

# SHC – et måleinstrument for subjektive helseplager

Camilla Ihlebæk

Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen

Hege R. Eriksen

Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen

Holger Ursin

Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen

*For bidrag til denne spalten, kontakt Ståle Pallesen (Stale.Pallesen@psysp.uib.no) eller Gro Mjeldheim Sandal (Gro.Sandal@psysp.uib.no). For fritt tilgjengelige tester og skalaer, se [www.nasjonalskalaregister.no](http://www.nasjonalskalaregister.no)*

Subjektive helseplager, som muskel- og skjelettplager, mage- og tarmplager, tretthet, svimmelhet og lette stemningsforandringer, er i dag den vanligste årsaken for å oppsøke lege (Rokstad, Straand & Sandvik, 1997). De er også hovedårsak til sykefravær og uføretrygd (Anderson, 1999; Rikstrygdeverket, 2003). Det finnes et stort antall subjektive lidelser uten kjente eller dokumenterte patofysiologiske forandringer. De dukker stadig opp under navn og diagnoser som jappesyken, kronisk tretthetssyndrom, matallergi, candida, fibromyalgi og utbrenthet. Syndromer som består av sammensatte subjektive plager og utmattelse er ikke noe nytt fenomen. Lidelsen hysteri fikk navn etter det greske ordet for livmor, og plagene ble tilknyttet til abnormaliteter i livmoren. I mer moderne tid finner vi årsaksforklaringer som jordmagnetisme, elektriske høyspentledninger, amalgamfyllinger, ulike mattyper, utbrenthet og stress.

I sin mest uttalte form kan subjektive helseplager klassifiseres som somatisering innen diagnosesystemet DSM-IV. Diagnosen somatiseringslidelser er definert som tilbakevendende, multiple og langvarige plager som inntreffer før pasienten er 30 år, og med uttalte plager fra minst fire ulike steder på kroppen. Kriteriene for den litt mindre strenge diagnosen udifferensierte somatoforme lidelser, er minst én fysisk plage som er mer uttalt enn forventet. Plagen må ha varighet utover seks måneder og føre til betydelig belastning og funksjonsnedsettelse. Det er imidlertid få som har så utbredte og langvarige plager at de kan klassifiseres som somatisering og somatoforme lidelser. Livstidsprevalens varierer mellom 0.2 til 2 % for kvinner og mindre enn 0.2 % for menn for disse diagnosene (American Psychiatric Association, 1994).

Somatisering og somatoforme lidelser utgjør altså bare toppen av isfjellet av subjektive plager. Det finnes ingen distinkt grenseverdi som kan skille mellom hva som er normale plager som man må forvente i løpet av et liv, og plager som trenger behandling. Hvordan slike plager blir oppfattet av den enkelte, og hvilke konsekvenser det får for funksjonsnivå og dagligliv, er influert av arbeidssituasjon, sosioøkonomiske forhold og mestring og andre psykologiske faktorer (Ihlebæk & Eriksen, 2003).

SHC (Subjective Health Complaints inventory) er et standardisert instrument som måler hele spekteret av subjektive helseplager. I skjemaet er det listet opp 29 vanlige somatiske og psykologiske helseplager, hvor grad av plage og varighet skal angis for de siste 30 døgn. Grad av plage skal gis ved en firepunkts-skala: 0 = ikke plaget, 1 = litt plaget, 2 = en del plaget og 3 = alvorlig plaget. De 29 enkelt plagene kan grupperes i fem subskalaer, basert på faktoranalyse av ca. 1200 personer (Eriksen, Ihlebæk & Ursin 1999):

- Muskel- og skjelettplager (hodepine og migrene og smerter i nakke, øverst i ryggen, korsryggen, armer, skuldre og føttene).
- Pseudonevrologi (hjertebank, ekstra hjerteslag, hetetokter, søvnproblemer, tretthet, svimmelhet, angst, depresjon)
- Gastrointestinale plager (sure oppstøt, halsbrann, sug eller svie i magen, magekatarr, magesår, mageknip, luftplager, diare, forstoppelse)
- Allergiske plager (astma, eksem, allergi, pustevansker og brystmerter)
- Forkjølelse (forkjølelse, influensa, hoste, bronkitt)

I tillegg er det vanlig å rapportere en total sumskår.

