

7. FYSISK OG MENTAL SUNDHED

Formålet med dette kapitel er at give en overordnet beskrivelse af den voksne befolknings fysiske og mentale sundhed. Begrebet sundhed tillægges mange forskellige betydninger, og befolkningens sundhed kan derfor beskrives på mange måder. Der er her valgt tre vinkler på sundhed, som hver især siger noget væsentligt om sundhedstilstanden:

- Oplevelsen af eget helbred
- Oplevelsen af egen trivsel og livskvalitet
- Oplevet stressniveau

Borgenes oplevelse af egen helbredstilstand, trivsel og livskvalitet er vigtig, fordi det er et mål i sig selv, at så mange mennesker som muligt har et godt helbred og en høj livskvalitet. Endvidere har mange undersøgelser vist, at der er en betydelig sammenhæng mellem oplevelsen af dårligt helbred og risiko for sygdom, kortere levetid og andre negative helbredsrelaterede forhold (1-6).

Stress er et væsentligt sundhedsmæssigt fænomen med store personlige og samfundsmæssige omkostninger. Jo højere stressniveau, jo dårligere trivsel og jo større risiko for sygdom. Det oplevede stressniveau er derfor et vigtigt element i befolkningens mentale sundhed.

I det efterfølgende kapitel udvides beskrivelsen af den voksne befolknings sundhedstilstand, idet fokus rettes mod forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom.

Selvurderet helbred

Formålet med dette afsnit er at beskrive, hvordan borgerne selv oplever deres helbred. Der benyttes et generelt mål: selvvurderet helbred.

Selvurderet helbred er en persons egen vurdering af sin helbredstilstand. Selvvurderet helbred kan betragtes som personens opsummering af en række helbredsforhold, der ikke beskrives udtømmende ved en opstilling af symptomer, sygdomme og risikofaktorer (1). Vurderingen indeholder vigtig information om helbredet og er ikke blot en erstatning for en lægefaglig vurdering, når en sådan ikke kan gennemføres af praktiske eller økonomiske årsager. Undersøgelser har dokumenteret, at personer med dårligt selvvurderet helbred har en øget risiko for bl.a. kortere levetid, kræft, hjertesygdomme, brug af sundhedsvæsenet, sygefravær, medicinforbrug, forringet funktionsevne, arbejdsløshed og førtidspension (2,3). Endvidere har selvvurderet helbred, uafhængigt af sygdomsforhold, livsstil og demografiske forhold, vist sig at være en selvstændig faktor til forudsigelse af lægebesøg, hospitalsindlæggelser og tidlig død (4-6).

Menneskers egen vurdering af deres helbred er derfor et værdifuldt redskab, når man skal beskrive befolkningens sundhedstilstand. En styrke ved selvvurderet helbred som helbredsmål er desuden, at det både omfatter den positive og negative ende af sundhedsspekteret og ikke blot fravær eller forekomst af sygdom.

Selvurderet helbred er i undersøgelsen belyst ved hjælp af spørgsmålet "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?" med svarmulighederne 'fremragende', 'vældig godt', 'godt', 'mindre godt' og 'dårligt'.

De tre første svarmuligheder betegnes i det følgende som 'godt helbred', mens de to sidste svarmuligheder betegnes som 'dårligt helbred'.

Selvurderet helbred i hele befolkningen

Figur 7.1 viser, hvordan svarene fordeler sig på det generelle spørgsmål om selvvurderet helbred.

- 86 % af befolkningen vurderer, at de har et godt helbred.
- 14 % vurderer, at de har et dårligt helbred.

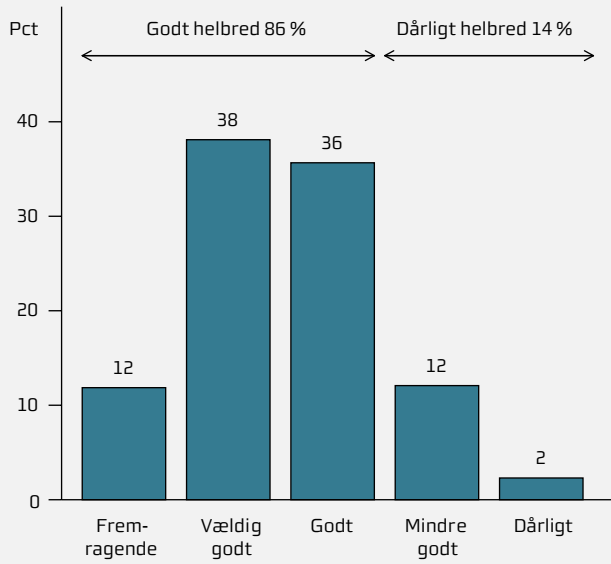
Hovedparten af den voksne befolkning i Region Midtjylland oplever således at have et godt helbred. Dog vurderer 14 %, at deres helbred er dårligt, hvilket svarer til knap 110.000 borgere.

► **2006-2013.** Signifikant flere personer angiver, at deres helbred er fremragende. Endvidere angiver signifikant færre, at deres helbred er henholdsvis godt og dårligt. Se [figur 7.1.5 i bind 2](#). ◀


























► **2010-2013.** Signifikant flere personer angiver, at deres helbred er fremragende. Se [figur 7.1.5 i bind 2](#). ◀



FIGUR 7.1

Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?



FIGUR 7.2
Dårligt selvvurderet helbred - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	14		109.000
Køn			
Mand	13		49.000
Kvinde	16		60.000
Alder			
25-34	7		8.900
35-44	10		15.000
45-54	16		26.000
55-64	18		27.000
65-74	18		22.000
75-79	26		9.700
Uddannelsesniveau			
Lavt	26		32.000
Middel	14		53.000
Højt	8		20.000
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	10		12.000
Gruppe 2	12		27.000
Gruppe 3	15		28.000
Gruppe 4	16		31.000
Gruppe 5 (lavest)	24		12.000
Bolig			
Ejer	11		63.000
Lejer	22		41.000
Samlivssituation			
Alene	21		44.000
Gift/samlevende	12		63.000
Børn i hjemmet 0-15 år			
Ingen børn	16		92.000
Børn	9		14.000
Arbejde (25-64 år)			
I arbejde	7		32.000
Ikke i arbejde	33		43.000

 Signifikant flere end i hele befolkningen
 Signifikant færre end i hele befolkningen

Selvurderet helbred - køn, alder og sociale forhold

Som det fremgår af figur 7.2 er der store forskelle i selvvurderet helbred i forhold til køn, alder og sociale forhold. Andelen med dårligt selvvurderet helbred øges med stigende alder, ligesom dårligt selvvurderet helbred er hyppigt forekommende hos personer med lavt uddannelsesniveau og personer, der tilhører sociogeografisk gruppe 5. Endvidere ses en markant større forekomst af dårligt selvvurderet helbred blandt personer, der ikke er i arbejde.

