



UiT Norges arktiske universitet

ISM – Institutt for samfunnsmedisin

Selvrapportert psykisk helse, ensomhet og sosial støtte blant innbyggere i Tromsø kommune, i grupper av kjønn, alder og sosioøkonomisk status: En del av Fylkeshelseundersøkelsen i Troms og Finnmark 2019

Hege Endresen

Master in Public Health, HEL-3950, Tromsø 1.august 2023

Hovedveileder Laila A. Hopstock

Biveileder Tom Wilsgaard

Forord

Forebyggende helse har alltid interessert meg, og studiet Master in Public Health har gitt meg ny og spennende innsikt i fagfeltet. Selve masteroppgaveskrivingen har vært både spennende og krevende. Under skriveprosessen har jeg fått kjenne på ett bredt spekter av følelser, oppturer og nedturer og ikke minst fått reflektert over hvor viktig sosial støtte er. Studiet og masteroppgaveskrivingen har inspirert meg til å jobbe med og å søke ytterligere kunnskap om forebyggende helse i fremtiden både gjennom frivillig arbeid og som ansatt.

Jeg vil takke mitt barnebarn, Sebastian på 2,5 år, for alle gode klemmer og smil jeg har fått fra han i denne tiden. De har gitt meg enormt mye glede og en ekstra motivasjon til å stå på når motbakkene har vært bratte.

God faglig støtte og oppmuntring har jeg fått fra mine to veiledere. Tilbakemeldingene på mine henvendelser til dem har alltid vært raske og imøtekommende.

Jeg vil rette en stor og inderlig takk til min hovedveileder Laila A. Hopstock, som har gitt gode og konstruktive råd og tilbakemeldinger underveis.

Jeg vil også takke min veileder Tom Wilsgaard for uvurderlig hjelp med statistikkdelen.

Tusen hjertelig takk til dem begge!

Hege Endresen

Tromsø, 1.august 2023

Summary

Background: Tromsø municipality needs a knowledge base in its public health work. It is particularly important to investigate the degree of mental illness, loneliness, and social support in different groups of the population, as previous studies show differences in gender, age and education groups. Existing data sources, which include public health reports from the Tromsø survey and FHI's county health survey, lack data on mental illness, loneliness, and social support for all age groups specifically for Tromsø municipality. Using the existing data source, Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark from 2019, it is possible to analyze new data on mental health, loneliness, and social support from Tromsø municipality alone, which has not been done before. *Purpose:* The purpose of this thesis is to examine the degree of mental illness, loneliness and social support in groups of gender, age and socio-economic status in the adult population in Tromsø municipality. *Research questions:* What association are there between gender, age and education and mental health, degree of loneliness and social support among the adult population in Tromsø municipality? *Method:* Mental health was measured using the HSCL-5, loneliness was measured using The Three Loneliness Scale (T-ILS) and social support was measured using the Oslo-3 Social Support Scale (OSS-3). *Results:* Of the total of 7,072 who responded, 55.3 per cent were women. The response rate in the city of Tromsø was 48.4 percent.

A total score for mental health who had a mental illness was, 13.5 percent (n=963), 15.1 per cent (n=580) of the women and 11.5 percent (n=356) of the men. Those with the shortest education, primary school, had the highest proportion with 17.4 percent (n=140) and the lowest proportion was among those with the longest education, 4 years or more at university or college, with 10.0 per cent (n=247).

There was a total score of 4.4 percent (n=309) who experienced loneliness, 4.6 percent of women (n=178) and 4.2 percent of men (n=131). The highest proportion of lonely people was among those with the shortest education, primary school, with 6.0 percent (n=49), and the lowest proportion among those with the longest education, 4 years or more at college or university, with 3.1 percent (n=78). Overall, for both sexes, the largest proportion of lonely people was in the 18-29 age group with 8.4 percent (n=125).

There was a total score for lack of social support of 62.0 percent (n=4,369). More men (67.0 percent (n=2107) than women (58.0 percent (n=2262)) lack social support. The highest proportion who does not have much social support was among those with the shortest

education, primary school level, with 72.0 percent (n=585), and the lowest proportion among those with the longest education, 4 years or more at college or university, with 55.7 percent (n=1413). The largest proportion who does not have much social support are in the youngest and oldest age groups with 65.1 percent (n=969) and 66.1 percent (n=289) respectively.

Conclusion: Women have an increased odds ratio of mental ill-health compared to men. It is a mental health gradient where it improves with age and for each level of education up.

For loneliness, there is no significant gender difference. There is a health gradient for the degree of loneliness in which loneliness decreases with age and for each level of education up.

For not great social support, there is a U-shaped curve where the youngest and oldest age groups have the largest proportion who lack great social support, and most social support is experienced in midlife. More women than men experience having great social support. There is a health gradient for social support where the support is increased for each educational level up.

Sammendrag

Rationale for studie: Tromsø kommune har behov for et kunnskapsgrunnlag i sitt folkehelsearbeid. Det er spesielt viktig å undersøke grad av psykisk uhelse, ensomhet og sosial støtte i ulike grupper i befolkningen, da tidligere studier har vist forskjeller mellom kjønn, alders- og utdanningsgrupper. Eksisterende datakilder, som inkluderer folkehelse rapporter fra Tromsøundersøkelsen og FHI's fylkeshelseundersøkelse, mangler data på psykisk uhelse, ensomhet og sosial støtte for alle aldersgrupper spesifikt for Tromsø kommune. Med bruk av den eksisterende datakilden Folkhelseundersøkelsen i Troms og Finnmark fra 2019 er det mulig å analysere nye data på psykisk helse, ensomhet og sosial støtte fra Tromsø kommune alene, som ikke har vært gjort tidligere. Dette vil gi verdifull informasjon om befolkningens helse som kan brukes som grunnlag for planlegging og tiltak i kommunen. *Formål:* Hensikten med denne oppgaven er å undersøke grad av psykisk uhelse, ensomhet og sosial støtte i grupper av kjønn, alder og sosioøkonomisk status i den voksne befolkningen i Tromsø kommune. *Forskningsspørsmål:* Hvilke sammenhenger er det mellom kjønn, alder og utdanning og psykisk helse, grad av ensomhet og sosial støtte blant den voksne befolkningen i Tromsø kommune? *Metode:* Psykisk helse ble målt ved hjelp av HSCL-5, ensomhet ble målt ved hjelp av The Three loneliness Scale (T-ILS) og sosial støtte ble målt ved hjelp av Oslo-3 Social Support Scale (OSS-3).

Resultater: Av de totalt 7072 som svarte var det 55,3 prosent kvinner. Oppslutningen i Tromsø-by var på 48,4 prosent.

Av 6941 deltakere med samlet score på psykisk helse var det det 13,5 prosent (n=963) med psykisk uhelse. Det var 15,1 prosent kvinner (n=580) og 11,5 prosent menn (n=356), som slet med psykisk uhelse. De med kortest utdanning, grunnskole, hadde høyest andel med 17,4 prosent (n=140) og lavest andel var hos de med lengst utdanning, 4 år eller mer på universitet eller høgskole, med 10,0 prosent (n=247).

Av 7044 deltakere var det en samlet score på 4,4 prosent (n=309) som opplevde ensomhet, 4,6 prosent kvinner (n= 178) og 4,2 prosent menn (n=131). Høyest andel ensomme var blant de med kortest utdanning, grunnskole, med 6,0 prosent (n=49), og lavest andel hos de med lengst utdanning, 4 år eller mer på høgskole eller universitet, med 3,1 prosent (n=78). Samlet for begge kjønn er det størst andel ensomme i aldersgruppen 18-29 år med 8,4 prosent (n=125).

Det var 7045 som svarte på spørsmålet om sosial støtte og samlet score for manglende sosial støtte var på 62,0 prosent (n=4369), hos kvinner 58,0 prosent (n=2262) og menn 67,0 prosent (n=2107). Høyest andel som ikke har stor sosial støtte var blant de med kortest utdanning, grunnskolenivå, med 72,0 prosent (n=585), og lavest andel hos de med lengst utdanning, 4 år eller mer på høgskole eller universitet, med 55,7 prosent (n=1413). Samlet for begge kjønn er det størst andel som ikke har stor sosial støtte i den yngste og den eldste aldersgruppen med henholdsvis 65,1 prosent (n=969) og 66,1 prosent (n=289).

Konklusjon: Kvinner har økt odds ratio for psykisk uhelse i forhold til menn. Det er en helsegradient for psykisk helse der den bedres for hver aldergruppe opp i alder og for hvert utdanningsnivå opp.

For ensomhet er det ingen signifikant kjønnsforskjell. Det er en helsegradient for grad av ensomhet der ensomhet reduseres med alder og for hvert utdanningsnivå opp.

For ikke stor sosial støtte er det en U-formet kurve der yngste og eldste aldersgruppe har størst andel som mangler stor sosial støtte, og størst sosial støtte oppleves midt i livet. Flere kvinner enn menn har stor sosial støtte. Det er en helsegradient for stor sosial støtte der støtten økes for hvert utdanningstrinn opp.

Innhold

1	INLEDNING	1
1.1	Psykisk helse.....	1
1.2	Ensomhet og sosial støtte	2
1.3	Ulikhet i helse i grupper av kjønn, alder og sosioøkonomisk status	2
1.4	Psykisk helse, ensomhet og livskvalitet i kommunene.....	3
1.4.1	Tromsø kommune	3
1.5	Rationale for studien.....	4
1.5.1	Formål:	4
1.5.2	Forskningsspørsmål:.....	5
2	METODE	6
2.1	Studiedesign.....	6
2.2	Datamateriale.....	6
2.3	Utvalg og eksklusjonskriterier	6
2.4	Mål på psykisk helse, ensomhet og sosial støtte	7
2.4.1	Psykisk helse målt med Hopkins Symptom Checklist (HSCL-5).....	7
2.4.2	Ensomhet målt med The Three loneliness scale (TILS)	7
2.4.3	Sosial støtte målt med Oslo-3 Social Support Scale (OSS-3).....	8
2.5	Prediktorer og utfallsvariabler	8
2.6	Mulige mediatorer – Sivilstatus, økonomi, kroppsmasseindeks	8
2.7	Behandling av data – statistiske metoder	9
2.8	Etikk og personvern.....	9
3	RESULTATER	10
3.1	Utvalg	10
3.1.1	Psykisk uhelse	11
3.1.2	Ensomhet.....	13

3.1.3	Sosial støtte	15
3.2	Psykisk uhelse.....	20
3.2.1	Sammenheng mellom psykisk uhelse og kjønn, alder og utdanning	20
3.3	Ensomhet	21
3.3.1	Sammenhengen mellom ensomhet og kjønn, alder og utdanning.....	21
3.4	Ikke stor sosial støtte	23
3.4.1	Sammenhengen mellom ikke stor sosial støtte og kjønn, alder og utdanning ...	23
4	DISKUSJON	33
4.1	Psykisk uhelse.....	33
4.1.1	Kjønnsforskjeller i psykisk uhelse	33
4.1.2	Aldersforskjeller i psykisk uhelse	34
4.1.3	Sosioøkonomiske forskjeller i psykisk uhelse	35
4.1.4	Psykisk uhelse justert for alder og kjønn	35
4.1.5	Psykisk uhelse justert for alder, kjønn, sivilstatus, økonomi og KMI	36
4.2	Ensomhet og ikke stor sosial støtte.....	37
4.2.1	Aldersforskjeller i ensomhet og ikke stor sosial støtte.....	38
4.2.2	Kjønnsforskjeller i ensomhet og ikke stor sosial støtte.....	38
4.2.3	Sosioøkonomiske forskjeller i ensomhet og ikke stor sosial støtte.....	39
4.2.4	Ensomhet og ikke stor sosial støtte justert for alder og kjønn	40
4.2.5	Ensomhet og ikke stor sosial støtte justert for alder, kjønn, sivilstatus, økonomi og KMI	40
4.3	Psykisk uhelse, ensomhet og ikke stor sosial støtte.....	42
4.3.1	De mest sårbare for psykisk uhelse	42
4.3.2	De mest sårbare for ensomhet	43
4.3.3	De mest sårbare for ikke stor sosial støtte.....	43
4.3.4	Hvordan oppnå en likeverdig psykisk helse for innbyggerne i kommunen?	44

4.4	Sterke og svake sider ved studien.....	45
4.5	Skjevheter og mulige mediatorer.....	45
4.6	Generaliserbarhet og representativitet.....	45
5	KONKLUSJON	46
6	REFERANSER	49

Figur liste

- Figur 1.* Grafen viser andelen psykisk uhelse for kvinner (K) og menn (M) i de ulike aldersgruppene og utdanningsnivåer. 11
- Figur 2.* Grafen viser andelen ensomme kvinner (K) og menn (M) i de ulike aldersgruppene og utdanningsnivåer. 13
- Figur 3.* Grafen viser ikke stor sosial støtte for kvinner (K) og menn (M) i de ulike aldersgruppene og utdanningsnivåer. 15

Tabell liste (side 17-32)

- Tabell 1.* Andeler med psykisk uhelse, totalt samt og gruppert på kjønn, alder og utdanning
- Tabell 2.* Andeler med ensomhet totalt samt gruppert på kjønn, alder og utdanning
- Tabell 3.* Andeler med ikke stor sosial støtte totalt samt gruppert på kjønn, alder og utdanning
- Tabell 4.* Ujustert odds ratio for psykisk uhelse for alle deltakere og gruppert på kjønn
- Tabell 5.* Alders- og kjønnsjustert odds ratio for psykisk uhelse for alle deltakere og gruppert på kjønn
- Tabell 6.* Odds ratio for psykisk uhelse justert for alder, kjønn, utdanning, økonomi, sivilstatus og KMI for alle deltakere og gruppert på kjønn
- Tabell 7.* Ujustert odds ratio for ensomhet for alle deltakere og gruppert på kjønn
- Tabell 8.* Alders- og kjønnsjustert odds ratio for ensomhet for alle deltakere og gruppert på kjønn
- Tabell 9.* Odds ratio for ensomhet justert for alder, kjønn, utdanning, økonomi, sivilstatus og KMI for alle deltakere og gruppert på kjønn
- Tabell 10.* Ujustert odds ratio for ikke stor sosial støtte for alle deltakere og gruppert på kjønn
- Tabell 11.* Alders- og kjønnsjustert odds ratio for ikke stor sosial støtte for alle deltakere og gruppert på kjønn
- Tabell 12.* Odds ratio for ikke stor sosial støtte justert for alder, kjønn, utdanning, økonomi, sivilstatus og KMI for alle deltakere og gruppert på kjønn

Forkortelser:

FHI	Folkehelseinstituttet
FN	Forente Nasjoner
HSCL-5	Hopkins Symptom Checklist-5
KI	Konfidensintervall
KMI	Kroppsmasseindeks
NCD	Non-communicable diseases
n	Number
OR	Odds ratio
OSS-3	Oslo-3 Social Support Scale
T-ILS	The Three Loneliness Scale
Uni	Universitet
UiT	UiT Norges arktiske universitet
WHO	World Health Organization

1 INNLEDNING

Bærekraftmålene til de Forente-nasjoner (FN) er verdens felles arbeidsplan for å «utrydde fattigdom, bekjempe ulikheter og stoppe klimaendringene innen 2030» (1). Siden FN's bærekraftsmål ble vedtatt i 2015 har hovedoppgaven til Verdens helseorganisasjon (WHO) vært knyttet opp mot bærekraftsmål nummer 3: å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder. WHO definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller svakhet» (2). God helse er avgjørende for at man skal kunne nå sitt fulle potensiale og bidra i samfunnsutviklingen. Delmål nummer 3.4 i bærekraftmålene omhandler at man innen år 2030 skal redusere for tidlig død som skyldes ikke-smittsomme sykdommer (non-communicable diseases; NCD) med 33 prosent (3). I den norske versjonen av strategien er NCD definert som kreft, hjerte- og karsykdom, diabetes, kronisk lungesykdom, psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser (4). Befolkningen i Norge generelt har god helsetilstand, og sammenlignet med andre land er trivsel og velferd helt i toppen (5). Likevel fins det viktige helseutfordringer. I Norge har vi store sosiale forskjeller i helse hvor psykiske plager og lidelser, ensomhet og nedsatt livskvalitet i ulike grupper er en stor folkehelseutfordring (4, 5).