Fordelingen av subjektive helseplager vil som regel ikke vise en normal fordeling. I små utvalg vil median for enkeltplagene ofte være 0. Det kan derfor være hensiktsmessig å rapportere andel som skårer over 0 for enkeltplagene og subskalaene, samt gjennomsnitt for grad av plage hos disse (Eriksen et al., 1999).

## Norsk tilpasning

Skjema er utviklet i Norge for norske forhold, men er også benyttet i en rekke andre land. Forekomst av plager som rapporteres synes å være like mellom landene, men attribusjonsfaktorene ser ut til å variere (Eriksen, Hellesnes, Staff & Ursin, i trykk).

Subjektive helseplager er utbredt i normalbefolkningen. Rent statistisk kan man si at det er mer normalt å ha opplevd noen plager i løpet av en måned, enn ikke å ha opplevd noen plage i en eller annen grad. I en undersøkelse av et representativt utvalg av den norske befolkning hadde over 95 % opplevd subjektive helseplager i løpet av siste måned (Se Tabell 1).

Ca. 80 % rapporterte muskel- og skjelettplager, 65 % pseudonevrologiske plager, 60 % gastrointestinale plager, 34 % allergiske plager og 54 % forkjølelsesplager. Hos de som rapporterer subjektive helseplager siste måned, er det også vanlig å ha mer enn én plage. Bare 11 % av menn og 5 % av kvinner rapporterte bare én subjektiv helseplage i et utvalg på 1200 personer fra ulike yrkesgrupper (Eriksen et al., 1999). Kvinner har generelt flere og alvorligere plager enn menn, og eldre rapporterer generelt flere og alvorligere plager enn yngre (Eriksen, Svendsrød, Ursin & Ursin, 1999; Ihlebæk, Eriksen & Ursin, 2002).

## Reliabilitet

Intern konsistens på de fem subskalaene på SHC er testet ved Cronbachs alpha som gir et mål på gjennomsnittlig korrelasjon mellom enkeltplagene i en faktor. Cronbachs alpha verdiene for de ulike subskalaene er: muskel- og skjelettplager: kvinner (? = 0.77), menn (? = 0.63), pseudonevrologi: kvinner (? = 0.72), menn (? = 0.68), gastrointestinale plager: kvinner (? = 0.64), menn (? = 0.49), allergiske plager: kvinner (? = 0.56), menn (? = 0.65), og forkjølelse kvinner (? = 0.68), menn (? = 0.67) (Eriksen et al., 1999).

Test-retest ved bruk av SHC på ca. 100 studenter som ble testet med en måneds mellomrom, viste høye korrelasjoner mellom test-tidspunktene, med unntak av forkjølelse (Eriksen, Ollf & Ursin 1997): muskel- og skjelettplager:  $r = 0.55$ , pseudonevrologi:  $r = 0.78$ , gastrointestinale plager:  $r = 0.68$ , allergi:  $r = 0.85$  og forkjølelse:  $r = 0.20$ . Noen plager er kroniske og konsistente, men de fleste er kortvarige med ulik intensitet over tid. Det totale nivå på forekomst av plager i befolkningen ser ut til å holde seg

konstant over tid, noe som er interessant når man vet at det er en økning i sykefravær og uføretrygd på bakgrunn av slike plager (Ihlebak, 2002).

