til å delta. 65% av de inviterte deltok, 21 083 menn og kvinner i alderen 40-99 år.

Fra Tromsø 7 ble disse variablene inkludert:

- HADS-skår
 - Q2, 28.11-22.24: Angst og depresjon
- Spørsmål om hjelpesøkende atferd
 - Q1, 1.3: Bruk av helsetjenester
 - Har du hatt, eller har du psykiske plager som du har søkt hjelp for?
- Alder og kjønn
- Familie /venner

- Q1, 12.1, 12.3, 12.4 Familie og venner
 - Bor du sammen med ektefelle/partner?
 - Har du nok venner som du kan snakke fortrolig med?
 - Har du nok venner som kan gi deg hjelp når du trenger det?
 - Hvor ofte deltar du vanligvis i foreningsvirksomhet som syklubb, idrettslag, politiske, religiøse eller andre foreninger?
- Sosioøkonomiske faktorer
 - Q1, 11.1, 11,2 Utdanning og inntekt
 - Hva er din høyeste fullførte utdanning?
 - Hva var din husstands samlede bruttoinntekt siste år?

4.2 HADS

Symptomgraden på angst og depresjon hos deltakerne ble målt med Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), som er et anerkjent skåringskjema med stort bruksområde (1). Den norske utgaven er også et godt validert screeninginstrument for psykologisk symptombelastning (40). HADS er et selvutfyllingstema med sju elementer for angst og sju elementer for depresjon. Hvert element skåres med 0 til 3 poeng. Summen på disse poengene summeres innenfor hver kategori, og gir da to ulike subskalaer som angir symptomer på henholdsvis angst og depresjon. Grenseverdi for angstlidelse eller depresjon er satt til ≥ 8 for begge subskalaer, da dette er en grenseverdi som gir en optimal balanse mellom sensitivitet og spesifisitet i de fleste studiepopulasjoner (41). Kun fullstendige utfylte HADS-skjemaer ble satt i HADS-positive kategorier. Basert på HADS-skår ble individene kategorisert i fem kategorier:

1. Angstsymptomer (HADS-A = HADS-A ≥ 8 , HADS-D < 8)
2. Depresjonssymptomer (HADS-D = HADS-D ≥ 8 , HADS-A < 8)
3. Kombinert angst- og depresjonssymptomer (HADS-K = HADS-D ≥ 8 , HADS-A ≥ 8)
4. Referansegruppe (HADS-A < 8 , HADS-D < 8)
5. En gruppe individer med ufullstendig utfylt HADS-skår.

Begrepet HADS-positive omfavner alle i gruppene HADS-A, HADS-D og HADS-K.

Begrepet HADS-negativ omfavner alle med gyldig HADS-skår under terskelverdi.

4.3 Hjelpesøkende atferd

Variabelen om hjelpesøkende atferd var formulert med spørsmål «Har du eller har hatt psykiske plager (som du har søkt hjelp for)?». Svaralternativene var «ja, nå», «nei» og «før, ikke nå». Deltakerne ble også bedt om å skrive alderen deres første gang disse plagene oppsto.

Variabelen ble rekodet til en binær respons der alle som svarte «ja» og «før, ikke nå» ble slått sammen til den nye «ja»-gruppen.

4.4 Familie og venner

Informasjon vedrørende familie og venner ble hentet gjennom fire spørsmål fra undersøkelsen. Spørsmålene «Bor du sammen med ektefelle/samboer?», «Har du nok venner du kan snakke fortrolig med» og «Har du nok venner som kan gi deg hjelp når du trenger det?» ble alle besvart med «ja» og «nei». Spørsmålet «Hvor ofte deltar du vanligvis i foreningsvirksomhet som syklubb, idrettslag, politiske, religiøse eller andre foreninger?» ble besvart ved å krysse av for alternativet som passet best; 1) «Aldri, eller noen få ganger i året», 2) «1-2 ganger i måneden», 3) «omtrent 1 gang i uken», 4) «Mer enn en gang i uken».

4.5 Sosioøkonomiske faktorer

Informasjon vedrørende sosioøkonomiske faktorer ble hentet gjennom to spørsmål fra undersøkelsen. Spørsmålet «Hva er din høyeste fullførte utdanning?» hadde følgende alternativer:

1) «Grunnskole/framhaldsskole/folkehøyskole inntil 10 år», 2) «Fagutdanning/realskole/videregående/gymnas minimum 3 år», 3) «Høyskole/universitet mindre enn 4 år», 4) «Høyskole/universitet 4 år eller mer». Disse svaralternativene omtales som henholdsvis utdanningsgruppe 1, 2, 3 og 4 senere i oppgaven.

Variabel om husstandens samlede bruttoinntekt siste år ble også tatt med. Da skulle deltakerne ta med alle inntekter fra arbeid, trygder, sosialhjelp og lignende og deretter sette kryss mellom åtte kategorier som gikk fra «under 150.000kr» til «over 1.000.000kr». Svar mellom «under 150.000kr» og «251 000kr – 350 000kr» ble kategorisert sammen. Resterende svaralternativ ble kategorisert sammen i to følgende

grupper «351 000kr – 450 000kr til 551 000-750 000kr» og «751 000kr til over 1 000 000kr».

4.6 Statistiske metoder

Statistiske analyser ble gjennomført i IBM SPSS Statistics for Macintosh Version 26.0. Resultatene i tabell 1 og 2 er oppgitt i antall med prosentandel i parentes. Forskjeller mellom gruppene ble undersøkt med kjikvadrattest.

Binær logistisk regresjonsanalyse ble brukt for å vurdere relasjonen mellom hjelpesøkende atferd for psykiske plager og ulike populasjonskarakteristikker hos kvinner og menn, med odds ratio og 95% konfidensintervall. P-verdi <0.05 ble betraktet som statistisk signifikant. Alder, husholdningsinntekt, utdanning, HADS-gruppe og grad av foreningsvirksomhet ble omgjort til kategorisk variabler i regresjonsmodellen. Referansegruppen i hver kategori er verdien med lavest skår, laveste alder, laveste husholdningsinntekt, laveste grad av foreningsvirksomhet, laveste grad av utdanning. Referansegruppen i HADS kategorien ble de HADS-negative.

4.7 Litteratursøk

Etter at problemstilling for oppgaven ble satt, ble det gjort litteratursøk i PubMed for å få et godt faglig grunnlag for oppgaven. Søkene som ble gjort var brede, flere artikler ble ekskludert ut fra tittel. I tillegg til artikler fra disse søkene har også veileder anbefalt artikler som har vært nyttige. Det har også blitt brukt en del nettsøk og lærebøker.

Søkene som ble gjort var som følger:

Help-seeking behavior [MeSH Terms] AND depression [MeSH Terms] – gav 83 treff, 13 artikler ble tatt videre i oppgaven.

Help-seeking behavior [MeSH Terms]) AND anxiety [MeSH Terms] – gav 31 treff, 7 artikler ble tatt videre i oppgaven.

The tromsø study AND depression OR The tromsø study AND anxiety – 138 treff, 5 artikler ble tatt med videre i oppgaven

4.8 Arbeidsprosessen

August 2018 startet arbeide med denne oppgaven gjennom et idémøte med hovedveileder, og sammen utarbeidet vi målsetting med oppgaven. Det var nødvendig med data fra Tromsøundersøkelsen og variabler ble valgt ut sammen med veileder. Prosjektet benytter data innhentet i et annet, eksisterende prosjekt, men er godkjent som separat studentprosjekt av Tromsøundersøkelsens data- og publikasjonsutvalg.

Når datamaterialet ble mottatt startet analyseringsarbeidet. Arbeidet pågikk over flere måneder. Resultatdel og drøftinger ble skrevet våren 2020. Tilslutt ble masteroppgaven ferdig til innlevering i september 2020 etter god og kontinuerlig dialog med veiledere.

5 Resultater

5.1 Populasjonskarakteristikker

Tabell 1 gir en generell oversikt over studiepopulasjonen. Signifikante forskjeller mellom kjønnene er merket med *.