Køn. En større andel af kvinder end mænd vurderer deres helbred som værende dårligt.

Alder. Andelen med dårligt selvvurderet helbred øges stærkt med stigende alder og er knap fire gange større i den ældste aldersgruppe (75-79 år) sammenlignet med den yngste (25-34 år).

Uddannelsesniveau. Dårligt selvvurderet helbred er tre gange så hyppigt hos personer med lavt uddannelsesniveau som hos personer med højt uddannelsesniveau.

Sociogeografi. Andelen med dårligt selvvurderet helbred stiger gradvist med sociogeografisk gruppe (fra gruppe 1 til gruppe 5). Der ses en særligt høj forekomst af personer med dårligt selvvurderet helbred i gruppe 5.

Bolig. Mens cirka hver femte, der bor i lejlighed, vurderer sit helbred som værende dårligt, er det kun tilfældet for hver niende af de, der bor i ejerbolig.

Samlivssituation. Der er en markant større andel med dårligt selvvurderet helbred blandt personer, der lever alene i forhold til personer, der er gift/samlevende.

Børn i hjemmet. Der er en lavere andel med dårligt selvvurderet helbred blandt personer, der bor med børn i hjemmet i forhold til personer, der ikke bor sammen med børn.

Arbejde. Der er en særdeles stærk sammenhæng mellem selvvurderet helbred og arbejdstilknytning blandt personer i den erhvervsaktive alder. Mens en ud af tre uden arbejde vurderer sit helbred som dårligt, gælder det kun en ud af fjorten blandt de, som er i arbejde.

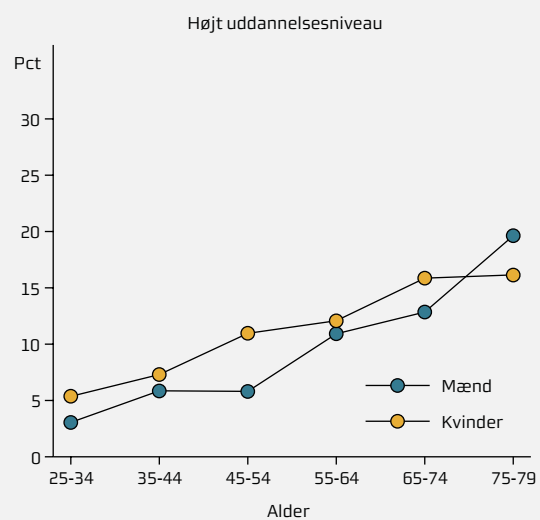
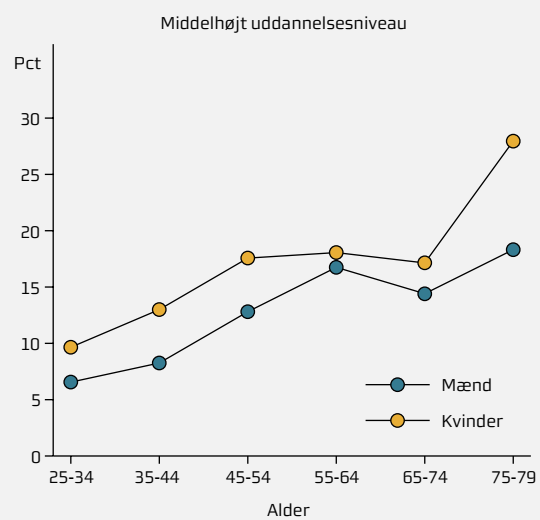
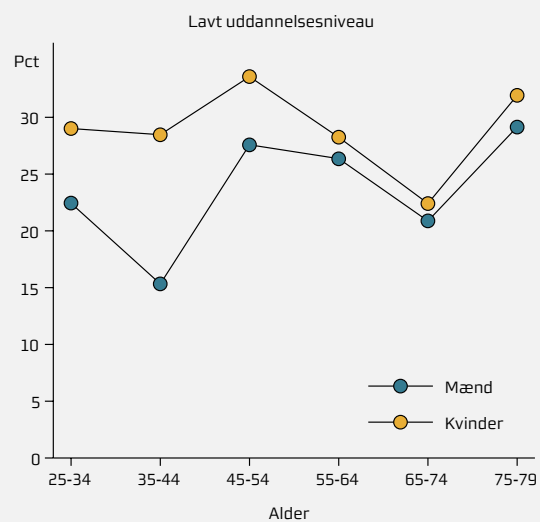
Der er en signifikant større andel med dårligt selvvurderet helbred end i befolkningen som helhed blandt:

- Kvinder
- Aldersgruppen 45-79 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 4 og 5
- Personer, der bor i lejlighed
- Personer, der lever alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-65 år), der ikke har et arbejde

► **2006-2013.** Andelen med dårligt selvvurderet helbred er faldet i to aldersgrupper: 35-44 år og 65-74 år. Se figur 7.2.S i bind 2. ◀

► **2010-2013.** Andelen med dårligt selvvurderet helbred er steget lidt blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Se figur 7.2.S i bind 2. ◀

FIGUR 7.3
Dårligt selvvalueret helbred – køn, alder og uddannelsesniveau



Dårligt selvvurderet helbred - samspil mellem køn, alder og uddannelsesniveau

Der er et betydeligt samspil mellem de forskellige demografiske og sociale faktorer med hensyn til selvvurderet helbred. Figur 7.3 illustrerer det komplekse samspil mellem køn, alder og uddannelsesniveau.

Lavt uddannelsesniveau. Andelen af personer med dårligt selvvurderet helbred er generelt høj blandt lavtuddannede.

Forskellen mellem mænd og kvinder er desuden større i aldersgruppen 25-44 år end i de to andre uddannelsesgrupper, idet en betydeligt større andel kvinder end mænd blandt de lavtuddannede har dårligt selvvurderet helbred.

Andelen med dårligt selvvurderet helbred er endvidere høj i alle aldersgrupper. Der ses således ingen klar sammenhæng mellem alder og selvvurderet helbred blandt lavtuddannede. Dette står i kontrast til de to andre uddannelsesniveauer. Endelig ses der et karakteristisk dyk i andelen med dårligt selvvurderet helbred i aldersgruppen 65-74 år i forhold til aldersgruppen på 45-64 år. Det hænger sandsynligvis sammen med, at mange lavtuddannede 45-64-årige har et arbejde, der belaster dem fysisk, hvorfor en del i de første år efter pensionen oplever en forbedring af deres helbred.

