
Helse og livskvalitet blant langtidsledige

KLINIKK OG FORSKNING

TORE YTTERDAHL*

* Nåværende adresse:

Legene Ytterdahl
Strandgården
4790 Lillesand

PER FUGELLI

Seksjon for sosialmedisin
Institutt for allmennmedisin og
samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0317 Oslo

Flere undersøkelser har vist sammenheng mellom arbeidsledighet og økt sykkelighet.

Denne tverrsnittundersøkelsen fra 1993 – 94 beskriver helse og livskvalitet blant 148 langtidsledige i Lillesand ved bruk av strukturerte intervjuer og spørreskjemaer.

Somatoforme sykdommer og angstsykdommer forekom dobbelt så ofte blant de langtidsledige som i normalbefolkningen, og depresjonssykdommer tre ganger så hyppig. Det er en relativ overhyppighet av depresjon blant langtidsledige menn i forhold til kvinner. Arbeidsledige i aldersgruppen 30 – 39 år hadde mer angst- og depresjonssymptomer enn ledige i de andre aldersgruppene, noe som kan bero på at arbeidsledigheten forsterker de vanlige midtlivskrisene. De ledige hadde dårligere livskvalitet enn normalbefolkningen. Forskjellen var to til tre ganger større blant mennene enn blant kvinnene.

At arbeidsledige menn rammes hyppigere av depresjon og har lavere livskvalitet enn kvinner, kan bero på at mennene har en mer eksistensiell tapsopplevelse ved å miste jobben enn kvinnene.

Flere undersøkelser viser sammenheng mellom arbeidsledighet og økt sykkelighet, hvor både den fysiske helsen og det psykiske velværet blir redusert (1). Langtidsledige rapporterer at de er mindre tilfreds med tilværelsen etter at de ble ledige, og at tilfredsheten avtar signifikant med ledighetens varighet (2).

Det er påvist høy forekomst av somatoforme symptomer, depresjon og angst blant ledige (3 – 5), og disse negative helseutslagene er fortsatt til stede når man kontrollerer for sosioøkonomiske forhold, alder og tidligere sykdommer (6).

Selv om den samlede alkoholbruken går ned under ledighet (1), øker noen av de ledige sitt alkoholkonsum betydelig. I en norsk undersøkelse (7) hadde 30 % av de arbeidsledige mennene og 5 % av kvinnene et drikkemønster som etter internasjonale kriterier blir ansett som skadelig.

Utover undersøkelser om arbeidslediges tilfredshet med tilværelsen (2, 4) er det ikke publisert mer spesifikke undersøkelser om langtidslediges livskvalitet i Norge.

Denne undersøkelsen beskriver hvordan en gruppe som har vært uten arbeid lenge opplever forskjellige sider av sin helse og livskvalitet.

Materiale og metode

Deltakerne ble rekruttert fra registeret over ledige hos Arbeidsformidlingen i Lillesand. Alle som var registrert som helt ledige i minst 12 uker per 9.12. 1992 og 11.5. 1994, ble invitert til å delta i en helseundersøkelse (8). For å bli registrert som helt ledig må man være helt uten ordinært arbeid, ikke delta i noe konkret arbeidsmarkedstiltak og heller ikke være under attføring.

181 personer ble inkludert i undersøkelsen. Av disse ble 148 undersøkt (82 %), mens 15 avslo og 18 uteble etter flere purringer.

Dataene om egenvurdert helse og egenrapportert alkoholbruk ble samlet inn i forbindelse med helseundersøkelsen gjennom et strukturert intervju med legen, mens spørsmålene om livskvalitet ble fylt ut av pasienten alene før selve helseundersøkelsen.

For egenvurdering av helse ble brukt samme spørsmål som i Helseundersøkelsen 1985 (9) og i Grenlands-undersøkelsen 1988 (4).

Til kartlegging av symptomer brukte vi 30-spørsmålsversjonen av Hopkins Symptoms Check List (HSCL-30) (10). Vi brukte indekser for somatoforme plager, angst og depresjon, med variasjonsbredde 1 – 4. I enkelte screeningundersøkelser ble skjæringspunktet mellom 1,54 og 1,55 brukt som skille mot sykdomstilfeller og skjæringspunktet mellom 1,74 og 1,75 som skille mot behandlingstrengende sykdom (4, 10).

