

En kartlegging av psykisk helse og livskvalitet blant eldre i Norge

Innhold

Innhold	1
Sammendrag	2
Oppdrag.....	4
Innledning.....	5
Bakgrunn.....	5
Metodisk tilnærming	9
Datakvalitet	14
Svarprosent og representativitet.....	14
Eldre i Bergen-undersøkelsen.....	15
Eldres representativitet i webundersøkelser (SSB)	17
Kartlegging av psykisk helse og livskvalitet blant eldre	20
Psykisk helse	20
Psykiske plager	20
Depressive symptomer.....	26
Angstsymptomer	32
Framskrivning av sykdomsbyrde for angst- og depressive lidelser	36
Medisinbruk knyttet til psykiske plager og lidelser	39
Registerbasert medisinbruk.....	39
Selvrapportert medisinbruk	47
Alkoholbruk	52
Ensomhet.....	56
Subjektiv livskvalitet	64
Tilfredshet med livet	64
Positive og negative følelser.....	69
Opplevelse av mening	71
Diskusjon.....	75
Referanser	82

Sammendrag

Denne rapporten kartlegger psykisk helse og livskvalitet blant hjemmeboende personer i alderen 60 år og eldre i Norge. Rapporten er utarbeidet på oppdrag over tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet, og bygger på systematiske litteratursøk, innspill fra fagpersoner, og analyser av nasjonale befolkningsundersøkelser. Særlig brukte datakilder er Fylkeshelseundersøkelsene (FHUS), Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), Tromsøundersøkelsen og Statistisk sentralbyrås (SSB) Levekårsundersøkelser og Livskvalitetsundersøkelser. Bakgrunnen for behovet for å samle kunnskap om eldres psykiske helse og livskvalitet er blant annet å støtte opp under arbeidet med Opptappingsplanen for psykisk helse (2023-2033) og å møte utfordringene som følger med at vi blir stadig flere eldre i årene fremover, blant annet gjennom Bo trygt hjemme-reformen. Aktiv og sunn aldring er et sentralt politisk og helsefaglig satsingsområde, og kartleggingen skal bidra til bedre beslutningsgrunnlag for tiltak og prioriteringer.

Når det gjelder *selvrapportert psykisk helse*, viser studier at forekomsten av symptomer på både angst, depresjon og psykiske plager (samlemål for angst- og depresjonssymptomer) er lavere blant yngre eldre (60-79 år) enn yngre voksne (20-39 år). Imidlertid øker symptomene noe blant de aller eldste (80+). Kvinner over 60 år har om lag dobbelt så høy andel med angstsymptomer og psykiske plager som menn. Når det gjelder depresjonssymptomer, viser ulike studier derimot sprikende resultat for kjønnsforskjeller aldersgrupper over 60 år. Over tid har det vært en nedgang i depressive symptomer blant eldre, mens for angst og psykiske plager har nivåene vært stabile - i kontrast til økende psykiske plager hos unge voksne. Når vi ser på tall for *diagnostiserte psykiske lidelser* i helsetjenesten blant eldre (60 til 89 år) er tallene for angst- og depresjonsdiagnoser ofte dobbel så høye blant kvinner som blant menn. Andelene har vært stabile fra 2008 til 2023, foruten en svak nedgang i depresjonsdiagnoser for kvinner over 80 år.

Framskrivinger fra Global Burden of Disease (GBD) studien tyder på at sykdomsbyrden fra angst- og depresjonslidelser blant personer over 70 år i Norge vil holde seg relativt stabil frem mot 2050, målt i helsetapsjusterte leveår (DALY). I rater forventes nivåene å være omtrent som i dag, men i absolutte tall øker byrden fordi antallet eldre stiger.

Tall fra Legemiddelregisteret viser at bruken av vanedannende sovemidler og beroligende midler blant eldre har gått ned mellom 2014 og 2024, men at 20% av kvinner og 10% av menn over 65 år fikk utlevert benzodiazepinlignende midler (vanedannende sovemidler) på resept i 2024. I 2024 fikk henholdsvis 15% og 8% av eldre kvinner og menn antidepressiva på resept, og disse andelene har vært stabile over tid. Enkelte antipsykotika har derimot vist en økende trend blant eldre, først og fremst i form av økende forbruk av kvetiapin.

Selvrapporterte tall på reseptbelagte legemidler viser sovemidler er mindre utbredt blant menn (7-9 %) enn kvinner (17-23%) i gruppen 60-79 år i 2024, med relativt stabile nivåer over tid siden 2013. Bruken av beroligende midler har gått ned over tid blant 60-69-åringene, mens den har vært stabil blant 70-79-åringene; i 2024 oppga 3-6% av menn og 7-8% av kvinner slik bruk. For smertestillende midler har andelene holdt seg høye, særlig blant 70-79-åringene (30% menn, 32% kvinner, mot hhv. 23 og 22% i alderen 60-69 år). Tidligere tydelige kjønnsforskjeller i både beroligende og smertestillende midler er nå i stor grad utjevnet.

Tall fra SSBs rusundersøkelser viser at én av fire i aldersgruppen 60-79 år drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, og at andelen har holdt seg relativt stabil over tid (2012-2024). Høykonsum (seks enheter eller mer ved samme anledning) er mer utbredt blant menn, særlig i 60-årene, og har økt betydelig over tid. Generelt ser vi at kvinner har lavere forbruk, men at kjønnsforskjellene er reduserte over tid.

Ensomhet oppgis av minst en av fire yngre-eldre (60-79 år) og en av tre eldre-eldre (80+), målt ved spørsmål om man har følt seg ensom de siste to ukene. De fleste av disse har svart at de har følt seg «litt» ensom, mens kun 6-7% blant eldre 60+ har svart at de har følt seg «mye» ensom. Ensomhetstallene er lavere blant yngre eldre enn blant yngre voksne, men stiger altså blant de aller eldste, spesielt blant kvinner, de som bor alene og de som har redusert helse eller funksjonsevne. Ensomhetstallene blant eldre har falt de siste 20-30 årene. Dette kan ha sammenheng med bedre helse, høyere utdanning og økonomisk trygghet i nyere eldrekohorter. Likevel viser framskrivninger at det absolutte antallet eldre med alvorlig ensomhet kan dobles fram mot 2050, som følge av befolkningsaldring.

Subjektiv livskvalitet blant eldre vurderes generelt som god, særlig blant de yngre eldre. De fleste eldre rapporterer høy tilfredshet med livet, og andelen med lav tilfredshet er lavere enn i yngre grupper. Samtidig ser vi at opplevd livskvalitet flater ut eller snur i de eldste aldersgruppene, spesielt for kvinner over 90 år. Eldre skårer også høyt på opplevelse av mening og positive følelser. Dette samsvarer med internasjonal forskning som peker på det såkalte «eldreparadokset» - at mange eldre opplever høy livskvalitet til tross for objektive tap.

Generelt ser vi altså at yngre eldre i Norge rapporterer relativt god psykisk helse og livskvalitet, og lite ensomhet, sammenlignet med (i) yngre personer, (ii) eldrebefolkningen tidligere og (iii) eldre internasjonalt. Funnene må tolkes i lys av generelt bedre levekår og helse blant eldre i Norge enn mange andre land, men også velferdsstatens rolle i å forebygge og dempe psykiske helseplager i eldre år. Det står imidlertid dårligere til med de eldste, de over 80 år, og det er betydelige gruppeforskjeller og risikogrupper. Kvinner kommer generelt dårligere ut enn menn på flere indikatorer. Aleneboende og eldre med dårlig helse eller lav økonomisk trygghet er særlig utsatt for dårligere psykisk helse, høyere ensomhet og lavere livskvalitet. Ettersom psykisk uhelse, ensomhet og lav livskvalitet ofte opptrer samtidig, vil det i forebyggende og behandlende tiltak være viktig å være oppmerksom på at disse tilstandene ofte har felles risikofaktorer og forsterker hverandre.

Datakvaliteten og representativiteten i eksisterende undersøkelser gir noen utfordringer. Vi mangler gode data om eldre i institusjon og om de aller eldste og mest skrøpelige, som ofte ikke inkluderes i de vanlige datakildene eller der svarprosentene er lave. Dette kan gi et skjevt og for positivt bilde av eldres psykiske helse og livskvalitet i befolkningen.

Oppdrag

I tildelingsbrevet for 2025 fikk Folkehelseinstituttet i oppdrag å kartlegge kunnskapsgrunnlaget om psykisk helse og livskvalitet blant eldre i Norge. Oppdraget er en del av Opptappingsplanen for psykisk helse og skal også sees i sammenheng med Bo trygt hjemme-reformen. Oppdragets innretning ble utformet i dialog med Helsedirektoratet, og drøftet med både Område for folkehelse og forebygging i FHI og Helse- og omsorgsdepartementet.

Vi har fokusert på hjemmeboende personer over 60 år i Norge, og gir en oversikt over sentrale indikatorer for psykisk helse og livskvalitet, inkludert ensomhet - både samlet og for utvalgte undergrupper. I tillegg peker vi på områder der det foreligger manglende eller begrenset kunnskap. Arbeidet oppsummeres i dette notatet, som ble levert 1. september 2025.

Arbeidsgruppen ved FHI har bestått av Thomas Hansen (leder), Anne Reneflot, Benedicte Kirkøen, Bjørn Heine Strand og Øystein Vedaa. Rapporten er utarbeidet av arbeidsgruppen, med bidrag fra øvrige forskere fra FHI: Elin Kristin Bye, Ingebjørg Louise Rockwell Djupedal, Ann Kristin Skrindo Knudsen, Ingvild Odsbu og Svetlana Skurtveit. Vi vil takke Eivind Aakhus (spesialist i psykiatri og fagsjef for Psykisk helse, Nasjonalt senter for Aldring og helse) og Dagfinn Mørkrid Thøgersen (direktør for området for Folkehelse og forebygging, FHI) for kvalitetssikring av rapporten.

Innledning

Bakgrunn

Som i resten av verden står Norge overfor en betydelig demografisk endring, der en stadig større andel av befolkningen er i eldre aldersgrupper. Denne utviklingen har på den ene siden ført til bekymring for fremtidige offentlige utgifter og økt press på helse- og omsorgstjenestene, men har på den andre siden bidratt til økt politisk og faglig oppmerksomhet rundt hvordan eldre kan forbli aktive og delta i samfunnet. Dette har gjort sunn og aktiv aldring til et tydelig politisk og helsefaglig satsingsområde [1]. Som uttrykt både i Opptappingsplanen for psykisk helse og i Bo trygt hjemme-reformen, er et sentralt mål at eldre skal kunne leve friske, selvstendige og meningsfulle liv så lenge som mulig. I den sammenhengen har interessen for ikke bare fysisk, men også psykisk helse blant eldre økt - og for hvordan man kan forebygge ensomhet og styrke livskvalitet i eldre år [2].

Selv om individuell variasjon er stor, innebærer aldring biologiske og sosiale endringer som kan øke sårbarheten for psykiske plager, redusert sosial deltakelse og lavere livskvalitet. Tap av nære relasjoner, svekket funksjonsevne, sykdom og overgangen til pensjonisttilværelsen er viktige slike overganger. Mange av disse endringene oppstår

særlig i høy alder, og det er derfor viktig i studier av psykisk helse og livskvalitet å inkludere de eldste (80+) og å skille mellom disse og de yngre eldre. Det er også kjønnsforskjeller. For eksempel bor kvinner oftere alene i eldre år, noe som kan påvirke både sosial tilhørighet og psykisk helse. Motsatt, blant de som bor alene, har menn tradisjonelt hatt forhøyet risiko for psykiske plager, fordi de generelt har mindre sosiale nettverk og er dårligere enn kvinner på å opprettholde sosiale relasjoner etter tap [3]. Evnen til å tilpasse seg nye livsvilkår og opprettholde god livskvalitet avhenger dessuten av livssituasjon og tilgang til støtte og ressurser. Det er derfor også relevant å være oppmerksom på mulige sosiale ulikheter i Eldres psykiske helse og livskvalitet.

Kunnskapen om Eldres psykiske helse og livskvalitet har i liten grad vært kartlagt tidligere. Rapporten *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser* fra 2011 ga en grundig gjennomgang av forekomsten av ulike psykiske plager og lidelser blant personer over 65 år, inkludert angst, depresjon, psykoser, alkoholmisbruk, demens og selvmord. Rapporten viste at kunnskapsgrunnlaget på dette området var fragmentert og preget av få norske studier. Samtidig ble det dokumentert at forekomsten av psykiske plager var høy blant de aller eldste, særlig blant dem som bor i institusjon eller har pleiebehov, mens yngre eldre som bor hjemme, i gjennomsnitt hadde lavere forekomst enn resten av den voksne befolkningen. Rapporten var i hovedsak rettet mot psykisk uhelse, og omfattet ikke positive aspekter ved aldring, slik som opplevelse av livskvalitet og trivsel. Den tok heller ikke for seg ensomhet - en viktig helseutfordring i eldre år med klare koblinger til både psykisk og fysisk helse [4]. Både livskvalitet og ensomhet har fått økt politisk og faglig oppmerksomhet de siste årene, blant annet gjennom regjeringens varslede nasjonale strategier på begge områdene.

Eldrebefolkningen og betingelsene for god aldring er i endring, og det er behov for en ny og bredere kartlegging. Nye generasjoner eldre har i økende grad god helse og inntekt, og spesielt blant kvinner har flere høyere utdanning enn før, noe som kan legge til rette for økt deltakelse og livskvalitet [5, 6]. Blant kvinner (men ikke menn) er det også noe færre eldre som bor alene, sammenlignet med for 20 år siden [7]. Mange vil ha bedre digitale ferdigheter og være mer vant til å ta ansvar for egen helse og livssituasjon. Dette gir potensial for en mer aktiv og engasjert alderdom, og kan være en positiv ressurs for

samfunnet som helhet. På den andre siden ser vi også utviklingstrekk som kan representere nye utfordringer. For eksempel er skilsmisse mer utbredt blant eldre enn tidligere [8]. Høyere utdanning og forventninger kan også skape nye sårbarheter. Forestillinger om aldring som en tid for selvrealisering og livsnytelse kan gjøre det vanskeligere å akseptere svekkelse og tap som følger med alderdommen [6]. I tillegg har studier vist en økning i alkoholkonsum blant eldre, særlig blant dem med høyere utdanning, noe som potensielt kan bli en ny folkehelseutfordring [6, 9]. Dersom den norske økonomien svekkes, kan dette få konsekvenser, både fordi det påvirker personlig økonomi men også offentlige budsjetter, inkludert helse- og omsorgstjenester [10].

Formål med kartleggingen

Gjennom denne kartleggingen ønsker vi å gi et helhetlig og oppdatert bilde av psykisk helse og livskvalitet blant eldre i Norge i dag. Denne rapporten dekker de vanligste psykiske helseutfordringene (angst, depresjon, alkoholbruk), tilhørende legemiddelbruk (angstdempende medisiner og antidepressiva), ensomhet og subjektiv livskvalitet. Vi vurderer også datakvalitet og kunnskapshull. Et sentralt formål er å gi et kunnskapsgrunnlag som kan støtte videre arbeid med Opptappingsplanen for psykisk helse og Bo trygt hjemme-reformen.

Definisjoner

Eldre

Hvilke aldersgrupper som anses som eldre varierer i litteraturen, men ofte benyttes en grense på 60+ eller 65+ [1, 3]. Vi har valgt å inkludere studier med data for personer som er 60 år og eldre. Valget var begrunnet ut fra å fange opp mest mulig relevant litteratur, særlig de (nokså mange) studier som bruker aldersgruppen 60-69 år i aldersspesifikke analyser.

Videre bruker vi 80 år som et skille mellom yngre-eldre og eldre-eldre. Dette bygger på forskningslitteratur som ofte bruker 80 år som markør for «den fjerde alder», en fase der

andelen med skrøpelighet og helseproblemer, samt helsetjenestebruk og helseutgifter, raskt øker [11, 12].

Livskvalitet

Med livskvalitet menes her *subjektiv* livskvalitet, det vil si den enkeltes egen opplevelse av hvordan livet er, som handler om å ha det godt og fungere godt i hverdagen [13, 14]. Subjektiv livskvalitet inkluderer følelsen av glede, vitalitet og tilfredshet, men også trygghet, tilhørighet, interesse, mestring, mening, engasjement og opplevelsen av autonomi og kontroll over eget liv [15, 16]. Man kan skille mellom a) hedonisk (erfaringsbasert) livskvalitet, som handler om følelsesmessige opplevelser som glede og stress, b) evaluerende livskvalitet, som innebærer refleksjoner over hvor fornøyd man er med livet som helhet, og c) eudaimonisk livskvalitet, som vektlegger psykologisk fungering, mening, mestring og personlig vekst [13].

Ensomhet

Ensomhet defineres som en subjektiv opplevelse av ubehag eller savn knyttet til sosial kontakt. Den kan oppstå når man har for få sosiale relasjoner, eller når den sosiale kontakten man har, ikke oppleves som tilstrekkelig eller meningsfull [4, 17, 18].

Psykisk helse

Under benyttes definisjoner som dels er hentet fra Opptappingsplanen for Psykisk Helse [16], som igjen er fra Folkehelseinstituttet [15]. I disse dokumentene beskrives psykisk helse som et overordnet begrep og omfatter alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser.

God psykisk helse betoner trivsel og opplevelse av god livskvalitet, mening med tilværelsen og evne til å mestre hverdagens utfordringer, samt fravær av alvorlige psykiske plager og lidelser.

Psykiske plager beskriver plager som kan være belastende, men som kan ses på som vanlige variasjoner i atferd og følelsesliv. Plagene kan gi ulik grad av

symptombelastning, fra lette til sterkere plager, men ikke så sterke eller langvarige at de nødvendigvis kan karakteriseres som en lidelse. Plagene kan måles ved bruk av spørreskjema der personen selv rapporterer i hvilken grad de opplever ulike plager, ofte knyttet til engstelse, uro eller nedstemthet.

Psykiske lidelser brukes når symptombelastningen er stor, varer over tid og er av en slik karakter at kriteriene for en klinisk diagnose er oppfylt. En psykisk lidelse vil ofte, i tillegg til den individuelle symptombelastningen, også medføre sosiale og/eller funksjonsmessige endringer. Kartlegging av psykiske lidelser krever mer omfattende vurderinger, for eksempel gjennom kliniske undersøkelser hos lege eller psykolog, eller gjennom diagnostiske intervju som ledd i helseundersøkelser.

Rusmiddelproblemer er en samlebetegnelse for all bruk av rusmidler som har negative konsekvenser for brukeren, uavhengig av diagnostisk nivå.

Metodisk tilnærming

Arbeidsgruppen fant det mest hensiktsmessig å gjøre det som i FHIs retningslinjer for kunnskapsoppsummeringer kalles et «systematisk litteratursøk med sortering» [19]. Systematisk litteratursøk med sortering er en metode for å kartlegge og sortere forskningslitteratur knyttet til et bredt, men klart definert forskningsspørsmål. Formålet er å vise hva slags forskning som finnes, hva som mangler, og om det er grunnlag for en mer inngående kunnskapsoppsummering. Søket gir en oversiktlig liste over relevant litteratur, sortert etter tema eller kategori. I våre søk etter forskningslitteratur har vi i tillegg til søk i databaser kontaktet fagekspertene og søkt etter upublisert forskningslitteratur.

Vanligvis skjer utvelgelsen på grunnlag av titler og sammendrag. Tilnærmingen er mindre omfattende enn en full systematisk oversikt. Dette innebærer at vi ikke har vurdert kvaliteten på de inkluderte studiene eller datamaterialet. Arbeidet er heller ikke forhåndsregistrert, men innretningen av oppdraget og metodiske valg har vært grundig drøftet i forkant med Helsedirektoratet og fagmiljøer internt på FHI.

Kartleggingen baserer seg på tre komplementære datakilder:

- (i) et bredt, pragmatisk søk i egne datakilder, inkludert innspill fra fagpersoner, kollegaer og søk på internett og i relevante rapporter og statistikk,
- (ii) et systematisk litteratursøk utført i samarbeid med biblioteket, og
- (iii) i begrenset grad, egne analyser av tilgjengelige norske datakilder.

Den fullstendige søkestrategien ligger vedlagt (se Appendix).

Det systematiske søket ble gjort i databasene Medline, PsycInfo og Scopus. Forskningsbibliotekar Bente Foss tilrettela og utførte søket. Søket ble utført 12. mai 2025. I søket har vi kun brukt engelske søkeord, men vi fanger likevel publikasjoner på norsk. Dette fordi norske artikler oversettes til engelsk når de indekseres i databasene, på feltene vi søker i (tittel, sammendrag og emneord). Vi får altså ingenting ekstra ved å bruke norske ord.

Inklusjonskriterier

Populasjon: Den generelle befolkningen over 60 år i Norge. Vi har valgt å fokusere på hjemmeboende eldre¹, da sykehjemsbeboerne utgjør en liten gruppe. Det er i dag rundt 40 000 sykehjemsplasser i Norge. Om lag 84% av beboerne er personer med demens [20].

Studiedesign og publikasjoner/statistikk: Beskrivende statistikk og analyser gjengitt i fagfellelvurdert litteratur, upublisert (grå) litteratur, nettsider, eller gitt direkte fra fagfolk i eller utenfor arbeidsgruppen. Vi ser på populasjonsbaserte (tverrsnitts-) utvalg, og ser bort fra panelutvalg (som NorLAG-undersøkelsen).

Utfall: Angstlidelse eller angstsymptomer, depresjon eller depressive symptomer, ensomhet, tilfredshet med livet, lykke, positive følelser, negative følelser og opplevd mening i livet. Disse ble vurdert som de mest sentrale indikatorene på psykisk helse og livskvalitet hvor vi kan forvente å finne befolkningsbaserte tall blant eldre personer.

Språk: Engelsk eller norsk språk.

¹ Her defineres «hjemmeboende» bredt. Utvalgene kan inkludere også noen som bor i tilrettelagte boliger som omsorgsbolig, da dette ikke spesifiseres i datagrunnlaget.

År: Publikasjoner fra de siste 5 år (2020-2025), med data fra de siste 10 år (2015-2025).

Tall fra ikke-fagfellelevurderte arbeid (rapporter, nettsider eller gitt fra fagfolk) kan inkluderes dersom data er innsamlet i 2015 eller senere.

Eksklusjonskriterier

Populasjon: Utvalg med kun kliniske populasjoner eller andre spesielle kjennetegn (f.eks. sykehjemsbeboere, pårørende eller demens).

Utfall: Andre utfall enn de nevnt over (for eksempel psykoselidelser, personlighetsforstyrrelser, «helse-relatert livskvalitet»). Selvmord dekkes i den kommende handlingsplan for selvmord. I det systematiske søket ble alkohol og psykofarmaka ekskludert. Vi antok at søket for disse temaene ikke ville gi noe utover det vi får gjennom bidrag internt på FHI.

Språk: Andre språk enn norsk og engelsk.

År: Publikasjoner med publikasjonsdato før 2020. Vi ser også bort fra data innsamlet før 2015.

Prosedyre

Fra det systematiske søket, ble listen over referanser lagt inn i Covidence og gjennomgått av Thomas Hansen og Anne Reneflot. Artikkeltitler og sammendrag, og deretter fulltekst, ble vurdert opp mot inklusjonskriteriene. Ved uenighet ble artikler diskutert mellom de to og inkludert/ekskludert basert på konsensus. Fra artiklene hentet vi informasjon om populasjon, utfall og funn.

Dersom samme undersøkelse har dekket en indikator på samme måte i flere runde, benyttes data fra den siste datainnsamlingen om tilgjengelig.

Så langt det er mulig er funnene presentert separat for menn og kvinner og mellom aldersgrupper. Hvor det foreligger data vil vi også fokusere på utvikling over tid, dvs. endring i psykisk helse, ensomhet og livskvalitet i eldrebefolkningen.

Vi har inkludert informasjon om statistisk signifikans og variabilitet (konfidensintervall) når dette var tilgjengelig. Det som i teksten omtales som «signifikant», innebærer at forskjellene som omtales er statistisk signifikant på minimum $p < .05$ nivå.

