

HVORDAN HAR DU DET? 2017

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 1**

Finn Breinholt Larsen, Marie Hauge Pedersen, Mathias Lasgaard, Jes Bak Sørensen, Julie Christiansen,
Ane-Kathrine Lundberg, Sofie Emilie Pedersen og Karina Friis



HVORDAN HAR DU DET? 2017

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 1**

UDARBEJDET AF

Finn Breinholt Larsen
Marie Hauge Pedersen
Mathias Lasgaard
Jes Bak Sørensen
Julie Christiansen
Ane-Kathrine Lundberg
Sofie Emilie Pedersen
Karina Friis

DEFACTUM | Marts 2018

TITEL

Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1)

FORFATTERE

Finn Breinholt Larsen (projektleder)
Marie Hauge Pedersen
Mathias Lasgaard
Jes Bak Sørensen
Julie Christiansen
Ane-Kathrine Lundberg
Sofie Emilie Pedersen
Karina Friis

COPYRIGHT

© DEFACTUM, Region Midtjylland 2018

Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig kildeangivelse – det skal herunder fremhæves, at rapporten er udarbejdet af DEFACTUM, Region Midtjylland.

UDGIVER

Region Midtjylland
DEFACTUM
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N
Tlf.: 7841 4310 (sekretær Ingerlise Andersen)
E-mail: hvordanhardudet@rm.dk

DENNE RAPPORT CITERES SÅLEDES:

Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M, Sørensen JB, Christiansen J, Lundberg A, Pedersen SE, Friis K. Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018.

ISBN-nr: 978-87-92400-89-5

EAN-nr: 9788792400895

UDGIVELSE

Marts 2018

OPLAG

2.000

TRYK

GP Tryk & Zeuner Grafisk A/S

LAYOUT

www.hartwork.dk

FORSIDE

Malene Hald



Svanemærket tryksag
5041 0826 LaserTryk.dk

FORORD

Hermed foreligger Region Midtjyllands fjerde sundhedsprofil. De tre tidligere sundhedsprofiler blev lavet i 2006, 2010 og 2013. Sundhedsprofilerne bygger på borgernes egne oplysninger og giver en enestående mulighed for at få indblik i sundhedstilstanden i regionen, sådan som den opleves og beskrives af borgerne selv. Sundhedsprofilen er udarbejdet på baggrund af *Hvordan har du det? 2017*, en spørgeskemaundersøgelse blandt 32.000 borgere. Desuden beskrives udviklingen i sundhedstilstanden ud fra *Hvordan har du det? 2010* og *2013*.

Oplysningerne fra sundhedsprofilerne har siden 2006 været anvendt i den kommunale og regionale planlægning af sundhedsindsatsen. Sundhedsvæsenet må løbende tilpasse sine ydelser til de ændringer, der sker i befolkningens behov. Forskergruppen bag *Hvordan har du det?* bestræber sig derfor på at inddrage nye emner i undersøgelsen, der kan understøtte denne proces med relevante tal og opgørelser. Samtidig er det vigtigt at følge udviklingen på de områder, der fortsat har en central betydning for folkesundheden som f.eks. rygning og andre sundhedsvaner.

Da sundhedsprofilen spænder over mange emner, kan det være på sin plads at fremhæve nogle af dens anvendelsesmuligheder. I det følgende nævnes fire eksempler på områder, hvor sundhedsprofilen kan bidrage med nyttig viden:

- Det kommunale og regionale forebyggelsesarbejde
- Bedre mental sundhed og mentalt helbred
- Bedre livskvalitet og behandlingsforløb for borgere med kronisk sygdom
- Social og geografisk lighed i sundhed

Det kommunale og regionale forebyggelsesarbejde

Kost, rygning, alkohol og motion (KRAM) og overvægt er stadig de forebyggelige risikofaktorer, der forårsager flest kroniske sygdomme og tabte leveår i befolkningen, samtidig med at de bidrager væsentligt til den sociale ulighed i sundhed (1).

Sundhedsprofilen indeholder oplysninger om befolkningens sundhedsvaner med hensyn til KRAM og overvægt samt motivationen for at ændre sundhedsvaner.

Disse oplysninger kan bruges af kommunerne ved udformning af lokale sundhedspolitikker og ved tilrettelæggelse af forebyggelsesarbejdet. Desuden kan sundhedsprofilens oplysninger om sundhedsvaner hos mennesker med kroniske sygdomme bruges i den regionale forebyggelsesindsats i samarbejde med kommunerne og praksissektoren.

Bedre mental sundhed og mentalt helbred

God mental sundhed indebærer ifølge WHO's definition, at man kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdagens udfordringer og stress, samt at man kan indgå i fællesskaber med andre mennesker (2).

Fremme af den mentale sundhed har høj prioritet både globalt og i en dansk sammenhæng (3, 4). Samtidig er det en vanskelig målsætning at arbejde med. Det skyldes både, at vi lever i et dynamisk samfund med hastige sociale og teknologiske forandringer, der påvirker vores dagligdag og hele tiden byder på nye muligheder og udfordringer. Men også, at området spænder vidt fra almen trivsel over tegn på dårlig mental sundhed til egentlige mentale helbredsproblemer.

Vi har i den aktuelle sundhedsprofil udbygget beskrivelsen af befolkningens mentale sundhed i forhold til tidligere. Samtidig har vi skærpet det analytiske fokus, idet der nu skelnes mellem befolkningens mentale sundhed og mentale helbredsproblemer. Mental sundhed refererer til graden af psykisk trivsel, mens mentalt helbred vedrører psykisk sygdom.

Denne skelnen har betydning, når man tilrettelægger forebyggende og sundhedsfremmende indsatser på det mentale område. Indsatser til fremme af den mentale sundhed sigter generelt mod en bredere målgruppe end indsatser til fremme af det mentale helbred, og arbejdsmetoderne må nødvendigvis indrettes derefter.

Der præsenteres følgende vinkler på mental sundhed og mentalt helbred: trivsel og livskvalitet, stress, angst, ensomhed, depression og psykiske lidelser. Oplysninger om depression er med for første gang i *Hvordan har du det? 2017*. Det samme gælder oplysninger om selvskadende adfærd og spiseforstyrrelse blandt unge.

Vi håber, at den grundige og nuancerede fremstilling vil finde anvendelse ved tilrettelæggelse af indsatser for bedre mental sundhed og mentalt helbred.

Bedre livskvalitet og behandlingsforløb for borgere med kronisk sygdom

De oplysninger, der findes i *Hvordan har du det?*, kan bruges til at beskrive, hvordan personer med forskellige kroniske sygdomme har det sammenholdt med befolkningen generelt. Det giver mulighed for at få et populationsoverblik over borgere med specifikke sygdomme eller multisygdom.

Tidligere beskrev man fortrinsvis sundhedstilstanden ud fra registrerede diagnoser og dødelighed. Samfundsudviklingen har imidlertid medført et voksende behov for oplysninger om livskvalitet, funktionsevne og symptombyrde hos borgere med kronisk sygdom, og ikke blot oplysninger om, hvad de fejler, og hvad de dør af.

Det skyldes ikke mindst, at levealderen er steget, og at mange mennesker lever en betydelig del af deres liv med kroniske sygdomme, der kan behandles, men ofte ikke kan kureres. At borgere kan leve et aktivt og meningsfuldt liv på trods af sygdom er en vigtig målsætning for det samlede sundhedsvæsen.

Derfor er det relevant at indhente borgernes egne vurderinger af, hvordan de har det. Disse oplysninger går under betegnelsen *patientrapporterede oplysninger* (PRO) og er et vigtigt supplement til kliniske data (5). PRO omfatter også oplysninger fra patienter om deres erfaring med brug af sundhedsvæsenet. PRO-data indsamles i stigende grad som led i behandlingsforløbene, hvor de bruges til at tilrettelægge behandlingen ud fra den enkelte patients behov samt til at monitorere kvaliteten og effekten af behandlingen for en hel patientpopulation.

Hvordan har du det? indeholder en lang række spørgsmål, der kan bruges som referencedata for PRO-data, der indsamles i det regionale sundhedsvæsen, i praksissektoren eller i kommunalt regi. Her kan især fremhæves spørgsmål om:

- Helbredsrelateret livskvalitet
- Begrænsninger i udførelsen af dagligdagens gøremål

- Stress, ensomhed, depression
- Sundhedskompetence
- Behandlingsbyrde

For eksempel bruges *Hvordan har du det?*-data allerede som reference i MoEva (6). MoEva er et værktøj, der er udviklet i Region Midtjylland til monitorering og evaluering af patientuddannelser og sundhedstilbud i kommuner og på hospitaler.

Social og geografisk lighed i sundhed

I enhver befolkning er der individuelle forskelle i sundhed på grund af forskelle i alder, gener, livshistorie m.m. Social ulighed i sundhed er derimod systematiske forskelle i sundhed mellem grupper i samfundet som følge af forskelle i social position (7).

Større social lighed i sundhed er en vigtig målsætning i både region og kommuner. Sundhedsprofilen indeholder en række oplysninger, der kan understøtte denne indsats.

På tværs af de forskellige kapitler finder man oplysninger om befolkningens sundhed opdelt på uddannelsesniveau og i forhold til tilknytning til arbejdsmarkedet. En række af disse oplysninger er desuden sammenfattet i et særskilt kapitel.

Uddannelse er en af de vigtigste markører for social ulighed i sundhed og har også været benyttet i analyserne i de tidligere sundhedsprofiler.

Som noget nyt har vi desuden undersøgt sundhedstilstanden blandt førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere, sygedagpengemodtagere og arbejdsløse. Disse grupper har det til fælles, at de står uden for arbejdsmarkedet, samt at de på langt de fleste områder er dårligere stillet end befolkningen som helhed (8). Det har derfor interesse at beskrive sundheden i disse grupper og sammenligne dem med personer i beskæftigelse. Dels som led i beskrivelsen af den sociale ulighed i sundhed generelt, dels for at belyse, hvilke helbredsmaessige barrierer der er for at varetage et arbejde. Det sidste skal ikke mindst ses i lyset af det øgede fokus på aktiv arbejdsmarkedspolitik, der har været i de senere år. Vi håber derfor, at man bl.a. vil finde tallene informative i de kommunale beskæftigelsesforvaltninger.

Social ulighed i sundhed har også en geografisk dimension, der både skyldes, at der sker en geografisk sortering af befolkningen via boligmarkedet, og at de fysiske og sociale omgivelser i områder med mange socialt udsatte ofte er mere belastende for sundheden sammenlignet med mere velstående områder (9).

Indsatser for at reducere den geografiske ulighed i sundhed kan være en måde at reducere den sociale ulighed i sundhed på. Indsatser for at fremme sundheden i bestemte områder er især relevante i kommuner med store geografiske forskelle i sundhed. Her kan det være hensigtsmæssigt at lave målrettede indsatser i de områder, hvor de sundhedsmæssige udfordringer er størst.

I sundhedsprofilen fra 2013 blev der introduceret en opdeling af regionen i sociogeografiske områder baseret på sogne. Sundheden i de enkelte kommuner blev beskrevet i forhold til kommunens sociogeografi. Der har været stor interesse i kommunerne for denne måde at beskrive forskelle i sundhed på tværs af geografi på. Analyserne er derfor gentaget og udbygget i nærværende sundhedsprofil og kan bruges ved planlægning af indsatser for større geografisk lighed i sundhed.

Referencer

1. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2016.
2. Eplov LF, Lauridsen S. Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
3. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Genève: World Health Organization; 2013.
4. Sundhedsstyrelsen. Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv – en analyse af registerdata fra "Sundhedsprofilen 2010". København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
5. Greenhalgh J, Dalkin S, Gibbons E, Wright J, Valderas JM, Meads D, Black N. How do aggregated patient-reported outcome measures data stimulate health care improvement? A realist synthesis. *Journal of Health Services Research & Policy* 2017; 23(1):57-65.
6. MoEva – Monitorering og evaluering af patientuddannelse [Internet]. Aarhus: DEFACTUM. Available from: <http://www.defactum.dk/om-DEFACTUM/projektsite/moeva---monitorering-og-evaluering-af-patientuddannelse/>
7. Raahauge Hvass L, Manghezi A, Paldam Folker A, Sandø N. Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre? København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
8. Borgere uden for arbejdsmarkedet [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen [opdateret 7. februar 2013]. Available from: <https://www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2006/borgere-uden-for-arbejdsmarkedet>.
9. Diez-Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann N Y Acad Sci*; 2010; 1186:125-145.

INDHOLDSFORTEGNELSE

| | |
|---------------------------------------------------------------|------------|
| SAMMENFATNING | 10 |
| 1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE | 16 |
| Baggrund og formål | 16 |
| Metode..... | 16 |
| Beskrivelse af baggrundsvariable | 21 |
| Læsevejledning | 24 |
| Medarbejdere..... | 24 |
| SUNDHEDSVANER | 29 |
| 2. RYGNING | 32 |
| Hvor mange ryger? | 35 |
| Daglig rygning i hjem med børn..... | 41 |
| Hvor mange vil gerne holde op med at ryge?..... | 43 |
| Hvor mange vil gerne have støtte og hjælp til rygestop? | 47 |
| Rygestart og rygestop | 53 |
| Råd fra egen læge om rygestop | 54 |
| E-cigaretter | 55 |
| 3. ALKOHOL | 58 |
| Hvor mange har et stort alkoholforbrug?..... | 61 |
| Hvor mange rusdrikker? | 65 |
| Hvor mange vil gerne nedsætte deres alkoholforbrug? | 71 |
| Råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbrug | 75 |
| Unge og alkohol | 77 |
| 4. FYSISK AKTIVITET | 84 |
| Hvor mange er fysisk inaktive? | 89 |
| Hvor mange lever ikke op til WHO's anbefaling? | 93 |
| Hvor mange motionerer ikke i fritiden? | 97 |
| Hvor mange vil gerne være mere fysisk aktive? | 103 |
| Råd fra egen læge om at dyrke motion | 113 |
| 5. KOST | 120 |
| Hvor mange har et usundt kostmønster?..... | 122 |
| Hvor mange vil gerne spise mere sundt?..... | 131 |
| Råd fra egen læge om at ændre kostvaner | 137 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 6. OVERVÆGT | 140 |
| Hvor mange er overvægtige? | 142 |
| Hvor mange vil gerne tabe sig? | 149 |
| Råd fra egen læge om at tabe sig | 157 |
| FYSISK OG MENTAL SUNDHED | 161 |
| 7. HELBREDSRELATERET LIVSKVALITET | 164 |
| Selvurderet helbred | 165 |
| Helbredsrelateret livskvalitet | 172 |
| 8. MENTAL SUNDHED OG MENTALT HELBRED | 192 |
| Trivsel og livskvalitet | 198 |
| Stress | 204 |
| Generet af angst og anspændthed | 210 |
| Ensomhed | 216 |
| Depression | 224 |
| Unge mentale sundhed og mentale helbredsproblemer | 230 |
| 9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM | 246 |
| Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom | 250 |
| Sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom | 282 |
| Helbredsrelateret livskvalitet blandt personer med kronisk sygdom | 298 |
| Nedsat arbejdsevne blandt personer med kronisk sygdom | 309 |
| Brug for hjælp til dagligdagens gøremål blandt personer med kronisk sygdom | 311 |
| Ensomhed og depression blandt personer med kronisk sygdom | 313 |
| Borgere i behandling | 315 |
| Behandlingsbyrde | 322 |
| Sundhedskompetence | 330 |

| | |
|--------------------------------------------------------------|------------|
| ULIGHED I SUNDHED | 345 |
| 10. SOCIAL ULIGHED I SUNDHED | 348 |
| Social ulighed i sundhedsvaner | 357 |
| Social ulighed i generelt helbred | 361 |
| Social ulighed i mental sundhed og sundhedskompetence | 365 |
| 11. GEOGRAFISK ULIGHED I SUNDHED | 372 |
| Den sociogeografiske inddeling | 374 |
| Geografisk ulighed i sundhedsvaner | 379 |
| Geografisk ulighed i levevilkår | 381 |
| Geografisk ulighed i helbred og konsekvenser af sygdom | 383 |
| Sundhed på én side | 386 |
| Favrskov Kommune | 388 |
| Hedensted Kommune..... | 390 |
| Herning Kommune..... | 392 |
| Holstebro Kommune | 394 |
| Horsens Kommune | 396 |
| Ikast-Brande Kommune | 398 |
| Lemvig Kommune | 400 |
| Norddjurs Kommune..... | 402 |
| Odder Kommune..... | 404 |
| Randers Kommune | 406 |
| Ringkøbing-Skjern Kommune..... | 408 |
| Samsø Kommune | 410 |
| Silkeborg Kommune | 412 |
| Skanderborg Kommune..... | 414 |
| Skive Kommune..... | 416 |
| Struer Kommune..... | 418 |
| Syddjurs Kommune | 420 |
| Viborg Kommune | 422 |
| Aarhus Kommune..... | 424 |
| Region Midtjylland..... | 426 |
| BILAG | 430 |

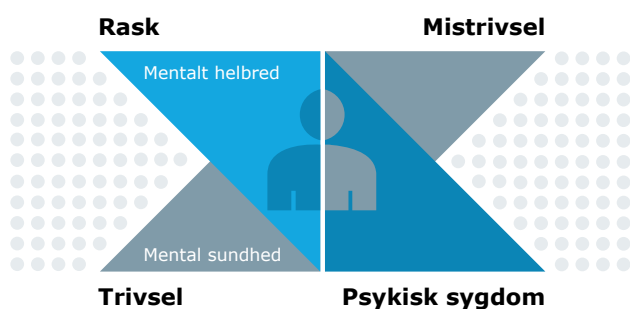
8. MENTAL SUNDHED OG MENTALT HELBRED

Formålet med dette kapitel er at give en beskrivelse af befolkningens mentale sundhed og mentale helbredsproblemer. Først introduceres centrale begreber samt viden om risikofaktorer og interventionsmuligheder. Dernæst præsenteres syv forskellige vinkler på mental sundhed og mentalt helbred: 1) trivsel og livskvalitet, 2) stress, 3) generet af angst og anspændthed, 4) ensomhed, 5) depression, 6) selvskadende adfærd og 7) risiko for udvikling af spiseforstyrrelse. Dermed spænder analysen fra almen trivsel over tegn på dårlig mental sundhed til egentlige mentale helbredsproblemer.

Hvad menes der med mental sundhed og mentalt helbred?

Det engelske begreb *mental health* kan på dansk oversættes til både *mental sundhed* og *mentalt helbred* (1). Dermed afspejler den danske oversættelse to væsentlige dimensioner af begrebet. *Mental sundhed* dækker over et spektrum fra trivsel/mentalt velbefindende til mistrivsel/mentale problemer, for eksempel i form af symptomer, som fra tid til anden kan ramme alle i befolkningen (1). En tilstand af trivsel giver mulighed for at udfolde egne evner, håndtere dagligdagens udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber (2). Den mentale sundhed er i høj grad påvirket af den enkeltes mestring af belastninger, adgang til ressourcer og samspil med omgivelserne (3) og dækker derfor både over den enkeltes oplevelse af trivsel og muligheder for og evne til at klare udfordringer og gøremål (2). *Mentalt helbred* dækker til gengæld over et sygdomsrelateret spektrum – fra at være rask til at have en psykisk lidelse – og refererer dermed til diagnoser (3) (se figur 8.1).

Figur 8.1
Mental sundhed og mentalt helbred



I praksis overlapper de to begreber hinanden afhængigt af de konkrete tilstande. Størstedelen af befolkningen har en god mental sundhed og lider ikke af en psykisk lidelse. En anden del af befolkningen har et eller flere problemer eller symptomer, som er forbundet med dårlig mental sundhed, men som ikke opfylder diagnostiske kriterier. Endelig lider en mindre del af befolkningen af egentlige psykiske lidelser. En del af denne gruppe udviser tydelige tegn på dårlig mental sundhed, mens andre, trods mentale helbredsproblemer, har en god mental sundhed, eksempelvis som følge af tilstrækkelig behandling og støtte (3).

Sammenfattende er *mental health* et bredt begreb, som dækker over en række forskellige tilstande. Dette er en potentiel styrke, men samtidig problematisk, da det giver anledning til begrebsforvirring (4). WHO har i en række rapporter søgt at nuancere begrebet (5, 6). Det fremhæves her, at mental sundhed er mere end fravær af psykisk lidelse, og at den gensidige påvirkning mellem mental sundhed/mentale helbredsproblemer og fysisk helbred er både omfattende og kompleks. Heraf følger den erkendelse, at fremme af mental sundhed og afhjælpning af mentale helbredsproblemer kræver en folkesundhedstilgang, der både tilsligter at øge trivsel og at mindske de personlige og samfundsmæssige omkostninger ved egentlige psykiske lidelser (6). Denne pointe afspejler sig i WHO's aktuelle *Mental health action plan (2013-2020)*, der sammentænker fremme af trivsel, forebyggelse og afhjælpning af psykiske lidelser og rehabilitering (7).

Samtidig fremhæver WHO, at den begrebslige og organisatoriske opdeling i mentalt helbred og fysisk helbred er en barriere for arbejdet med sundhed (8). Denne pointe bygger især på nyere forskning i neurovidenskab og adfærdsmedicin, som har vist 1) at psykiske sygdomme, ligesom mange somatiske sygdomme, er resultatet af komplekse samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer, og 2) at mentalt helbred og fysisk helbred er tæt forbundet via fysiologiske systemer og sundhedsadfærd (8). Det fysiske helbred påvirker i betydelig grad den enkeltes mentale helbred, ligesom mentalt helbred har væsentlig betydning for det fysiske helbred. Eksempelvis udløser en depression u hensigtsmæssige forandringer i immunfunktionen og øger derved risikoen for en række somatiske sygdomme (8). Endvidere er psykisk sygdom forbundet med u hensigtsmæssige

sundhedsvaner (f.eks. rygning, alkohol og seksuel risikoadfærd), som blandt andet øger risikoen for kræft, hjerte-kar-lidelser og seksuelt overførte sygdomme (8). I tråd hermed har de fleste personer med psykisk sygdom en eller flere somatiske sygdomme, og disse forekommer generelt hyppigere blandt personer med psykisk sygdom end i den øvrige befolkning (8, 9). Den forventede levetid blandt psykiatriske patienter er cirka 15-20 år kortere end i den øvrige befolkning, hvilket især skyldes livsstilsrelaterede somatiske sygdomme (10, 11).

Risikofaktorer for udvikling af dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer

Der er en stigende erkendelse af, at mental sundhed har stor betydning for blandt andet helbred, uddannelse og beskæftigelse (1). Den enkeltes sociale og økonomiske vilkår, kulturelle forhold, livsfase og mestringsstrategier giver forskellige muligheder for at modstå belastninger, som kan forringe den mentale sundhed og eventuelt udløse eller forværre mentale

helbredsproblemer (6, 12). Undersøgelser har identificeret en række faktorer, som øger risikoen for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer (se eksempler i tabel 8.1). Som det fremgår, spænder faktorerne fra det overordnede samfundsniveau (f.eks. fattigdom) over familieforhold (f.eks. omsorgssvigt) til individniveau (f.eks. fysiske helbredsproblemer) (12).

