

# IPS-Arbetscoacher

GHQ12 - Självsfattad psykisk hälsa och  
hälsorelaterad livskvalitet

Uppföljning av projektdeltagare

Inna Feldman  
Hälsoekonom, PhD

**November 2016**

## Sammanfattning

General Health Questionnaire (GHQ12) enkäter används ofta inom arbetslivsforskningen för att mäta psykiskt välbefinnande. Inom projektet IPS-Arbetscoacher (tidigare ISAmverkan) har deltagarna besvarat GH12-frågor vid projektets start (baslinjemätning, T1) och vid tre uppföljningstillfällen, 6-12 månader efter det första mötet (T2), samt två år (T3) och tre år (T4) efter det första mötet. Syftet var att undersöka om projektet bidrar till förbättrad psykisk hälsa och hälsorelaterad livskvalitet. Resultaten visar att den självskattade psykiska hälsan hos projektdeltagarna vid baslinjemätning var låg och motsvarade ca 20 procent av totalbefolkningens genomsnitt. Däremot har den självskattade psykiska hälsan och hälsorelaterade livskvaliteten förbättrats under projektets gång och även i långsiktigt perspektiv (6-26 månader efter första möte). Genomsnittliga GHQ12-poäng har förbättrats hos projektdeltagarna och förbättringarna hos kvinnorna var mer stabila över tid än för männen.

De största förbättringarna observeras i form av ökad förmåga att klara de dagliga problemen samt positiv utveckling av självförtroende hos både männen och kvinnorna.

Hälsorelaterad livskvalitet har också förbättrats, från 0,66 till 0,68 och detta innebär påtagliga hälsovinster, ca 0,2 kvalitetsjusterade levnadsår (QALY).

Analyserna tyder på att projektet bidrar till förbättringar i psykisk hälsa och hälsorelaterad livskvalitet hos projektdeltagarna.

## Innehåll

Sammanfattning .....	1
Inledning.....	3
GHQ12 i projektet IPS-Arbetscoacher.....	3
Syfte .....	3
Metod .....	3
Dataunderlag .....	6
Projektdeltagare.....	7
Resultat.....	7
GHQ12 och hälsorelaterad livskvalitet - baslinjemätning .....	7
GHQ12 och hälsorelaterad livskvalitet – uppföljning och förändring över tid.....	10
Slutsats .....	14

## Inledning

Behovet av metoder och instrument för att studera olika arbetsförhållandens inverkan på psykiskt välbefinnande är stort. En genomgång av forskningen på hälsoområdet visar att en av de bäst prövade skalorna för att mäta psykiskt välbefinnande är General Health Questionnaire, GHQ. Formuläret presenterades första gången 1972 av Goldberg som ett instrument för screening av psykiatrisk störning<sup>1</sup>, men har senare visat sig användbar även vid mätning av psykiskt välbefinnande. General Health Questionnaire finns idag i ett antal versioner och är ett av de mer använda instrumenten i sitt slag.

I Sverige har General Health Questionnaire främst använts inom arbetslivsforskningen och då ofta i samband med studier av arbetslöshetens konsekvenser.

## GHQ12 i projektet IPS-Arbetscoacher

IPS-Arbetscoacher (tidigare ISAmverkan) är ett samarbete mellan Uppsala kommun Utbildnings- och arbetsmarknadsnämnden, Uppsala kommun Vård & bildning, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Landstinget i Uppsala län med stöd av Samordningsförbundet. Syftet med projektet är att ge ett individuellt stöd till arbetet med människor som har en psykisk funktionsnedsättning. Instrument GHQ12 används för att bedöma projektdeltagarnas psykiska välbefinnande och även undersöka om deras psykiska välbefinnande har förbättrats under projektets gång. Vidare analyseras projektets inverkan på psykisk hälsa i långsiktigt perspektiv, 2-3 år efter första mötet med projektdeltagare.

Vid första mötet får en projektdeltagare fylla i GHQ12-enkäten. Vid uppföljningstillfällena (ca 6-12 månader) efter det första mötet samt två respektive tre år efter det första mötet svarar deltagaren på GHQ12 – enkäten igen. Jämförelsen av utfall på GHQ12-poäng används för att bedöma förändringar i självskattad psykisk hälsa hos deltagarna.

## Syfte

Syftet med rapporten är att undersöka om deltagare i IPS-Arbetscoacher har förbättrat sin psykiska hälsa och hälsorelaterad livskvalitet. Specifika frågeställningar är:

- Hur ser självskattad psykisk hälsa och hälsorelaterad livskvalitet hos deltagarna ut vid projektets start?
- Har självskattad psykisk hälsa och hälsorelaterad livskvalitet förbättrats under projekts gång?
- Var effekterna varaktiga två år efter projektavslutningen?

## Metod

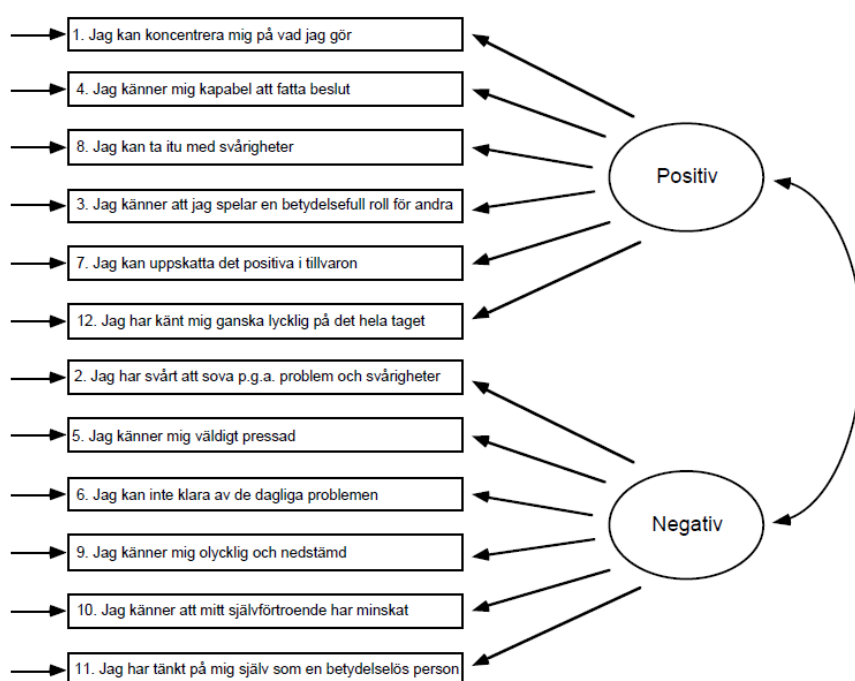
General Health Questionnaire, GHQ-12 mäter självskattad, generell psykologisk hälsa hos allmänheten. Skalan används inte för diagnostik av psykologisk ohälsa. Den består av 12 frågor och har visat god reliabilitet och validitet. General Health Questionnaire består till hälften av positiva och till hälften av negativa påståenden. I Tabell 1 är samtliga tolv påståenden i GHQ-12 utskrivna. Varje fråga besvaras på en verbal kategoriskala med fyra svarsalternativ: **Stämmer helt; Stämmer bra; Stämmer delvis; Stämmer inte alls**, och