Metodiske utfordringer

Det er flere metodologiske utfordringer ved forskning på psykisk helse og livskvalitet blant eldre som vanskeliggjør presise estimater og sammenligning på tvers av studier [1, 21]. Særlig følgende momenter bør trekkes frem:

- **Utvalgsforskjeller:** Estimaten varierer i forhold til hvilke demografiske grupper som inngår i utvalgene, for eksempel avhengig av aldersgruppe og om individene som studeres bor hjemme eller på institusjon [1]. Forekomsten av psykiske plager eller lidelser blant eldre som er pleietrengende eller bor på institusjon er betydelig høyere enn blant dem som bor hjemme og klarer seg helt eller delvis selv [22]
- **Deltakelse:** skrøpelige og institusjonalisert eldre deltar i mindre grad i spørreundersøkelser, og har generelt lavere livskvalitet og oppgir mer psykiske plager og ensomhet [21, 23]. Dette medfører at resultater basert på selvrapporterte data (fra hovedsakelig hjemmeboende og friskere eldre) ikke fullt ut er representative for befolkningen og gir trolig et skjevt bilde i retning av bedre mental helse enn det som faktisk er.
- **Moduseffekter:** Ulike studier benytter ulike metode for datainnsamling. Man kan forvente at folk svarer mer ærlig og fritt ved mer anonymisert selvutfylling enn ved personlig intervju, og dermed finner man gjerne høyere grad av psykiske plager ved førstnevnte metode. Det kan også være forskjeller mellom web-baserte og postale spørreskjema.
- **Rekkefølgeeffekter:** særlig for generell livskvalitetsspørsmål som tilfredshet med livet, vil svarene kunne påvirkes av forutgående spørsmål og hvilke livsområder disse retter fokus på [23].
- **Målvariasjon:** Ulike undersøkelser bruker ulike mål og grenseverdier for en og samme indikator [24]. For eksempel bruker studier på psykiske plager ofte 1) ulike skalaer for å måle symptomer på angst og depresjon (f.eks. Hopkins Symptom Checklist eller Hospital Anxiety and Depression Scale), 2) ulike versjoner av de samme skalaene (for eksempel finnes det flere versjoner av Hopkins Symptom Checklist: HSCL-25, HSCL-10 og HSCL-5), eller 3) samme versjon av samme skala, men med ulike grenseverdier for å identifisere mulig psykisk lidelse basert på spørreskjema. De fleste undersøkelser

bruker en grenseverdi for alle aldersgrupper, men det er indikasjoner på at en lavere terskelverdi kan fungere bedre til å riktig klassifisere eldre personer [25].

- Ulik symptomatologi: Psykiske plager og lidelser hos eldre, som for eksempel depresjon, kan gi seg uttrykk i andre tegn og symptomer enn hos yngre. Blazer (2009) (hentet fra [1]) hevder at, selv om depresjon blant eldre har samme kjernesymptomer som blant yngre, så preges eldres depresjon av relativt lite tristhet (sadness) og selvpoplevd nedstemthet, men desto mer av apati og generelt tap av interesse. Dette gjør det utfordrende å oppdage og vurdere psykisk uhelse i eldre år og å sammenligne forekomster med yngre. Hvilke utredningsverktøy og spørreskjemaer som best fanger opp psykiske plager og lidelser i denne aldersgruppen, er fortsatt gjenstand for faglig diskusjon [1].
- Forekomst av psykiske lidelser. Gullstandarden for å undersøke forekomsten av psykiske lidelser er å gjennomføre strukturerte diagnostiske intervjuer i et tilfeldig utvalg av befolkningen. Vi har ikke slike tall tilgjengelig i nyere tid i Norge, men vi har tall på diagnostiserte psykiske lidelser som viser andelen av befolkningen som oppsøker og mottar hjelp fra helsetjenesten. Det er viktig å merke seg at dette vil gi lavere forekomst tall ettersom vi vet at ikke alle oppsøker hjelp for psykiske lidelser [26].

Liste over forkortelser

EHIS	European Health Interview Survey
FHUS	Fylkeshelseundersøkelsen
GBD	Global Burden of Disease
HSCL	Hopkins Symptom Checklist
HUNT	Helseundersøkelsen i Trøndelag
LKU	SSBs Levekårsundersøkelse
LK	SSBs Livskvalitetsundersøkelse
NorLAG	Den norske undersøkelsen om livsløp, aldring og generasjon
Saminor	Helse- og levekårsundersøkelsen i områder med samisk og norsk bosetting
SSB	Statistisk Sentralbyrå
Tromsø	Tromsøundersøkelsen

Datakvalitet

Svarprosent og representativitet

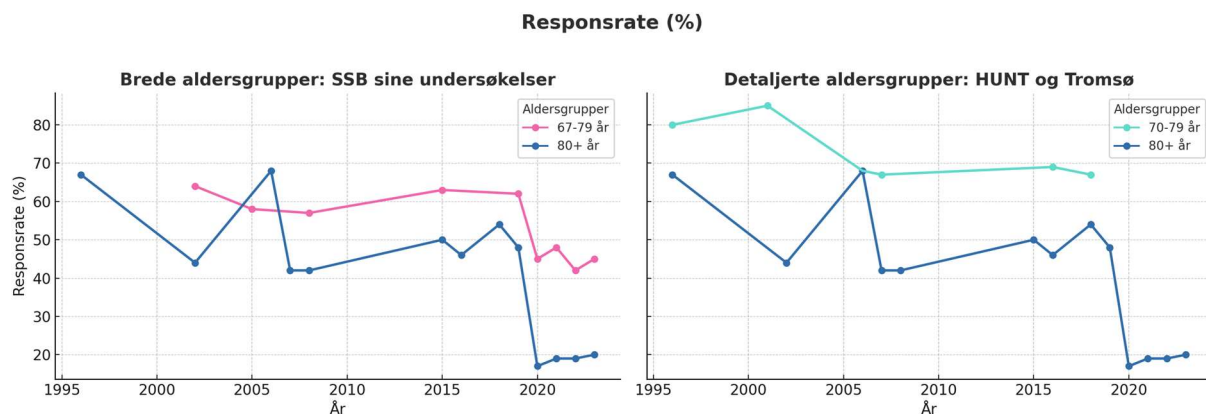
I tabellen under viser responsraten for ulike runder av SSBs Livskvalitetsundersøkelse etter alder. Vi ser at responsraten for de over 80 år er svært mye lavere enn resten av utvalget. Blant de over 85 år synker svarprosenten til under 10% [23]. Referanse er dokumentasjonsnotatet for hver undersøkelse.

Tabell 1. Svarprosent i SSBs Livskvalitetsundersøkelser 2022-2024.

	2022	2023	2024
Totalt	38	45	43
Alder			
18-24	31	40,1	38,1
25-44	33,6	43,1	40,7
45-66	45,2	52,3	50,7
67-79	41,9	45,4	44,5
80+	19	19,7	21,2

I figurene under ser vi utviklingen i svarprosent blant eldre aldersgrupper over tid i ulike undersøkelser. Vi ser responsraten holdt seg nokså stabil fra 1995 til ca. 2018, men har falt veldig etter det. Mens vi i eldre datasett har svar fra 60-80% av de inviterte, har nyere undersøkelser kun svar fra under 20% av de inviterte. Lav svarprosent fører ikke nødvendigvis til skjeve resultater, da det i seg selv ikke sier så mye om faren for skjevheter [27]. Likevel reduserer det tillitt til resultatene. Noe av forklaringen på nedgangen i responsrate kan antagelig være overgang fra papir eller telefonintervjuer til web-basert data-innsamling. Svarprosenten er noe høyere i telefonbaserte undersøkelser (se gjennomgangen av SSBs rapport om eldres representativitet i webundersøkelser).

Figur 1. Svarprosent blant eldre over tid



Eldre i Bergen-undersøkelsen

I dag gjennomføres mange befolkningsundersøkelser utelukkende digitalt². Et eksempel er Folkehelseundersøkelsene i fylkene (FHUS), som gir kommuner og fylkeskommuner viktig kunnskap om helsetilstanden og livskvaliteten i befolkningen. En utfordring ved digitale datainnsamlingsmetoder er spørsmålet om representativitet, spesielt med tanke på eldre aldersgrupper. Deltakere i FHUS inviteres basert på digital kontaktinformasjon hentet fra Kontakt- og reservasjonsregisteret (KRR), noe som forutsetter at de har registrert e-postadresse og/eller mobiltelefonnummer. Mange eldre mangler registrert kontaktinformasjon i KRR eller har reservert seg mot elektronisk kommunikasjon, noe som medfører at de ikke får mulighet til å delta. I tillegg har flere eldre registrert samme kontaktinformasjon som sin ektefelle eller samboer, noe som fører til duplikater i registeret. For å sikre at invitasjonene når den enkelte deltaker unikt, blir slike duplikater vanligvis ekskludert fra utvalget. Dette kan ytterligere redusere tilgangen til enkelte grupper av eldre i digitale undersøkelser. I *Eldre i Bergen-undersøkelsen* [28] ønsket man å undersøke om eldre som kun kan nåes via post, skiller seg systematisk fra dem som kan nåes digitalt, både når det gjelder bakgrunnsvariabler og hvordan de svarer på helse- og livskvalitetsspørsmål. I tillegg ga denne undersøkelsen en unik mulighet til å se nærmere på aldersinndeling innenfor den eldste delen av befolkningen. I mange befolkningsundersøkelser slås personer over en viss

² Denne delen er skrevet av Ingebjørg L. R. Rockwell Djupedal, Avdeling for forskningsadministrativ støtte, FHI.

alder ofte sammen i én bred kategori, som for eksempel «80 år og eldre», noe som kan skjule viktige forskjeller.

Utvalget

Undersøkelsen omfattet alle hjemmeboende eldre over 80 år i Bergen kommune (N = 13 808). Disse ble delt inn i to grupper basert på hvorvidt de kunne nås digitalt eller postalt. Totalt 5 997 personer hadde registrert unik digital kontaktinformasjon (e-post og telefonnummer) i KRR og ble dermed invitert til å delta digitalt. Blant de 7 811 som ikke kunne nås digitalt, ble et tilfeldig trukket utvalg på 3 000 personer invitert til å delta med postalt spørreskjema (av hensyn til kostnader knyttet til fysisk utsending). Totalt ble dermed 8 997 eldre invitert til å delta i undersøkelsen.

Blant dem som mottok invitasjon digitalt, svarte 2 236 personer, noe som ga en svarprosent på 37,3. I det postale utvalget svarte 949 personer, tilsvarende en svarprosent på 31,6. Svarprosenten varierte betydelig mellom aldersgruppene. Den var høyest blant de yngste (79-84 år) med 65,3 %, falt til 24,4 % i aldersgruppen 85-89 år, og var lavest blant dem som var 90 år eller eldre, med kun 10,1 %. Det var generelt noe høyere deltakelse blant kvinner (40,3 %) sammenlignet med menn (31,8 %).

Små forskjeller i helseutfall etter innsamlingsmetode

Resultatene viste at forskjellene mellom eldre som kunne nås digitalt og de som bare kunne nås per post generelt var små på flere sentrale helse- og livskvalitetsindikatorer. Det var ingen forskjell mellom den digitale og den postale gruppen når det gjaldt blant annet livstilfredshet, psykiske plager, ensomhet, søvnproblemer (insomni) og om helsemessige forhold hindrer deltakelse i aktiviteter. Resultatene viste derimot små forskjeller i favør av den digitale gruppen på trivsel i nærmiljøet, sosial kontakt med familie, venner eller bekjente, deltakelse i kulturelle aktiviteter, selvrapportert fysisk helse og kognitive vansker sammenlignet med den postale gruppen.

Forskjeller i helseutfall etter alder og kjønn

Resultatene viste derimot tydelige aldersforskjeller mellom gruppene. Den yngste aldersgruppen (79-84 år), og særlig kvinner, rapporterte gjennomgående bedre fysisk og psykisk helse, lavere grad av ensomhet og færre funksjonsnedsettelse enn de eldre

gruppene. Den eldste gruppen (90+ år) kom dårligst ut, særlig kvinner, som oftere rapporterte lavere livstilfredshet, høyere grad av psykiske plager, ensomhet og utfordringer knyttet til bevegelse og kognisjon. Kvinner 90 år og eldre skilte seg negativt ut på flest utfallsmål sammenlignet med øvrige kjønn- og aldersgrupper.

Oppsummert

Undersøkelsen viser ingen store forskjeller mellom eldre som kan nåes med digitale spørreundersøkelser og de som bare kan nåes med postal undersøkelse på flere sentrale mål for helse og livskvalitet. Samtidig viser undersøkelsen at det er små forskjeller mellom gruppene på områder knyttet til sosial kontakt, deltakelse, fysisk helse og trivsel. Det kan tyde på at eldre som kan nåes med digitale spørreundersøkelser kan være i noe bedre funksjonell form og være mer sosialt aktive sammenlignet med de som bare kan nåes med postalt skjema. Med økende alder rapporteres også flere plager. I undersøkelser der slike tema er sentrale, eller der de eldste aldersgruppene står i fokus, kan supplerende postal datainnsamling gi et mer presist totalbilde.

Eldres representativitet i webundersøkelser (SSB)

I en rapporten fra 2023 utgitt av Statistisk sentralbyrå [23] analyseres representativitet og frafall blant eldre i tre store befolkningsundersøkelser: Livskvalitetsundersøkelsen (LK, web), Levekårsundersøkelsen (LKU telefon), og European Health Interview Survey (EHIS, telefon)³. Spesielt rettes oppmerksomheten mot utfordringer knyttet til rekruttering av de eldste eldre (80+), samt skjevheter som oppstår når undersøkelsene gjennomføres digitalt via web.

Omfanget av frafall

Frafallet blant eldre er betydelig, og øker markant med alder. Dette gjelder i særlig grad i Livskvalitetsundersøkelsen, som utelukkende benytter webbasert innsamling via e-post eller SMS. I denne undersøkelsen er svarprosenten for personer over 80 år på under

³ Denne delen av rapporten er skrevet av kunstig intelligens (KI), utviklet av OpenAI (modell GPT-4).

Teksten har blitt grundig gjennomgått, kontrollert og justert av rapportens førsteforfatter før ferdigstilling.

20%, og for personer over 85 år faller den til under 10%. Til sammenligning er svarprosentene høyere i telefonbaserte undersøkelser som LKU og EHIS, der eldre rekrutteres via telefon, noe som i større grad inkluderer også dem uten digital kompetanse eller tilknytning til elektroniske registre.

Selektivt frafall

Frafallet er ikke tilfeldig, men selektivt - det vil si at bestemte grupper er systematisk underrepresentert. Blant eldre er det særlig:

- Personer med lav utdanning og lav inntekt
- Personer med dårlig eller svekket helse
- Aleneboende
- Personer uten registrert digital kontaktinformasjon (ikke registrert i kontakt- og reservasjonsregisteret, KRR)
- Personer over 80 år

Disse gruppene er også de som har økt risiko for redusert livskvalitet og psykisk helse, samt økt risiko for ensomhet. Dermed innebærer frafallet en alvorlig representativitetsutfordring i analyser av Eldres livssituasjon, helse og trivsel.

Konsekvenser for måling av livskvalitet og psykisk helse

I Livskvalitetsundersøkelsen utgjør personer over 80 år kun 3 prosent av nettoutvalget, til tross for at denne aldersgruppen representerer nesten 8 prosent av befolkningen over 18 år. Det betyr at analyser av Eldres livskvalitet i liten grad fanger opp erfaringene til de aller eldste. De som faktisk deltar i webundersøkelsene, er dessuten mer ressurssterke enn de som faller fra - de har bedre helse, høyere utdanning, og bedre økonomi. Dette fører til systematiske skjevheter i resultatene, og dagens vekting klarer i liten grad å korrigere for dette.

Sammenligning mellom undersøkelsene

I rapporten sammenlignes tre datakilder:

- **LK (web):** Høy selektivitet, lav svarprosent blant eldre, særlig 80+.

- **LKU (telefon):** Høyere svarprosent blant eldre, mindre skjevhet i sammensetning.
- **EHIS:** Kombinerer telefon og papirskjema, og gir relativt god dekning av eldre aldersgrupper.

Analysene viser at telefonbasert innsamling gir høyere deltakelse blant eldre og bedre representativitet når det gjelder utdanning, helse og bosted. Webinnsamling alene gir store skjevheter i nettoutvalget, noe som gir grunnlag for bekymring når slike data brukes som grunnlag for politikkutforming og forskning.

Digitale barrierer og KRR

Et særlig viktig funn er betydningen av kontakt- og reservasjonsregisteret (KRR), som gir tilgang til digital kontaktinformasjon. Eldre uten registrert kontaktinfo i KRR (eller som har reservert seg mot digital kommunikasjon) har i praksis ingen mulighet til å bli med i en webundersøkelse. For personer over 80 år gjelder dette en betydelig andel. Dette skaper en barriere som både teknologisk og sosialt ekskluderer enkelte grupper.

Anbefalinger og veien videre

SSB anbefaler flere tiltak for å bedre representativiteten blant eldre i fremtidige undersøkelser:

1. **Flermetodisk datainnsamling:** Kombinasjon av web, telefon og post for å nå ulike grupper av eldre.
2. **Bedre vekting:** Utvikling av mer presise vekter som kompenserer for skjevheter knyttet til alder, utdanning, inntekt og digital tilgang.
3. **Frafallsstudier:** Systematisk kartlegging av hvem som ikke deltar og hvorfor, spesielt i de eldste aldersgruppene.
4. **Tilrettelagt kommunikasjon:** Bruk av språk og design som er tilgjengelig for eldre med ulike kognitive og funksjonelle forutsetninger.

Konklusjon

Frafallet blant eldre - og særlig de aller eldste - i befolkningsundersøkelser er både stort og selektivt, noe som gir alvorlige utfordringer for representativitet. Dette gjelder spesielt i webbaserte undersøkelser, som i økende grad benyttes i offentlig datainnsamling. Livskvalitetsundersøkelsen, som utelukkende gjennomføres digitalt, har svært lav deltakelse blant personer over 80 år, og fanger derfor i liten grad opp livssituasjonen til de mest sårbare eldre. For å kunne gi et reelt bilde av eldres livskvalitet og psykiske helse, og for å utvikle treffsikre tiltak, må fremtidige undersøkelser sikre bedre inkludering av hele eldrepopulasjonen.

Kartlegging av psykisk helse og livskvalitet blant eldre

Det systematiske søket resulterte i 687 referanser (etter fjerning av duplikater). Av disse ble 667 ekskludert basert på tittel eller sammendrag. Av de resterende 20 referansene ble 8 ekskludert basert på type publisering, populasjon, år (for datainnsamling) eller utfall, mens 12 artikler ble inkludert i det endelige notatet (se Appendix). Det «grå» litteratursøket resulterte i 237 referanser (etter fjerning av duplikater). Av disse ble 232 ekskludert basert på tittel eller sammendrag. Av de resterende 5 referansene ble alle ekskludert (pga. feil utfall eller år). Samlet ble i alt 12 artikler inkludert gjennom søket.

Psykisk helse

Vi oppgir resultater for psykiske plager (samlet mål på angst- og depresjonssymptomer), angst symptomer og depresjon symptomer hver for seg.

Psykiske plager

Generelle funn og kommentarer

Psykiske plager måles ofte med Hopkins Symptom Checklist (HSCL), som dekker symptomer på angst og depresjon. I Norge benyttes vanligvis en forkortet versjon med fem ledd (HSCL-5 eller HSCL-10), som spør hvor mye man har vært plaget av følgende siste 14 dager: nervøsitet eller indre uro, redsel eller engstelse, følelse av håpløshet med tanke på fremtiden, nedtrykthet eller tungsindighet, mye bekymret eller urolig (HSCL-5). Svar blir oppgitt på skalaen 'Ikke plaget' (1), 'Litt plaget' (2), 'Ganske mye plaget' (3) og 'Veldig mye plaget' (4), og det lages et gjennomsnitt av skårene på de fem spørsmålene. Vanligvis benyttes en grenseverdi på skår 2,0 for å indikere betydelige psykiske plager [29]. En nyere validering av HSCL skårer mot kliniske intervju finner en grenseverdi på 2 for menn og 1,80 for kvinner gir best balanse mellom sensitivitet og spesifisitet, og forfatterne har derfor brukt disse i egne analyser [24, 25] (se tabell under).

HSCL-5 benyttes i flere populasjonsbaserte undersøkelser, som Livskvalitetsundersøkelsen (web, 2020-2024), Levekårsundersøkelsen (telefon, -2024), EHIS (telefon, 2019) og FHUS (web, 2019-2025) [23]. Merk forskjeller i modus for datainnsamling, som kan gi forskjeller i tall fordi folk har en tendens til å svare mer oppriktig i selv-administrerte spørreskjema enn samtale med en intervjuer [23]. Merk også at FHUS og Tromsøundersøkelsen benytter en annen tidsramme i spørsmålsformuleringene enn de andre; de spør om plager den siste uken (ikke de siste 14 dagene), noe som kan påvirke svarene og beregninger av forekomst og lignende. Et annet moment er at alle undersøkelsene benytter HSCL-5, unntatt Tromsøundersøkelsen (post/web, 2016), som benytter HSCL-10 med ti spørsmål.

Samlet viser studiene:

- Psykiske plager er mindre utbredt blant eldre enn yngre personer.
- Dobbelt så mange kvinner (5-12%) som menn (3-6%) i alderen 60 til 79 år rapporterer om psykiske plager i de fleste undersøkelser som bruker den konvensjonelle grenseverdien (HSCL-5 $\geq$ 2). Unntaket er SSBs Livskvalitetsundersøkelser, hvor andelene er om lag tre ganger høyere.

- Basert på validering mot kliniske intervju har det blitt argumentert for en lavere grenseverdi ($HSCL-5 \geq 1,8$) for kvinner, noe som for dem gir noe økte forekomsttall.
- De få studier som ser på de aller eldste finner enten ingen forskjell eller økte andeler med psykiske plager blant de over 80 år sammenlignet med de i gruppen 67-79 år.
- Vi ser enten stabilitet eller tegn til reduksjon i andelen eldre med psykiske plager over de siste 30 årene.

Tabell 2. Oppsummert andeler (%) med psykiske plager ($HSCL-5 \geq 2$ / $HSCL-10 \geq 1,85$ om ikke annet er nevnt)

Alder	Alle	Menn	Kvinner
60-79	2-6% (EHIS) 10-18% (LK)	3-6% (LKU, FHUS, Tromsø) 12-18% (LK) 9% (TRH, PHQ-ADS>10, 60+ år)	5-12% (LKU, FHUS, Tromsø) 26-29%: skår $\geq 1,8$ (LK) 21%: (TRH, PHQ-ADS>10 (60+ år)
80+	4% (EHIS) 14% (LK)	3-4% (LKU, Tromsø)	7-8% (LKU, Tromsø)

*Tall fra FHUS for gruppen 70+ er plassert til 60-79. TRH=Trondheim-utvalg,

FHUS=Fylkehelseundersøkelsen, LKU=Levekårsundersøkelsen, LK=Livskvalitetsundersøkelsen,

Tromsø=Tromsøundersøkelsen, EHIS=European Health Interview Survey.

Selv om enkelte risikofaktorer for psykiske vansker generelt øker med alderen, som tap og svekkelser knyttet til sosiale roller, sosiale nettverk, helse og deltakelse, viser mange undersøkelser kun en begrenset økt forekomst av psykiske plager med høyere alder blant eldre. Vi må anta at dette dels kan forklares med såkalte “healthy selection”-effekter. Deltakelsen er lav blant skrøpelige og institusjonaliserte eldre, og blant personer med kognitiv svikt, og andelen med slike problem øker med alderen; for eksempel er det estimert at nær halvparten av personer over 90 år har demens [20, 30],

og det samme gjelder 29% av menn og 40% av kvinner blant hjemmeboende over 90 år [31]. De eldste deltakerne vil dermed kunne være overrepresentert ved ressurssterke eldre, noe som bidrar til underestimering av psykiske plager i denne gruppen [23].

Utfyllende om hver undersøkelse

Tabell 3. Studier på forekomst av psykiske plager blant eldre.