Det har vist sig vanskeligt at opstille og validere et samlet mål, der i befolkningsundersøgelser og interventionsstudier kan belyse mental sundhed og ikke blot symptomer på psykisk sygdom (4). Selv om psykiske lidelser ikke udgør en modpol til mental sundhed, er psykisk sygdom en af de væsentligste årsager til dårlig mental sundhed (4). I tråd hermed ses der en stærk negativ sammenhæng mellem mål for positiv mental sundhed/trivsel og mål, der belyser symptomer på mentale helbredsproblemer, f.eks. depression (16, 17). Dertil kommer, at forskellige tilstande, der er forbundet med mental sundhed og mentale helbredsproblemer, ofte overlapper hinanden og indgår i et gensidigt forstærkende samspil. Eksempelvis kan psykisk sygdom påvirke sociale relationer, ligesom sociale relationer kan have betydning for symptomer på psykisk sygdom: Depression øger risikoen for ensomhed, ligesom ensomhed øger risikoen for depression (18, 19, 20). Tilsvarende er stress et tegn på dårlig mental sundhed, men også en risikofaktor i forhold til depression (21, 22). Dette varierende landskab af forskellige komponenter af mental sundhed og mentale helbredsproblemer er med til at understrege, at det er relevant både at beskrive trivsel, forskellige aspekter af dårlig mental sundhed og egentlige mentale helbredsproblemer.

Tabel 8.1
Eksempler på risikofaktorer for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer (1, 12, 13, 14, 15)

| |
|------------------------------------------------------------|
| Biologiske forhold (herunder genetik) |
| Omsorgssvigt, vold og seksuelle overgreb |
| Sygdom/dødsfald blandt nærtstående |
| Mobning/social eksklusion/diskrimination |
| Fysiske helbredsproblemer/funktionstab |
| Lavt selvværd |
| Arbejdsløshed |
| Misbrug af alkohol og stoffer |
| Kriminalitet |
| Fattigdom |
| Manglende social støtte |
| Psykisk sygdom (risikofaktor for dårlig mental sundhed) |

Udviklingen i mental sundhed og mentale helbredsproblemer

Det er vanskeligt at danne sig et samlet billede af udviklingen i befolkningens mentale sundhed og mentale helbredsproblemer i Danmark, hvilket blandt andet skyldes, at de to begreber dækker over en række forskellige tilstande. Flere undersøgelser bidrager imidlertid med væsentlig information herom. Analyser baseret på *Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen* peger på, at forekomsten af dårligt mentalt helbred i den voksne danske befolkning faldt fra 1994 til 2005 (23). Dog sås en stigende forekomst af dårlig mental sundhed hos unge kvinder (16-24 år) fra 2000 til 2005. *Den natio-*

nale sundhedsprofil fra 2013 peger på en lille stigning i andelen med dårligt mentalt helbred fra 2010 til 2013 (24). Andelen med højt stressniveau forblev i samme periode uændret på befolkningsniveau, om end der sås en stigning blandt yngre kvinder (16-34 år) og et fald blandt ældre (75+ år). Angående psykiske lidelser er det vanskeligt at finde sammenlignelige befolkningsundersøgelser (1, 25). Registeroplysninger peger dog på en stigning fra 2001 til 2011 i antallet af voksne (18+ år), som har været i kontakt med den regionale psykiatri på grund af angsttilstande og depression (25). Antallet af kontakter er i samme periode uændret for en række andre psykiske sygdomme (voksne) (25).

Rapporten *Børn og unges mentale helbred* fra 2014 har på baggrund af danske videnskabelige undersøgelser kortlagt de foregående 20 års udvikling i mentalt helbred hos børn og unge (10-24 år) (1). Kortlægningen dokumenterer, at der på tværs af en række indikatorer for mental sundhed (bl.a. nervøsitet og stress, søvnproblemer og medicin mod hovedpine) har været en negativ udvikling. Eksempelvis er andelen af 16-24-årige kvinder, som ofte *føler* sig nervøse og stressede, steget fra 14 % i 2005 til 26 % i 2013. Endvidere viser registeroplysninger en stigning i antallet af børn og unge, som diagnosticeres og modtager behandling for psykiske lidelser, hvilket tilskrives både en negativ udvikling og øget fokus/kapacitet på området (1, 25).

Sammenfattende tyder tilgængelige undersøgelser på, at der overordnet er sket en forværring i børn og unges mentale sundhed og mentale helbred (især blandt unge kvinder), mens udviklingen i den voksne del af befolkningen er mere uklar. En mulig forklaring på udviklingen hos børn og unge er ændrede samfundsforhold, blandt andet i form af øgede krav og øgede forventninger til egne og andres præstationer (25). Flere studier peger på, at unge – især kvinder – oplever, at de skal præstere på en lang række fronter, herunder uddannelse, venskaber og udseende (26, 27, 28). Denne oplevelse kan danne grundlag for en performancekultur, hvor unge løbende søger at gøre sig gældende på den bedst tænkelige måde og derfor stiller høje krav til sig selv. Samtidig skal de unge navigere i de mange muligheder og valg, som er en del af ungdomslivet i det moderne samfund, hvilket kan skabe en frygt for at forspilde sine chancer og føre til selvbeprejdelser, når tingene ikke lykkes (26).

Indsatser for at fremme mental sundhed og et godt mentalt helbred

WHO har påpeget, at indsatser til mental sundhedsfremme og forebyggelse af psykiske lidelser med fordel kan kategoriseres ud fra formål og målgruppe (6). En dominerende tilgang til arbejdet med mental sundhed og mentale helbredsproblemer bygger på den forestilling, at universelle indsatser, som tilbydes alle og ikke er behovsstyrede, kan forbedre hele eller dele af befolkningens trivsel og derigennem forebygge forekomsten af psykiske lidelser (29, 30). Det kan eksempelvis dreje sig om kampagner, som sigter mod åbenhed omkring mentale helbredsproblemer og afstigmatisering af psykisk sygdom (31). Set fra dette perspektiv vil selv en mindre forbedring af befolkningens mentale sundhed føre til en reduktion i forekomsten af psykiske lidelser (29, 30, 32). En anden dominerende tilgang til arbejdet med mental sundhed og mentale helbredsproblemer er selektive eller indikerede forebyggende indsatser, som er rettet mod udvalgte målgrupper eller enkeltpersoner, der har en forhøjet risiko for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer. Det kan eksempelvis dreje sig om screening for symptomer på fødselsdepression eller demens (6).

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2012 en forebyggelsespakke, der kan understøtte arbejdet med konkrete indsatser og inspirere til politiske målsætninger, der skal medvirke til at forbedre befolkningens mentale sundhed (33). Mange kommuner har blandt andet på den baggrund udarbejdet en politik for mental sundhed og styrket deres indsats inden for forskellige fagområder (34). Endvidere har Sund By Netværket, som omfatter 56 kommuner, nedsat en temagrupper, der arbejder med mental sundhed (35). I kommunalt regi ses både sundhedsfremmende tiltag (36) og forebyggende og afhjælpende indsatser, der sigter mod forskellige problemer, som er forbundet med mental sundhed og mentalt helbred (34). Indsatserne spænder bredt fra stresspolitikker over skolebaserede antimobbeprogrammer til indsatser for personer med lettere angst- og depressionstilstande. Kommunernes indsats for personer med psykiske lidelser er et område i udvikling med mange forskellige opgaver og en bred målgruppe (25).

Den eksisterende viden om indsatsernes effekt varierer på tværs af forskellige problemstillinger. Der mangler især viden om, hvilke interventioner der ef-

fektivt fremmer positiv mental sundhed (6). Endvidere er vores viden om effekten af strukturelle indsatser mangelfuld. Dog har universelle tiltag, der begrænser adgang til medicin og våben, vist sig effektivt som selvmordsforebyggende indsatser (37).

Det er samtidig veldokumenteret, at mange mennesker med mentale helbredsproblemer ikke modtager den rette behandling (38, 39). Dansk Psykiatrisk Selskab vurderer, på baggrund af udenlandske undersøgelser, at ca. 20 % af den danske befolkning i løbet af et år opfylder kriterierne for en psykisk lidelse, og at knap halvdelen af disse ikke er i behandling (25).

Der er særlig god grund til at lave indsatser i barn- og ungdomsårene, da de fleste mentale helbredsproblemer opstår i denne periode (12). Samtidig udgør mentale helbredsproblemer en stor del af den samlede sygdomsbyrde hos børn og unge (antal år, som går tabt pga. nedsat funktionsevne eller for tidlig død) (1). Endvidere tyder danske undersøgelser som nævnt på, at der inden for de seneste 20 år er sket en stigning i andelen af unge med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer (1). Det er således nødvendigt at sikre en tidlig indsats i form af forebyggelse og behandling/støtte, hvis der skal ske en bedring i befolkningens mentale sundhed og helbred. Det er derfor positivt, at andelen af kommuner, hvor mental sundhed indgår som en integreret del af indsatsen på skoleområdet, er stigende (34).

Der findes en omfangsrig litteratur om forebyggende programmer til børn og unge, men forholdsvis få kontrollerede studier af indsatserne effekt (1). Grundskolen anses generelt som en relevant arena for forebyggelse og tidlig intervention i forhold til mentalt helbred, da skolen giver adgang til hele børne-/ungegruppen og samtidig giver mulighed for at nå elever, som er særligt udsatte, og som i andre sammenhænge er svære at identificere (40). Litteraturstudier tyder på, at brug af skolebaserede programmer til forebyggelse af psykosociale vanskeligheder og risikoadfærd har en effekt (40, 41, 42). Programmerne har dog størst effekt, når indsatsen bliver grundigt implementeret, er langvarig og involverer hele skolen inklusive elever, lærere, ledelse og forældre (det såkaldte "Whole School Approach") (41, 43).

Kapitlets opbygning

Formålet med dette kapitel er som nævnt at beskrive befolkningens mentale sundhed og mentale helbredsproblemer ud fra forskellige vinkler. I analysen beskrives først forekomsten af trivsel og livskvalitet i forhold til køn, alder, sociale forhold og geografi. Dernæst beskrives forekomsten af forskellige aspekter af dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer i forhold til køn, alder, sociale forhold, geografi samt en række udvalgte grupper, som har øget risiko for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer (benævnt risikogrupper). En del af denne analyse har fokus på unge.

Følgende indikatorer for mental sundhed og mentalt helbred indgår i analysen:

- God trivsel/livskvalitet (god mental sundhed)
- Højt stressniveau (dårlig mental sundhed)
- Generet af angst og anspændthed (dårlig mental sundhed og muligvis dårligt mentalt helbred)
- Ensomhed (dårlig mental sundhed)
- Depression (dårligt mentalt helbred)
- Selvskadende adfærd hos unge (dårlig mental sundhed)
- Risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse hos unge kvinder (risiko for dårligt mentalt helbred)

Dermed rettes fokus overvejende mod dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer, selv om vi anerkender, at positive dimensioner af mental sundhed også er relevante for arbejdet med befolkningens mentale sundhed og mentale helbred. De nævnte indikatorer beskrives nærmere i kapitlet forud for analyserne.

Forekomsten af somatisk sygdom hos personer med psykisk sygdom beskrives i kapitel 9, *Kronisk sygdom og multisygdom*, som også belyser sundhedsvaner hos personer med psykisk sygdom og forekomsten af depression og ensomhed hos personer med somatisk sygdom.

Risikogrupper. I analysen indgår 14 faktorer, som bidrager til at belyse mental sundhed og mentale helbredsproblemer hos grupper, der ifølge tidligere undersøgelser har en forøget risiko for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer. Fem af disse grupper bruges alene til at belyse unges mentale

sundhed. Det skal holdes for øje, at risikogrupperne overlapper hinanden, og samme person kan derfor indgå i flere grupper. Følgende risikogrupper indgår i analysen:

- Belastet af dødsfald blandt de nærmeste
 - Belastet af sygdom hos nærtstående
 - Belastet af økonomiske forhold
 - Belastet af arbejdssituation (personer i arbejde)
 - Udsat for fysisk vold (25 år og opefter)
 - Dårligt selvvurderet helbred
 - Tegn på alkoholproblemer
 - Tegn på social isolation
 - Mangler social støtte
- Udsat for fysisk vold i hjemmet i barndom (unge)
 - Udsat for seksuelt overgreb i barndom (unge)
 - Udsat for kærestevold (unge)
 - Højt forbrug af hash (unge)
 - Anden seksuel orientering end heteroseksuel (unge)

Følgende spørgsmål fra *Hvordan har du det? 2017* er anvendt til at belyse de nævnte risikogrupper:

Belastende livsomstændigheder. Deltagerne er i undersøgelsen blevet spurgt, om de inden for de seneste 12 måneder har følt sig belastet af 1) Dødsfald blandt de nærmeste, 2) Sygdom hos partner, familie eller nære venner, 3) Økonomi og 4) Arbejdssituation. I analysen indgår den andel, der har svaret 1) Ja, en del eller 2) Ja, meget til spørgsmålene om, hvorvidt de har været belastet af henholdsvis dødsfald, sygdom, økonomiske forhold eller deres arbejdssituation. I analysen af personer, der er belastet af deres arbejdssituation, rettes fokus mod beskæftigelsesrelaterede forhold (herunder arbejdsmiljø) fremfor belastninger som følge af manglende beskæftigelse. Derfor er det kun deltagere, som er i arbejde, der indgår i denne analyse.

Udsat for fysisk vold (25 år og derover). Deltagerne er i undersøgelsen blevet spurgt, om de inden for det seneste år har været udsat for fysisk vold. I analysen indgår den andel, der har bekræftet dette.

Dårligt selvvurderet helbred. I undersøgelsen indgår spørgsmålet "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?" med svarmulighederne 1) Fremragende, 2) Vældig godt, 3) Godt, 4) Mindre godt og 5) Dårligt. De to

sidste svarmuligheder betegnes som dårligt selvvurderet helbred. Selvvurderet helbred er en persons egen vurdering af sin helbredstilstand og kan betragtes som en opsummering og evaluering af forskellige aspekter ved helbredet (se kapitel 7) (44, 45). Derfor vil der være et overlap mellem dårligt selvvurderet helbred og specifikke mentale helbredsproblemer, som beskrives i dette kapitel.

Tegn på alkoholproblemer. I undersøgelsen indgår CAGE-C, der består af seks spørgsmål om alkoholvaner, som belyser tegn på alkoholproblemer (46). Spørgsmålene omhandler personens egen oplevelse af, om alkoholforbruget er problematisk, og hvorvidt personer i netværket har givet udtryk for, at alkoholforbruget er for stort. Derudover indgår et spørgsmål om den fysiske afhængighed af alkohol samt to spørgsmål om drikkemønstret og hyppigheden af indtaget. Analysen omfatter den andel, der har tegn på alkoholproblemer.

Tegn på social isolation. Berkman og Syme konstruerede i 1970'erne et socialt netværksindeks som et objektivi mål for sociale relationer (47). Indekset kombinerer på simpel vis information om samliv, social kontakt med familie og venner, religiøse aktiviteter og medlemskab af organisationer/klubber. Lignende indeks er siden anvendt i mange undersøgelser (48). Fordelen ved et sådant indeks er, at oplysninger om forskellige sociale kontaktflader kombineres i et samlet mål, som udtrykker graden af social deltagelse/social isolation. På baggrund af spørgsmål fra *Hvordan har du det? 2017* er der udviklet et sådant indeks.

Følgende seks indikatorer indgår:

- 1) Bor ikke sammen med ægtefælle/samlever (hele befolkningen) og er ikke i et kæresteforhold, som har varet minimum et år (unge).
- 2) Har mindre end månedlig/aldrig kontakt med familie, som vedkommende ikke bor sammen med.
- 3) Har mindre end månedlig/aldrig kontakt med venner.
- 4) Har mindre end månedlig/aldrig kontakt med kolleger eller studiekammerater i fritiden.
- 5) Har mindre end månedlig/aldrig kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet.
- 6) Deltager aldrig i foreningsliv eller frivilligt arbejde sammen med andre.

Man kan score fra 0 til 6 point på indekset. Det antages, at personer med en score på 0-2, svarende til højst 2 kontaktflader, udviser tegn på social isolation. I analysen indgår den andel, der ifølge indekset udviser tegn på social isolation.

Mangler social støtte. Deltagerne i undersøgelsen er blevet spurgt: "Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?" med svarmulighederne 1) Ja, altid, 2) Ja, for det meste, 3) Ja, nogle gange og 4) Nej, aldrig eller næsten aldrig. I analysen indgår den andel, der har svaret, at de aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med.

Udsat for fysisk vold i hjemmet i barndom (unge). Deltagerne på 16-24 år er i undersøgelsen blevet spurgt, om de i deres barndom (før de fyldte 13 år) har været udsat for fysisk vold eller trusler om fysisk vold (f.eks. blevet skubbet, revet, rusket, slået, sparket, kastet ind i noget eller blevet truet med tæsk). De deltagere, der bekræftede dette, blev efterfølgende spurgt, hvem der udsatte dem for den fysiske vold. I analysen indgår den andel, der har angivet, at en forælder eller anden familie har udsat dem for fysisk vold eller trusler om fysisk vold.

Udsat for seksuelt overgreb i barndom (unge). Deltagerne på 16-24 år er i undersøgelsen blevet spurgt, om de i deres barndom (før de fyldte 13 år) har været udsat for seksuelle overgreb eller forsøg på seksuelle overgreb (f.eks. seksuel beføling, forsøg på samleje eller gennemført samleje). I analysen indgår den andel, der har bekræftet, at de har været udsat for seksuelle overgreb eller forsøg på seksuelle overgreb.

Udsat for kærestevold (unge). Deltagerne på 16-24 år er i undersøgelsen blevet spurgt, om de i deres ungdomsliv (13-24 år) har været udsat for henholdsvis fysisk vold/trusler om fysisk vold eller seksuelle overgreb/forsøg på seksuelle overgreb. De deltagere, der bekræftede dette, blev efterfølgende spurgt, hvem der udsatte dem for fysisk vold og/eller seksuelle overgreb. Analysen omfatter den andel, der har angivet, at en kæreste/ægtefælle (tidligere eller nuværende) har udsat dem for fysisk vold og/eller seksuelle overgreb.

Højt forbrug af hash (unge). Deltagerne på 16-24 år er i undersøgelsen blevet spurgt, hvor mange gange de har røget hash inden for de seneste 12 måneder.

I analysen indgår den andel, der har angivet, at de har et højt forbrug af hash (10+ gange inden for de seneste 12 måneder) (49).

Anden seksuel orientering end heteroseksuel (unge). Deltagerne på 16-24 år er i undersøgelsen blevet spurgt, hvorvidt de opfatter sig selv som 1) Heteroseksuel, 2) Homoseksuel, 3) Biseksuel, 4) Uafklaret eller 5) Andet. Analysen omfatter den andel, der har angivet en anden seksuel orientering end heteroseksuel.

Trivsel og livskvalitet

Den samlede oplevelse af egen trivsel og livskvalitet udgør en bred parameter for mental sundhed og anvendes i analysen til at beskrive borgernes subjektive oplevelse af mental sundhed (se desuden foregående kapitel om helbredsrelateret livskvalitet). Trivsel og livskvalitet er to nært beslægtede paraplybegreber (50): Trivsel dækker blandt andet over vurdering af eget liv, vilkår og begivenheder inden for forskellige domæner, mens livskvalitet refererer til, om man på et overordnet niveau finder sit liv tilfredsstillende, og påvirkes dermed af en række forhold (f.eks. helbred, boligforhold, arbejdsliv og økonomi, sociale relationer og selvfølelse) (51, 52). Selvvurderet trivsel og livskvalitet inkluderer således livsaspekter, som er centrale for mental sundhed.

Trivsel og livskvalitet er i *Hvordan har du det?* belyst med spørgsmålet "Hvordan synes du, din trivsel og livskvalitet er alt i alt?" med svarmulighederne:

1) Virkelig god, 2) God, 3) Nogenlunde, 4) Dårlig og 5) Meget dårlig.

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

Spørgsmålet om trivsel og livskvalitet indgik ikke i *Hvordan har du det?* i 2010. Det er således kun muligt at belyse udviklingen i trivsel og livskvalitet fra 2013 til 2017.

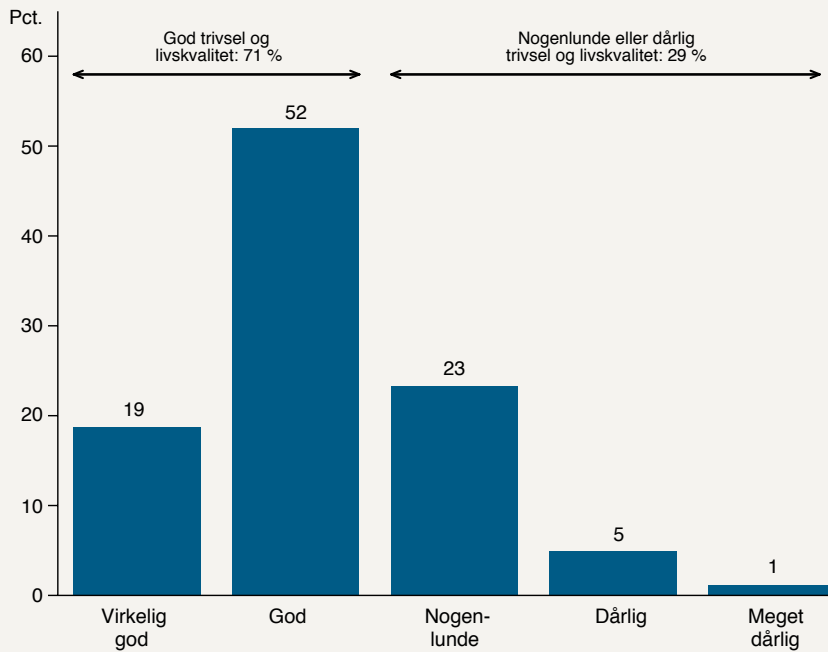
Trivsel og livskvalitet i hele befolkningen

Figur 8.2 viser, hvordan svarene fordeler sig på spørgsmålet om trivsel og livskvalitet. Der er 71 %, som vurderer, at de har en god trivsel og livskvalitet, mens 29 % vurderer, at de har nogenlunde eller dårlig trivsel og livskvalitet. De fleste personer vurderer således, at de har en god trivsel og livskvalitet, hvilket svarer til knap 700.000 borgere i Region Midtjylland. I det følgende fokuseres der på denne gruppe.