Blant alle i studiepopulasjonen (n=21083), var 52% (n=11074) kvinner og 48% (n=10009) menn. 31% (n=6432) var representert i den yngste aldersgruppen, 40-49 år. En stor andel av populasjonen, 44% (n=4528) av kvinnene og 54% (n= 5228) av mennene tilhører den øverste inntektsgruppen. Når det gjelder utdanning er studiepopulasjonen jevnere fordelt mellom kjønnene, men flertallet av kvinnene 33% (n=3581) befinner seg i utdanningsgruppe 4, mens flertallet av mennene 31% (n=2997) befinner seg i utdanningsgruppe 2. 72% av kvinnene (n=7403) opplyste at de bor sammen med partner, mot 82% av mennene(n=7880). På spørsmål om andre relasjoner angir totalt over 88% at de har nok venner de kan søke støtte hos når de trenger det. Menn angir i noe mindre grad enn kvinner at de har nok venner de kan snakke fortrolig med (henholdsvis 83% og 89 %).

5.2 Forekomst av symptomer på angst/depresjon

Basert på grenseverdiene beskrevet ovenfor var til sammen 11,6% (n=2460) av studiepopulasjonen HADS-positive (**Tabell 1**). Blant kvinnene var det 7,0% (n=772) som havnet i gruppen HADS-A, 2,6% (n=286) i HADS-D, mens 3,1 % (n=344) havnet i HADS-K. Blant mennene var det 3,7% (n=373) i gruppen HADS-A, 4,2% (n=425) i HADS-D og 2,6(n=260) i HADS-K. Tilsammen 9,3% (n=1951) av studiepopulasjonen hadde ufullstendig avkrysning på HADS i spørreskjemaene, fordelt likt mellom kjønnene. 79,2% (N=16672) av studiepopulasjonen hadde gyldig HADS-skår under terskelnivå.

5.3 Hjelpesøkende atferd

Av den totale studiepopulasjonen oppgir 16,0% (n=1774) av kvinnene og 9,5% (n=950) av mennene å ha søkt hjelp for psykiske plager. Forskjellen mellom kjønnene er

signifikant ($p < 0.05$). Blant kvinnene hadde 3,8% ($n=423$) og mennene 2,8% ($n=276$) ikke svart på dette spørsmålet.

I **tabell 2** vises karakteristika ved den andelen av populasjonen som har krysset av på hjelpesøking for psykiske plager, sammenlignet med de som ikke har gjort det.

Blant personene i gruppen HADS-A har 37,6% ($n=430$) søkt hjelp for psykiske plager, i HADS-D 23,2% ($n=165$), og i HADS-K 54,6% ($n=330$). Blant de yngre er det flest som har søkt hjelp. I aldergruppen 40-49 har 16,4% ($n=1058$) søkt hjelp, mot 7,9% ($n=54$) i aldersgruppen 80-99 år. 18,2% ($n=841$) av de som bor uten partner/ektefelle har søkt hjelp, mot 10,8% ($n=1656$) som bor sammen med ektefelle/partner. I gruppen med laveste husholdningsinntekt hadde 21,3% ($n=333$) søkt hjelp, 17,5% ($n=713$) i den midterste, og 14,9% ($n=649$) i den gruppen med høyest husholdningsinntekt. I utdanningsgruppe 1 og 2 hadde 10,7% ($n=513$ og 616) søkt hjelp, utdanningsgruppe 3 14,3% ($n=575$) og i gruppen med høyeste utdanning (gruppe 4) hadde 16,1% ($n=988$) søkt hjelp. Blant dem som hadde svart ja på begge vennespørsmål hadde 11,3% vart ja til hjelpesøkende atferd.

5.4 Faktorer som er assosiert med hjelpesøkende atferd

Sammenhengen mellom selvrapportert hjelpesøkende atferd og symptomer angst/depresjon, utdanning/inntekt og grad av sosial støtte hos henholdsvis kvinner og menn og er gjengitt i **tabell 3**. Hovedfunnene er at det å være HADS-positiv er sterk assosiert med hjelpesøkende atferd, og sammenhengen sees i begge kjønn. Økning i alder var assosiert med minkende hjelpesøking. Det ble ikke funnet noe entydig sammenheng mellom sosioøkonomisk status og hjelpesøkende atferd.

Begge regresjonsanalysene inneholdt åtte uavhengige variabler, hvor fem er kategoriske. Avhengig variabel var spørsmål om hjelpesøkende atferd. For kvinnene forklarte modellen 9,8% (Cox og Snell R-square) av varians i hjelpesøkende atferd. For mennene forklarte modellen 7,4% (Cox og Snell R-square) av varians i hjelpesøkende atferd. Modellen var i sin helhet signifikant for begge kjønn.

For begge kjønn var alle HADS-gruppene positivt assosiert med hjelpesøkende atferd i forhold til HADS-negative. For kvinner var HADS-K assosiert med OR 8,41 (95% KI 6,44 – 10,97). HADS- A hadde OR på 4,81 (95% KI 4,03 – 5,74), HADS-D 2,87 (95% KI 2,13 –

3,87). Kvinnene som ikke hadde svart tilstrekkelig på HADS spørreskjema hadde også positiv assosiasjon med hjelpesøkende atferd med OR 1,43 (95% KI 1,15 – 1,80). Tilsvarende tall for mennene var HADS-K, OR 8,99 (95% KI 6,67 – 12,12). HADS- A, OR 5,06 (95% KI 3,90 – 6,57). HADS-D, OR 2,58 (95% KI 1,94 – 3,43).

Økende alder var i hovedsak negativt assosiert med hjelpesøkende atferd for psykiske plager. Hos kvinnene var alle aldersgrupper signifikant negativt assosiert med aldersgruppen 40-49, som var referansegruppen. Den eldste aldersgruppen, 80-99, hadde OR 0,35 (95% KI 0,22-0,56) for hjelpesøking i forhold til referansegruppen. For mennene var det ikke en signifikant assosiasjon mellom referansegruppen og aldersgruppe 50-59år og 60-69år. De resterende aldersgruppene blant mennene var signifikant assosiert, med lignende resultater som blant kvinnene, der økende alder er assosiert med mindre hjelpesøking.

Økende utdanningsnivå er i hovedsak positivt assosiert med høyere grad av hjelpesøkende atferd, og dette sees i begge kjønn. Referansegruppen var ikke signifikant assosiert med gruppen med utdanningsnivå fagutdanning eller videregående mindre enn tre år og en forskjell på disse gruppene dermed usikker. Referansegruppen er imidlertid signifikant assosiert med de to høyeste utdanningsgruppene, og sammenhenger sees i begge kjønn. Hos kvinner hadde gruppen med høyest utdanning OR 1,64 (95% KI 1,34-2,00) for hjelpesøking i forhold til den gruppen med lavest inntekt. Tilsvarende tall for mennene var OR 1,76 (95% KI 1,38-2,23).

Økende husholdningsinntekt er signifikant negativt assosiert med hjelpesøkende atferd. Sammenhengen sees i begge kjønn. Hos kvinner hadde gruppen med høyest inntekt OR 0,45 (95% KI 0,35 – 0,57) for hjelpesøking i forhold til den gruppen med lavest inntekt. Tilsvarende tall hos mennene var OR 0,44 (95% KI 0,32 – 0,60).

Tilstrekkelig sosialt nettverk og samboerskap er assosiert med mindre grad av hjelpesøkende atferd. Assosiasjonen mellom samboerskap og hjelpesøkende atferd er sterkere hos mennene med OR 0,64 (95% KI 0,52-0,78) kontra kvinnene med OR 0,81 (95% KI 0,69-0,95). Det ble ikke funnet signifikant assosiasjon mellom foreningsvirksomhet og hjelpesøkende atferd.