Studie/kilde	Data	N (%)	Funn
Støren [23]	LK 2022 (web) og EHIS 2019 (telefon)	IR	Høy skår (≥ 2) på HSCL-5 (siste 14 dager) EHIS 2019 LK 2022 45-66 år: 6% 45-66 år: 18% 67-79 år: 2% 67-79 år: 10% 80+: 4% 80+: 14%
Kirkøen [24, 32]	LK 2023 (web)	60-69 år: ♀ n=1478 ♂ n=1449 70-79 år: ♀ n= 905 ♂ n= 978 (%’er IR)	Høy skår (menn ≥ 2 , kvinner $\geq 1,8$) på HSCL-5 (siste 14 dager) Menn Kvinner 60-69 år: 17,6% 60-69 år: 29,4% 70-79 år: 12,3% 70-79 år: 26,5%
Kirkøen [24]	LKU 2019 (telefon)	60-69 år: ♀ n=587 ♂ n=628 70-79 år: ♀ n= 411 ♂ n= 432 (%’er IR)	Høy skår (menn ≥ 2 , kvinner $\geq 1,8$) på HSCL-5 (siste 14 dager) Menn Kvinner 60-69 år: 60-69 år: 11,2% 4,3% 70-79 år: 70-79 år: 11,4% 2,6%
SSBs Statistikkbank [33]	LKU 2019 (telefon)	IR	Høy skår (≥ 2) på HSCL-5 (siste 14 dager) Menn Kvinner 45-66 år: 6% 45-66 år: 12%

			67-79 år: 3% 80+: 3%	67-79 år: 7% 80+: 7%
Knapstad [34]	FHUS (web)		Høy skår (≥2) på HSCL-5 (siste 7 dager)	
	Vestland 2022	n=19409 (31-50%)	Menn 60-69 år: 5,8% 70+: 3,8%	Kvinner 60-69 år: 6,8% 70+: 5,6%
	Rogaland 2020	IR	Menn 60-69 år: 4,8% 70+: 2,8%	Kvinner 60-69 år: 5,5% 70+: 5,2%
	Møre og Romsdal 2021	IR	Menn 60-69 år: 4,5% 70+: 2,8%	Kvinner 60-69 år: 7,4% 70+: 5,5%
	Vestfold og Telemark 2021	IR	Menn 60-69 år: 6,1% 70+: 4,6%	Kvinner 60-69 år: 9,4% 70+: 5,8%
	Viken 2021	IR	Menn 60-69 år: 6,1% 70+: 4,6%	Kvinner 60-69 år: 9,4% 70+: 5,8%
Kennair [35]	Trondheim (år IR)	n=1069 (35,6%). Alder 60+	PHQ-ADS (skår 10, 20 og 30 indikerer hhv. mild, moderat og alvorlig nivå).	
			Menn Mild: 9,2% Moderat: 2,0% Alvorlig: 0,6% Totalt: 11,8%	Kvinner Mild: 15,0% Moderat: 3,4% Alvorlig: 2,5% Totalt: 21,0%

Tall basert på FHUS er vektet (designvekt basert på kjønn, alder, region, innvandrerbakgrunn). IR = Ikke rapportert. LK = SSBs Livskvalitetsundersøkelse, LKU (SSBs Levekårsundersøkelse), Tromsø=Tromsøundersøkelsen.

I Levekårsundersøkelsen 2019 (telefon), var andelen med psykiske plager (HSCL-5 $\geq$ 2) om lag dobbelt så høy blant kvinner som blant menn [33]. I gruppen 67-79 år og 80+ hadde 3% av mennene og 7% av kvinnene høy skår, mot henholdsvis 6% og 12% i gruppen 45-66 år. En annen studie av samme data benyttet litt andre aldersgrupper og en ny grenseverdi for kvinner. Andelen som rapporterte høy skår på HSCL-5 ($\geq$ 2 for menn og $\geq$ 1,8 for kvinner) i alderen 60-69 år var 4,3% av mennene og 11,2% av kvinnene, og i gruppen 70-79 år henholdsvis 2,6% og 11,4%.

I Livskvalitetsundersøkelsen 2023 (web), rapporterte en betydelig andel personer over 60 år symptomer på psykiske plager, målt med HSCL-5 (høy skår definert som $\geq$ 2,0 for menn og $\geq$ 1,8 for kvinner) [24]. I gruppen 60-69 år hadde 17,6% av mennene og 29,4% av kvinnene høy skår. I aldersgruppen 70-79 år var andelen noe lavere: henholdsvis 12,3% og 26,5%. En studie av Livskvalitetsundersøkelsen 2022 (web) studerte menn og kvinner samlet og inkluderte også de eldste [23]. Studien viser noe høyere andel med høy skår ($\geq$ 2) blant de over 80 år (14%) enn blant gruppen 67-79 år (10%), men utvalget over 80 er lite ($n \approx 200$, mot $n \approx 1000-1700$ i yngre aldersgrupper) og kan være sterkt selektert.

Resultater fra ulike FHUS undersøkelser viser at forekomsten av psykiske plager (HSCL-5 $\geq$ 2,0) er noe lavere blant gruppen 70-79 år versus 60-69 år. Blant personer i alderen 60-69 år rapporterte mellom 4,5% og 6,1% av mennene og 5,5% til 9,4% av kvinnene høy symptomskår. I aldersgruppen 70 år og eldre var andelen lavere - 2,8% til 4,6% blant menn og 5,2% til 5,8% blant kvinner, avhengig av fylke og undersøkelsesår. Det er verdt å merke seg at andelen er relativt lave sammenlignet med blant yngre personer, og særlig 18-29 år hvor andelen ofte overstiger hver tredje kvinne og hver fjerde mann.

FHUS tallene over (basert på FHUS lanseringer) gir ikke svar på om forekomstene øker eller ikke for de aller eldste. Enkelte FHUS *rapporter*, derimot, gir en pekepinn på dette, da de inkluder og skiller ut gruppen over 80 år. Disse rapportene viser ikke forekomst (%) men gjennomsnitt-skårer. Her ser man at gruppen 80+ tenderer å skåre noe (men ikke statistisk signifikant) høyere skår enn gruppen 70-79 år [36, 37], eller at forskjellene er ubetydelige [38, 39].

Psykiske plager blant eldre ble også kartlagt i et representativt utvalg av hjemmeboende personer over 60 år i Trondheim [35]. Studien inkluderte 1 069 deltakere og brukte PHQ-

ADS for å måle symptomer på angst og depresjon samlet. Resultatene viste at 12% hadde milde symptomer, 2,7% moderate og 1,5% alvorlige symptomer. Kvinner rapporterte mer psykiske plager enn menn. Tallene er litt høyere enn i andre undersøkelser, hvilket kan skyldes at deltakerne fikk vite at tema for undersøkelsen var psykiske plager og livskvalitet og dermed følte særlig relevant og motiverende for de med psykiske plager.

Til slutt vil vi nevne at i Tromsøundersøkelsen 2015–2016 (post/web) ble psykiske plager kartlagt ved hjelp av HSCL-10. I en forskningsartikkel som er under arbeid, er høy skår definert som $\geq 1,85$ [24]. Av hensyn til publisering kan vi her bare kort kommentere at i aldersgruppene mellom 60 og 89 år rapporterte kvinner omtrent dobbelt så ofte høy symptomskår sammenlignet med menn.

Endring over tid

To artikler under arbeid har sett på psykiske plager (HSCL-10 $> 1,85$) i Tromsøundersøkelsen fra 2001 til 2015 [24, 40]. Helt kort viser analysene stabilitet eller noe reduksjon i psykiske plager over tid for menn og kvinner i aldersgrupper mellom 60 og 79 år [24, 40]. Samme mønster ser man i SSB levekårsundersøkelse (1998-2012) [24]. Mønsteret står i skarp kontrast til økningen observert i psykiske plager blant ungdom og unge voksne de siste to tiårene [41]⁴.

Depressive symptomer

Generelle funn og kommentarer

De nyeste tilgjengelige tallene for depressive symptomer blant eldre kommer fra Helseundersøkelsen i Trondheim og Nord-Trøndelag (HUNT4, 2017-2019) og Tromsøundersøkelsen 2015-2016. Samlet sett viser studiene:

- 6-10% i alderen 60-79 år rapporterer depressive symptomer (målt ved HADS-D skår ≥ 8).

- Disse andelene er omtrent de samme som i yngre aldersgrupper.
- Andelen er klart høyere blant de over 80 år; 20% i HUNT4 og 9% i Tromsøundersøkelsen.
- Kjønnsforskjellene i depressive symptomer blant eldre er små og varierer mellom ulike undersøkelser.
- Andelene er høyere blant eldre med lav utdanning, aleneboende og ensomme.
- Forekomsten av depressive symptomer blant personer over 60 år har gått betydelig ned de siste 25 årene, men i mindre grad blant de over 80 år.

Begge undersøkelsene benytter samme måleinstrument (HADS-D) og grenseverdi, men finner altså klare forskjeller i forekomster. Disse kan skyldes ulikheter i representativitet og/eller det at HUNT også inkluderer institusjonsboere. De kan også handle om regionale forskjeller eller forskjell i tidspunkt (år og årstid) for datainnsamling.

Aldersforskjeller kan også dels handle om måleinstrumentet (HADS-D) og dets dekning av bredden i fenomenet depresjon. HADS-D dekker nedstemthet og lav interesse og glede (anhedoni), dvs. to av tre ICD-10 basiskriterier for depresjon [42, 43]. Somatiske symptomer - lavt energinivå og økt slitenhet, samt endring i søvn og appetitt, dekkes ikke.

Det er noen små forskjeller mellom funn basert på ulike instrument (HSCL vs. HADS-D). For eksempel viser HADS-D at menn rapporterer noe mer depressive symptomer enn kvinner, mens HSCL-10 viser det motsatte (se Tabell 4). Forskjellene kan skyldes ulike dekning av depresjonssymptomer, og inklusjon av somatiske symptomer i HSCL10, som sannsynligvis er vanligere blant kvinner, og mer «rene» depresjonssymptomer i HADS-D.

Studier finner generelt at depressive symptomer er mindre utbredt blant eldre i 60- og 70-årene enn blant yngre personer. Dette mønsteret samstemmer med hva man finner i systematiske oversikter over internasjonale resultater [44, 45], samt studier av klinisk depresjon [se gjennomgang av litteratur i 42].

Imidlertid stiger tallene noe blant de eldste eldre, noe som samsvarer med funn fra norske paneldata som følger de samme personer over tid [46]. De samstemmer også med at eldre menn har høyere selvmordstall [47]. Økt risiko i eldre år handler om økt

eksponering for kjente risikofaktorer for depresjon, som ulike sosiale og helsemessige tap og svekkelser [42]. Data fra HUNT4 indikerer også at menn over 85 år som bor alene og/eller føler seg ensomme, har særlig høy forekomst av depressive symptomer [43]. De aller eldste kan være en gruppe som går under radaren når man snakker om «eldre» som en stor gruppe og man planlegger for tilpasninger knyttet til at eldre skal bo lengre hjemme (jfr. Bo trygt hjemme-reformen). Funnene indikerer at for mange av de eldste kan det å bo alene være knyttet til ensomhet og psykiske plager.

Internasjonale sammenligninger viser store forskjeller i forekomsten av depressive symptomer blant eldre i Europa. En studie basert på harmoniserte og nasjonalt representative data (ca. 2008-2010) fra ti europeiske land viser at depresjon er betydelig mer utbredt i Øst-Europa enn i Nordvest-Europa, særlig blant kvinner [48]. Blant personer i alderen 60-80 år varierer forekomsten fra 7-10% for menn og 14-25% for kvinner i Nordvest-Europa til 14-21% for menn og hele 25-41% for kvinner i Øst-Europa. Norge og Sverige har blant de laveste forekomstene i Europa, noe som delvis forklares med høyere velferdsnivå og bedre sosiale og helsemessige ressurser blant eldre.

Tabell 4. Oppsummering: Andeler med høy skår på depresjonssymptomer. HUNT benytter HADS-D $\geq$ 8, Tromsø benytter HSCL-10 $\geq$ 1,85 (5 ledd)^a.

Alder	Alle	Menn	Kvinner
60-79	6-10% (HUNT, Tromsø ^a)	8-11% (HUNT) 4-6% (Tromsø)	7-8% (HUNT) 7-12% (Tromsø)
80+	9-36% (HUNT, Tromsø)		

HUNT=Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, Tromsø=Tromsøundersøkelsen. ^a Basert både på HADS-D $\geq$ 8 og HSCL-10 (5 ledd) $\geq$ 1,85

Utfyllende om hver undersøkelse

Tabell 5. Studier på forekomst av depresjonssymptomer blant eldre.

Studie/kilde	Data	Utvalg	Funn
--------------	------	--------	------

Skjellegrend 2021 [49]	HUNT4 ^a , Trondheim (T) og Nord- Trøndelag (NT) 2017- 2019	Trondheim: n=1414 (28%). NT: n=9536 (IR)	HADS-D (7 ledd), skår ≥8 Nord-Trøndelag Trondheim 70-74 år: 9% 70-74 år: 6% 75-79 år: 10% 75-79 år: 7% 80-84 år: 16% 80-84 år: 11% 85-89 år: 21% 85-89 år: 16% 90+: 28% 90+: 36%
Barca [43]	HUNT4 2017-2019	n=11,580 (60%) (etter ekskl. av n=512 sykehjems- beboere)	HADS-D (7 ledd), skår ≥8 ^b Kvinner: 9,7% Menn: 12,5% 70-74 år: 8,6% 75-79 år: 9,0% 80-84 år: 14,6% 85+: 19,5% Lav utdanning: 12,9% Middels utdanning: 10,6 Høy utdanning: 7,3% Bor alene: 13,5% Bor med andre: 9,6% Ofte ensom: 33,6% Av og til ensom: 18,8% Aldri ensom: 7,0%
Krokstad 2022 [50]	HUNT4 2017-2019	60-69 år: n=11,186 (% IR). 70-79 år: n=8,310 (% IR)	HADS-D (7 ledd), skår ≥8 Menn Kvinner 60-69 år: 8,4% 60-69 år: 7,4% 70-79 år: 70-79 år: 10,5% 7,6%
Bramnes 2024 [51]	HUNT4 2017-2019	n=16,216 (IR)	HADS-D (7 ledd), skår ≥7 (NB: lavere cutoff enn øvrige studier av HADS-D) 60-69 år: 12,1%

			70-79 år: 14,0%
Bramnes 2024 [51]	Tromsø7 2015-2016 (post/web) ⁵	n=7,668 (IR)	HSCL-10 (5 ledd), skår $\geq 1,85$ 60-69 år: 9,1% 70-79 år: 6,1%
Grønli 2022 [42]	Tromsø7 2015-2016 (post/web)	n=8,366 (30- 74%)	HADS-D (7 ledd), skår ≥ 8 60-69 år: 5,7% 70-79 år: 5,8% 80+: 8,9%

^a HUNT (begge utvalgene) inkluderer institusjonsbeboere. ^b Standardisert (alder, kjønn, utdanning). IR = Ikke rapportert.

I HUNT4 (2017-2019), blant hjemmeboende personer over 70 år i Nord-Trøndelag, ble det funnet en forekomst av depressive symptomer på 11,5% [43]. Menn (12,5%) hadde signifikant høyere forekomst enn kvinner (9,7%). Forekomsten var klart mer utbredt blant de eldste: I HUNT4 var den standardiserte forekomsten av depresjon blant menn 21,0% i aldersgruppen 85+ (95% KI 17,1-24,9), mot 9,4% blant 70-74-åringene (95% KI 8,1-10,7). Tilsvarende var forekomsten blant kvinner 17,5% i aldersgruppen 85+ (95% KI 14,3-20,7), mot 7,4% blant 70-74-åringene (95% KI 6,3-8,5) [43]. Det var også tydelige sosiale ulikheter; depresjon var vanligere blant eldre med lav utdanning, de som bodde alene, og spesielt blant dem som ofte opplevde ensomhet.

Også Skjellegrind et al. [49] analyserte forekomsten av depresjon (HADS-D ≥ 8) blant personer over 70 år i Trondheim og Nord-Trøndelag. I begge regioner økte forekomsten med alder. I Trondheim steg andelen fra 6% blant 70-74-åringer til 16% i alderen 85-89 år, og hele 36% blant 90+. I Nord-Trøndelag var nivåene høyere i de yngre gruppene, med 9% blant 70-74-åringer, økende til 21% i alderen 85-89 år og 28% blant 90+.

Merk at i begge utvalg var det få som rapporterte om *alvorlige* depressive symptomer (HADS-D ≥ 11) (0-3%), men unntak av blant personer over 90 år i Trondheim (16%). De

⁵ I en artikkel som er under arbeid er det gjort tilsvarende analyser basert på Tromsø7, der psykiske plager er målt med HSCL-10 (5 ledd) $\geq 1,85$ [24]. Tallene kan ikke presenteres detaljert her, men tendensen viser at kvinner i aldersgruppene 60-69, 70-79 og 80+ rapporterer omtrent dobbelt så høy andel med høy symptomskår sammenlignet med menn

fleste med depressive symptomer rapporterer milde-moderate symptomer. Merk også at når vi sammenligner andeler blant aldersgrupper fra 20 til 79 år ser vi at de er nokså stabile blant menn (8-12%) men synker jevnt blant kvinner, fra 11% (20-29 år) til 8% (70-79 år) [50].

Tromsøundersøkelsen (2015-2016) kartla depressive symptomer både ved HADS-D og HSCL10. En studie [42] fant at 6% i alderen 60-79 og 9% blant de over 80 år skåret over terskelen for depressive symptomer (HADS-D ≥ 8). Høyere risiko for depressive symptomer var knyttet til lav utdanning, å bo uten partner og lav sosial støtte - spesielt mangel på emosjonell støtte. En annen studie benyttet HSCL10 ($\geq 1,85$), og fant at 9% av 60-69-åringene og 6% av 70-79-åringene rapporterte depressive symptomer [51]. I en tilsvarende artikkel, som inkluderte alder 80+ og skilte mellom menn og kvinner, fant man at andelene med depressive symptomer var om lag dobbelt så høy blant kvinner som blant menn [24].

Utvikling over tid

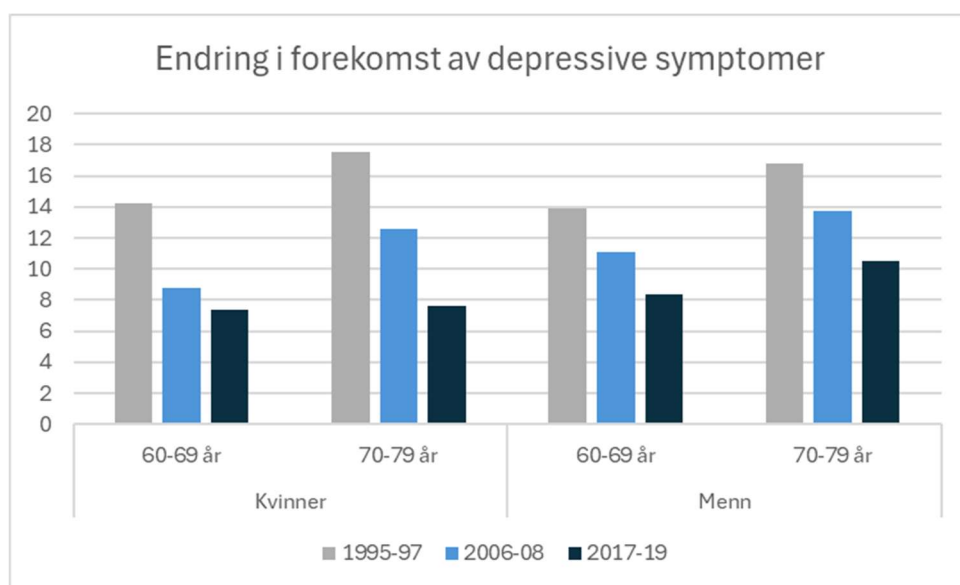
HUNT-undersøkelsen (1995-2019) viser at forekomsten av depresjonssymptomer blant hjemmeboende eldre personer i Norge har gått betydelig ned de siste 25 årene [43, 50]. En studie av gruppen over 70 år fant at forekomstene falt fra 16,7% i 1995 til 11,5% i 2019, med mindre nedgang blant de aller eldste. Blant de over 85 år var reduksjon ikke signifikant, fra 20,6% til 19,5% i denne tidsperioden.

En studie av gruppen 60 til 79 år viste at endringen var noe tydeligere for kvinner enn menn. For kvinner sank forekomsten fra 14,2% til 7,4% blant 60-69-åringene og fra 17,5% til 7,6% blant 70-79-åringene i denne perioden [50]. Tilsvarende endring for menn var 13,9% til 8,4% og 16,8% til 10,5%. Dette førte til at menn hadde signifikant høyere forekomst av depresjonssymptomer enn kvinner i HUNT3 (2006-2008) og HUNT4 (2017-2019), men ikke i HUNT2 (1995-1997)⁶[43].

⁶ Blant kvinner var forekomsten signifikant lavere i HUNT3 vs. HUNT2 ($p = .022$), og også lavere i HUNT4 vs. HUNT3 ($p < .001$). Blant menn var forekomsten ikke signifikant lavere i HUNT3 vs. HUNT2 ($p = .100$), men den var signifikant lavere i HUNT4 vs. både HUNT3 og HUNT2 (begge $p < .001$).

Til tross for en betydelig nedgang, vil det totale antallet eldre med depresjon nesten dobles fram mot 2050 på grunn av befolkningsaldring [43].

Figur 3. Andel (%) kvinner og menn som rapporterer et høyt nivå av depressive symptomer (HADS-D $\geq$ 8) i HUNT 1995-1997, 2006-08 og 2017-19. Kilde: Krokstad et al., 2022



Angstsymptomer

Generelle funn og kommentarer

Tall for symptomer på angst hos eldre personer kommer fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, som har målt slike plager fra 1995-1997 (HUNT2) til 2017-2019 (HUNT4), samt Tromsøundersøkelsen 2015-2016. Samlet viser disse studiene at:

- I HUNT4 rapporterer 16-18% av kvinner og 8-11% av menn i alder 60-79 år om angstplager.
- I HUNT4 er andelene blant eldre relativt lave sammenlignet med blant yngre: andelen med angstsymptomer synker jevnt fra 20-29 år til 70-79 år blant kvinner (fra 32% til 18%) og menn (fra 19% til 8%) [50].
- Også i Tromsøundersøkelsen var angstplager mer utbredt blant kvinner (5,2-9,5%) enn menn (2,3-3,2%) i alderen 60-89 år, og andelene var klart lavere enn i HUNT4.

- Vi mangler god kunnskap om angst blant de over 80 år. Tromsøundersøkelsen har et begrenset utvalg 80+, og data tyder på økt angst for kvinner, men ikke menn, blant de aller eldste.
- Mens vi observerer en økning i angstsymptomer hos yngre aldersgrupper (1995-2019), ser vi stabilitet hos de eldre i HUNT-data.

I en fersk kunnskapsoppsummering ble den globale prevalensen av angstsymptomer blant eldre estimert til 28% (95% KI: 24 - 32%), med høyere forekomst blant kvinner og personer med fysiske sykdommer, lav sosial støtte og sosial isolasjon [52].

Tabell 6. Oppsummert andeler (%) med angstplager (alle tall fra HUNT)

Alder	Alle	Menn	Kvinner
60-79	8-13% (HUNT)	8-11% (HUNT)	16-18% (HUNT)
80+	12-17% (HUNT)		

Utfyllende om hver undersøkelse

Tabell 7. Studier på forekomst av angstsymptomer blant eldre.

Studie/kilde	Data	Utvalg	Funn
Skjellegrind 2021 [49]	HUNT4, Trondheim (T) og Nord- Trøndelag (NT) ^a	Trondheim: n=1370 (27%). NT: n=9271 (% IR)	HADS-A (7 ledd), skår ≥8 Nord-Trøndelag Trondheim 70-74 år: 12% 70-74 år: 10% 75-79 år: 13% 75-79 år: 8% 80-84 år: 16% 80-84 år: 12% 85-89 år: 13% 85-89 år: 14% 90+: 12% 90+: 17%
Krokstad 2022 [50]	HUNT4	60-69 år: n=11,186 (% IR).	HADS-A (7 ledd), skår ≥8 Menn Kvinner

		70-79 år: n=8,310 (% IR)	60-69 år: 11,0% 60-69 år: 17,9% 70-79 år: 8,4% 70-79 år: 16,2%
--	--	-----------------------------	---

^a Inkluderer institusjonsbeboere. IR = Ikke rapportert.

I HUNT4 (2017-2019) ble forekomst av angstplager blant eldre over 60 år undersøkt både i Nord-Trøndelag og i Trondheim [49, 50]. Blant kvinner i Nord-Trøndelag i alderen 60-69 år var andelen med angstplager 17,9%, og i alderen 70-79 år 16,2%. For menn var andelen lavere, henholdsvis 11,0% og 8,4%. Disse nivåene er lavere enn i yngre aldersgrupper og har vært relativt stabile over tid (siden HUNT2 i 1995-1997, se under) [50]. I Trondheim økte andelen gradvis fra 10% i alderen 70-74 år til 17% blant de over 90 år [49]. Analysene ble gjort samlet for menn og kvinner.