► **2013-2017.** Der er fra 2013 til 2017 sket et fald fra 76 % til 71 % i andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er god. Se [figur 8.2.S i bind 2](#). ◀

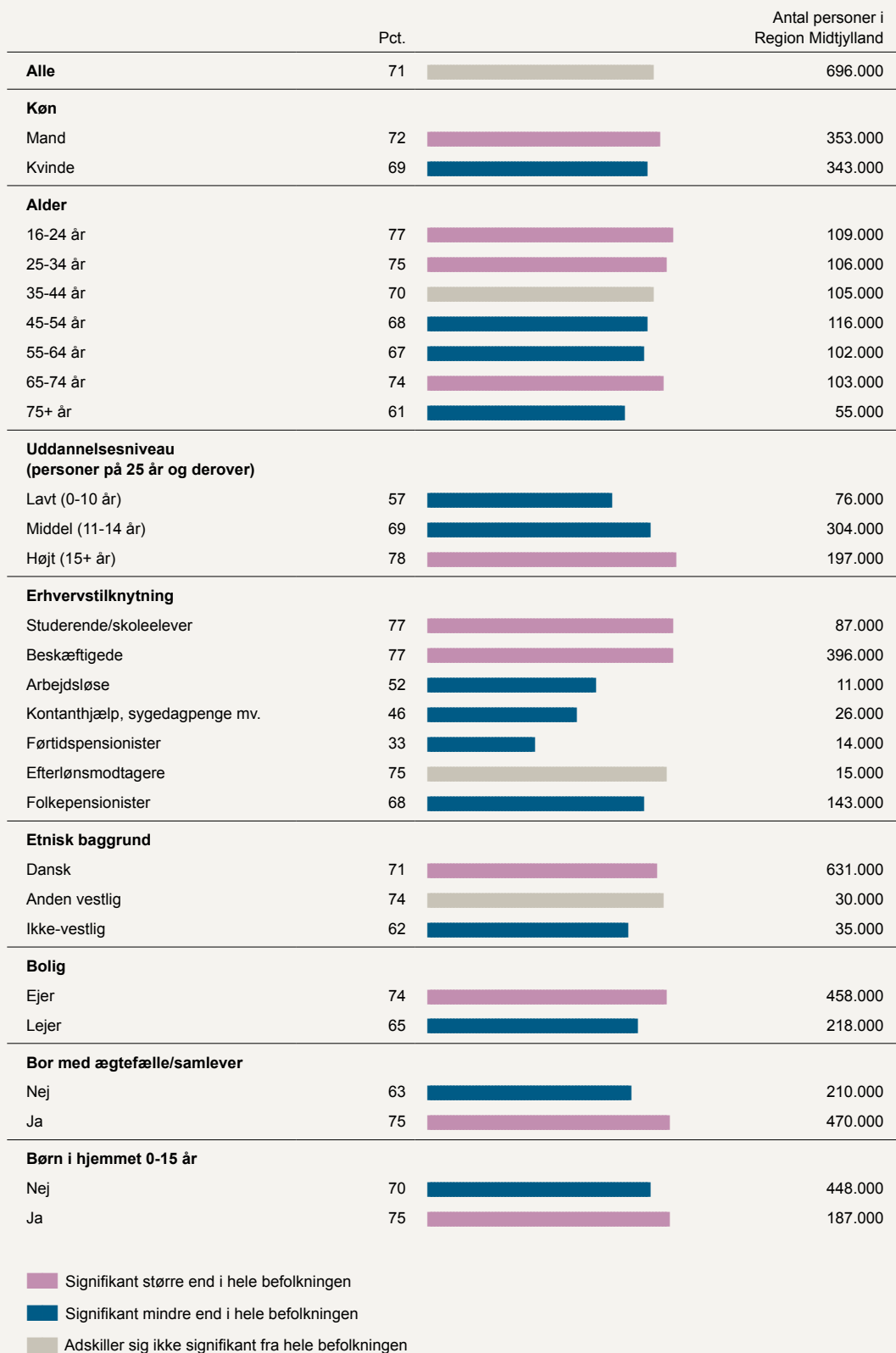
Figur 8.2

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



Figur 8.3

God trivsel og livskvalitet – køn, alder og sociale forhold



God trivsel og livskvalitet – køn, alder og sociale forhold

Af figur 8.3 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der har en god trivsel og livskvalitet, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 16-34 år og 65-74 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever og beskæftigede
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der bor med ægtefælle/samlever
- Personer med børn i hjemmet

Køn. Der er en lidt større andel af mænd end kvinder, der har en god trivsel og livskvalitet.

Alder. De største andele af personer med en god trivsel og livskvalitet er blandt de 16-34-årige og de 65-74-årige, og de mindste andele er blandt de 45-64-årige og blandt personer på 75 år eller derover.

Uddannelsesniveau. Andelen af personer med en god trivsel og livskvalitet øges med stigende uddannelsesniveau. Der er 78 % med en god trivsel og livskvalitet blandt personer med højt uddannelsesniveau og 57 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Der er en stærk sammenhæng mellem en god trivsel og livskvalitet og erhvervstilknytning. De største andele med en god trivsel og livskvalitet findes blandt studerende/skoleelever og beskæftigede. De mindste andele med en god trivsel og livskvalitet findes blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister. Blandt førtidspensionister er det blot 33 %, der angiver, at de har en god trivsel og livskvalitet, mens andelen er på 77 % blandt studerende/skoleelever og beskæftigede.

Etnisk baggrund. Andelen med en god trivsel og livskvalitet er mindst blandt personer med ikke-vestlig baggrund.

Bolig. En større andel personer, der bor i ejerbolig, har en god trivsel og livskvalitet, end det er tilfældet for personer, der bor i lejebolig.






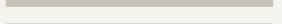
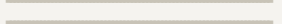










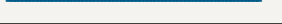

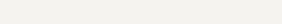
Bor med ægtefælle/samlever. En markant større andel blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever, har en god trivsel og livskvalitet, end det er tilfældet for personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever




Børn i hjemmet. En lidt større andel personer med børn i hjemmet har en god trivsel og livskvalitet, end det er tilfældet for personer uden børn i hjemmet.

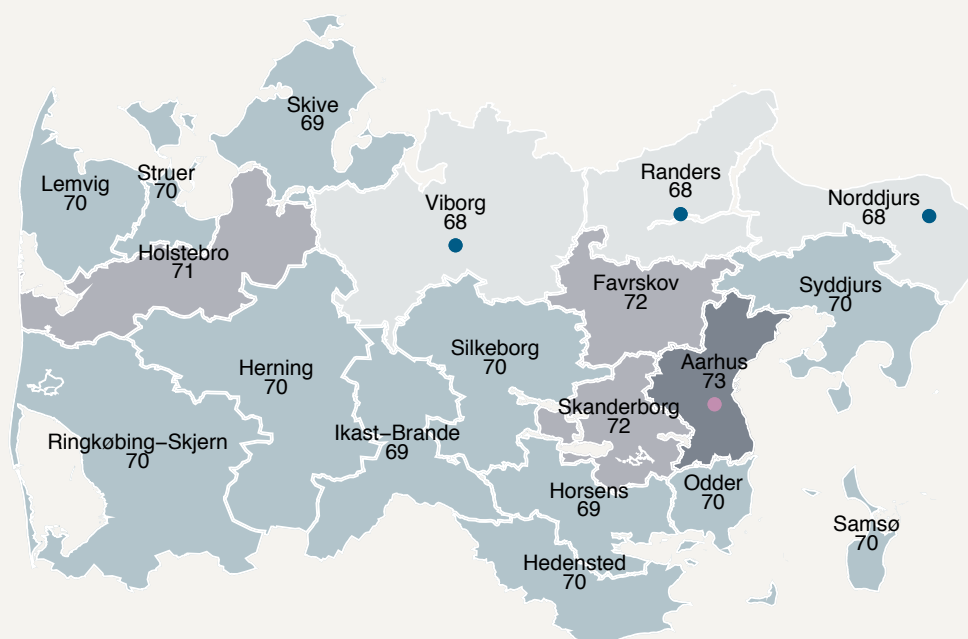
► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen, der har en god trivsel og livskvalitet, både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 8.2.S i bind 2. ◀

Figur 8.4

God trivsel og livskvalitet – kommuner

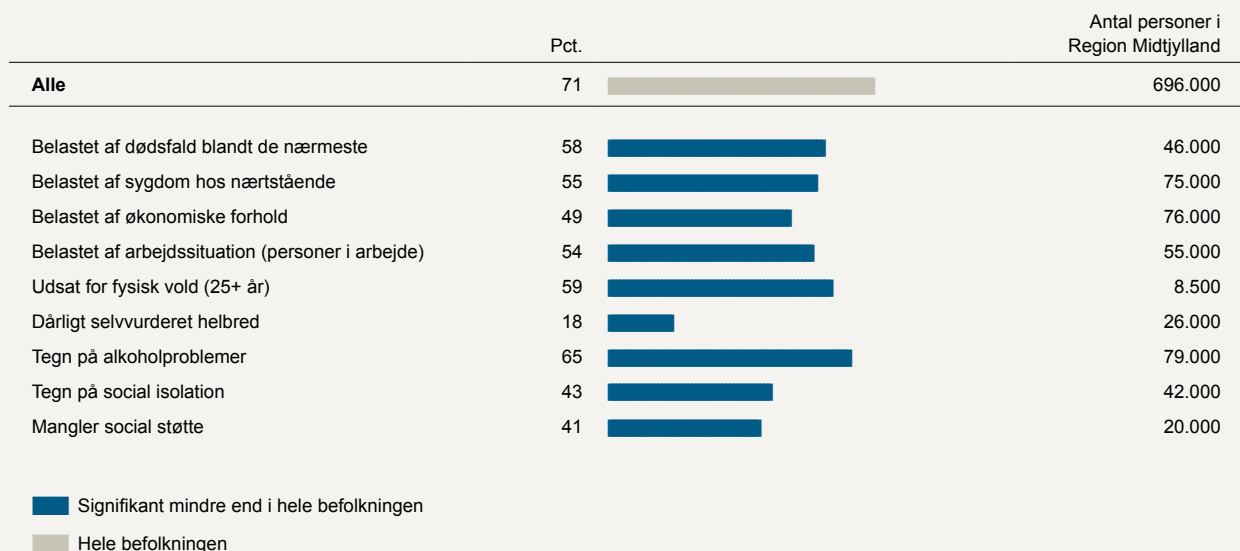
| | Pct. | | Antal personer i kommunerne |
|--------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Aarhus | 73 |  | 188.000 |
| Favrskov | 72 |  | 25.000 |
| Skanderborg | 72 |  | 31.000 |
| Holstebro | 71 |  | 31.000 |
| Odder | 70 |  | 12.000 |
| Lemvig | 70 |  | 11.000 |
| Herning | 70 |  | 47.000 |
| Ringkøbing-Skjern | 70 |  | 30.000 |
| Syddjurs | 70 |  | 23.000 |
| Hedensted | 70 |  | 24.000 |
| Struer | 70 |  | 12.000 |
| Samsø | 70 |  | 2.100 |
| Silkeborg | 70 |  | 48.000 |
| Ikast-Brande | 69 |  | 21.000 |
| Horsens | 69 |  | 45.000 |
| Skive | 69 |  | 25.000 |
| Norddjurs | 68 |  | 20.000 |
| Randers | 68 |  | 52.000 |
| Viborg | 68 |  | 49.000 |
| Region Midtjylland | 71 |  | 696.000 |

-  Signifikant større end i hele befolkningen
-  Signifikant mindre end i hele befolkningen
-  Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



Figur 8.5

God trivsel og livskvalitet – forekomsten i forskellige risikogrupper



God trivsel og livskvalitet – kommuner

Figur 8.4 viser, at andelen med en god trivsel og livskvalitet varierer lidt mellem kommunerne, fra 68 % i Norddjurs, Randers og Viborg til 73 % i Aarhus.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel af personer med en god trivsel og livskvalitet i Aarhus Kommune.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel af personer med en god trivsel og livskvalitet i følgende kommuner:

- Norddjurs
- Randers
- Viborg

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen af personer med god trivsel og livskvalitet i alle kommuner, undtagen i Skive og på Samsø. Faldet varierer fra 3 procentpoint i Aarhus til 8 procentpoint i Viborg og Lemvig. Se [figur 8.3.S i bind 2](#). ◀

God trivsel og livskvalitet – i forskellige risikogrupper

Af figur 8.5 fremgår forekomsten af god trivsel og livskvalitet i forskellige risikogrupper. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel med god trivsel og livskvalitet blandt alle risikogrupper. Den mindste andel med god trivsel og livskvalitet findes blandt personer med dårligt selvvurderet helbred, hvoraf blot 18 % har en god trivsel og livskvalitet.

Stress

Stress er et væsentligt sundhedsmæssigt problem med store personlige og samfundsmæssige omkostninger og er en vigtig årsag til sygefravær (53, 54). Stress kan beskrives som en tilstand af kropslig og psykisk ubalance. Jo højere stressniveau, jo dårligere trivsel.

Stress er ikke en sygdom, men stress øger risikoen for fysisk og psykisk sygdom og forringet livskvalitet, især hvis der er tale om en stresstilstand, der strækker sig over en længere periode (55). Det oplevede stressniveau er derfor en vigtig indikator for dårlig mental sundhed.

Der er forskningsmæssig dokumentation for, at stress øger risikoen for forkølelse, influenza, hjerte-kar-lidelser, hjerneblødning/blodprop i hjernen, depression og kortere levetid (56, 57).

Man skelner 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. (58, 59). Stress er således både et socialt, psykologisk og fysiologisk fænomen. I figur 8.6 ses en illustration, der med udgangspunkt i nyere stressforskning beskriver det komplekse samspil mellem social kontekst, stresspåvirkninger, ressourcer og helbred (60).

I *Hvordan har du det?* anvendes et standardiseret og anerkendt mål for oplevet stress: Perceived Stress Scale (PSS) (61, 62). 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.

Figur 8.6
Stressmodel



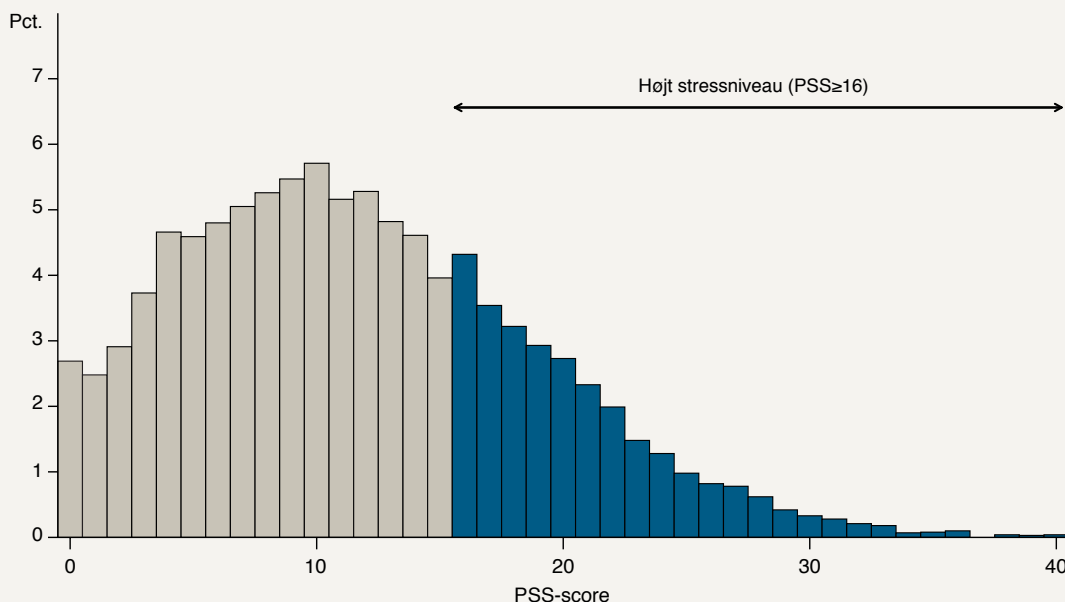
PSS bygger på Richard Lazarus' kognitive stressmodel, der ligger til grund for meget af den nyere psykologiske stressforskning (63). Stress opstår ifølge Lazarus i et samspil mellem individ og omgivelser. Stress udløses af stresspåvirkninger, men personens egen vurdering af, om en begivenhed eller en tilstand er stressende, er et vigtigt mellemlid mellem stresspåvirkning og stressreaktion. Belastning og mestring er således koblet sammen i Lazarus' stressmodel. 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 har diabetes (64).

Det er vigtigt at være opmærksom på, at stress kan opstå som følge af alle slags belastninger. Eksempelvis viste en undersøgelse, baseret på data fra *Hvordan har du det? 2006*, at en belastende arbejdssituation var den vigtigste stressfaktor for personer i arbejde, mens den vigtigste stressfaktor hos personer uden arbejde var sygdom (65). 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.

Interventionsforsøg viser, at mennesker med et højt stressniveau kan blive bedre til at undgå og mestre stresspåvirkninger (66). På arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner og i andre sociale fællesskaber kan der desuden gøres 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 uddannelsesinstitutioner kan ledelse og undervisere medvirke til at reducere stress hos elever/studerende ved at sikre, at der er tid til de forskellige opgaver/afleveringer og vejledning i, hvordan opgaverne skal prioriteres (27). På samfundsplan kan der endvidere gøres en indsats for at mindske belastningerne i særligt udsatte grupper samt skabe gode betingelser for børnefamilier, så der opnås en bedre balance mellem arbejds- og familieliv.

Figur 8.7

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



Stressniveauet i 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 8.7 viser, hvordan scoren fordeler sig i hele befolkningen. Den gennemsnitlige score er 12,2 point.

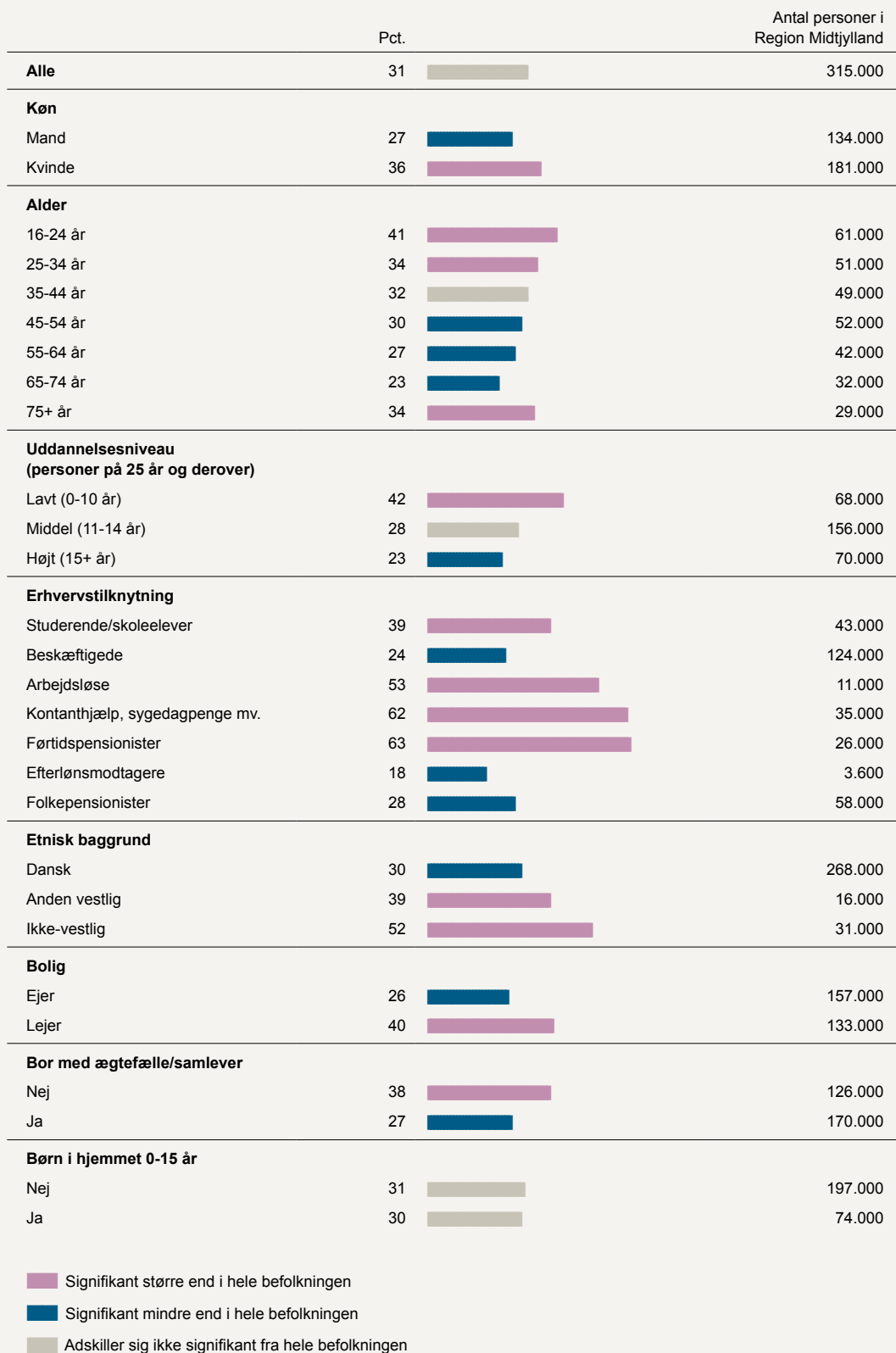
Man kan opleve en mindre eller større grad af stress, men PSS har ikke en indbygget definition af, hvor mange point der skal til for at have et højt stressniveau. Som det fremgår af figur 8.7, er der mange, der har en værdi omkring gennemsnittet.

En undersøgelse af sammenhængen mellem stress og risikoen for langtidssygemelding viser, at den relative risiko stiger betydeligt ved en PSS-score på 16 point og opfejer (67). Dette indikerer, at stress især udgør en helbredsmæssig risiko for den del af befolkningen, der har et stressniveau derover.

I det følgende fokuseres der på denne brede befolkningsgruppe, dvs. personer med en PSS-score på 16-40 point. Denne gruppe udgør 31 % af befolkningen. Dette svarer til godt 315.000 personer i Region Midtjylland eller knap hver tredje af regionens borgere.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen af personer, der har et højt stressniveau, fra 28 % til 31 %. Se figur 8.5.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen af personer, der har et højt stressniveau, fra 27 % til 31 %. Se figur 8.5.S i bind 2. ◀

Figur 8.8Højt stressniveau (PSS \geq 16) – køn, alder og sociale forhold

Højt stressniveau – køn, alder og sociale forhold

Af figur 8.8 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med højt stressniveau blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-34 år og personer på 75 år eller derover
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med anden vestlig baggrund end dansk og personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever

Køn. Der er en større andel af kvinder end mænd, der har et højt stressniveau.

Alder. Andelen af personer med højt stressniveau er faldende med alderen, om end der ses en stigning blandt personer på 75 år eller derover. De største andele af personer med højt stressniveau findes blandt de 16-34-årige og blandt personer på 75 år eller derover, og de mindste andele findes blandt de 45-74-årige.