1.1 Psykisk helse

Psykisk helse defineres av WHO som «en tilstand av velvære der et individ realiserer sine egne evner, kan takle livets normale påkjenninger, kan arbeide produktivt og er i stand til å gi et bidrag til sitt fellesskap» (6). Den psykiske helsen bestemmes av ulike sosiale, psykologiske og biologiske faktorer (7). Psykisk helse påvirker både individets og samfunnets evne til å tenke, føle, de mellommenneskelige relasjonene, evnen til å bidra i samfunnet og trivsel. Psykiske lidelser rammer mellom 30 og 50 prosent av den norske befolkningen i løpet av livet. Hos unge over 18 år er det angstlidelser som er den vanligste psykiske lidelsen. Rundt 25 prosent rammes av en angstlidelse i løpet av livet og rundt 15 prosent årlig. 20 prosent rammes av depresjon i løpet av livet, og årlig 10 prosent. Forskning viser ingen økning i psykiske lidelser over tid (8). I Norge er psykiske lidelser blant de vanligste årsaker til sykefravær og tidlig uføretrygd, og har en høy overdødelighet med 5-15 års kortere forventet levetid (4). Alvorlig depresjon og angstlidelser er blant årsakene til de største helsetapene (5). Depresjon og angst gir både kroppslige og psykiske symptomer og er de

vanligste psykiske lidelsene i den norske befolkningen (9). Psykiske plager (F.eks. engstelse, nedstemthet og uro) med stort symptomtrykk av ulik varighet vil mange oppleve uten av det er behov for oppfølging i helsetjenesten. Psykiske plager kan være symptom på eller utvikle seg til psykiske lidelser som oppfyller kriteriene til en klinisk diagnose, som blant annet angst, depresjon, ADHD, schizofreni og bipolar lidelse med ulike symptomer (10).

1.2 Ensomhet og sosial støtte

Ensomhet er en subjektiv opplevelse av at man har mindre eller dårligere kontakt med andre enn det man selv ønsker (11). Opplevelsen av å ha sosial støtte er det motsatte av ensomhet (12). Sosial støtte kan deles inn i strukturell støtte (nettverkets størrelse, type og hyppighet av kontakt, det vil si om slike forhold eksisterer) og funksjonell støtte (opplevelse av å få støtte fra familie, venner eller naboer når det trengs, det vil si om slike forhold har funksjoner og er en ressurs) (13).

Metaanalyser fra studier verden over viser at det å ha få venner og lite kontakt med andre mennesker er like alvorlig som andre risikofaktorer som påvirker dødeligheten tilsvarende det å røyke 15 sigaretter om dagen, å være alkoholiker, ikke trene eller å være overvektig (14), samt at dårlig sosial helse øker risikoen for hjerte- og karsykdommer som koronar hjertesykdom og hjerneslag (15).

I 2019 lanserte regjeringen, som en del av Folkehelsemeldinga «Gode liv i eit trygt samfunn», en strategi for å forbygge ensomhet og understrekte behovet for økt kunnskap (16). Norge er blant de europeiske landene med minst ensomhet, hvor bare 3 prosent hadde følt seg ensomme mesteparten av tiden eller hele tiden. Norsk og internasjonal forskning viser ingen generell økning av ensomhet i den voksne befolkningen (17).

1.3 Ulikhet i helse i grupper av kjønn, alder og sosioøkonomisk status

I Norge er det systematiske forskjeller i helse mellom ulike samfunnsgrupper. Det er flere kvinner (12,1 prosent) enn menn (7 prosent) som årlig tar kontakt med helsevesenet for

depresjon i alderen 18-79 år. Det samme gjelder for angstlidelse med henholdsvis 5,4 og 3,4 prosent for kvinner og menn (8).

Desto lengre utdanning og bedre økonomi en gruppe har jo bedre gjennomsnittlig helse. Angstlidelser er tre ganger så vanlig blant de med bare grunnskole enn de med mastergrad eller høyere utdanning. Depresjon og andre psykiske lidelser viser tilsvarende gradient. Det er en sosial helsegradient der man ser en økning i bedret helse for hvert trinn opp på den sosioøkonomiske stigen en kommer (8).

1.4 Psykisk helse, ensomhet og livskvalitet i kommunene

Psykisk uhelse, ensomhet og nedsatt livskvalitet i ulike grupper oppleves som den største folkehelseutfordringen i mange kommuner. Samtidig kjenner kommunene på en begrensning i egen kunnskap om tiltak, verktøy og metoder som de kan ta i bruk for å møte disse utfordringen. Gjennom ett langsiktig systematisk folkehelsearbeid på tvers av de kommunale sektorene skal det arbeides for å fremme en bedre helse og god livskvalitet hos innbyggerne (18). Ett av satsningsområdene til regjeringen Solberg var å ha ett ekstra søkelys på å forebygge ensomhet og redusere sosial ulikhet i helse. Regjeringen utarbeidet en strategiplan for god psykisk helse for perioden 2017-2022 kalt «*Mestre hele livet*» (16).

1.4.1 Tromsø kommune

Tromsø kommune er Norges niende største kommune i geografisk utstrekning, og er med 76500 folkeregistrerte innbyggere den mest folkerike kommunen i Nord-Norge (19).

I utarbeidelsen av Tromsø kommunes overordnede styringsplan for perioden 2020-2032, Kommuneplanen, er FNs 17 bærekraftsmål lagt til grunn (20). I folkehelsearbeidet i Tromsø kommune er det behov for å undersøke status for psykisk helse, ensomhet og sosial støtte i den voksne befolkningen i kommunen. Det fins ulike datakilder som kan brukes i dette arbeidet. I den syvende Tromsøundersøkelsen 2015-2016 ble det utformet en folkehelse rapport i samarbeid med Tromsø kommune, for å supplere kommunens egne levekårsrapporter med data på helse (21) (22). Funnene viser at det er forskjell i risikofaktornivå blant kvinner og menn, i ulike aldersgrupper og i ulike geografiske levekårssoner i Tromsø. Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark utført av

Folkehelseinstituttet (FHI) i 2019 på vegne av fylket tar for seg psykisk helse, helserelatert atferd, ulike aspekter ved det sosiale miljøet og nærmiljøet samt livskvalitet når det gjelder kjønn, alder, utdanning og region i fylkene (23). Også her viser funnene variasjon i helse og trivsel blant kvinner og menn, i ulike aldersgrupper og i forskjellige utdanningsnivå. Tromsøundersøkelsens folkehelse rapport fra 2015-2016 mangler data for personer under 40 år, og rapporten inneholder et svært begrenset utvalg variabler knyttet til psykisk helse, ensomhet og sosial støtte. Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark 2019 har sin begrensning i at data presentert for Tromsø-området også inkluderer data fra nabokommunene Karlsøy og Balsfjord. Det er derfor behov for å undersøke grad av psykisk uhelse, ensomhet og sosial støtte i hele den voksne befolkningen spesifikt for Tromsø kommune.

1.5 Rationale for studien

Tromsø kommune har behov for et kunnskapsgrunnlag i sitt folkehelsearbeid. Det er spesielt viktig å undersøke grad av psykisk uhelse, ensomhet og sosial støtte i ulike grupper i befolkningen, da tidligere studier har vist forskjeller mellom kjønn, alders- og utdanningsgrupper (23, 24).

Eksisterende datakilder, som inkluderer folkehelse rapporter fra Tromsøundersøkelsen (24) og FHI's fylkeshelseundersøkelse (23), mangler data på psykisk uhelse, ensomhet og sosial støtte for alle aldersgrupper spesifikt for Tromsø kommune. Med bruk av den eksisterende datakilden Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark fra 2019 er det mulig å analysere nye data på psykisk helse, ensomhet og sosial støtte fra Tromsø kommune alene, som ikke har vært gjort tidligere. Dette vil gi verdifull informasjon om befolkningens helse som kan brukes som grunnlag for planlegging og tiltak i kommunen.

1.5.1 Formål:

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke grad av psykisk uhelse, ensomhet og sosial støtte i grupper av kjønn, alder og sosioøkonomisk status i den voksne befolkningen i Tromsø kommune. Resultatene fra studien vil inngå som kunnskapsgrunnlag i kommunens folkehelsearbeid.

1.5.2 Forskningsspørsmål:

Hvilke sammenhenger er det mellom kjønn, alder og utdanning og psykisk helse, grad av ensomhet og sosial støtte blant den voksne befolkningen i Tromsø kommune?

2 METODE

2.1 Studiedesign

Designet for denne studien er tverrsnittsanalyse, der alle data som er analysert er samlet inn på samme tidspunkt.

2.2 Datamateriale

På vegne av fylkeskommunene i Troms og Finnmark utførte FHI en web-basert spørreundersøkelse om psykisk helse, helserelatert atferd, ulike aspekter ved sosialt miljø og nærmiljø samt livskvalitet i perioden 28. mai til 14. juni 2019. To påminnelser ble sendt ut 4. og 12. juni, og nettportalen ble stengt 17. juni 2019. Datamaterialet er tilgjengelig for analyse via søknad til FHI, og kan deles inn i større og mindre geografiske områder, inkludert kommunespesifikke områder.

2.3 Utvalg og eksklusjonskriterier

De som ble invitert til å være med i undersøkelsen var 18 år eller eldre og utvalget på 59 500 ble trukket fra Folkeregisteret hvorav 35 700 av disse var bosatt i Troms og 16437 i Tromsøområdet (kommunene Tromsø, Karlsøy og Balsfjord). De som ikke var registret i Difi (Direktoratet for forvaltning og IKT; et norsk direktorat som lå under Kommunal- og moderniseringsdepartementet i 2008 og til 31. desember 2019), hadde reservert seg mot spørreundersøkelser, manglet unik e-post eller mobilnummer, var døde, eller ikke hadde registrert adresse i fylket ble ekskludert og det endelige utvalget var 50 066 for Troms og Finnmark, hvorav 30 367 i Troms (23).

Svardeltakelsen endte på 43,5 % (Troms 46,2 %, Finnmark 39,3 %) etter én purring. Av de 21 761 som svarte var gjennomsnittsalderen 46,8 år og 54,5% var kvinner. Deltakerne hadde gjennomsnittlig større andel høyskole- og universitetsutdanning (50,1%) enn totalbefolkningen i fylket. Totalt antall deltakere i Tromsø-området var 7961 kvinner og menn (deltakelse 48,4%). I Tromsø-området var gjennomsnittsalderen lavere og utdanningsnivået

høyere enn i de øvrige 6 regionene i fylket. Fra Tromsø kommune alene var det 7072 deltakere.

2.4 Mål på psykisk helse, ensomhet og sosial støtte

2.4.1 Psykisk helse målt med Hopkins Symptom Checklist (HSCL-5)

Psykisk helse ble målt ved hjelp av HSCL-5, som er en kortversjon av den originale Hopkins Symptom Checklist (HSCL) som fins i ulike versjoner, med opptil 90 enkeltitems (25). De kortere versjonene HSCL-5, HSCL-20 og HSCL-25 er mye brukt til å screene symptomer på depresjon, angst og psykisk helse generelt. HSCL-5 er en økonomisk, pålitelig, valid kortversjon av HSCL-25 og anbefales brukt som måleverktøy for psykisk helse i større brukerundersøkelser (26). HSCL-5s fem spørsmål omhandler 1) nervøsitet eller indre uro, 2) redsel eller engstelse, 3) følelse av håpløshet med tanke på fremtiden, 4) nedtrykthet eller tungsindighet, og 5) bekymring eller uro. Svarkategoriene er en 4-poengs Likert skala som hver gir 1-4 poeng: «ikke plaget» (1 poeng), «litt plaget» (2 poeng), «ganske mye plaget» (3 poeng) og «veldig mye plaget» (4 poeng). På bakgrunn av de metriske dataene (1-4) beregnes en gjennomsnittsskår der høyere skår indikerer høyere grad av psykiske plager. Ved omdannelse til dikotomi er gjennomsnittsskår på over 2 definert som psykisk uhelse (23).

2.4.2 Ensomhet målt med The Three Loneliness scale (TILS)

Ensomhet ble målt ved hjelp av The Three Loneliness Scale (T-ILS). T-ILS er en kortversjon utviklet av Hughes M. E. et. al. (27) av den opprinnelige 20-spørsmåls R-UCALA Loneliness Scale med 4 svarkategorier (28). Kortversjonen består av tre spørsmål og 3 svaralternativer som er kvalitetssikret, mer brukervennlig i større spørreundersøkelser og gjør det mulig å sammenligne ulike studier (27). I denne oppgaven blir det brukt fem svaralternativer hver gitt ett tall som til sammen gir ett snittsskår på opplevd ensomhet. T-ILS` tre spørsmål er 1) Hvor ofte føler du at du savner noen å være sammen med? 2) Hvor ofte føler du deg utenfor? og 3) Hvor ofte føler du deg isolert fra andre? Svarkategoriene er «aldri», «sjelden», «av og til», «ofte» og «svært ofte» (27). Sumskår av data (1-5) ble beregnet og høyere tall indikerer høyere grad av ensomhet.

2.4.3 Sosial støtte målt med Oslo-3 Social Support Scale (OSS-3)

Sosial støtte ble målt ved hjelp av Oslo-3 Social Support Scale (OSS-3) som består av tre spørsmål om 1) Antall nære personer som en kan regne med dersom en har store personlige problemer med svaralternativ «ingen», «1-2», «3-5» og «6 eller flere», 2) Hvor stor interesse andre viser for det en gjør med svaralternativ «stor interesse», «noe interesse», «verken stor eller liten interesse», «liten interesse» og «ingen interesse» og 3) Hvor lett er det å få praktisk hjelp fra naboer hvis en skulle trenge det med svaralternativ «svært lett», «lett», «verken lett eller vanskelig», «vanskelig» og «svært vanskelig» (23). Etter en uvektet sumskår (3-14) ble det skilt mellom de som opplever sterk sosial støtte (12-14 poeng) og de som ikke gjør det (3-11 poeng).

2.5 Prediktorer og utfallsvariabler

Kjønn, alder og utdanning er prediktorer til utfallsvariablene psykisk uhelse, grad av ensomhet og ikke stor sosial støtte.

Opplysninger om kjønn (kvinne eller mann) og alder (i 10-års aldersgrupper) er hentet fra Det sentrale folkeregisteret (DSF) ferdig koblet til analysefil.

Selvrapportert høyeste fullførte utdanning er brukt som definisjon på sosioøkonomisk status.

2.6 Mulige mediatorer – Sivilstatus, økonomi, kroppsmasseindeks

Det vil bli justert for sivilstatus, økonomi og kroppsmasseindeks (KMI) for å se om de vil kunne påvirke utfalls variablene.

Sivilstatus (Svaralternativene: Gift/registrert partner, samboende, har kjæreste, enslig) er basert på data fra Statistisk sentralbyrå ferdig koblet til analysefil.

Deltakerens opplevde økonomiske situasjon er selvrapportert (Svaralternativer: Svært vanskelig, vanskelig, forholdsvis vanskelig, forholdsvis lett, lett, svært lett, vet ikke).

KMI er beregnet via selvrapportert kroppsvekt i kilogram dividert på selvrapportert kroppshøyde i meter². Gravide ble bedt om å oppgi vekt før graviditet. KMI er delt inn i WHO-definerte grupper; undervekt <18,5 kg/m², normalvekt 18,5-24,9 kg/m², overvekt 25-29.9 kg/m² og fedme ≥30 kg/m², alvorlig fedme ≥35 kg/m², ≥40 kg/m².

2.7 Behandling av data – statistiske metoder

Statistikkprogrammet STATA versjon 17.0 (StataCorp. 2019. Stata Statistical Software: Release 16. College Station, TX: StataCorp LLC) er brukt som analyseverktøy. Det er anvendt beskrivende og analytisk statistikk. Andel med psykisk uhelse, ensomhet og manglende sosial støtte ble stratifisert på kjønn, 10-årsaldersgrupper og grupper av utdanning og presentert som – prosent (med antall deltakere i parentes). Sammenhengen mellom kjønn, alder og utdanning (prediktorvariabler) for grad av psykisk helse, ensomhet og sosial støtte (utfallsvariabler) ble analysert med logistisk regresjon og justert for alder og kjønn samt for sivilstatus, KMI og økonomisk situasjon, og presentert som odds ratio (OR) med 95% konfidensintervall (KI).

2.8 Etikk og personvern

Deltakerne i spørreundersøkelsen har gitt sitt samtykke til deltakelse i studien (23). Det er søkt FHI om tilgang til anonymisert analysefil fra Fylkeshelseundersøkelsen i Troms og Finnmark 2019 for data fra deltakere med folkeregistrert adresse i Tromsø kommune. Ekte anonymisering krever at det er umulig å bakveis-identifisere deltakere på bakgrunn av variablene i analysefilen. Datasettet med N=7021 deltakere som ble utlevert til dette prosjektet inneholdt et begrenset antall variabler i henhold til prinsippet om dataminimering. Datasettet inneholdt variablene kjønn, 10-års aldersgrupper, selvrapportert KMI i (WHO-grupper med øvre og nedre grense) samt variabler som ikke ansees som identifiserende (selvrapportert psykisk helse, ensomhet, sosial støtte og økonomi). Bruk av anonyme datasett fordrer ikke søknad til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Datamaterialet ble lagret på privat område på One-Drive med to-faktor autentisering.