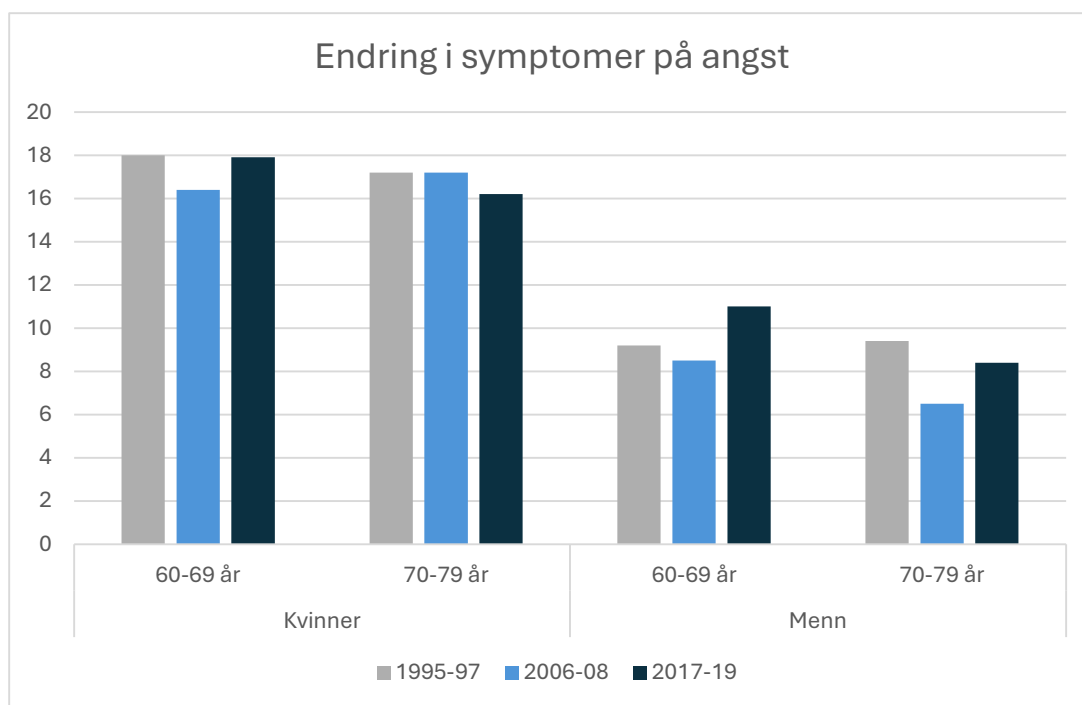
Det er verdt å merke seg at det i begge utvalg var få som rapporterte alvorlig (0-1%) eller moderat (1-8%) angst: de fleste med angst rapporterte mild angst [49].

Data fra Tromsøundersøkelsen (2015–2016) brukes i en artikkel som er under arbeid. Resultatene kan ikke presenteres detaljert her, men de viser at angstsymptomer (HSCL-10, 5 ledd angst, $\geq 1,85$) rapporteres sjeldnere enn i HUNT4-utvalget, og omtrent dobbelt så ofte av kvinner som av menn i aldersgruppen 60–89 år [24]. Dette kan ha sammenheng med ulike måleinstrument i de to undersøkelsene (HADS-A og HSCL).

Endring over tid

Krokstad et al. (2022) undersøkte utviklingen i angst i den norske befolkningen gjennom HUNT-studien. For gruppene 60-69 år og 70-79 år var forekomstene relativt stabile over perioden 1995-2019, men med en tendens til noe økning (ikke for kvinner 70-79 år) fra 2006-2008 til 2017-2019.

Figur 4. Andel (%) kvinner og menn som rapporterer et høyt nivå av angstsymptomer (HADS-A ≥ 8) i HUNT 1995-1997, 2006-08 og 2017-19. Kilde: Krokstad et al., 2022



Diagnostiserte psykisk lidelser fra helsetjenesten

Norsk pasientregister er en database som registrerer alle diagnoser satt i spesialisthelsetjenesten, og inkluderer diagnoser fra alle statlige sykehus og poliklinikker, og alle private klinikker med avtalespesialister. Data på individnivå er tilgjengelig fra 2008 til 2023. Fullstendige resultater vil publiseres våren 2026 i Folkehelserapporten til FHI, og vi kan kun kommentere foreløpige resultater her. Når vi ser på tall for *diagnostiserte psykiske lidelser* i helsetjenesten blant eldre (60 til 89 år) er tallene ofte dobbel så høye blant kvinner som blant menn for angst og depresjon. Hovedbildet er at andelene har vært stabile fra 2008 til 2023.

Det er viktig å påpeke at studier viser at mange av de som har en psykiske lidelse ikke har vært i kontakt med helsetjenesten [26, 53].

Stabilitet for angst og tendens til reduksjon for depresjon samsvarer med resultater om selv-rapporterte symptomer fra spørreskjemaundersøkelsene i HUNT (se tidligere avsnitt) [50].

Framskriving av sykdomsbyrde for angst- og depressive lidelser

Her følger resultatene fra en framskriving av sykdomsbyrde for angstlidelser og depressive lidelser i den eldre befolkningen i Norge, 2023-2050⁷.

Sykdomsbyrde beskriver det samlede helsetapet i en befolkning som skyldes død før forventet levetid samt tid levd med sykdom. Sykdomsbyrde kan uttrykkes gjennom samlemålet helsetapsjusterte leveår (Disability-Adjusted Life-Years (DALY)). Da depressive lidelser og angstlidelser ikke regnes som dødsårsaker, skyldes sykdomsbyrden fra disse lidelsene utelukkende helsetapet fra tid levd med sykdom. Tallene nedenfor er hentet fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet, the Global Burden of Disease Study (GBD), som beregner sykdomsbyrde for 204 land, inkludert Norge [54]. GBD gjør også framskrivinger av utvikling i sykdomsbyrde frem mot 2050.

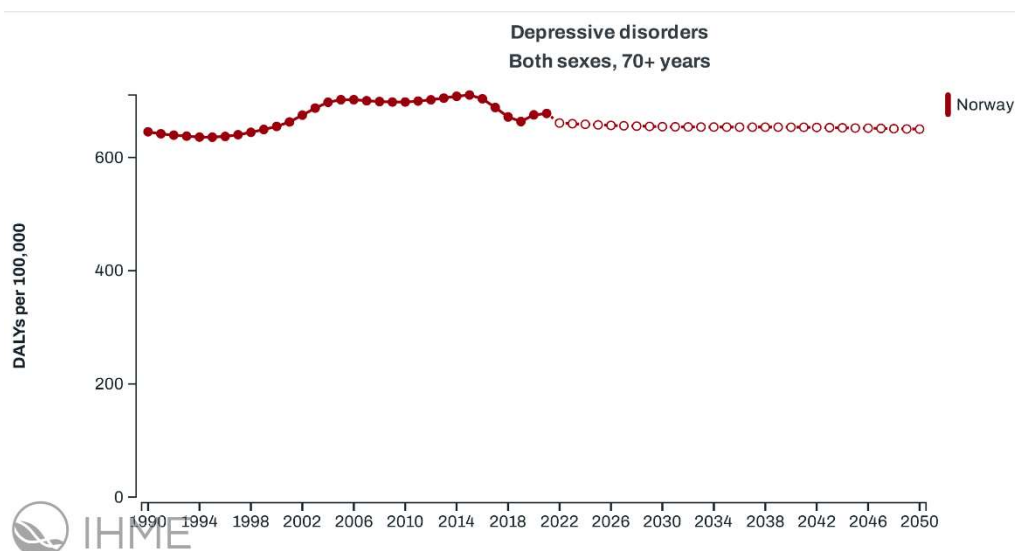
GBD baserer sine beregninger på globale data om forekomst av angstlidelser og depressive lidelser i den generelle befolkningen kartlagt etter diagnostiske kriterier i ICD og DSM systemene [54]. Selvrapporterte symptomer og registerbaserte diagnoser inngår altså ikke i disse beregningene. Datakildene identifiseres gjennom regelmessige systematiske litteratursøk. Kort forklart framskrives forekomsten av angstlidelser og depressive lidelser på bakgrunn historisk utvikling i trender, samt framskrivinger av sosiodemografisk utvikling i befolkningen (befolkningsstørrelse, aldersfordeling, bruttonasjonalprodukt per innbygger, utdanningsnivå og samlet fruktbarhetstall blant kvinner under 25 år) som en viktig driver for forekomsten fremover.

Framskrivinger fra GBD tyder på at sykdomsbyrden (målt med DALY) fra depressive lidelser i befolkningen over 70 år vil holde seg stabil, fra en rate på 659,7 DALY per 100,000 (95% usikkerhetsintervall (UI) 455,9 - 898,9) i 2023 til 650,1 (95% UI 450,8-900,8) i 2050, Figur 6a. Sykdomsbyrden fra angstlidelser er også framskrevet til å holde seg stabil fra 2023 (717,8 (95% UI 499,7-984,6)) til 2050 (691,7 (95% UI 477,5-947,8)) (Figur 6b).

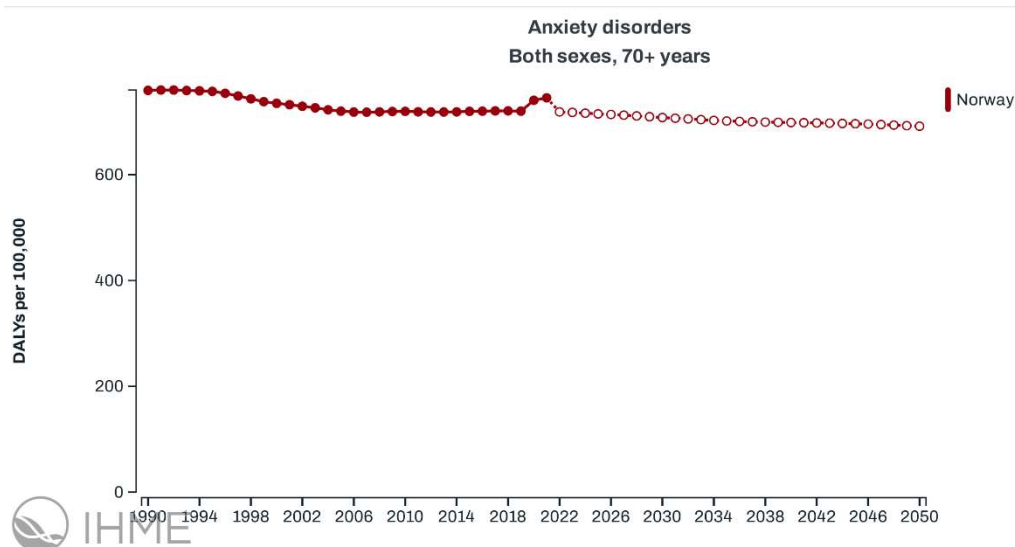
⁷ Denne delen er skrevet av Ann Kristin Skrindo Knudsen, Avdeling for Sykdomsbyrde, FHI.

Ved å presentere tallene som rater tar vi hensyn til befolkningsøkning. Om man ser på tallene i absolutte størrelser er DALY for depressive lidelser framskrevet å øke fra 4 824,1 (95% UI 3 324,2 - 6 846,6) i 2023 til 7 548,6 (95% UI 5 225,8 - 10 809,0) i 2050, mens DALY tilskrevet angstlidelser er framskrevet å øke fra 5 246,6 (95% UI 3 584,5 - 7 361,0) til 8 007,4 (95% UI 5 518,4 - 11 188,0). Som de brede usikkerhetsintervallene indikerer, er anslagene preget av usikkerhet og økningen derfor ikke statistisk signifikant.

Figur 6a. Utvikling i sykdomsbyrde (DALY) fra depressive lidelser i befolkningen over 70 år (begge kjønn) i Norge, 1990 til 2050. Rater per 100,000. Tall fra GBD 2021.



Figur 6b. Utvikling i sykdomsbyrde (DALY) fra angstlidelser i befolkningen over 70 år (begge kjønn) i Norge, 1990 til 2050. Rater per 100,000. Tall fra GBD 2021.



Til sammen er angstlidelser og depressive lidelser framskrevet til å utgjøre 1,6% av den totale sykdomsbyrden (DALY) hos befolkningen over 70 år i 2050, mens de vil utgjøre 4,7% av det ikke-dødelige helsetapet.

Mens depressive symptomer blant eldre har vist en nedgang de siste 25 årene, predikerer beregningene en relativ stabilitet i sykdomsbyrde fra psykiske lidelser fremover. Det kan skyldes at både depresjon og angst er episodiske lidelser, med økt risiko for at lidelsene vender tilbake gjennom livsløpet [55]. Flere studier har vist en økning i angst- og depresjonsplager blant yngre aldersgrupper de siste tiårene, noe som kan innebære at flere tar med seg disse utfordringene, eller økt risiko for nye episoder, inn i alderdommen. Det er derfor ikke gitt at de historiske nedgangene i symptomer vil fortsette fremover. Dataene fra GBD er nok også preget av at det mangler gode data på forekomst av angstlidelser og depresjonslidelser i eldre aldersgrupper, så det må derfor tas forbehold om stor usikkerhet i estimatene (som også vises i de brede usikkerhetsintervallene som omgir disse).

Medisinbruk knyttet til psykiske plager og lidelser

Registerbasert medisinbruk

Informasjon om legemiddelbruk er hentet fra Legemiddelregisteret⁸.

Legemiddelregisteret inneholder informasjon om legemidler utlevert på resept (inkludert multidose) fra apotek til hjemmeboende eldre. Alle personer i alderen 65 år og eldre bosatt i Norge med gyldig personnummer i årene 2014, 2019 og 2024 ble inkludert. Samlet viser data at:

- Bruk av vanedannende sovemidler og beroligende midler blant eldre har gått ned fra 2014 til 2024, men bruken er fortsatt høy, særlig blant kvinner og de eldste.
- I 2024 fikk rundt 20% av kvinner og 10% av menn ≥ 65 år utlevert benzodiazepinlignende midler på resept.
- Den totale bruken av antidepressiver blant eldre har vært stabil, men det har vært en nedgang i bruken av SSRIer og en økning i bruken av andre antidepressiver, spesielt mirtazapin.
- Kvinner bruker dobbelt så mye antidepressiver som menn. I 2024 fikk rundt 15% av kvinnene og 8% av mennene utlevert antidepressiver på resept minst én gang i løpet av året.
- Statistikken gjelder hjemmeboende eldre, og tallene undervurderer bruken blant de aller eldste da informasjon om legemiddelbruk i institusjon per i dag ikke er tilgjengelig på individnivå.

Legemiddelbehandling av søvnproblemer og depresjon/angst hos eldre

I tillegg til rådgivning og psykologisk behandling i primær- og spesialisthelsetjenesten, har legemidler en viktig plass i behandlingen av psykiske lidelser, spesielt ved mer alvorlige tilstander. Fysiologiske aldersforandringer, polyfarmasi, økt sykkelighet og funksjonstap øker imidlertid risikoen for bivirkninger og negative effekter av

⁸ Denne delen er skrevet av Svetlana Skurtveit og Ingvild Odsbu, Avdeling for kroniske sykdommer, FHI.

legemiddelbehandlingen, og balansegangen mellom nytte og skade blir vanskeligere jo eldre og mer skrøpelige pasientene er⁹. Her beskrives utviklingen i bruk av legemidler som benyttes i behandling av søvnproblemer og depresjon/angst blant hjemmeboende eldre ≥ 65 år i årene 2014, 2019 og 2024.

Bruk av sovemidler og beroligende midler hos eldre

Søvnproblemer øker med økende alder. Ikke-medikamentell behandling som gode råd om søvnhygiene fører ikke alltid til målet, derfor behandles søvnvansker hos eldre ofte med legemidler. Det er anbefalt at sovemidler og beroligende midler bare bør brukes over korte perioder, maksimalt fire uker¹⁰. Dette er særlig viktig i eldre aldersgrupper fordi eldre både kan ha endret legemiddelomsetning og økt følsomhet for legemidler. Derfor anbefales lavere doser og legemidler med kortere halveringstid til eldre.

Vanedannende sovemidler (benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler (også kalt z-hypnotika) og beroligende midler (benzodiazepiner) øker risikoen for sedasjon, fall og kognitiv påvirkning, og bruk av slike legemidler kan påvirke både helse og livskvalitet. Benzodiazepiner øker også risiko for delirium, særlig hos eldre personer som lever med skrøpelighet og/eller kognitiv svikt. Melatonin er et hormon som har godkjent indikasjon for behandling av primær insomni hos personer som er 55 år eller eldre, og selv om det er få studier om bivirkninger og langtidseffekter regnes det som et tryggere alternativ i klinisk praksis da det blant annet ikke er avhengighetsskapende som benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler, og det gir mindre tretthet dagen etter inntak¹¹. Enkelte antihistaminer (som alimemazin, prometazin, doksylamin), antidepressiver (som mianserin, mirtazapin, amitriptylin, trimipramin) og antipsykotika (som kvetiapin, olanzapin) med sederende effekt brukes også av eldre. Disse legemidlene har dårligere dokumentert effekt ved insomni, men ved for eksempel samtidig depresjon og insomni kan det være mer hensiktsmessig å behandle pasienten med et sederende antidepressiv enn å behandle med et sovemiddel i tillegg til et antidepressiv.

⁹ Norsk legemiddelhåndbok. Romskaug og Bakken. *Eldre og legemidler*. Tilgjengelig fra:

https://www.legemiddelhandboka.no/G10/Eldre_og_legemidler (lest 02.05.2025)

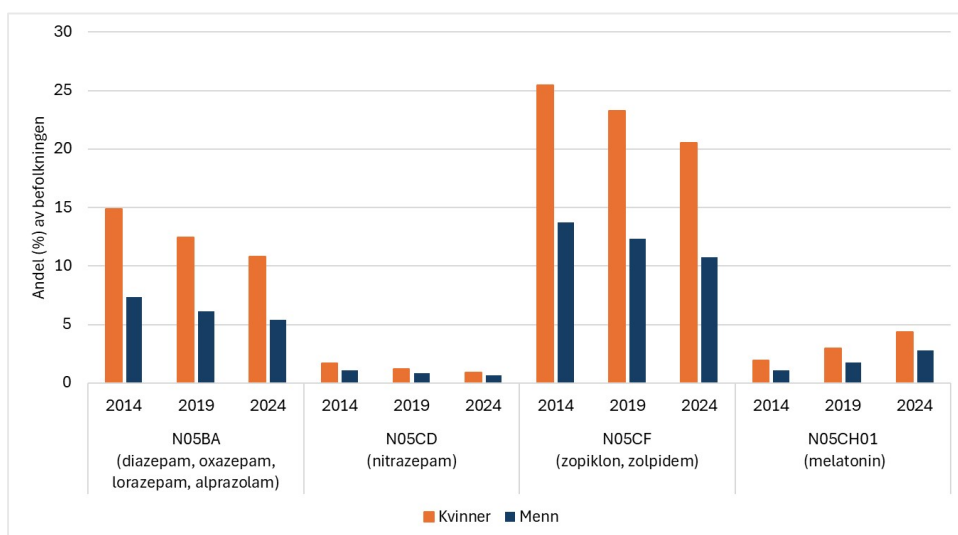
¹⁰ Helsedirektoratet. Nasjonal veileder for vanedannende legemidler. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler> (lest 15.05.2025)

¹¹ Nasjonalt senter for søvnmedisin, Helse Bergen. Bjorvatn. *Søvnproblemer - Hvordan skal de behandles?* Tilgjengelig fra:

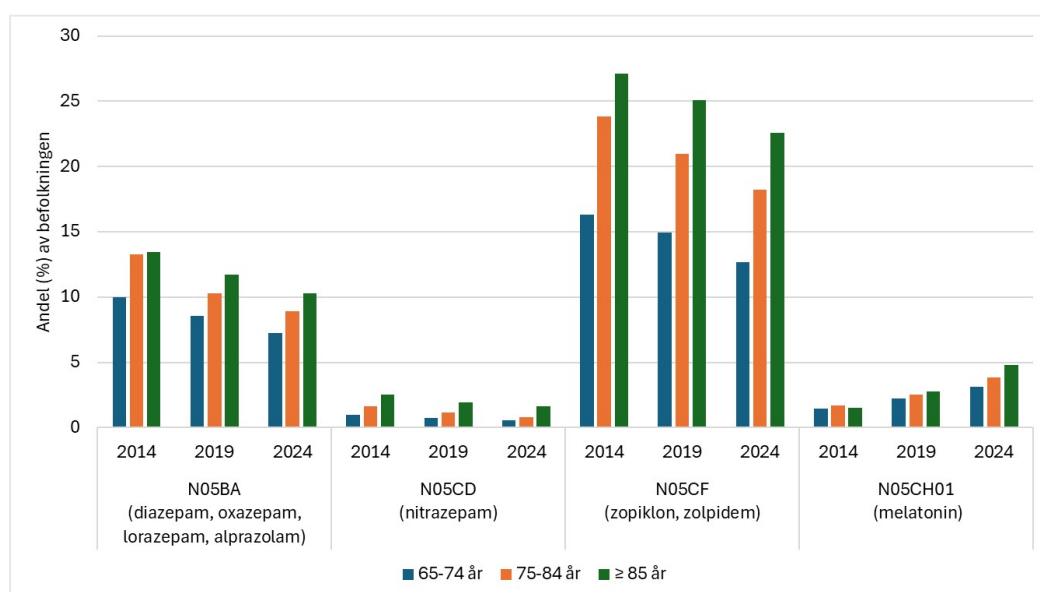
<https://www.helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovnproblemer-hvordan-skal-de-behandles/> (lest 02.05.2025)

Figur 7 viser prosentandelen av hjemmeboende kvinner og menn ≥ 65 år som fikk utlevert minst ett angstdempende benzodiazepin (ATC kode N05BA), vanedannende sovemiddel (benzodiazepin (N05CD) eller benzodiazepinlignende midler (N05CF)) eller melatonin (N05CH01) i 2014, 2019 og 2024. For begge kjønn var benzodiazepinlignende midler den mest brukte legemiddelgruppen, fulgt av angstdempende benzodiazepiner. Andelen kvinner var omtrent dobbel så høy som andelen menn for alle legemiddelgrupper. I 2024 fikk rundt 20% av alle kvinner og 10% av alle menn ≥ 65 år utlevert benzodiazepinlignende midler på resept. Det har vært en nedgang i bruken av angstdempende benzodiazepiner og vanedannende sovemidler, og dette er en ønsket utvikling. Det har vært noe økning i bruken av melatonin i perioden (4,4% av kvinner og 2,8% av menn i 2024), men andelen som bruker dette legemiddelet er langt lavere enn andelen som bruker vanedannende sovemidler og beroligende. Økningen i melatoninforskrivning forklarer derfor ikke all nedgangen i forskrivning av benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler ved søvnplager. Sannsynligvis finner vi også forklaring i den økte forskrivningen av antipsykotikumet kvetiapin og antidepressivet mirtazapin (figur 7 og 9).



Figur 7. Andel (%) av befolkningen ≥ 65 år med minst én utlevering av et angstdempende benzodiazepin (ATC-gruppe N05BA), vanedannende sovemiddel (N05CD - benzodiazepiner, N05CF - benzodiazepinlignende midler) eller melatonin (N05CH01) i 2014, 2019 og 2024 fordelt på kjønn. Kilde: Legemiddelregisteret, FHI.