Uddannelsesniveau. Andelen af personer med højt stressniveau er størst blandt personer med lavt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Der er en markant sammenhæng mellem erhvervstilknytning og andelen med højt stressniveau. De største andele af personer med højt stressniveau er blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Især ses en meget høj andel blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister, hvor cirka 2 ud af 3 personer har et højt stressniveau. De mindste andele af personer med højt stressniveau findes blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Den største andel af personer med højt stressniveau findes blandt personer med ikke-vestlig baggrund efterfulgt af personer med anden vestlig baggrund end dansk. Den mindste andel findes blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. En større andel personer, der bor i lejebolig, har et højt stressniveau, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.






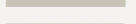











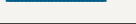

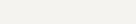
Bor med ægtefælle/samlever. Der er en større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, som har et højt stressniveau, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.




Børn i hjemmet. Der er ingen sammenhæng mellem, hvorvidt der er børn i hjemmet eller ej og højt stressniveau.

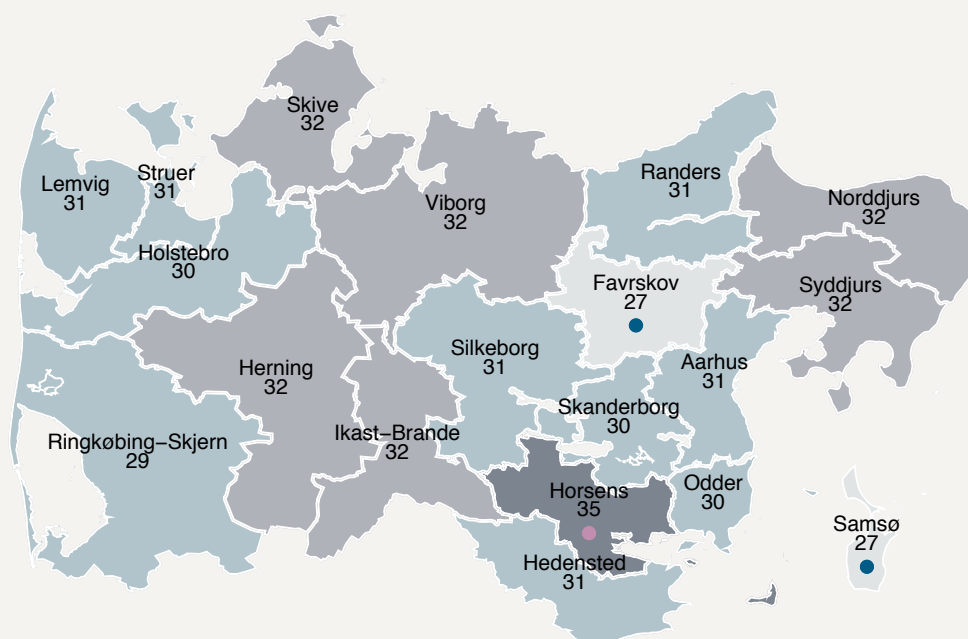
► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen af personer, der har et højt stressniveau, blandt både mænd og kvinder, blandt de 16-64-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 8.5.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen af personer, der har et højt stressniveau, blandt både mænd og kvinder, blandt de 16-64-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 8.5.S i bind 2. ◀

Figur 8.9Højt stressniveau (PSS \geq 16) – kommuner

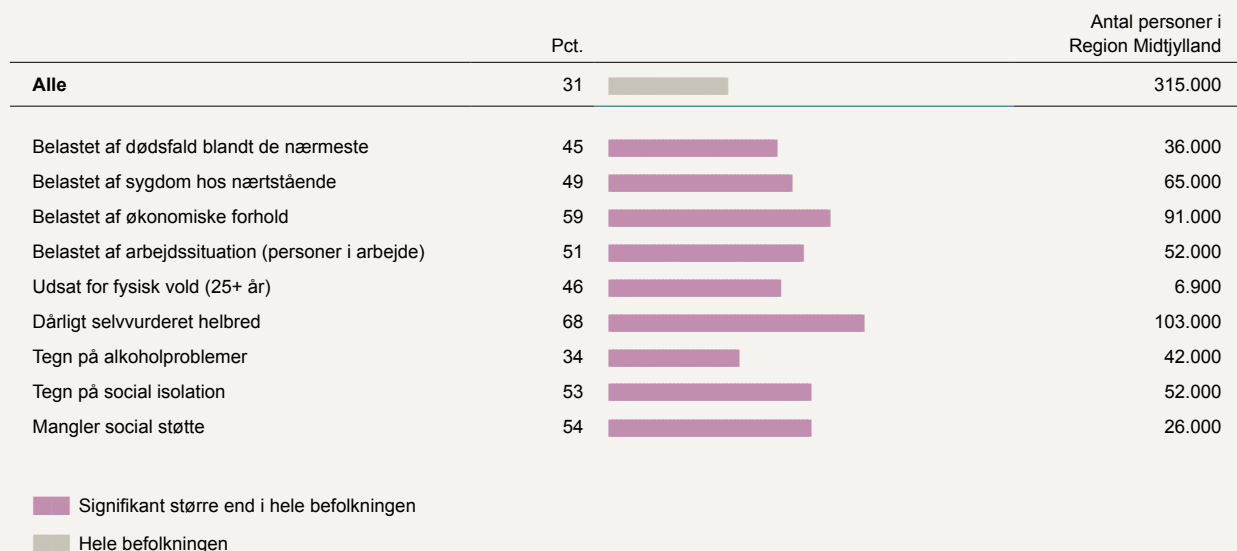
| | Pct. | | Antal personer i kommunerne |
|--------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Horsens | 35 |  | 24.000 |
| Viborg | 32 |  | 24.000 |
| Norddjurs | 32 |  | 9.700 |
| Skive | 32 |  | 12.000 |
| Syddjurs | 32 |  | 11.000 |
| Herning | 32 |  | 21.000 |
| Ikast-Brande | 32 |  | 9.800 |
| Aarhus | 31 |  | 83.000 |
| Struer | 31 |  | 5.300 |
| Hedensted | 31 |  | 11.000 |
| Randers | 31 |  | 24.000 |
| Silkeborg | 31 |  | 22.000 |
| Lemvig | 31 |  | 5.000 |
| Skanderborg | 30 |  | 14.000 |
| Odder | 30 |  | 5.200 |
| Holstebro | 30 |  | 13.000 |
| Ringkøbing-Skjern | 29 |  | 13.000 |
| Favrskov | 27 |  | 9.700 |
| Samsø | 27 |  | 800 |
| Region Midtjylland | 31 |  | 315.000 |

-  Signifikant større end i hele befolkningen
-  Signifikant mindre end i hele befolkningen
-  Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



Figur 8.10

Højt stressniveau (PSS≥16) – forekomsten i forskellige risikogrupper



Højt stressniveau – kommuner

Figur 8.9 viser andelen med højt stressniveau i kommunerne. Andelen varierer fra 27 % på Samsø og i Favrskov til 35 % i Horsens.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der har et højt stressniveau, i Horsens Kommune.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der har et højt stressniveau, i følgende kommuner:

- Samsø
- Favrskov

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen, der har et højt stressniveau, i følgende kommuner: Viborg, Hedensted, Horsens, Skanderborg, Silkeborg, Syddjurs, Ikast-Brande, Struer, Norddjurs, Herning, Holstebro og Skive. Se figur 8.6.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der har et højt stressniveau, i alle kommuner, undtagen i Randers, Skive og på Samsø. Stigningen varierer fra 3 procentpoint i Favrskov til 7 procentpoint i Lemvig. Se figur 8.6.S i bind 2. ◀

Højt stressniveau – i forskellige risikogrupper

Af figur 8.10 fremgår forekomsten af højt stressniveau i forskellige risikogrupper. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med højt stressniveau blandt alle risikogrupper. Den højeste andel med højt stressniveau findes blandt personer med dårligt selv vurderet helbred, hvoraf 68 % har et højt stressniveau. Denne risikogruppe omfatter cirka 103.000 personer i Region Midtjylland, hvilket svarer til knap hver tredje borger med højt stressniveau.

Generet af angst og anspændthed

De fleste mennesker oplever indimellem helbredsgener og symptomer, f.eks. symptomer på angst og anspændthed (68). Sådanne helbredsgener og symptomer kan påvirke den enkeltes trivsel og være årsag til sygefravær (69, 70). Forekomsten af mentale helbredsgener kan derfor bidrage til at belyse befolkningens mentale sundhed.

Angstlidelser dækker over en række nervøse og stressrelaterede tilstande. Eksempler på angstlidelser er panikangst, generaliseret angst, fobiske tilstande og posttraumatisk belastningsreaktion (71). Forekomsten af angstlidelser inden for de foregående 12 måneder skønnes at være 6-18 % på befolkningsniveau med hyppigere forekomst hos kvinder end hos mænd (72). Såfremt lidelserne ikke behandles med psykoterapi og/eller medicin, er de forbundet med nedsat livskvalitet og kan blandt andet være hindrende for uddannelse, beskæftigelse og socialt samvær (72, 73). De fleste angstlidelser forbliver imidlertid ubehandlede (73).

Ifølge rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark* (74) registreres der årligt knap 120.000 psykiatriske, ambulante hospitalsbesøg med en angsttilstand som aktionsdiagnose, svarende til 13 % af alle psykiatriske, ambulante hospitalsbesøg. Samme rapport viser endvidere, at angsttilstande er den betydeligste årsag til førtidspension, idet godt 1.900 tilkendelser om året tilskrives en angsttilstand, svarende til hver ottende nytilkendelse.

I *Hvordan har du det?* indgår et spørgsmål, der belyser, om deltagerne inden for de seneste 14 dage har været generet af *ængstelse, nervøsit, uro og angst*. Svarmulighederne er: 1) Ja, meget generet, 2) Ja, lidt generet og 3) Nej.

Det skal understreges, at der ikke er tale om et spørgsmål, som bygger på diagnostiske kriterier for angsttilstande. Det enkeltstående spørgsmål anvendes alene til at belyse, om deltagerne selv oplever at være generet af ængstelse, nervøsit, uro og angst.

Figur 8.11 viser, hvor stor en del af befolkningen der inden for de seneste 14 dage har været generet af ængstelse, nervøsit, uro og angst. Der er 6 %, som har været *meget generet* af ængstelse, nervøsit, uro og angst, mens 23 % har været *lidt generet* af disse symptomer.

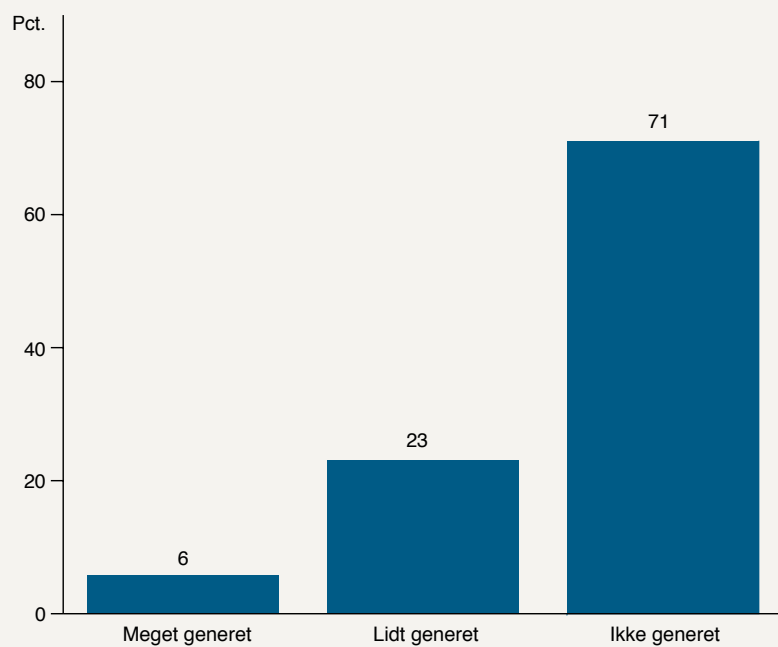
I det følgende fokuseres der på personer, som har været meget generet af ængstelse, nervøsit, uro og angst. Denne gruppe betegnes *generet af angst og anspændthed*. Gruppen svarer til cirka 58.000 personer i Region Midtjylland.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning fra 4 % til 6 % i andelen af personer, som er *meget generet* af ængstelse, nervøsit, uro og angst. Tilsvarende har der i samme periode været en stigning fra 20 % til 23 % i andelen af personer, som er *lidt generet* af ængstelse, nervøsit, uro og angst. Se [figur 8.7.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning fra 4 % til 6 % i andelen af personer, som er *meget generet* af ængstelse, nervøsit, uro og angst. Tilsvarende har der i samme periode været en stigning fra 21 % til 23 % i andelen af personer, som er *lidt generet* af ængstelse, nervøsit, uro og angst. Se [figur 8.7.S i bind 2](#). ◀






























Figur 8.11




Generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst inden for de seneste 14 dage



Figur 8.12

Generet af angst og anspændthed – køn, alder og sociale forhold

| | Pct. | | Antal personer i Region Midtjylland |
|-------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Alle | 6 |  | 58.000 |
| Køn | | | |
| Mand | 4 |  | 20.000 |
| Kvinde | 7 |  | 38.000 |
| Alder | | | |
| 16-24 år | 10 |  | 14.000 |
| 25-34 år | 6 |  | 9.000 |
| 35-44 år | 5 |  | 8.400 |
| 45-54 år | 6 |  | 10.000 |
| 55-64 år | 5 |  | 7.600 |
| 65-74 år | 3 |  | 4.500 |
| 75+ år | 4 |  | 3.900 |
| Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover) | | | |
| Lavt (0-10 år) | 8 |  | 11.000 |
| Middel (11-14 år) | 5 |  | 20.000 |
| Højt (15+ år) | 4 |  | 9.200 |
| Erhvervstilknytning | | | |
| Studerende/skoleelever | 8 |  | 9.300 |
| Beskæftigede | 3 |  | 17.000 |
| Arbejdsløse | 9 |  | 1.800 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 20 |  | 11.000 |
| Førtidspensionister | 19 |  | 8.000 |
| Efterlønsmodtagere | 2 |  | 500 |
| Folkepensionister | 4 |  | 8.100 |
| Etnisk baggrund | | | |
| Dansk | 5 |  | 49.000 |
| Anden vestlig | 6 |  | 2.600 |
| Ikke-vestlig | 11 |  | 6.500 |
| Bolig | | | |
| Ejer | 4 |  | 24.000 |
| Lejer | 9 |  | 30.000 |
| Bor med ægtefælle/samlever | | | |
| Nej | 8 |  | 28.000 |
| Ja | 4 |  | 26.000 |
| Børn i hjemmet 0-15 år | | | |
| Nej | 6 |  | 38.000 |
| Ja | 5 |  | 11.000 |

 Signifikant større end i hele befolkningen
 Signifikant mindre end i hele befolkningen
 Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Generet af angst og anspændthed – køn, alder og sociale forhold

Af figur 8.12 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, som er generet af angst og anspændthed, blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-24 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel af kvinder end mænd, der er generet af angst og anspændthed.

Alder. Den største andel af personer, der er generet af angst og anspændthed, findes blandt de 16-24-årige, og den mindste andel findes blandt personer på 65 år eller derover.

Uddannelsesniveau. Andelen, der er generet af angst og anspændthed, er størst blandt personer med lavt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Der er en markant sammenhæng mellem erhvervstilknytning og andelen af personer, der er generet af angst og anspændthed. De største andele af personer, der er generet af angst og anspændthed, findes blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Cirka hver femte modtager af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspension er generet af angst og anspændthed. De mindste andele af personer, der er generet af angst og anspændthed, findes blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister, hvor mindre end hver tyvende person er generet af angst og anspændthed.

Etnisk baggrund. Andelen, der er generet af angst og anspændthed, er størst blandt personer med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. En markant større andel personer, der bor i lejebolig, er generet af angst og anspændthed, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er en markant større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, der er generet af angst og anspændthed, end det er tilfældet blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En lidt større andel personer uden børn i hjemmet er generet af angst og anspændthed, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen af personer, som er generet af angst og anspændthed, blandt både mænd og kvinder, blandt de 16-44-årige og blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Den største stigning ses blandt de 16-24-årige, hvor andelen er steget fra 4 % til 10 %. Se [figur 8.8.S i bind 2](#). ◀

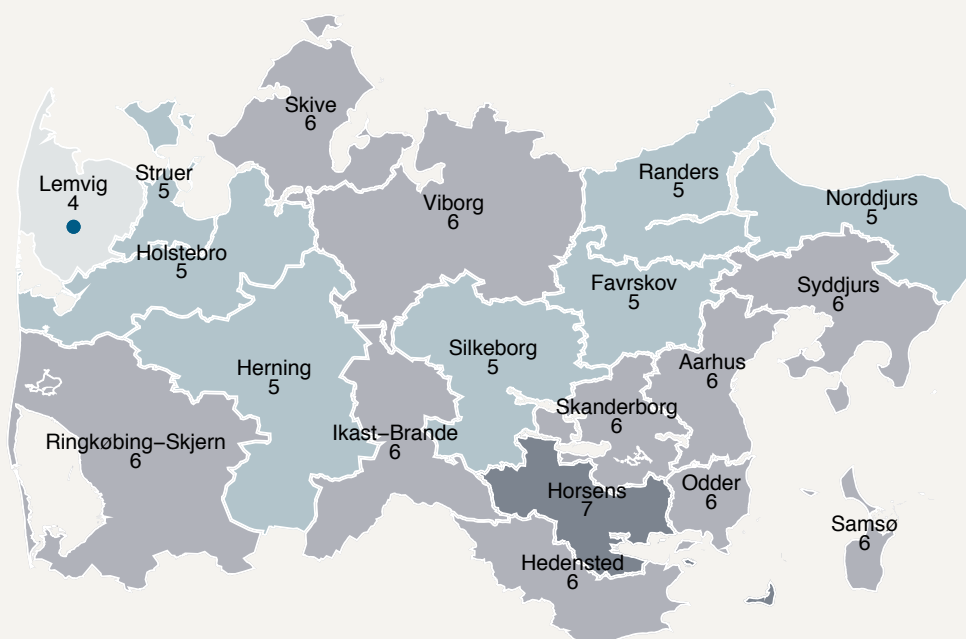
► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen af personer, der er generet af angst og anspændthed, blandt både mænd og kvinder, blandt de 16-34-årige og 55-64-årige og blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Der har især været en stor stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, blandt de 16-24-årige. I denne aldersgruppe er andelen steget fra 4 % til 10 %. Se [figur 8.8.S i bind 2](#). ◀

Figur 8.13

Generet af angst og anspændthed – kommuner











| | Pct. | | Antal personer i kommunerne |
|--------------------|------|---|-----------------------------|
| Horsens | 7 | ■ | 4.500 |
| Skive | 6 | ■ | 2.300 |
| Odder | 6 | ■ | 1.100 |
| Aarhus | 6 | ■ | 16.000 |
| Skanderborg | 6 | ■ | 2.700 |
| Ikast-Brande | 6 | ■ | 1.900 |
| Samsø | 6 | ■ | 200 |
| Hedensted | 6 | ■ | 2.000 |
| Viborg | 6 | ■ | 4.200 |
| Syddjurs | 6 | ■ | 1.900 |
| Ringkøbing-Skjern | 6 | ■ | 2.500 |
| Randers | 5 | ■ | 4.200 |
| Herning | 5 | ■ | 3.700 |
| Silkeborg | 5 | ■ | 3.800 |
| Norddjurs | 5 | ■ | 1.600 |
| Struer | 5 | ■ | 900 |
| Holstebro | 5 | ■ | 2.200 |
| Favrskov | 5 | ■ | 1.600 |
| Lemvig | 4 | ■ | 700 |
| Region Midtjylland | 6 | ■ | 58.000 |



- Signifikant mindre end i hele befolkningen
- Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



Figur 8.14

Generet af angst og anspændthed – forekomsten i forskellige risikogrupper

| | Pct. | | Antal personer i Region Midtjylland |
|---------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Alle | 6 |  | 58.000 |
| Belastet af dødsfald blandt de nærmeste | 11 |  | 8.500 |
| Belastet af sygdom hos nærtstående | 12 |  | 16.000 |
| Belastet af økonomiske forhold | 15 |  | 22.000 |
| Belastet af arbejdssituation (personer i arbejde) | 9 |  | 8.600 |
| Udsat for fysisk vold (25+ år) | 15 |  | 2.200 |
| Dårligt selv vurderet helbred | 20 |  | 30.000 |
| Tegn på alkoholproblemer | 8 |  | 9.400 |
| Tegn på social isolation | 17 |  | 16.000 |
| Mangler social støtte | 15 |  | 7.200 |

 Signifikant større end i hele befolkningen
 Hele befolkningen

Generet af angst og anspændthed – kommuner

Figur 8.13 viser andelen af personer, der er generet af angst og anspændthed, i kommunerne.

Det fremgår, at der ikke er nogen kommuner, hvor andelen af personer, der er generet af angst og anspændthed, er større end i hele Region Midtjylland.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der er generet af angst og anspændthed, i Lemvig Kommune, hvor andelen er 4 %.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i følgende kommuner: Hedensted, Samsø, Syddjurs, Herning, Odder, Favrskov, Skive, Viborg, Skanderborg, Ikast-Brande og Horsens. Se figur 8.9.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i følgende kommu-

ner: Hedensted, Samsø, Ringkøbing-Skjern, Syddjurs, Herning, Odder, Favrskov og Aarhus. Se figur 8.9.S i bind 2. ◀

Generet af angst og anspændthed – i forskellige risikogrupper

Af figur 8.14 fremgår forekomsten af personer, der er generet af angst og anspændthed, i forskellige risikogrupper. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der er generet af angst og anspændthed, blandt alle risikogrupper. Den største forekomst af personer, der er generet af angst og anspændthed, findes blandt personer med dårligt selv vurderet helbred (20 %) og blandt personer med tegn på social isolation (17 %). Sammenlignet med hele befolkningen er risikoen for at være generet af angst og anspændthed cirka tre gange større blandt personer i disse to risikogrupper. Gruppen, som består af personer med dårligt selv vurderet helbred, omfatter godt hver anden borger, der er generet af angst og anspændthed (ca. 30.000 borgere).

Ensomhed

Sociale relationer har væsentlig betydning for både mental og fysisk sundhed. I tråd med dette har nyere forskning dokumenteret, at ensomhed er et selvstændigt folkesundhedsproblem, som har negative konsekvenser for trivsel og helbred (20, 75, 76).

Ensomhed er en subjektiv, ubehagelig følelse, der opstår som følge af en oplevet uoverensstemmelse mellem ønskede sociale relationer og faktiske sociale relationer (77, 78). Det er væsentligt at skelne mellem social isolation (at være alene), som er et objektivi forhold, der eventuelt kan være årsag til ensomhed – og følelsen af ensomhed, der både kan opstå, når man er alene og savner social kontakt og nærhed, og når man er omgivet af andre mennesker (79, 80). Følelsen af ensomhed er primært forbundet med kvaliteten af den enkeltes relationer frem for antallet af relationer (81, 82).

Der er forskningsmæssig dokumentation for, at ensomhed øger risikoen for depression (18, 20), forhøjet blodtryk (83), hjerte-kar-lidelser (76, 84), søvnforstyrrelse (85), smerter (86) og kortere levetid (75, 87).