6 Diskusjon

Resultater fra denne studien viser at 16% av kvinner og 10% av menn har søkt hjelp for opplevde psykiske plager. Dette er noe høyere enn vist i en studie fra 2004 av Roness m.fl. basert på HUNT-data, der det ble funnet at 13% av kvinnene og 8% av mennene hadde søkt hjelp (5). Så vidt vi vet foreligger det ikke andre populasjonsbaserte, norske studier der hjelpesøkende atferd for psykiske lidelser er undersøkt. Studiepopulasjonen i HUNT var imidlertid i aldersgruppen 20 og oppover, mens deltakerne i Tromsø 7 er eldre (40 år og oppover). I tillegg rekrutterte HUNT fra et større geografisk område, som inkluderte både rurale og urbane deler av Trøndelag, mens Tromsøundersøkelsen i hovedsak omfatter personer bosatt i Tromsø kommune. Universitet i Tromsø (UiT) og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) er lokalisert i Tromsø, noe som kan påvirke andel med høyere utdanning/inntekt. Sammenlikning av disse studiene er derfor vanskelig grunnet at populasjonene er geografisk ulike og at alderssammensetningen er forskjellig.

I både HUNT og Tromsø 7 er spørsmålet om hjelpesøkende atferd for psykiske plager formulert på et generelt vis slik at en skal favne alle med større og mindre psykiske plager. Plagene kan derfor være ledd i angst- og depresjonslidelser, men kan også være mindre plager som ikke oppfyller diagnostiske kriterier i henhold til DSM-5 eller ICD-10. Denne studien viser at 23% av gruppen HADS-D hadde søkt hjelp for psykiske plager, 38% i HADS-A gruppen og 55% i HADS-K. Tilsvarende tall fra HUNT-studien var 12,8%, 25,1% og 38,8%. Andelen av individer med depresjons- og angstsymptomer som har søkt hjelp i Tromsø 7 er altså betydelig høyere enn i HUNT-materialet.

Selv om de to studiene ikke kan sammenlignes direkte kan våre resultater peke i retning av at det er en mulig økning av hjelpesøking for psykiske plager både hos de individer der man mistenker angst- eller depresjonslidelse og i den generelle befolkningen. Dette kan ha flere mulige årsaker. Sosiale holdninger og stigma kan være en stor barriere for hjelpesøking (28), og studier har vist befolkningen i mindre grad har negative holdninger knyttet til psykiske lidelser nå enn tidligere (19, 34). En annen mulig årsak til at den generelle befolkning i større grad søker hjelp kan være at terskelen for å anse en psykisk plage som så stor at man søker hjelp er lavere, noe som kan føre til at man søker hjelp tidligere. Økt oppmerksomhet blant helsepersonell, økt helsekompetanse i befolkningen og utvikling av psykiatrifaget med nye og mer effektive behandlingsformer

kan også føre til at terskelen blir lavere, for eksempel utvikling av nyere psykofarmaka med mildere bivirkningsprofil (1). Behandling for psykiske plager og lidelser kan også tenkes å ha blitt mer tilgjengelige, blant annet grunnet mer fokus på desentraliserte spesialisthelsetjenester, forkortning av ventetider og at teknologiske hjelpemidler har blitt mer fremtredende (42).

Denne studien viser at over halvparten av de med symptomer på både angst og depresjon har vært eller er hjelpesøkere for sine psykiske plager. Andelen blant de med kun angstsymptomer er 38%, og 23 % blant de med kun depresjonssymptomer. En lignende fordeling sees også i materialet fra HUNT (5). Dette er i tråd med andre studier, der angstsymptomer er vist å være sterkere assosiert med hjelpesøkende atferd enn depresjonssymptomer (5, 36). Årsaken til dette kan ligge i symptomenes art, der symptomer på angstlidelse kan være mer uutholdelig og skremmende, kontra depresjon som er mer preget av passivitet, pessimisme og redusert initiativ (1).

Vår studie viser i tillegg at HADS-K gruppen er sterkere assosiert med hjelpesøkende atferd enn HADS-A og HADS-D. Årsaken til dette kan være at komorbiditet gir høyere symptomtrykk enn isolerte lidelser (2, 4, 5).

Hjelpesøking er en betydelig flaskehals for å motta behandling for psykiske lidelser med kulturelle og samfunnsmessige faktorer samt ulikheter i helsevesenets infrastruktur og tilgjengelighet som medvirkende årsaker (21) . Hvor mange som faktisk mottar behandling for sine plager tas ikke stilling til i denne studien, og heller ikke i studien fra HUNT. Sannsynligvis er det en sammenheng mellom hjelpesøking og at pasienter får hjelp, og det er dermed nærliggende å tro at flere nå også mottar hjelp for sine psykiske plager.

Årsaken til at mennesker med symptomer på angst og depresjon ikke søker hjelp for sine psykiske plager er sammensatt. Stigmatisering og negative sosiale holdninger blir ofte ansett som en stor barriere, spesielt hos menn (7, 28, 30, 33). Andre årsaker kan være at individet selv ikke anerkjenner sine plager som omfattende nok til å søke hjelp. Tidligere studier har foreslått mistro til at psykiske lidelser kan behandles og at individer ikke stoler på helsevesenet som mulige faktorer som hindrer hjelpesøking (5).

I denne studien ble variabelen om hjelpesøkende atferd endret fra tre svaralternativer til to. Alternativ «ja, tidligere» og «ja, nå» ble slått sammen til en ny «ja» gruppe. Dette

ble gjort for å forenkle analysene. Dette kan føre til at man får en høyere andel av HADS-negative individer som kommer ut som hjelpesøkende individer. I denne studien var 9% av HADS-negative som hadde vært hjelpesøkende. Disse personene kan ha hatt symptomer på angst- eller depresjon tidligere og søkt hjelp tidligere, men likevel ikke skåre over terskelverdi på HADS på undersøkelsestidspunktet. Da vil disse registreres som hjelpesøkende individer, men uten å være HADS-positive. Andre årsaker til dette kan være at de har søkt hjelp for andre psykiske plager enn angst- eller depresjon, eller at de har mild grad av symptomer som ikke går over terskelverdi på HADS symptomskår.

Spørsmålet er videre stilt på en slik måte at det ikke skilles det ikke på profesjonell eller ikke-profesjonell hjelp. Det vil si at det er usikkert hvordan personen har søkt hjelp, og i hvilken grad dette har blitt gjort. Undersøkelser viser imidlertid at personer i Norge søker i hovedsak hjelp hos sin fastlege dersom psykiske plager eller symptomer skulle oppstå (27).

En andel av studiepopulasjonen har svart blankt på spørsmål om psykisk helse. Omtrent 3,5% har ikke svart på om de har hatt psykiske plager som de har søkt hjelp for, og 9,2% har ikke svart fullstendig på HADS-skåringskjema. Årsakene til blank svaravgivning vet vi ikke. Det er mulig at spørsmål om psykisk helse kan rippe opp i gamle vonde minner/erfaringer, og at testdeltakeren dermed ikke ønsker å svare. Disse individene kan også betvile anonymiteten til undersøkelsen og svare blank i frykt for lekkasje av deres svar. Disse individene er ikke tatt med i regresjonsmodellen, men det kan tenkes at en andel av disse både har vært hjelpesøkende og HADS-positive.

En større andel av menn har symptomtrykk over terskelverdi for depresjon enn andelen av kvinner i Tromsø 7. Tilsvarende kjønnsforskjell ble også funnet i HUNT-materialet (5). Dette står i motsetning til andre epidemiologiske studier der andre måleinstrumenter enn HADS er benyttet; her er det et vanligere funn at kvinner har både høyere symptomtrykk og høyere prevalens av depresjon enn menn (19, 43). En studie gjort av Nortvedt m.fl. evaluerte subskala for depresjon i HADS ved å sammenligne den med andre måleinstrumenter for depresjonssymptomer (44). Deres konklusjon var at validiteten for kjønnsforskjeller i HADS-D er tvilsom (44). En mulig årsak til dette er at HADS-D ikke inkluderer elementer relatert til det som Stordal m.fl.

omtaler som «somatisk» depresjon (45). Med dette menes at HADS-D kun inkluderer elementer fra 2/3 av hovedkriteriene for depresjonsdiagnose, altså 1) nedsatt stemningsleie, og 2) nedsatt interesse, men ikke fra det siste hovedkriteriet, 3) mangel på energi eller økt tretthet (45). Silverstein m.fl. fant i sin studie at kjønnsforskjellen man finner ved bruk av HADS-D i stor grad nettopp kan forklares med at «somatisk» depresjon har høyere forekomst hos kvinner enn menn (46). Dette viser sannsynligvis en interessant forskjell i symptombildet mellom kvinner og menn, men betyr også at kjønnsforskjeller i symptomutforming ved depressive lidelser avhenger av hvilket måleinstrument som benyttes. Dette må det tas høyde for ved fortolkning. Siden denne studien kun har basert seg på HADS-symptomskår kan det dermed hende at flere av studiedeltakerne har angst- eller depresjonssymptomer enn det som avdekkes her, og at det er en underrapportering av symptomer hos kvinner.