poängsätts med 0, 0, 1, 1 vid positiv formulering och 1, 1, 0, 0 vid negativ formulering. Maxpoängen är då 12. Denna poängsättning används för att identifiera psykologisk ohälsa.<sup>1,2</sup>

Tabell 1. GHQ-12 i den svenska versionen såsom den använts i de aktuella undersökningarna. De positiva påståendena markeras med gult

1. Jag kan koncentrera mig på vad jag gör
2. Jag har svårt att sova på grund av problem och svårigheter
3. Jag känner att jag spelar en betydelsefull roll för andra
4. Jag känner mig kapabel att fatta beslut
5. Jag känner mig väldigt pressad
6. Jag kan inte klara av de dagliga problemen
7. Jag kan uppskatta det positiva i tillvaron
8. Jag kan ta itu med svårigheter
9. Jag känner mig olycklig och nedstämd
10. Jag har känt att mitt självförtroende har minskat
11. Jag har tänkt på mig själv som en betydelselös person
12. Jag har känt mig ganska lycklig på det hela taget

Gruppering av GHQ12 positiva och negativa påståenden presenteras i figur 1. I figur 2 presenteras ytterligare indelning av påståenden som ger en nyanserad bild av psykiskt välbefinnande i olika dimensioner, så som **Koncentration, Lycka, Ångest och Självförtroende**<sup>3</sup>.

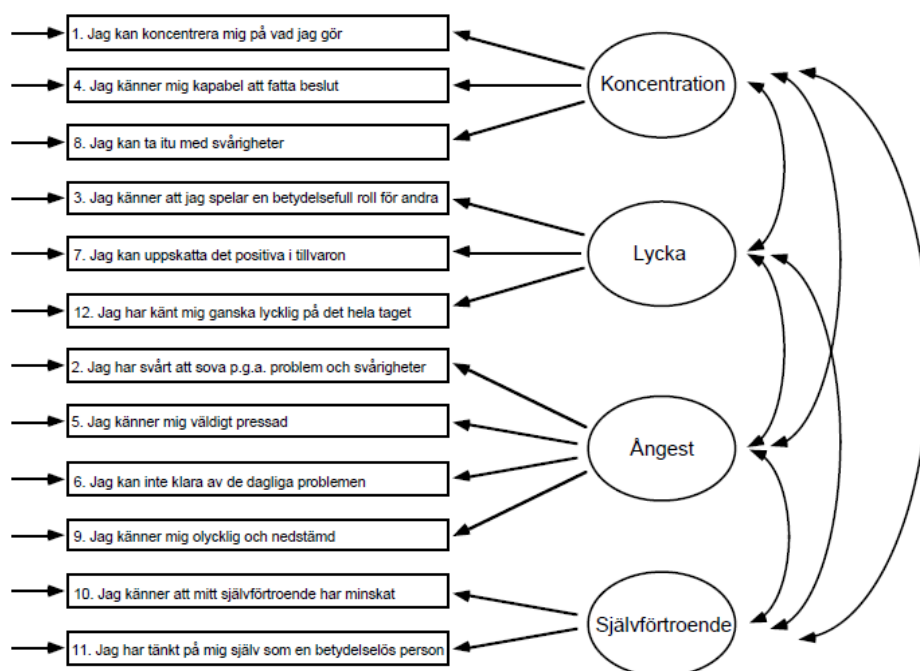


Figur 1. Gruppering av GHQ12-påståenden, negativa och positiva.

<sup>1</sup> Goldberg DP. Manual of the General Health Questionnaire. London: NFER, 1978.

<sup>2</sup> Vieweg, BW, Hedlund, JL (1983). The General Health Questionnaire (GHQ): A comprehensive review. Journal of Operational Psychiatry, 14 (2), 74-81.

<sup>3</sup> Sconfienza C. Mätning av psykiskt välbefinnande bland ungdomar i Sverige. Arbeta och hälsa, 1998:22. Arbetslivsinstitutet



Figur 2. Gruppering av GHQ12-påstående i olika dimensioner.