Vi brukte tispørsmålsversjonen av AUDIT-spørreskjemaet (11, 12) for kartlegging av alkoholvaner. Instrumentet har en norsk referansepopulasjon (11). I dette instrumentet er variasjonsbredden 0 – 40. Verdier over skjæringspunktet mellom 10 og 11 blir ansett som skadelig alkoholbruk.

For vurdering av livskvalitet benyttet vi standardiserte spørsmål som dekker både kognitive og affektive forhold, håp og forventninger. Skalabredden er 1 – 7, hvor lave verdier angir lav og høye verdier høy livskvalitet. Disse spørsmålene er validert og

brukt i forskjellige kombinasjoner i flere norske undersøkelser, både på generelle befolkninger og innen psykiatrien (13 – 15).

De lediges røykevaner ble holdt opp mot Statens helseundersøkelser funn ved hjerte- og karundersøkelsen i Lillesand i 1989 (16).

Ved sammenlikning av andeler med ordinale svarfordelinger fra forskjellige populasjoner brukte vi khikvadrattest for trend (Cochran-Armitage-test). To andeler fra forskjellige populasjoner ble sammenliknet ved hjelp av konfidensintervall og signifikans beregnet med teststørrelsen z .

Livskvalitetsindeksen ble angitt som et gjennomsnitt av fire enkeltspørsmål i samsvar med de validerte metodebeskrivelsene (13, 14), selv om svarfordelingen i spørsmålene strengt tatt ikke er normalfordelte.

Dataene ble behandlet i statistikkpakken NSDstat+, mens analysene av diskrete data fra flere materialer ble behandlet i StatXact-3.

Resultater

Materialet bestod av 148 helt arbeidsledige. Gjennomsnittsalderen var 37 år (spredning 19 – 66 år, median 32 år). 45 % av de undersøkte var kvinner. Arbeidsledighetens varighet var gjennomsnittlig 17 måneder (spredning 3 – 100 måneder, median 11 måneder).

Egenvurdert helse

71 % av de langtidsledige angav at de hadde god eller meget god helse, 27 % hadde middels god helse og 3 % sa at de hadde dårlig helse (tab 1). Det var ikke signifikante forskjeller i vurderingene mellom kjønn, aldersgrupper eller hvor lenge de hadde vært uten arbeid.

Tabell 1

Hvordan vurderer du din egen helse? Helt ledige i Lillesand sammenliknet med helt ledige i Grenland og Helseundersøkelsen 1985, justert for alder og kjønn

	Meget god (%)	God (%)	Middels (%)	Dårlig (%)
• Helt ledige Lillesand 1993 – 94	22	49	27	3
• N = 144				
• Helt ledige Grenland 1988	10	60	19	12
• N = 310				

	Meget god (%)	God (%)	Middels (%)	Dårlig (%)
• Helseundersøkelsen 1985	43	37	15	4
• N = 5 786				

Symptomskåre for somatoforme plager, angst og depresjon (tab 2) viste at en signifikant større andel av de langtidsledige i Lillesand har behandlingstrengende somatoforme plager, angst og depresjon enn normalbefolkningen. Blant de ledige i Lillesand var det ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn eller i forhold til arbeidsledighetens varighet.

Tabell 2

Andel i prosent med symptomskåre over 1,74 (definert som behandlingstrengende sykdom) på HSCL-30 (95 % konfidensintervall). Helt ledige i Lillesand sammenliknet med Helseundersøkelsen 1985, justert for alder og kjønn

	Somatoforme symptomer	Angst	Depresjon
Helt ledige Lillesand 1993 – 94 (n = 148)	9 (4,2 – 13,3)	5 (1,3 – 8,2)	7 (2,7 – 10,8)
Menn (n = 81)	6(0,9 – 11,4)	6(0,9 – 11,4)	7(1,7 – 13,1)
Kvinner (n = 67)	12(4,2 – 19,7)	3(0 – 7,0)	6(0,2 – 11,6)
Helseundersøkelsen 1985 (n = 4 924)	4(3,5 – 4,6)	2(1,6 – 2,4)	2(1,6 – 2,4)

9 % av de langtidsledige skåret over skjæringspunktet for behandlingstrengende sykdom for somatoforme plager, 5 % for angstsymptomer og 7 % for depresjon. Sannsynligheten for å ha så sterke symptomer at det kan defineres som behandlingstrengende sykdom (tab 2), var to til tre ganger større for langtidsledige enn for normalbefolkningen.