Middelhøjt uddannelsesniveau. I denne gruppe stiger andelen med dårligt selvvurderet helbred med alderen. Desuden ses også i denne gruppe en større andel af kvinder med dårligt selvvurderet helbred. Det gælder særligt blandt de ældste (75-79 år).

Højt uddannelsesniveau. De højtuddannede har den laveste andel af personer med dårligt selvvurderet helbred. Især blandt de yngre aldersgrupper er der en markant lavere andel med dårligt selvvurderet helbred sammenlignet med de to lavere uddannelsesniveauer.

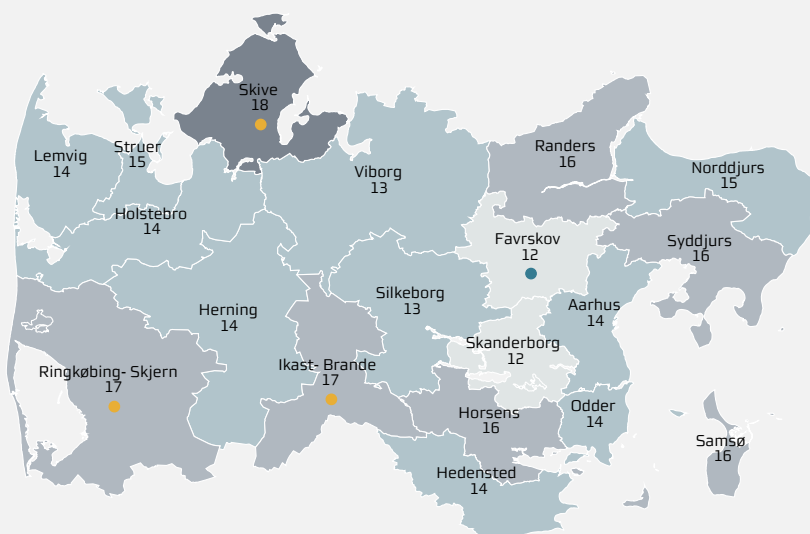
Andelen med dårligt selvvurderet helbred øges betydeligt med alderen i denne gruppe. Dette gælder særligt blandt mænd.

Endelig er de højtuddannede den gruppe, hvori der er mindst forskel på selvvurderet helbred mellem mænd og kvinder, om end der også i denne gruppe ses en større andel af kvinder med dårligt selvvurderet helbred.

FIGUR 7.4
Dårligt selvvalueret helbred - kommuner

	Pct		Personer
Skive	18	■	5.300
Ikast-Brande	17	■	4.100
Ringkøbing-Skjern	17	■	5.700
Syddjurs	16	■	4.300
Randers	16	■	9.400
Horsens	16	■	7.600
Samsø	16	■	400
Struer	15	■	2.100
Norddjurs	15	■	3.600
Lemvig	14	■	1.900
Herning	14	■	7.300
Holstebro	14	■	4.800
Hedensted	14	■	3.900
Odder	14	■	1.800
Aarhus	14	■	24.000
Silkeborg	13	■	7.100
Viborg	13	■	7.500
Skanderborg	12	■	4.400
Favrskov	12	■	3.500
Region Midtjylland	14	■	109.000

■ Signifikant flere end i hele befolkningen
■ Signifikant færre end i hele befolkningen



Dårligt selv vurderet helbred - kommuner

Figur 7.4 viser andelen af borgere med dårligt selv vurderet helbred i de 19 kommuner i Region Midtjylland.

Andelen med dårligt selv vurderet helbred varierer fra 12 % i Favrskov og Skanderborg til 18 % i Skive. Forskellene mellem kommunerne er dog små sammenlignet med forskellene i demografiske og sociale faktorer. I hovedparten af kommunerne ses således ikke signifikante forskelle fra regionens befolkning som helhed.

Skive, Ikast-Brande og Ringkøbing-Skjern har en signifikant højere andel med dårligt selv vurderet helbred end regionens befolkning som helhed.

Favrskov har en signifikant lavere andel med dårligt selv vurderet helbred end regionens befolkning som helhed.

► **2006-2013.** Der er sket en stigning i andelen med dårligt selv vurderet helbred i Ringkøbing-Skjern, mens der ses et fald i andelen med dårligt selv vurderet helbred i Holstebro. Se [figur 7.3.5 i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Der er sket en stigning i andelen med dårligt selv vurderet helbred i Ikast-Brande, Ringkøbing-Skjern og Skive. Se [figur 7.3.5 i bind 2](#). ◀

Sammenfatning

Hovedparten af den voksne befolkning i Region Midtjylland oplever at have et godt helbred. Der er dog 14 %, som vurderer deres eget helbred som værende dårligt, hvilket svarer til knap 110.000 borgere.

Der er store forskelle i selv vurderet helbred, når befolkningen opdeles på køn, alder og sociale forhold. Der ses i særdeleshed en betydelig social ulighed i selv vurderet helbred opgjort i forhold til uddannelsesniveau, socio-geografi, boligforhold og arbejdstilknytning.

Endvidere oplever en større andel kvinder end mænd, at deres helbred er dårligt. Dette gælder i udpræget grad gruppen af lavtuddannede.

Andelen med dårligt selv vurderet helbred stiger desuden med alderen. Alderens betydning for det selv vurderede helbred afhænger dog af køn og uddannelsesniveau. Blandt de lavtuddannede er der en høj andel med dårligt selv vurderet helbred i alle aldersgrupper. Blandt de højtuddannede er der mindre forskel på mænds og kvinders selv vurderede helbred, men til gengæld stiger andelen med dårligt selv vurderet helbred markant med alderen i denne gruppe.

Enkelte kommuner har en højere andel med dårligt selv vurderet helbred end regionens befolkning som helhed.

Der er sket en lille forbedring i befolkningens vurdering af eget helbred fra 2006 til 2013. Samtidig ses der kun få ændringer i forekomsten af dårligt selv vurderet helbred i forhold til køn, alder og uddannelsesmæssig baggrund samt på kommuneniveau. I enkelte kommuner er der dog sket en stigning i andelen med dårligt selv vurderet helbred.

Trivsel og livskvalitet

Borgerens samlede oplevelse af egen trivsel og livskvalitet udgør en bred sundhedsparameter og anvendes indenfor mange discipliner som en opsummering af forhold vedrørende psykisk og social trivsel samt helbreds-mæssige forhold.

Trivsel og livskvalitet er to nært beslægtede paraply-begreber: Trivsel dækker bl.a. over borgerens vurdering af eget liv, vilkår og begivenheder inden for forskellige domæner, mens livskvalitet er en samlebetegnelse, der bl.a. afspejler mentale forhold, interpersonelle relationer, helbred og selvbestemmelse (7). Selvvurderet trivsel og livskvalitet inkluderer således flere livsaspekter end selvvurderet helbred og afspejler WHO's brede sundhedsbegreb, der beskriver sundhed som en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og social velbefindende (8).