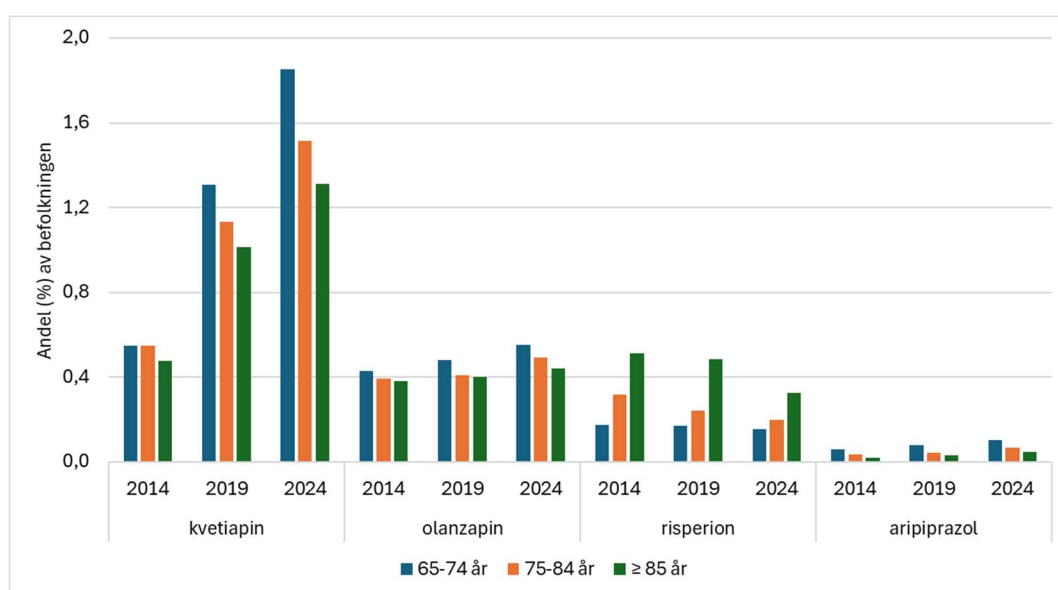
Figur 8 viser tilsvarende prosentandeler fordelt på aldersgruppene 65-74 år, 75-84 år og ≥ 85 år i 2014, 2019 og 2024. Andelen av befolkningen som bruker disse legemidlene øker med alderen. I 2024 fikk 12,7%, 18,2% og 22,6% av befolkningen i alderen 65-74 år, 75-84 år og ≥ 85 år utlevert benzodiazepinlignende midler på resept minst én gang i løpet av året. Nedgangen i bruken av angstdempende benzodiazepiner og vanedannende sovemidler gjelder alle aldersgrupper, mens bruken av melatonin øker i alle aldersgrupper.



Figur 8. Andel (%) av befolkningen ≥ 65 år med minst én utlevering av et angstdempende benzodiazepin (ATC-gruppe N05BA), vanedannende sovemiddel (N05CD - benzodiazepiner, N05CF - benzodiazepinlignende midler) eller melatonin (N05CH01) i 2014, 2019 og 2024 fordelt på aldersgrupper. Kilde: Legemiddelregisteret, FHI.

Når det gjelder bruk av andre type legemidler med sederende effekt, er det verdt å merke seg at bruken av antipsykotikumet kvetiapin har økt blant hjemmeboende eldre. I 2014, 2019 og 2024 fikk henholdsvis 0,5%, 1,2% og 1,7% av personer 65 år og eldre utlevert kvetiapin på resept minst én gang i løpet av året. Bruken av kvetiapin har økt i alle aldersgrupper og er høyest i aldersgruppen 65-74 år (figur 9). Da vi ikke har informasjon om indikasjon for legemiddelet eller forskrevet dose kan vi ikke skille mellom bruk ved søvnproblemer/uro eller ved psykotiske symptomer, men kvetiapin forskrives i økende grad i lave doser ved søvnproblemer/uro og dette kan også være

tilfellet blant eldre og bør undersøkes nærmere da effekt og sikkerhet på denne indikasjonen er dårlig dokumentert¹². Antipsykotikumet olanzapin har sederende effekt og her har det også vært en økning i alle aldersgrupper fra 2014 til 2024 (figur 9), men det er en langt lavere andel eldre som får utlevert olanzapin på resept sammenlignet med kvetiapin. For øvrige antipsykotika har det vært en nedgang i bruken av risperidon i alle aldersgrupper og en svak økning i bruken av aripiprazol i alle aldersgrupper. Blant sederende antihistaminer er alimemazin det mest brukte. I 2024 fikk i underkant av 1% av personer 65 år og eldre utlevert alimemazin på resept. Det er en nedgang fra 1,6% i 2014.



Figur 9. Andel (%) av befolkningen ≥ 65 år med minst én utlevering av kvetiapin (ATC N05AH04), olanzapin (N05AH03), risperidon (N05AX08) eller aripiprazol (N05AX12) i 2014, 2019 og 2024 fordelt på aldersgrupper. Kilde: Legemiddelregisteret, FHI.

Bruk av antidepressiver hos eldre

Det er per i dag ingen nasjonal retningslinje for behandling av depresjon hos voksne da Helsedirektoratet avpubliserte retningslinjen i april 2023 da den var utdatert (publisert i 2009). Det finnes likevel flere normerende dokumenter som omtaler behandling av

¹² Debernard et al. Kvetiapin er ikke en sovemedisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2019 Vol. 139. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2019/09/kronikk/kvetiapin-er-ikke-en-sovemedisin> (lest 15.05.2025).

depresjon og angst^{13,14,15}. Ikke-medikamentell behandling skal alltid forsøkes først. Dersom det er behov for medikamentell behandling, er nyere antidepressiver (SSRI) førstevalg ved begge tilstander. Angstdempende benzodiazepiner har en begrenset plass som symptomatisk behandling, men kan unntaksvis brukes ved forbigående angstepisoder eller i påvente av at annen medikamentell behandling skal virke. Enkelte antidepressiver brukes også ved andre indikasjoner, som for eksempel tricykliske antidepressiver ved nevroatiske smerter, men de aller fleste får antidepressiver forskrevet for behandling av angst eller depresjon.

Bruk av antidepressiver øker risikoen for fallrelatert skade hos eldre¹⁶. Trisykliske antidepressiver har kraftig antikolinerg virkning, dvs. de gir betydelige bivirkninger som falltendens, delirium og redusert kognitiv funksjon, og bør som hovedregel ikke brukes hos eldre¹⁷.

Figur 10 viser prosentandelen av hjemmeboende kvinner og menn i aldersgruppene 65-74 år, 75-84 år og ≥ 85 år som fikk utlevert minst ett antidepressiv på resept i 2014, 2019 og 2024. Både blant kvinner og menn i alle aldersgrupper har bruken vært relativt stabil i perioden. Tallene viser også andelen kvinner er høyere enn andelen menn for alle aldersgrupper. I 2024 fikk henholdsvis 13,2%, 14,8% og 14,7% av kvinner i alderen 65-74 år, 75-84 år og ≥ 85 år utlevert antidepressiver på resept minst én gang i løpet av året. Tilsvarende tall for menn i samme aldersgrupper var 7,0%, 7,8% og 8,6%.

Det er nyere antidepressiver som selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI), serotonin- og noradrenalinreopptakshemmer (SNRI, særlig venlafaksin), mirtazapin og mianserin som forskrives mest til personer 65 år og eldre, fulgt av tricykliske antidepressiver (figur 11). Bruken av sistnevnte har holdt seg relativt stabil i årene 2014, 2019 og 2024, og lavest andel brukere er blant de aller eldste. For nyere antidepressiver har det vært en nedgang i bruken av SSRIs og en økning i bruken av andre

¹³ Helsebiblioteket. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/psykisk-helse/psyknytt/retningslinjer-og-oppslagsverk-om-depresjon-og-bipolar-lidelse> (lest 12.05.2025)

¹⁴ Norsk legemiddelhandbok. Terapikapitler T5.5 Depresjoner og T5.1.1 Angstlidelser. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/> (lest 12.05.2025)

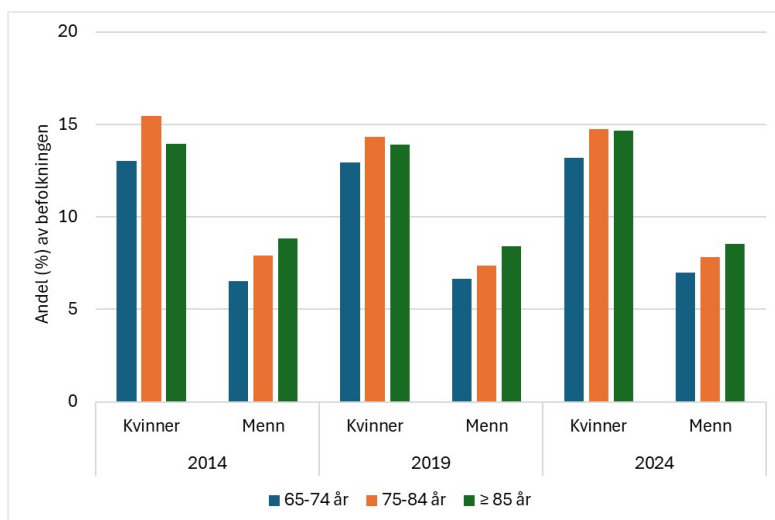
¹⁵ Helsedirektoratet. Nasjonale faglige råd for psykiske lidelser hos eldre. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre> (lest 07.07.2025)

¹⁶ Seppala LJ, Wermelink A, de Vries M et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis: II. Psychotropics. *Int J Am Med Dir Assoc.* 2018 Apr;19(4):371.e11-371.e17.

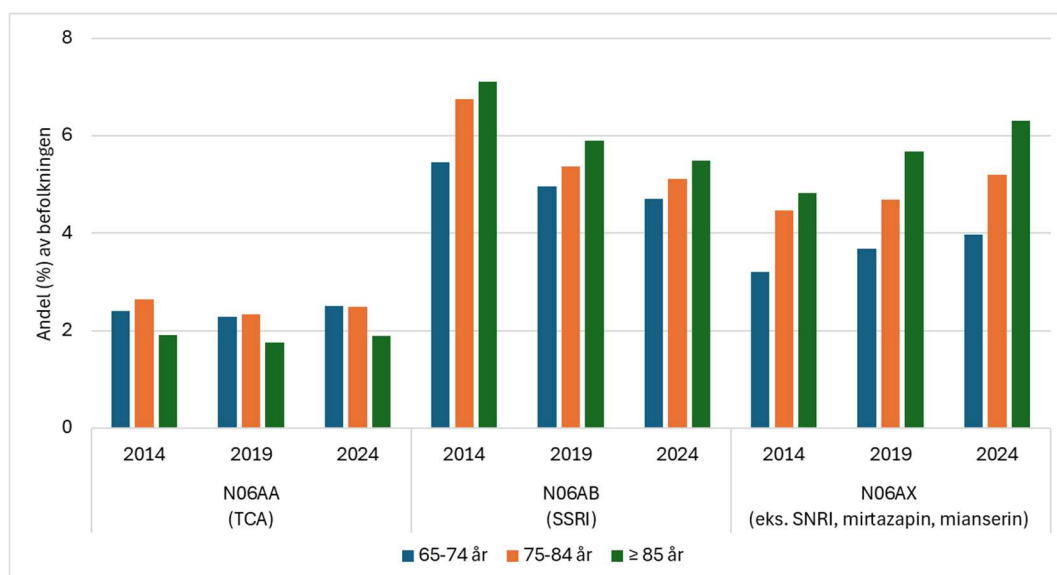
¹⁷ Norsk legemiddelhandbok. Romskaug og Bakken. Eldre og legemidler. Tilgjengelig fra: https://www.legemiddelhandboka.no/G10/Eldre_og_legemidler (lest 02.05.2025)

antidepressiver, først og fremst mirtazapin, venlafaksin (SNRI) og mianserin, for alle aldersgrupper. Mirtazapin er mest brukt, spesielt hos de eldste, og dette kan ha sammenheng med den sederende effekten som kan være nyttig ved søvnproblemer eller uttalt agitasjon.

Bruk av angstdempende benzodiazepiner er omtalt i avsnittet ovenfor.



Figur 10. Andel (%) av befolkningen ≥ 65 år med minst én utlevering av et antidepressiv (ATC-gruppe N06A) i 2014, 2019 og 2024 fordelt på kjønn og aldersgrupper (65-74 år, 75-84 år, ≥ 85 år). Kilde: Legemiddelregisteret, FHI.



Figur 11. Andel (%) av befolkningen ≥ 65 år med minst én utlevering av tricykliske antidepressiver (TCA; ATC-gruppe N06AA), selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI; N06AB) eller andre antidepressiver (N06AX, f.eks. serotonin- og noradrenalinreopptakshemmer (SNRI), mirtazapin, mianserin) i 2014, 2019 og 2024 fordelt på aldersgrupper (65-74 år, 75-84 år, ≥ 85 år). Kilde: Legemiddelregisteret, FHI.

Begrensninger

Vi har benyttet data fra offentlig tilgjengelig statistikk fra Legemiddelregisteret (<https://statistikk.fhi.no/>) og har dermed ingen informasjon om indikasjon for forskrivning av legemidlene. Legemidler til pasienter i sykehus eller sykehjem er per i dag ikke tilgjengelig på individnivå i Legemiddelregisteret. Dette fører til at tallene fra Legemiddelregisteret gir for lave estimat for antall legemiddelbrukere, spesielt i de eldste aldersgruppene. Tall fra SSB viser at rundt 20 % av personer 90 år og eldre hadde langtidsopphold i institusjon i 2024¹⁸. Mangelen på informasjon om legemiddelbruk på individnivå i sykehjem er en stor svakhet ved helsetjenesten da vi ikke kjenner til forskrivningspraksis for eldre som bor på institusjon. Tallene baserer seg på legemidler utlevert på resept fra apotek, men vi har ingen informasjon om pasientene har brukt legemidlene.

Datagrunnlag

¹⁸ Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>

Informasjon om legemiddelbruk er hentet fra Legemiddelregisteret.

Legemiddelregisteret inneholder informasjon om legemidler utlevert på resept (inkludert multidose) fra apotek til hjemmeboende eldre. Alle personer i alderen 65 år og eldre bosatt i Norge med gyldig personnummer i årene 2014, 2019 og 2024 ble inkludert. Informasjon om antall personer som fikk utlevert minst ett legemiddel på resept for følgende legemiddelgrupper ble benyttet i analysene: angstdempende benzodiazepiner (ATC gruppe N05BA), vanedannende sovemidler (N05CD - benzodiazepiner, N05CF - benzodiazepinlignende midler (også kalt z-hypnotika), andre sovemidler (N05CH01 - melatonin), antidepressiver samlet (N06A), tricykliske antidepressiver (TCA; N06AA), selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI; N06AB) og andre antidepressiver (N06AX, f.eks. serotonin- og noradrenalinreopptakshemmer (SNRI), mirtazapin, mianserin). I tillegg oppgis det tall for kvetiapin (N05AH04), olanzapin (N05AH03), risperidon (N05AX08), aripiprazol (N05AX12) og alimemazin (R06AD01). Andel legemiddelbrukere i befolkningen (%) ble beregnet som antall brukere per 100 innbyggere fordelt på kjønn og aldersgrupper. Befolkningsgrunnlaget var befolkningen per 1. januar det aktuelle året, hentet fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Andelene ble beregnet per kalenderår.

Selvrapportert medisinbruk

Generelle funn og kommentarer

Tallene er hentet fra SSBs rusundersøkelser, som har blitt gjennomført årlig siden 2012 i representative utvalg av personer i alderen 16-79 år [56]¹⁹. Datainnsamlingen har bestått av telefonintervjuer i perioden 2012-2023, mens det i 2024 ble benyttet en kombinasjon av telefon- og webintervjuer. Bruttoutvalget økte betydelig i 2024 (n = 8000, svarprosent 62%) sammenlignet med tidligere år (n = 3600). I 2024 deltok 2793 (65%) personer i alderen 45-66 år og 1281 (61%) personer i alderen 67-79 år. Tallene er sammenstilt over toårsperioder. For legemiddelbruk er tallene sammenstilt for 2013-14 og videre i toårsperioder, da det ikke ble samlet inn slike data i 2012 og 2023. Samlet viser data:

¹⁹ Datagrunnlaget er gitt av Elin Kristin Bye, Avdeling for rusmidler og tobakk, FHI.

- I 2024 rapporterte 13% i alderen 60-69 år og 15% i alderen 70-79 år bruk av reseptbelagte sovemidler siste 12 måneder. Andelene var om lag dobbelt så høye blant kvinner som menn, med høyest andel blant kvinner 70-79 år (23%).
- Bruken av reseptbelagte beroligende midler (f.eks. benzodiazepiner) har gått noe ned blant 60-69-åringer siden 2013-14 (fra 11% til 5% i 2024), særlig blant kvinner, hvor bruken nå ligger nær menns nivå.
- Også for reseptbelagte smertestillende midler ser vi en utjevning av tidligere kjønnsforskjeller; både blant 60-69-åringer (22-23%) og 70-79-åringer (30-32%) rapporterte menn og kvinner omtrent like høy bruk i 2024.

Generelt viser tallene at reseptbelagte legemidler i større grad benyttes av kvinner enn menn i eldre aldersgrupper. Legemiddelbruken har likevel vist en svak nedgang over det siste tiåret, særlig blant kvinner, hvor bruken nå nærmer seg nivået til menn—særlig når det gjelder beroligende og smertestillende medisiner. Disse funnene kan indikere en endring i forskrivningspraksis, økt bevissthet om risiko for bivirkninger eller ulik etterspørsel over tid.

Sammenligningen mellom registerdata og selvrapporterte tall viser både likheter og forskjeller. Registerdata fra Legemiddelregisteret indikerer generelt høyere andeler brukere enn det som fremkommer i selvrapporterte undersøkelser, spesielt for vanedannende sovemidler og beroligende midler. For eksempel viser registeret at 20% av kvinner og 10% av menn ≥ 65 år fikk utlevert benzodiazepinlignende midler i 2024, mens selvrapporterte tall for aldersgruppen 60-79 år ligger langt lavere. Denne forskjellen kan delvis forklares av underrapportering i spørreundersøkelser, selektivt frafall, og at registeret også fanger opp sporadisk bruk som brukeren ikke nødvendigvis oppfatter som relevant å rapportere.

Begge datakildene viser likevel en nedgang i bruk av beroligende midler blant eldre de siste ti årene, samt en reduksjon i kjønnsforskjellene. Registerdata bekrefter fortsatt høyere bruk blant kvinner, men avstanden til menn er mindre enn tidligere.

Selvrapporterte tall viser samme trend, med særlig tydelig utjevning for både

beroligende og smertestillende midler. For antidepressiver har vi kun registerdata, mens for smertestillende midler finnes kun selvrapporterte tall, noe som gjør at vi ikke kan direkte sammenligne disse legemiddeltypene her.

Bruk av reseptbelagte sovemidler

Andelen eldre som rapporterte bruk av reseptbelagte sovemidler i løpet av de siste 12 månedene har vært relativt stabil over tid, men med noen forskjeller mellom aldersgrupper og kjønn. Blant personer i alderen 60-69 år har andelen gått noe ned fra 19% i 2013-14 til 13% i 2024. For personer i alderen 70-79 år har bruken holdt seg stabilt høyere i samme periode, men blitt redusert noe fra 21-22% som rapporterte bruk i 2013-14 til 2021-2022, til 15% i 2024.

Bruken er gjennomgående høyere blant kvinner enn menn i begge aldersgrupper. I 2024 oppga 17% av kvinner i alderen 60-69 år og 23% av kvinner i alderen 70-79 år at de hadde brukt reseptbelagte sovemidler siste året, mot henholdsvis 9% og 7% blant menn i samme aldersgrupper. Kjønnsforskjellene har vært relativt stabile over tid, og kvinner over 70 år utgjør den gruppen med høyest bruk i hele perioden.

Tabell 8. Andelen (%) som har brukt reseptbelagte sovemidler siste 12 måneder.

	2013-14	2015-16	2017-18	2019-2020	2021-22	2024
Alle	20	18	16	16	16	14
60-69 år	19	15	12	11	11	13
70-79 år	22	22	21	22	22	15
Menn						
60-69 år	13	10	7	7	8	9
70-79 år	18	15	13	15	16	7
Kvinner						
60-69 år	24	21	16	14	16	17

70-79 år	26	28	29	30	27	23
----------	----	----	----	----	----	----

Bruk av reseptbelagte beroligende midler

Bruken av reseptbelagte beroligende midler (f.eks. benzodiazepiner) har gått noe ned blant personer i alderen 60-69 år siden 2013-14, fra 11% til 5% i 2024. For aldersgruppen 70-79 år har andelen holdt seg relativt stabil, med små variasjoner mellom 5 og 9%.

Som for sovemidler har kvinner gjennom hele perioden brukt beroligende midler i større grad enn menn. I 2024 var imidlertid kjønnsforskjellene betydelig mindre enn tidligere: 7% av kvinner i alderen 60-69 år og 8% av kvinner i alderen 70-79 år rapporterte bruk siste 12 måneder, sammenlignet med henholdsvis 3% og 6% blant menn. Totalt sett har bruken av beroligende midler vært lavere enn for sovemidler i begge aldersgrupper gjennom hele perioden.

Tabell 9. Andelen (%) som har brukt reseptbelagte beroligende midler siste 12 måneder.

	2013-14	2015-16	2017-18	2019-2020	2021-22	2024
Alle	10	9	7	7	6	6
60-69 år	11	9	5	6	6	5
70-79 år	9	9	9	7	5	7
Menn						
60-69 år	7	5	4	5	7	3
70-79 år	5	6	4	5	5	6
Kvinner						
60-69 år	14	14	6	8	6	7
70-79 år	12	12	14	9	4	8

Bruk av reseptbelagte smertestillende midler

Tabell 10 viser andelen personer i alderen 60-79 år som oppgir å ha brukt reseptbelagte smertestillende midler i løpet av de siste 12 månedene, fordelt på kjønn og alder, for perioden 2012-2024.

Bruken av reseptbelagte smertestillende midler blant eldre har vært relativt stabil over tid, men med noe variasjon mellom kjønn og alder. I 2024 oppga 22% i alderen 60-69 år og 31% i alderen 70-79 år at de hadde brukt slike legemidler det siste året. Dette er på nivå med tidligere år, med unntak av en plutselig nedgang i gruppen 60-69 år i 2024 sammenlignet med tidligere år.

Tidligere år har vist tydelige kjønnsforskjeller i bruken av reseptbelagte smertestillende midler, med gjennomgående høyere andeler blant kvinner. I 2024 er imidlertid forskjellene mellom kjønnene i stor grad utjevnet. Blant både menn og kvinner i alderen 60-69 år rapporterte henholdsvis 23% og 22% bruk det siste året, mens andelene i aldersgruppen 70-79 år var 30% for menn og 32% for kvinner. Dette tyder på at kjønnsforskjellene i bruken har blitt mindre de siste årene.

Tabell 10. Andelen (%) som har brukt reseptbelagte smertestillende midler siste 12 måneder.

	2013-14	2015-16	2017-18	2019-2020	2021-22	2024
Alle	29	26	29	30	31	26
60-69 år	27	27	29	30	31	22
70-79 år	33	26	28	30	32	31
Menn						
60-69 år	25	18	24	26	29	23
70-79 år	31	23	24	29	28	30
Kvinner						
60-69 år	28	36	34	33	33	22
70-79 år	35	28	33	31	36	32

Alkoholbruk

Alkoholbruk kan ha en negativ innvirkning på både psykisk helse og livskvalitet, og er forbundet med økt risiko for angst, depresjon og kognitiv svikt. Hos eldre forsterkes risikoen av fysiologiske endringer som gjør kroppen mer sårbar for alkoholens effekter [9, 57]. Kombinasjonsbruk av alkohol og reseptbelagte legemidler, særlig vanedannende midler, kan ytterligere øke faren for bivirkninger som fall, forvirring og nedsatt funksjonsevne.

Generelle funn og kommentarer

Som for selvrapportert legemiddelbruk, er tallene hentet fra SSBs rusundersøkelser, som har blitt gjennomført årlig siden 2012 i representative utvalg av personer i alderen 16-79 år [56]²⁰. Datainnsamlingen har bestått av telefonintervjuer i perioden 2012-2023, mens det i 2024 ble benyttet en kombinasjon av telefon- og webintervjuer.

Bruttoutvalget økte betydelig i 2024 (n = 8000, svarprosent 62%) sammenlignet med tidligere år (n = 3600). I 2024 deltok 2793 (65%) personer i alderen 45-66 år og 1281 (61%) personer i alderen 67-79 år. Samlet viser data:

- Rundt 1 av 4 personer i alderen 60-79 år drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen er noe høyere blant menn enn kvinner.
- Disse andelene har generelt vært nokså stabile fra 2012-2024, men økt noe blant kvinner 70-79 år.
- Sammenlignet med yngre aldersgrupper (18-59 år), drikker en større andel eldre (60+) alkohol regelmessig, men gjennomsnittlig inntak per drikkeepisode og andelen med episodisk høyt alkoholinntak (6+ enheter minst månedlig) er betydelig lavere blant eldre.

²⁰ Datagrunnlaget er gitt av Elin Kristin Bye, avdeling for rusmidler og tobakk, FHI.

- Andelen eldre med episodisk høyt alkoholinntak har imidlertid økt noe over tid, og var i 2024 14% blant personer i 60-årene og 5% blant personer i 70-årene. Økningen har vært betydelig blant menn i 60-årene, en dobling fra 11% i 2012-13 til 22% i 2024.