3 RESULTATER

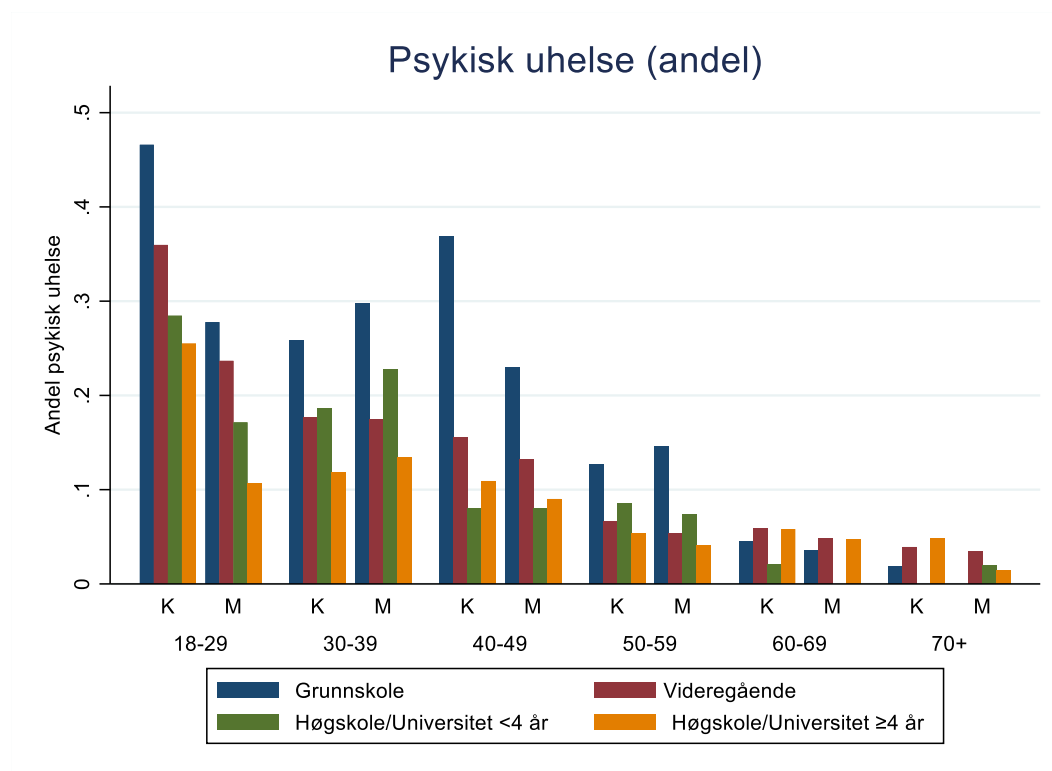
3.1 Utvalg

Av de totalt 7072 deltakere var 55,3 prosent kvinner og fordeling i aldergruppene var henholdsvis 21,1 prosent i alderen 18-29 år, 18,6 prosent 30-39 år, 20,0 prosent 40-49 år, 20,0 prosent 50-59 år, 14,3 prosent 60-69 år og 6,3 prosent 70 år eller eldre.

Ved inndeling av utdanningsnivå var det 11,6 prosent som hadde grunnskole, 29,3 prosent videregående, 23,0 prosent høgskole eller universitet (Uni) mindre enn 4 år og 36,1 prosent høgskole eller universitet 4 år eller mer som lengste utdanning.

Det var 24,9 prosent enslige, 20,4 prosent hadde en vanskelig økonomi og 17,5 prosent av deltakerne hadde fedme.

3.1.1 Psykisk uhelse



Figur 1. Grafen viser andelen psykisk uhelse for kvinner (K) og menn (M) i de ulike aldersgruppene og utdanningsnivåer.

Tabell 1 viser andeler med psykisk uhelse, totalt samt gruppert på alder kjønn og utdanning. Av 6941 deltakere med samlet score på psykisk helse var det det 13,5 prosent (n=963) med psykisk uhelse. De med kortest utdanning, grunnskole, hadde høyest andel med 17,4 prosent (n=140) og lavest andel var hos de med lengst utdanning, 4 år eller mer på høgskole eller universitet, med 10,0 prosent (n=247).

Samlet for begge kjønn var det den yngste aldersgruppen, 18-29 år, hvor det var størst andel som slet psykisk med 27,7 prosent (n=409) og lavest andel var i den eldste aldersgruppen, 70 år+, med 2,3 prosent (n=10).

Ser man på både aldersgrupper og utdanningsnivå har den yngste aldersgruppen med den korteste utdanningslengden størst andel psykisk uhelse med 39,4 prosent (n=56). De som har studert 4 år eller mer på høgskole eller universitet i den yngste aldersgruppen har en andel på

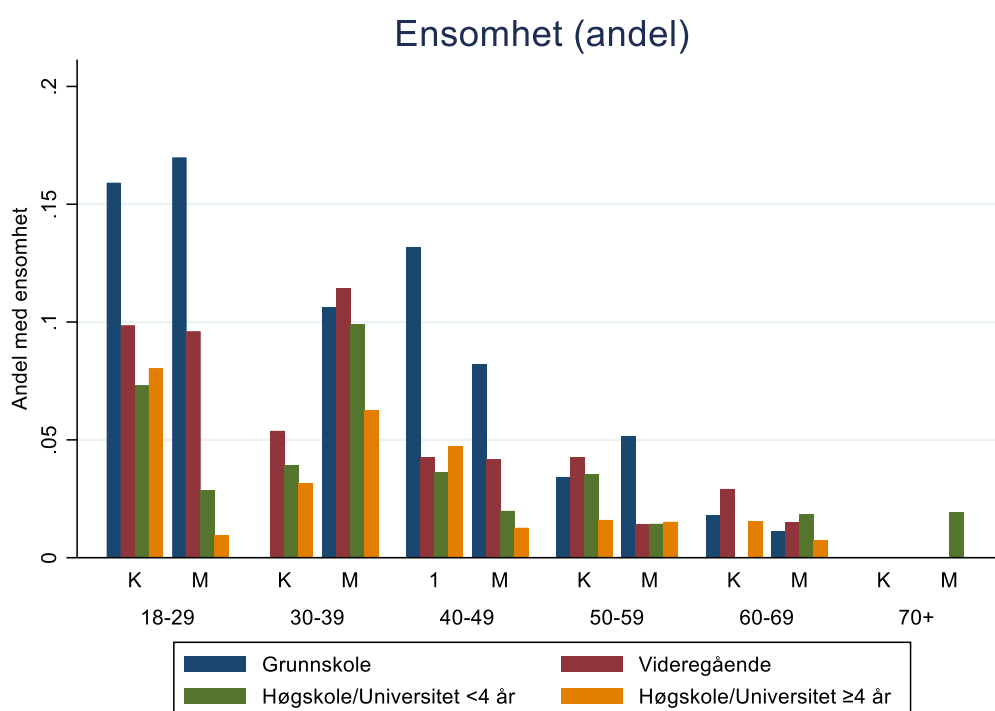
20,5 prosent (n=62). Lavest andel med psykisk uhelse var i den eldste aldersgruppen, 70 år+, uavhengig av utdanningsnivå med 2,3 prosent (n=10).

Psykisk uhelse gruppert på kjønn

Kvinner har en samlet andel med uhelse på 15,1 prosent (n=580) uavhengig av aldersgrupper og utdanningsnivå. Ser man på utdanningsnivået hos kvinner, men uavhengig av aldersgrupper er det høyest andel hos de med grunnskole med 19,6 prosent (n=80) og lavest hos de med lengst utdanning som sliter psykisk med 11,1 prosent (n=171). Det er kvinner i den yngste aldersgruppen som har høyest andel med psykisk uhelse med 32,4 prosent (n=285). Og ser man på utdanningsnivå i tillegg til aldersgruppe så er det kvinner med grunnskoleutdanning i den yngste aldersgruppen som har høyest andel med psykisk uhelse med 46,6 prosent (n=41). De med lengst utdanning i denne aldersgruppen har en andel på 25,5 prosent (n=51). Lavest andel med psykisk uhelse hos kvinner finner vi i den eldste aldersgruppen, 70 år+ (n=201) med ett gjennomsnitt på 3,0 prosent (n=6) hvor utdanningsnivå ikke ser ut til å være avgjørende.

Menn har en andel på 11,5 prosent (n=356) som sliter med psykisk uhelse. Ser man på utdanningsnivået er det de med grunnskoleutdanning som har størst andel som sliter psykisk med 15,2 prosent (n=60) og lavest andel er hos de som har studert 4 år eller mer med 8,1 prosent (n=76). Uavhengig av utdanningsnivå er det den yngste aldersgruppen hos menn som har størst andel psykisk uhelse med 20,7 prosent (n=124) og den eldste som har lavest med 1,7 prosent (n=4). Ser man på både aldersgrupper og utdanningsnivå hos menn er det den nest yngste aldersgruppen, 30-39 år, med grunnskoleutdanning som har høyest andel psykisk uhelse med 29,8 prosent (n=14). Lavest andel menn som sliter psykisk er i de to eldste aldersgruppene 60-69 år og 70 år+ med henholdsvis 3,4 (n=15) og 1,7 (n=4) prosent hvor utdanningsnivå ikke ser ut til å være avgjørende.

3.1.2 Ensomhet



Figur 2. Grafen viser andelen ensomme kvinner (K) og menn (M) i de ulike aldersgruppene og utdanningsnivåer.

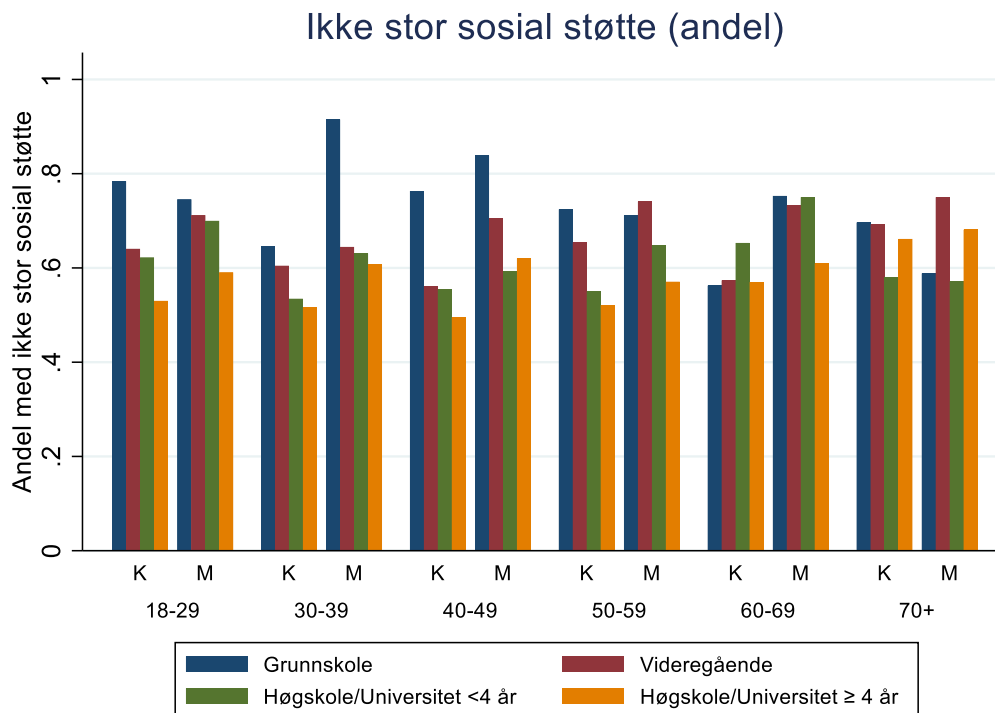
Tabell 2 viser andel med ensomhet, totalt samt gruppert på alder, kjønn og utdanning. Av 7044 deltakere var det en samlet score på 4,4 prosent (n=309) som opplevde ensomhet. Høyest andel ensomme var blant de med kortest utdanning, grunnskole, med 6,0 prosent (n=49), og lavest andel hos de med lengst utdanning, 4 år eller mer på høgskole eller universitet, med 3,1 prosent (n=78). Samlet for begge kjønn er det størst andel ensomme i aldersgruppen 18-29 år med 8,4 prosent (n=125). Ser man på både aldersgrupper og utdanningsnivå har den yngste aldersgruppen med den korteste utdanningen størst andel ensomme med 16,3 prosent (n=23). De som har studert 4 år eller mer på universitet eller høgskole i den yngste aldersgruppen har en andel på 5,6 prosent (n=17). Lavest andel ensomme er i de eldste aldersgruppene 60-69 år med en andel på 1,6 prosent (n=16) og 70+ år med 0,2 prosent (n=1) uavhengig av utdanningsnivå.

Ensomhet gruppert på kjønn:

Kvinner har en samlet andel ensomme på 4,6 prosent (n=178) uavhengig av aldersgrupper og utdanningsnivå. Ser man på utdanningsnivået, uavhengig av alder, hos kvinner så er høyest andel ensomme hos de med videregående skole med 5,9 prosent (n=59) og lavest andel hos de som har lengst utdanning med 3,6 prosent (n=56). Kvinner i aldersgruppen 18-29 år, uavhengig av utdanningsnivå, har høyest andel ensomme med 9,3 prosent (n=82). Og ser man både på utdanningsnivå og aldersgrupper så er det kvinner med grunnskoleutdanning i den yngste aldergruppen som har høyest andel ensomme med 15,9 prosent (n=14). Lavest andel ensomme kvinner er i aldersgruppen 70 år+ der ingen av de 204 deltakerne svart at de var ensomme.

Menn har en andel på 4,2 prosent (n=131) ensomme. De med grunnskoleutdanning har størst andel ensomme med 6,3 prosent (n=25) og lavest andel er hos de som har studert lengst med 2,3 prosent (n=22). Uavhengig av utdanningsnivå er det den nest yngste aldersgruppen, 30-39 år, som har størst andel ensomme menn med 8,9 prosent (n=49) og den eldste aldersgruppen som har lavest andel med 0,4 prosent (n=1). Ser man på både aldersgruppe og utdanningsnivå hos menn er det den yngste aldersgruppen, 18-29 år, og med grunnskole som har høyest andel ensomme med 17,0 prosent (n=9). Menn som har studert i 4 år eller mer har en andel på 1,0 prosent (n=1) ensomme og lavest andel er i den eldste aldersgruppen der 1 av 233 menn svarte at de var ensomme.

3.1.3 Sosial støtte



Figur 3. Grafen viser ikke stor sosial støtte for kvinner (K) og menn (M) i de ulike aldersgruppene og utdanningsnivåer.

Tabell 3 viser andel med manglende sosial støtte, samt gruppert på alder, kjønn og utdanning. Det var 7045 som svarte på spørsmålet om sosial støtte og samlet score for manglende sosial støtte var på 62,0 prosent (n=4369). Høyest andel som ikke har stor sosial støtte var blant de med kortest utdanning, grunnskolenivå, med 72,0 prosent (n=585), og lavest andel hos de med lengst utdanning, 4 år eller mer på høgskole eller universitet, med 55,7 prosent (n=1413). Samlet for begge kjønn er det størst andel som ikke har stor sosial støtte i den yngste og den eldste aldersgruppen med henholdsvis 65,1 prosent (n=969) og 66,1 prosent (n=289). Tar man hensyn til utdanning er det høyest andel uten stor sosial støtte for begge kjønn samlet i aldersgruppen 40-49 år og grunnskoleutdanning med 81,0 prosent (n=81) og lavest i gruppene 40-49 og 50-59 år og med lengst utdanning der begge aldersgrupper har andeler med 54,0 prosent som ikke har stor sosial støtte.

Sosial støtte gruppert på kjønn

Det er 58,0 prosent (n=2262) av kvinnene som ikke har stor sosial støtte. Kvinner med kortest utdanning har størst andel som mangler stor sosial støtte med 68,7 prosent (n=283) og lavest andel hos de som har studert 4 år eller mer med 52,6 prosent (n=827). De to aldersgruppene med høyest andel kvinner uten stor sosial støtte er i den yngste med 62,4 prosent (n=550) og i den eldste 67,2 prosent (n=139). Den laveste andelen som ikke har stor sosial støtte er i aldersgruppen 40-49 år med 53,4 prosent (n=411). Utdanningsnivå og aldersgruppe tatt i betraktning er det kvinner med grunnskoleutdanning i den yngste aldersgruppen som har størst andel som mangler stor sosial støtte med 78,4 prosent (n=69) og lavest er det aldersgruppen 40-49 år med 49,5 prosent (n=210) med lengst utdanning.

Andelen menn som ikke har stor sosial støtte er på 67,0 prosent (n=2107). Utdanning på grunnskolenivå har høyest andel på 75,3 prosent menn mangler stor sosial støtte og lavest andel er hos de som har studert lengst med 60,7 prosent (n=586). Ser man på både aldersgruppe og utdanning hos menn er det den nest yngste aldersgruppen, 30-39 år, og med grunnskoleutdanning, som har høyest andel uten stor sosial støtte med 91,5 prosent (n=43). Lavest andel menn uten stor sosial støtte var i aldersgruppen 50-59 år som hadde studert 4 år eller mer med 57,1 prosent (n=113). Samme andel var også i den eldste aldersgruppen, 70 år+, hos de som hadde studert inntil 4 år (n=28).