Enligt poängsättningen för varje påstående (0, 0, 1, 1 vid positiv formulering och 1, 1, 0, 0 vid negativ formulering) och efter beräkning av den totala poängen (min=0 och max= 12) har projektdeltagarna delats upp i tre grupper:

- 0-2 poäng: Inga psykiska problem
- 3-7 poäng: Måttliga psykiska problem
- 8-12 poäng: Svåra psykiska problem

GHQ12 kan också användas för att skatta hälsorelaterad livskvalitet. Begreppet livskvalitet kan ha många olika innebörder och någon allmängiltig definition finns inte. Begreppet hälsorelaterad livskvalitet används ofta för att visa hur hälsostatus, till exempel sjukdom eller funktionsnedsättning, påverkar livskvaliteten. Gemensamt för behandling, befolkningsstudier och samhällsinsatser är att hälsorelaterad livskvalitet kan vara ett relevant mått. Direkta mätmetoder för att undersöka hälsorelaterad livskvalitet är ofta komplexa och svåra att använda. Därför har flera relativt enkla instrument i form av frågeformulär blivit allt vanligare. Ett av de vanligaste är EuroQol eller EQ-5D. EQ-5D utvecklades med syfte att ta fram ett mycket enkelt frågeformulär som skulle ge underlag för att beskriva individens hälsa i en siffra (indexvärde). EQ-5D beskriver hälsa i fem dimensioner och i tre allvarlighetsgrader. Värderingen av allvarlighetsgraden i de fem dimensionerna uttrycks som ett samlat indexvärde eller livskvalitetsvikt. Livskvalitet kan varieras mellan 1 och 0. Har en individ inga problem och är fullt frisk så är livskvalitetsvikten 1,000 d.v.s. har svarat på det första svarsalternativet för varje dimension (11111). Vid något eller några problem sjunker vikten med motsvarande värde på koefficienten beroende på dimension och grad. Exempelvis, en individ med hälsotillståndet 11122 har en livskvalitetsvikt ( $EQ-5D_{index}$ ) på 0,725

Både GHQ12 och EQ-5D ingår i befolkningsenkäten ”Liv och Hälsa 2012”. Därför är det möjligt att sätta upp korsreferenser mellan GHQ12-poäng och EQ-5D<sub>index</sub>. Korsreferenserna redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Korsreferenser mellan GHQ12-poäng och EQ-5D<sub>index</sub>. Beräknat från befolkningsenkäten ”Liv och Hälsa 2012.

GHQ12-poäng	EQ-5D <sub>index</sub>
0	,8540
1	,7701
2	,7408
3	,6884
4	,6851
5	,6254
6	,6302
7	,6365
8	,6053
9	,5372
10	,5742
11	,4311
12	,4296

### Dataunderlag

Det var tre uppföljningstillfällen:

T2, vid 6-12 månader efter baslinjemätning

T3, vid 18-24 månader efter baslinjemätning

T4, vid 22-36 månader efter baslinjemätning

I tabell 4 presenteras antal respondenter och bortfall vid respektive mättillfällen.

Mättillfälle	Kvinnor	Män	Total	Bortfall (%)
T1, baslinje	34	27	62	
T2, 6-12 mån	15	20	36	40 %
T3, 18-24 mån	12	10	23	60 %
T4, 39-36 mån	3	6	9	85 %

Vid den andra uppföljningstillfälle, T3, fanns mindre än hälften respondenter kvar, bara 40 %. Vid den sista uppföljningstillfälle, T4, fanns bara nio respondenter kvar, 9 % av den ursprungliga gruppen.

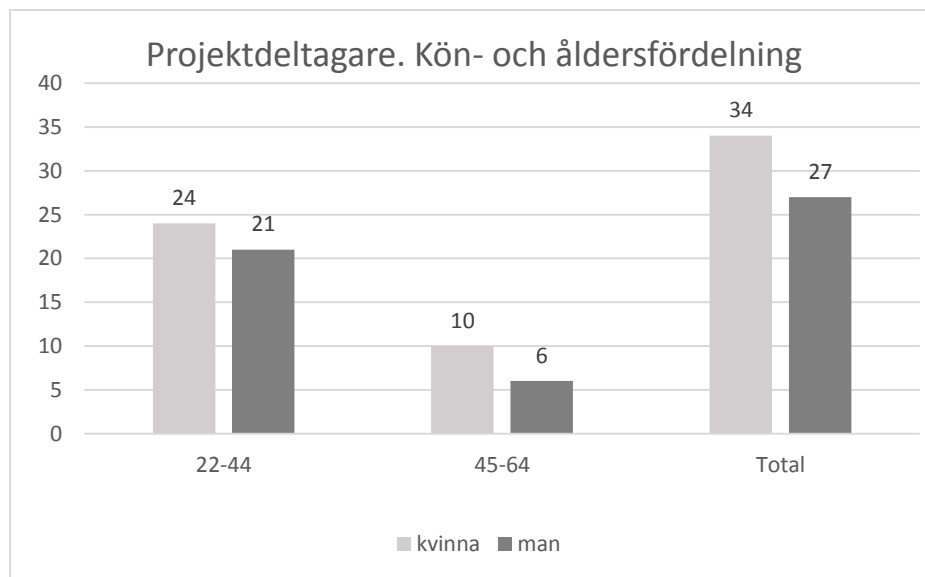
Eftersom det saknades ID – nummer vid uppföljningstillfälle var det omöjligt att koppla uppföljningssvar till unika respondenter. För att eliminera bortfallets påverkan på resultaten

användes en imputeringsteknik som kallas ”Multiple imputations”<sup>4</sup>. Tekniken kan hjälpa till att minska bortfall när det inte överstiger 60-65 %. Därför användes imputeringen för data vid T2 och T3. Uppföljningstillfälle T4 har valts bort eftersom bortfallet var stort, 85 %.

### Projektdeltagare

Baslinjeanalyserna baseras på 62 deltagare, 34 kvinnor och 27 män. En av deltagarna ville inte definiera kön. De flesta projektdeltagarna är mellan 22 och 44 år. Männerna är i genomsnitt yngre än kvinnorna.

Kön- och åldersfördelning för projektdeltagare presenteras i figur 3.