Tabell 3 viser at andelen som hadde så sterke symptomer at det kan defineres som sykdom var signifikant høyere for aldersgruppen 30 – 39 år enn for yngre og eldre ledige. Heller ikke i denne gruppen var det signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. Korrelasjonskoeffisienten mellom angst og depresjon var 0,44 ($p < 0,001$).

Tabell 3

Antall med skåre over 1,54 (definert som sykdomstilfelle) på HSCL-30 fordelt på aldersgrupper. Helt ledige i Lillesand. N = 148

Alder (år)	19 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 – 66
Antall totalt	58	36	25	16	13

Alder (år)	19 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 – 66
Somatoforme tilfeller	6	8	3	4	0
Angsttilfeller	3	9	1	0	0
Depresjonstilfeller	4	9	2	1	0

Alkoholvaner og røyking

Tabell 4 viser at ingen kvinner, men 16 % av mennene hadde en alkoholbruk som etter Audit-konvensjonene betegnes som skadelig. Det var ingen signifikante forskjeller mellom ulike aldersgrupper.

Tabell 4

Skåre over 11 (definert som skadelig alkoholforbruk) på AUDIT-spørreskjemaet (11). Prosentvis fordeling (95 % konfidensintervall)

		Antall	Andel med skåre > 11 (%)
Helt ledige Lillesand N = 141	Kvinner	64	0
	Menn	77	16 (7 – 24)
Helt ledige Grenland N = 293	Kvinner	126	5 (1 – 8)
	Menn	167	30 (23 – 37)
Norsk referanse materiale N = 204	Kvinner	106	2 (0 – 5)
	Menn	98	17 (10 – 25)

64 % av mennene og 54 % av kvinnene var dagligrøykere. 59 % oppgav uendrede røykevaner etter at de ble ledige, mens 22 % røykte mer og 19 % mindre.

I aldersgruppen 35 – 45 år (n = 27) oppgav 36 % av kvinnene og 77 % av mennene at de var dagligrøykere, mot henholdsvis 35 % og 45 % blant dem som deltok i Statens helseundersøkelser kontroll av 40-åringene (35 – 45 år) i Lillesand i 1989 (n = 271) (16).

Selvrapportert livskvalitet

Livskvalitetsindeksen, som består av gjennomsnittsverdien for fire spørsmål (tab 5), viste at kvinner rapporterte signifikant høyere generell livskvalitet enn menn ($p < 0,01$).

Tabell 5

Mål på livskvalitet blant 148 helt ledige i Lillesand. Fire enkeltspørsmål for seg og sammensatt til indeks. Gjennomsnittsskåre for kvinner og menn. 95 % konfidensintervall i parentes

	Kvinner	Menn	Signifikans
Hvor fornøyd er du med livet nå for tiden? Skala 1 – 7. (1 = svært isfornøyd, 7 = svært fornøyd)	4,98 (4,72 – 5,25)	4,54 (4,26 – 4,83)	p = 0,062
Lever du stort sett lykkelig for tiden? Skala 1 – 7. (1 = svært ulykkelig, 7 = svært lykkelig)	5,12 (4,91 – 5,34)	4,71 (4,51 – 4,90)	p < 0,05
Er livet stort sett fylt av skuffelser eller mest oppmuntringer? (1 = svært skuffende, 7 = svært oppmuntrende)	4,92 (4,67 – 5,17)	4,62 (4,46 – 4,92)	p = 0,25
Cantrills titrinnsstige: Høyeste trinnet står for det best mulige liv du kunne tenke deg, det laveste for det verst mulige livet du kunne tenke deg. Hvilket trinn passer best for ditt nåværende liv? Skala 1 – 10	7,28 (6,88 – 7,67)	6,00 (5,60 – 6,40)	p < 0,001
Livskvalitetsindeks basert på alle fire spørsmål. Skala 1 – 7. (1 = lav livskvalitet, 7 = høy livskvalitet)	5,02 (4,81 – 5,24)	4,50 (4,26 – 4,74)	p < 0,01