Resultatene viser at det er en positiv assosiasjon mellom økende utdanningsnivå og hjelpesøking hos begge kjønn. Studien viser også negativ assosiasjon mellom økende husholdningsinntekt og hjelpesøkende atferd. Disse funnene kan virke motstridende, da det ikke tyder på at sosioøkonomisk status har en lineær sammenheng med hjelpesøkende atferd for psykiske lidelser. Det kan være flere årsaker til dette. Fra tidligere vet man at lavt nivå av utdanning er assosiert med lav helsekompetanse, og videre at lav helsekompetanse er assosiert med lavt nivå av hjelpesøkende atferd (28, 36, 47). Høyt utdanningsnivå er assosiert med høyere grad av helsekompetanse på gruppenivå, men med stort sprik i verdier, som tyder på at finnes personer med høyt utdanningsnivå men med lav helsekompetanse (47). Levekårsundersøkelsen fra 2005 fant imidlertid ingen forskjell i rapportert bruk av helsetjenester for psykiske plager mellom utdanningsgrupper (27).

Årsaken til at vi ikke finner en assosiasjon mellom inntekt og hjelpesøkende atferd kan trolig også være at variabelen om inntekt er også definert som husholdningens bruttoinntekt, og i denne studien er det ikke tatt hensyn til antall personer i husholdningen. Levekårsundersøkelsen fra 2005 fant imidlertid noe avtakende trend for hjelpesøking ved økende lønn, som er i samsvar med resultater fra vår studie (27).

Å bo sammen med partner/ektefelle kan påvirke hjelpesøkende atferd på ulike måter. For noen er bofellen en uformell hjelper som muligens kan dekke det eventuelle hjelpebehovet (2). For andre kan bofellen være den som gjør den lidende part oppmerksom på sine plager og dermed fasiliteter formell hjelpesøking. Roness m.fl fant lik tendens til hjelpesøkende atferd gitt HADS uavhengig av bofelleskap (5). Regresjonen i den foreliggende studien tyder imidlertid på det å bo sammen med partner/ektefelle er negativt assosiert med hjelpesøking for psykiske plager. Levekårsundersøkelsen fra 2005 viste at personer som levde uten partner eller de som hadde skilt seg hadde omlag dobbel så høy andel med betydelige psykiske plager sammenlignet med resten av befolkningen (27).

En sammenlikning av utdanningsnivået mellom studiepopulasjonen og tall fra SSB statistikkbank viser at personer med over fire år universitetsutdanning muligens er overrepresentert i Tromsø 7 (48). En årsak til dette kan være at slik forskning appellerer mer til akademikerne. Dette kan medføre en mulig seleksjonsbias for denne studien.

Regresjonsanalysene inneholdt åtte variabler, som forklarer under 20 % av variansen i hjelpesøkende atferd. Dette tyder på at hjelpesøkende atferd er et komplekst tema, og at de variablene som er tatt med i analysene i svært liten grad kan predikere den hjelpesøkende atferden i befolkningen. Dette er i tråd med en metaanalyse av studier som undersøke faktorer som påvirket hjelpesøkende atferd for depresjonslidelse, her var konklusjonen at hjelpesøkende atferd er et komplekst tema, som påvirkes av mange faktorer (49). I tillegg til de faktorene tatt med i disse analysene ble det i metaanalysen også sett på blant annet tilhørighet i ulike etniske grupper, maskulinitetsfølelse, grad og varighet av depresjonsepisoder.

Resultatene fra denne studien tyder på at en stor andel personer som har angst- og depresjonssymptomer ikke har søkt hjelp for sine plager, til tross for det betydelige funksjonstapet og svekkelsen av livskvalitet slike plager medfører. Det kan være flere måter å forsøke å øke andelen hjelpesøkende på. Studier har vist at det å øke helsekompetansen om psykiske lidelser kan få ned forekomsten av ubehandlede psykiske lidelser, og samtidig redusere negativt sosiale holdninger. Nasjonale informasjonskampanjer og implementering av kunnskap om psykiske helse blant barn

og unge er tiltak som kunne økt helsekompetansen om psykiske lidelser. Tiltakene kan også være mer individrettet med screening av individer i risikogrupper. Tiltak kan også være å få ned ventetider for spesialisert hjelp, samt gjøre hjelpeapparatet mer tilgjengelig for hver enkelt.

6.1 Styrker og svakheten med studien

En styrke ved denne studien er den store studiepopulasjonen, med totalt 21 083 deltakere. På den annen side har jeg valgt ut en liten subgruppe på kun 2724 som har vært hjelpesøkende for psykiske plager.

En svakhet ved denne studien er studiedesignet. En tverrsnittstudie vil aldri kunne påvise kausale sammenhenger. Resultatene vil derfor ha svakere kvalitet enn resultater fra eksempelvis RCT- eller kohortestudier med gjentatte målinger.

I en frivillig befolkningsundersøkelse som Tromsø 7 kan de tenkes at de med alvorlig grad av psykiske lidelser ikke deltar. Det kan være at disse personene enten er innlagt eller holder seg hjemme. Dette vil føre til underestimering av sykdomsbyrden i befolkningen, og andelen av befolkningen vil bli underrepresentert. Dette vil føre til seleksjonsbias, som påvirker generaliserbarheten av forskningsresultatene.

Siden denne studien kun har basert seg på HADS-symptomskår, og ikke andre instrumenter, er det mulig at flere av studiedeltakerne har angst- eller depresjonssymptomer enn det som avdekkes. Det derfor kan være en underrapportering av symptomer, spesielt hos kvinner.

Denne studien baserer mye av sine resultater på variabelen «Har du eller har hatt psykiske plager (som du har søkt hjelp for)?» som man finner i Q1 fra Tromsø 7. Spørsmålet har blitt tolket som et mål på hjelpesøkende atferd for psykiske plager. Dette har deretter blitt satt opp mot HADS-symptomskår for å predikere hvor stor andel som hadde symptomer i den grad at man kan mistenke psykisk lidelse. Det ideelle ville vært at spørsmålet ville vært delt over to variabler, der et spørsmål gjaldt psykiske plager, og ett om man hadde søkt hjelp for disse plagene. Det hadde også vært interessant å vite hvor det hadde blitt søkt hjelp, og om hjelpen var profesjonell eller ikke-profesjonell.

7 Konklusjon

En høyere andel kvinner enn menn har rapportert at de har søkt hjelp for psykiske plager i Tromsø 7. Forekomsten av egenrapportert, hjelpesøkende atferd for psykiske plager i Tromsø 7 ser ut til å være høyere enn i en annen norsk befolkningsstudie fra 2004. Det er en sterk assosiasjon mellom hjelpesøkende atferd og symptomer på angst og depresjon for både menn og kvinner, og assosiasjonen er sterkest ved symptomer på både angst og depresjon i kombinasjon. Det ble ikke funnet noe klar sammenheng mellom hjelpesøkende atferd og sosioøkonomiske faktorer eller sosialt nettverk.