Figur 3. Projektdeltagare. Ålders- och könsfördelning

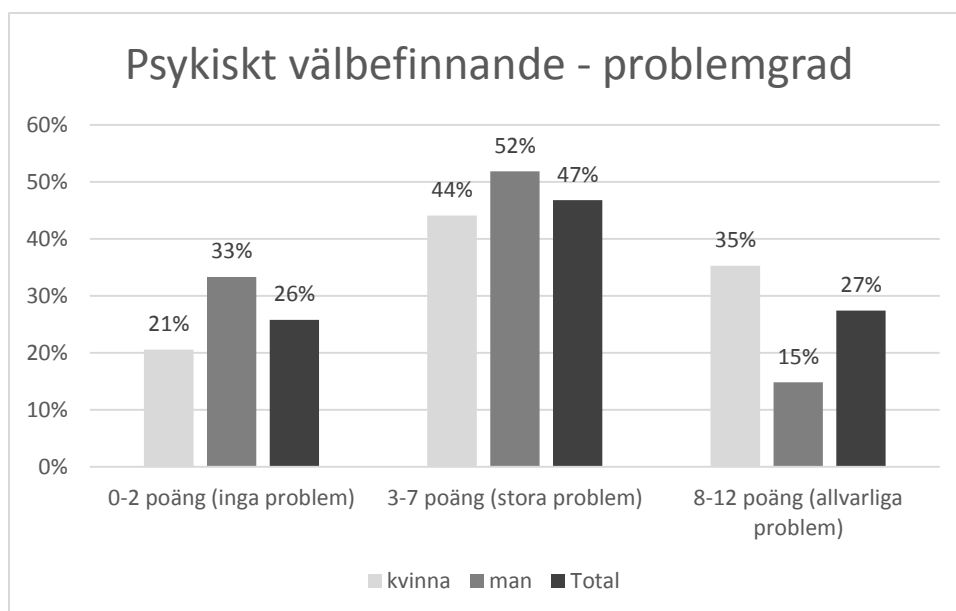
## Resultat

### GHQ12 och hälsorelaterad livskvalitet - baslinjemätning

Som framgår av figur 4 hade 21 procent av kvinnorna och 33 procent av männen inga psykiska problem. Däremot hade ca 79 procent av kvinnorna och 67 procent av männen nedsatt psykiskt välbefinnande. En tredje del av kvinnorna och 15 % av männen hade allvarliga psykiska problem.

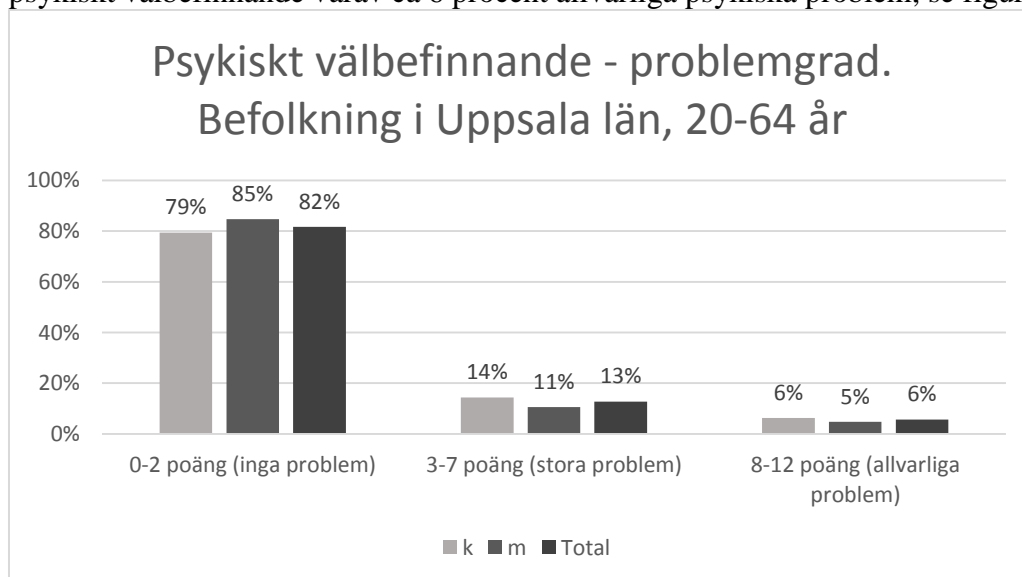
<sup>4</sup> Rubin DB. Multiple imputation for nonresponse in surveys. New York: Wiley; 1987.





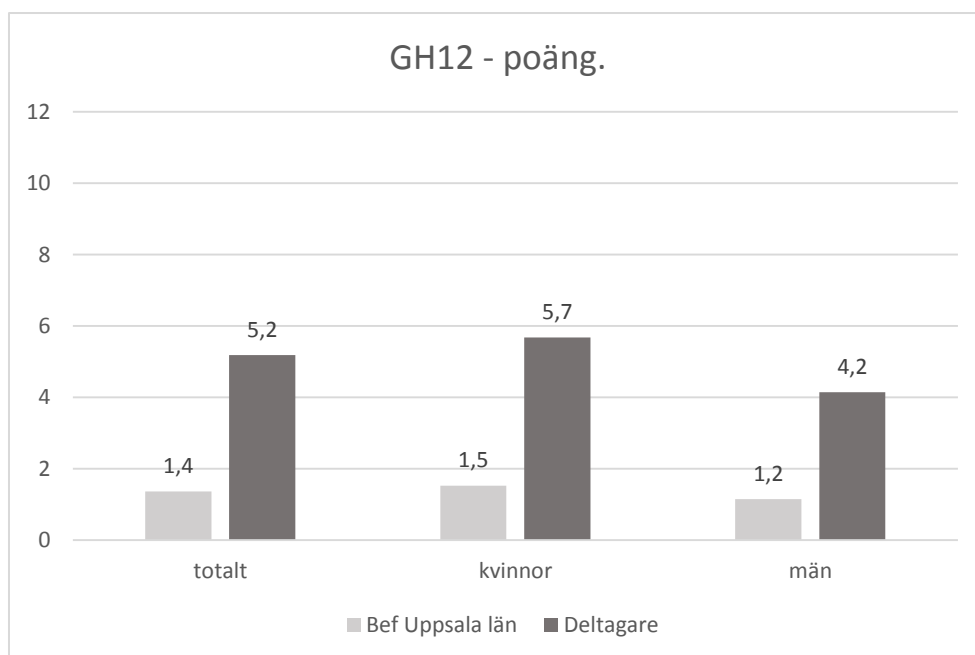
Figur 4. Projektdeltagare. Problemgrad av psykiskt välbefinnande vid baslinjemätning.

För att få en uppfattning om förekomsten av psykiska problem hos projektdeltagarna har befolkningen i Uppsala län studerats (Data från befolkningsenkät Liv och Hälsa 2012, Landstinget i Uppsala län). Bland befolkningen i åldern 20-64 år har bara 20 procent nedsatt psykiskt välbefinnande varav ca 6 procent allvarliga psykiska problem, se figur 5.