Det var ingen forskjell mellom ulike aldersgrupper, verken på den sammensatte indeksen eller når det gjelder noen av de fire enkeltspørsmålene. Heller ikke ledighetens varighet hadde signifikant betydning for egenvurdert livskvalitet.

Diskusjon

De langtidsledige ble intervjuet om helse og symptomer av lege i tilknytning til en helsekontroll for arbeidsledige. Dette kan ha forsterket søkelyset på negative sider ved det å være arbeidsledig. Vi har brukt samme spørsmål som i Grenlands-undersøkelsen 1988 (4) og i Helseundersøkelsen 1985 (9), men har bare sammenliknet direkte der metodene for datainnsamling har vært like. Det har dessuten gått lang tid mellom undersøkelsene, og forhold i samfunnet som har betydning for opplevelsen av arbeidsledighet, kan ha endret seg. Med en viss forsiktighet kan resultater fra Helseundersøkelsen likevel benyttes som referanse for en normalbefolkning så lenge spørsmålene og metodene for datainnsamling er identiske.

Deltakerprosenten på 82 er høy for en frivillig undersøkelse. Store befolkningsundersøkelser viser, til tross for en viss seleksjon i retning av økt sykkelighet hos de ikke-møtende, at dataene for de fremmøtte danner et solid grunnlag for representative dataanalyser (17).

For å kunne sammenlikne med Grenlands-undersøkelsen (4) valgte vi å definere langtidsledig som arbeidsløs i minst 12 uker, mens Arbeidsdirektoratet bruker 26 uker.

Undersøkelsespopulasjonen var rekruttert blant de langtidsledige som ikke var under yrkesmessig eller medisinsk utredning, og utgjorde 42 % av de registrerte ledige i Lillesand. Denne seleksjonen innebærer at de består av den antatt friskeste delen av den arbeidsledige populasjonen. Funnene i denne undersøkelsen må derfor forventes å gi mindre negative utslag på helse- og livskvalitetsmålene enn undersøkelser fra hele arbeidsledige populasjoner.

Undersøkelsen viser at den egenvurderte helsen til langtidsledige i Lillesand var signifikant dårligere enn i normalbefolkningen i Helseundersøkelsen 1985 (9), men samtidig signifikant bedre enn blant de ledige i Grenlands-materialet (4).

Andelen av langtidsledige som skåret over skjæringspunktet for sykdom på symptomindeksene, var mer enn dobbelt så stor som normalbefolkningen for somatoform sykdom og angstsykdom og mer enn tre ganger så stor for depresjonssykdom (4, 9, 10).

Det er overraskende at menn og kvinner skåret likt på alle symptomindeksene, også i den gruppen som skåret over sykdomsnivå på depresjon. Store transkulturelle undersøkelser av normalbefolkninger viser at prevalens- og insidenstallene for depresjon er dobbelt så høye for kvinner som for menn (18). Det er derfor grunn til å anta at det er en relativ oversykkelighet av depresjon blant menn som er blitt langtidsledige.

Vi fant en høyere andel av angst- og depresjonssymptomer i aldersgruppen 30 – 39 år enn i den øvrige delen av de arbeidsledige. Dette kan ha sammenheng med at arbeidsledigheten forsterker de normale midtlivskrisene. Forventninger og drømmer om selvrealisering og karriere blir satt på prøve når man blir uten jobb. Foreldrerollen som modell for tenåringsbarn kan også fortone seg problematisk når man mister arbeidsplassen som identitetsdanner og faller ut av mye av sin vanlige sosiale rolle, og i tillegg får en betydelig svekket økonomi (19).