Tabell 1. Andeler med psykisk uhelse, totalt samt og gruppert på kjønn, alder og utdanning

	Respos	Psykisk	Utdanningsnivå			
	Totalt	uhelse	Grunnskole	Videregående	Universitet	Universitet
	n	Totalt	inntil 10 år	inntil 3 år	<4 år	>=4 år
		% (n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)
Begge kjønn						
Totalt	6941	13,5 (936)	17,4 (140)	16,5(334)	13,1 (1601)	10,0 (247)
18-29 år	1479	27,7 (409)	39,4 (56)	30,2 (194)	24,4 (94)	20,5 (62)
30-39 år	1286	16,5 (212)	28,2 (22)	17,6 (52)	20,1 (63)	12,4 (74)
40-49 år	1389	12,0 (166)	28,3 (28)	14,2 (47)	8,0 (25)	10,2 (66)
50-59 år	1373	7,0 (96)	13,7 (25)	5,9 (23)	8,0 (24)	4,9 (24)
60-69 år	983	4,8 (43)	4,1 (8)	5,6 (14)	1,0 (2)	5,4 (17)
70år+	431	2,3 (10)	1,0 (1)	3,7 (4)	1,2 (1)	3,1 (4)
Kvinner						
Totalt	3851	15,1 (580)	19,6 (80)	19,3(190)	15,1 (137)	11,1 (171)
18-29 år	879	32,4 (285)	46,6 (41)	35,9 (123)	28,5 (70)	25,5 (51)
30-39 år	744	15,3 (114)	25,8 (8)	17,7 (23)	18,6 (38)	11,9 (45)
40-49 år	756	12,4 (94)	36,8 (14)	15,5 (22)	8,0 (13)	10,9 (45)
50-59 år	736	7,2 (53)	12,6 (11)	6,6 (12)	8,5 (14)	5,3 (16)
60-69 år	535	5,2 (28)	4,5 (5)	5,9 (8)	2,1 (2)	5,8 (11)
70år+	201	3,0 (6)	1,9 (1)	3,9 (2)	0	4,8 (3)
Menn						
Totalt	3090	11,5 (356)	15,2 (60)	13,8 (144)	10,3 (72)	8,1 (76)
18-29 år	600	20,7 (124)	27,8 (15)	23,7 (71)	17,1 (24)	10,7 (11)
30-39 år	542	18,1 (98)	29,8 (14)	17,5 (29)	22,7 (25)	13,4 (29)
40-49 år	633	11,4 (72)	23,0 (14)	13,2 (25)	8,0 (12)	9,0 (21)
50-59 år	637	6,8 (43)	14,6 (14)	5,3 (11)	7,4 (10)	4,1 (8)
60-69 år	448	3,4 (15)	3,5 (3)	4,8 (6)	0,0	4,7 (6)
70år+	230	1,7 (4)	0,0	3,5 (2)	1,9 (1)	1,5 (1)

Tabell 2. Andeler med ensomhet totalt samt gruppert på kjønn, alder og utdanning

	Respons		Utdanningsnivå			
	Totalt	Ensomme	Grunnskole	Videregående	Universitet	Universitet
			inntil 10 år	inntil 3 år	<4 år	>=4 år
	n	% (n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)
Begge kjønn						
Totalt	7044	4,4 (309)	6,0 (49)	5,8 (120)	3,8 (61)	3,1 (78)
18-29 år	1485	8,4 (125)	16,3 (23)	9,7 (63)	5,7 (22)	5,6 (17)
30-39 år	1296	5,9 (76)	6,4 (5)	8,8 (26)	6,0 (19)	4,3 (26)
40-49 år	1409	4,0 (56)	10,1 (10)	4,2 (14)	2,8 (9)	3,5 (23)
50-59 år	1410	2,5 (35)	4,3 (8)	2,8 (11)	2,6 (8)	1,6 (8)
60-69 år	1007	1,6 (16)	1,5 (3)	2,2 (6)	1,0 (2)	1,2 (4)
70år+	437	0,2 (1)	0,0	0,0	1,2 (1)	0,0
Kvinner						
Totalt	3903	4,6 (178)	5,8 (24)	5,9 (59)	4,2 (38)	3,6 (56)
18-29 år	881	9,3 (82)	15,9 (14)	9,9 (34)	7,3 (18)	8,0 (16)
30-39 år	746	3,6 (27)	0,0	5,4 (7)	3,9 (8)	3,2 (12)
40-49 år	770	4,8 (37)	13,2 (5)	4,3 (6)	3,6 (6)	4,7 (20)
50-59 år	760	2,9 (22)	3,4 (3)	4,3 (8)	3,6 (6)	1,6 (5)
60-69 år	542	1,9 (10)	1,8 (2)	2,9 (4)	0,0	1,6 (3)
70år+	204	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Menn						
Totalt	3141	4,2 (131)	6,3 (25)	5,7 (61)	3,3 (23)	2,3 (22)
18-29 år	604	7,1 (43)	17,0 (9)	9,6 (29)	2,9 (4)	1,0 (1)
30-39 år	550	8,9 (49)	10,6 (5)	11,5 (19)	9,9 (11)	6,3 (14)
40-49 år	639	3,0 (19)	8,2 (5)	4,2 (8)	2,0 (3)	1,3 (3)
50-59 år	650	2,0 (13)	5,2 (5)	1,4 (3)	1,4 (2)	1,5 (3)
60-69 år	465	1,3 (6)	1,1 (1)	1,5 (2)	1,8 (2)	0,8 (1)
70år+	233	0,4 (1)	0,0	0,0	1,9 (1)	0,0

Tabell 3. Andeler med ikke stor sosial støtte totalt samt gruppert på kjønn, alder og utdanning

	Respos	Ikke stor	Utdanningsnivå			
	Totalt	sosial støtte	Grunnskole	Videregående	Universitet	Universitet
	n	Totalt	inntil 10 år	inntil 3 år	<4 år	>=4 år
		% (n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)
Begge kjønn						
Totalt	7045	62,0 (4369)	72,0 (585)	66,7 (1371)	61,1 (985)	55,7 (1413)
18-29 år	1488	65,1 (969)	76,9 (110)	67,4 (436)	65,0 (251)	55,1 (168)
30-39 år	1292	58,8 (760)	80,8 (63)	62,7 (185)	56,9 (178)	55,0 (332)
40-49 år	1414	59,1 (836)	81,0 (81)	64,4 (215)	57,2 (182)	54,0 (357)
50-59 år	1410	61,9 (873)	71,7 (132)	70,0 (280)	59,4 (183)	54,0 (275)
60-69 år	1004	63,9 (642)	64,7 (130)	65,2 (174)	70,4 (145)	58,6 (191)
70år+	437	66,1 (289)	64,5 (69)	72,3 (81)	57,5 (46)	67,2 (90)
Kvinner						
Totalt	3900	58,0 (2262)	68,7 (283)	62,1 (615)	57,9 (528)	52,6 (827)
18-29 år	882	62,4 (550)	78,4 (69)	64,1 (221)	62,2 (153)	53,0 (106)
30-39 år	742	54,2 (402)	64,5 (20)	60,5 (78)	53,5 (108)	51,6 (196)
40-49 år	770	53,4 (411)	76,3 (29)	56,0 (79)	55,4 (92)	49,5 (210)
50-59 år	758	58,4 (443)	72,4 (63)	65,4 (123)	55,0 (93)	52,1 (162)
60-69 år	541	58,6 (317)	56,3 (63)	57,4 (78)	65,3 (64)	57,0 (110)
70år+	207	67,2 (139)	69,7 (39)	69,2 (36)	58,1 (18)	66,2 (43)
Menn						
Totalt	3145	67,0 (2107)	75,3 (302)	71,1 (756)	65,4 (457)	60,7 (586)
18-29 år	606	69,1 (419)	74,6 (41)	71,2 (215)	70,0 (98)	59,1 (62)
30-39 år	550	65,1 (358)	91,5 (43)	64,5 (107)	63,1 (70)	60,7 (136)
40-49 år	644	66,0 (425)	83,9 (52)	70,5 (136)	59,2 (90)	62,0 (147)
50-59 år	652	66,0 (430)	71,1 (69)	74,1 (157)	64,8 (90)	57,1 (113)
60-69 år	463	70,2 (325)	75,3 (67)	73,3 (96)	75,0 (81)	60,9 (81)
70år+	230	65,2 (150)	58,8 (30)	75,0 (45)	57,1 (28)	68,1 (47)

3.2 Psykisk uhelse

3.2.1 Sammenheng mellom psykisk uhelse og kjønn, alder og utdanning

Tabell 4 viser resultater fra logistisk regresjonsanalyse av sammenhengen mellom psykisk uhelse og kjønn, alder og utdanning i ujustert analyse. Det er 1,36 ganger høyere odds (95% KI 1,18-1,57) for psykisk uhelse for kvinner enn for menn.

For begge kjønn samlet er det 16,09 ganger høyere odds (95% KI 8,51-30,44) for psykisk uhelse i den yngste aldersgruppen, 18-29 år, i forhold til den eldste aldersgruppen 70 år+. Gruppert på kjønn har kvinner 15,59 ganger og menn 14,72 ganger høyere odds (95% KI 6,84-35,57) (95% KI 5,37-40,34) for psykisk uhelse i den yngste aldersgruppen enn de som er 70 år+.

De som ikke har studert på høyskole eller universitet har samlet 1,60 ganger høyere odds (95% KI 1,39-1,84) for å slite psykisk enn de som har studert. For kvinner er det 1,67 og menn 1,66 ganger høyere odds (95% KI 1,40-2,00) (95% KI 1,33-2,08) for psykisk uhelse for de som ikke har studert i forhold til de som har utdanning fra høyskole eller universitet.

Jo kortere utdannelse dess høyere odds for psykisk uhelse. De med inntil 10 års grunnskole har samlet 1,91 ganger høyere odds (95% KI 1,53-2,39) for psykisk uhelse enn de som har studert 4 år eller mer, og kvinner 1,95 og menn 2,04 ganger høyere odds (95% KI 1,46-2,61) (95% KI 1,42-2,93).

Tabell 5 viser resultater fra logistisk regresjonsanalyse av sammenhengen mellom psykisk uhelse og kjønn, alder og utdanning justert for alder og kjønn. Når det justeres for alder er det 1,27 ganger høyere odds (95% KI 1,10-1,47) for kvinner enn menn for psykisk uhelse.

Aldersgruppene for begge kjønn samlet, justert for kjønn, viser at det er 15,66 ganger høyere odds (95% KI 8,28-29,63) for psykisk uhelse i den yngste aldersgruppen i forhold til den eldste aldersgruppen.

Lavere utdanning enn høyskole eller universitet, justert for alder og kjønn, gir en økt odds på 1,64 ganger (95% KI 1,42-1,91) for psykisk uhelse i forhold til de som har høyere utdanning. For kvinner er oddsen 1,61 og menn 1,65 ganger høyere (95% KI 1,33-1,95) (95% KI 1,31-2,08) når det justeres for alder (Dikotom).

Grunnskole som lengste utdanning, justert for alder og kjønn, gir 2,59 ganger høyere odds (95% KI 2,03-3,30) for psykisk uhelse for begge kjønn samlet i forhold til de som har studert i 4 år eller mer. Gruppert på kjønn og justert for alder hos kvinner har de 2,43 ganger og menn 2,69 ganger høyere odds (95% KI 1,77-3,35) (95% KI 1,85-3,93) for psykisk uhelse med grunnskoleutdanning i forhold til de med som har studert 4 år eller mer.

Tabell 6 viser resultater fra logistisk regresjonsanalyse av sammenhengen mellom psykisk uhelse og kjønn, alder, og økonomi, sivilstatus og KMI. Det er 1,32 ganger høyere odds (95% KI 1,12-1,54) for psykisk uhelse hos kvinner enn for menn når det justeres for alder, økonomi, sivilstatus og KMI.

For den yngste aldersgruppen samlet er det 10,06 ganger høyere odds (95% KI 5,23-19,34) i forhold til den eldste aldersgruppen for psykisk uhelse. For kvinner er det 11,43 og menn 6,81 ganger høyere odds (95% KI 4,91-26,58) (95% KI 2,41-19,28) for psykisk uhelse hos de i alderen 18-29 år i forhold til de som er 70 år+.

Når det justeres for alder, kjønn, sivilstatus, økonomi og KMI har de som ikke har studert på høgskole eller universitet 1,28 ganger høyere odds (95% KI 1,09-1,50) samlet for psykisk uhelse i forhold til de som har studert der. For kvinner er det tilsvarende, mens for menn er det ingen signifikant forskjell i odds for psykisk uhelse.

Med grunnskole som lengste utdanning er oddsen for psykisk uhelse til 1,67 ganger (95% KI 1,29-2,18) i forhold til de som har studert 4 år eller mer på høgskole eller universitet. For kvinner med grunnskole er det 1,63 og menn 1,61 ganger høyere odds (95% KI 1,15-2,31) (95% KI 1,06-2,44) for psykisk uhelse i forhold til de som har studert 4 år eller mer etter at det er justert for alder, kjønn, sivilstatus, økonomi og KMI.

3.3 Ensomhet

3.3.1 Sammenhengen mellom ensomhet og kjønn, alder og utdanning

Tabell 7 viser resultater fra logistisk regresjonsanalyse av sammenhengen mellom ensomhet og kjønn, alder og utdanning i en ujustert analyse. Det er ingen signifikant forskjell mellom kjønnene i oddsen for ensomhet.

For den yngste aldersgruppen, 18-29 år, er det samlet for begge kjønn 40,07 ganger høyere odds (95% KI 5,58-287,51) for ensomhet i forhold til den eldste aldersgruppen, 70 år+. For kvinner er det 5,46 ganger høyere odds (95% KI 2,81-10,62) for ensomhet blant den yngste i forhold til den eldste aldersgruppen, og for menn er det 17,78 ganger høyere odds (95% KI 2,43-129,90).

De som ikke har studert på høgskole eller universitet har samlet 1,81 ganger høyere odds (95% KI 1,44-2,27) for ensomhet enn de som har studert, og gruppert på kjønn har kvinner 1,60 og menn 2,25 ganger høyere odds (95% KI 1,18-2,16) (95% KI 1,56-3,25).

Grunnskoleutdanning i forhold til høyere studier på 4 år eller mer gir økt odds for ensomhet samlet på 2,02 ganger (95% KI 1,40-2,92), for kvinner 1,67 og menn 2,85 ganger høyere odds (95% KI 1,02-2,74) (95% KI 1,59-5,11).

Tabell 8 viser resultater fra logistisk regresjonsanalyse av sammenhengen mellom ensomhet og kjønn, alder og utdanning justert for alder og kjønn. Det er ingen signifikant forskjell i oddsen for ensomhet mellom kjønnene justert for alder.

Den yngste aldersgruppen har samlet 39,96 ganger høyere odds (95% KI 5,57-286,78) enn den eldste aldersgruppen for ensomhet justert for kjønn. Kvinner har 5,46 ganger høyere og menn 17,78 ganger høyere odds (95% KI 2,81-10,62) (95% KI 2,43-129,90) i den yngste aldersgruppen i forhold til den eldste for ensomhet. Størst er oddsen for menn i den nest yngste aldergruppen, 30-39 år, for opplevd ensomhet med 22,69 ganger høyere (95% KI 3,11-165,33) enn for den eldste aldersgruppen.

De som ikke har høgskole eller universitetsutdanning har samlet 1,85 ganger høyere odds (95% KI 1,46-2,35) for ensomhet enn de som har studert når det justeres for alder og kjønn. Kvinner med lavere utdanning enn høgskole eller universitet har 1,53 ganger og menn 2,33 ganger høyere odds (95% KI 1,11-2,10) (95% KI 1,60-3,40) for ensomhet justert for alder.

Grunnskole som lengste utdanning gir samlet 2,62 ganger høyere odds (95% KI 1,79-3,83) for ensomhet enn de som har studert i 4 år eller mer. For kvinner gir grunnskoleutdanning 1,95 ganger og for menn 3,97 ganger høyere odds (95% KI 1,17-3,26) (95% KI 2,17-7,25) for ensomhet enn de som har studert 4 år eller mer.

Tabell 9 viser resultater fra logistisk regresjonsanalyse av sammenhengen mellom ensomhet og kjønn, alder, og utdanning, justert for alder, kjønn, økonomi, sivilstatus og KMI. Det er ingen signifikant forskjell mellom kjønnene i oddsen for ensomhet justeringene.

Den yngste aldersgruppen har samlet 22,22 ganger høyere odds (95% KI 3,06-161,41) for ensomhet enn den eldste aldersgruppen etter at det er justert for alle variablene nevnt. Kvinner i aldersgruppen 18-29 år har 3,94 ganger høyere odds (95% KI 1,88-8,25) for ensomhet i forhold til den eldste aldersgruppen etter justeringene. For menn er det ingen signifikant forskjell mellom yngste og eldste aldersgruppe. Men det er 15,86 ganger høyere odds (95% KI 2,11-118,97) ensomhet i aldersgruppen 30-39 år hos menn i forhold til de som er 70 år+.