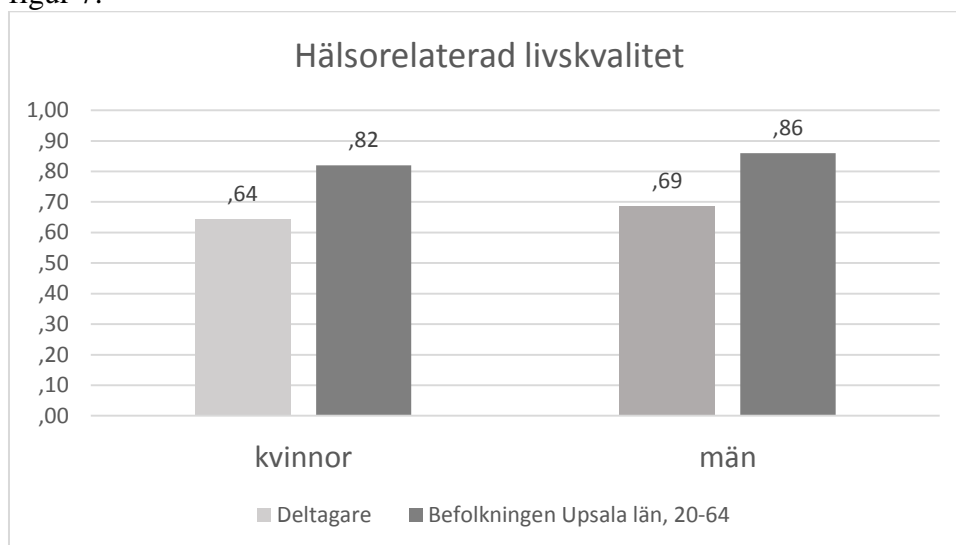
Figur 5. Befolkning i Uppsala län Problemgrad av psykiskt välbefinnande. Data från ”Liv och Hälsa 2012”.

Genomsnittliga GH12-poäng har beräknats. Större värde betyder högre förekomst av psykiska problem. Hos projektdeltagarna är det genomsnittliga poängvärdet nästan fyra gånger högre än hos befolkningen i Uppsala län, 5,2 jämfört med 1,4. Kvinnor visar högre nivå av nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med männen, se figur 6.



Figur 6. Genomsnittliga GH12-poäng. Projektdeltagare och befolkning i Uppsala län

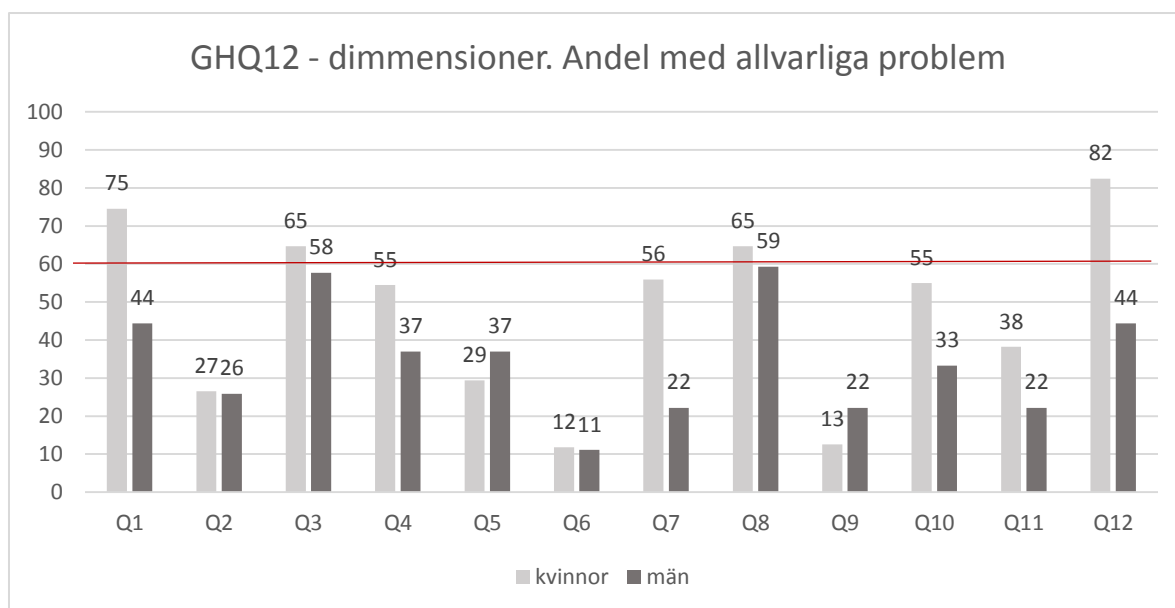
Hälsorelaterad livskvalitet har beräknats för deltagarna. Männerna har högre hälsorelaterad livskvalitet än kvinnorna, 0,69 jämfört med 0,64. Jämförelse med befolkningen presenteras i figur 7.



Figur 7. Hälsorelaterad livskvalitet. Projektdeltagare och befolkning i Uppsala län.

Jämförelserna visar att projektdeltagarna avviker i mycket hög grad från befolkningen vad det gäller nedsatt psykiskt välbefinnande och hälsorelaterad livskvalitet.

Analys av olika dimensioner av GHQ12 visar att en stor del av kvinnorna (mer än 60 procent) har problem med koncentration (Q1 och Q8) och lycka (Q3 och Q12). En stor del av männen (nästan 60 procent) har också problem med koncentration (Q8) och lycka (Q3). Samanställning presenteras i figur 8 och tabell 3.