Den voksende dokumentation for ensomheds negative følgevirkninger har medvirket til igangsættelse af en række initiativer, der skal forebygge og afhjælpe ensomhed. Et eksempel er Folkebevægelsen mod Ensomhed, der omfatter godt 70 organisationer, foreninger, skoler, kommuner og virksomheder, der er gået sammen om at bekæmpe ensomhed. Et centralt element i udviklingen af initiativer er et udvidet samarbejde mellem kommuner og aktører fra civilsamfundet (88, 89).

En nylig kortlægning af danske initiativer dokumenterer, at der gennem de seneste fem år er sket en markant stigning i antallet af initiativer, der henvender sig til personer, der føler sig ensomme (90). Hovedparten af disse initiativer rettes mod unge og ældre.

Et systematisk litteraturstudie af 50 interventioner konkluderer, at det at "øge social støtte", "øge muligheder for social kontakt" og "forbedre sociale færdigheder" har en lille effekt i forhold til at reducere ensomhed (91). Endvidere finder studiet, at det at "arbejde med social kognition (dvs. evnen til opfange,

fortolke og reagere på andres intentioner og adfærd)" gennem psykologfaglig behandling har en moderat effekt. Sidstnævnte konklusion bygger på et spinkelt datagrundlag (fire studier). Vores kendskab til interventioner, der effektivt reducerer følelsen af ensomhed, og viden om, hvilke typer af interventioner der egner sig bedst til specifikke målgrupper, er derfor fortsat begrænset (90, 92). Dertil kommer, at der mangler viden om virksomme forebyggende interventioner (93).

Måling af ensomhed – the Three-Item Loneliness Scale

I *Hvordan har du det?* anvendes et standardiseret og anerkendt mål for ensomhed: the Three-Item Loneliness Scale (T-ILS) (94). T-ILS omfatter 3 spørgsmål, der belyser, i hvilket omfang svarpersonen føler sig isoleret, savner nogen at være sammen med og føler sig udenfor. T-ILS er en forkortet version af UCLA Loneliness Scale (UCLA) (95), som er det mest anvendte og anerkendte instrument i forhold til måling af ensomhed. UCLA belyser ensomhed som en global følelse, der varierer i den oplevede intensitet, og skalaen foreligger på dansk i en valideret udgave (96).

T-ILS er udviklet til brug i befolkningsundersøgelser, og et amerikansk valideringsstudie har påvist en stærk sammenhæng mellem T-ILS og UCLA (94). Det tyder således på, at de tre spørgsmål, der indgår i T-ILS, indfanger en væsentlig del af den ensomhedsfølelse, der belyses ved brug af det fulde instrument. Scoren på T-ILS går fra 3 til 9 point.

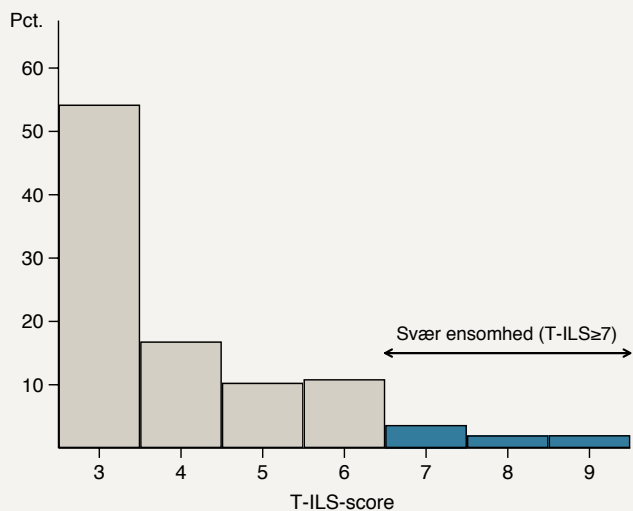
Man kan opleve en større eller mindre grad af ensomhedsfølelse, men T-ILS har ikke en indbygget definition af, hvor mange point der skal til, for at en svarperson føler sig ensom. Jo højere score, jo højere grad af oplevet ensomhed. I de følgende analyser er der valgt en konservativ tilgang til identifikation af personer, der føler sig ensomme. Det medfører, at svarpersonerne er opdelt på baggrund af deres score på T-ILS, idet en score på 7-9 klassificeres som svær ensomhed (97). Denne tilgang er anvendt i et nyt tysk studie (98) og indebærer, at man for at blive klassificeret som svært ensom som minimum skal svare *ofte* på et af de tre spørgsmål og *engang imellem* til de andre spørgsmål eller *ofte* på to af de tre spørgsmål og *sjældent* på det tredje spørgsmål. Det skal fremhæ-

ves, at T-ILS ikke angiver en bestemt tidsperiode. Det er derfor ikke muligt at skelne skarpt mellem forbigående og længerevarende følelser af ensomhed, omend skalaens ensomhedsscore har vist sig at være forholdsvis stabil over tid (99).

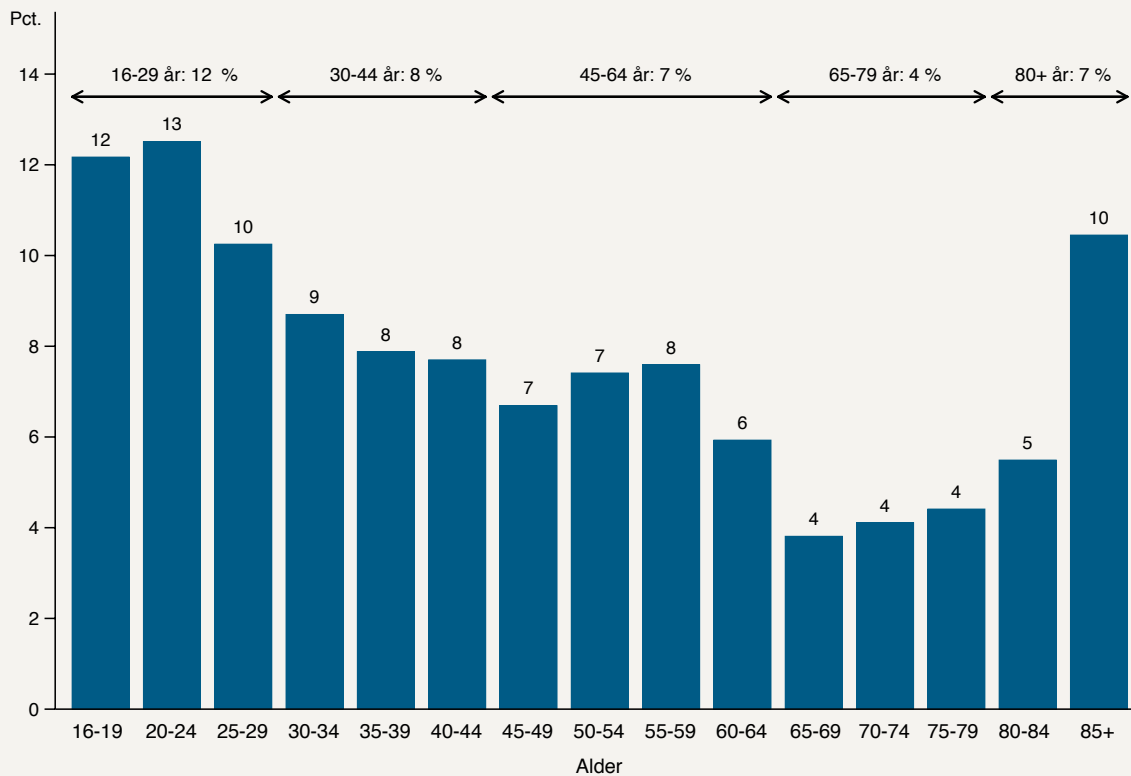
T-ILS indgik ikke i *Hvordan har du det?* i 2010. Det er således kun muligt at belyse udviklingen i forekomsten af ensomhed fra 2013 til 2017.

Figur 8.15 og 8.16
 Ensomhed i befolkningen

Figur 8.15
 Ensomhed målt med Three-Item Loneliness Scale (T-ILS) – histogram, der viser fordelingen i hele befolkningen



Figur 8.16
 Andel svært ensomme – histogram, der viser fordelingen på 5-årsintervaller



Ensomhed i befolkningen målt med Three-Item Loneliness Scale

Den gennemsnitlige score på T-ILS er 4,1 point. Figur 8.15 viser, hvordan scoren fordeler sig i hele befolkningen. Som det fremgår, angiver hovedparten af befolkningen, at de ikke føler sig ensomme.

I det følgende fokuseres der på gruppen af svært ensomme, dvs. personer med en score på T-ILS på 7-9. Denne gruppe udgør 8 % af befolkningen. Dette svarer til godt 75.000 personer i Region Midtjylland.






























I figur 8.16 ses forekomsten af svær ensomhed i et aldersperspektiv fordelt på 5-årsintervaller. Den højeste andel svært ensomme ses blandt de 16-29-årige og blandt personer på 85 år eller derover (10-13 %). Den laveste forekomst af svær ensomhed ses blandt de 65-79-årige (4 %). Forekomsten er faldende med alderen, indtil der ses en markant stigning i forekomsten af svær ensomhed i den sene alderdom.




► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i svær ensomhed. Se figur 8.10.S i bind 2. ◀

Det skal bemærkes, at der fra 2013 til 2017 er ændret i formuleringen af et af tre spørgsmål, som belyser ensomhed. Dette beskrives nærmere i bind 2, hvor der også indgår uddybende analyser.

Figur 8.17

Svær ensomhed – køn, alder og sociale forhold

| | Pct. | | Antal personer i Region Midtjylland |
|-------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Alle | 8 |  | 75.000 |
| Køn | | | |
| Mand | 7 |  | 33.000 |
| Kvinde | 9 |  | 42.000 |
| Alder | | | |
| 16-24 år | 12 |  | 17.000 |
| 25-34 år | 10 |  | 13.000 |
| 35-44 år | 8 |  | 12.000 |
| 45-54 år | 7 |  | 12.000 |
| 55-64 år | 7 |  | 10.000 |
| 65-74 år | 4 |  | 5.400 |
| 75+ år | 6 |  | 5.100 |
| Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover) | | | |
| Lavt (0-10 år) | 11 |  | 14.000 |
| Middel (11-14 år) | 6 |  | 28.000 |
| Højt (15+ år) | 5 |  | 14.000 |
| Erhvervstilknytning | | | |
| Studerende/skoleelever | 12 |  | 13.000 |
| Beskæftigede | 5 |  | 26.000 |
| Arbejdsløse | 14 |  | 2.900 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 24 |  | 13.000 |
| Førtidspensionister | 22 |  | 8.600 |
| Efterlønsmodtagere | 3 |  | 600 |
| Folkepensionister | 5 |  | 10.000 |
| Etnisk baggrund | | | |
| Dansk | 7 |  | 63.000 |
| Anden vestlig | 12 |  | 4.700 |
| Ikke-vestlig | 13 |  | 7.400 |
| Bolig | | | |
| Ejer | 5 |  | 31.000 |
| Lejer | 12 |  | 41.000 |
| Bor med ægtefælle/samlever | | | |
| Nej | 13 |  | 44.000 |
| Ja | 5 |  | 29.000 |
| Børn i hjemmet 0-15 år | | | |
| Nej | 8 |  | 53.000 |
| Ja | 7 |  | 16.000 |

 Signifikant større end i hele befolkningen
 Signifikant mindre end i hele befolkningen
 Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Svær ensomhed – køn, alder og sociale forhold

Af figur 8.17 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af svært ensomme blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-34 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med anden vestlig baggrund end dansk og personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel kvinder end mænd, der er svært ensomme.

Alder. Den største andel af personer med svær ensomhed findes blandt de 16-34-årige, og den mindste andel findes blandt personer på 65 år eller derover.

Uddannelsesniveau. Andelen af personer med svær ensomhed er størst blandt personer med lavt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele, der er svært ensomme, findes blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Mere end hver femte modtager af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspension føler sig svært ensom. De mindste andele, der er svært ensomme, findes blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister.

Etnisk baggrund. De største andele, der er svært ensomme, findes blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk og personer med ikke-vestlig baggrund. Den mindste andel findes blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. En markant større andel personer, der bor i lejebolig, er svært ensomme, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.


Bor med ægtefælle/samlever. Der er en markant større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, som er svært ensomme, end blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En lidt større andel personer uden børn i hjemmet er svært ensomme, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

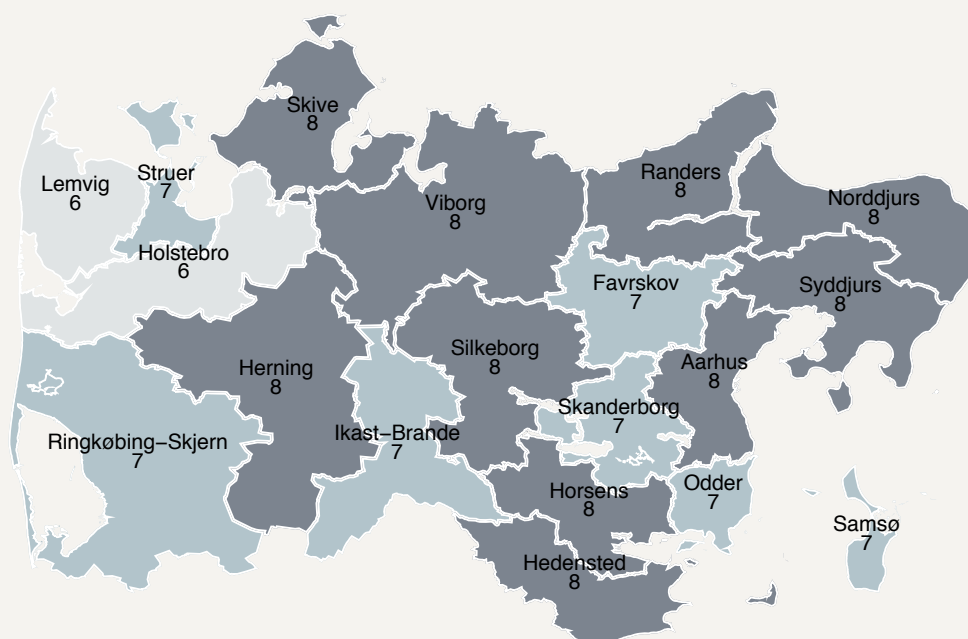
► **Udvikling fra 2013-2017.** Udviklingen i ensomhed på tværs af køn, aldersgrupper og uddannelsesniveau beskrives på baggrund af to enkeltspørgsmål. Dette skyldes, at det tredje spørgsmål, som belyser ensomhed ("Hvor ofte føler du dig udenfor?"), er ændret fra 2013 til 2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen af personer, der *ofte føler sig isoleret*, blandt både mænd og kvinder, blandt de 16-54-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Der er sket en fordobling i andelen af unge, der ofte føler sig isoleret. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der *ofte savner nogen at være sammen med*, blandt både mænd og kvinder, for personer i alderen 16-24 år, 35-44 år, 55-64 år og for personer på 75 år eller derover samt hos personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau. Stigningen i andelen, der *ofte savner nogen at være sammen*, er mest markant hos de 16-24-årige og personer med lavt uddannelsesniveau. I disse to grupper er andelen steget fra henholdsvis 8 % til 11 % og 7 % til 10 %. Se figur 8.14.S i bind 2. ◀

Figur 8.18

Svær ensomhed – kommuner

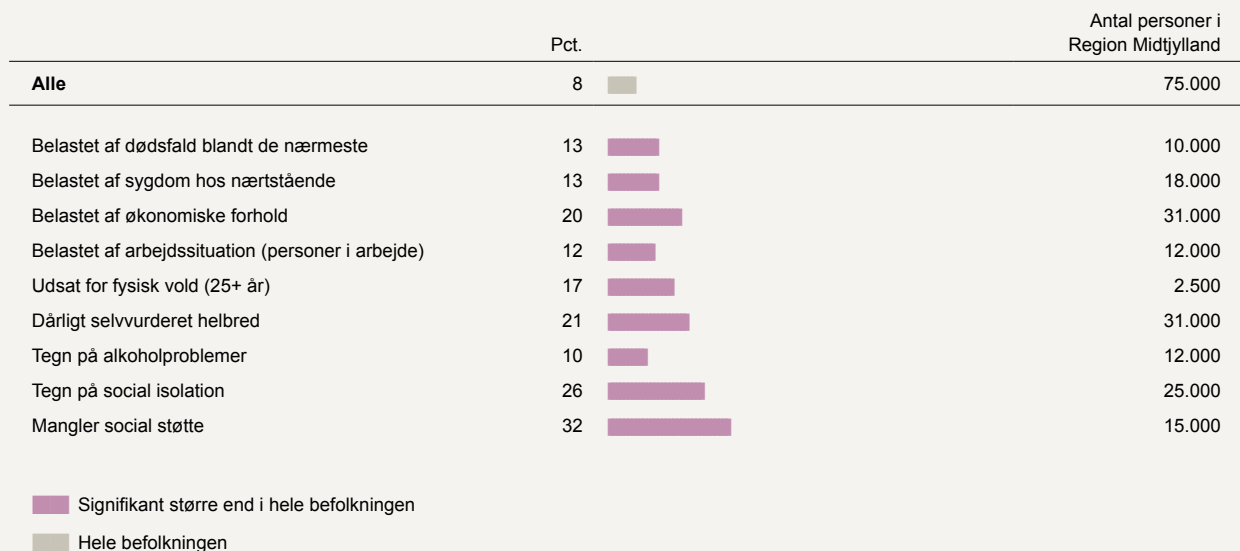
| | Pct. | | Antal personer i kommunerne |
|--------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Horsens | 8 |  | 5.400 |
| Aarhus | 8 |  | 21.000 |
| Norddjurs | 8 |  | 2.400 |
| Herning | 8 |  | 5.200 |
| Skive | 8 |  | 2.800 |
| Hedensted | 8 |  | 2.600 |
| Silkeborg | 8 |  | 5.200 |
| Randers | 8 |  | 5.800 |
| Syddjurs | 8 |  | 2.400 |
| Viborg | 8 |  | 5.400 |
| Struer | 7 |  | 1.200 |
| Favrskov | 7 |  | 2.500 |
| Ikast-Brande | 7 |  | 2.200 |
| Ringkøbing-Skjern | 7 |  | 3.100 |
| Samsø | 7 |  | 200 |
| Odder | 7 |  | 1.100 |
| Skanderborg | 7 |  | 2.900 |
| Holstebro | 6 |  | 2.700 |
| Lemvig | 6 |  | 1.000 |
| Region Midtjylland | 8 |  | 75.000 |

 Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



Figur 8.19

Svær ensomhed – forekomsten i forskellige risikogrupper



Ensomhed – kommuner

Figur 8.18 viser forekomsten af svær ensomhed i kommunerne. Der ses på kommuneniveau ikke signifikante forskelle fra regionens befolkning som helhed.

► **Udvikling fra 2013-2017.** Udviklingen i ensomhed på kommuneniveau beskrives for andelen, der har svaret ofte på to enkeltspørgsmål, som er uændret fra 2013 til 2017. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen af personer, *der ofte føler sig isoleret*, i følgende kommuner: Silkeborg, Horsens, Hedensted, Struer, Herning, Ringkøbing-Skjern, Skanderborg, Odder, Syddjurs, Favrskov og Aarhus. I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, *der ofte savner nogen at være sammen med*, i følgende kommuner: Silkeborg, Odder, Ringkøbing-Skjern, Samsø, Favrskov, Norddjurs, Hedensted og Syddjurs. Se [figur 8.15.S i bind 2](#). ◀

Svær ensomhed – forekomsten i forskellige risikogrupper

Af figur 8.19 fremgår forekomsten af svær ensomhed i forskellige risikogrupper. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større forekomst af svær ensomhed i alle risikogrupper. Den største forekomst af svær ensomhed findes blandt personer, der mangler social støtte (32 %), og personer med tegn på social isolation (26 %). Sammenlignet med hele befolkningen er risikoen for svær ensomhed mere end tre gange større blandt personer, der tilhører disse to risikogrupper. Gruppen, der består af personer med tegn på social isolation, omfatter cirka hver tredje borger, som er svært ensom (ca. 25.000 borgere).

Depression

Unipolar depression (betegnet depression) er en udbredt psykisk lidelse, hvor kernesymptomerne er vedvarende nedtrykthed og nedsat interesse/lyst og energi (71). Typiske ledsagersymptomer er selvbebrejdelse, søvnforstyrrelse, ændringer i appetit og kognitive vanskeligheder (tænke-/koncentrationsbesvær).

Det skønnes, at cirka 20 % af befolkningen får en depression i løbet af livet, og at forekomsten er cirka dobbelt så høj hos kvinder som hos mænd (100). Mange forskellige faktorer øger risikoen for udvikling af depression, heriblandt genetik og negative livsbegivenheder i barndommen (100).

Depression har store samfundsmæssige omkostninger og er en vigtig årsag til sygefravær i Danmark (74). På verdensplan vurderes det ud fra opgørelser over en række sygdomme, at depression er forbundet med den næststørste sygdomsbyrde (antal år, som går tabt pga. nedsat funktionsevne eller for tidlig død) (101). Det er endvidere dokumenteret, at depression øger risikoen for diabetes, hjerte-kar-lidelser, selvmord og kortere levetid (100).

Depressionsbehandling består primært af medicin og psykoterapi (100). De fleste personer behandles i almen praksis (antal patienter/ konsultationer er ukendt) (25, 102), mens der årligt registreres cirka 130.000 psykiatriske, ambulante hospitalsbesøg med depression som aktionsdiagnose i Danmark (74).

På grund af den høje sygdomsforekomst er der et stort forebyggelsespotentiale (100). Et litteraturstudie, der har belyst effekten af 32 forebyggende interventioner, indikerer et gennemsnitligt fald på 21 % i forekomsten af depression (103). Hovedparten af interventionerne var selektive indsatser til målgruppe/individ med øget risiko for depression eller indikerede indsatser til individer, som havde symptomer på depression, men ikke opfyldte de diagnostiske kriterier. Interventionen bestod typisk i samtalerapi (f.eks. kognitiv adfærdsterapi).

Depression i befolkningen målt med Major Depression Inventory

Depression måles i *Hvordan har du det? 2017* med Major Depression Inventory (MDI) (104). MDI er et selvadministreret skema, der belyser, hvor mange der opfylder kriterierne for let, moderat og svær depression (71). MDI har tidligere været anvendt i danske befolkningsundersøgelser, der har fundet en overordnet prævalens af depression på cirka 3-4 % (105, 106, 107). MDI anvendes endvidere til vurdering af depression i klinisk sammenhæng (108).

MDI omfatter 12 spørgsmål, der belyser 10 forskellige symptomer på depression, som indgår i WHO's afgrænsning af diagnosen (71). Tidsrummet, hvorunder det vurderes, om de enkelte symptomer har været til stede, er de sidste to uger.