8 Referanser

1. Aarre TF, Dahl AA. Praktisk psykiatri. 2. utgave ed. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.
2. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1994;51(1):8-19.
3. Noyes R, Jr., Reich J, Christiansen J, Suelzer M, Pfohl B, Coryell WA. Outcome of panic disorder. Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. Arch Gen Psychiatry. 1990;47(9):809-18.
4. Roy-Byrne PP, Stang P, Wittchen HU, Ustun B, Walters EE, Kessler RC. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. Br J Psychiatry. 2000;176:229-35.
5. Roness A, Mykletun A, Dahl AA. Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. Acta Psychiatr Scand. 2005;111(1):51-8.
6. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten>.
7. Schomerus G, Stolzenburg S, Freitag S, Speerforck S, Janowitz D, Evans-Lacko S, et al. Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: a prospective study among untreated persons with mental illness. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2018.
8. Tomczyk S, Schomerus G, Stolzenburg S, Muehlan H, Schmidt S. Who is seeking whom? A person-centred approach to help-seeking in adults with currently untreated mental health problems via latent class analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2018.
9. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J, Tylee A. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2002;252(5):201-9.

10. Greenberg PE, Fournier AA, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *J Clin Psychiatry*. 2015;76(2):155-62.
11. Tiller JW. Depression and anxiety. *Med J Aust*. 2013;199(6 Suppl):S28-31.
12. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*. 2000;355(9199):185-91.
13. Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Nydalen: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009.
14. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates 2017 [24. april 2019]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/.
15. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry*. 2001;158(7):1091-8.
16. Sandanger I, Nygård JF, Ingebrigtsen G, Sørensen T, Dalgard OSJSP, Epidemiology P. Prevalence, incidence and age at onset of psychiatric disorders in Norway. 1999;34(11):570-9.
17. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(9):713-9.
18. Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry*. 2001;179:308-16.
19. Reneflot A, Aarø L, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs K, Øverland S. Folkehelseinstituttet: Psykisk helse i Norge. 2018.
20. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004(420):21-7.
21. Mykletun A, Skogen J, Knudsen AK. Den kronglete veien frem til effektiv behandling. *Psykologtidsskriftet*. 2010.

22. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):841-50.
23. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):357-76.
24. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004;82(11):858-66.
25. Parent MC, Hammer JH, Bradstreet TC, Schwartz EN, Jobe T. Men's Mental Health Help-Seeking Behaviors: An Intersectional Analysis. *Am J Mens Health*. 2018;12(1):64-73.
26. Christiana JM, Gilman SE, Guardino M, Mickelson K, Morselli PL, Olfson M, et al. Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of members of mental health patient advocate groups. *Psychol Med*. 2000;30(3):693-703.
27. Dalgard OS. Levekårsundersøkelsen 2005 Psykiske problemer og behandling. Nydalen: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2008.
28. Thompson A, Hunt C, Issakidis C. Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(10):810-7.
29. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010;10:113.
30. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2015;45(1):11-27.
31. Angermeyer MC, van der Auwera S, Carta MG, Schomerus G. Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys. *World Psychiatry*. 2017;16(1):50-61.
32. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychol Sci Public Interest*. 2014;15(2):37-70.

33. House J, Marasli P, Lister M, Brown JSL. Male views on help-seeking for depression: A Q methodology study. *Psychol Psychother*. 2018;91(1):117-40.
34. Blåka S. Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom. Oslo: Helsedirektoratet; 2012.
35. Språkrådet. Svardatabasen: Spørsmål og svar: Literacy [29.september 2018]. Available from: .
36. Bonabi H, Muller M, Ajdacic-Gross V, Eisele J, Rodgers S, Seifritz E, et al. Mental Health Literacy, Attitudes to Help Seeking, and Perceived Need as Predictors of Mental Health Service Use: A Longitudinal Study. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204(4):321-4.
37. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*. 1997;166(4):182-6.
38. Tomczyk S, Muehlan H, Freitag S, Stolzenburg S, Schomerus G, Schmidt S. Is knowledge "half the battle"? The role of depression literacy in help-seeking among a non-clinical sample of adults with currently untreated mental health problems. *J Affect Disord*. 2018;238:289-96.
39. UiT Norges arktiske universitet. Tromsøundersøkelsen 7: UiT Norges arktiske universitet; 2017 [cited 2018 28. september]. Available from: .
40. Folkehelseinstituttet. Måleegenskaper ved den norske versjonen av Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Oslo2016 [cited 2018 28.september]. Available from:
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/maleegenskaper-ved-den-norske-versjonen-pdf.pdf>
41. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of psychosomatic research*. 2002;52(2):69-77.
42. Fagerlund AJ, Holm IM, Zanaboni P. General practitioners' perceptions towards the use of digital health services for citizens in primary care: a qualitative interview study. *BMJ Open*. 2019;9(5):e028251.
43. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;108(3):163-74.

44. Nortvedt MW, Riise T, Sanne B. Are men more depressed than women in Norway? Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *J Psychosom Res.* 2006;60(2):195-8.
45. Stordal E, Bjartveit Kruger M, Dahl NH, Kruger O, Mykletun A, Dahl AA. Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatr Scand.* 2001;104(3):210-6.
46. Silverstein B, Edwards T, Gamma A, Ajdacic-Gross V, Rössler W, Angst J. The role played by depression associated with somatic symptomatology in accounting for the gender difference in the prevalence of depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48(2):257-63.
47. van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Ueters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *J Health Commun.* 2013;18 Suppl 1(Suppl 1):172-84.
48. Statistisk Sentralbyrå. Befolkningens utdanningsnivå: SSB Statistisk Sentralbyrå; 2015 [22.februar 2019]. Available from: <https://www.ssb.no/statbank/list/utniv>.
49. Magaard JL, Seeralan T, Schulz H, Brutt AL. Factors associated with help-seeking behaviour among individuals with major depression: A systematic review. *PLoS One.* 2017;12(5):e0176730.

9 Vedlegg

Tabell 1. Kjønnspesifikke karakterstika av studiepopulasjonen, Tromsø 7 2015-2016.

	Kvinne	Mann
	antall (%)	Antall (%)
n	11074 (52)	10009 (48)
Aldersgruppe		
40-49	3378 (31)	3054 (31)
50-59	3245 (29)	2790 (28)
60-69	2677 (24)	2502 (25)
70-79	1361 (12)	1315 (13)
80-99	413 (4)	348 (4)
Husholdningsinntekt*		
0-350k	1680 (16)	959 (10)
351k-750k	4208 (40)	3582 (37)
751k-over 1mill	4528 (44)	5228 (54)
Utdanningsnivå*		
Grunnskole, eller opptil 10 års skole	2617 (24)	2179 (22)
Fagutdanning, vidregående, minimum 3 år	2759 (25)	2997 (31)
Høgskole/universitet mindre enn 4 år	1917 (18)	2091 (21)
Høgskole/universitet mer enn 4 år	3581 (33)	2564 (26)
Hjelpesøker*		
Nei	8877 (80)	8783 (88)
Ja	1774 (16)	950 (10)
Ikke svart	423 (4)	276 (3)
HADS*		
HADS-negativ	8618 (78)	8054 (81)
Ikke svart	1054 (10)	897 (9)
HADS-A	772 (7)	373 (4)
HADS-D	286 (3)	425 (4)
HADS-K	344 (3)	260 (3)
Bor sammen med partner*		
Nei	2830 (28)	1779 (18)
Ja	7403 (72)	7880 (82)
Nok venner som kan gi støtte		
Nei	1125 (10)	1086 (11)
Ja	9696 (90)	8764 (89)
Nok venner for fortrolig snakk*		
Nei	1145 (11)	1700 (17)
Ja	9700 (89)	8113 (83)
Fritidsaktiviteter*		
Aldri, eller noen få ganger i året	5546 (51)	5764 (58)
1-2 ganger i måneden	3128 (29)	1853 (19)
Omtrent 1 gang i uken	1343 (12)	1254 (13)
Mer enn 1 gang i uken	858 (8)	998 (10)

*Signifikant forskjell ($p < 0,05$) mellom kvinner og menn

Verdiene i tabellen er tall (%)

HADS: Hospital anxiety and depression scale

Tabell 2: Karakteristika for populasjonen med henblikk på spørsmål «Har du eller har du hatt psykiske plager som du har søkt hjelp for?»