Det er ingen signifikant forskjell i oddsen for ensomhet for begge kjønn samlet eller hos kvinner mellom de som har og ikke har utdanning på høgskole eller universitet. For menn er det 1,56 ganger høyere odds (95% KI 1,03-2,36) for ensomhet hos de som har lavere utdanning enn høgskole eller universitet enn de som har studert.

Justert for alle variablene er det ingen signifikant forskjell i oddsen for ensomhet mellom de fire ulike utdanningsnivåene verken samlet for begge kjønn eller gruppert på kjønn i forhold til de som har studert i 4 år eller mer på høgskole eller universitet.

3.4 Ikke stor sosial støtte

3.4.1 Sammenhengen mellom ikke stor sosial støtte og kjønn, alder og utdanning

Tabell 10 viser resultater fra logistisk regresjonsanalyse av sammenhengen mellom ikke stor sosial støtte og kjønn, alder og utdanning i en ujustert analyse. Kvinner har redusert odds på 32 prosent (95% KI 0,62-0,75) for ikke stor sosial støtte i forhold til menn.

Det er ingen signifikant forskjell mellom yngste og eldste aldersgruppe samlet for begge kjønn eller for kvinner i denne aldersgruppen i odds for ikke stor sosial støtte. Men det er 27 (95% KI 0,58-0,92) og 26 prosent lavere odds (95% KI 0,59-0,93) for å oppleve at de ikke har stor sosial støtte i aldersgruppene henholdsvis 30-39 år og 40-49 år i forhold til den eldste aldersgruppen, 70 år+. Kvinner i aldersgruppen 40-49 år har 44 prosent lavere odds (95% KI 0,41-0,77) for å oppleve ikke stor sosial støtte i forhold til den eldste aldersgruppen. For menn

er det ingen signifikant forskjell i opplevelsen av å ikke ha stor sosial støtte i de ulike aldersgruppene i forhold til den eldste aldersgruppen.

Med lavere utdanning enn høyskole eller universitet er det samlet 1,57 ganger høyere odds (95% KI 1,42-1,73) for ikke stor sosial støtte enn de som har studert, og for kvinner er det 1,48 og menn 1,55 ganger høyere odds (95% KI 1,30-1,70) (95% KI 1,33-1,80).

Grunnskole som lengste utdanning gir samlet 2,04 ganger høyere odds (95% KI 1,72-2,43) for ikke stor sosial støtte enn de som har studert i fire år eller mer. Gruppert på kjønn har kvinner med grunnskoleutdanning 1,98 ganger og menn 1,98 ganger høyere odds (95% KI 1,57-2,49) (95% KI 1,52-2,57) for ikke stor sosial støtte i forhold til de som har studert 4 år eller mer.

Tabell 11 viser resultater fra logistisk regresjonsanalyse av sammenhengen mellom ikke stor sosial støtte og kjønn, alder og utdanning justert for alder og kjønn. Justert for alder har kvinner 32 prosent lavere odds (95% KI 0,62-0,75) for å ikke ha stor sosial støtte i forhold til menn.

Det er samlet for begge kjønn ingen signifikant forskjell mellom den yngste og den eldste aldersgruppen i odds for å ha ikke stor sosial støtte når det er justert for kjønn.

Aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år samlet har begge 24 prosent lavere odds (95% KI 0,60-0,95) og (95% KI 0,61-0,95) for ikke stor sosial støtte i forhold til den eldste aldersgruppen.

Utdanning justert for alder og kjønn viser at de som ikke har studert på høyskole eller universitet har samlet 1,47 ganger høyere odds (95% KI 1,32-1,62) for å ha ikke stor sosial støtte enn de som har studert. Gruppert på kjønn justert for alder har kvinner 1,40 ganger høyere odds (95% KI 1,22-1,61) og menn 1,54 ganger høyere odds (95% KI 1,32-1,79) for ikke stor sosial støtte med lavere utdanning enn høyskole eller universitet.

Justert for kjønn og alder gir grunnskole som lengste utdanning samlet 1,90 ganger høyere odds (95% KI 1,59-2,27) for ikke stor sosial støtte i forhold til de som har studert 4 år eller mer. Kvinner har 1,84 og menn 1,96 ganger høyere odds (95% KI 1,22-1,61) (95% KI 1,50-2,54) for å ikke ha stor sosial støtte ved grunnskole som lengste utdanning i forhold de som har studert i 4 år eller mer.

Tabell 12 viser resultater fra logistisk regresjonsanalyse av sammenhengen mellom ikke stor sosial støtte og kjønn, alder og utdanning, justert for alder, kjønn, økonomi, sivilstatus og KMI. Justert for alle variabler har kvinner 33 prosent redusert odds (95% KI 0,60-0,74) for å mangle stor sosial støtte i forhold til menn.

Den nest yngste aldersgruppen samlet for begge kjønn har 36 prosent lavere odds (95% KI 0,50-0,82) for å ha ikke stor sosial støtte enn den eldste aldersgruppen. For kvinner i aldersgruppen 40-49 år har lavest odds med 50 prosent (95% KI 0,36-0,71) for ikke stor sosial støtte i forhold til den eldste aldersgruppen. For menn er det bare den yngste aldersgruppen som er signifikant forskjellig fra den eldste aldersgruppen med 37 prosent lavere odds (95% KI 0,44-0,91) for ikke stor sosial støtte.

Ikke stor sosial støtte justert for alle variabler viser at de med lavere utdanning enn høgskole eller universitet har samlet 1,24 ganger høyere odds (95% KI 1,11-1,39) enn de som har studert, og kvinner 1,17 ganger og menn 1,32 ganger høyere odds (95% KI 1,01-1,35) (95% KI 1,12-1,56).

Grunnskole som lengste utdanning gir samlet 1,45 ganger høyere odds (95% KI 1,20-1,75) for å ikke ha stor sosial støtte enn de som har studert i 4 år eller mer, og for kvinner er det 1,38 og menn 1,49 ganger høyere odds (95% KI 1,07-1,77) (95% KI 1,12-1,98).

Psykisk uhelse

Modell 1

Tabell 4. Ujustert odds ratio for psykisk uhelse for alle deltakere og gruppert på kjønn

Risikofaktorer	Alle			Kvinner			Menn		
	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi
Kjønn									
Kvinne	1,36	(1,18-1,57)	<0,001						
Mann	1,00	Referanse							
Aldersgruppe									
18-29 år	16,09	(8,51-30,44)	<0,001	15,59	(6,84-35,57)	<0,001	14,72	(5,37-40,34)	<0,001
30-39 år	8,31	(4,36-15,83)	<0,001	5,88	(2,55-13,57)	<0,001	12,47	(4,53-34,33)	<0,001
40-49 år	5,71	(2,99-10,92)	<0,001	4,61	(1,99-10,70)	<0,001	7,25	(2,62-20,08)	<0,001
50-59 år	3,16	(1,63-6,13)	0,001	2,52	(1,07-5,95)	0,035	4,09	(1,45-11,52)	0,008
60-69 år	1,93	(0,96-3,87)	0,066	1,79	(0,73-4,40)	0,201	1,96	(0,64-5,97)	0,238
70 år+	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	
Utdanningsnivå									
Høgskole/universitet	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	
Ikke Høgskole/Uni	1,60	(1,39-1,84)	<0,001	1,67	(1,40-2,00)	<0,001	1,66	(1,33-2,08)	<0,001
Grunnskole < 10 år	1,91	(1,53-2,39)	<0,001	1,95	(1,46-2,61)	<0,001	2,04	(1,42-2,93)	<0,001
Videregående <3 år	1,79	(1,50-2,13)	<0,001	1,92	(1,53-2,40)	<0,001	1,82	(1,36-2,44)	<0,001
Høgskole/uni <4år	1,36	(1,12-1,65)	0,002	1,43	(1,12-1,82)	0,004	1,31	(0,94-1,84)	0,114
Høgskole/uni 4år+	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	

Modell 2

Tabell 5. Alders- og kjønnsjustert odds ratio for psykisk uhelse for alle deltakere og gruppert på kjønn

Risikofaktorer	Alle			Kvinner			Menn		
	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi
Kjønn									
Kvinne	1,27	(1,10-1,47)	0,001						
Mann	1,00	Referanse							

Aldersgruppe									
18-29 år	15,66	(8,28-29,63)	<0,001	15,59	(6,84-35,57)	<0,001	14,72	(5,37-40,34)	<0,001
30-39 år	8,11	(4,25-15,44)	<0,001	5,88	(2,55-13,57)	<0,001	12,47	(4,53-34,33)	<0,001
40-49 år	5,62	(2,94-10,73)	<0,001	4,61	(1,99-10,70)	<0,001	7,25	(2,62-20,08)	<0,001
50-59 år	3,11	(1,61-6,03)	0,001	2,52	(1,07-5,95)	0,035	4,09	(1,45-11,52)	0,008
60-69 år	1,89	(0,94-3,80)	0,074	1,79	(0,73-4,40)	0,201	1,96	(0,64-5,97)	0,238
70 år+	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	
Utdanningsnivå									
Høgskole/universitet	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	
Ikke Høgskole/Uni	1,64	(1,42-1,91)	<0,001	1,61	(1,33-1,95)	<0,001	1,65	(1,31-2,08)	<0,001
Grunnskole < 10 år	2,59	(2,03-3,30)	<0,001	2,43	(1,77-3,35)	<0,001	2,69	(1,85-3,93)	<0,001
Videregående <3 år	1,58	(1,31-1,91)	<0,001	1,52	(1,20-1,94)	0,001	1,65	(1,21-2,24)	0,001
Høgskole/uni <4år	1,22	(0,99-1,49)	0,058	1,16	(0,90-1,49)	0,261	1,32	(0,93-1,86)	0,120
Høgskole/uni 4år+	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	

Modell 3

Tabell 6. Odds ratio for psykisk uhelse justert for alder, kjønn, utdanning, økonomi, sivilstatus og KMI for alle deltakere og gruppert på kjønn

Risikofaktorer	Alle			Kvinner			Menn		
	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi
Kjønn									
Kvinne	1,32	(1,12-1,54)	0,001						
Mann	1,00	Referanse							
Aldersgruppe									
18-29 år	10,06	(5,23-19,34)	<0,001	11,43	(4,91-26,58)	<0,001	6,81	(2,41-19,28)	<0,001
30-39 år	6,43	(3,33-12,43)	<0,001	5,18	(2,20-12,22)	<0,001	7,74	(2,74-21,83)	<0,001
40-49 år	4,44	(2,29-8,61)	<0,001	3,92	(1,66-9,27)	0,002	4,80	(1,70-13,06)	0,003
50-59 år	2,54	(1,30-4,97)	0,006	2,22	(0,93-5,31)	0,073	2,97	(1,04-8,55)	0,043
60-69 år	1,64	(0,81-3,34)	0,172	1,56	(0,62-3,90)	0,342	1,63	(0,53-5,04)	0,398
70 år+	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	
Utdanningsnivå									
Høgskole/universitet	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	
Ikke Høgskole/Uni	1,28	(1,09-1,50)	0,003	1,28	(1,04-1,57)	0,021	1,26	(0,97-1,63)	0,078
Grunnskole < 10 år	1,67	(1,29-2,18)	<0,001	1,63	(1,15-2,31)	0,006	1,61	(1,06-2,44)	0,026

Videregående <3 år	1,23	(1,00-1,50)	0,050	1,24	(0,96-1,61)	0,097	1,19	(0,85-1,67)	0,306
Høgskole/uni <4år	1,08	(0,87-1,34)	0,483	1,09	(0,84-1,42)	0,520	1,05	(0,72-1,52)	0,812
Høgskole/uni 4år+	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	

Ensomhet

Modell 1

Tabell 7. Ujustert odds ratio for ensomhet for alle deltakere og gruppert på kjønn

Risikofaktorer	Alle			Kvinner			Menn		
	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi
Kjønn									
Kvinne	1,10	(0,87-1,38)	0,427						
Mann	1,00	Referanse							
Aldersgruppe									
18-29 år	40,07	(5,58-287,51)	<0,001	5,46	(2,81-10,62)	<0,001	17,78	(2,43-129,90)	0,005
30-39 år	27,16	(3,77-195,86)	0,001	2,00	(0,96-4,16)	0,065	22,69	(3,11-165,33)	0,002
40-49 år	18,04	(2,49-130,72)	0,004	2,69	(1,32-5,45)	0,006	7,11	(0,95-53,41)	0,057
50-59 år	11,10	(1,52-81,23)	0,018	1,59	(0,74-3,78)	0,232	4,73	(0,62-36,39)	0,135
60-69 år	7,04	(0,93-53,24)	0,059	1,00	Utelatt		3,03	(0,36-25,34)	0,306
70 år+	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	
Utdanningsnivå									
Høgskole/universitet	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	
Ikke Høgskole/Uni	1,81	(1,44-2,27)	<0,001	1,60	(1,18-2,16)	0,002	2,25	(1,56-3,25)	<0,001
Grunnskole < 10 år	2,02	(1,40-2,92)	<0,001	1,67	(1,02-2,74)	0,040	2,85	(1,59-5,11)	<0,001
Videregående <3 år	1,95	(1,46-2,61)	<0,001	1,71	(1,18-2,49)	0,005	2,60	(1,59-4,27)	<0,001
Høgskole/uni <4år	1,24	(0,88-1,74)	0,225	1,17	(0,77-1,79)	0,454	1,45	(0,80-2,62)	0,222
Høgskole/uni 4år+	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	

Modell 2

Tabell 8. Alders- og kjønnsjustert odds ratio for ensomhet for alle deltakere og gruppert på kjønn

Risikofaktorer	Alle			Kvinner			Menn		
	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi
Kjønn									
Kvinne	1,02	(0,81-1,29)	0,854						
Mann	1,00	Referanse							
Aldersgruppe									
18-29 år	39,96	(5,57-286,78)	<0,001	5,46	(2,81-10,62)	<0,001	17,78	(2,43-129,90)	0,005
30-39 år	27,09	(3,76-195,43)	0,001	2,00	(0,96-4,16)	0,065	22,69	(3,11-165,33)	0,002
40-49 år	18,01	(2,49-130,50)	0,004	2,69	(1,32-5,45)	0,006	7,11	(0,95-53,41)	0,057
50-59 år	11,08	(1,51-81,11)	0,018	1,59	(0,74-3,38)	0,232	4,73	(0,62-36,39)	0,135
60-69 år	7,03	(0,93-53,16)	0,059	NA	NA		3,03	(0,36-25,34)	0,306
70+ år	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	
Utdanningsnivå									
Høgskole/universitet	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	
Ikke Høgskole/Uni	1,85	(1,46-2,35)	<0,001	1,53	(1,11-2,10)	0,008	2,33	(1,60-3,40)	<0,001
Grunnskole < 10 år	2,62	(1,79-3,83)	<0,001	1,95	(1,17-3,26)	0,011	3,97	(2,17-7,25)	<0,001
Videregående <3 år	1,77	(1,31-2,41)	<0,001	1,41	(0,95-2,09)	0,090	2,55	(1,53-4,25)	<0,001
Høgskole/uni <4år	1,14	(0,81-1,61)	0,463	1,00	(0,65-1,54)	0,994	1,54	(0,84-2,81)	0,160
Høgskole/uni 4år+	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	

Modell 3

Tabell 9. Odds ratio for ensomhet justert for alder, kjønn, utdanning, økonomi, sivilstatus og KMI for alle deltakere og gruppert på kjønn

Risikofaktorer	Alle			Kvinner			Menn		
	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi
Kjønn									
Kvinne	1,02	(0,79-1,31)	0,881						
Mann	1,00	Referanse							
Aldersgruppe									

18-29 år	22,22	(3,06-161,41)	0,002	3,94	(1,88-8,25)	<0,001	5,71	(0,75-43,32)	0,092
30-39 år	21,50	(2,95-156,95)	0,002	1,70	(0,77-3,79)	0,192	15,86	(2,11-118,97)	0,007
40-49 år	13,70	(1,87-100,33)	0,010	2,19	(1,01-4,75)	0,046	4,77	(0,62-36,81)	0,134
50-59 år	9,00	(1,22-66,35)	0,031	1,38	(0,62-3,07)	0,435	3,67	(0,47-28,88)	0,217
60-69 år	6,34	(0,83-48,42)	0,075	NA	NA		2,51	(0,29-21,40)	0,401
70 år+	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	

Utdanningsnivå

Høgskole/universitet	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	
Ikke Høgskole/Uni	1,26	(0,98-1,63)	0,075	1,06	(0,76-1,48)	0,735	1,56	(1,03-2,36)	0,036
Grunnskole < 10 år	1,34	(0,89-2,02)	0,165	1,01	(0,58-1,75)	0,982	1,92	(0,99-3,74)	0,053
Videregående <3 år	1,16	(0,84-1,61)	0,368	0,96	(0,64-1,46)	0,860	1,74	(0,99-3,05)	0,053
Høgskole/uni <4år	0,91	(0,63-1,31)	0,614	0,83	(0,53-1,30)	0,425	1,30	(0,69-2,47)	0,414
Høgskole/uni 4år+	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	