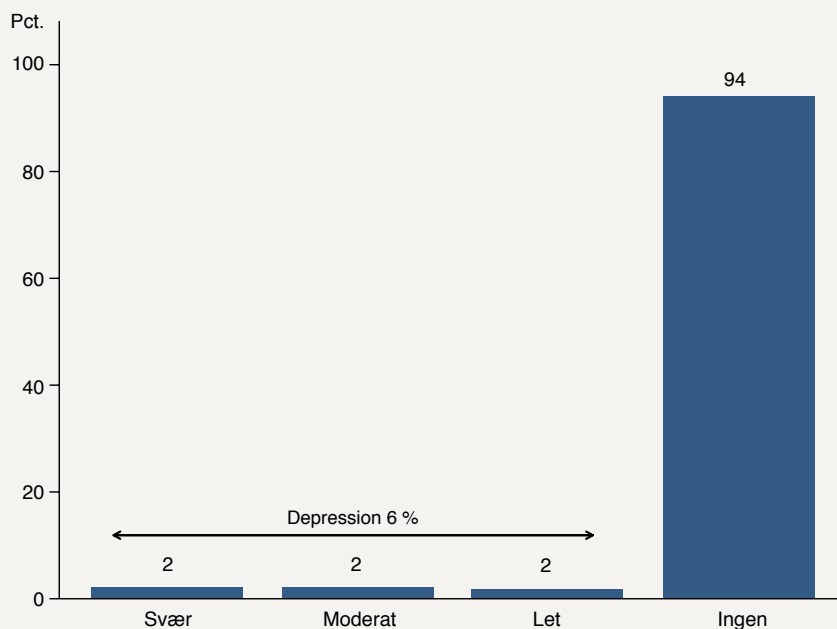
Ved tre udsagn, der afspejler kernesymptomer i diagnosen, forudsættes det, at de gennem de sidste to uger har været til stede det meste af tiden. Ved syv ledsagersymptomer forudsættes det, at de gennem de sidste to uger skal have været til stede i over halvdelen af tiden. På baggrund heraf skelnes der mellem:

- 1) Let depression: minimum 2 kernesymptomer og 2 ledsagersymptomer
- 2) Moderat depression: minimum 2 kernesymptomer og 4 ledsagersymptomer
- 3) Svær depression: minimum 3 kernesymptomer og 5 ledsagersymptomer

I det følgende afsnit belyses forekomsten af svær, moderat og let depression i befolkningen. Det angives, hvor stor en andel af borgerne i Region Midtjylland der samlet set opfylder kriterierne for depression. Endvidere beskrives andelen med depression i forhold til køn, alder, sociale forhold, kommuner og risikogrupper.

Figur 8.20

Depression målt med Major Depression Inventory (MDI) – forekomsten af svær, moderat og let depression i befolkningen



































Figur 8.20 viser, hvordan forekomsten af let, moderat og svær depression fordeler sig i befolkningen. Vurderet ud fra MDI har 6 % af befolkningen i Region Midtjylland en depression, idet 2 % har en svær depression, 2 % har en moderat depression, og 2 % har en lettere depression.

I det følgende fokuseres der på den samlede gruppe, dvs. personer, der ifølge WHO's kriterier har en svær, moderat eller lettere depression. Denne gruppe svarer til cirka 58.000 personer i Region Midtjylland.

MDI indgik ikke i *Hvordan har du det?* i 2010 og 2013. Det er således ikke muligt at belyse udviklingen i forekomsten af depression.

Figur 8.21
Depression – køn, alder og sociale forhold

| | Pct. | | Antal personer i Region Midtjylland |
|--------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Alle | 6 |  | 58.000 |
| Køn | | | |
| Mand | 4 |  | 22.000 |
| Kvinde | 7 |  | 36.000 |
| Alder | | | |
| 16-24 år | 10 |  | 14.000 |
| 25-34 år | 8 |  | 11.000 |
| 35-44 år | 6 |  | 8.700 |
| 45-54 år | 6 |  | 9.900 |
| 55-64 år | 5 |  | 7.400 |
| 65-74 år | 2 |  | 3.300 |
| 75+ år | 5 |  | 4.500 |
| Uddannelsesniveaue (personer på 25 år og derover) | | | |
| Lavt (0-10 år) | 9 |  | 12.000 |
| Middel (11-14 år) | 5 |  | 22.000 |
| Højt (15+ år) | 4 |  | 9.700 |
| Erhvervstilknytning | | | |
| Studerende/skoleelever | 8 |  | 9.200 |
| Beskæftigede | 3 |  | 17.000 |
| Arbejdsløse | 14 |  | 2.800 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 23 |  | 13.000 |
| Førtidspensionister | 18 |  | 7.100 |
| Efterlønsmodtagere | 3 |  | 500 |
| Folkepensionister | 4 |  | 7.500 |
| Etnisk baggrund | | | |
| Dansk | 6 |  | 50.000 |
| Anden vestlig | 5 |  | 2.100 |
| Ikke-vestlig | 11 |  | 6.200 |
| Bolig | | | |
| Ejer | 4 |  | 24.000 |
| Lejer | 10 |  | 32.000 |
| Bor med ægtefælle/samlever | | | |
| Nej | 9 |  | 30.000 |
| Ja | 4 |  | 26.000 |
| Børn i hjemmet 0-15 år | | | |
| Nej | 6 |  | 41.000 |
| Ja | 5 |  | 12.000 |

 Signifikant større end i hele befolkningen
 Signifikant mindre end i hele befolkningen
 Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Depression – køn, alder og sociale forhold

Af figur 8.21 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med depression blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-34 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel af kvinder end mænd, der har en depression.

Alder. De største andele af personer med depression findes blandt de 16-34-årige, og den mindste andel findes blandt de 65-74-årige.

Uddannelsesniveau. Andelen med depression er størst blandt personer med lavt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med højt uddannelsesniveau. Næsten hver tiende med lavt uddannelsesniveau har en depression, mens det gælder for hver femogtyvende med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Der er en markant sammenhæng mellem erhvervstilknytning og andelen med depression. De største andele af personer med depression findes blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Næsten hver fjerde modtager af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. har en depression. De mindste andele af personer med depression findes blandt beskæftigede og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Andelen med depression er størst blandt personer med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. En markant større andel personer, der bor i lejebolig, har en depression, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er en større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, som har en depression, end det er tilfældet blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

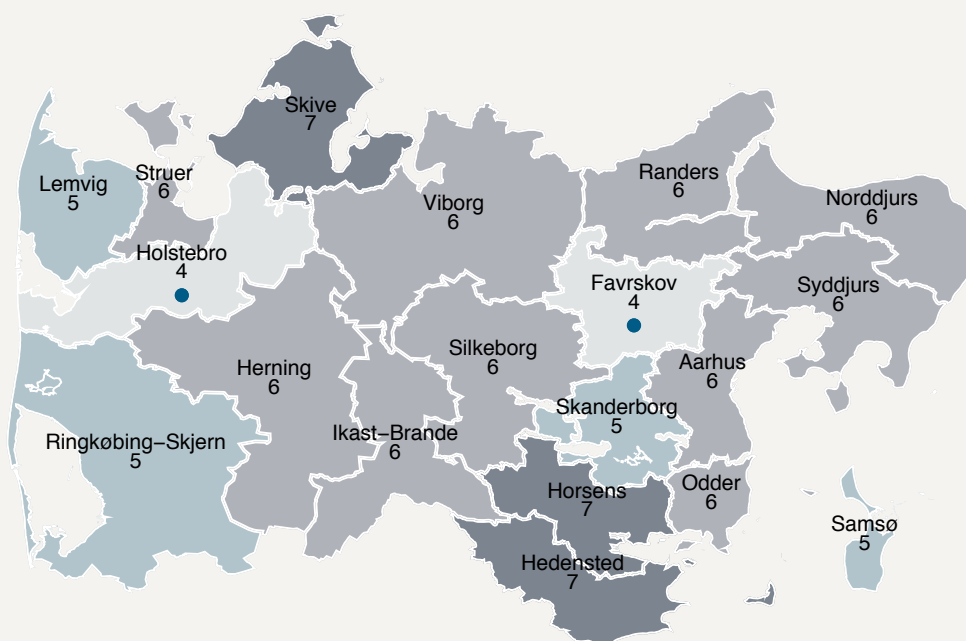
Børn i hjemmet. En lidt større andel personer uden børn i hjemmet har en depression, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

Figur 8.22

Depression – kommuner

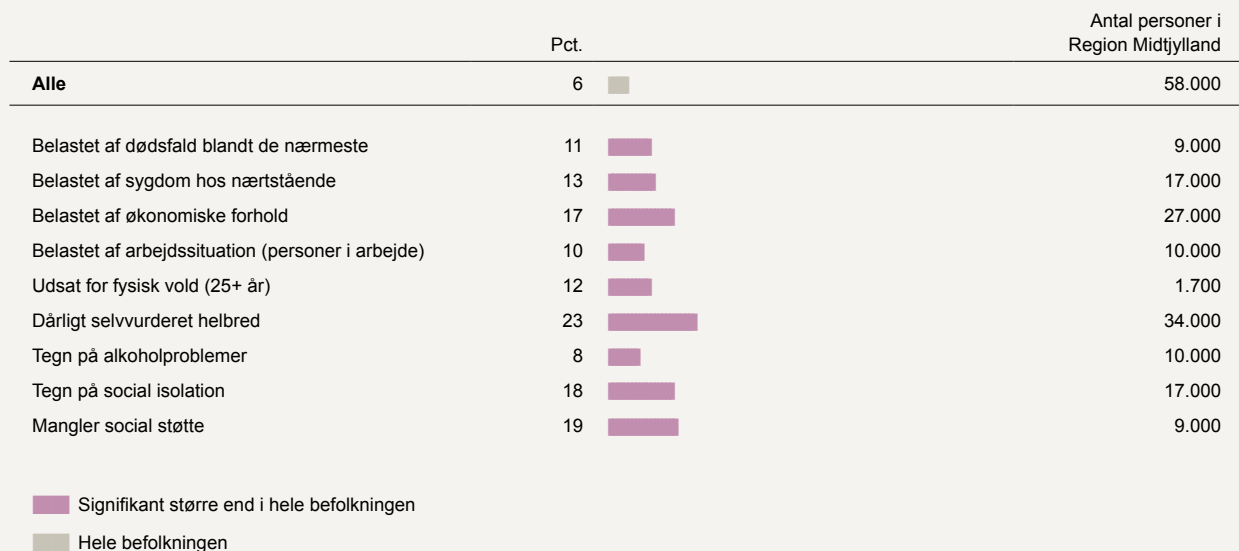
| | Pct. | | Antal personer i kommunerne |
|--------------------|------|---|-----------------------------|
| Horsens | 7 | ■ | 4.500 |
| Hedensted | 7 | ■ | 2.300 |
| Skive | 7 | ■ | 2.300 |
| Viborg | 6 | ■ | 4.600 |
| Ikast-Brande | 6 | ■ | 2.000 |
| Syddjurs | 6 | ■ | 2.100 |
| Struer | 6 | ■ | 1.000 |
| Randers | 6 | ■ | 4.700 |
| Norddjurs | 6 | ■ | 1.800 |
| Silkeborg | 6 | ■ | 4.100 |
| Odder | 6 | ■ | 1.000 |
| Aarhus | 6 | ■ | 15.000 |
| Herning | 6 | ■ | 3.800 |
| Samsø | 5 | ■ | 200 |
| Ringkøbing-Skjern | 5 | ■ | 2.300 |
| Skanderborg | 5 | ■ | 2.300 |
| Lemvig | 5 | ■ | 700 |
| Holstebro | 4 | ■ | 1.900 |
| Favrskov | 4 | ■ | 1.600 |
| Region Midtjylland | 6 | ■ | 58.000 |

- Signifikant mindre end i hele befolkningen
- Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



Figur 8.23

Depression – forekomsten i forskellige risikogrupper



Depression – kommuner

Figur 8.22 viser andelen af personer med depression i kommunerne.

Det fremgår, at der ikke er nogen kommuner, hvor andelen af personer med depression er større end i hele Region Midtjylland.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der har en depression, i Holstebro og Favrskov Kommune. I disse kommuner er andelen 4 %.

Depression – i forskellige risikogrupper

Af figur 8.23 fremgår forekomsten af depression i forskellige risikogrupper. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med depression blandt alle risikogrupper. De højeste forekomster af depression findes blandt personer med dårligt selvvurderet helbred (23 %), personer, der mangler social støtte (19 %), personer med tegn på social isolation (18 %) og personer belastet af økonomiske forhold (17 %). Sammenlignet med hele befolkningen er risikoen for at have en depression 3-4 gange større for personer, der tilhører disse risikogrupper.

Unge mentale sundhed og mentale helbredsproblemer

Som nævnt i indledningen til dette kapitel er der god grund til at lave indsatser i ungdomsårene, da mange mentale helbredsproblemer opstår i denne livsfase (12). Samtidig udgør mentale helbredsproblemer en stor del af sygdomsbyrden hos unge (antal år, som går tabt pga. nedsat funktionsevne eller for tidlig død) (1). Dette skyldes blandt andet lidelser som depression og angst, som ofte debuterer i ungdomsårene.

Danske undersøgelser tyder på, at der inden for de seneste 20 år er sket en stigning i andelen af unge med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer (1). I tråd hermed viser analyserne i dette kapitel, at der sammenlignet med de øvrige aldersgrupper ses en høj forekomst af stress, symptomer på angst/anspændthed, svær ensomhed og depression blandt de unge på 16-24 år i Region Midtjylland.

I det følgende sættes der fokus på unges mentale sundhed og mentale helbredsproblemer. Fokus rettes mod selvskadende adfærd og risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelser, som har en særlig forekomst i ungdomsårene (109, 110, 111). Derefter beskrives forekomsten af de seks indikatorer, som indgår i analysen af dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer, i forhold til køn, alder og sociale forhold samt fem risikogrupper, som er af særlig relevans for mental sundhed blandt unge.

Selvskade blandt unge

Mange unge skader sig selv (112). Det starter ofte som en relativt uskyldig flugt fra personlige problemer (113), men for en del unge udvikler det sig til et alvorligt problem (114), som er forbundet med stor skam (115) og en markant forøget risiko for selvmordsforsøg (116). Selvskade er således et problem, som foruroliger pårørende og fagfolk og kræver behandlingsmæssige ressourcer (117).

Selvskadende adfærd defineres som en direkte, forsætlig, selvpåført og socialt uacceptabel ødelæggelse af kropsvæv, der medfører fysisk skade og/eller smerte, og som er udført uden intention om selvmord (118, 119). De mest almindelige former for selvskadende adfærd er at skære i sig selv ('cutting'), brænde sig selv og slå sig selv (114). Der ses en tendens til, at kvinder, der selv-

skader, ofte skærer i sig selv, mens mænd har tendens til at brænde sig selv eller slå sig selv (112, 120).

Der kan ligge forskellige motiver til grund for selvskade. Derfor kan adfærden have forskellige funktioner for den enkelte, såsom affektregulering (nedregulering af negative/pinagtige følelser), at straffe sig selv eller gøre andre opmærksomme på mistrivsel eller følelsesmæssig smerte (115, 121, 122). Det mest almindelige motiv menes at være affektregulering, hvor den selvskadende adfærd giver en kortvarig lettelse af indre spændinger (115, 121).

Selvskadende adfærd starter ofte i de tidlige ungdomsåre og er hyppigst forekommende i ungdomsårene (109, 116). Studier har fundet, at ca. 10-20 % af alle unge har udøvet selvskadende adfærd (123, 124, 125). I Danmark er forekomsten af selvskadende adfærd sparsomt belyst (116), men et studie af gymnasielever har rapporteret en forekomst på 22 % (112).

I dette afsnit anvendes følgende spørgsmål vedrørende selvskadende adfærd:

- Har du nogensinde skadet dig selv med vilje uden at have til hensigt at tage dit eget liv? (f.eks. ved at skære/cutte, brænde, kradse eller slå dig selv)
- Hvordan har du skadet dig selv?
- Hvor mange gange har du skadet dig selv inden for de seneste 12 måneder?
- Vil du gerne have hjælp til at stoppe med at skade dig selv fra læge, psykolog eller anden fagperson?

Blandt de unge har 19 % mindst én gang i deres liv skadet sig selv med vilje uden at have til hensigt at tage deres eget liv (26 % unge kvinder og 11 % unge mænd) (ikke vist). Dette svarer til godt 27.000 unge i Region Midtjylland. I det følgende rettes fokus mod de unge, der har skadet sig selv inden for de seneste 12 måneder.

Figur 8.24 viser, at andelen, der har skadet sig selv inden for de seneste 12 måneder, udgør 9 %. Der er godt 6 %, som angiver at have skadet sig selv 1-5 gange inden for de seneste 12 måneder, mens godt 2 % angiver, at de har skadet sig selv 6 eller flere gange i perioden.

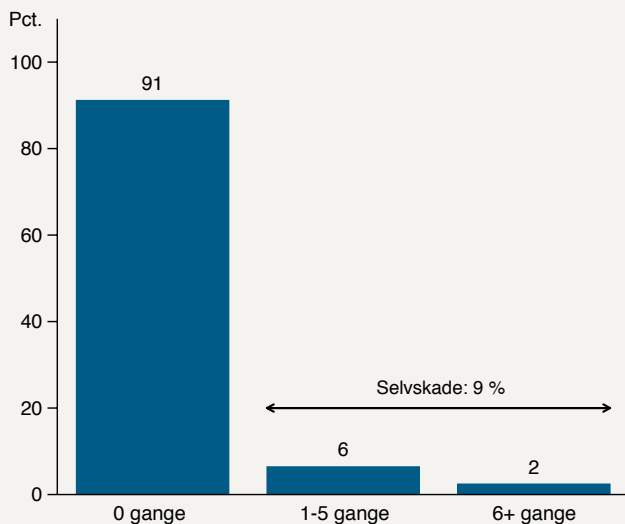
Det fremgår af figur 8.25, at andelen, der har skadet sig selv inden for de seneste 12 måneder, er størst blandt de 16-18-årige og falder markant fra 19-års-

Figur 8.24 og 8.25

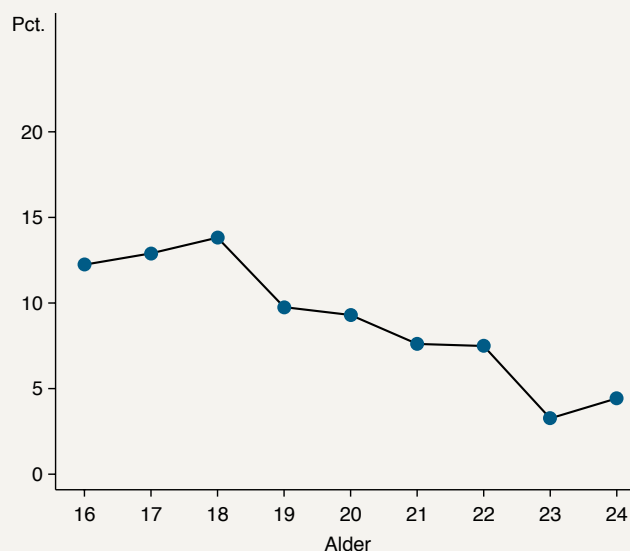
Unge selvskade

Figur 8.24

Unge selvskade – antal gange inden for de seneste 12 måneder

**Figur 8.25**

Andel af unge, der har skadet sig selv inden for de seneste 12 måneder – alder



alderen. Andelen, der har skadet sig selv, er størst blandt de 18-årige (14 %) og mindst blandt de 23-årige (3 %).

Hvordan skader unge sig selv?

Adspurgte om, hvordan de skader sig selv, angiver de unge, der har skadet sig selv inden for de seneste 12 måneder, overvejende følger metoder:

- Jeg har slået eller sparket hårdt mod noget (77 %)
- Jeg har kradsat eller nevet mig selv (67 %)
- Jeg har slået mig selv (63 %)
- Jeg har skåret mig selv ('cutting') (61 %)
- Jeg har brændt mig selv (25 %)
- Jeg har trukket hår ud (22 %)

Der er kønsforskelle i de anvendte metoder. Mens tre ud af fire af de selvskadende unge kvinder har kradsat eller nevet sig selv, gælder dette cirka hver anden af de unge mænd. Tilsvarende har 68 % af de unge kvinder og

46 % af de unge mænd skåret sig ('cutting'). Omvendt har 36 % af de selvskadende unge mænd brændt sig selv, mens dette gælder for 20 % af de unge kvinder (ikke vist).

Hvor mange unge, der skader sig selv, ønsker hjælp?

Men henblik på at afdække, hvor mange unge der ønsker hjælp til at stoppe med at skade sig selv, er der i *Hvordan har du det?* spurgt, om de unge ønsker hjælp fra læge, psykolog eller anden fagperson. Knap 10 % af de unge, der har skadet sig selv inden for de seneste 12 måneder, vil gerne have hjælp til at stoppe med at skade sig selv, mens 20 % allerede modtager hjælp. Endvidere angiver godt halvdelen af de unge, at hjælp ikke er relevant, fordi de er stoppet med selvskade, mens 20 % ikke ønsker hjælp (ikke vist).

Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelse er en fællesbetegnelse for flere psykiske lidelser: anoreksi, bulimi og tvangsoverspisning (71, 126, 127). Et fælles diagnostisk kriterium for anoreksi og bulimi er forstyrret kropsoptagelse og stor frygt for fedme. Ved anoreksi forudsættes endvidere vægttab førende til en vægt på 15 % eller mere under normalvægt, ekstrem undgåelse af mad og drikke, der feder, samt hormonelle forstyrrelser (71). Bulimi er endvidere kendetegnet ved spiseanfald (minimum 2 gange ugentlig) i en periode på minimum 3 måneder og spisetrang (cravings), som efterfølgende udløser forsøg på modvirkning af vægtøgning ved opkastning, brug af afføringsmidler, faste og/eller brug af slankepiller (71). Tvangsoverspisning er karakteriseret ved hyppige, gentagne episoder med overspisning. Ved overspisning forstås et ekstremt indtag af føde inden for en tidsafgrænset periode. Episoderne skal opleves som et kontroltab, hvor man føler, at man ikke kan stoppe igen. Overspisning er ikke forbundet med uhensigtsmæssig kompensatorisk adfærd (f.eks. opkastning, faste eller motion) (126, 127).

Spiseforstyrrelser opstår typisk hos kvinder i ungdomsårene (110, 111), hvorfor der i analysen sættes fokus på unge kvinder på 16-24 år. Sundhedsstyrelsen skønner, at mellem 0,4 % og 1 % unge kvinder udvikler anoreksi, mens 2-4 % udvikler bulimi (128). Markant flere kvinder end mænd udvikler anoreksi og bulimi (129, 130). Forekomsten af tvangsoverspisning er cirka 2-3 % i befolkningen (131, 132).