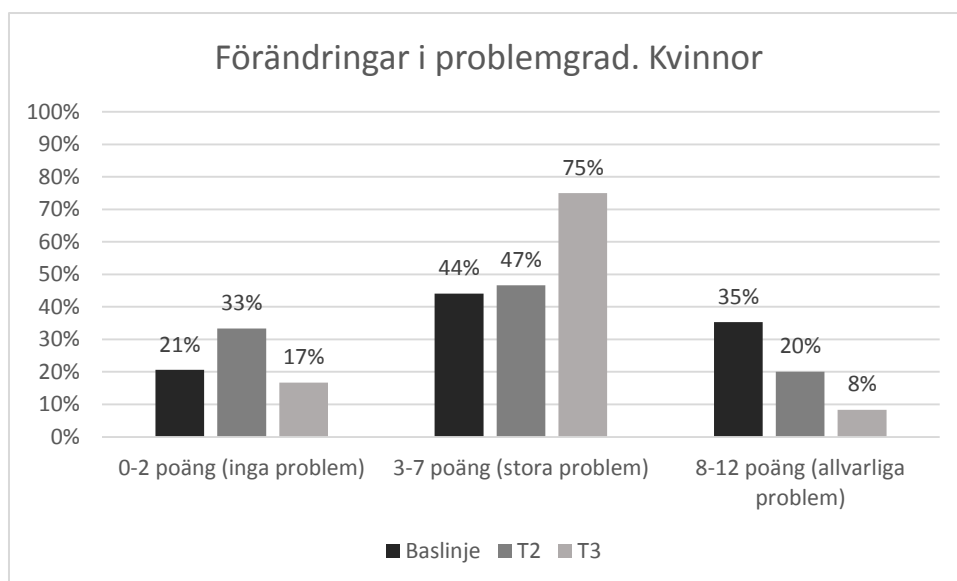
Figur 8. Distribution av allvarliga problem i olika dimensioner. Baslinjemätning.

Tabell 3. Förekomst av allvarliga problem i olika dimensioner. Dimensioner med mer än 60 procent förekomst hos deltagarna markeras med .

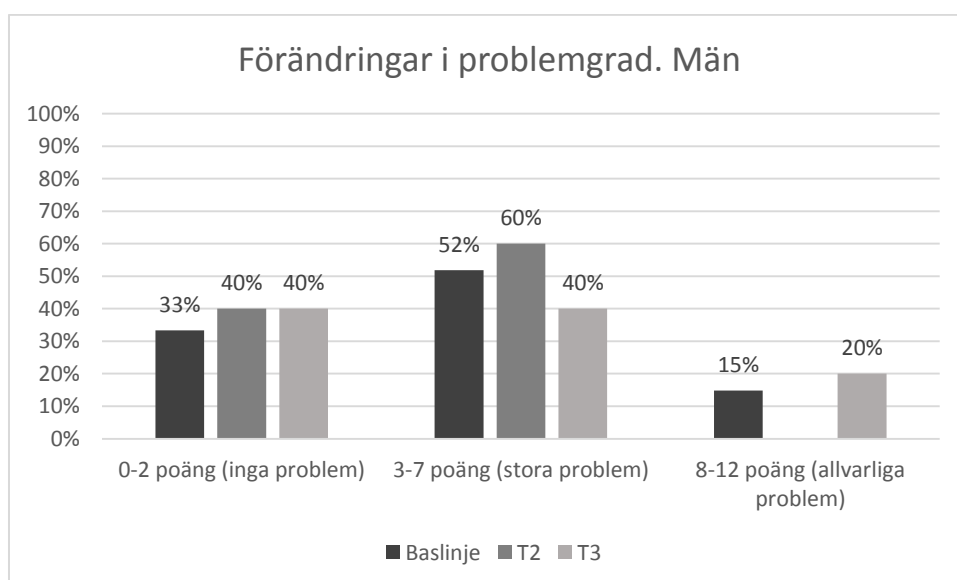
Dimension	k	m
1. Jag kan koncentrera mig på vad jag gör		
2. Jag har svårt att sova på grund av problem och svårigheter		
3. Jag känner att jag spelar en betydelsefull roll för andra		
4. Jag känner mig kapabel att fatta beslut		
5. Jag känner mig väldigt pressad		
6. Jag kan inte klara av de dagliga problemen		
7. Jag kan uppskatta det positiva i tillvaron		
8. Jag kan ta itu med svårigheter		
9. Jag känner mig olycklig och nedstämd		
10. Jag har känt att mitt självförtroende har minskat		
11. Jag har tänkt på mig själv som en betydelselös person		
12. Jag har känt mig ganska lycklig på det hela taget		

### GHQ12 och hälsorelaterad livskvalitet – uppföljning och förändring över tid

Andelen kvinnor som rapporterar allvarliga psykiska problem har minskat från 35 till 8 procent men andelen med stora problem har ökat, från 44 till 75 procent, se figur 9. Det finns inga män som rapporterar stor grad av psykiska problem vid uppföljningstillfälle T2, andelen minskar från 25 procent till noll. Däremot har andelen män med allvarliga psykiska problem ökat igen vid uppföljningstillfälle T3, till 20 %. Samtidigt minskar andelen män med stora problem från 52 till 40 procent och andelen utan psykiska problem ökar från 33 till 40 procent, se figur 10.

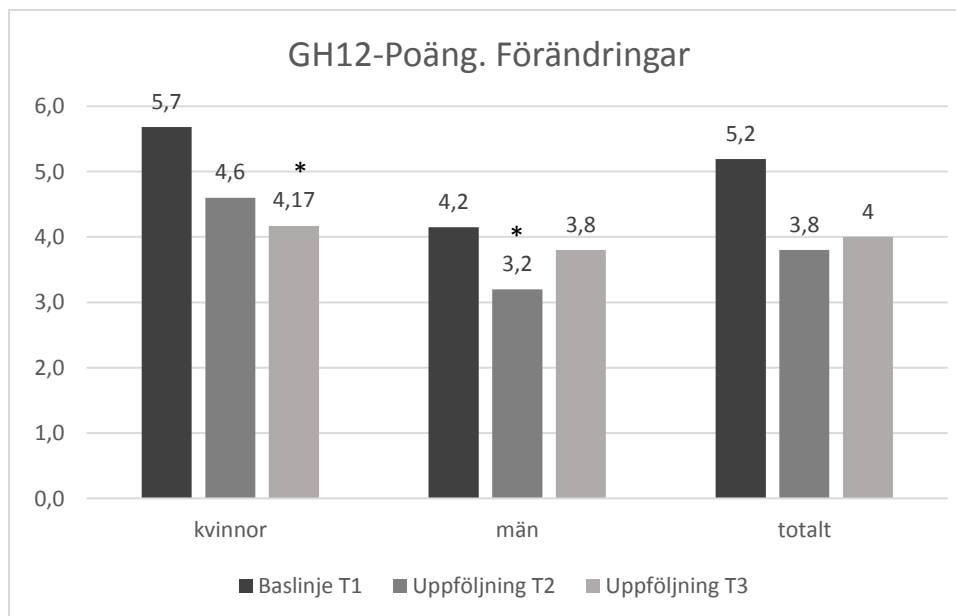


Figur 9. Förändringar i problemgrad vid uppföljningen. Kvinnor.