De langtidsledige i Lillesand skiller seg ikke fra det norske referansematerialet (11) når det gjelder antatt skadelig alkoholbruk, og andelen med skadelig alkoholbruk er bare halvparten så stor som blant ledige i Grenland (4). Dette kan ha sammenheng med kulturelle forskjeller i landsdelenes generelle alkoholvaner.

Med de livskvalitetsmålene vi brukte, angav kvinnene høyere livskvalitet enn mennene. Dette er tydeligst i de spørsmålene som dekker affektive forhold som lykke og når livskvaliteten vurderes ut fra forventninger. Verken alder eller ledighetens varighet influerer signifikant på livskvalitetsmålene.

Jevnt over skåret de langtidsledige i Lillesand lavere på livskvalitetsmålene enn normalbefolkninger på Østlandet, i Nordland og på Svalbard (13, 14). Forskjellene var to til tre ganger større for mennene enn for kvinnene.

At mennene får en større reduksjon i livskvaliteten når de mister jobben enn kvinnene, kan bero på at mennene har en mer eksistensiell tapsopplevelse enn kvinnene, som antakelig har lettere for å finne meningsfulle alternative sosiale roller (2).

LITTERATUR

1. Smith R. Unemployment and health. A disaster and a challenge. Oxford: Oxford University Press, 1987.
2. Ytterdahl T. Langtidslediges opplevelse av arbeidsledighet. En undersøkelse fra Lillesand. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 819 – 22.
3. Warr P, Jackson PR. Factors influencing the psychological impact of prolonged unemployment and of reemployment. Psychol Med 1985; 15: 795 – 807.
4. Claussen B. Arbeidsløs og helseløs? En medisinsk undersøkelse av lengre tids registrerte arbeidsløse i Grenland 1988. Rapport nr. 2/1991, Seksjon for helsetjenesteforskning. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1991.
5. Claussen B, Bjørndal A, Hjort PF. Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed. J Epidemiol Community Health 1993; 47: 14 – 8.
6. Wilson SH, Walker GM. Unemployment and health. A review. Public Health 1993; 107: 153 – 62.
7. Claussen B, Aasland OG. The Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit) in a routine health examination of long-term unemployed. Addiction 1993; 88: 363 – 8.
8. Ytterdahl T. Langtidslediges helse, levekår og livskvalitet. En undersøkelse fra Lillesand. Rapport fra forsøk med ”bedriftshelsetjeneste” for langtidsledige. Lillesand: Lillesand kommune og Arbeidsformidlingen i Lillesand, 1995.
9. Helseundersøkelsen 1985. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1987.
10. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels KL, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. Behav Sci 1974; 19: 1 – 15.
11. Saunders JB, Aasland OG. WHO collaborative project on identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. Genève: WHO, 1987.
12. Piccinelli M, Tessari E, Bortolomasi M, Piasere O, Semenzin M, Garzotto N et al. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. BMJ 1997; 314: 420 – 4.
13. Sørensen T, Næss S. To measure quality of life. Nord J Psychiatry 1996; 50 (suppl 37): 29 – 39.
14. Sørensen T. Mental helse i Nordkyst. Bodø: Nordland fylkeskommune, Fylkeshelsesjefens kontor, 1987.

15. Schirmer H, Høyer G, Nilssen O, Brenn T, Steine S. Helse og livskvalitet på 78 grader nord. Rapport fra en befolkningsstudie på Svalbard 1988. ISM skriftserie nr. 40. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, 1997.
 16. Helseundersøkelsene i Østfold 1985 og 1988 og i Aust-Agder 1986 og 1989. Oslo: Statens helseundersøkelser, 1997.
 17. Holmen J, Midthjell K. Nord-Trøndelags-undersøkelsen 1984 – 86. Rapport nr. 4/1990. Verdal: Senter for samfunnsmedisinsk forskning, 1990.
 18. Weissmann MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA 1996; 276: 293 – 9.
 19. Svendsen I-M. Arbeidsledighet og identitet. Tidsskrift for Norsk psykologforening 1990; 27: 349 – 59.
-

Publisert: 30. april 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. september 2026.