Der er forskningsmæssig dokumentation for, at følgende faktorer kan have indflydelse på udviklingen af en spiseforstyrrelse (133, 134, 135, 136, 137, 138):

- Biologiske faktorer (herunder genetik)
- Lavt selvværd
- Vægtrelateret mobning
- Anden psykisk lidelse
- Overvægt
- Hyppige slankekur
- Medieopmærksomhed på kropsidealer
- Seksuelle overgreb og fysisk vold

Spiseforstyrrelser kan medføre andre psykiske lidelser såvel som somatisk sygdom og kan blandt andet derved få betydelige negative konsekvenser for helbredet (139). I værste fald kan en spiseforstyrrelse have dødelig udgang (140). Spiseforstyrrelser udgør samti-

dig et omkostningsfuldt problem for sundhedssektoren (141, 142). Der er derfor gode grunde til at iværksætte forebyggende tiltag, såsom tidlig behandling med kognitiv adfærdsterapi, før der udvikles en egentlig spiseforstyrrelse (130). Blandt dem, som overlever anoreksi, forbliver cirka 20 % kronisk syge, mens knap 50 % bliver raske, og cirka 30 % oplever bedring, men stadig har symptomer (143).

Måling af risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelser

For at kunne udvikle forebyggende tiltag mod spiseforstyrrelser er det væsentligt at kunne opspore personer, som udviser risikoadfærd, forinden der udvikles en egentlig spiseforstyrrelse (139, 144). Risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse er uhensigtsmæssig adfærd og problematiske holdninger i forhold til kropforståelse, vægtkontrol og spisevaner, som øger risikoen for senere at udvikle en egentlig spiseforstyrrelse (144).

Risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelser hos unge er i *Hvordan har du det? 2017* målt med et standardiseret skema: Risk Behaviour for Eating Disorders-8 (RiBED-8) (144). Skemaet består af otte spørgsmål, hvor angivelse af tre eller flere kritiske svar indikerer risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse.

En dansk undersøgelse har fundet, at unge kvinder, der på RiBED-8 angiver tre eller flere kritiske svar, har 5-6 gange større risiko for senere at have symptomer på en spiseforstyrrelse end unge kvinder med færre end tre kritiske svar (144). Herudover har personer, som udviser risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse, også flere psykiske og sociale problemer og dårligere livskvalitet (144). Ydermere er det fundet, at der er en stærk sammenhæng mellem overvægt og risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse blandt unge kvinder, således at et stigende BMI medfører en stigende grad af risikoadfærd (134, 139), hvilket hænger sammen med, at overvægt øger unges kvinders fokus på vægtkontrol og vægttabsstrategier (139).

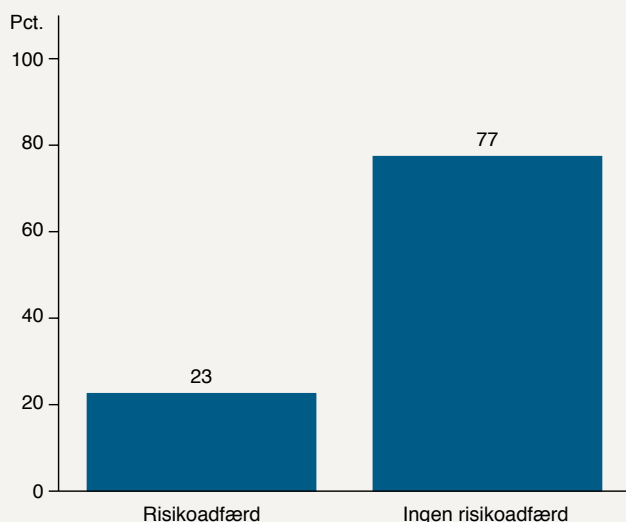
Undersøgelser, der har benyttet RiBED-8, har vist, at skalaen kun kan identificere risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelser hos unge kvinder (144). Derfor er unge mænd udeladt fra den følgende analyse.

Figur 8.26, 8.27 og 8.28

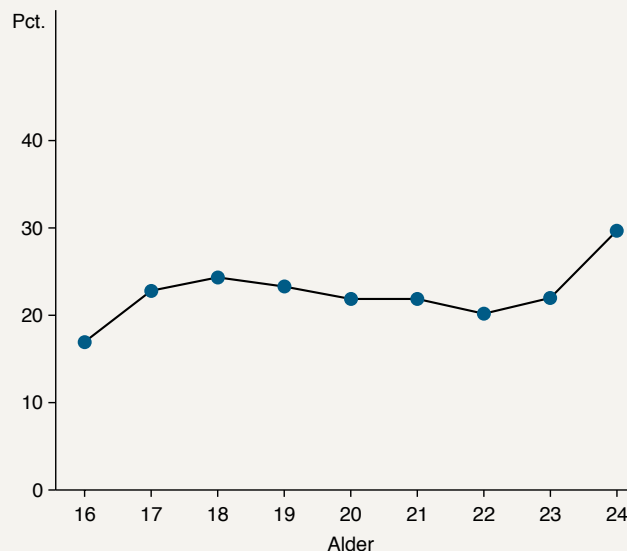
Risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse

Figur 8.26

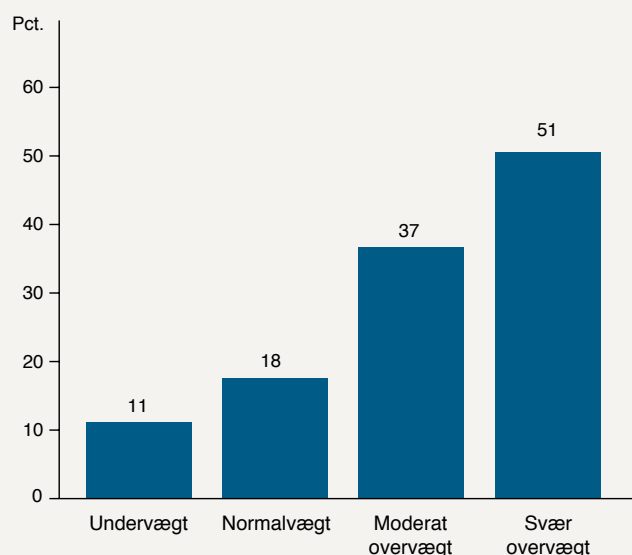
Forekomsten af risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse blandt unge kvinder


Figur 8.27

Andel af unge kvinder med risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse – alder


Figur 8.28

Andelen af unge kvinder med risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse – vægtklasser



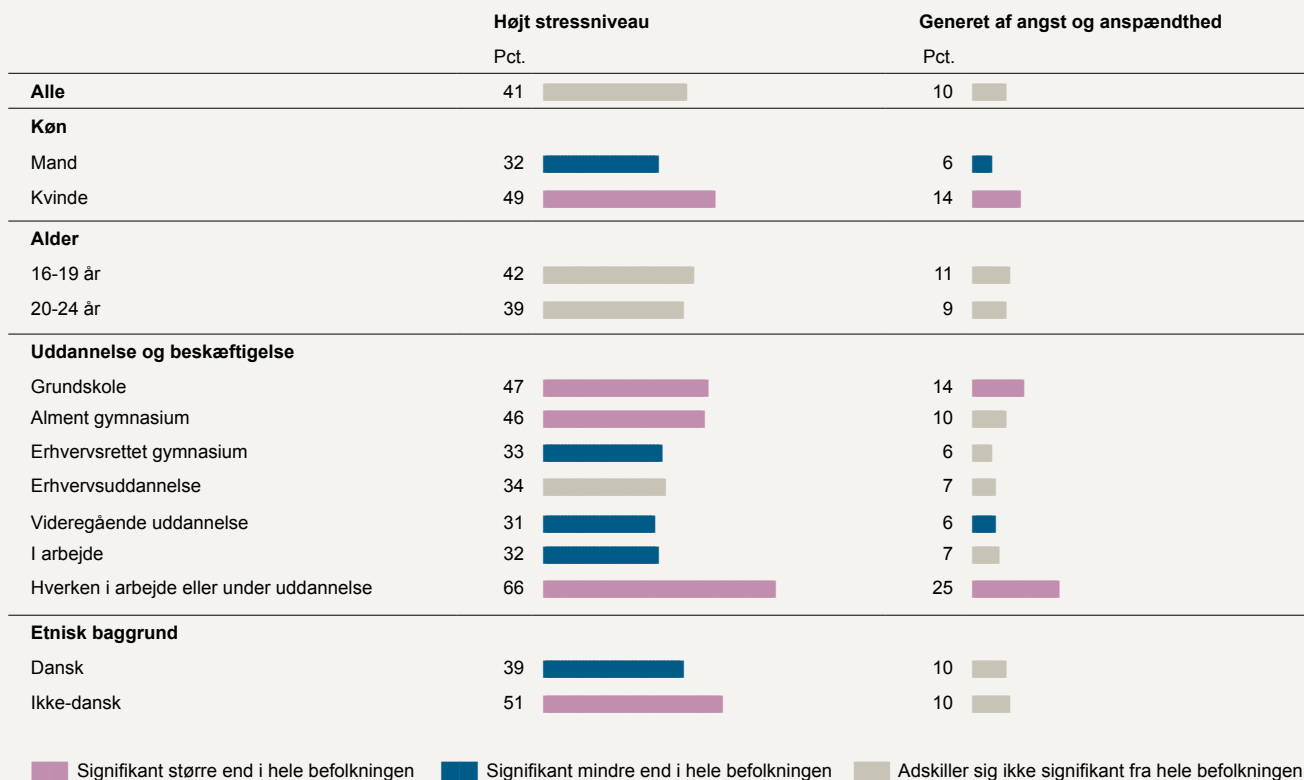
Figur 8.26 viser, at 23 % blandt unge kvinder udviser risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse, hvilket svarer til cirka 16.000 unge kvinder i Region Midtjylland.

Figur 8.27 viser, at andelen af unge kvinder med risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse ikke varierer væsentligt med alderen. Dog er der en større andel, der udviser risikoadfærd i forhold til spiseforstyrrelse, blandt de 24-årige.

Af figur 8.28 fremgår det, at andelen af unge kvinder med risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse stiger med stigende vægtklasse. Blandt de undervægtige udviser 11 % af de unge kvinder risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse, mens andelen er betydeligt større for moderat overvægtige (37 %) og svært overvægtige (51 %).

Figur 8.29

Unge mentale sundhed og mentale helbredsproblemer – køn, alder og sociale forhold



Unge mentale sundhed og mentale helbredsproblemer – køn, alder og sociale forhold

Figur 8.29 viser andelen af unge, der har dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer set i forhold til køn, alder, uddannelse/beskæftigelse og etnisk baggrund. Følgende seks indikatorer indgår i analysen: 1) højt stressniveau, 2) generet af angst og anspændthed, 3) svær ensomhed, 4) depression, 5) selvskadende adfærd og 6) risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse (kun unge kvinder).

Af figur 8.29 fremgår det, at sammenlignet med alle unge er der en signifikant større andel med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer blandt følgende grupper:

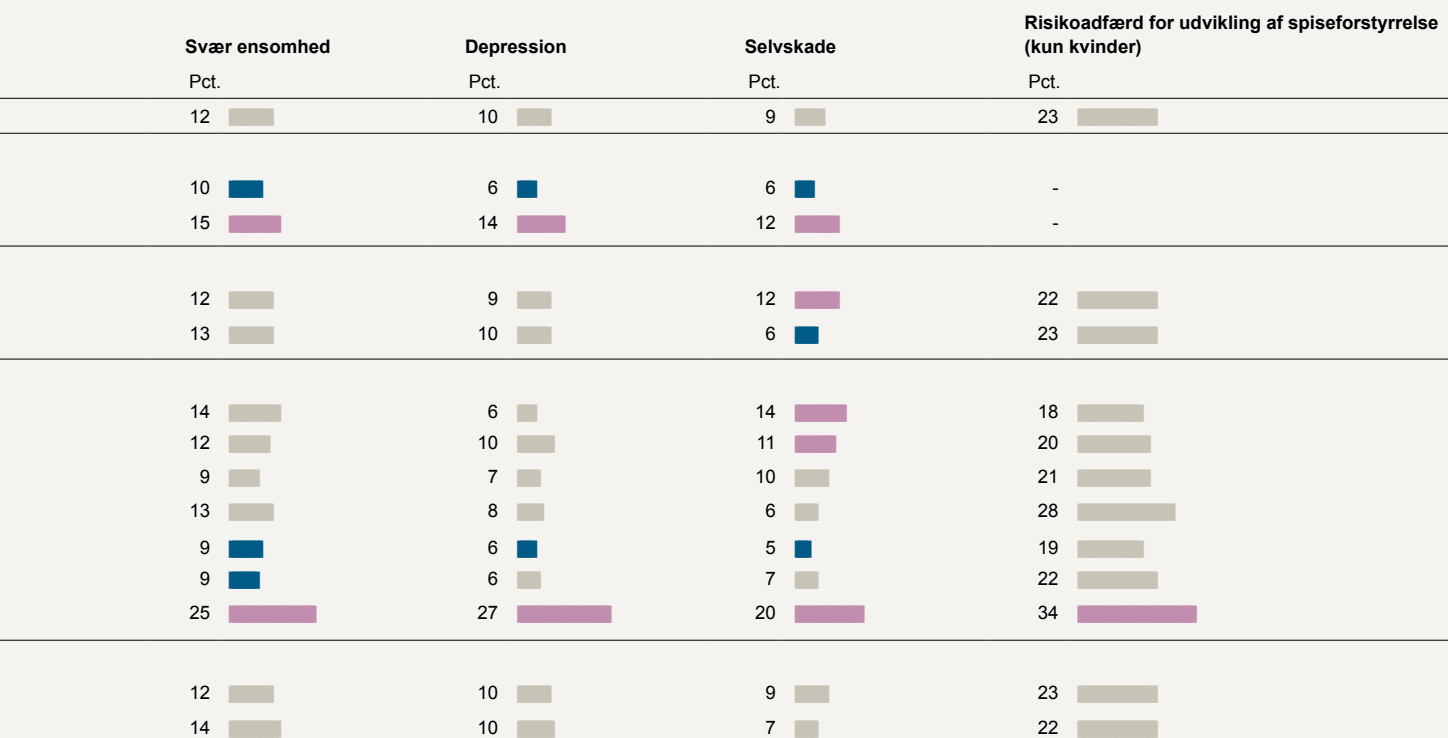
- Unge kvinder (alle indikatorer)
- Unge i alderen 16-19 år (selvskade)
- Unge, der går i grundskole (højt stressniveau, generet af angst og anspændthed og selvskade)
- Unge, der går i alment gymnasium (højt stressniveau og selvskade)
- Unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (alle indikatorer)

- Unge med anden etnisk baggrund end dansk (højt stressniveau)

Køn. Der er en markant større andel af unge kvinder end unge mænd, der har et højt stressniveau, er generet af angst og anspændthed, er svært ensomme, har en depression og har skadet sig selv.

Alder. Der er en sammenhæng mellem alder og selvskade, idet en større andel af unge i alderen 16-19 år har skadet sig selv. Derudover ses ingen sammenhæng mellem alder og de indikatorer, der indgår i analysen.

Uddannelse og beskæftigelse. Der er en stærk sammenhæng mellem dårlig mental sundhed/mentale helbredsproblemer og uddannelse/beskæftigelse. *Grundskole.* Der er i grundskolen en større andel unge, som har et højt stressniveau, er generet af angst og anspændthed, og som har skadet sig selv, end i hele ungegruppen. *Alment gymnasium.* Der er en større andel på det almene gymnasium, som har et højt stressniveau, og som har skadet sig selv, end i hele ungegruppen. *Erhvervsrettet gymnasium.* Blandt elever på erhvervsrettede gymnasier er der en mindre andel med



et højt stressniveau end i hele ungegruppen. *Videregående uddannelse.* Der er på de videregående uddannelser en mindre andel med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer end i hele ungegruppen (alle indikatorer, undtagen risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse). *I arbejde.* Blandt unge, der er i arbejde, er der en mindre andel, som har et højt stressniveau og er svært ensomme, end i hele ungegruppen. *Hverken i arbejde eller under uddannelse.* Blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, er der en markant større andel med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer (alle indikatorer) end i ungegruppen som helhed. To ud af tre unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, har et højt stressniveau, og cirka hver fjerde er generet af angst og anspændthed, er svært ensom og/eller har en depression.

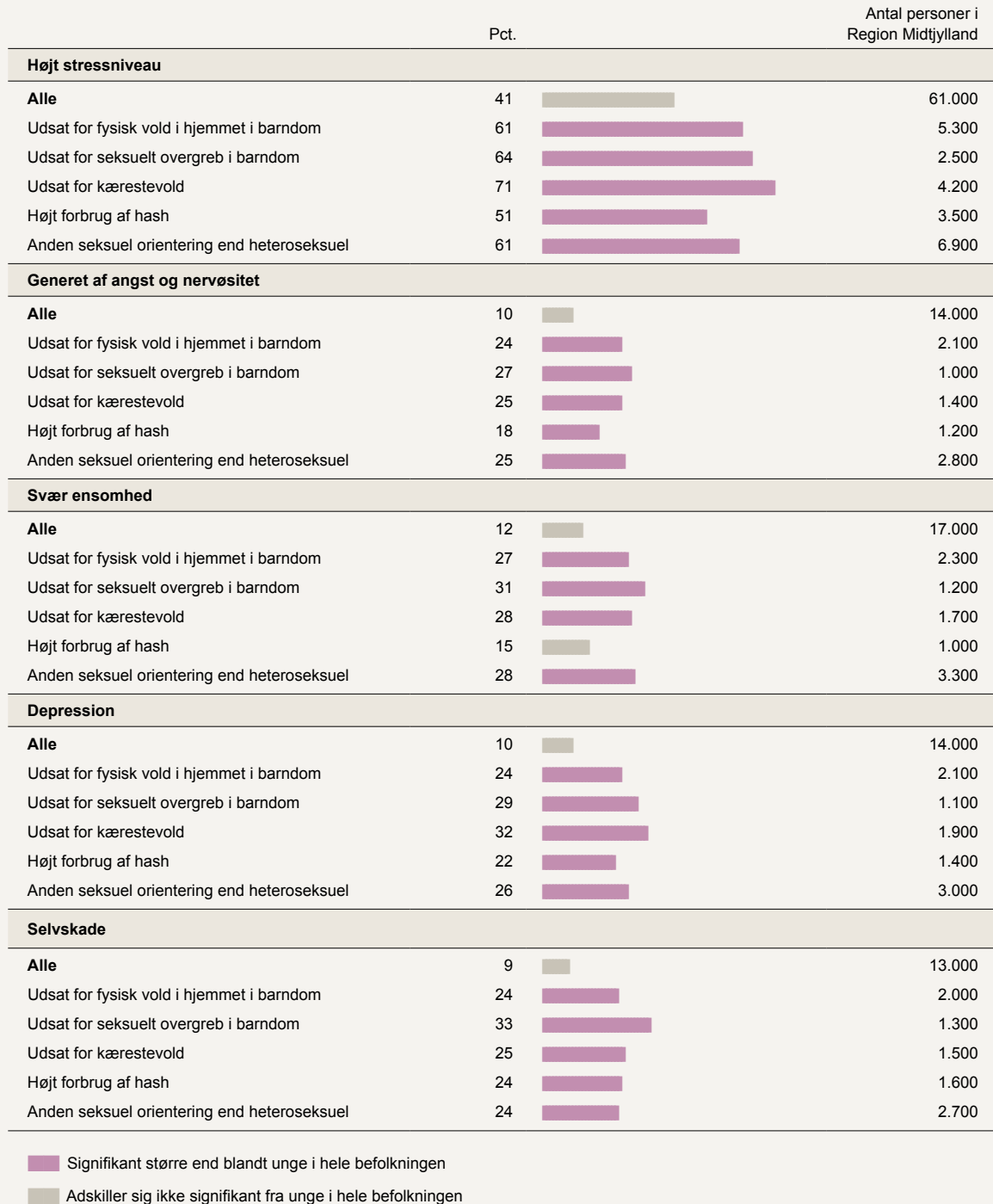
Etnisk baggrund. Der er en markant større andel med anden etnisk baggrund end dansk, der har et højt stressniveau, end i hele ungegruppen. Der er ingen sammenhæng mellem etnisk baggrund og de andre indikatorer for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen af unge, der har et højt stressniveau, blandt unge mænd og 16-19-årige. Se [figur 8.16.S i bind 2](#). Endvidere ses der fra 2010 til 2017 en markant stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, på tværs af køn og aldersgrupper. Se [figur 8.17.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en markant stigning i andelen af unge, der har et højt stressniveau, på tværs af køn og aldersgrupper. Se [figur 8.16.S i bind 2](#). Endvidere er der fra 2013 til 2017 sket en markant stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, på tværs af køn og aldersgrupper. Især ses en meget stor stigning fra 5 % til 14 % i andelen af unge kvinder, der er generet af angst og anspændthed. Se [figur 8.17.S i bind 2](#). Fra 2013 til 2017 har der været en markant stigning i andelen af unge, der ofte føler sig isoleret, på tværs af køn og aldersgrupper. I samme periode har der været en stigning i andelen af unge, der ofte savner nogen at være sammen med, på tværs af køn og aldersgrupper. Se [figur 8.17.S i bind 2](#). ◀

Figur 8.30

Unge mentale sundhed og mentale helbredsproblemer – forekomsten i forskellige risikogrupper



Unge mentale sundhed og mentale helbredsproblemer – i forskellige risikogrupper

Figur 8.30 viser forekomsten af unge, der har dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer, i forskellige risikogrupper. Følgende fem indikatorer indgår i analysen: 1) højt stressniveau, 2) generet af angst og anspændthed, 3) svær ensomhed, 4) depression og 5) selvskadende adfærd.

Højt stressniveau. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel med højt stressniveau blandt alle risikogrupper. Den højeste andel med højt stressniveau findes blandt unge, der har været udsat for kærestevold, hvoraf 71 % har et højt stressniveau. Denne gruppe omfatter cirka 4.200 unge i Region Midtjylland.

Generet af angst og anspændthed. Sammenlignet med ungegruppen er der en signifikant større andel, der er generet af angst og anspændthed, blandt alle risikogrupper. Sammenlignet med hele ungegruppen er risikoen for at være generet af angst og anspændthed cirka to-tre gange større blandt unge i de fem risikogrupper.

Svær ensomhed. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større forekomst af svær ensomhed blandt alle risikogrupper, undtagen blandt unge, der har et højt forbrug af hash. Den største forekomst af svær ensomhed findes blandt unge, der har været udsat for seksuelt overgreb i barndommen, hvoraf 31 % er svært ensomme. Denne gruppe omfatter cirka 1.200 unge i Region Midtjylland.

Depression. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel med depression blandt alle risikogrupper. De højeste forekomster af depression blandt unge findes hos unge, der har været udsat for kærestevold (32 %) eller seksuelt overgreb i barndommen (29 %). Sammenlignet med hele ungegruppen er risikoen for at have en depression omkring tre gange større for unge, der tilhører disse risikogrupper.

Selvskade. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel, der har skadet sig selv, blandt alle risikogrupper. Den højeste forekomst af unge, der har skadet sig selv, findes hos unge, der har været udsat for seksuelt overgreb i barndommen (33 %). Sammenlignet med hele ungegruppen er

sandsynligheden for at have skadet sig selv mere end tre gange større for unge, der tilhører denne risikogruppe.