Selvvurderet trivsel og livskvalitet er i undersøgelsen belyst med spørgsmålet "Hvordan synes du, din trivsel og livskvalitet er alt i alt?" med svarmulighederne: 'virkelig god', 'god', 'nogenlunde', 'dårlig', 'meget dårlig'.

De første to svarmuligheder betegnes i det følgende som 'god selvvurderet trivsel og livskvalitet', mens de tre sidste betegnes som 'nogenlunde/dårlig selvvurderet trivsel og livskvalitet'.

Selvvurderet trivsel og livskvalitet i hele befolkningen

Figur 7.5 viser, hvordan svarene fordeler sig på spørgsmålet om selvvurderet trivsel og livskvalitet.

- 76 % vurderer, at de har god trivsel og livskvalitet.
- 24 % vurderer, at de har nogenlunde eller dårlig trivsel og livskvalitet.

De fleste personer vurderer således, at de har god trivsel og livskvalitet, om end omtrent 180.000 af den voksne befolkning i Region Midtjylland vurderer, at de har nogenlunde eller dårlig trivsel og livskvalitet.

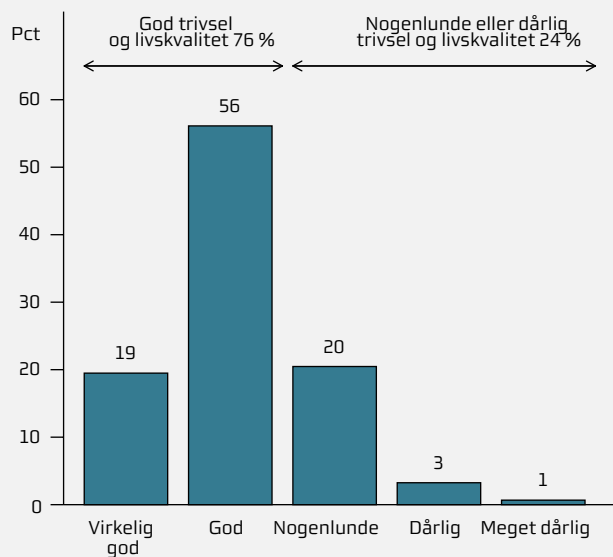
I det følgende fokuseres der på personer, der har nogenlunde eller dårlig trivsel og livskvalitet.

► **2006-2013.** Der er sket et fald i andelen, der angiver at deres trivsel og livskvalitet er virkelig god.

Se figur 7.4.5 i bind 2. ◀

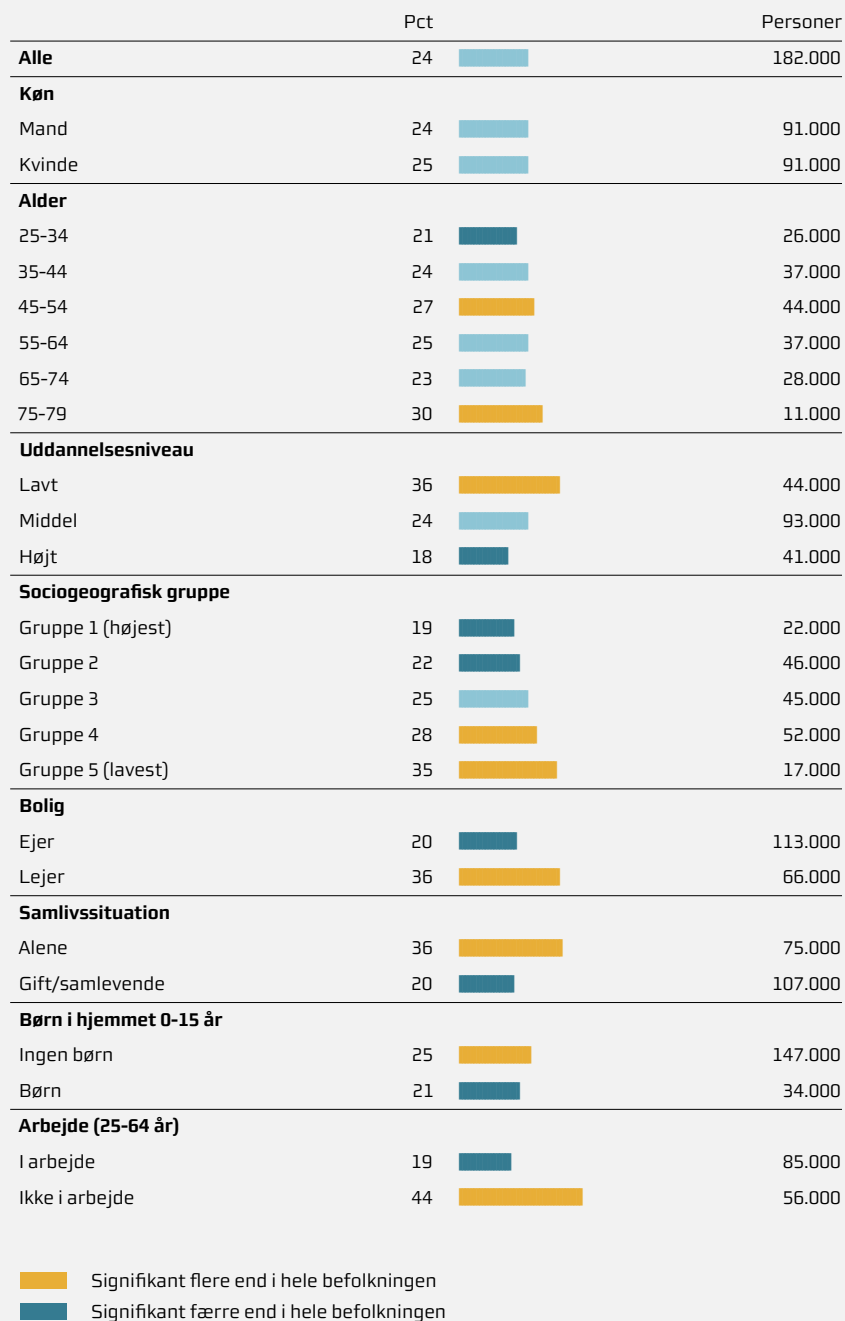
FIGUR 7.5

Hvordan synes du, din trivsel og livskvalitet er alt i alt?