Oppsummert viser data fra SSBs nasjonale rusundersøkelser (2012-2024) at menn drikker mer enn kvinner, og at eldre drikker mer og oftere sammenlignet med for 12 år siden, men at endringene er små. Disse funnene samsvarer med det Fredwall og Antonsen [9] rapporterer i sin kunnskapsoppsummering, der studier viser en økning i alkoholbruk blant eldre i Norge over tid (siden 1985), og åtte av ti personer mellom 60 og 79 år nå oppgir at de drikker alkohol. De finner også at menn fortsatt drikker mer og oftere enn kvinner, men at kjønnsforskjellene har blitt markant mindre de siste 40 årene.

Videre beskriver Fredwall og Antonsen [9] at vin er den vanligste alkoholen, og at eldre vanligvis konsumerer én til to enheter i en vanlig drikkesituasjon. Dette gir et viktig kontekstuell bakteppe for våre data, og støtter vår vurdering om at endringene i drikkemønster er små, men tydelige over tid. I tillegg viser deres oppsummering til at alkoholbruk blant eldre har flere potensielle helseutfordringer, spesielt i kombinasjon med vanedannende legemidler - et aspekt vi ikke har belyst i detalj, men som er relevant for videre diskusjon om forebyggende og helsefremmende tiltak.

Forekomsten av episodisk høyt alkoholkonsum (≥ 6 enheter månedlig eller oftere) er særlig økende blant menn i 60-årene, der 22% rapporterte slik bruk i 2024 - en dobling siden 2012-13. Dette forbruksmønsteret innebærer en potensiell helserisiko, særlig sett i lys av aldringens fysiologiske endringer og forekomst av samtidig sykdom og medisinbruk [9]. Fredwall og Antonsen [9] understreker at mange eldre mangler kunnskap om alkoholrelatert risiko, og at alkoholbruk ofte knyttes til sosial deltakelse, men også til livskriser og helseplager.

Hyppig alkoholbruk blant eldre (60-79 år), 2012-2024

Tabellen under viser utviklingen over tid i andelen eldre som oppgir å drikke alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. For å sikre tilstrekkelig antall respondenter når data splittes på kjønn og alder, er tallene for alkoholbruk sammenstilt over toårsperioder fram til

2023 (f.eks. 2012-13 og 2014-15), mens 2024 vises separat på grunn av det store utvalget.

Menn rapporterer gjennomgående hyppigere alkoholkonsum enn kvinner. I 2024 oppga 27% av menn i alderen 60-69 år og 28% i alderen 70-79 år at de drikker ofte, mens tilsvarende andeler blant kvinner var 17% og 23%. Tallene samsvarer med tall fra FHUS undersøkelsene. I FHUS Rogaland, for eksempel, oppga 31-34% av menn i aldersgruppene over 60 år (inkludert 80+) et slikt drikkemønster, mot 21-24% blant kvinnene [36]. Andelen var langt lavere blant de yngre: fra alder 18-29 år til 50-59 år steg andelen gradvis fra 11 til 27% blant menn og fra 6 til 19% blant kvinner.

Videre ser vi at andelen eldre med hyppig alkoholinntak har vært relativt stabil fra 2012 til 2024, men med variasjoner mellom aldersgrupper og kjønn. Blant 60-69-åring har andelen gått noe ned, fra 27% i 2012-13 til 22% i 2024. For 70-79-åring har andelen økt, fra 18% til 26% i samme periode. For kvinner 70-79 år har det vært en jevn økning i andelen som drikker hyppig, fra 15% i 2012-13 til 23% i 2024.

Tabell 11. Andelen (%) som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere.

	2012-13	2014-15	2016-17	2018-19	2020-21	2022-23	2024
Alle	24	25	24	25	26	24	24
60-69 år	27	24	26	26	27	22	22
70-79 år	18	26	21	24	23	28	26
Menn							
60-69 år	33	25	29	31	33	24	27
70-79 år	22	30	26	28	26	33	28
Kvinner							
60-69 år	20	23	22	22	22	20	17
70-79 år	15	21	18	20	21	23	23

Alkoholinntak i høye mengder blant eldre (60-79 år), 2012-2024

Tabell 12 viser andelen personer i aldersgruppene 60-69 og 70-79 år som rapporterer at

de drikker seks alkoholenheter eller mer minst én gang i måneden. Dette kan gi en indikasjon på mer risikofylt eller episodisk høyt alkoholkonsum.

Tabell 12. Andelen (%) som drikker ≥ 6 alkoholenheter minst én gang i måneden.

	2012-13	2014-15	2016-17	2018-19	2020-21	2022-23	2024
Alle	6	8	10	8	8	8	10
60-69 år	8	10	11	10	11	9	14
70-79 år	4	6	8	5	4	7	5
Menn							
60-69 år	11	14	14	14	19	12	22
70-79 år	6	8	9	5	5	8	9
Kvinner							
60-69 år	4	5	8	6	4	7	5
70-79 år	2	5	6	4	3	5	2

I 2024 oppga 14% av personer i alderen 60-69 år og 5% i alderen 70-79 år at de drikker seks alkoholenheter eller mer månedlig eller oftere. Dette er en økning fra henholdsvis 8% og 4% i 2012-2013. Økningen har vært tydeligst blant menn, særlig i aldersgruppen 60-69 år, hvor andelen har økt fra 11% til 22% i samme periode. Blant kvinner i 60-årene har andelen holdt seg relativt stabil, med mindre variasjoner mellom 4 og 8%.

Et tilsvarende mønster ble funnet i Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023 [36], hvor andelen som rapporterte å drikke seks enheter eller mer minst månedlig var omtrent den samme. Her lå andelene for kvinner relativt stabilt (4-7%) på tvers av aldersgruppene 60, 70 og 80+, mens andelene blant menn falt fra 24 % i alderen 60-69 år til 5% blant dem over 80 år. I tillegg viste undersøkelsen at antall enheter per drikkeepisode var lavere blant eldre: kvinner i alderen 60-80+ rapporterte et gjennomsnitt på 1,7-2,3 enheter, og menn 2,0-3,1 enheter - lavere enn henholdsvis 2,7 og 3,7 enheter blant kvinner og menn i alderen 40-59 år.

Ensomhet

Generelle funn og kommentarer

Ensomhet og sosial isolasjon regnes som blant de store folkehelseutfordringene, med forskning som viser at begge er forbundet med en rekke negative konsekvenser for fysisk og psykisk helse [18, 43, 58-60]. Blant eldre personer er faktorene også knyttet til redusert kognitiv fungering og økt risiko for demens [61]. Det er også dokumentert negative effekter på deltakelse, produktivitet og fungering i for eksempel skole og arbeidsliv [62]. Ensomhet og sosial isolasjon virker derfor negativt inn på individet, personer rundt, lokalmiljøet og samfunnet generelt. Med dette som bakgrunn ønsker regjeringen å jobbe aktivt for å forebygge og redusere ensomhet og sosial isolasjon [63-65].

De nyeste tilgjengelige ensomhetstallene blant eldre kommer fra Helseundersøkelsen i Trondheim og Nord-Trøndelag (HUNT4, 2017-2019), Fylkeshelseundersøkelsene og SSBs Levekårsundersøkelse og Livskvalitetsundersøkelse. Samlet viser studiene at:

- Det er store variasjoner i forekomst avhengig av hvordan ensomhet er målt, grenseverdier for ensomhet og populasjonsutvalg.
- Blant de yngre eldre (60-79 år), rapporterer om lag 25-30% at de har følt seg ensomme i løpet av de to siste ukene; de fleste (om lag 20%) har følt det «litt» og kun 6-7% «en god del» eller «svært mye»
- Blant de over 80 år, er det flere—om lag en av tre—som rapporterer ensomhet.
- Kvinner rapporterer noe oftere ensomhet enn menn i eldre aldersgrupper.
- Ensomhet er klart mer vanlig blant eldre som bor alene, har lavere utdanning, økonomiske vasker, eller har helseproblemer
- Andelen ensomme eldre har falt jevnt fra 1984-1986 (45%) til 2017-2019 (28%).

Norske studier som følger individer over tid viser at ensomheten holder seg nokså stabil fra midtlivet og inntil ca. 75 år, og deretter øker ensomheten nokså tydelig i takt med negative endringer i helse, deltakelse og sosialt nettverk [46, 66]. Forekomsten av ensomhet blant eldre er klart lavere i Norge og de nord-vest Europeiske landene sammenlignet med land sør og øst i Europa [67]. Mens ensomheten har økt de siste tiårene blant ungdom og unge voksne [68], synes ensomhet å ha gått noe ned blant eldre. I en ny studie basert på data fra over 27 000 hjemmeboende eldre i HUNT-studien, fant forskerne at andelen eldre som rapporterte ensomhet har gått ned fra 1984 til 2019 [69]. Reduksjonen var særlig tydelig mellom 1995 og 2008, men flatet ut etter 2010, spesielt blant de eldste. Samtidig hadde personer over 80 år og de som bor alene fortsatt klart høyere forekomst av ensomhet enn andre. Framskrivninger viser at det totale antallet eldre som opplever ensomhet vil øke betydelig i årene fremover, som følge av at antallet eldre øker. Antallet eldre med alvorlig ensomhet kan ifølge beregningene nær dobles fram mot 2050 [69].

Tabell 13. Oppsummering: Andeler (%) som rapporterer ensomhet

Alder	Type ensomhet ^a	Alle	Menn	Kvinner
60-79	≥ mild ensomhet	26-31% (HUNT**, LKU)	17-18% (HUNT)	23-28% (HUNT)
	≥ moderat ensomhet	10% (FHUS*)	4-10% (LK, FHUS Oslo/Rogaland)	5-12% (LK, FHUS Oslo/Rogaland)
80+	≥ mild ensomhet	33% (LKU)	22-41% (HUNT)	40-51% (HUNT)
	≥ moderat ensomhet		4-8% (LK, FHUS Oslo/Bergen)	10-12% (LK, FHUS Oslo/Bergen)

Note: Tall for gruppen 65+* og 70+**. ^a ≥ mild ensomhet = Alle grader av ensomhet («litt», «av og til», etc.), basert på enkeltspørsmål om ensomhet. ≥ moderat ensomhet = over grenseverdi på UCLA3 skala, eller høy skår (≥ 6) på enkeltspørsmål fra 0-10.

HUNT=Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, FHUS=Fylkeshelseundersøkelsen,
LKU=Levekårsundersøkelsen, LK=Livskvalitetsundersøkelsen, Tromsø=Tromsøundersøkelsen.

Utfyllende om hver undersøkelse

Tabell 14. Studier på forekomst av ensomhet blant eldre.

Studie/kilde	Data	Utvalg	Funn
Skjellegrind 2021 [49]	HUNT4, Trondheim (T) og Nord- Trøndelag (NT) ^a	Trondheim: n=1745 (34%)	Enkeltspørsmål (siste to uker). Alder 70+ T: Nei 74%, Litt 19%, En god del 5%, Svært mye 2%. NT: Nei 73%, Litt 21%, En god del 5%, Svært mye 1%.
Haugland 2024 [70] og Dalen 2022 [71]	Levekårs- undersøkelsen EU-SILC 2022	Bruttoutvalg (svarprosent): 45-66 år: n= 4070 (54,3) 67-79 år: n=1609 (53,5) 80+: n=575 (34,1)	Enkeltspørsmål (siste 4 uker, ≥en del av tiden). 55-66 år: 28,0% (aleneboende 47,9%, bor med andre 21,2%) 67-79 år: 30,5% (aleneboende 53,3%, bor med andre 18,7%) 80+: 33,0% (aleneboende 50,2%, bor med andre 14,3%)
Støren mfl. (2025). Tall levert i email	SSB Livskvalitets- undersøkelsen 2023		Høy UCLA3-skåre. Menn 45-66 år: 9,8% 67-79 år: 6,0% 80+: 6,4% *Kjønnsforskjell sign. (p< .01) kun for 45-66 år. N er lav (M: 223, K: 211) blant de eldste. Kvinner 45-66 år: 12,3% 67-79 år: 8,1% 80+: 12,4%

Knapstad et al. 2025 [28]	FHUS Bergen	n=2939	Høy UCLA3-skåre. Totalt 9,6% (95% KI 8,2-11,0).	
			Menn	Kvinner
			Totalt: 7,8% (n=1453, 6,1-9,4)	Totalt: 10,9% (n=1486, 8,8-13,0)
			79-84 år: 5%	79-84 år: 7%
			85-89 år: 12%	85-89 år: 12%
			90+ år: 12%	90+ år: 21%
			Grunnskole: 9%	Grunnskole: 13%
			Høyere utdanning (>4 år): 5%	Høyere utdanning (>4 år): 13%
			Vanskelig økonomi: 16%	Vanskelig økonomi: 26%
			Svært god økonomi: 5%	Svært god økonomi: 6%
			Helse ikke til hinder for deltakelse: 3%	Helse ikke til hinder for deltakelse: 3%
			Helse mye til hinder for deltakelse: 17%	Helse mye til hinder for deltakelse: 24%
Nes et al. 2020 [72]	FHUS 7 fylker	n=15,036	Alder 65+. Skår 6-10 på enkeltledd (sist uke, 0-10). Totalt 10%	
Vedaa et al. 2025 [73]	FHUS Oslo 2024	Kvinner: n=6064 (36-44%). Menn: n=5425 (36-43%)	Høy UCLA3-skåre.	
			Menn	Kvinner
			60-69 år: 8%	60-69 år: 9%
			70-79 år: 5%	70-79 år: 7%

			80+: 6%	80+: 10%
Knapstad et al. 2023 [36]	FHUS Rogaland 2023	Kvinner: n=2629 (25-45%). Menn: n=3066 (34-44%)	Høy UCLA3-skåre. Menn 60-69 år: 5% 70-79 år: 4% 80+: 4%	Kvinner 60-69 år: 8% 70-79 år: 5% 80+: 10%
Aunsmo et al. 2023 [69]	HUNT4 2017-2019	n=10,232 (59%)	Enkeltspørsmål (siste to uker, ≥litt) ^b . Menn 70-74 år: 17,1% 75-79 år: 18,1% 80-84 år: 22,0% 85+ år: 41,2% Bor med andre: 10,5% Bor alene: 59,3%	Kvinner 70-74 år: 22,8% 75-79 år: 27,5% 80-84 år: 39,5% 85+ år: 50,5% Bor med andre: 14,9% Bor alene: 50,4%

^a Inkluderer institusjonsbeboere

^b Nei = ikke ensom, Ja = litt, en god del eller svært mye (skår 1-3).

Tall fra Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2022 viser at forekomsten av ensomhet øker med alder og er markant høyere blant aleneboende sammenlignet med dem som bor med andre [70]. Blant personer i alderen 55-66 år oppga 28% at de hadde følt seg ensomme en del av tiden eller mer i løpet av de siste fire ukene. I denne aldersgruppen var andelen hele 47,9% blant aleneboende, mens den var 21,2% blant dem som bodde sammen med andre. I gruppen 67-79 år var andelen som opplevde ensomhet økt til 30,5%, med stor forskjell mellom aleneboende (53,3%) og samboende (18,7%). Blant personer 80 år og eldre oppga 33% at de hadde følt seg ensomme, der 50,2% av aleneboende og kun 14,3% av dem som bodde med andre rapporterte dette. Undersøkelsen illustrerer tydelig hvordan både økende alder og det å bo alene er sterkt forbundet med høyere forekomst av ensomhet.

Tall fra Livskvalitetsundersøkelsen 2023 viser at andelen som skårer høyt på ensomhet (målt med UCLA3) er lavere blant eldre sammenlignet med yngre aldersgrupper, men at det er tydelige kjønnsforskjeller, særlig i den eldste gruppen [23]. Blant personer i alderen 45-66 år skåret 9,8% av mennene og 12,3% av kvinnene høyt på ensomhet, en forskjell som var statistisk signifikant. I aldersgruppen 67-79 år var andelen henholdsvis 6,0% for menn og 8,1% for kvinner. Blant personer over 80 år rapporterte 6,4% av mennene og hele 12,4% av kvinnene høy ensomhet. Selv om kjønnsforskjellene blant de eldste ikke var statistisk signifikante (trolig grunnet lavt antall respondenter - 223 menn og 211 kvinner), antyder tallene at kvinner, og særlig de eldste kvinnene, i større grad rapporterer ensomhet enn menn.

I HUNT4 ble ensomhet kartlagt blant over 10 000 hjemmeboende personer i alderen 70 år og eldre i Nord-Trøndelag [69]. Totalt rapporterte 26% at de følte seg ensomme, men kun en liten andel oppga at de var ensomme «en god del» (4,6%) eller «svært mye» (1,2%). Ensomhet var klart mer utbredt blant kvinner enn menn, og forekomsten økte med stigende alder. Studien viste også at ensomhet var nært knyttet til både helse og boforhold. Personer med dårlig selvopplevd helse hadde langt høyere forekomst av ensomhet enn dem med god helse. Det samme gjaldt de som bodde alene - særlig blant menn. Blant menn som bodde alene, oppga 59,3% at de følte seg ensomme, mot 50,4% blant aleneboende kvinner.

Ensomhet ble i alle undersøkelsene målt ved ett enkelt spørsmål, og analysene tok hensyn til kjønn, alder og boforhold. Studien fant at ensomhet økte med alder, og at personer som bor alene har vesentlig høyere risiko enn de som bor med noen. Blant kvinner som bodde alene i 2017-19 rapporterte hele 59% at de følte seg ensomme, mot bare 15% blant kvinner som bodde med noen.

I Folkehelseundersøkelsen i Bergen 2024 ble ensomhet blant hjemmeboende personer over 80 år kartlagt [28]. Totalt oppga 8% av menn og 11% av kvinner at de følte seg ensomme, med særlig høy forekomst (21%) blant kvinner over 90 år. Ensomhet var også mer utbredt blant menn med lav utdanning, blant personer med økonomiske vansker, og blant dem som hadde helseproblemer som hindret sosial deltakelse.

Endring over tid

Aunsmo et al. [69] undersøkte utviklingen i ensomhet blant eldre i Norge over en periode på 35 år, basert på data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). Studien omfatter 27 032 hjemmeboende personer i alderen 70 år og eldre, som deltok i én eller flere av HUNT-undersøkelsene mellom 1984 og 2019.

Hovedfunnene viser at andelen eldre som opplever ensomhet har falt jevnt fra 1980-tallet til 2019. Den standardiserte andelen som rapporterte ensomhet gikk ned fra 44,7% i 1984-86 til 27,8% i 2017-19. Nedgangen i ensomhet var særlig markant mellom 1995 og 2008, men flatet ut etter 2010. Kvinner, personer over 80 år og de som bor alene rapporterte høyere grad av ensomhet gjennom hele perioden.

Til tross for nedgangen i prosentandel som føler seg ensomme, peker framskrivninger på at det absolutte antallet eldre med ensomhet vil øke betydelig i tiårene som kommer. Basert på befolkningsframskrivninger og stabile ensomhetstall, kan antallet eldre med ensomhet øke fra 184 000 i 2020 til 380 000 i 2050. Antall personer med alvorlig ensomhet (definert som «mye» eller «svært mye» ensomhet) kan dobles - fra rundt 41 000 til 90 000.

Forskerne mener at nedgangen i ensomhet blant eldre delvis kan forklares med endringer i sosiodemografiske faktorer, som bedre helse, høyere utdanning og

økonomisk trygghet i eldre kohorter. Samtidig advarer de om at eldre over 80 år har hatt en svak økning i ensomhet i de to siste undersøkelsene, noe som kan tyde på at den positive utviklingen ikke gjelder de eldste eldre.

Nedgang over tid i ensomhet blant eldre er blitt vist over de siste 30 årene også i Finland [74].

Subjektiv livskvalitet

Livskvalitet er både en konsekvens av og en forutsetning for god helse. Forskning viser at høy livskvalitet henger tett sammen med bedre fysisk og psykisk helse, samtidig som helseutfordringer kan redusere opplevelsen av livskvalitet. På samme måte som ensomhet og sosial isolasjon påvirker flere sider av livet, har livskvalitet betydning for deltakelse, mestring og fungering i hverdagen. For å styrke kunnskapsgrunnlaget og legge til rette for målrettede tiltak, lanserte regjeringen i 2025 en nasjonal strategi for å fremme livskvalitet i befolkningen [75].

Tilfredshet med livet

Generelle funn og kommentarer

Tilfredshet med livet er blant de mest brukte enkeltspørsmålene for å måle global livskvalitet. Spørsmålet er inkludert i de fleste populasjonsstudier i Norge, som Fylkeshelseundersøkelsene og SSBs Levekårs- og Livskvalitetsundersøkelser.

Samlet viser studiene at:

- Aldersgruppen 60-79 år rapporterer den høyeste tilfredsheten med livet, i gjennomsnitt omtrent 7,5-8 på en skala fra 0-10 - om lag 1-1,5 skår høyere enn unge voksne.
- Andelen som rapporterer lav skåre (≤ 5) er om lag 10-15% i aldersgruppen 60-79 år.

- Tilfredsheten er noe lavere blant personer over 80 år, og særlig blant kvinner over 90 år. Likevel, tilfredsheten blant de aller eldste er høyere enn blant unge voksne.
- Tilfredsheten er høyest blant de med høyere utdanning og inntekt, bedre helse og som bor med andre. Tilfredsheten er lavest blant de med mange samtidige levekårsutfordringer.
- Norske eldre rapporterer klart høyere livstilfredshet enn eldre i de fleste andre europeiske land.
- Eldres livstilfredshet har vært stabil eller noe økende de siste 10-20 årene.

Studier av norske paneldata, som følger de samme individene over tid, viser at livstilfredshet generelt er stabil fra midtlivet og inn i den tidlige alderdommen, og faller fra ca. 75-80-årsalderen [21, 46]. I internasjonale sammenligninger kommer Norge høyt oppe når man sammenligner livstilfredshet blant eldre. I Eurostats data fra 27 Europeiske land, er det kun Danmark (49%) som har høyere andel eldre (65-74 år) med høy tilfredshet (skår 9-10) enn Norge (39%) i 2024 [76]. Andelene er langt lavere i land som Bulgaria (6%) og Latvia (12%), men også i nordvestlige land som Belgia (18%) og Tyskland (20%). World Happiness Report for 2024 [77] hadde «lykke» (målt ved livstilfredshet) og alder som tema, og viste at Norge ligger på 3. plass blant eldre over 60 år. Blant unge og middelaldrende, derimot, lå Norge på hhv. 20. og 6. plass. Mens unge har hatt en negativ utvikling i tilfredshet og lykke de siste to tiårene, har endringen vært nokså stabil eller noe økende blant personer over 60 år [78]

Tabell 15. Oppsummering: gjennomsnittlig tilfredshet med livet (skala 0-10) og andeler (%) med lav tilfredshet (skår ≤5).

Alder	Alle	Menn	Kvinner
60-79	7,7-8,4 (EHIS, LKU, FHUS 7 fylker)	7,4-8,0 (LK, FHUS Rogaland)	7,7-7,8 (LK, FHUS Rogaland)
	10% (LKU, FHUS)	10-17% (LK, HUNT)	10-16% (LK, HUNT)

80+	7,7-8,0 (EHIS, LKU)	7,4-7,8 (LK, FHUS Bergen/Rogaland)	7,3-7,8 (LK, FHUS Bergen/Rogaland)
	17% (LKU, alder 75+)	15-21% (LK, HUNT)	14-24% (LK, HUNT)

HUNT=Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, FHUS=Fylkeshelseundersøkelsen,

LKU=Levekårsundersøkelsen, LK=Livskvalitetsundersøkelsen, Tromsø=Tromsøundersøkelsen.

Utfyllende om hver undersøkelse

Tabell 16. Studier av tilfredshet med livet blant eldre. Gjennomsnitt eller andeler (%) med lav/høy skår.