Figur 10. Förändringar i problemgrad vid uppföljningen. Män.

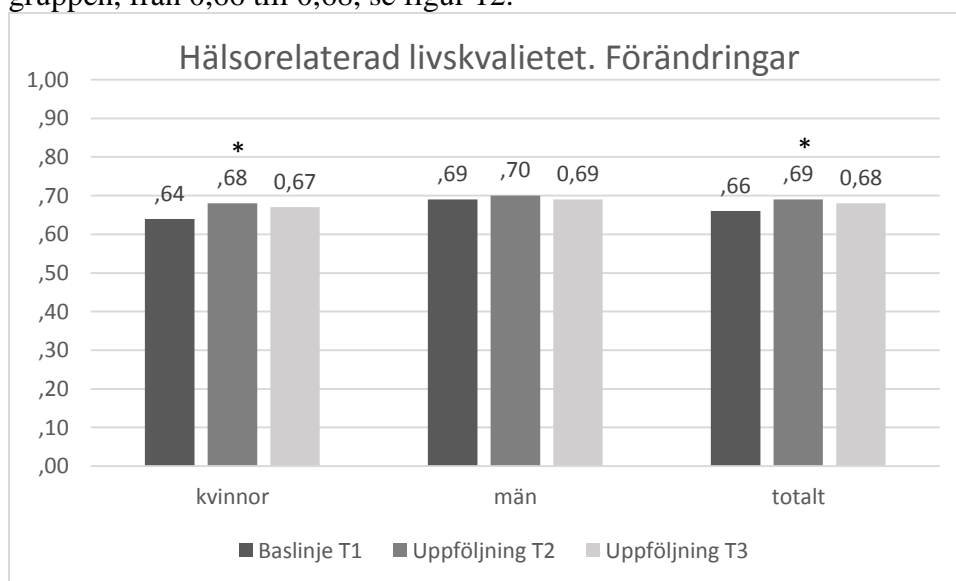
Genomsnittliga GH12-poäng har förbättrats hos både kvinnor och män, se figur 11. Observera dock att förbättringarna hos männen är påtagliga och statistiskt signifikanta vid uppföljningstillfälle T2, från 4,2 vid baslinjemätningen till 3,2 men har relativt försämrats vid uppföljningstillfälle T3. Hos kvinnorna är förbättringarna stabila över tid, från 5,7 vid baslinjemätning T1 till 4,17 vid uppföljningstillfälle T3. Förekomst av psykisk ohälsa är fortfarande högre bland projektdeltagare jämfört med befolkningen men förbättringarna är påtagliga. Dessa förbättringar bidrar även till att den totala genomsnittliga poängen för deltagare har förbättrats, från 5,2 till 4 under uppföljningsperioden.



Figur 11. Förändringar i genomsnittliga poäng vid uppföljningen.

\* - signifikanta resultat.



Hälsorelaterad livskvalitet har också förbättrats, marginellt hos männen och signifikant hos kvinnorna. Den har ökat från 0,64 till 0,67 och detta innebär påtagliga hälsovinster, ca 0,3 kvalitetsjusterade levnadsår (QALY). Hälsorelaterad livskvalitet har förbättrats för hela gruppen, från 0,66 till 0,68, se figur 12.



















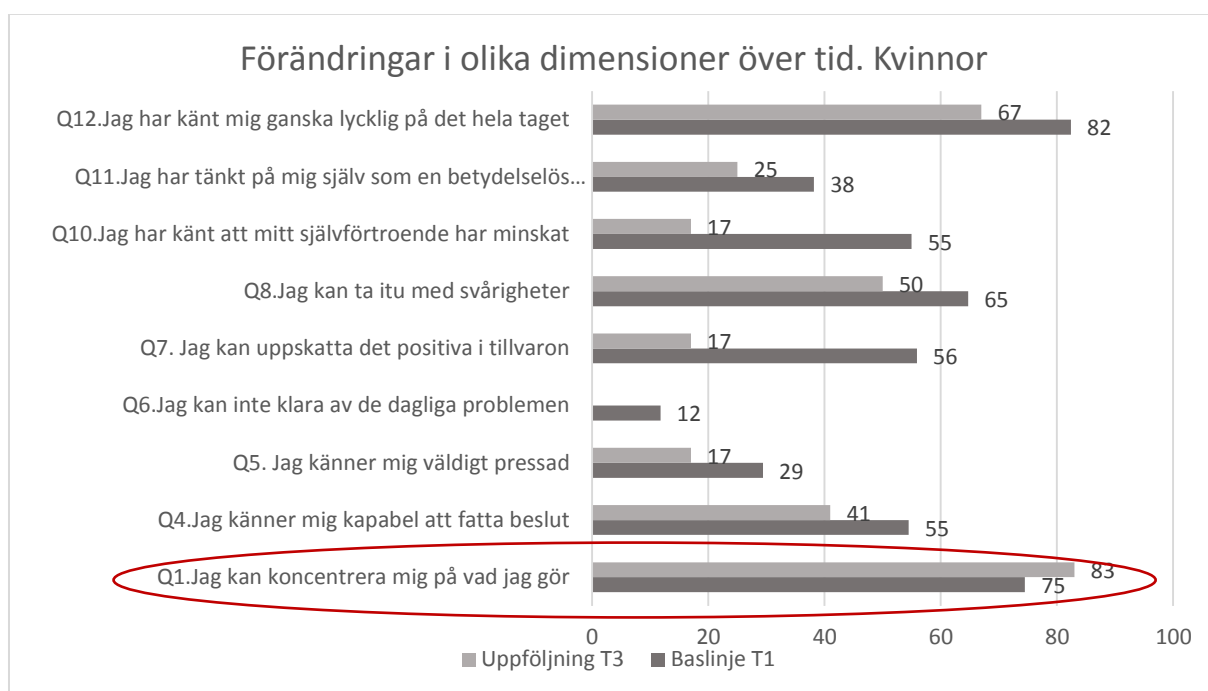
Figur 12. Förändringar i hälsorelaterad livskvalitet vid uppföljningen.