FIGUR 7.6

Nogenlunde/dårlig selv vurderet trivsel og livskvalitet - køn, alder og sociale forhold



Selvurderet trivsel og livskvalitet - køn, alder og sociale forhold

Som det fremgår af figur 7.6, er der store forskelle i selvvurderet trivsel og livskvalitet i forhold til sociale forhold blandt de voksne. Nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet er hyppigt forekommende hos personer med lavt uddannelsesniveau og hos personer i sociogeografisk gruppe 5. Endvidere ses en markant større andel med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet blandt personer, der bor i lejebolig, personer, der bor alene samt personer, der ikke er i arbejde.

Køn. Der er ikke forskel på kvinder og mænds selvvurderede trivsel og livskvalitet.

Alder. Der er ikke nogen entydig sammenhæng mellem en nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet og alder. Dog er andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet større i aldersgrupperne 45-54 år og 75-79 år end i befolkningen som helhed.

Uddannelsesniveau. Dobbelt så mange personer med lavt uddannelsesniveau angiver, at deres trivsel og livskvalitet er nogenlunde/dårlig, sammenlignet med personer med højt uddannelsesniveau.

Sociogeografi. Andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet stiger gradvist med den sociogeografiske gruppe. En nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet er næsten dobbelt så hyppigt forekommende hos personer i gruppe 5 i forhold til personer i gruppe 1.

Bolig. Der er en markant større andel med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet blandt personer, der bor i lejebolig, i forhold til personer, der bor i ejerbolig.

Samlivssituation. Mens cirka hver femte, der er gift/samlevende, vurderer sin trivsel og livskvalitet som nogenlunde/dårlig, gælder det for mere end hver tredje af de, der lever alene.

Børn i hjemmet. Andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet er lavere hos personer, der bor sammen med børn på 0-15 år i forhold til personer uden børn i hjemmet.

Arbejde. Der er en særdeles stærk sammenhæng mellem selvvurderet trivsel og livskvalitet og arbejdstilknytning blandt personer i den erhvervsaktive alder. Mens næsten hver anden uden arbejde vurderer sin trivsel og livskvalitet som nogenlunde/dårlig, gælder det knap hver femte blandt de, som er i arbejde.



Der er en signifikant større andel med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet end i befolkningen som helhed blandt:

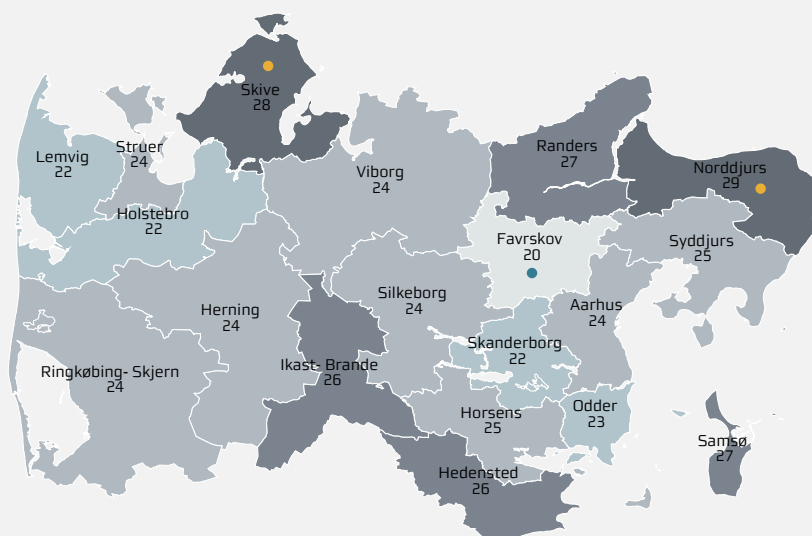
- Aldersgrupperne 45-54 år og 75-79 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 4 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der lever alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-65 år), der ikke har et arbejde

► **2006-2013.** Der er sket en stigning i forekomsten af nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet blandt mænd, 45-54-årige og personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se [figur 7.5.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 7.7
Nogenlunde/dårlig selv vurderet trivsel og livskvalitet - kommuner

	Pct		Personer
Norrdjurs	29		6.700
Skive	28		8.200
Samsø	27		700
Randers	27		16.000
Hedensted	26		7.200
Ikast-Brande	26		6.200
Syddjurs	25		6.600
Horsens	25		12.000
Ringkøbing-Skjern	24		8.100
Viborg	24		14.000
Struer	24		3.300
Herning	24		12.000
Aarhus	24		42.000
Silkeborg	24		13.000
Odder	23		3.100
Holstebro	22		7.700
Skanderborg	22		7.700
Lemvig	22		2.800
Favrskov	20		5.800
Region Midtjylland	24		182.400

 Signifikant flere end i hele befolkningen
 Signifikant færre end i hele befolkningen



Nogenlunde/dårlig selv vurderet trivsel og livskvalitet - kommuner

Figur 7.7 viser andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet blandt borgerne i de 19 kommuner i Region Midtjylland.

Andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet varierer fra 20 % i Favrskov til 29 % i Norddjurs. Variationen kommunerne imellem er forholdsvis lille sammenlignet med forskellene i de sociale faktorer, og i hovedparten af kommunerne ses der ikke signifikante forskelle fra regionens befolkning som helhed.

Norddjurs og Skive har en signifikant højere andel med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet end regionens befolkning som helhed. Favrskov har en signifikant lavere andel med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet end regionens befolkning som helhed.

► **2006-2013.** I Hedensted, Ringkøbing-Skjern og Skive er der sket en stigning i andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet. Se figur 7.6.5 i bind 2 ◀

Sammenfatning

Hovedparten af den voksne befolkning i Region Midtjylland oplever at have en god trivsel og livskvalitet. Der er dog 24 %, som vurderer deres trivsel og livskvalitet som nogenlunde/dårlig, hvilket svarer til cirka 180.000 borgere.

Der ses en betydelig social ulighed i trivsel og livskvalitet opgjort i forhold til uddannelsesniveau, sociogeografi, boligforhold og arbejdstilknytning.

I hovedparten af kommunerne er andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet ikke forskellig fra regionens befolkning som helhed. Enkelte kommuner har dog en højere andel med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet.

Der er sket en lille forværring i befolkningens vurdering af egen trivsel og livskvalitet fra 2006 til 2013. Samtidig ses der stigninger i forekomsten af nogenlunde/dårlig trivsel i forhold til køn, alder og uddannelsesmæssig baggrund. Endelig er der i enkelte kommuner sket en stigning i andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet.

Stress

Stress er et vigtigt sundhedsmæssigt problem, der har store personlige og samfundsmæssige omkostninger og er en vigtig årsag til sygefravær (9). Stress kan beskrives som en tilstand af kropslig og psykisk ubalance. Jo højere stressniveau, jo dårligere trivsel.