**Tabell 1. Prevalens av plager (skår over 0) i normalbefolkningen i Norge i 1996.**

	Total (n = 1240)		Menn (n = 580)		Kvinner (n = 660)	
SHC total	1049	96.3	481	95.2	568	97.3
<b>Muskel- og skjelettplager</b>	<b>999</b>	<b>80.6</b>	<b>442</b>	<b>76.2</b>	<b>557</b>	<b>84.4</b>
Hodepine	628	50.7	244	42.1	384	58.2
Nakkesmerter	470	37.9	170	29.3	300	45.5
Smerter øverst i ryggen	228	18.4	71	12.2	157	23.8
Smerter i korsryggen	494	39.8	204	35.2	290	43.9
Smerter i armer	291	23.5	102	17.6	189	28.6
Smerter i skuldre	395	38.4	138	28.3	257	47.6
Migrene	94	7.6	27	4.7	67	10.2
Smerter i føttene	215	21.9	84	18.4	131	25.0
<b>Pseudonevrolo</b>	<b>715</b>	<b>65.2</b>	<b>300</b>	<b>59.1</b>	<b>415</b>	<b>70.5</b>
Hjertebank	134	13.2	52	10.9	82	15.3
Hetetokter	93	8.5	23	4.5	70	11.9
Søvnproblemer	317	28.0	124	23.5	193	31.8
Tretthet	556	50.5	232	45.4	324	55.0
Svimmelhet	195	17.4	66	12.7	129	21.4
Angst	108	9.9	46	9.1	62	10.5
Nedtrykthet, depresjon	279	24.5	105	19.8	174	28.7
<b>Gastrointestina plager</b>	<b>620</b>	<b>59.8</b>	<b>289</b>	<b>57.7</b>	<b>331</b>	<b>61.8</b>
Sure oppstøt	257	25.1	130	26.2	127	24.2
Sug eller svie i magen	165	16.5	80	16.5	85	16.5
Magekatarr, magesår	43	4.2	21	4.2	22	4.1

	Total (n = 1240)		Menn (n = 580)		Kvinner (n = 660)	
Mageknip	207	19.7	76	15.3	131	23.6
'Luftplager'	358	34.5	160	32.1	198	36.8
Diare	242	21.2	118	21.9	124	20.6
Forstoppelse	92	8.4	21	4.1	71	12.0
<b>Allergi</b>	<b>354</b>	<b>33.9</b>	<b>155</b>	<b>30.8</b>	<b>199</b>	<b>36.9</b>
Astma	52	5.0	18	3.6	34	6.3
Pustevansker	83	8.3	32	6.6	51	9.9
Eksem	152	13.9	55	10.7	97	16.7
Allergier	131	11.6	37	7.1	94	15.6
Brystmerter	124	12.6	68	14.1	56	11.1
<b>Forkjølelse</b>	<b>559</b>	<b>54.0</b>	<b>263</b>	<b>53.0</b>	<b>296</b>	<b>54.8</b>
Forkjølelse, influensa	499	49.3	235	47.9	264	50.6
Hoste	213	23.7	94	22.1	119	25.1

## Validitet

Smarter og plager er subjektive og kan ikke måles objektivt. Den eneste måten man kan måle dem på er å spørre folk. Hvordan den enkelte opplever smerten eller plagen vil virke inn på hvilke konsekvenser plagen gir. SHC er, som navnet tilsier, basert på subjektive utsagn om opplevde plager, og vil per definisjon gi svar på det man er ute etter – nemlig hvor mye plager som er opplevd siste måned. Alvorlig grad av plager kan føre til sykmelding, og det er en korrelasjon mellom høye SHC-verdier og langvarig sykefravær (Tveito, Halvorsen, Lauvålien & Eriksen, 2002).