\* - signifikanta resultat.

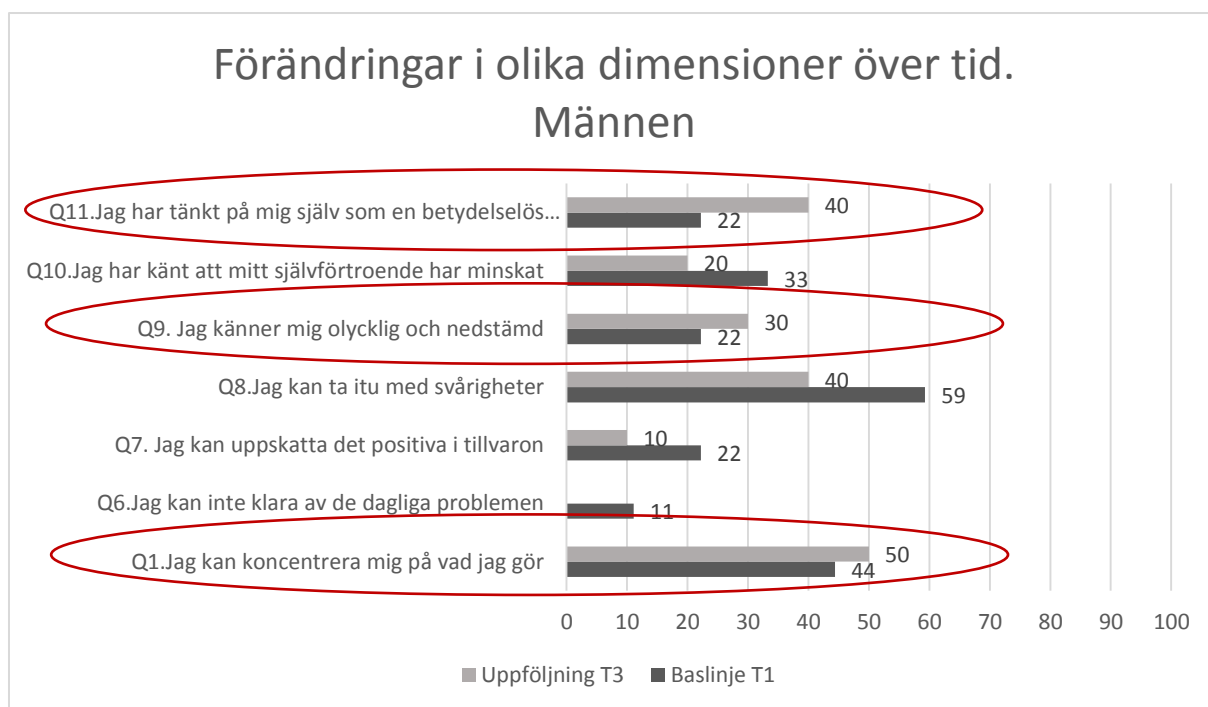
Analyserna av förändringar i olika dimensioner av GHQ12 visar att signifikanta förbättringar hos kvinnorna observerades i åtta dimensioner, lycka (Q7 och Q12), koncentration (Q4 och Q8), ångest (Q5 och Q6) samt självförtroende (Q10 och Q11). Däremot visar männen signifikanta förbättringar i fyra dimensioner: Lycka (Q7), koncentration (Q8), ångest (Q6) och självförtroende (Q10) och samtidigt försämringar i de övriga dimensionerna. Samanställning presenteras i tabell 4 och figurer 13 och 14. Röda linjer markerar negativa förändringar.

Tabell 4. Signifikanta förbättringar i GHQ12-dimensioner markeras med  och försämringar med .

Dimension	k	m
1. Jag kan koncentrera mig på vad jag gör		
2. Jag har svårt att sova på grund av problem och svårigheter		
3. Jag känner att jag spelar en betydelsefull roll för andra		
4. Jag känner mig kapabel att fatta beslut		
5. Jag känner mig väldigt pressad		
6. Jag kan inte klara av de dagliga problemen		
7. Jag kan uppskatta det positiva i tillvaron		
8. Jag kan ta itu med svårigheter		
9. Jag känner mig olycklig och nedstämd		
10. Jag har känt att mitt självförtroende har minskat		
11. Jag har tänkt på mig själv som en betydelselös person		
12. Jag har känt mig ganska lycklig på det hela taget		



Figur 13. Förändringar i GHQ12-dimensioner vid över tid för kvinnor.



Figur 14. Förändringar i GHQ12-dimensioner vid över tid för män.

## Slutsats

- Den självskattade psykiska hälsan hos projektdeltagarna vid baslinjemätning var låg och motsvarar ca 20 procent av befolkningen
- Den självskattade psykiska hälsan och hälsorelaterade livskvaliteten har förbättrats under tiden. Vid första uppföljningstillfälle observerades signifikanta förbättringar bland männen. Däremot visade kvinnorna stabila positiva förbättringar under hela uppföljningsperioden (6-24 månader).
- De största förbättringarna observerades i en ökad förmåga att klara de dagliga problemen samt ökat självförtroende hos både männen och kvinnorna.
- Resultaten tyder på att projektet bidrar till förbättringar i psykisk hälsa och hälsorelaterad livskvalitet hos projektdeltagare.