Stress er ikke en sygdom, men øger risikoen for fysisk og psykisk sygdom og forringet livskvalitet, især hvis der er tale om en tilstand, der strækker sig over en længere periode. Stressniveauet er derfor en vigtig indikator for mental sundhed.

Der er forskningsmæssig dokumentation for at stress øger risikoen for (10,11):

- Forkølelse og influenza
- Hjerter-kar-sygdomme
- Depression
- Kortere levetid

Man kan skelne mellem a) stresspåvirkninger i form af belastende hændelser og levevilkår, b) den enkeltes stressoplevelse og c) stress som en tilstand i organismen, der kan måles i form af koncentrationen af stresshormoner i blodet, hjertefrekvens mv. (12,13). Stress er således både et socialt, psykologisk og fysiologisk fænomen.

I Hvordan har du det? anvendes et standardiseret og anerkendt mål for oplevet stress: Perceived Stress Scale (PSS) (14,15). PSS omfatter 10 spørgsmål, der belyser, i hvilket omfang svarpersonen føler sig stresset og nervøs samt hvorvidt han eller hun oplever sit liv som uforudsigeligt, ukontrollabelt og belastende.

Personer, der scorer højt på PSS, er blandt andet mere modtagelige for forkølelse, mere sårbare over for alvorlige livsbegivenheder, har sværere ved at holde op med at ryge og har sværere ved at kontrollere blodsukkeret, hvis de er diabetikere (16).

PSS bygger på Richard Lazarus' kognitive stressmodel, der ligger til grund for meget af den nyere psykologiske stressforskning (17). Stress opstår ifølge Lazarus i et spil mellem individ og omgivelser. Stress udløses af stresspåvirkninger, men personens egen vurdering af, om en begivenhed eller en tilstand er stressende, er et vigtigt mellemlid mellem stresspåvirkning og stressreaktion. Belastning og mestring er således koblet sammen i Lazarus' stressmodel.

Stress forbindes ofte med belastninger i arbejdsmiljøet, og arbejdslivet er da også en vigtig kilde til stressreaktioner. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at stress kan opstå som følge af alle slags belastninger. En undersøgelse af sammenhængen mellem stress og belastende livsomstændigheder blandt voksne i Region Midtjylland viste, at en belastende arbejdssituation var den vigtigste stressfaktor for personer i arbejde. Den vigtigste stressfaktor hos personer uden arbejde var imidlertid sygdom. Undersøgelsen viste desuden, at flere end halvdelen af de personer, der var belastet af deres arbejdssituation, samtidig oplevede andre typer af belastninger, såsom sygdom i den nærmeste familie (18).

Mennesker med et højt stressniveau kan blive bedre til at undgå og mestre stresspåvirkninger (19). På arbejdspladser og i andre sociale fællesskaber kan man desuden gøre en indsats for at mindske stresspåvirkningerne og støtte personer, der lider under et højt stressniveau. Mange arbejdspladser har som led heri indført en stresspolitik. På samfundsplan kan man endvidere gøre en indsats for at mindske belastningerne i særligt udsatte grupper samt skabe gode betingelser for børnefamilier, så man opnår en bedre balance mellem arbejds- og familieliv.

Stress er således ikke blot et individuelt problem, men også et socialt fænomen (20). Grupper, der har et højt stressniveau, har imidlertid ofte svært ved at ændre på deres egen livssituation. Således viser en undersøgelse fra Region Midtjylland, at stressniveauet er højest hos erhvervsaktive personer, som er nederst i jobhierarkiet (21).

Stressniveauet i hele befolkningen målt med Perceived Stress Scale

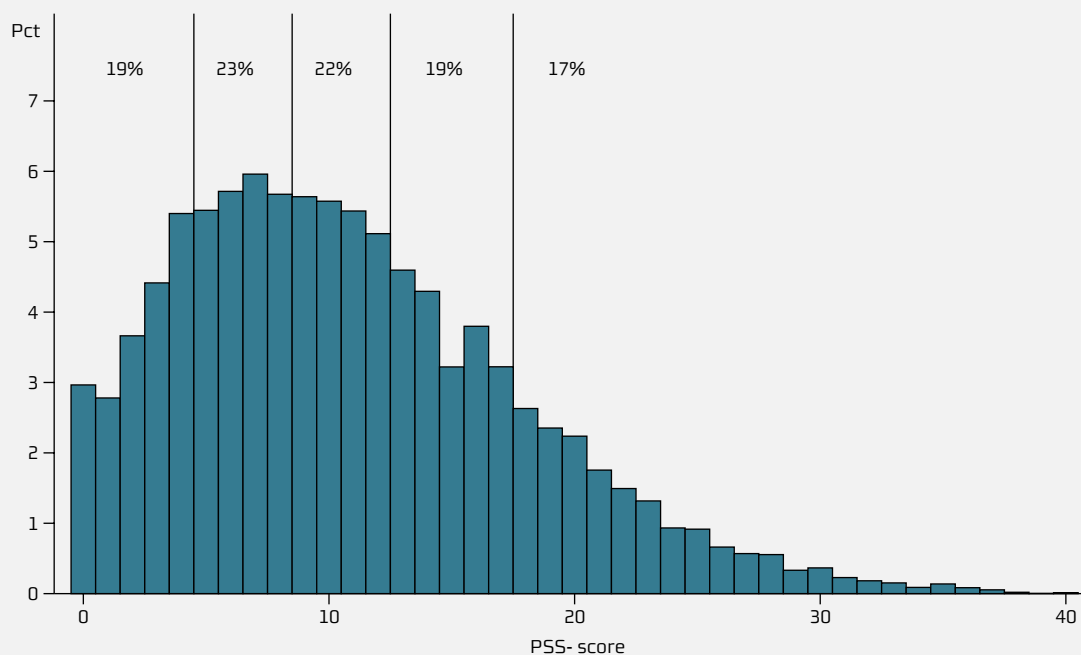
Man kan score fra 0 til 40 point på PSS. Jo højere score, jo højere grad af oplevet stress. Figur 7.8 viser, hvordan scoren fordeler sig i hele den voksne befolkning.

Den gennemsnitlige score er 10,9 point. Som det fremgår af figur 7.8, er der mange, der har en værdi omkring gennemsnittet.

Man kan opleve en større eller mindre grad af stress, men PSS har ikke en indbygget definition af, hvor mange point der skal til for at have et højt stressniveau. Derfor er der foretaget en opdeling af befolkningen i fem tilnærmelsesvis lige store grupper (kvintiler). De fem intervaller er: 0-4 point, 5-8 point, 9-12 point, 13-17 point og 18-40 point.