Ikke stor sosial støtte

Modell 1

Tabell 10. Ujustert odds ratio for ikke stor sosial støtte for alle deltakere og gruppert på kjønn

Risikofaktorer	Alle			Kvinner			Menn		
	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi
Kjønn									
Kvinne	0,68	(0,62-0,75)	<0,001						
Mann	1,00	Referanse							
Aldersgruppe									
18-29 år	0,96	(0,76-1,20)	0,696	0,81	(0,59-1,12)	0,199	1,20	(0,87-1,65)	0,277
30-39 år	0,73	(0,58-0,92)	0,007	0,58	(0,42-0,80)	0,001	0,99	(0,72-1,37)	0,973
40-49 år	0,74	(0,59-0,93)	0,009	0,56	(0,41-0,77)	<0,001	1,04	(0,75-1,42)	0,831
50-59 år	0,83	(0,66-1,04)	0,111	0,69	(0,50-0,95)	0,024	1,03	(0,75-1,42)	0,840
60-69 år	0,91	(0,72-0,15)	0,425	0,69	(0,49-0,97)	0,032	1,26	(0,90-1,76)	0,184
70 år+	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	
Utdanningsnivå									
Høgskole/universitet	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	
Ikke Høgskole/Uni	1,57	(1,42-1,73)	<0,001	1,48	(1,30-1,70)	<0,001	1,55	(1,33-1,80)	<0,001

Grunnskole < 10 år	2,04	(1,72-2,43)	<0,001	1,98	(1,57-2,49)	<0,001	1,98	(1,52-2,57)	<0,001
Videregående <3 år	1,60	(1,42-1,80)	<0,001	1,48	(1,25-1,73)	<0,001	1,59	(1,32-1,92)	<0,001
Høgskole/uni <4år	1,25	(1,10-1,42)	<0,001	1,24	(1,05-1,46)	<0,001	1,22	(1,00-1,50)	0,050
Høgskole/uni 4år+	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	

Modell 2

Tabell 11. Alders- og kjønnsjustert odds ratio for ikke stor sosial støtte for alle deltakere og gruppert på kjønn

Risikofaktorer	Alle			Kvinner			Menn		
	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi
Kjønn									
Kvinne	0,68	(0,62-0,75)	<0,001						
Mann	1,00	Referanse							
Aldersgruppe									
18-29 år	1,00	(0,80-1,25)	0,994	0,81	(0,59-1,12)	0,199	1,20	(0,87-1,65)	0,277
30-39 år	0,76	(0,60-0,95)	0,018	0,58	(0,42-0,80)	0,001	0,99	(0,72-1,37)	0,973
40-49 år	0,76	(0,61-0,95)	0,017	0,56	(0,41-0,77)	<0,001	1,04	(0,75-1,42)	0,831
50-59 år	0,85	(0,68-1,07)	0,166	0,69	(0,50-0,95)	0,024	1,03	(0,75-1,42)	0,840
60-69 år	0,93	(0,73-1,18)	0,553	0,69	(0,49-0,97)	0,032	1,26	(0,90-1,76)	0,184
70 år+	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	
Utdanningsnivå									
Høgskole/universitet	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	
Ikke Høgskole/Uni	1,47	(1,32-1,62)	<0,001	1,40	(1,22-1,61)	<0,001	1,54	(1,32-1,79)	<0,001
Grunnskole < 10 år	1,90	(1,59-2,27)	<0,001	1,84	(1,45-2,34)	<0,001	1,96	(1,50-2,54)	<0,001
Videregående <3 år	1,48	(1,30-1,67)	<0,001	1,39	(1,18-1,64)	<0,001	1,57	(1,30-1,90)	<0,001
Høgskole/uni <4år	1,21	(1,06-1,37)	0,004	1,20	(1,02-1,42)	0,029	1,21	(0,99-1,49)	0,064
Høgskole/uni 4år+	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	

Modell 3

Tabell 12. Odds ratio for ikke stor sosial støtte justert for alder, kjønn, utdanning, økonomi, sivilstatus og KMI for alle deltakere og gruppert på kjønn

Risikofaktorer	Alle			Kvinner			Menn		
	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi
Kjønn									
Kvinne	0,67	(0,60-0,74)	<0,001						
Mann	1,00	Referanse							
Aldersgruppe									
18-29 år	0,67	(0,52-0,86)	0,002	0,60	(0,42-0,85)	0,004	0,63	(0,44-0,91)	0,013
30-39 år	0,64	(0,50-0,82)	<0,001	0,52	(0,36-0,73)	<0,001	0,72	(0,51-1,02)	0,066
40-49 år	0,66	(0,52-0,84)	0,001	0,50	(0,36-0,71)	<0,001	0,81	(0,58-1,14)	0,232
50-59 år	0,79	(0,63-1,01)	0,057	0,66	(0,47-0,93)	0,018	0,91	(0,65-1,28)	0,600
60-69 år	0,91	(0,71-1,17)	0,469	0,69	(0,49-0,98)	0,040	1,20	(0,85-1,71)	0,305
70 år+	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	
Utdanningsnivå									
Høgskole/universitet	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	
Ikke Høgskole/Uni	1,24	(1,11-1,39)	<0,001	1,17	(1,01-1,35)	0,039	1,32	(1,12-1,56)	0,001
Grunnskole < 10 år	1,45	(1,20-1,75)	<0,001	1,38	(1,07-1,77)	0,013	1,49	(1,12-1,98)	0,006
Videregående <3 år	1,23	(1,08-1,40)	0,002	1,15	(0,97-1,38)	0,113	1,33	(1,09-1,63)	0,005
Høgskole/uni <4år	1,08	(0,94-1,24)	0,264	1,09	(0,91-1,30)	0,340	1,08	(0,88-1,34)	0,475
Høgskole/uni 4år+	1,00	Referanse		1,00	Referanse		1,00	Referanse	

4 DISKUSJON

Denne tverrsnittsstudien med spørreskjema-data fra en generell voksen befolkning i en norsk kommune viser at andelen med psykisk uhelse, ensomhet og manglende sosial støtte varierer blant kvinner og menn, aldersgrupper og utdanningsnivå.

4.1 Psykisk uhelse

Studien viser at 13,5 prosent i et tilfeldig utvalg fra den generelle befolkningen i Tromsø kommune har et stort symptomtrykk for psykisk uhelse.

I Fylkeshelseundersøkelsene fra Troms og Finnmark hadde befolkningen en andel på 13,1 prosent (2019), i Agder 13,6 prosent (2019) og i Nordland 12,7 prosent (januar 2020) med stort symptomtrykk for psykisk uhelse (23, 29, 30). De 15 viktigste norske og internasjonale epidemiologiske studiene av forekomst av psykiske lidelser i befolkningen viser at gjennomsnittlig vil mellom 16 og 22 prosent av den voksne befolkningen ha en psykisk lidelse i løpet av 12 måneder. Undersøkelsene hadde hovedfokus på angstlidelser, depressive lidelser og rusbrukslidelser som er de vanligste psykiske lidelsene (31). Og ifølge FHI vil mellom 30 og 50 prosent få en psykisk lidelse løpet av livet (8).

Tromsø kommunes befolkning har en andel med psykisk uhelse samlet, som ikke skiller seg mye ut fra resultater gjort i de øvrige Fylkeshelseundersøkelsene. De forskjellige studiene bruker ulike måleinstrumenter, inkluderer og ekskluderer ulike undergrupper av befolkningen og presenterer data i ulike aldersgrupper, derfor vil det ikke være mulig å sammenligne helt nøyaktig ulike studier. Tidsintervallene i nevnte undersøkelser er også ulike.

4.1.1 Kjønnforskjeller i psykisk uhelse

Det er 1,36 ganger høyere odds (95% KI 1,18-1,57) for psykisk uhelse blant kvinner enn hos menn i Tromsø kommune. Andelen kvinner som sliter psykisk er 15,1 prosent og hos menn 11,5 prosent.

Andelen kvinner med psykisk uhelse i fylkeshelseundersøkelsene i Troms og Finnmark var på 14,8 prosent, i Nordland 14,6 prosent og i Agder 15,2 prosent og for menn var andelen henholdsvis 11,0 prosent, 10,5 prosent og 11,9 prosent (23, 29, 30). Nasjonale studier viser at

mellom 10 og 30 prosent av kvinner oppgir å ha psykiske plager og blant menn er det mellom 10 og 20 prosent (10).

Tromsø kommune skiller seg ikke så mye ut fra resultatene i de øvrige fylkeshelseundersøkelsene gjort før pandemien når det gjelder andelen psykisk uhelse og kjønn. Sammenlignet med eget fylke, Troms og Finnmark fylke, så ligger andelen med psykisk uhelse hos kvinner med 0,3 og menn 0,5 prosentpoeng høyere i Tromsø kommune.

4.1.2 Aldersforskjeller i psykisk uhelse

Det er langt flere unge under 30 år, 16,09 ganger høyere odds (95% KI 8,51-30,44), som har ett stort symptomtrykk enn de som er 70 år eller eldre hos begge kjønn samlet. Andelen hos unge kvinner (18-29 år) er 32,4 prosent og hos unge menn 20,7 prosent. Andelen og oddsen for psykisk uhelse reduseres med alderen.

I Folkehelse rapporten «Psykiske plager og lidelser» er de nyeste studiene samlet; Levekårsundersøkelsen til SSB (2019), Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT, 2017-2019), Fylkeshelseundersøkelsen i Vestland (2022) og Studentenes helse- og trivselsundersøkelse for psykiske plager og lidelser hos voksne, og viser at i aldersgruppen 20-29 år er andelen psykiske plager hos kvinner høyest og høy i aldersgruppen 30-39 år. Kvinnelige studenter har en andel på 48 prosent som har psykiske plager. Menn har høyest andel i 20-39 års alderen og mannlige studenter har en andel på 30 prosent med psykiske plager. I 2019 var andelen kvinner med psykiske plager i alderen 16-24 år 23 prosent og i alderen 25-44 år 16 prosent (10).

Denne studien viser at andelen unge som sliter psykisk i Tromsø kommune er høy, spesielt for unge kvinner. Tromsø kommune er en stor studentby med mange unge studenter. I dataen til denne studien kommer det ikke frem hvilket yrke/utdannings situasjon deltakerne er i. Det er grunn til å anta at flere av deltakerne var studenter på det gitte tidspunktet og at spørreundersøkelsen har pågått i en tid da det gjennomføres eksamener med ekstra stort studiepress vil kunne ha påvirket resultatene i denne studien negativt. På den andre siden så er det generelt en høy andel deltakere med utdanning på høyskole og universitetsnivå som har svart på denne undersøkelsen og de som er eldre og ferdigutdannet vil kunne ha påvirket svarene i en positiv retning. Hvor mye det vil ha påvirket svarene i enten negativ eller positiv retning totalt for de ulike aldersgruppene er vanskelig å si.

4.1.3 Sosioøkonomiske forskjeller i psykisk uhelse

I denne studien var det 59,1 prosent av innbyggerne i Tromsø kommune, 18 år eller eldre, som hadde utdanning fra høgskole eller universitet. Andelen med psykisk uhelse reduseres med økt lengde på utdannelsen. Det er nesten dobbelt så høye odds ratio, OR 1,91 (95% KI 1,53-2,39), for psykisk uhelse hos de med grunnskole i forhold til de som har studert i 4 år eller mer. De med grunnskole har en andel for psykisk uhelse på 17,4 prosent og de med 4 år eller mer på høgskole eller universitet 10,0 prosent. Kvinner har en høyere andel psykisk uhelse enn menn på alle utdanningsnivå. Høyest andel psykisk uhelse er hos unge kvinner med grunnskoleutdanning i alderen 18-29 år med en andel på 46,6 prosent og i aldersgruppen 40-46 år på 36,8 prosent. Kvinner med videregående utdanning i aldersgruppen 30-39 år har også en høy andel på 35,9 prosent. Høyest andel menn med stort symptomtrykk for psykisk uhelse er i aldersgruppen 30-39 år med grunnskoleutdanning med 29,8 prosent.

Lav sosioøkonomisk status er systematisk assosiert med økt grad av depresjon ifølge WHO (32). Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har ofte en lavere sosioøkonomisk status i forhold til resten av befolkningen. Om lav sosial status skyldes sosiale forhold som risikofaktor (social causation) og eller om det er en konsekvens av de psykiske plagene (social drift) er usikkert (10). Høy andel med høyere utdanning i kommunen skulle tilsi en lavere andel med psykisk uhelse enn i resten av landet, men samlet skiller ikke Tromsø kommune seg fra øvrige fylker i den totale andelen psykisk uhelse. Men en høy andel unge som sliter psykisk i kommunen kan være med på å dra opp den totale andelen med psykisk uhelse.

4.1.4 Psykisk uhelse justert for alder og kjønn

Når det justeres for alder reduseres kjønnsforskjellene for psykisk uhelse fra ujustert odds ratio 1,36 (95% KI 1,18-1,57) til 1,27 (95% KI 1,10-1,47) (Se tabell 4 og 5).

Justert for kjønn endres odds ratio i yngste aldersgruppe (18-29 år) i forhold til eldste aldersgruppe (70 år+) fra ujustert 16,09 (95% KI 8,51-30,44) til 15,66 (95% KI 8,28-29,63).

Utdanning justert for alder og kjønn gir økt odds ratio for psykisk uhelse for de med kortere utdanning enn høgskole eller universitet i forhold til de som har studert lengre, odds ratio endres fra ujustert 1,60 (95% KI 1,39-1,84) til 1,64 (95% KI 1,42-1,91).

Justert for alder og kjønn reduseres kjønnsforskjellene og forskjellen mellom yngste og eldste aldersgruppe i odds ratio for psykisk uhelse. Utdanning justert for alder og kjønn viser den totale effekten av utdanning og betydningen av at lengre utdanning for god psykisk helse blir viktigere når det justeres for alder og kjønn.

4.1.5 Psykisk uhelse justert for alder, kjønn, sivilstatus, økonomi og KMI

Når det justeres for alder, sivilstatus, økonomi og KMI reduseres odds ratio for psykisk uhelse hos kvinner i forhold til menn fra ujusterte 1,36 (95% KI 1,18-1,57) til 1,32 (95% KI 1,12-1,54) (Se tabell 4 og 6).

Aldersgrupper justert for kjønn, sivilstatus, økonomi og KMI endrer odds ratio mye for psykisk uhelse i aldersgruppen 18-29 år i forhold til aldersgruppen 70 år+ og ujustert odds ratio. Ujustert odds ratio er 16,09 (95% KI 8,51-30,44) og justert 10,06 (95% KI 5,23-19,34).

Utdanning justert for alder, kjønn, sivilstatus, økonomi og KMI får en lavere odds ratio for de som ikke har studert på høyskole eller universitet i forhold til de som har studert der enn den ujusterte. Ujustert odds ratio for psykisk uhelse for de med lavere utdanning er 1,60 (95% KI 1,39-1,84) og justert 1,28 (95% KI 1,09-1,50).

Det er mindre kjønnsforskjeller i psykisk uhelse når det justeres for alder, kjønn, sivilstatus, økonomi og KMI enn ujustert, men høyere enn når det bare justeres for alder (Se tabell 4, 5 og 6).

Justert for sivilstatus, økonomi og KMI i tillegg til alder og kjønn, ser man at kjønnsforskjellene minskes og betydningen av høyere utdanning reduseres mellom de med kortest- i forhold til de med lengst utdannelse. Kjønn, sivilstatus, økonomi og KMI ser ut til å ha stor innvirkning på den psykiske uhelsen til den yngste i forhold til den eldste aldergruppen.

Justeringsvariablene alder, kjønn, sivilstatus, økonomi og KMI påvirker utfallene av psykisk uhelse forskjellig ifra når det bare justeres for alder og kjønn. Sivilstatus, økonomi og KMI kan være mulige mediatorer. Prediktorene påvirker utfallsvariablene direkte eller indirekte via mediatorene.

4.2 Ensomhet og ikke stor sosial støtte

Ensomhet er det motsatte av stor sosial støtte.

Det er 4,4 prosent av den voksne befolkningen i Tromsø kommune som er sterkt plaget av ensomhet og 62 prosent manglet stor sosial støtte.

Folkehelseundersøkelsen i Sogn og Fjordane-2019 viser at 12,1 prosent samlet for begge kjønn ofte eller svært ofte var ensomme, 13,1 prosent av kvinnene og 11,0 prosent av mennene (33). I en studie gjort av European Social Survey, som gjennomføres annethvert år i en rekke europeiske land, samt Israel, viste at 3 prosent av Norges befolkning hadde kjent på ensomhet litt, mesteparten eller hele tiden den siste uken (17). En undersøkelse gjort av Statistisk sentralbyrå i 2017 viste en andel på 16 prosent som plagdes litt, ganske mye og mye med ensomhet i løpet av de siste 14 dagene, og en annen undersøkelse fra mars 2020 viste en andel på 11 prosent som plagdes mye, kvinner 12 prosent og menn 11 prosent (17, 34). Før koronapandemien var gjennomsnittlig andel ensomme målt i syv fylker 14 prosent og under pandemien var det 23 prosent ensomme i Oslo og 17 prosent i Agder ifølge FHI's undersøkelser (35).