Studie/kilde	Data	Utvalg	Funn
SSBs Statistikk- bank [79]	LK 2024 (web)	n=10 133	Gjennomsnittlig skår på tilfredshet med livet på skala 0-10 (% med lav tilfredshet) Menn 45-66 år: 6,8 (25,7%) 67-79 år: 7,4 (17,1%) 80+: 7,4 (20,5%) Kvinner 45-66 år: 7,0 (24,2%) 67-79 år: 7,7 (15,7%) 80+: 7,3 (23,8%)
Støren & Grimstad 2023 [23]	EHIS 2019 (telefon)	IR	45-66 år: 8,1 67-79 år: 8,4 80+: 8,0
Støren & Grimstad 2023 [23]	LKU 2022 (telefon)	IR	45-66 år: 7,7 67-79 år: 7,7 80+: 7,7
Nes 2020 [72, 80]	FHUS 2019, 7 fylker (web)		45-64 år: 7,63 (95% KI 7,61-7,65) 65-74 år: 8,12 (95% KI 8,09-8,16) 75+: 8,08 (95% KI 8,01-8,15) Andel med lav skår (≤ 5) blant gruppen 65+: 10%
Knapstad 2025 [28]	FHUS Bergen (web)	n=3185 (35,5%)	Alder 79+ Samlet: 7,39 (KI95%: 7,30-7,48) Kvinner: 7,36 (KI95%: 7,23-7,49)

			Menn: 7,44 (KI95%: 7,32-7,55)			
			Menn		Kvinner	
			79-84 år: 7,54		79-84 år: 7,54	
			85-89 år: 7,29		85-89 år: 7,45	
			90+: 7,21		90+: 6,79	
	FHUS		Menn		Kvinner	
	Rogaland		60-69 år: 7,7		60-69 år: 7,8	
	(web)		70-79 år: 8,0		70-79 år: 7,8	
			80+: 7,8		80+: 7,8	
Eurostat [76]	Eurostat/ LKU EU- SILC 2024 (telefon)	67-79 år: n=1716 (56%). 80+: n=659 (39%) [81]	Andel (%) med lav (0-5)/høy (9-10) skår			
			Alle	Menn	Kvinner	
			65-74 år	10/39%	11/41%	10/38%
			75+	17/38%	19/38%	16/37%
HUNT [82]	HUNT4 (intervju)		Enkeltledd målt fra 1 (svært fornøyd) til 7 (svært misfornøyd). Andel som rapporterer lav tilfredshet (≥4).			
			Menn	Kvinner		
			60-69 år	11%	13%	
			70-79 år	11%	13%	
			80+	15%	14%	

Livskvalitetsundersøkelsen 2024 (n = 10,133) viser at personer i alderen 67-79 år (skåre 7,4 blant menn og 7,7 blant kvinner) rapporterer noe høyere tilfredshet med livet enn personer i alderen 45-66 år (hhv. 6,8 og 7,0). I gruppen 67-79 år er andelen med lav tilfredshet (skår ≤5) lavest: 17% blant menn og 16% blant kvinner. Blant de eldste (80+ år) er gjennomsnittsskåren noe lavere (menn: 7,4; kvinner: 7,3), og andelen med lav tilfredshet øker til 21% for menn og 24% for kvinner. Det er viktig å merke seg at antall respondenter over 80 år er lavt (M: 282, K: 203).

Data fra EHIS 2019 og Levekårsundersøkelsen (LKU) 2022 viser at personer i alderen 67-79 år rapporterer minst like høy tilfredshet med livet som aldersgruppen under og over, men forskjellene mellom aldersgruppene er små. I EHIS 2019 skåret 67-79-åringene i gjennomsnitt 8,4, høyere enn både 45-66-åringene (8,1) og 80+ (8,0). I LKU 2022 var gjennomsnittsskåren lik (7,7) i alle aldersgrupper. Tilfredsheten er noe høyere i disse undersøkelsene som benyttet telefonintervju, enn i andre lignende undersøkelser på samme tidspunkt som benyttet selv-administrert spørreskjema [23].

Data fra FHUS viser gjennomgående høyere tilfredshet med livet blant eldre sammenlignet med yngre aldersgrupper. I FHUS Rogaland 2024, for eksempel, skåret gruppen 18-29 år i gjennomsnitt 6,5, mot 7,9 i gruppen 70-79 år [36]. I en analyse av samlet data fra 7 fylker, rapporterte både personer i alderen 65-74 år og 75+ 8,1 i gjennomsnitt, sammenlignet med 7,6 blant 45-64-åringene. Tilfredsheten er høyest blant de med høyere utdanning og inntekt, bedre helse og som bor med andre. Tilfredsheten er lavest blant de med mange samtidig levekårsutfordringer. I FHUS Bergen var gjennomsnittet for personer 80+ noe lavere (7,4), med små forskjeller mellom kjønn og aldersgrupper, med unntak av klart lavere skår blant de aller eldste (særlig kvinner 90+ med 6,8).

Data fra HUNT4 2017-2019 viser at andelen som rapporterer lav tilfredshet synker jevnt fra 20-29 år (23% av kvinner og 20% av menn) til 70-79 år (hhv. 13 og 11%), for så å stige noe blant 80+ gruppen (14 og 15%).

Endring over tid

Analyser av data fra Norsk Monitor viser at lykkenivået (fra 1985 til 2019) og tilfredshet med livet (1999 til 2019) har blitt gradvis noe høyere over tid i aldersgruppen 60+ [78]. Dette står i kontrast til en klar nedgang i lykke og tilfredshet blant unge. De eldste aldersgruppene ligger i de nyeste dataene høyest i tilfredshet, og likt med de unge i lykkenivå, etter å ha ligget lavest tidligere. Forfatterne viser til en studie av norske data fra European Social Survey som bekrefter tendensene. Disse dataene viser en sterk nedgang i lykke og tilfredshet fra 2012 til 2018 blant de unge (15-39 år), men stabilitet blant de over 40 år. Samme tendens ser man i HUNT-dataene, hvor de yngste hadde

høyest og de eldste lavest tilfredshet i HUNT1 (1984-1986), men har byttet plass i HUNT4 (2017-2019) [82]. Andelen med lav tilfredshet ble klart redusert fra HUNT1 til HUNT3 (2006-2008) for personer aldersgruppene over 60 år (fra ca. 23 til 10%), for så å stige noe (til ca. 12%) i HUNT4. Mønstrene er like for menn og kvinner.

Eurostat har målt livstilfredshet i Norge (og andre europeiske land) på seks tidspunkter fra 2013 til 2024. I aldersgruppen 65-74 år har andelen med lav tilfredshet (skår 0-5) vært stabil fra 2013 (9%) til 2024 (10%), men noe høyere andeler fra 2021-2023 (13-15%). Tilsvarende stabilitet ser man også for høy tilfredshet (skår 9-10), fra 40% (2013) til 39% (2024). Også blant gruppen 75+ er det lite endring: andel med lav skår (0-5) går fra 15% i 2013 til 17% i 2024.

FHUS Rogaland samlet inn data både i 2020 og 2023, og fant signifikant noe lavere livstilfredshet i 2023 blant 60-69 åringer (fra 8,1 til 7,8) og 70-79-åringer (fra 8,2 til 7,9), men ingen signifikant endring blant 80+ (fra 7,9 til 7,8) [36].

Livskvalitetsundersøkelsene fra 2020 til 2024 viser stabilitet over tid i disse aldersgruppene. For eksempel er andelen med lav tilfredshet nokså stabil i aldersgruppen 67-79 år blant kvinner (19% i 2020 og 16% i 2024) og menn (fra 14% i 2020 til 17% i 2024), men med noe høyere tall i pandemiårene 2021-2022 [79]. Ser man på *gjennomsnittsskårer* er det ingen endring fra 2020 til 2024 for gruppen 80+, mens kvinner 67-79 år har sett en liten bedring (fra 7,5 i 2020 til 7,7 i 2024) og menn en svak nedgang (fra 7,7 i 2020 til 7,4 i 2024).

Positive og negative følelser

Generelle funn og kommentarer

Positive og negative følelser er dekket både i Fylkehelseundersøkelsene og SSBs Levekårs- og Livskvalitetsundersøkelser.

Samlet viser studiene at:

- Aldersgruppen 60-79 år rapporterer relativt høy grad av positive følelser, og lav grad av de negative, sammenlignet med yngre aldersgrupper.
- Det er tendens til færre positive og flere negative følelser i den sene alderdommen, blant de over 80 år.
- Lykkenivået har holdt seg stabilt eller økt noe blant personer over 60 år de siste 20 årene.

Analyser av NorLAG paneldata viser at positive følelser (som glede og engasjement) og negative følelser (som uro og irritasjon) endres i gunstig retning fra midtlivet og inn i den tidlige alderdommen, før det skjer ugunstige endringer fra omtrent 75-års alderen [21, 46].

Utfyllende om hver undersøkelse

Tabell 17. Studier på prevalens eller gjennomsnitt for affekt blant eldre.

Studie/kilde	Data	Utvalg	Funn	
SSBs Statistikk- bank [79]	LK 2024	n=10,113	Gjennomsnittlig skår på affekt, skala -10 til + 10 (% med overvekt negative følelser) Menn Kvinner 45-66 år: 3,4 (16,9%) 45-66 år: 3,3 (17,9%) 67-79 år: 4,5 (8,0%) 67-79 år: 4,6 (8,5%) 80+: 4,0 (11,1%) 80+: 3,9 (15,3%) * N er lav (M: 282, K: 203) blant de eldste.	
Støren 2021 [83]	LKU 2021	IR	Overvekt av negative følelser (skårer mellom -10 og 0) 45-66 år: 17% 67-79 år: 12%	Overvekt av positive følelser (skårer mellom 0 og 10) 45-66 år: 83% 67-79 år: 88%

			80+: 15%	80+: 86%												
Nes 2020 [72, 80]	FHUS 2019, 7 fylker		I hvilken grad følte deg.. Glad (0-10). Gjennomsnitt og andeler (%) med lav skår (≤5): 45-64 år: 7,29 (14%) 65+: 7,62 (11%) ..Rolig og avslappet 45-64 år 6,93 (Kl: 6,91-6,96) 65-74 år 7,46 (Kl: 7,43-7,50) 75+ 7,43 (Kl: 7,35-7,50)													
Nes 2020 [72, 80]	FHUS 2019, 7 fylker		Sist uke, i hvilken grad følte du deg..(0-10). Gjennomsnitt (95%KI) <table><thead><tr><th></th><th>Bekymret</th><th>Nedfor/trist</th></tr></thead><tbody><tr><td>45-64 år</td><td>3,55 (3,52-3,58)</td><td>2,78 (2,75-2,81)</td></tr><tr><td>65-74 år</td><td>3,02 (2,98-3,08)</td><td>2,26 (2,21-2,30)</td></tr><tr><td>75+</td><td>3,05 (2,95-3,14)</td><td>2,27 (2,18-2,36)</td></tr></tbody></table>			Bekymret	Nedfor/trist	45-64 år	3,55 (3,52-3,58)	2,78 (2,75-2,81)	65-74 år	3,02 (2,98-3,08)	2,26 (2,21-2,30)	75+	3,05 (2,95-3,14)	2,27 (2,18-2,36)
	Bekymret	Nedfor/trist														
45-64 år	3,55 (3,52-3,58)	2,78 (2,75-2,81)														
65-74 år	3,02 (2,98-3,08)	2,26 (2,21-2,30)														
75+	3,05 (2,95-3,14)	2,27 (2,18-2,36)														

Endring over tid

Hellevik og Hellevik [78] undersøkte utviklingen i lykke i Norge fra 1985 til 2019. Dataene kommer fra Norsk Monitor, som annethvert år har samlet inn svar fra et representativt utvalg på rundt 4000 personer. Lykke er målt med spørsmålet: «Hvor lykkelig er du for tiden?», på en skala fra 1 (svært ulykkelig) til 10 (svært lykkelig). Positive svar er definert som skårer 8-10, og negative svar som 1-4. Analysene viser at andelen som oppgir høy lykke blant personer over 65 år har vært stabil eller økende i perioden. Dette i kontrast til yngre aldersgrupper, som har hatt en nedgang i rapportert lykke.

Opplevelse av mening

Generelle funn og kommentarer

Opplevelse av mening er en sentral indikator på eudaimonisk livskvalitet [13], og måles ofte med et enkeltspørsmål om man opplever at det man gjør i livet er meningsfullt.

Spørsmålet er inkludert i de fleste populasjonsstudier i Norge, som

Fylkehelsetundersøkelsene og SSBs Levekårs- og Livskvalitetsundersøkelser.

Samlet viser studiene at:

- Aldersgruppen 60-79 år rapporterer den høyeste opplevelsen av mening, i gjennomsnitt omtrent 7,5 på en skala fra 0-10 - som ofte 1-1,5 skår høyere enn blant unge voksne.
- Andelen som rapporterer lav skåre (≤ 5) er om lag 15-20% i aldersgruppen 60-79 år.
- Meningsopplevelsen er noe lavere blant personer eldre enn 80 år, og særlig blant kvinner over 90 år. Likevel, meningsopplevelsen blant de aller eldste er høyere enn blant unge voksne.
- Opplevelse av mening har vært stabil de siste årene.

Utfyllende om hver undersøkelse

Tabell 18. Oppsummering: gjennomsnittlig mening (skala 0-10) og andeler (%) med lav mening (skår ≤ 5).

Alder	Alle	Menn	Kvinner
60-79	7,0-8,0 (LKU, FHUS 7 fylker)	7,1-7,8 (LK, FHUS Rogaland)	7,2-7,9 (LK, FHUS Rogaland)
	11-21% (LKU, FHUS 7 fylker)	18-21% (LK, HUNT)	15-20% (LK, HUNT)
80+	6,9-8,0 (LKU)	6,8-7,4 (LK, FHUS Bergen/Rogaland)	6,3-7,5 (LK, FHUS Bergen/Rogaland)
	17-28% (LKU)	28% (LK)	26% (LK)

HUNT=Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, FHUS=Fylkeshelseundersøkelsen,
 LKU=Levekårsundersøkelsen, LK=Livskvalitetsundersøkelsen, Tromsø=Tromsøundersøkelsen.

Tabell 19. Studier av opplevelse av mening blant eldre.

Studie/kilde	Data	Utvalg	Funn								
Statistikk-banken SSB	SSB LK 2024 (web)	n=10,113 (n=484 over 80 år)	Gjennomsnittlig skår på mening, skala 0-10 (% med lav mening; skår ≤5) 45-66 år: 7,1 (21,3%) 45-66 år: 7,2 (20,3%) 67-79 år: 7,4 (18,2%) 67-79 år: 7,7 (15,2%) 80+: 6,9 (27,5%) 80+: 7,0 (26,4%) * N er lav (M: 282, K: 202) blant de eldste.								
Støren 2021 [83]	LKU 2021 (telefon)		Gjennomsnittlig skår på mening, skala 0-10 (% med lav mening; skår ≤5) 45-66 år: 7,0 (22%) 67-79 år: 7,2 (21%) 80+: 6,9 (28%)								
Nes 2020 [72, 80]	FHUS 2019, 7 fylker	IR	I hvilken grad det man gjør i livet opplevd meningsfullt (0-10) 45-64 år: 7,77 (95%KI: 7,74-7,80) 65-74 år: 8,03 (95%KI: 7,99-8,06) 75+: 7,78 (95%KI: 7,16-7,86) Lav skår (≤5): 45-64 år: 14% og 65+: 11%								
Knapstad 2023 [36]	FHUS Rogaland 2023		Gjennomsnittlig skår på mening, skala 0-10 (% med skår ≤5) <table><tr><td>Menn</td><td>Kvinner</td></tr><tr><td>60-69: 7,77</td><td>60-69: 7,93</td></tr><tr><td>70-79 år: 7,79</td><td>70-79 år: 7,72</td></tr><tr><td>80+: 7,35</td><td>80+: 7,30</td></tr></table>	Menn	Kvinner	60-69: 7,77	60-69: 7,93	70-79 år: 7,79	70-79 år: 7,72	80+: 7,35	80+: 7,30
Menn	Kvinner										
60-69: 7,77	60-69: 7,93										
70-79 år: 7,79	70-79 år: 7,72										
80+: 7,35	80+: 7,30										

Knapstad 2025 [28]	FHUS Bergen (web)	n=3185 (35,5%)	Alder 79+ Samlet: 7,21 (KI95%: 7,11-7,30) Kvinner: 7,20 (KI95%: 7,06-7,34) Menn: 7,22 (KI95%: 7,09-7,35) <table><tr><th>Menn</th><th>Kvinner</th></tr><tr><td>79-84 år: 7,41</td><td>79-84 år: 7,51</td></tr><tr><td>85-89 år: 6,98</td><td>85-89 år: 7,23</td></tr><tr><td>90+: 6,77</td><td>90+: 6,26</td></tr></table>	Menn	Kvinner	79-84 år: 7,41	79-84 år: 7,51	85-89 år: 6,98	85-89 år: 7,23	90+: 6,77	90+: 6,26
Menn	Kvinner										
79-84 år: 7,41	79-84 år: 7,51										
85-89 år: 6,98	85-89 år: 7,23										
90+: 6,77	90+: 6,26										

Levekårsundersøkelsen 2021 viser at eldre personer (67+) har høyere gjennomsnittlig opplevelse av mening (6,9-7,2; andel med lav skår: 21-28%) enn yngre i alderen 18-24 år (5,8 og 46% med lav skår) [83]. Livskvalitetsundersøkelsen 2024 viser samme trend, dvs. noe lavere tilfredshet blant de over 80 år sammenlignet med de mellom 67 og 79 år [79].

Data fra FHUS viser gjennomgående signifikant høyere opplevelse av mening blant eldre sammenlignet med yngre aldersgrupper. I en analyse av data fra 7 fylker var gjennomsnittlig skår på opplevelse av mening 6,4 blant unge mellom 18-24 år, mot 8,0 i alderen 65-74 (skala fra 0 til 10). Personer over 80 år skåret signifikant lavere (7,8) enn gruppen 65-74. Data fra FHUS Bergen viser at gjennomsnittlig meningsopplevelse er nokså sterkt lavere blant de over 90 år, særlig blant kvinner (gjennomsnitt 6,3).

Endring over tid

Data fra Livskvalitetsundersøkelsen (2020-2024) viser at opplevelsen av mening har holdt svært stabil de siste 4 årene [79]. Unntaket er eldre menn over 80 år, som har opplevd nedgang i mening over tid: fra gjennomsnitt 7,2 (19% med lav skår) i 2020 til 6,9 (28% med lav skår) i 2024.

Diskusjon

I denne rapporten har vi kartlagt psykisk helse, ensomhet og livskvalitet blant eldre i Norge, basert på et bredt spekter av datakilder som inkluderer både registerdata og befolkningsundersøkelser. Vi har også sett på utviklingen over tid og forskjeller mellom ulike aldersgrupper og kjønn, samt inkludert vurderinger av datakvalitet og mulige svakheter ved eksisterende kunnskap.

Blant personer i alderen 60-79 år rapporterer om lag 10% av kvinner og 5% av menn betydelige psykiske plager, målt med HSCL-5, ifølge flere undersøkelser. Det er noe tvil rundt disse anslagene. Først, fordi SSBs Livskvalitetsundersøkelse finner langt høyere tall. Det er uklart hva forskjellen skyldes, da tallene også skiller seg fra FHUS, som har samlet inn data omtrent samtidig og med samme metode (web). Derneft fordi en ny valideringsstudie har foreslått en lavere grenseverdi for kvinner, som gir noe høyere forekomsttall [25]. De aller eldste (80+) ser ut til å ha noe høyere forekomst av psykiske plager enn yngre eldre, men få studier ser spesifikt på denne gruppen, delvis på grunn av problemer med å rekruttere disse til undersøkelsene. Forekomst av psykiske plager har vært nokså stabile blant eldre over tid de siste 25-30 årene.

Forekomsten av depressive symptomer blant personer i alderen 60-79 år ligger mellom 6 og 15%, med høyere andeler blant dem over 80 år. Funnene er sprikende når det gjelder kjønnsforskjeller. I aldersgruppen 60-79 år er forekomsten på nivå med yngre aldersgrupper. Samlet sett har andelen eldre (60+) med depressive symptomer gått betydelig ned de siste 25 årene.

Når det gjelder angstsymptomer mangler vi helt oppdaterte tall; de nyeste er fra HUNT (2019) og Tromsøundersøkelsen (2016). I HUNT rapporterte ca. 17% av kvinner og 10% av menn i alderen 60-79 år angstplager, med stabile nivåer fra 1995 til 2019.

Forekomstene var lavere enn blant unge voksne. I Tromsøundersøkelsen var angstplager også vanligere blant kvinner enn menn (hhv. 5,2-9,5% og 2,3-3,2%), men nivåene var lavere enn i HUNT. Vi har lite kunnskap om personer over 80 år, men Tromsødata tyder på noe høyere angstnivå blant de eldste kvinnene. Når vi ser på registerbaserte tall for psykiske lidelser (angst- eller depresjonsdiagnose) blant personer over 60 år er tallene ofte dobbel så høye blant kvinner som blant menn.

Andelene har vært stabile fra 2008 til 2023, foruten en svak nedgang i depresjonsdiagnoser for kvinner over 80 år.

Beregninger av sykdomsbyrde (DALY—helsetapsjusterte leveår, som kombinerer tapte leveår ved tidlig død og år levd med sykdom) indikerer at byrden av angst og depresjon blant personer over 70 år vil holde seg relativt stabil fram mot 2050.

Tall fra Legemiddelregisteret viser at bruken av vanedannende sovemidler og beroligende midler har gått ned mellom 2014 og 2024, men 20% av kvinner og 10% av menn over 65 år fikk fortsatt utlevert benzodiazepinlignende midler (vanedannende sovemidler) på resept i 2024. Andelen eldre som bruker antidepressiva har vært stabil; i 2024 fikk 15% av kvinner og 8% av menn antidepressiva på resept. Det sees imidlertid et økt forbruk av mirtazapin, som kan tenkes skyldes legemiddelets sederende egenskaper, og at dette legemiddelet i noen grad har «tatt over» for vanedannende legemidler ved søvnforstyrrelser.

Tilsvarende viser selvrapporterte tall på reseptbelagte legemidler at mange eldre i løpet av det siste året har brukt smertestillende midler, sovemidler og beroligende medisiner, men at bruken generelt har gått noe ned. Sovemidler er over dobbelt så utbredt blant eldre kvinner (17-23%) enn menn (7-9%), og bruken har vært relativt stabil over tid. Beroligende midler oppgis av 3-6% av menn og 7-8% av kvinner 60-79 år. Bruken av beroligende midler har gått noe ned blant personer i 60-årene, og kjønnsforskjellene er i 2024 betydelig mindre enn tidligere. For smertestillende midler har bruken vært stabilt høy i hele perioden, med utjevning av tidligere tydelige kjønnsforskjeller (23% av menn og 22% av kvinner i 60-69-årene, mot hhv. 30% og 32% av 70-79-åringene i 2024). Disse mønstrene kan reflektere endringer i både forskrivningspraksis og bruksmønstre i denne aldersgruppen.

Når det gjelder alkoholbruk, oppgir omtrent én av fire i aldersgruppen 60–79 år at de drikker alkohol 2–3 ganger i uken eller oftere, og én av ti oppgir at de drikker seks alkoholenheter eller mer minst én gang i måneden. Andelene for begge indikatorene har holdt seg relativt stabile i perioden 2012–2024, også for menn og kvinner. Høykonsum (seks alkoholenheter eller mer minst én gang i måneden) er mer utbredt blant menn, særlig i 60-årene, og har økt betydelig i nyere tid. Kvinner har gjennomgående lavere

andeler for begge indikatorer. Kjønnsforskjellene varierer noe over tid og er i noen tilfeller små, men det er ingen tydelig tendens til systematiske endringer siden 2012. En nyere kunnskapsoppsummering viser at alkoholbruk blant eldre har økt i Norge de siste tiårene, og at kjønnsforskjellene har blitt mindre [9]. Våre funn tyder imidlertid på at kjønnsforskjellene har stabilisert seg de siste årene.

Det økte forbruket blant eldre er viktig i et folkehelseperspektiv, særlig fordi mange eldre mangler kunnskap om risiko ved alkoholbruk, spesielt i kombinasjon med legemidler [9]. Høyt alkoholforbruk er en av de viktigste risikofaktorene for tap av friske leveår og for ikke-smittsomme sykdommer [9]. Hos eldre kan alkoholbruk være særlig problematisk, ettersom aldring medfører nedsatt metabolisme og reduksjon i kroppsvæske og kroppsmasse. Dette fører til at eldre kan bli sterkere beruset av samme mengde alkohol sammenlignet med yngre, og dermed kan oppleve økt risiko for skader, sykdommer og fall. Kunnskapsoppsummeringen peker på at én av tre eldre som drikker regelmessig også bruker vanedannende legemidler, noe som kan forsterke eksisterende helseproblemer i tillegg til at det øker risikoen for uheldige interaksjoner og bivirkninger som fall, forvirring og nedsatt funksjonsevne.