FIGUR 7.8

Perceived Stress Scale (PSS) – histogram, der viser fordelingen i hele befolkningen




























En undersøgelse af sammenhængen mellem stress og risikoen for langtidssygdom viser, at den relative risiko stiger betydeligt ved en PSS-score på 16 point og opfter (22). Dette indikerer, at stress især udgør en helbredsmæssig risiko for den del af befolkningen, der har det højeste stressniveau.



I det følgende fokuseres der på denne gruppe, dvs. personer med en score på PSS på 16-40 point. Dette svarer til knap 175.000 personer i Region Midtjylland eller hver fjerde af regionens voksne borgere.

► **2006-2013.** Der er sket et fald i andelen, der angiver et moderat stressniveau. Se [figur 7.7.5 i bind 2.](#) ◀

► **2010-2013.** Der er sket et fald i andelen, der angiver et moderat stressniveau. Se [figur 7.7.5 i bind 2.](#) ◀

FIGUR 7.9Højt stressniveau (PSS \geq 16) - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	24		174.000
Køn			
Mand	21		75.000
Kvinde	28		98.000
Alder			
25-34	25		30.000
35-44	26		39.000
45-54	25		39.000
55-64	21		31.000
65-74	22		24.000
75-79	31		9.900
Uddannelsesniveau			
Lavt	35		38.000
Middel	23		86.000
Højt	20		45.000
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	21		23.000
Gruppe 2	22		45.000
Gruppe 3	25		44.000
Gruppe 4	26		47.000
Gruppe 5 (lavest)	32		15.000
Bolig			
Ejer	20		109.000
Lejer	35		60.000
Samlivssituation			
Alene	32		61.000
Gift/samlevende	21		110.000
Børn i hjemmet 0-15 år			
Ingen børn	24		134.000
Børn	24		37.000
Arbejde (25-64 år)			
I arbejde	19		85.000
Ikke i arbejde	42		52.000

 Signifikant flere end i hele befolkningen
 Signifikant færre end i hele befolkningen

Forekomsten af højt stressniveau - køn, alder og sociale forhold

Som det fremgår af figur 7.9 er der betydelige forskelle i andelen med et højt stressniveau i forhold til køn og sociale forhold. Et højt stressniveau er især hyppigt forekommende hos personer med lavt uddannelsesniveau, personer som bor i lejebolig samt personer, der lever alene. Endvidere ses en markant større andel af personer med et højt stressniveau blandt personer, der ikke er i arbejde.

Køn. En større andel kvinder end mænd har et højt stressniveau.

Alder. Der er ikke nogen entydig sammenhæng mellem alder og stressniveau. Dog ses en større forekomst af personer med et højt stressniveau blandt 35-44-årige og 75-79-årige. Samtidig er et højt stressniveau mindre forekommende i aldersgruppen 55-74 år.

Uddannelsesniveau. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og stress, idet godt hver tredje af de lavtuddannede har et højt stressniveau, mens det gælder hver femte med et højt uddannelsesniveau.

Sociogeografi. Andelen med et højt stressniveau stiger gradvist med sociogeografisk gruppe. Den højeste forekomst ses således hos personer i gruppe 5.

Bolig. Der er en markant større andel med et højt stressniveau hos personer, der bor til leje, i forhold til personer, der bor i ejerbolig.

Samlivssituation. Der er en betydeligt større andel med et højt stressniveau hos personer, der er alene, end hos personer, der er gift eller samlevende.

Børn. Der er ikke forskel på andelen med et højt stressniveau hos personer, der bor sammen med børn på 0-15 år og personer uden børn i hjemmet.

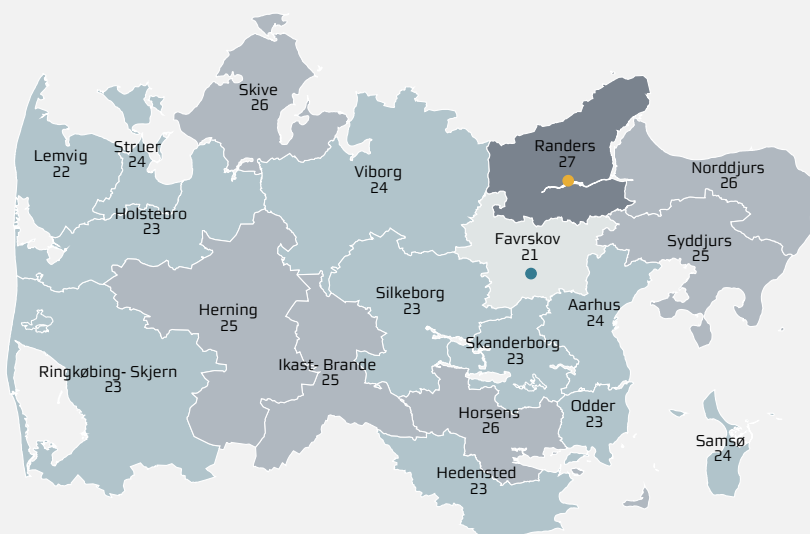
Arbejde. Der er mere end dobbelt så mange med et højt stressniveau hos personer uden arbejde sammenholdt med personer i arbejde blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år).

Der er en signifikant højere andel med et højt stressniveau blandt:

- Kvinder
- Aldersgrupperne 35-44 år og 75-79 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 4 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der lever alene
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke har et arbejde

► **2006-2013.** Der er sket et signifikant fald i forekomsten af et højt stressniveau blandt kvinder, personer i alderen 55-74 år samt personer med et lavt og middel-højt uddannelsesniveau. Se [figur 7.8.5 i bind 2](#). ◀

► **2010-2013.** Der er sket et signifikant fald i forekomsten af et højt stressniveau blandt personer i alderen 55-64 år. Se [figur 7.8.5 i bind 2](#). ◀

FIGUR 7.10Højt stressniveau (PSS \geq 16) – kommuner

Forekomst af højt stressniveau - kommuner

Figur 7.10 viser forekomsten af højt stressniveau blandt borgerne i kommunerne. Andelen med et højt stressniveau varierer forholdsvis lidt mellem kommunerne. I hovedparten af kommunerne ses der således ikke signifikante forskelle fra regionens befolkning som helhed.

Randers har en signifikant højere andel med højt stressniveau end regionens befolkning som helhed.

Favrskov har en signifikant lavere andel med højt stressniveau end regionens befolkning som helhed.

► **2006-2013.** I Lemvig, Aarhus og Struer er der sket et fald i andelen med højt stressniveau. Se figur 7.9.5 i bind 2. ◀

► **2010-2013.** I Lemvig og Aarhus er der sket et fald i andelen med højt stressniveau. Se figur 7.9.5 i bind 2. ◀

Sammenfatning

Der er i dette afsnit fokuseret på den del af befolkningen, som har et højt stressniveau målt på Perceived Stress Scale (PSS \geq 16).