## Anvendelsesområde

Fordelen med SHC fremfor en rekke andre skjemaer som måler lignende fenomener, er at SHC er kort og enkelt å fylle ut, det måler plager fra mange organsystemer, i motsetning til for eksempel Nordic Questionnaire for Self-report of Musculoskeletal Pain (se Eriksen et al., 1999), og det tar ikke hensyn til diagnoser og attribuering. En annen fordel er at SHC også registrerer normale plager som ikke er alvorlige nok til å bli fanget opp av andre spørreskjemaer, som for eksempel Der Giessener Beschwerdebogen, som er utformet for å måle subjektive helseplager ved psykosomatiske tilstander og The General Health Questionnaire (GHQ) som måler psykiske lidelser (For oversikt og referanser se Eriksen et al., 1999).

SHC kan brukes i alle studier der man ønsker å få en rask og bred kartlegging av subjektive plager. Fordi man ikke spør etter hva informanten tror er årsak til plagen, får man anledning til å undersøke eventuelle sammenhenger mellom plagene man måler og risikofaktorer man ønsker å kartlegge. Ved å bruke SHC får man også mulighet til å sammenligne funn med et etter hvert svært omfattende materiale. SHC er benyttet i normalbefolkning i Norge og i de andre nordiske land

(Eriksen et al., 1999; Ihlebæk et al., 2002), i flere ulike yrkesgrupper og pasientgrupper (se Eriksen et al. 1999 for oversikt), og blir nå benyttet i en rekke andre land over hele verden.

## Tilgang

SHC kan fritt lastes ned fra Internett ([www.uib.no/insuhc/](http://www.uib.no/insuhc/)) eller fås ved henvendelse til Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, UiB. Spørreskjemaet finnes også tilgjengelig på svensk, engelsk, nederlandsk, italiensk, portugisisk og thailandsk.

## Konklusjon

SHC kartlegger på en enkel måte subjektive plager fra flere organsystemer og dekker alt fra normale til alvorlige plager. Det finnes etter hvert en betydelig mengde norske og internasjonale data for sammenligning, både fra normalbefolkning og spesielle pasient- og yrkesgrupper.

Camilla Ihlebæk  
Institutt for biologisk og medisinsk psykologi  
Universitetet i Bergen  
Jonas Liesvei 91  
5009 Bergen  
Tlf 55 58 62 34  
E-post [camilla.ihlebaek@psych.uib.no](mailto:camilla.ihlebaek@psych.uib.no)

## Referanser

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, G.B. (1999). Epidemiological features of chronic low back pain. *Lancet*, 354, 581–585.
- Eriksen, H. R., Hellesnes, B., Staff, P., & Ursin, H. (2003). Are subjective health complaints a result of modern civilisation? Short communication. *International Journal of Behavioral Medicine*, i trykk.
- Eriksen, H. R., Ihlebæk, C., & Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian Journal of Public Health*, 27, 63–72.
- Eriksen, H. R., Olff, M., & Ursin, H. (1997). The CODE: A revised battery for coping and defense and its relations to subjective health. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38, 175–182.
- Eriksen, H. R., Svendsrød, R., Ursin, G., & Ursin, H. (1998). Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993. *European Journal of Public Health*, 8, 1–5.
- Ihlebaek, C. (2002). *The epidemiology of subjective health complaints*. Doktorgrads-avhandling. Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen.
- Ihlebaek, C., & Eriksen, H. R. (2003). Occupational and social variations in subjective health complaints. *Occupational Medicine*, 53, 270–278.
- Ihlebaek, C., Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, 20–29. Erratum: [http://www.uib.no/insuhc/latest\\_news.html](http://www.uib.no/insuhc/latest_news.html)

- Rikstrygdeverket. (2003) *Trygdestatistisk årbok*. (Statistikk 03/2003). Oslo: Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen.
- Rokstad, K., Straand, J., & Sandvik, H. (1997). Pasientkontakter i allmennpraksis. En epidemiologisk undersøkelse i Møre og Romsdal. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 117, 659–664.
- Tveito, T. H., Halvorsen, A., Lauvålien, J. V., & Eriksen, H. R. (2002). Room for everyone in working life? 10 % of the employees – 82 % of the sickness leave. *Norsk Epidemiologi*, 12, 63–68.