Ensomhet er et utbredt problem, også blant eldre. Ensomhet kan forverre eksisterende helseplager eller utløse dem. Personer som opplever ensomhet har større risiko for å utvikle depresjon, og ensomhet kan også svekke prognosene ved flere somatiske lidelser. Blant de yngre eldre (60-79 år) rapporterer omtrent 25-30% at de har følt seg ensomme i løpet av de siste to ukene, men for de fleste har dette vært på nivået «litt», og kun 6-7% oppgir at de har følt seg ensomme «en god del» eller «svært mye». Andelen som rapporterer ensomhet øker blant de over 80 år, der om lag en av tre oppgir å ha følt seg ensomme. Kvinner rapporterer generelt noe oftere ensomhet enn menn i eldre aldersgrupper. I tillegg er ensomhet tydelig mer utbredt blant dem som bor alene, har lavere utdanning, økonomiske vansker eller helseproblemer. Samtidig viser historiske data at andelen ensomme eldre har falt jevnt fra 45% i 1984-1986 til 28% i 2017-2019.

Den subjektive livskvaliteten er generelt god blant eldre. Eldre i alderen 60-79 år rapporterer generelt den høyeste livstilfredsheten, med gjennomsnittsskårer på 7,5-8 på en skala fra 0-10, som er 1-1,5 skår høyere enn blant unge voksne. I gruppen 60-79 år

oppgir 10-15% at de har lav livstilfredshet. Blant personer over 80 år er tilfredsheten noe lavere, spesielt blant kvinner over 90 år, men selv disse rapporterer høyere tilfredshet enn unge voksne. Sammenlignet med eldre i andre europeiske land, rapporterer norske eldre klart høyere livstilfredshet, og utviklingen har vært stabil eller svakt økende de siste 10-20 årene.

Blant personer 60-79 år rapporteres generelt høyere nivåer av positive følelser og lavere nivåer av negative følelser sammenlignet med yngre voksne, med et generelt stabilt eller noe økende lykkenivå de siste 20 årene. De samme aldersgruppene skårer også høyest på opplevelse av mening, med et gjennomsnitt på omtrent 7,5 - som er 1-1,5 skår høyere enn hos unge voksne. Samtidig rapporterer 15-20% av 60-79-åringene lav opplevelse av mening. Blant personer over 80 år ser man en svak reduksjon i positive følelser og opplevelse av mening, særlig blant kvinner over 90 år, selv om opplevelsene hos de aller eldste fortsatt er bedre enn blant yngre voksne. Samlet sett har meningsopplevelsen vært stabil i den norske eldrebefolkningen de siste årene.

Generelle mønstre

Hovedinntrykket er at yngre eldre - de mellom 60 og 79 år - rapporterer relativt god psykisk helse og livskvalitet, og lite ensomhet. For det første ser vi at denne gruppen generelt kommer bedre ut enn ungdom og unge voksne i Norge, som i senere år har hatt en markant økning i ensomhet og psykiske plager. For det andre ser vi at norske eldre kommer bedre ut enn eldre i mange andre europeiske land på disse områdene. For det tredje peker dataene på at eldre i dag, sammenlignet med tidligere, har hatt en stabil eller positiv utvikling i psykisk helse og livskvalitet: forekomsten av depressive symptomer har falt betydelig de siste 25 årene, og ensomhetstallene blant eldre har også vist en nedgang. Det relativt positive bildet kan tolkes som uttrykk for god velferd og helsetjenester, og høyere utdanning og bedre sosiale og økonomiske ressurser blant dagens eldre. Funnene understreker betydningen av velferdsstatens rolle i å forebygge og dempe psykiske helseplager i eldre år. HUNT data viser at eldre har fått bedre helse og fungering [5], og at færre eldre bor alene i 2017-2019 enn i 1995, som igjen har sammenheng med økt levealder blant menn [43].

Samtidig er det viktig å merke seg at bildet blir mer nyansert når vi ser på de aller eldste og på risikogrupper, og vi må minne om at det er skjevheter i utvalget som gjør at vi trolig underestimerer problemene i disse gruppene (se under). Grupper som kommer generelt dårlig ut er eldre med dårlig helse, lav utdanning og økonomisk trygghet, samt aleneboende eldre. De eldste eldre (80+) har større eksponering for disse faktorene og derfor høyere forekomst av psykiske plager, angst og depresjon, samt lavere livskvalitet og mer ensomhet enn yngre eldre. De økte forekomstene i den sene alderdommen handler særlig om svekkelser og tap knyttet til helse, mobilitet og sosial deltakelse og nettverk. Kvinner kommer generelt dårligere ut enn menn på flere indikatorer. De har omtrent dobbelt så høy forekomst av psykiske plager, angstsymptomer, angst- eller depresjonsdiagnose i helsetjenesten, samt bruk av reseptbelagte beroligende midler eller antidepressiva. Kvinner rapporterer også oftere enn menn om ensomhet og lav subjektiv livskvalitet. En sentral forklaring er at langt flere kvinner enn menn bor alene i eldre år, ofte etter å ha mistet en partner. Kvinner har dessuten større sannsynlighet for å være omsorgsgivere for en syk eller svekket partner, blant annet fordi de oftere har partnere som er eldre enn seg selv, og fordi de lever lenger. Samtidig har mange eldre kvinner hatt en lavere inntekt gjennom livet og kan ha større helseproblemer enn menn [5], som også kan gi risiko for ensomhet og psykiske plager.

En annen viktig innsikt er at til tross for at andelene med psykiske plager og ensomhet er relativt lave blant eldre generelt, vil det samlede antallet eldre som opplever slike problemer øke fremover. Dette skyldes befolkningsaldringen og at flere vil leve lengre med økt sårbarhet i høy alder. For eksempel er det bekymringsfullt at vi kan komme til å se en dobling i antallet eldre med alvorlig ensomhet frem mot 2050, særlig i grupper med lavere sosioøkonomisk status.

Frafallsanalyser for voksne utvalgt til deltagelse i undersøkelser har vist at de som velger å ikke delta, generelt har høyere dødelighet, noe høyere forekomst av kronisk sykdom og lavere sosioøkonomisk status enn de som deltar [84]. I web-baserte undersøkelser er det i tillegg frafall av de eldste eldre, og eldre med lavere sosioøkonomiske ressurser. Mens web-baserte intervju kan gi mer oppriktige svar, bidrar de samtidig de mer skjev deltakelse. Det samme kan gjelde for postale skjema. Livstilfredsheten og psykisk helse

er noe bedre i undersøkelser som benytter telefonintervju, enn i undersøkelser som benytter selv-administrert spørreskjema [23].

Denne kartleggingen har noen begrensninger og har samtidig identifisert noen kunnskapshull på feltet, som vi ønsker å trekke frem.

For det første mangler vi oppdaterte tall, særlig for analyser av endring over tid. Selv de nyeste rundene av HUNT og Tromsøundersøkelsen er nesten 10 år gamle.

Tromsøundersøkelsen samlet inn nye data i mars 2025, og her vil det bli interessant å se endring fra 2001 til 2025. HUNT5 har mål om å starte opp i 2028

(<https://www.ntnu.no/hunt/hunt5>).

Videre er det fortsatt manglende kunnskap om psykisk helse og livskvalitet blant de aller eldste, de over 80 år. Denne gruppen vil øke både i antall og som andel av befolkningen, og det er derfor viktig å ha oppdaterte data på dem. Vi trenger også at dataene er representative. Responsraten hos de eldste eldre er så lav at det er utfordrende å trekke så mange konklusjoner om denne aldersgruppen. Man må anta at personer med psykiske vansker eller som opplever ensomhet kan ha større vansker med å delta eller fylle ut spørreskjema, og dermed mangler i denne statistikken [42, 49]. I

Tromsøundersøkelsen fant man at ikke-deltakere har flere psykiatriske symptomer enn deltakere [85]. Ergo er punktestimatene for psykiske vansker og lav livskvalitet vi finner trolig et underestimat av de sanne verdier i populasjonen. I de fleste undersøkelser er populasjonen personer som er bosatt i privathusholdninger. Personer bosatt på institusjon utelukkes fra populasjonen undersøkelsen er ment å speile (med unntak av HUNT4). Dette gjelder alle aldersgrupper, men har størst betydning for de eldste, hvor en større andel bor på institusjon. Ved å utelate institusjonsbeboere er utvalget trolig «lykkeligere» enn den generelle eldrebefolkningen [86, 87]. En måte å omgå dette problemet er å benytte proxy-intervjuer (av voksne barn eller andre), eller gjennomføre hjemmebesøk. Hjemmebesøk i HUNT4 viser at de som deltok via hjemmebesøk var mye mer skrøpelige enn de som møtte opp på til undersøkelse på teststasjonen [49].

I tillegg til å sørge for at eldre er godt representert i helseundersøkelser, må fremtidig forskning skille mellom yngre-eldre og eldre-eldre og å se på risikogrupper og sosiale ulikhet i psykisk helse, ensomhet og livskvalitet. Eldre som bor alene, særlig

aleneboende menn og kvinner over 85 år, er i særlig risiko. Mange av faktorene opptrer dessuten samtidig, og livskvaliteten er særlig lav blant de med sammensatte levekårsutfordringer [14].

Vi må også bli trygge på at målene som benyttes i helseundersøkelser er like egnet for eldre som yngre. Kunnskapen om hvorvidt måleinstrumenter for psykisk helse fungerer like godt for eldre som for andre aldersgrupper (målinvarians), er fortsatt begrenset. Uten slik innsikt er det vanskelig å vite om observerte nivåer og forskjeller i psykisk helse gjenspeiler reelle forekomster og variasjoner eller metodiske skjevheter.

Det er begrenset kunnskap om effektive tiltak for å bedre ensomhet, psykisk helse og livskvalitet blant eldre, særlig i en nordisk setting [4]. Ettersom psykisk uhelse, ensomhet og lav livskvalitet ofte opptrer samtidig, vil det i forebyggende og behandlende tiltak være viktig å være oppmerksom på at disse tilstandene ofte har felles risikofaktorer og forsterker hverandre. Utviklingen av slike tiltak bør bygge på best tilgjengelige kunnskap og utformes og evalueres utfra mål om å nå målgruppen, ha effekt, være ønsket i tjenestene, være implementerbart og kunne opprettholdes over tid [88].

Referanser

1. Langballe, E.M. and M. Evensen, *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser*. 2011, Folkehelseinstituttet: Oslo.
2. Slagsvold, B., *Hva kan vi vente av morgendagens eldre?* Khrono, 2015.
3. Daatland, S. and P. Solem, *Aldring og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget, 2011.
4. Hansen, T., et al., *Tackling social disconnection: an umbrella review of RCT-based interventions targeting social isolation and loneliness*. BMC Public Health, 2024. **24**(1): p. 1917.
5. Storeng, S.H., et al., *Trends in Disability-Free Life Expectancy (DFLE) from 1995 to 2017 in the older Norwegian population by sex and education: The HUNT Study*. Scandinavian journal of public health, 2022. **50**(5): p. 542-551.
6. Slagsvold, B. and T. Hansen, *Morgendagens eldre – betydningen av økt utdanning for mental helse*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 2017. **54**: p. 36-45.
7. SSB. *1 av 4 aleneboende eldre har ingen familie i nærheten*. 2025; Available from: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekra/artikler/1-av-4-aleneboende-eldre-har-ingen-familie-i-naerheten>.
8. SSB. *Hva sier statistikken om skilsmisse i Norge?* 2024; Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/barn-familier-og-husholdninger/statistikk/ekteskap-og-skilsmisser/artikler/hva-sier-statistikken-om-skilsmisse-i-norge>.
9. Fredwall, T.E. and A.J. Antonsen, *Alkoholbruk blant eldre: En oppsummering av kunnskap*. Omsorgsbiblioteket, 2023.
10. Tvedten, H.M., E.F. Vikum, and E.B. Mæhlumshagen, *Framtidens utfordringer for folkehelsen. Sykdomsbyrde, bruk av helse-og omsorgstjenester, og smittsomme sykdommer*. 2022.
11. Kinge, J.M., et al., *Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: a national health registry study*. BMC medicine, 2023. **21**(1): p. 201.
12. Romøren, T.I., *Den fjerde alderen: funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*. 2001: Gyldendal akademisk.
13. Nes, R.B., T. Hansen, and A. Barstad, *Livskvalitet: Anbefalinger for et bedre målesystem*. 2018, Helsedirektoratet.
14. Nes, R.B., *Livskvalitet i Norge*, in *Folkehelserapporten*. 2021, FHI: Oslo.
15. Reneflot, A., et al., *Psykisk helse i Norge*. 2018, Folkehelseinstituttet: Oslo.
16. Meld, S., *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033)*. 2022-2023.
17. Cacioppo, J.T. and S. Cacioppo, *Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation*. Social and personality psychology compass, 2014. **8**(2): p. 58-72.
18. Hawkey, L.C. and J.T. Cacioppo, *Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms*. Annals of Behavioral Medicine, 2010. **40**(2): p. 218-227.
19. FHI. *Slik oppsummerer vi forskning*. 2022; Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/metodeboka/>.
20. FHI. *Demens*. 2025; Available from: <https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/ikke-smittsomme/demens>.
21. Hansen, T. and B. Slagsvold, *The age and subjective well-being paradox revisited: A multidimensional perspective*. Norsk Epidemiologi, 2012. **22**(2): p. 187-195.
22. Nihtilä, E.K., et al., *Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people*. European journal of public health, 2008. **18**(1): p. 77-84.
23. Støren, K.S. and S. Grimstad, *Eldres representativitet i webundersøkelser. En analyse av eldres frafall og representativitet i Livskvalitetsundersøkelsen*. 2023.
24. Kirkøyen, B., *Trends of mental health problems in the Norwegian adult population (under arbeid)*. 2025.

25. Kirkøy, B., et al., *The Ability of the Hopkins Symptom Checklist-5 to Identify Generalized Anxiety Disorder and Major Depressive Disorder in the General Population*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2025. **22**(5): p. 698.
26. Torvik, F.A., et al., *Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2018. **137**(1): p. 54-64.
27. Hellevik, O. *Lave svarprosenter fører ikke nødvendigvis til skjeve resultater*. 2016; Available from: <https://www.forskning.no/statistikk-innvandring-kronikk/kronikk-lave-svarprosenter-forer-ikke-nodvendigvis-til-skjeve-resultater/1167716>.
28. Knapstad, M., et al., *Livskvalitet, subjektiv helse, sosiale relasjoner og funksjonsnivå blant eldre i Bergen 2024 En digital og postal spørreskjemaundersøkelse*. 2025, Folkehelseinstituttet.
29. Strand, B.H., et al., *Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36)*. Nordic Journal of Psychiatry, 2003. **57**(2): p. 113-118.
30. GjØra, L., et al., *Current and future prevalence estimates of mild cognitive impairment, dementia, and its subtypes in a population-based sample of people 70 years and older in Norway: the HUNT study*. Journal of Alzheimer's Disease, 2021. **79**(3): p. 1213-1226.
31. Strand, B.H., *Prevalens av demens i Trøndelag. Tall fra HUNT4 70+. Standardisert for år 2019 etter alder, kjønn og utdanning for norske populasjon 70+. Data fra GjØra et al 2021, laget til Alzheimer-Europe på forespørsel*. 2025.
32. Statistisk sentralbyrå, *Livskvalitetsundersøkelsen 2021 (Versjon 2) [Datasett]. Sikt - Kunnskapssektorens tjenesteleverandør*. <https://doi.org/10.18712/NSD-NSD2995-V2>. 2023.
33. SSB. *Helseforhold, levekårsundersøkelsen. Symptomer på helseproblemer og medisinbruk, etter kjønn og alder*. 2020 [cited 2025 05.05]; Available from: <https://www.ssb.no/statbank/table/04432/>.
34. Knapstad, M., et al., *FolkehelseundersØkinga i Vestland 2022: Framgangsmåte og utvalgte resultat*. 2022, Folkehelseinstituttet: Oslo.
35. Kennair, L.E.O., et al., *Depression, anxiety, insomnia, and quality of life in a representative community sample of older adults living at home*. Frontiers in psychology, 2022. **13**: p. 811082.
36. Knapstad, M., et al., *FolkehelseundersØkingen i Rogaland 2023: Framgangsmåte og utvalgte resultater*. 2024, Folkehelseinstituttet: Oslo.
37. Knapstad, M., et al., *FolkehelseundersØkingen i Agder 2023: Framgangsmåte og utvalgte resultater*. 2023, Folkehelseinstituttet: Oslo.
38. Veda, Ø., et al., *FolkehelseundersØkingen i Oslo 2024: Framgangsmåte og utvalgte resultater*. 2025, Folkehelseinstituttet: Oslo.
39. Leino, T.M., et al., *FolkehelseundersØkingen i Innlandet 2023: Framgangsmåte og utvalgte resultat. Rapport 2023*. 2023.
40. Martinsen, E.M., et al., *Secular and longitudinal trends in mental distress among older adults aged 60-84 years in Norway: The TromsØ Study 2001-2016*. Journal of Affective Disorders, 2025 (under arbeid).
41. Potrebny, T., et al., *Secular trends in mental health problems among young people in Norway: a review and meta-analysis*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2025. **34**(1): p. 69-81.
42. GrØnli, O.K., et al., *Depressive symptoms in the general population: The 7th TromsØ Study*. Journal of Affective Disorders Reports, 2022. **8**: p. 100322.
43. Barca, M.L., et al., *Depression among older adults in Norway 1995–2019: Time trends, correlates, and future projections in a population study: The HUNT study*. PloS one, 2025. **20**(7): p. e0328413.
44. Zenebe, Y., et al., *Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis*. Annals of general psychiatry, 2021. **20**(1): p. 55.

45. Abdoli, N., et al., *The global prevalence of major depressive disorder (MDD) among the elderly: A systematic review and meta-analysis*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2022. **132**: p. 1067-1073.
46. Hansen, T. and M. Blekesaune, *The age and well-being "paradox": a longitudinal and multidimensional reconsideration*. European Journal of Ageing, 2022. **19**(4): p. 1277-1286.
47. FHI. *Selvmed i Norge*. 2025; Available from: <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/selvmed-i-norge/>.
48. Hansen, T. and B. Slagvold, *The East-West divide in late-life depression in Europe*. Scandinavian Psychologist, 2017. **4**: p. e4.
49. Skjellegrind, H., et al., *Rapport eldrehelse HUNT4 70+*. Verdal kommune. Levanger/Tønsberg: Hunt forskningssenter og Aldring og helse, 2021.
50. Krokstad, S., et al., *Divergent decennial trends in mental health according to age reveal poorer mental health for young people: repeated cross-sectional population-based surveys from the HUNT Study, Norway*. BMJ open, 2022. **12**(5): p. e057654.
51. Bramness, J.G., et al., *The epidemiology of major depression among adults in Norway: an observational study on the concurrence between population surveys and registry data—a NCDNOR project*. BMC public health, 2024. **24**(1): p. 1330.
52. Shafiee, A., et al., *Global prevalence of anxiety symptoms and its associated factors in older adults: A systematic review and meta-analysis*. Journal of general and family medicine, 2025. **26**(2): p. 116-127.
53. Roness, A., A. Mykletun, and A. Dahl, *Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression*. Acta psychiatrica scandinavica, 2005. **111**(1): p. 51-58.
54. Vollset, S.E., et al., *Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022–2050: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021*. The Lancet, 2024. **403**(10440): p. 2204-2256.
55. Gustavson, K., et al., *Prevalence and stability of mental disorders among young adults: findings from a longitudinal study*. BMC psychiatry, 2018. **18**(1): p. 65.
56. SSB. *Undersøkelsen om tobakk- og rusmiddelbruk i Norge*. 2025; Available from: <https://www.ssb.no/helse/undersokelsen-om-tobakk-og-rusmiddelbruk-i-norge>.
57. Anderson, P., E. Scafato, and L. Galluzzo, *Alcohol and older people from a public health perspective*. Annali dell'Istituto superiore di sanita, 2012. **48**: p. 232-247.
58. Rohde, N., et al., *Estimating the mental health effects of social isolation*. Applied research in quality of life, 2016. **11**(3): p. 853-869.
59. Hawkey, L.C., et al., *Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults*. Psychology and Aging, 2010. **25**(1): p. 132.
60. Cacioppo, J.T., et al., *Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses*. Psychology and Aging, 2006. **21**(1): p. 140-151.
61. Steptoe, A., et al., *Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 2013. **110**(15): p. 5797-5801.
62. Cacioppo, J.T. and W. Patrick, *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. 2008: WW Norton & Company.
63. St. Meld 19, *Folkehelsemeldinga-Gode liv i eit trygt samfunn*. 2018-2019.
64. Hansen, T., et al., *En systematisk gjennomgang av studier på effekter av digitale tiltak for å redusere ensomhet og sosial isolasjon*. 2024, FHI: Oslo.
65. Hansen, T., et al., *En systematisk gjennomgang av oversiktsartikler på effekter av tiltak for å redusere ensomhet og sosial isolasjon (2017-2022)*. 2023, FHI: Oslo.
66. von Soest, T., et al., *Development of loneliness in midlife and old age: Its nature and correlates*. Journal of Personality and Social Psychology, 2018.
67. Hansen, T. and B. Slagvold, *Late-Life Loneliness in 11 European Countries: Results from the Generations and Gender Survey*. Social Indicators Research, 2016. **129**(1): p. 445-464.

68. Barstad, A., *Blir vi stadig mer ensomme*. SSB-analyse. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-ogkriminalitet/artikler-og-publikasjoner/blir-vi-stadig-mer-ensomme>, 2021.
69. Aunsmo, R.H., et al., *Time trends in loneliness from 1984 to 2019 among 27,032 older adults in Norway: A HUNT study*. 2023.
70. Haugland, I. and H.B. Dalen. *Seniorer er mindre ensomme enn andre*. 2024; Available from: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekars/artikler/seniorer-er-mindre-ensomme-enn-andre>.
71. Dalen, H.B., M.S. Oppøyen, and S. Grimstad, *Levekårsundersøkelsen 2022. Dokumentasjonsnotat*. 2022.
72. Nes, R.B., et al., *Fra nord til sør: Livskvalitet i Norge 2019*. 2020, Folkehelseinstituttet: Oslo.
73. Vedaa, Ø., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. 2024, Folkehelseinstituttet: Oslo.
74. Knuutila, M.T., et al., *Changes in prevalence of loneliness among home-dwelling older adults over three decades and associated factors*. *Experimental Gerontology*, 2025: p. 112790.
75. omsorgsdepartementet, H.-o., *Nasjonal livskvalitetsstrategi. Fra måling til politikkutforming 2024-2030*. 2025.
76. Eurostat. *Life satisfaction by age*. 2025; Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
77. Helliwell, J.F., et al., *World happiness report 2025*. 2025.
78. Hellevik, O. and T. Hellevik, *Hvorfor ser færre unge lyst på livet? Utviklingen for opplevd livskvalitet blant ungdom og yngre voksne i Norge*. *Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning*, 2021(2): p. 104-128.
79. SSBs statistikkbank. *Livskvalitet*. 2025; Available from: <https://www.ssb.no/statbank/list/livskvalitet>.
80. FHI. *Livskvalitet*. 2025; Available from: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelseerapporten/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=>.
81. Dalen, H.B. and S. Grimstad. *Levekårsundersøkelsen 2024. Dokumentasjonsnotat*. 2024; Available from: <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/idrett-og-friluftsliv/artikler/levekarsundersokelsen-2024>.
82. HUNT. *Livskvalitet*. 2025; Available from: https://trondelagitall.no/artikler/helsetilstand?utm_source=chatgpt.com#livskvalitet.
83. Støren, K.S. and E. Rønning, *Livskvalitet i Norge 2021*, in *Livskvalitet i Norge 2021*. 2021, Oslo: Statistisk sentralbyrå.
84. Langhammer, A., et al., *The HUNT study: participation is associated with survival and depends on socioeconomic status, diseases and symptoms*. *BMC medical research methodology*, 2012. **12**: p. 1-14.
85. Hansen, V., B.K. Jacobsen, and E. Arnesen, *Prevalence of serious psychiatric morbidity in attenders and nonattenders to a health survey of a general population: the Tromsø Health Study*. *American Journal of Epidemiology*, 2001. **154**(10): p. 891-894.
86. Fossanger, S.F., *Seniorer i Norge 2024: hvem er de og hvordan går det med dem?*, in *Seniorer i Norge 2024: hvem er de og hvordan går det med dem?* 2025, Statistisk sentralbyrå: Oslo.
87. Støren, K., *Hvor fornøyde er vi med livet i Norge*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/sosialeforhold-og-kriminalitet/levekars/statistikk/livskvalitet/artikler-om-livskvalitet/hvor-fornoyde-er-vi-med-livet-i-norge>, 2023.
88. Holtrop, J.S., et al., *Understanding and applying the RE-AIM framework: clarifications and resources*. *Journal of clinical and translational science*, 2021. **5**(1): p. e126.