Sammenfatning

De fleste borgere i Region Midtjylland, svarende til 71 %, vurderer, at de har en god trivsel og livskvalitet. Der er en stærk sammenhæng mellem god trivsel og livskvalitet og erhvervstilknytning. De største andele med god trivsel og livskvalitet findes blandt studerende/skoleelever og beskæftigede. Blandt førtidspensionister er det blot 33 %, der angiver, at de har en god trivsel og livskvalitet. Endvidere ses en stærk sammenhæng mellem god trivsel og livskvalitet og selvvurderet helbred. Blandt personer med dårligt selvvurderet helbred har blot 18 % en god trivsel og livskvalitet.

Der er fra 2013 til 2017 sket et fald i andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er god. Dette fald ses i alle kommuner, undtagen i Skive og på Samsø. Endvidere ses et større fald i andelen med god trivsel og livskvalitet blandt lavtuddannede end højtuddannede.

Andelen med højt stressniveau udgør 31 % af befolkningen, svarende til knap hver tredje af regionens borgere. Denne andel er faldende med alderen, om end der ses en stigning i højt stressniveau blandt personer på 75 år eller derover. Der ses en meget stor andel med højt stressniveau blandt personer med dårligt selvvurderet helbred (68 %). Blandt unge er der en markant større andel med højt stressniveau blandt dem, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (66 %), og blandt dem, der har været udsat for kærestevold (71 %).

I perioden fra 2013 til 2017 er der sket en stigning i andelen af personer, der har et højt stressniveau, fra 27 % til 31 %.

Det ses endvidere, at 6 % af befolkningen har været generet af angst og anspændthed inden for de seneste 14 dage. Sammenlignet med hele befolkningen er der en markant større andel, som er generet af angst og anspændthed, blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. (20 %) eller førtidspension (19 %), personer med dårligt selvvurderet helbred (20 %) og personer med tegn på social isolation (17 %). Blandt unge er der en markant større andel, som er generet af angst og anspændthed, blandt dem, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (25 %), dem, der har været udsat for fysisk vold eller seksuelt overgreb (24-27 %), og dem med anden seksuel orientering end heteroseksuel (25 %).

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen af personer, der er generet af angst og anspændthed. Især ses en meget stor stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed. Hos unge kvinder er andelen, der er generet af angst og anspændthed, steget fra 5 % til 14 % fra 2013 til 2017.

Andelen af svært ensomme udgør 8 % af befolkningen. Der ses en høj andel svært ensomme blandt de 16-29-årige (10-13 %) og personer på 85 år og derover (11 %). Endvidere er der en markant større andel, som er svært ensomme, blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. (24 %) og førtidspension (22 %), personer, der mangler social støtte (32 %), og personer med tegn på social isolation (26 %). Blandt unge er der en markant større andel, som er svært ensomme, blandt dem, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (25 %), dem, der har været udsat for fysisk vold eller seksuelt overgreb (27-31 %), og dem med anden seksuel orientering end heteroseksuel (28 %).

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i svær ensomhed. Stigningen er mest markant hos de unge (begge køn) og hos personer med lavt uddannelsesniveau.

Andelen, der har en depression, udgør 6 % af befolkningen. Dette svarer til cirka 58.000 personer i Region Midtjylland. Der er en stærk sammenhæng mellem depression og sociale forhold. Eksempelvis varierer andelen med depression markant efter uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, etnisk baggrund og boligforhold. Knap hver fjerde modtager af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. har en depression, mens dette gælder godt hver fjerde blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse. Sammenlignet med hele befolkningen er risikoen for at have en depression endvidere 3-4 gange større for personer med tegn på social isolation, personer belastet af økonomiske forhold og personer, der mangler social støtte. De højeste forekomster af depression blandt unge findes hos dem, der har været udsat for kærestevold (32 %) eller seksuelt overgreb i barndommen (29 %).

Blandt de unge har 19 % mindst én gang i deres liv skadet sig selv med vilje uden at have til hensigt at tage deres eget liv (26 % unge kvinder og 11 % unge mænd). Andelen, der har skadet sig selv inden for de

seneste 12 måneder, udgør 9 % og er størst blandt de 16-18-årige. Sammenlignet med hele ungegruppen er der endvidere en større andel med selvskadende adfærd blandt unge, der går i grundskole, unge på det almene gymnasium og unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse. Den højeste forekomst af unge, der har skadet sig selv inden for de seneste 12 måneder, findes hos personer, der har været udsat for et seksuelt overgreb i deres barndom (33 %). Knap 10 % af de unge, der har skadet sig selv, vil gerne have hjælp til at stoppe med at skade sig selv, mens 20 % allerede modtager hjælp.

Blandt de unge kvinder angiver 23 % risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse, hvilket svarer til cirka 16.000 unge kvinder i Region Midtjylland. Sammenlignet med alle unge kvinder er der en større andel med risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse. Andelen af unge kvinder med risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse øges endvidere markant med stigende vægtklasse.

Sammenfattende har de fleste borgere i Region Midtjylland en god trivsel og livskvalitet. Der ses imidlertid markante forskelle i forekomsten af dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer på tværs af sociale grupper. Eksempelvis ses en stor variation i forhold til erhvervstilknytning. Blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge og førtidspension er der en markant større andel med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer end i hele befolkningen. Tilsvarende er forekomsten af dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer høj blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse. Blandt unge er der desuden en markant større forekomst af dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer, blandt dem, der har været udsat for vold eller overgreb, og blandt dem med anden seksuel orientering end heteroseksuel.

Der er fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 sket en forværring af befolkningens mentale sundhed. Forværringen er mest udtalt blandt de 16-24-årige unge. Endvidere tyder det på, at den sociale ulighed i mental sundhed, opgjort ud fra uddannelsesniveaue, er blevet større.

Referencer

1. Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A. Børn og unges mentale helbred. København: Vidensråd for forebyggelse; 2014.
2. Epløv LF, Lauridsen S. Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
3. Stefansson C. Major public health problems – mental ill-health. Scand J Public Health Suppl. 2006;34(67):87-103.
4. Mehta N, Croudace T, Davies DSC. Public mental health: evidenced-based priorities. The Lancet. 2015;385(9976):1472-1475.
5. World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Summary report. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Genève: WHO; 2004.
6. World Health Organization. Promoting mental health. Summary report. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Genève: WHO; 2004.
7. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Schweiz: WHO; 2013.
8. World Health Organization. The world health report 2001 – mental health: new understanding, new hope. Schweiz: WHO; 2001.
9. Larsen FB, Nielsen AL. Psykisk syges sundhed i Region Midtjylland. Aarhus: CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland; 2012.
10. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. Br J Psychiatr. 2011;199:453-458.
11. Nordentoft M, Krogh J, Lange P, Moltke A. Psykisk sygdom og ændringer i livsstil. København: Vidensråd for forebyggelse; 2015.

12. Elliot I. Poverty and mental health: A review to inform the Joseph Rowntree Foundation's Anti-Poverty Strategy. London: Mental Health Foundation; 2016.
13. Bhui K. Discrimination, poor mental health, and mental illness. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(4):411-414.
14. Department of Health. Chief Medical Officer: Annual Report: public mental health. 2013. Available at: <https://www.gov.uk/government/publications/chief-medical-officer-cmo-annual-report-public-mental-health>. Accessed 21.11.2017.
15. World Health Organization Europe. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Executive Summary. København: WHO Regional Office for Europe; 2013.
16. NHS Health Scotland. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS). Edinburgh: NHS Health Scotland; 2016.
17. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychother Psychosom*. 2015;84(3):167-176.
18. Vanhalst J, Klimstra TA, Luyckx K, Scholte RH, Engels RC, Goossens L. The interplay of loneliness and depressive symptoms across adolescence: Exploring the role of personality traits. *J Youth Adolesc*. 2012;41(6):776-787.
19. Lasgaard M, Goossens L, Elklit A. Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: Cross-sectional and longitudinal analyses. *J Abnorm Child Psychol*. 2011;39(1):137-150.
20. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging*. 2006;21(1):140-151.
21. Brown GW, Harris TO. Depression. I: Brown GW, Harris TO, red. Life events and illness. London: Guilford Press; 1989.
22. Hammen C. Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:293-319.
23. Christensen AI, Davidsen M, Kjøller M, Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
24. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes sundhed – den nationale sundhedsprofil 2014. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
25. Regeringens udvalg om psykiatri. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udviklingen i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2013.
26. Sørensen NU, Grubb A, Madsen IW, Nielsen JC. Når det er svært at være ung i DK – unges beretninger om mistrivsel og ungdomsliv. København: Center for Ungdomsforskning; 2011.
27. Nielsen AM, Lagermann LC. Stress i gymnasiet – hvad der stresser gymnasieelever og hvordan forebyggelse og behandling virker med 'åben og rolig for unge'. Aarhus: DPU, Aarhus Universitet; 2017.
28. Institut for Lykkeforskning. Det gode, unge liv. Hvordan fremmer vi det? – en undersøgelse af unges trivsel i Danmark. København: Institut for Lykkeforskning; 2017.
29. The Government Office for Science. Foresight mental capital and wellbeing project. Final project report. London: The Government Office for Science; 2008.
30. Whittington JE, Huppert FA. Changes in the prevalence of psychiatric disorder in a community are related to changes in the mean level of psychiatric symptoms. *Psychol Med*. 1996;26(6):1253-1260.
31. Anwar-McHenry J, Donovan RJ, Jalleh G, Laws A. Impact evaluation of the Act-Belong-Commit mental health promotion campaign. *J Public Ment Health*. 2012;11(4):186-194.
32. Stewart-Brown S, Middleton J, Ashton J. Responses to the Chief Medical Officer's report 2013. *The Lancet*. 2015;385(9987):2576.
33. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke om mental sundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.

34. Christiansen NS, Holmberg T, Hærvig KK, Christensen AI, Rod MH. Kortlægning: Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2015.
35. Sund By Netværket. Mental sundhed: Om de positive faktorer, der påvirker vores mentale sundhed. Available at: <http://sund-by-net.dk/temagrupper/mental-sundhed/>. Accessed 21.11.2017.
36. Thybo P. Det Dobbelte KRAM — et tværfagligt arbejdsgrundlag for mental sundhed, helbred og trivsel. København: Hans Reitzels Forlag; 2016.
37. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005;294(16):2064-2074.
38. Health and Social Care Information Centre. Fundamental facts about mental health 2015. London: Mental Health Foundation; 2015.
39. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry*. 2008;192: 368-375.
40. Niel AL, Christensen H. Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 2009; 29: 208-215.
41. Durlak JA, Dymnicki AB, Taylor RD, Weissberg RP, Schellinger K B. The Impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*. 2011; 82: 405-432.
42. Rones M, Hoagwood K. School-based mental health services: A research review. *Clinical child and family psychology review*. 2000; 3: 223-241.
43. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? *Health Promotion International*. 2011; 26; 29-56.
44. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009;69(3):307-316.
45. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38(1):21-37.
46. Zierau F, Hardt F, Henriksen JH, Holm SS, Jørring S, Melsen T et al. Validation of a self-administered modified CAGE test (CAGE-C) in a somatic hospital ward: Comparison with biochemical markers. *Scand J Clin Lab Invest*. 2005;65(7):615-622.
47. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol*. 1979;109(2):186-204.
48. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *PNAS*. 2013;110(15):5797-5801.
49. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell, NR. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*. 2002; 97: 1123-1135.
50. Camfield L, Skevington S. On subjective well-being and quality of life. *J Health Psychol*. 2008;13(6):764-775.
51. Næss S, Moun T. Livskvalitet: forskning om det gode liv. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.
52. Kajandi M. Livskvalitet. Uppsala: Psykologiske enheten, Forskningsklinikken, Ulleråkers sjukhus; 1985.
53. 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.
54. Holmgren K, et al. The prevalence of work-related stress, and its association with self-perceived health and sick-leave, in a population of employed Swedish women. *BMC Public Health*. 2009;9(73):73-82.
55. Sundhedsstyrelsen. Langvarig stress. Aktuel viden og forslag til stress-forebyggelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
56. Kalia M. Assessing the economic impact of stress – the modern day hidden epidemic. *Metabolism Suppl*. 2002;51(6):49-53.

57. Pedersen A, Zachariae R, Bovbjerg DH. Influence of psychological stress on upper respiratory infection – a meta-analysis of prospective studies. *Psychosom Med.* 2010;72(8):823-832.
58. Nielsen NR. Stress – folkesundhed og forebyggelse. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB, red. *Forebyggende sundhedsarbejde*. 5. udgave. København: Munksgaard; 2009.
59. Netterstrøm B. Stress. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, red. *Folkesundhedsrapporten Danmark*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.
60. Wheaton B. The stress process as a successful paradigm. I: Avison W, Aneshensel C, Schieman S, Wheaton B, red. *Advances in the Conceptualization of the Stress Process*. Springer: New York; 2009.
61. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4):385-396.
62. 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.
63. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
64. Cohen S, Tyrrell DAJ, Smith AP. Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *J Pers Soc Psychol.* 1993;64(1):131-140.
65. Larsen FB. Stress og belastende livsomstændigheder – hvilke belastninger betyder mest? Hvordan har du det? Online. 2007;1:4-10.
66. Willert MV, Thulstrup AM, Hertz J. Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. *Scand J Work Environ Health.* 2009;35(2):145-152.
67. Kellenberger S, Larsen FB. Stress øger risikoen for sygefravær hos raske erhvervsaktive. Hvordan har du det? Online. 2008;5:1-4.
68. Larsen FB. Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed. Hvordan har du det? Aarhus: DEFACTUM; 2009.
69. Ihlebaek C, Brage S, Eriksen HR. Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. *Occup Med.* 2007;57(1):43-49.
70. Roelen CA, Koopmans PC, Groothoff JW. Subjective health complaints in relation to sickness absence. *Work.* 2010;37(1):15-21.
71. World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision (ICD-10)*. Diagnostic criteria for research. Genève: WHO; 1993.
72. Sundhedsstyrelsen. *Referenceprogram for angstlidelser hos voksne*. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
73. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Ronald MR, Wittchen HU. Anxiety disorders. *Nat Rev Dis Primers.* 2017;4(3).
74. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. *Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme*. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
75. Holt-Lunstad J, Smith TB, et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci.* 2015;10(2):227-237.
76. Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, et al. Socially isolated children 20 years later: risk of cardiovascular disease. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(8):805-811.
77. Peplau LA, Perlman D. *Perspectives on Loneliness*. I: Peplau L, D Perlman, red. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. USA: John Wiley; 1982.
78. Rotenberg K. *Childhood and adolescent loneliness: An introduction*. I: Rotenberg K, Hymel S, red. *Loneliness in childhood and adolescence*. England: Cambridge University Press; 1999.
79. Madsen KR, Lasgaard M. *Ensom, men ikke alene. Viden om et ungdomsproblem*. I: Pedersen K, red. *Ensom, men ikke alene: En antologi om unge og ensomhed*. København: Ventilen; 2014.

80. Swane CE. Gamle menneskers hverdagsliv. I: Swane CE, Blaakilde AL, Amstrup K, red. Gerontologi – livet som gammel. København: Munksgaard; 2007.
81. Jones WH. Loneliness and social contact. *J Soc Psychol.* 1981;113(2):295-296.
82. Williams JG, Solano CH. The social reality of feeling lonely: Friendship and reciprocation. *Pers Soc Psychol Bull.* 1983;9(2):237-242.
83. Hawkley LC, Thisted RA, Masi CM, et al. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging.* 2010;25(1):132-141.
84. Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008;23(12):1213-1221.
85. Harris RA, Qualter P, Robinson SJ. Loneliness trajectories from middle childhood to pre-adolescence: impact on perceived health and sleep disturbance. *J Adolesc.* 2013;36(6):1295-1304.
86. Jaremka LM, Andridge RR, Fagundes CP, Alfano CM, Potoski SP, et al. Pain, depression and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychol.* 2014;33(9):948-957.
87. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLOS Med.* 2010;7(7):1-20.
88. Lasgaard M, Bang L, Reese S, Nielsen LA. Ensomhed i Aarhus – evaluering af et samskabelsesprojekt. Temaanalyse vol. 5. Hvordan har du det? Aarhus: DEFACTUM; 2017.
89. Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats mod ensomhed hos ældre mennesker med meget hjemmehjælp: Rapport. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
90. Christiansen J, Lasgaard M. Kortlægning og analyse af danske initiativer til ensomme. Aarhus: DEFACTUM; 2017.
91. Masi CM, Chen HY, Hawkley LC, Cacioppo JT. A metaanalysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev.* 2011;15(3):219-266.
92. Mann F, Bone JK, Lloyd-Evans B, et al. A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017;52(6):627-638.
93. Lasgaard M, Christiansen J, Nielsen SS, Poulsen AKH, Bramsen RH. Netværk - om at forebygge og afhjælpe ensomhed på ungdomsuddannelser: Spor 2 - effektstudie. Odense: Syddansk Universitet - Institut for Psykologi; 2013.
94. Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Res Aging.* 2004;26(6):655-672.
95. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (version 3): Reliability, validity and factor structure. *J Pers Assess.* 1996;66(1):20-40.
96. Lasgaard M. Reliability and validity of the Danish version of the UCLA Loneliness Scale. *Pers Individ Dif.* 2007;42(7):1359-1366.
97. Lasgaard M, Friis K, Shevlin M. Where are all the lonely people? A population based study of high-risk groups across the life span. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016;51(10):1373-1384.
98. Boehlen F, Herzog W, Quinzler R et al. Loneliness in the elderly is associated with the use of psychotropic drugs. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2015;30(9):957-964.
99. Luo Y, Hawkley LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Soc Sci Med.* 2012; 74(6):907-914.
100. Otte C, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers.* 2016;2:1-19.
101. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet.* 2015;386(9995):743-800.
102. Goldberg D. Epidemiology of mental-disorders in primary-care settings. *Epidemiol Rev.* 1995;17(1):182-190

103. van Zoonen K et al. Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):318-329.
104. Olsen LR, Jensen DV, Noerholm V, Martiny K, Bech P. The internal and external validity of the Major Depression Inventory in measuring severity of depressive states. *Psychol Med*. 2003;33(2):351-356.
105. Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(2):96-103.
106. Ellervik C, Kvetny J, Christensen KS, Vestergaard M, Bech P. Prevalence of depression, quality of life and antidepressant treatment in the Danish General Suburban Population Study. *Nord J Psychiatry*. 2014;68(7):507-512.
107. Olesen LR. Measurements of depressive illness and mental distress in the Danish general population. København: Københavns Universitet; 2014.
108. Bech P. *Klinisk Psykometri*. København: Munksgaard; 2011.
109. Nock MK. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009;18(2):78-83.
110. Lau M, Schousboe BH, Waadegaard M. *Diagnoser. I: Hecht LK, Schousboe BH, red. Spiseforstyrrelser – symptomer, årsager og behandling*. København: Psykiatrifonden; 2012.
111. Lunn S. *Teorier om årsager til spiseforstyrrelser. I: Lunn S, Rokkedal K, Rosenbaum B, red. Frås og faste – spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel betydning*. København: Dansk Psykologisk Forlag; 2010.
112. Møhl B, Skandsens A. The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students. *Personal Ment Health*. 2012;6(2):147-155.
113. Nielsen JC, Sørensen NU, Osmec MN. *Når det er svært at være ung i DK – unges trivsel og mistrivsel i tal*. København: Center for ungdomsforskning; 2010.
114. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:339-363.
115. Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect regulation. *Psychiatry Res*. 2009;166(2-3):260-268.
116. Lindekilde N, Lasgaard M. *Fra selvskade til selvmord*. Psyke & Logos. 2016;2.
117. Region Midtjylland. *Social strategi: Nødvendig viden – målrettet indsats – bedre liv – til flere*. Viborg: Region Midtjylland, Psykiatri og Social; 2013.
118. Møhl B. *Selvskade: psykologi og behandling*. København: Hans Reitzels Forlag; 2013.
119. Nock MK. *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. Washington DC: American Psychological Association; 2009.
120. Andover MS, Primack JM, Gibb BE, Pepper CM. An examination of non-suicidal self-injury in men: Do men differ from women in basic NSSI characteristics? *Arch Suicide Res*. 2010;14(1):78-88.
121. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the inventory of statements about self-injury (ISAS). *J Psychopathol Behav Assess*. 2009;31:215-219.
122. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol*. 2005;114(1):140-146.
123. Brausch AM, Gutierrez PM. Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *J Youth Adolesc*. 2010;39(3):233-242.
124. Heath NL, Toste JR, Nedercheva T, Charlebois A. An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *J Ment Health Couns*. 2008;30(2):137-156.
125. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 2004;34(1):12-22.
126. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (56th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

127. Mortality and Morbidity Statistics. ICD-11 beta draft. Available at: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fenti-ty%2f1673294767>. Accessed 21.12.2017.
128. Sundhedsstyrelsen. Psykisk sygdom: Spise- forstyrrelser. Available at: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/psykisk-sygdom/sygdomme/spiseforstyrrelser>. Accessed 1.12.2017.
129. Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk factors for eating disorders. *AM Psychol.* 2007; 62(3):181-198.
130. Khanh-Dao LL, Barendregt JJ, Hay P, Mihalo- poulos C. Prevention of eating disorders: A syste- matic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2017;53:46-58.
131. Kessler RC, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organi- zation World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry.* 2013;73(9):904-914.
132. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychia- try.* 2007;61(3):348-358.
133. Berrettini W. The genetics of eating disorders. *Psychiatry (Edgmont).* 2004;1(3):18-25.
134. Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O'Conner ME. Risk factors for bulimia nervosa. A com- munity-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54:509-517.
135. Patton GC. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *Br Med J.* 1999;318:765-768.
136. Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of sha- red risk factors. *Health Educ Res.* 2006;21(6):770- 782.
137. Ghaderi A. Review of risk factors for eating disorders: implications for primary prevention and cognitive behavioural therapy. *Scand J Behav Ther.* 2001;30(2):57-74.
138. Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol.* 2002;53:187-213.
139. Waadegaard M, Davidsen M, Kjølner M. Obesity and prevalence of risk behaviour for eating disorder among young Danish Women. *Scand J Public Health.* 2009;37:736-743.
140. Quadflieg N, Fichter MM. Mortality in eating dis- orders – results of a large prospective clinical longitu- dinal study. *Int J Eat Disord.* 2014;49(4):391-401.
141. Pratt BM, Woolfenden S. Interventions for pre- venting eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;2:1-34.
142. Emans SJ. Eating disorders in adolescent girls. *Pediatr Int.* 2000;42(1):1-7.
143. Steinhausen H-C. The outcome of anorexia ner- vosa in the twentieth century. *Am J Psychiatry.* 2002; 159:1284-1293.
144. Waadegaard M, Thoning H, Petersson B. Vali- dation of a screening instrument for identifying risk behavior related to eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2003;11(6):433-455.