Ulike studier viser ulike andeler av den norske befolkningen som føler seg ensomme. I denne studien er det brukt tre spørsmål fra «The Three-Item Loneliness Scale» (T-ILS) med svaralternativer fra 1-5. I Fylkeshelseundersøkelsene gjort i Troms og Finnmark, Nordland og Agder ble det brukt et spørsmål om opplevelsen av ensomhet de siste 7 dagene med besvarelse ved bruk av 11-punkts skalaer (0-10) hentet fra en rapport om livskvalitet. Svarene ble oppgitt som gjennomsnittsskår og ikke prosenter og blir ikke nevnt her.

Andel ensomme i Tromsø kommune er lav sammenlignet med øvrige studier nevnt ovenfor foruten om resultatene fra undersøkelsen gjort av European Social Survey som har en lavere andel ensomme. Spørsmålene i denne studien om ensomhet hadde ingen begrenset tidsintervall, men i flere av de nevnte undersøkelsene over er det spurt om følelsen av ensomhet sist uke og siste fjorten dager. Denne studien har også begrenset svaret til de som plages mye med ensomhet, mens flere av undersøkelsene over også har med de som plages litt og ganske mye i tillegg. Dette gir ett innblikk i hvordan svarene varierer etter hvordan spørsmålene blir stilt i tillegg til naturlig variasjon i andelen ensomme og gjør det dermed ikke mulig å sammenligne andelene.

4.2.1 Aldersforskjeller i ensomhet og ikke stor sosial støtte

Størst andel ensomme er i den yngste aldersgruppen med 8,4 prosent og minst i den eldste med 0,2 prosent. Andelen ensomme reduseres med økt alder. Det er 40,07 ganger høyere odds (95% KI 5,58-287,51) for ensomhet i den yngste i forhold til den eldste aldersgruppen.

SSBs analyse fra 2021 viser at høyest andel ensomme er i alderen 18-24 år med totalt 23 prosent som har plagdes mye de siste 14 dagene, 25 prosent kvinner og 22 prosent menn. For menn reduseres andelen ensomme med årene, men for kvinner er det en økning etter 75 år (17). Ensomhet har en U-formet alderskurve der unge og eldre er de som plages mest med ensomhet (36). Dette kan skyldes at flere menn (66 prosent) enn kvinner (25 prosent) over åtti år lever i parforhold (17).

Resultatene fra denne studien viser et samsvar med øvrige undersøkelser der andelen ensomme er høyest hos unge og reduseres med alderen. Men denne studien viser ingen sikker U-formet alderskurv der den eldste aldersgruppen har en økning i andelen ensomme. Figur 2 viser en økt andel ensomme for menn 70 år+ med utdanning på inntil 4 år på høgskole eller universitet. Det er i midlertidig bare én (1,9 prosent) av 233 menn som har svart at han er ensom, noe som ikke gjør resultatet representativt for utvalget. En årsak til at det ikke er en slik forventet U-kurve kan være at det muligens ikke er så mange enslige kvinner over 75 år som er med i denne studien, eller at de som er med og over 75 år ikke føler seg ensomme.

For ikke stor sosial støtte er det en U-formet kurve for alder, hvor den yngste (18-29 år) og den eldste aldersgruppen (70 år+) har størst andel som ikke har stor sosial støtte, med henholdsvis 65,1 og 66,1 prosent. Det er ingen signifikant forskjell mellom disse to aldersgruppene (Tabell 10). Høyest andel med sterk sosial støtte er i aldersgruppene midt i livet, hvorav høyest i aldersgruppen 30-39 og 40-49 år med 58,8 og 59,1 prosent (Tabell 3). For menn er det ingen signifikant forskjell for ikke stor sosial støtte i noen aldersgrupper i forhold til den eldste aldersgruppen.

4.2.2 Kjønnforskjeller i ensomhet og ikke stor sosial støtte

Det er 4,6 prosent ensomme kvinner og 4,2 prosent ensomme menn, men ingen signifikant forskjell mellom kjønnene i odds for ensomhet.

Andelen uten stor sosial støtte er 58 prosent hos kvinner og 67 prosent hos menn. Det 0,68 ganger høyere odds (95% KI 0,62-0,75) for ikke stor sosial støtte hos kvinner enn hos menn. Flere kvinner enn menn har stor sosial støtte.

4.2.3 Sosioøkonomiske forskjeller i ensomhet og ikke stor sosial støtte

Høyest andel ensomme samlet er hos de med grunnskole som lengste fullførte utdanning med 16,3 prosent. Høyest andel ensomme kvinner er hos de med grunnskoleutdanning i aldersgruppene 18-29 år med 15,9 prosent og 40-49 år med 13,2 prosent. Hos menn er høyest andel ensomme i aldersgruppen 18-29 år med grunnskoleutdanning med 17,0 prosent og i aldersgruppen 30-39 år med videregående utdanning med 11,5 prosent. For begge kjønn samlet er det 1,81 ganger høyere odds (95% KI 1,44-2,27) for de som ikke har studert på høyskole eller universitet, i forhold til de som har studert der, for å føle seg ensomme.

Høyere utdanningsnivå har større betydning for menn i forhold til kvinner når det gjelder å redusere ensomhet. Menn med grunnskoleutdanning har 2,85 ganger høyere odds (95% KI 1,59-5,11) for ensomhet i forhold de som har studert i 4 år eller mer på høyskole eller universitet. Hos kvinner er tilsvarende odds 1,67 (95% KI 1,02-2,74).

Resultatene er i samsvar med hva annen forskning sier om at desto høyere utdanningsnivå jo lavere andel ensomhet. I livskvalitetsundersøkelsen 2020 var det 18 prosent av de med grunnskoleutdanning som oppga at de var mye plaget av ensomhet, mens blant de som hadde fullført høyere utdanning var det 7 prosent (37).

Andelen som mangler stor sosial støtte er høyest blant de med grunnskole (72,0 prosent) og minst blant de som har studert 4 år eller mer på høyskole eller universitet (55,7 prosent). Odds for ikke stor sosial støtte er 1,57 (95% KI 1,42-1,73) for de som har lavere utdannelse i forhold til de med høyskole eller universitetsutdanning.

De med grunnskoleutdanning har dobbelt så stor odds, 2,04 (95% KI 1,72-2,43), for ikke stor sosial støtte i forhold til de som har studert i 4 år eller mer. Det er en signifikant forskjell mellom hvert utdanningsnivå i forhold til de som har studert 4 år eller mer der lavere utdanningsnivå gir høyere odds for ikke stor sosial støtte. Hvert utdanningsnivå ned gir økt odds for å mangle stor sosial støtte.

4.2.4 Ensomhet og ikke stor sosial støtte justert for alder og kjønn

Kjønnsforskjellene for ensomhet er ikke signifikante verken før eller etter justering for alder (Se tabell 7 og 8).

Når det justeres for kjønn endres odds ratio for ensomhet i ulike aldersgrupper lite. For den yngste aldersgruppen (18-29 år) er den ujusterte odds ratio 40,07 (95% KI 5,58-287,51) og den justerte 39,96 (95% KI 5,57-286,78).

Etter at utdanning er justert for alder og kjønn er oddsen litt høyere enn ujustert. Ujustert odds ratio for ensomhet for de som ikke har studert på høyskole eller universitet i forhold til de som har studert der er 1,81 (95% KI 1,44-2,27) og justert 1,85 (95% KI 1,46-2,35). Etter justering for alder og kjønn bli lengre utdanning viktigere for å ikke føle seg ensom.

Odds for ikke stor sosial støtte for kvinner i forhold til menn endres ikke når det justeres for alder. Aldersgrupper justert for kjønn endrer odds marginalt i forhold til ujustert. Utdanning justert for alder og kjønn endrer odds ratio for ikke stor sosial støtte fra 1,57 (95% KI 1,42-1,73) til 1,47 (95% KI 1,32-1,62) for de som ikke har studert på høyskole eller universitet i forhold til de som har studert. Justert for alder og kjønn blir lengre utdanning mindre viktig enn kortere utdanning når det gjelder å ikke ha stor sosial støtte.

4.2.5 Ensomhet og ikke stor sosial støtte justert for alder, kjønn, sivilstatus, økonomi og KMI

Kjønn justert for alder, sivilstatus, økonomi og KMI viser ingen signifikant forskjell mellom kvinner og menn i odds for ensomhet (Se tabell 7 og 9).

Det er stor endring i odds for ensomhet i den yngste aldersgruppen i forhold til den eldste når det justeres for kjønn, sivilstatus, økonomi og KMI. Ujustert odds ratio er 40,07 (95% KI 5,58-287,51) og justert 22,22 (95% KI 3,06-161,41). I de øvrige aldersgruppene er det ikke like stor endring etter justering.

Når utdanning justeres for alder, kjønn, sivilstatus, økonomi og KMI blir odds for ensomhet ikke signifikant forskjellig mellom de som ikke har studert på høyskole eller universitet i forhold til de som har studert der samlet for begge kjønn og for kvinner. For menn er det fortsatt en signifikant forskjell, men det blir mindre forskjell mellom kort og lang utdanning i

odds for ensomhet. Odds for ensomhet hos menn som ikke har studert på høyskole eller universitet er ujustert 2,25 (95% KI 1,56-3,25) og justert 1,56 (95% KI 1,03-2,36).

Justert for sivilstatus, økonomi og KMI i tillegg til alder og kjønn ser det ut til å påvirke ensomhet i den yngste aldersgruppen mest. Odds for ensomhet mellom yngste og eldste aldersgruppe blir nesten halvert. Utdanningsnivået har ikke noe å si for om kvinner føler seg ensomme, men for menn er det fortsatt økt odds for ensomhet for de som ikke har studert på høyskole eller universitet i forhold til de som har studert der.

Også annen forskning viser at sivilstatus påvirker følelsen av ensomhet. De som er enslige har en langt høyere andel som plages med ensomhet, 22 prosent, i forhold til de som har en partner hvor 6 prosent føler seg ensomme. Enslige menn har en andel på 30 prosent og kvinner 26 prosent som plages mye med ensomhet. Videre viser undersøkelsen at de som har en vanskelig økonomisk situasjon har en andel på 33 prosent som sliter med ensomhet og de med en lett økonomisk situasjon har en andel på 6 prosent, jevnt for begge kjønn (17).

Kjønn justert for alder, sivilstatus, økonomi og KMI endrer ikke odds ratio for ikke stor sosial støtte mellom kjønnene i forhold til ujustert kjønn.

Aldersgruppene justert for kjønn, sivilstatus, økonomi og KMI endrer odds ratio for den yngste aldersgruppen (18-29 år) fra ikke signifikante 0,96 (95% KI 0,76-1,20) til 0,67 (95% KI 0,52-0,86) i forhold til den eldste aldersgruppen (70 år+). Det vil si at når det justeres for sivilstatus, økonomi og KMI i tillegg til kjønn og alder så blir forskjellen mellom den yngste og den eldste aldersgruppen signifikant forskjellige for ikke stor sosial støtte. Det er lavere odds for å mangle stor sosial støtte i den yngste aldersgruppen i forhold til den eldste når det justeres for sivilstatus, økonomi og KMI i tillegg til alder og kjønn.

Utdanning justert for kjønn, alder, sivilstatus, økonomi og KMI endrer odds ratio fra ujusterte 1,57 (95% KI 1,42-1,73) til justerte 1,24 (1,11-1,39). Høyere utdanning blir mindre viktig i forhold til lavere utdanning for ikke stor sosial støtte når man justerer for sivilstatus, økonomi og KMI i tillegg til alder og kjønn.

Når det justeres for alder, kjønn, sivilstatus, økonomi og KMI endres utfallet av både ensomhet og ikke stor sosial støtte i forhold til når det bare justeres for alder og kjønn.

Justeringsvariablene sivilstatus, økonomi og KMI kan være mulige mediatorer. Prediktorene påvirker utfallsvariablene direkte eller indirekte via mediatorene.

4.3 Psykisk uhelse, ensomhet og ikke stor sosial støtte

4.3.1 De mest sårbare for psykisk uhelse

Denne studien viser at de mest sårbare for psykisk uhelse er unge kvinner med kort utdanning.

I perioden 2008-2018 har det vært en bekymringsfull økning i antall diagnoser hos unge med psykiske plager og lidelser, som blant annet angst og depresjon. Årsakene til økningen kan skyldes en reell økt forekomst av psykiske plager og lidelser, større behandlingstilbud, endret diagnostiske kriterier blant klinikere og/eller en lavere terskel for å søke hjelp (38). Det trengs mer kunnskap om årsakene og konsekvensene av denne økningen hos unge jenter for å redusere de psykiske plagene (31). Gotland studien konkluderte med at menn er like ofte deprimerte som kvinner, men på ulike måter. Færre menn enn kvinner ser selv behovet for hjelp når de har symptomer på depresjon og angst og viser at mange menn med mentale utfordringer ikke søker hjelp for disse (39). Kunnskap om egen psykisk helse og egne holdninger til psykisk helse kan være noen av hindringene. Utdannelsesnivået spiller også en viktig rolle, der de med kort utdanning har dårligere kunnskaper om psykisk helse enn de med lengre utdanning (40). Kulturelle og tradisjonelle maskuline normer fører til stigma i forhold til psykisk uhelse og gjør at menn oppsøker hjelp for sine mentale problemer i mindre grad enn kvinner (41). To av tre som begår selvmord er menn, dobbelt så mange er alkoholmisbrukere, og det er flest spilleavhengige menn (42, 43). I årene 2010-2019 lå selvmordsstatistikken for menn i Tromsø kommune på gjennomsnittlig 17,9 og for kvinner på 7,1 per 100 000 innbyggere årlig. Dette var over landsgjennomsnittet for samme periode som var 15,7 for menn og 7,2 for kvinner per 100 000 per år (44).

Hvordan spørsmålene stilles kan også være avgjørende for svarene. Spørsmål om følelser gir større kjønnsforskjeller, mens spørsmål om konkrete symptomer på depresjon gir mindre forskjeller i psykisk helse mellom menn og kvinner (42). I denne spørreundersøkelsen ble det brukt ord som nervøsitet, indre uro, redsel, engstelse, følelse av håpløshet, nedtrykthet, tungsindighet og bekymring i spørsmålene om psykisk uhelse. I spørsmålene om ensomhet

ble ordet «føler» brukt i alle tre spørsmålene. Dette kan ha hatt en betydning for svarene menn har gitt. Selvmordsstatistikken for Tromsø kommune viser at det er mange menn i kommunen i alderen 0-74 år som sliter psykisk og som ikke nødvendigvis blir fanget opp i en spørreundersøkelse.

4.3.2 De mest sårbare for ensomhet

Denne studien viser at de mest sårbare for ensomhet er unge med lav utdanning, men ingen signifikant kjønnsforskjell. Alder, kjønn, sivilstatus, økonomi og KMI påvirker resultatene for ensomhet når det justeres for disse. Dette samsvarer med undersøkelser gjort av SSB som viser at unge, lavt utdannede, enslige, de med store helseutfordringer og vanskelig økonomi føler oftere på ensomhet enn andre grupper. SSBs undersøkelse viser ingen signifikante kjønnsforskjeller (34). Andre undersøkelser viser at 40 prosent av de over 80 år er ensomme. I denne studien var det ingen slik økning blant de eldste noe som kan skyldes at det muligens ikke var noen på 80 år eller eldre som svarte på spørsmålene eller at de eventuelt ikke følte seg ensomme. Andelen av den voksne befolkningen i Norge som var mye plaget med ensomhet steg fra 7 prosent i 2012 til 11 prosent i 2020. Det er ikke noe som tyder på en generell økning av ensomhet i samfunnet viser nasjonale og internasjonale studier, men fra 2012 til 2020 viser undersøkelser en økning blant unge. Særlig stor har økningen vært blant aleneboende under 35 år. Men det er en del usikkerhet knyttet til disse dataene (17).

Vedvarende ensomhet kan gi psykiske plager og alvorlige helseproblemer og bør derfor tas alvorlig. SSBs undersøkelse av livskvalitet gjennomført i mars 2020 viser at 62 prosent av de som er mye plaget med ensomhet er lite fornøyde med livet, mens blant de som ikke er ensomme er det 10 prosent som ikke er fornøyde med livet (45).

4.3.3 De mest sårbare for ikke stor sosial støtte

Denne studien viser en U-formet kurve for alder, der den yngste og de eldstealdersgruppen har størst andel og like store odds for ikke stor sosial støtte. Flere menn enn kvinner, og de med kortest utdanning er de som er mest sårbare for å mangle stor sosial støtte. Alder, kjønn, sivilstatus, økonomi og KMI påvirker resultatene for ikke stor sosial støtte når det justeres for disse. Det blir en signifikant forskjell mellom aldersgruppene der den yngste har lavere odds for ikke stor sosial støtte i forhold til den eldste aldersgruppen.