	Ja	Nei	Ikke svart
	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
Kjønn*			
Kvinne	1774 (16)	8877 (80)	423 (4)
Mann	950 (10)	8783 (88)	276 (3)
Aldersgruppe*			
40-49	1058 (16)	5272 (82)	102 (2)
50-59	868 (14)	5011 (83)	156 (3)
60-69	555 (11)	4412 (85)	212 (4)
70-79	189 (7)	2338 (87)	149 (6)
80-99	54 (7)	627 (82)	80 (11)
Husholdningsinntekt*			
0-350k	475 (18)	1995 (76)	169 (6)
351k-750k	1095 (14)	6459 (83)	236 (3)
751k-over 1mill	1053 (11)	8529 (87)	174 (2)
Utdanningsnivå*			
Grunnskole, eller opptil 10 års skole	513 (11)	4029 (84)	254 (5)
Fagutdanning, vidregående, minimum 3 år	616 (11)	4953 (86)	187 (3)
Høgskole/universitet mindre enn 4 år	575 (14)	3353 (84)	80 (2)
Høgskole/universitet mer enn 4 år	988 (16)	5056 (82)	101 (2)
HADS*			
HADS-negativ	1571 (9)	14608 (88)	493 (3)
Ikke svart	228 (12)	1603 (82)	120 (6)
HADS-A	430 (38)	679 (59)	36 (3)
HADS-D	165 (23)	516 (73)	30 (4)
HADS-K	330 (55)	254 (42)	20 (3)
Bor sammen med partner*			
Nei	841 (18)	3605 (78)	163 (4)
Ja	1656 (11)	13215 (87)	412 (3)
Nok venner som kan gi støtte*			
Nei	581 (26)	1546 (70)	84 (4)
Ja	2098 (11)	15822 (86)	540 (3)
Nok venner for fortrolig snakk*			
Nei	660 (23)	2091 (74)	94 (3)
Ja	2016 (11)	15266 (86)	531 (3)
Fritidsaktiviteter			
Aldri, eller noen få ganger i året	1489 (13)	9463 (84)	358 (3)
1-2 ganger i månenden	614 (12)	4225 (85)	142 (3)
Omtrent 1 gang i uken	356 (14)	2167 (83)	74 (3)
Mer enn 1 gang i uken	228 (12)	1575 (85)	53 (3)

Verdiene i tabellen er tall (%)

HADS: Hospital anxiety and depression scale

Tabell 3: Sammenheng mellom hjelpesøkende atferd og alder, utdanning/inntekt, angst/depresjon og sosialt nettverk hos henholdsvis kvinner og menn, Tromsø 7 2015-2016

	Kvinner	p-verdi	Menn	p-verdi
	OR (95% KI)		OR (95% KI)	
Aldersgrupper				
40-49		<0.01		<0.01
50-59	0.81 (0.70 - 0.93)	<0.01	1.09 (0.91 - 1.31)	0.36
60-69	0.59 (0.50 - 0.70)	<0.01	0.86 (0.70 - 1.06)	0.15
70-79	0.30 (0.23 - 0.40)	<0.01	0.47 (0.34 - 0.64)	<0.01
80-99	0.35 (0.22 - 0.56)	<0.01	0.38 (0.21-0.69)	<0.01
Husholdningsinntekt				
0-350k		<0.01		<0.01
351k-750k	0.65 (0.54 - 0.79)	<0.01	0.68 (0.52 - 0.88)	<0.01
751k-over 1mill	0.45 (0.35 - 0.57)	<0.01	0.44 (0.32 - 0.60)	<0.01
Utdanning				
Grunnskole, eller opptil 10 års skole		<0.01		<0.01
Fagutdanning, videregående, minimum 3 år	1.08 (0.89 - 1.32)	0.44	0.92 (0.72 - 1.16)	0.47
Høyskole/universitet mindre enn 4 år	1.56 (1.26 - 1.92)	<0.01	1.58 (1.24 - 2.02)	<0.01
Høyskole/universitet mer enn 4 år	1.64 (1.34 - 2.00)	<0.01	1.76 (1.38 - 2.23)	<0.01
HADS				
HADS-negativ		<0.01		<0.01
Ikke svart	1.43 (1.15- 1.80)	<0.01	1.21 (0.91 - 1.60)	0.19
HADS-A	4.81 (4.03 - 5.74)	<0.01	5.06 (3.90 - 6.57)	<0.01
HADS-D	2.87 (2.13 - 3.87)	<0.01	2.58 (1.94 - 3.43)	<0.01
HADS-K	8.41 (6.44 - 10.97)	<0.01	8.99 (6.67 - 12.12)	<0.01
Foreningsvirksomhet				
Aldri, eller noen få ganger i året		0.34		0.49
1-2 ganger i månenden	0.99 (0.86 - 1.14)	0.88	1.14 (0.94 - 1.40)	0.19
Omtrent 1 gang i uken	1.17 (0.98 - 1.41)	0.09	1.10 (0.87 - 1.39)	0.44
Mer enn 1 gang i uken	1.05 (0.83 - 1.32)	0.69	1.15 (0.89 - 1.49)	0.29
Bor du sammen med ektefelle/partner?	0.81 (0.69 - 0.95)	<0.01	0.64 (0.52 - 0.78)	<0.01
Snakke konfidensielt med venner	0.62 (0.50 - 0.77)	<0.01	0.74 (0.60 - 0.93)	<0.01
Venner som gir hjelp og støtte når du trenger	0.76 (0.60 - 0.95)	0.01	0.56 (0.44 - 0.71)	<0.01

Variablene alder, husholdningsinntekt, utdanning, HADS og foreningsvirksomhet er kategoriske variabler, hvor referansegruppen er øverste linje under kategorikolonne. OR for resterende variabler sees i sammenheng med referansegruppen i gjeldende kategori.

Signifikant sammenheng, $p < 0,05$

HADS: Hospital anxiety and depression scale

Referanse:Thompson A, Hunt C, Issakidis C. Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004;39(10):810-7.

Studiedesign: Pasientserie	
Grade - kvalitet	Lav
Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
<p>Er formålet klart formulert? Ja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Var studien basert på et tilfeldig utvalg fra en egnet pasientgruppe? Nei • Var inklusjonskriteriene klart definert? Ja • Var alle pasientene i samme stadium av sykdommen? Nei • Var responseraten høy nok? Ikke relevant • Ble det brukt objektive kriterier for å vurdere/validere endepunktene? Ja • Var registreringen prospektiv? Nei, retrospektiv • Var oppfølgingen lang nok? Ikke relevant <p>Studien stiller åpne spørsmål til deltakerne i spørreskjema, som kan tolkes på flere måter. Stor mulighet for recallbias dersom det er flere år mellom hendelser. Et stor faktor som det ikke er tatt hensyn til er problemgjenkjennelse. Kan også være en bias at personen ikke har konkrete årsaker hvorfor de ikke har søkt hjelp, men når alternativer står listet opp.</p> <p>Populasjonen var hentet fra en spesialistpopulasjon, men studien ønsker å hovedsakelig undersøke den primære hjelpesøking, altså den som hovedsakelig skjer hos fastlege.</p> <p>Styrker og svakheter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recall bias • Usikkerhet ved selvutfylling • Ikke representativ gruppe 	