Det højeste stressniveau finder man generelt hos personer med få ressourcer i form af lavt uddannelsesniveau, lejebolig og manglende arbejdstilknytning. Endvidere har en større andel kvinder end mænd et højt stressniveau.

Der er sket et fald i andelen, der angiver et moderat stressniveau fra 2006 til 2013. Samtidig ses der fra 2006 til 2013 ændringer i forekomsten af højt stressniveau i forhold til køn, alder og uddannelsesmæssig baggrund. Endelig er der i enkelte kommuner sket et fald i andelen med et højt stressniveau.

Sammenfatning

Selvvurderet helbred (voksne; 25-79 år). Hovedparten af den voksne befolkning oplever at have et godt helbred. Der er dog 14 %, som vurderer deres eget helbred som dårligt. Der ses en betydelig social ulighed i selvvurderet helbred opgjort i forhold til uddannelsesniveau, socio-geografi, boligforhold og arbejdstilknytning.

Alderens betydning for selvvurderet helbred afhænger af køn og uddannelsesniveau. Blandt de lavtuddannede er der en høj andel med dårligt selvvurderet helbred i alle aldersgrupper. Samtidig er der blandt de 25-44-årige en betydeligt større andel kvinder end mænd med dårligt selvvurderet helbred. Blandt de højtuddannede er der mindre forskel på mænd og kvinders selvvurderede helbred, men til gengæld stiger andelen med dårligt selvvurderet helbred markant med alderen.

Der er samlet set sket en lille forbedring i befolkningens vurdering af eget helbred fra 2006 til 2013.

Trivsel og livskvalitet (voksne; 25-79 år). Hovedparten af den voksne befolkning oplever at have en god trivsel og livskvalitet. Der er dog 24 %, som vurderer deres trivsel og livskvalitet som nogenlunde eller dårlig.

Der ses en betydelig social ulighed i trivsel og livskvalitet opgjort i forhold til uddannelsesniveau, sociogeografi, boligforhold og arbejdstilknytning.

Der er sket en lille forværring i befolkningens vurdering af egen trivsel og livskvalitet fra 2006 til 2013.

Stress (voksne; 25-79 år). 24 % af de voksne borgere har et højt et stressniveau (målt ved brug af Perceived Stress Scale). Et højt stressniveau finder man generelt hos personer med få ressourcer i form af blandt andet lavt uddannelsesniveau og manglende arbejdstilknytning.

Fra 2006 til 2013 er der ikke sket ændringer i andelen af voksne borgere med højt stressniveau. Der er sket et fald i andelen, der angiver et moderat stressniveau.

Referencer

1. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009 Aug; 69(3):307-16.
2. Kristensen TS, Bjørner J, Smith-Hansen L, Borg V, Skov T. Selvvurderet helbred og arbejdsmiljø – Er selvvurderet helbred et frugtbart og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse. Arbejdsmiljøinstituttet og Institut for Folkesundhedsvidenskab. København: Arbejdsmiljøfondet, 1998.
3. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty seven community studies. *J Health Soc Beh*. 1997; 38:21-37.
4. Dominick KL, Ahern FM, Gold CH, Heller DA. Relationship of health related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. *Aging Clin Exp Res*. 2002; 14(6):499-508.
5. DeSalvo KB, Jones TM, Peabody J, McDonald J, Fihn S, Fan V, et al. Health care expenditure prediction with a single item, self-rated health measure. *Med Care*. 2009 Apr; 47(4):440-7.
6. DeSalvo KB. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2006 Mar; 21(3):267-75.
7. Camfield L, Skevington, S. On subjective well-being and quality of life. *J Health Psychol*. 2008;13:764-75.
8. World Health Organisation. The first ten years. Geneva: World Health Organisation; 1958.
9. Pallesen E, Dahl T, Jensen OK, Christiansen D, Knudsen B, Ruby K. Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte – beskrivelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats. Århus: Center for Folkesundhed. 2008.
10. Kalia M. Assessing the economic impact of stress—the modern day hidden epidemic. *Metabolism*. 2002 Jun; 51(6 Suppl 1):49-53.
11. Pedersen A, Zachariae R, Bovbjerg DH. Influence of psychological stress on upper respiratory infection - a meta-analysis of prospective studies. *Psychosom Med*. 2010 Okt; 72(8):823-32.
12. Nielsen NR. Stress – folkesundhed og forebyggelse. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB, red. Forebyggende sundhedsarbejde. 5. udgave. København: Munksgaard Danmark; 2009. p. 413-419.
13. Netterstrøm B. Stress. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, red. Folkesundhedsrapporten Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007. Kapitel 22. p. 275-286.
14. Cohen S, Kamarch T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983; 24:385-396.
15. Cohen S, Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States. I: Spacapan S, Oskamp S, red. The social psychology of health. Newbury Park, CA: Sage; 1988. p. 31-67.
16. Cohen S, Tyrell DAJ, Smith AP. Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *J Pers Soc Psychol*. 1993; 64:131-140.
17. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
18. Larsen FB. Stress og belastende livsomstændigheder – hvilke belastninger betyder mest? *Hvordan har du det?* Online (internet). 2007 Apr (citeret 2013 Okt 10); 1:4-10. Tilgængelig fra: <http://www.cfk.rm.dk/files/Sundhed/CFK/Projekter/HHDD%20-%20sundhedsprofil/Te-maanalyser/Online%20nr%201%20Stress.pdf>
19. Willert MV, Thulstrup AM, Hertz J, Bonde JP. Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. *Scand J Work Environ Health*. 2009;35:145-52.
20. Avison WR, Thomas SS. Stress. I: Cockerham WC, red. The Blackwell Companion to Medical Sociology. London: Wiley-Blackwell; 2010. p. 242-267.
21. Larsen FB. Stress og placeringen i jobhierarkiet. *Hvordan har du det?* Online (internet). 2007 Apr (citeret 2013 Okt 10); 1. Tilgængelig fra: <http://www.cfk.rm.dk/projekter/befolkningsunders%C3%B8gelses/hvordan+har+du+det-c7-/udgivelser>
22. Kellenberger S, Larsen FB. Stress øger risikoen for sygefravær hos raske erhvervsaktive. *Hvordan har du det?* Online (internet). 2008 Dec (citeret 2013 Okt 10); 5. Tilgængelig fra: <http://www.cfk.rm.dk/projekter/befolkningsunders%C3%B8gelses/hvordan+har+du+det-c7-/udgivelser>