Resultatene etter justering er i samsvar med annen forskning som viser at menn, de som er 67 år eller eldre, de med kort utdanning, aleneboende 45 år eller eldre og de med lav inntekt sliter oftest med manglende sosial støtte ifølge SSBs undersøkelse (34).

4.3.4 Hvordan oppnå en likeverdig psykisk helse for innbyggerne i kommunen?

Inntekt, oppvekst og utdanning, arbeid, bosted og bolig, livsstil, fysiske og sosiale miljøfaktorer og tilgang på helsetjenester virker inn på helsen vår. I samfunn med store forskjeller i inntekt og materielle verdier mellom innbyggerne påvirkes helsen negativt. Utjevning av sosiale ulikheter vil ikke bare forbedre helsen til de som er definert i risikogruppene, men også til samfunnet rundt. Lav sosioøkonomisk status hos voksne påvirker barnas helse fysisk og psykisk når de blir voksne. Livskvalitet handler om det som gir livet verdi og mening og har sammenheng mellom fysisk og psykisk helse. Grad av ensomhet og ikke stor sosial støtte påvirker den psykiske helsen og videre livskvaliteten (46). En systematisk oversiktsstudie fra England viser at deprimerte uten stor sosial støtte hadde sterkere symptomer, dårligere tilfriskning og dårligere sosial funksjon. Studien viser også at høyere grad av ensomhet gir økt odds for depresjon og at god sosial støtte påvirker psykiske lidelsers utfall positivt (47). En annen oversikt og Meta-analyse av 177 studier viser en sterk sammenheng mellom ensomhet og sosial støtte, der sosial støtte er viktig for å redusere ensomhet (48).

Som ett av tiltakene for å redusere ensomhet og å styrke den psykiske helsen samt øke livskvaliteten har departementene startet å utvikle en nasjonal livskvalitetsplan som skal være ett supplerende mål på samfunnsutviklingen i Norge. Det har tidligere vært gjennomført kampanjer for fysisk helse og levevaner, men i 2023 testes for første gang en ABC-kampanje for psykisk helse ut i Trøndelag. ABC for psykisk helse står for Act, Belong, Commit som på norsk blir oversatt til; Gjøre noe sammen, Gjøre noe aktivt, Gjøre noe meningsfullt. Målet er å øke kompetansen om psykisk helse i befolkningen (49).

Grunnlaget for god psykisk helse og livskvalitet i voksen alder legges allerede i barne- og ungdomsårene og ifølge WHO starter de sosiale ulikhetene allerede før fødsel og akkumuleres gjennom livet (32). Forebygging av psykisk uhelse og ensomhet samt arbeid for økt sosial støtte må skje i mange ulike sektorer og på flere nivå. Tiltak må settes inn i barnehage og

grunnskole, utdanningsinstitusjoner, på arbeidsplasser, i familier, nære relasjoner, lokalmiljø, helse- og sosialtjenester, i frivillig sektor og institusjoner for eldre.

4.4 Sterke og svake sider ved studien

Denne folkehelseundersøkelsen er en tverrsnittstudie som sier noe om respondentenes subjektive opplevelse på det gitte tidspunktet. Svarene vil også påvirkes av hvordan hen husker egne opplevelser tilbake i tid. Svarprosenten blant de som ble invitert til å være med i undersøkelsen var på 46,2 % i Troms fylke og i Tromsø by 48,4 % (23). En svarprosent på under halvparten av de som ble invitert til å delta i spørreundersøkelsen kan skape en del usikkerhet om hvor gode tallene egentlig er.

4.5 Skjevheter og mulige mediatorer

I denne studien var det 59,1 prosent med utdanning på høgskole eller universitetsnivå. Ifølge SSB var det i 2020 43,6 prosent av befolkningen i Tromsø kommune med kort eller lang utdanning fra høgskole eller universitet (50) og på landsbasis var det 35,3 prosent av befolkning over 16 år med utdanning på høgskole- eller universitetsnivå, 39,8 prosent kvinner og 30,8 prosent menn. Kvinner har høyest andel med utdanning på høgskole- eller universitetsnivå i alle aldersgrupper utenom i den eldste aldersgruppen (67 år+) der 27,6 prosent menn og 21,5 prosent kvinner har høyere utdanning (51). I denne studien er det en overrepresentasjon av høyere utdanning. Det ble justert for alder og kjønn for å se på effekten av utdanning på utfallsvariablene. Det ble også justert for sivilstatus, økonomi og KMI for å se om det var mulige mediatorer som påvirket utfallet indirekte.

4.6 Generaliserbarhet og representativitet

For å unngå systematisk forskjeller mellom eksponerte og ueksponerte er det gjort ett tilfeldig utvalg. Ved randomisering unngår man også konfundering, noe som gjør at man kan trekke holdbare slutninger om årsakssammenhenger. En svakhet er inklusjons- og

eksklusjonskriteriene som gjør at det ikke blir et tilfeldig utvalg fra hele populasjonen og kan begrense generaliserbarheten.

Den elektroniske spørreundersøkelsen var på norsk og samisk noe som ekskluderte ikke-norsk eller samiskspråklige i å delta. Det ble ikke gitt noen form for assistanse til å fylle ut spørreskjemaet. Eldre er ofte mindre fortrolige med bruk av datatekniske hjelpemidler og kan ha ført til en lavere deltakelse blant dem og andre som ikke føler de behersker data godt nok. I tillegg er det en lavere prosentandel registrert i kontakt- og reservasjonsregisteret med økende alder, noe som kan gjøre representativiteten til eldre mer usikker. Alvorlig psykisk syke svarer sjeldnere på spørreundersøkelser og folk med høyere utdanning svarer oftere enn andre i befolkningen, noe som kan ha medført en under- og overrepresentasjon. Dette trenger ikke være ett problem for representativiteten for de ulike undergruppene om det er helt tilfeldig hvem som velger å svare og ikke, men om det er en sterk sammenheng mellom de som svarer og spørsmålene som stilles kan det påvirke resultatene.

Resultatene i denne studien samsvarer i stor grad med funn fra andre studier og gir en styrket tiltro til at denne studiens resultater vil kunne bidra til å supplere den folkehelsestatistikken som allerede eksisterer for kommunen.

Med den data som Folkehelseinstituttet har om kommunen fra Fylkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark er det grunnlag for langt mer forskning. Nye analyser kan gå mer detaljert inn på de demografiske forholdene og også se på andre utfallsvariabler (som generell helse, søvn, fysisk aktivitet, kosthold, livskvalitet med mer) for å se dem opp mot psykisk uhelse, ensomhet og ikke stor sosial støtte.

5 KONKLUSJON

Kvinner har økt odds ratio for psykisk uhelse i forhold til menn. Det er en helsegradient for psykisk helse der den bedres for hver aldergruppe opp i alder og for hvert utdanningsnivå opp.

For ensomhet er det ingen signifikant kjønnsforskjell. Det er en helsegradient for grad av ensomhet der ensomhet reduseres med alder og for hvert utdanningsnivå opp.

For sosial støtte er det en U-formet kurve der yngste og eldste aldersgruppe har størst andel som mangler stor sosial støtte, og mest sosial støtte oppleves midt i livet. Flere kvinner enn menn har stor sosial støtte. Det er en helsegradient for stor sosial støtte der støtten økes for hvert utdanningstrinn opp.

Vedlegg:

Spørreskjemaet som ble benyttet ved datainnsamlingen er tilgjengelig på Folkehelseinstituttets hjemmeside.

Bokmål:

[Fylkeshelseundersøkelsen i Troms fylkeskommune og Finnmark fylkeskommune 2019 – Vis - Nettskjema \(fhi.no\)](#)

Samisk:

[Fylkeshelseundersøkelsen i Troms fylkeskommune og Finnmark fylkeskommune 2019 – Vis - Nettskjema \(fhi.no\)](#)

6 REFERANSER

1. FN Sambandet; United Nations associations of Norway (FN). FNs bærekraftsmål. [cited 2021 01.11]. Available from: <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>.
2. Ghebreyesus TA. The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023). Universal Health Coverage for Mental Health. World health Organization (WHO); 2019 [cited 2021 01.11]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310981/WHO-MSD-19.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
3. FN Sambandet; United Nations associations of Norway (FN). God helse og livskvalitet. 2020 [cited 2021 01.11]. Available from: <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet>.
4. Regjeringen. Meld. St. 40 (2020–2021); Mål med mening— Norges handlingsplan for å nå bærekraftsmålene innen 2030; 4 Strategier for å nå bærekraftsmålene; 4.3.2 Norsk perspektiv. Regjeringen; [cited 2021 01.11]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-40-20202021/id2862554/?ch=4#kap4-3-2>.
5. Stortinget. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter; 1.2.1 Psykisk helse i folkehelsearbeidet. Stortinget; [cited 2021 01.11]. Available from: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2014-2015/inns-201415-380/1/>.
6. World Health Organization (WHO). Mental health 2022 [cited 2022 17. June]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
7. World Health Organization (WHO). Mental health: strengthening our response. WHO; 2018 [cited 2021 01.11.]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
8. Helse og omsorgsdepartementet. Mestre hele livet; Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022) 2017 [cited 2021 01.11]. Available from: https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf.

9. NAV. Statistikk og analyse; Innsikt i sykefravær- Troms og Finnmark. NAV; 2018 [cited 2021 01.11.]. Available from: <https://www.nav.no/no/lokalt/troms-og-finnmark/relatert-informasjon/statistikk-og-analyse>.
10. Tesli MS, Handal M, Kirkøyen B, Torvik FA, Knudsen AKS, Odsbu I, et al. Psykiske plager og lidelser hos voksne. Folkehelseinstituttet (FHI); 2014.
11. Peplau L, Perlman D. Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy. New York: John Wiley and Sons; (Red) 1982.
12. Hu J, Fitzgerald SM, Owen AJ, Ryan J, Joyce J, Chowdhury E, et al. Social isolation, social support, loneliness and cardiovascular disease risk factors: A cross-sectional study among older adults. International journal of geriatric psychiatry. 2021;36(11):1795-809.
13. Cohen S, Wills TA. Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. Psychol Bull. 1985;98(2):310-57.
14. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS Med. 2010;7(7):e1000316-e.
15. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. Heart. 2016;102(13):1009.
16. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn Internett: Regjeringa; [cited 2021 01.11]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/?ch=1>.
17. Barstad A. Blir vi stadig mer ensomme? Statistisk sentralbyrå (SSB); 2021 [updated 2021 07,05.; cited 2021 01.11.]. Available from: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/blir-vi-stadig-mer-ensomme>
18. Regjeringen. Psykisk helse og livskvalitet. Regjeringen; 2021 [cited 2021 01.11]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/psykisk-helse-og-livskvalitet/id2544452/>.
19. Statistisk sentralbyrå (SSB). Tettsteders befolkning og areal. SSB; 2021 [cited 2021 01.11.]. Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/tettsteders-befolkning-og-areal>
20. Tromsø kommune. Kommuneplanens samfunnsdel 2020-2032. Tromsø kommune; 2020 [cited 2021 01.11]. Available from: <https://tromso.kommune.no/document/409>.

21. UiT Norges Arktiske Universitet. Den sjuende Tromsøundersøkelsen Internett: UiT; [cited 2021 01.11.]. Available from: <https://uit.no/research/tromsundersokelsen/project?pid=706786>.
22. Tromsø kommune. Levekår i Tromsø 2018 - Geografisk fordeling. 2018 26.03.2019.
23. Skogen J, Vedaa Ø, Nilsen T, Nes R, Aarø L. Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark: Fremgangsmåte og utvalgte resultater.de arbeid: Folkehelseinstituttet (FHI); 2019 11.november 2018.
24. Hopstock L, Løvsletten O, Johansen H, Tiwari S, Njølstad I, Løchen ML. Folkehelse rapport - Den sjuende Tromsøundersøkelsen 2015-2016. UT Norges arktiske universitet; 2019 01.04.2019.
25. Derogatis LR. Hopkins Symptom Checklist. Encyclopedia of psychology, Vol 4. New York, NY, US: Oxford University Press; 2000. p. 157-8.
26. Schmalbach B, Zenger M, Tibubos AN, Kliem S, Petrowski K, Brähler E. Psychometric Properties of Two Brief Versions of the Hopkins Symptom Checklist: HSCL-5 and HSCL-10. Assessment. 2021;28(2):617-31.
27. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. Res Aging. 2004;26(6):655-72.
28. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. J Pers Assess. 1996;66(1):20-40.
29. Skogen J, Vedaa Ø, Nilsen T, Nes R, Tallaksen A, Aarø L. Folkehelseundersøkelsen i Agder: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Oslo; 2019.
30. Skogen J, Nilsen T, Aasan B, Nes R, Aarø L, Vedaa Ø. Fylkeshelseundersøkelsen i Nordland: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Oslo; 2020.
31. Reneflot A, Aarø LE, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs K, Øverland S. Psykisk helse i Norge. 2018, Januar.
32. World Health Organization (WHO). Social determinants of mental health. 2014.
33. Knapstad M, Skogen J, Nilsen T, Aarø L. Folkehelseundersøkinga i Sogn og Fjordane: Framgangsmåte og utvalde resultat. Oslo; 2019.
34. Vrålstad S. Sosiale relasjoner. 2017, 27. juni.
35. Nes R, Aarø L, Vedaa Ø, Nilsen T. Livskvalitet og psykisk helse under koronaepidemien november-desember 2020. 2020, 17.desember.

36. MacDonald KJ, Willemsen G, Boomsma DI, Schermer JA. Predicting loneliness from where and what people do. *Social Sciences*. 2020;9(4):51.
37. Helsedirektoratet. Sektorrapport om folkehelse 2021 - 2.2. Sosial støtte og andre nettverksressurser. 2021.
38. Bråten RH, Sten-Gahmberg S, Bugge C, Kristiansen IS, Gardsjord ES, Sæther EM. Økt bruk av psykiske diagnoser for unge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2023, 1. april;Vol 60, nummer 4, 2023:side 208-15.
39. Rutz W, Wålinder J, Von Knorring L, Rihmer Z, Pihlgren H. Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 1997;1(1):39-46.
40. Blom S. Unmet need for mental healthcare among men Sweden: Gendered pathways to care. *Gothenburg University Publications Electronic Archive (GUPEA)*. 2022.
41. Chatmon BN. Males and Mental Health Stigma. *Am J Mens Health*. 2020;14(4):1557988320949322.
42. Jakobsen SE. Har virkelig menn så mye bedre psykisk helse enn kvinner? : *Forskning.no*; 2022 [Available from: <https://forskning.no/psykisk-helse-psykiske-lidelser-rus-og-avhengighet/har-virkelig-menn-sa-mye-bedre-psykisk-helse-enn-kvinner/2083245>].
43. Stene-Larsen K, Øien-Ødegaard C, Straiton ML, Reneflot A, Zahl PH, Myklestad I, et al. Selvmord i Norge. *Folkehelseinstituttet (FHI)*; 2022.
44. (FHI) F. Dødelighet, tidlig død (B) – 0-74 år, per 100 000, standardisert 2023 [Available from: https://khs.fhi.no/webview/index.jsp?headers=AAR&stubs=GEO&stubs=DODAARGRUPPE&stubs=KJONN&measure=common&GEOslice=03&layers=ALDER&layers=virtual&study=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2FfStudy%2FDodsarsakergenerell2020&DODAARGRUPPEslice=SELMORD&mode=cube&KJONNsubset=1+-+2&virtualsubset=MEIS_MA10_value&KJONNslice=1&DODAARGRUPPEsubset=SELMORD&AARslice=2009_2018&virtualslice=MEIS_MA10_value&ALDERslice=0_74&GEOsubset=03+-+54%2C0301+-+5444%2C030101+-+500104&ALDERsubset=0_74&v=2&AARsubset=2009_2018&measuretype=4&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2FfCube%2FDodsarsakergenerell2020_C1&top=yes].

45. Støren KS, Rønning E, Gram KH. Livskvalitet i Norge 2020. Statistisk sentralbyrå (SSB); 2020.
46. Folkehelseinstituttet (FHI). Folkehelse rapporten; Sosiale helseforskjeller i Norge. FHI; 2014 [cited 2021 01.11.].
47. Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, Ma R, Johnson S. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. BMC psychiatry. 2018;18(1):1-16.
48. Zhang X, Dong S. The relationships between social support and loneliness: A meta-analysis and review. Acta Psychologica. 2022;227:103616.
49. Helse- og omsorgsdepartementet. Psykisk helse og livskvalitet 2023 [Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/psykisk-helse-og-livskvalitet/id2544452/?expand=factbox2962105>].
50. (SSB) Ss. Statistikkbanken. Befolkningens utdanningsnivå 2023 [Available from: <https://www.ssb.no/statbank/table/09429/>].
51. Nygård G. 35 prosent har høyere utdanning. SSB; 2021, 11. august. [Available from: <https://www.ssb.no/utdanning/utdanningsniva/statistikk/befolkningens-utdanningsniva/artikler/35-prosent-har-hoyere-utdanning>]