Formål	Materiale og metode	Resultater
Undersøke årsaker som forsinket og fasiliterer hjelpesøking for psyksiske plager.	Studiepopulasjonen besto av nyrefererte pasienter til en spesialistklinikk for angstlidelser. Inntaket var 5 måneder, og kun pasienter som oppga 1 måned forsinkelse på hjelpesøkingen. Dette gav en studiepopulasjon på 233 personer.	Den hyppigste årsaken (60%) til forsinket hjelpesøking var mangel på kunnskap, altså lav helsekompetanse om psyksiske lidelser. Eksempler på svaralternativer under denne kategorien var «Trodde plagene ville gå over av seg» og at « trodde ingeint ghjalp for disse plagene». Den nest hyppigeste årsaker til forsinkelse var grunnet holdninger/stimnga.
Konklusjon	Studiepopulasjonen ble gitt et utfyllingskjema der de skulle skrive 4 elementer. Når de oppdaget psyksiske plager, når søkte de hjelp første gang, årsaker til at de ventet, årsaker til at de søkte hjelp og hvor de da søkt hjelp. De tre sistnevte elemnter hadde svaralternativer. Svaralternativer ble kategorisert før analysering	Grunner som fører til hjelpesøking var for 66% av studiepopulasjonen at symptomene ble for alvorlige for personen å takler. Nesten 20% søkte hjelpmpå grunn av at andre hadde oppmuntret til det.
Fastleger har en viktig rolle for å få pasienten inn til riktig behandlingnivå. Strukturelle barrierer har lite innvirkning for hjelpesøking. Mangel på helsekompetanse bidrar til at personer bruker lengre tid på å oppfatte sine symptomer.		Det var hyppigst å søke hjelp hos fastlege som første profesjonelle kontakt. 71 % hadde søkt til fastlege, 17 % til psykiatrisk helsepersonell, og 12% til andre.
Land		Det var ingen signifikant assosiasjon mellom ulike årsaker til forsinket eller fasilitering og lengden av forsinkelse på hjelpesøkingen.
År data innsamling		
Australia	Det ble analysert på om visse årsaker til forsinkelse eller til fasiliterer hadde assosiasjon til lengden på tiden personen gikk ubehandlet for sine plager.	
2004	Analysene ble gjort med multivariabel logistisk regresjon og med deskriptive tabeller	

Referanse: Roness A, Mykletun A, Dahl AA. Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. Acta Psychiatr Scand. 2005;111(1):51-8.			Studiedesign: Tverrsnittstudie
			Grade - kvalitet Moderat
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
Undersøke hjelpesøkende atferd hos personer med angst- og depresjonslidelser basert på populasjonsundersøkelsen HUNT	Studien er bygget på materiale fra HUNT-undersøkelsen, som er en befolkningundersøkelse gjort i Trøndelag, 1995-97. Befolkningsundersøkelsen hadde 92100 deltakere. Tilsammen ble 60869 tatt med i denne studien. Aldersspennet i studiepopulasjonen var 20-89.	Av studiepopulasjonen var 80% HADS negativ. Det var nesten 11% som hadde søkt hjelp for psykiske plager, en større del av kvinner enn menn. Av de som hadde symptomer på depresjon hadde 13% søkt hjelp, angst 25%, og kombinert lidelse 39%.	Er formålet klart formulert? Ja <ul style="list-style-type: none"> • Var inklusjonskriteriene klart definert? Ja • Var responseraten høy nok? Ja • Ble det brukt objektive kriterier for å vurdere/validere endepunktene? Ja <p>Variabelen som estimerer den hjelpesøkende atferden er vag, og har ikke et tidsperspektiv eller hvor det ble søkt hjelp. Mulighet for recallbias dersom det er flere år mellom hjelpesøking og symptomdebut.</p> <p>HADS kan kun brukes som screening og vil aldri kunne fastsette diagnose. Derfor måles kun symptomtrykk, og det er ikke sikkert at dette samsvarer med det HADS-positive personer opplever.</p> <p>Styrker og svakheter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ikke mål på direkte hjelpesøkende atferd • Ikke skille mellom ulike hjelpende instanser • Tidligere hjelpesøking med bedring av symptomer skilles ikke ut • Ikke brukt klinisk materiale – studiedesign • Representativ befolkning for Norge
Konklusjon	Symptomtrykk på angst og depresjon ble målt ved hjelp av HADS selvutfyllingsskjema. Terskelskår for HADS positivitet <9 for både HADS-A og HADS-D. Ved utslag på begge subskala – egen gruppe for kombinert lidelse	Tendens til hjelpesøking øker med økende alder, men i de eldste aldergruppene er det et distnk drop. Kvinner søker mer hjelp, men det ble ikke funnet interaskjon mellom kjønn og HADS ved predikering av hjelpesøking. Det ble ikke funnet interaksjon mellom urbanitet/ruralitet og hjelpesøking.	
Det er fortsatt mange individer som har symptomer på angst og/eller depresjon som ikke har søkt hjepl for sine plager.			
Land			
Norge			
År data innsamling	Hjelpesøkende atferd ble målt med spørsmål «Har du hatt psykiske plager som du har søkt hjelp hos?». Alternativ ja/nei	Det ble funnet flere interaksjoner i artikkelen som var signifikante med av svak styrke.	
1995-1997	Informasjon om boforhold, lønn, utdannig, urbanitet/ruralitet og vennskapielige forhold ble også hentet ut.		
	Statistikk Materiliere ble alders og kjønnsjustert før analyser. Kji kvadrat test ble brukt for å undersøke kjønns- og alderforskjeller. Assosioasjoner ble målt med multivariate logistisk regresjon.		

Referanse: Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. Lancet. 2000;355(9199):185-91.			Studiedesign: RCT
		Grade - kvalitet	Høy
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
Undersøke effekten av et informasjon/opplæringsprogram for helsearbeidere i primærhelsetjenesten. Endepunktene var utfall av depresjon og identifikasjon av sykdomstilfeller av depresjon.	Alle 232 fastlegepraksiser i Hampshire ble tilbudt opplæringsprogram. Opplæringsprogrammet legene fikk var basert på retningslinjene for klinisk praksis. Praksisene ble invitert med brev og gjennom profesjonell reklame. Blant disse tok 59 praksiser del i studien. Disse 59 praksisene ble randomisert med datamaskin, 30 til kontrollgruppe og 29 til intervensjonsgruppe. Praksisen var på forhånd stratifisert mtp karakteristika på praksisene. Pasientene skulle fylle ut HADS-skåringskjema for lege konsultasjonene, og deretter skulle legene angi på en 4-punktskala der depresjonsgrad ble vurdert.	Fastleger som gikk gjennom opplæringsprogrammet hadde ikke signifikant økning på sensitivitet eller spesifisitet på identifisering av depresjonstilfeller. Det var heller ikke signifikant forbedring av utfallet på depresjons ved oppfølningsrundene etter 6 uker og 6 måneder mellom kontroll og intervensjonsgruppene. Vurdering av hvordan opplæringen ble gitt fikk gode tilbakemelding både av de uavhengige fagpersonene, og av de mottakende legene.	Er formålet klart formulert? Ja Var gruppene like ved starten? Ja Ble deltakere blindet mht gruppetilhørighet? Ja Ble deltakerne gjort rede for på slutten av studien? Ja Ble gruppene behandlet likt utover «intervensjonen»? Ja Ble alle utfallsmål vurdert? Ja Randomiseringsmetoden ble ikke nærmere utdypet enn at det ble gjort ved hjelp av datamaskin. Resultatene er diskutert og satt opp mot andre og tidligere studier.
Konklusjon			
Informasjonsprogrammet hadde ingen signifikant effekt på utfallet av depresjon etter 6 uker og 6 måneder oppfølging. Programmet hadde heller ingen signifikant effekt på			
Land			
Storbritannia			
År data innsamling			
2000	Hvordan opplæringsprogrammet ble gitt til de intervensjonsgruppen ble vurdert av uavhengige fagpersoner for å sikre god opplæring. Sensitivitet og spesifisitet for identifisering av depresjon ble målt både hos kontroll og intervensjons gruppene. Pasientene som skåret positivt på HADS-skåringskjema ved konsultasjon fikk tilsendt nytt HADS-skjema 6 uker og 6 måneder for vurdering av depresjons. Tilsammen var det 6038 pasienter ved baseline av studien. 5043 pasienter fullførte studien. Statistisk metode: Frekvenstabeller og regresjonsanalyser ble brukt for å underøkse assosiasjon. Fleiss formel ble brukt. Logistisk regresjon modell.		Styrker <ul style="list-style-type: none">• Opplæring til helsepersonellet ble gitt på anbefalt måte• Representativt utvalg av fastlegepraksiser• Mengden frafall av studiepopulasjonen har ikke redusert styrken på studien.• Opplæringsprogrammet var nøye basert på retningslinjer• Representativt utvalg av fastlegepraksiser Svakheter <ul style="list-style-type: none">• Kun symptomskår (HADS) som utfallsmål, ikke diagnostisk intervju• Studien indentifiserte prevalente tilfeller, ikke nye tilfeller, derfor kan utvalget ha flere kroniske deprimerte• Seleksjonsbias mtp at kun de praksiser som ermer interessert i psykisk helse har deltatt i studien

Referanse: Tomczyk S, Muehlan H, Freitag S, Stolzenburg S, Schomerus G, Schmidt S. Is knowledge "half the battle"? The role of depression literacy in help-seeking among a non-clinical sample of adults with currently untreated mental health problems. J Affect Disord. 2018;238:289-96.

Studiedesign: Kohortestudie	
Grade - kvalitet	Moderat
Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
<p>Sjekkliste: Formålet klart formulert? Ja Er gruppene rekruttert fra samme populasjon/befolkningsgruppe? Ja Ja Var gruppene sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Nei Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon? Nei Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig i de to gruppene? Ja Var studien prospektiv? Nei, retrospektiv Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp? Er det utført frafallsanalyser? Nei Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? Nei Kan resultatene overføres til den generelle befolkningen? Nei</p> <p>Mye i denne studien er ikke i samsvar med tidligere litteratur, men dette kommenterer forfatterne i diskusjonen. Se svakheter med studien. Studiene baseer mye på at disse personene ikke har søkt hjelp. Men i og med at de svarer på denne undersøkelsen kan det tenkes at de kanskje til en viss grad er hjelpesøkende fra før.</p> <p>Styrker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nøye inklusjonskriterier av studiepopulasjonen • Bruk av validerte instrumenter <p>Svakheter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liten studiepopulasjon • Liten variasjon i helsekompetanse blant studiepopulasjonen • Skiller ikke på ulike depresjonssykdommer • Ingen kartlegging av somatiske symptomer • Kort oppfølgingstid 	

Formål	Materiale og metode	Resultater
Undersøke rollen til helsekompetanse (literacy) som ledd i hjelpesøkende atferd hos personer med ubehandlet psykisk lidelse	Studiepopulasjonen ble rekruttert med reklame, der personer med symptomer på depresjon som ikke mottar behandling for dette skulle ta kontakt. De 429 deltakerne som tok kontakt ble screening via telefon med PHQ-D symptomskår. 266 deltareke ble tatt videre i studien og invitert til MINI intervju. 207 personer som hadde en depressiv lidelse ble tatt videre for å rapportere sin hjelpesøkende atferd de neste 6 måneder. Den hjelpesøkende atferden ble rapportert gjennom telefon. Tilsammen var 152 deltakere tatt med i analysen etter 2 oppfølgingsrunder.	Grad av helsekompetanse kunne ikke predikere hjelpesøkende atferd. Eneste signifikante assosiasjon som ble funnet var at høy helsekompetanse var negativt assosiert med uformell hjelpesøking. Sosiodemografisk karakteristika, alder og grad av sykdom kunne ha innvirkning på hvor det ble søkt hjelp, men dette var svake assosiasjoner. Helsekompetansen ble funner til å være signifikant lavere hos menn og eldre.
Konklusjon	Sammen med MINI intervjuet ble sosiodemografiske karakterstika, grad av helsekompetanse, grad av depresjonslidelse ble undersøkt. Grad av depresjonslidelse ble målt med MINI intervju samt PHQ-D. Helsekompetanse om depresjon ble målt med tysk versjon av «Depression leteracy scale».	
Land	Tyskland	
År data innsamling	2015-2016	
	Den hjelpesøkende atferden ble rapportert etter 3 og 6 måneder. Deltakerne kunne da velge mellom 15 hjelpende instanser som ble katogerisk til 4 ulike grupper.	
	Statistiske metoder Kji-kvadrat test ble brukt på kategoriske variabler, og t-test på kontinuerlige. Assosioasjon ble testet med ANOVA og pearsons product moment correlation.	

Referanse: Tomczyk S, Schomerus G, Stolzenburg S, Muehlan H, Schmidt S. Who is seeking whom? A person-centred approach to help-seeking in adults with currently untreated mental health problems via latent class analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2018.

Studiedesign: Kohortestudie

Grade - kvalitet Moderat

Diskusjon/kommentarer/sjekkliste

Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
Undersøke hvilke kilder personer med ubehandlede psykiske lidelser søker hjelp hos basert på pasient karakteristikk.	Studiepopulasjonen ble rekruttert med reklame, der personer med symptomer på depresjon som ikke mottar behandling for dette skulle ta kontakt. De 429 deltakerne som tok kontakt ble screening via telefon med PHQ-D symptomskår. 266 deltakere ble tatt videre i studien og invitert til MINI intervju. 207 personer som hadde en depressiv lidelse ble tatt videre for å rapportere sin hjelpesøkende atferd de neste 6 måneder. Den hjelpesøkende atferden ble rapportert gjennom telefon. Tilsammen var 152 deltakere tatt med i analysen etter 2 oppfølgingsrunder.	Det ble funnet 4 «latent classes» blant voksne med psykiske plager blant studiepopulasjonen. Fastlegen var den mest brukte kilden til hjelp for psykiske plager. Andelen av studiepopulasjonen med psykiske plager som hadde søkt hjelp var høy, 92%. De fleste av disse, 63,8% hadde søkt hjelp hos fastlege Ved bruk av latent class, estimerte studien at 51,1% av studiepopulasjonen tilhørte gruppen hvor det var høy sannsynlighet for at de ikke ville søke hjelp. Det var kun 9% som hadde høy sannsynlighet for at de kom til å søke profesjonell hjelp.	<p>Sjekkliste:</p> <p>Formålet klart formulert? Ja</p> <p>Er gruppene rekruttert fra samme populasjon/befolkningsgruppe? Ja</p> <p>Var gruppene sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Nei</p> <p>Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon? Nei</p> <p>Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig i de to gruppene? Ja</p> <p>Var studien prospektiv? Ja</p> <p>Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp? Er det utført frafallsanalyser? Ja</p> <p>Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? Nei</p> <p>Kan resultatene overføres til den generelle befolkningen? Nei</p> <p>Studiene baserer mye på at disse personene ikke har søkt hjelp tidligere. Men i og med at de svarer på denne undersøkelsen kan det tenkes at de kanskje til en viss grad er hjelpesøkende fra før.</p> <p>Styrker</p> <ul style="list-style-type: none"> Nøye inklusjonskriterier av studiepopulasjonen Bruk av validerte instrumenter <p>Svakheter</p> <ul style="list-style-type: none"> Liten studiepopulasjon Liten variasjon i helsekompetanse blant studiepopulasjonen Skiller ikke på ulike depresjonssykdommer Ingen kartlegging av somatiske symptomer Kort oppfølgingstid Kan ha fanget personer i ulike steg av hjelpesøkende atferd
Konklusjon	Sammen med MINI intervjuet ble sosiodemografiske karakterstika, grad av helsekompetanse, grad av depresjonslidelse ble undersøkt. Grad av depresjonslidelse ble målt med MINI intervju samt PHQ-D.		
Personer som søker hjelp hos helsepersonell innenfor psykisk helse var lavere enn i tidligere studier. Uformell hjelpesøking var utbredt. Større og lengre studier på dette temaet kreves for å fastsette assosiasjoner.	Den hjelpesøkende atferden ble rapportert etter 3 og 6 måneder. Deltakerne kunne da velge mellom 15 hjelpende instanser som ble kategorisert til 4 ulike classes. 4 av de hjelpende instanser ble tatt bort grunnet lavt antall. Profesjonelle psykiske helsepersonell, multiple kilder, primærhelsetjenesten, og ikke-søkere.		
Land	Tyskland		
År data innsamling	2015-2016		
	Statistiske metoder Latent class analyse. Mplus8.		