

# HVORDAN HAR DU DET? 2021

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

Karina Friis, Martin Mejlby Jensen, Marie Hauge Pedersen, Mathias Lasgaard, Finn Breinholt Larsen,  
Sarah Skov Jørgensen, Kristine Toftegaard Frandsen og Jes Bak Sørensen





# **HVORDAN HAR DU DET? 2021**

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

## **UDARBEJDET AF**

Karina Friis  
Martin Mejlby Jensen  
Marie Hauge Pedersen  
Mathias Lasgaard  
Finn Breinholt Larsen  
Sarah Skov Jørgensen  
Kristine Toftegaard Frandsen  
Jes Bak Sørensen

**DEFACTUM** | Marts 2022

## **TITEL**

Hvordan har du det? 2021 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1)

## **FORFATTERE**

Karina Friis (projektleder)  
Martin Mejlby Jensen  
Marie Hauge Pedersen  
Mathias Lasgaard  
Finn Breinholt Larsen  
Sarah Skov Jørgensen  
Kristine Toftegaard Frandsen  
Jes Bak Sørensen

## **COPYRIGHT**

© DEFACTUM, Region Midtjylland 2022

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  
E-mail: hvordanhardudet@rm.dk

## **DENNE RAPPORT CITERES SÅLEDES:**

Friis K, Jensen MM, Pedersen MH, Lasgaard M, Larsen FB, Jørgensen SS, Frandsen KT, Sørensen JB. Hvordan har du det? 2021 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2022.

ISBN-nr: 978-87-93657-30-4

## **UDGIVELSE**

Marts 2022

## **OPLAG**

1.500

## **LAYOUT**

2.1hartwork

## **FORSIDE**

Malene Hald

## FORORD

Dette er Region Midtjyllands femte sundhedsprofil. Sundhedsprofilen er udarbejdet på baggrund af *Hvordan har du det? 2021* – en spørgeskemaundersøgelse blandt knap 34.000 borgere i Region Midtjylland. Sundhedsprofilen giver rig mulighed for at få indblik i sundhedstilstanden, som den opleves og beskrives af borgerne selv. De fire tidligere sundhedsprofiler blev lavet i 2006, 2010, 2013 og 2017.

I rapporten kan man se opgørelser på både regionalt og kommunalt niveau, og man kan se udviklingen i befolkningens sundhed og trivsel i perioden fra 2010 til 2021.

Det særlige ved *Hvordan har du det?* er først og fremmest det store antal borgere, der medvirker i spørgeskemaundersøgelsen, samt at undersøgelsen gennemføres i hele Danmark på samme tid. Sundhedsprofilen er den største sundhedsundersøgelse af sin art i Danmark, og den giver en unik mulighed for at følge udviklingen i danskernes sundhed og trivsel på tværs af regioner og kommuner i hele landet.

Oplysningerne fra sundhedsprofilerne har siden 2006 været anvendt i den kommunale og regionale planlægning af sundhedsindsatsen, idet de giver et indblik i de udfordringer, som regionen og kommunerne står over for på forebyggelsesområdet. Sundhedsprofilen kan derved bruges til at planlægge, prioritere og gennemføre de regionale og kommunale forebyggelses- og behandlingsopgaver, som skal løfte borgernes sundhed i de kommende år.

Forskergruppen bag *Hvordan har du det?* bestræber sig på at inddrage emner i undersøgelsen, der kan understøtte denne proces med relevante tal og opgørelser. I rapporten belyses emner, som også har været med i de tidligere sundhedsprofiler, og som fortsat har en central betydning for folkesundheden. Det drejer sig om følgende temaer: rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost, overvægt, fysisk og mentalt helbred, kronisk sygdom og social og geografisk ulighed i sundhed.

Af nye emner indgår denne gang et kapitel om COVID-19 (pandemiens påvirkning af befolkningens trivsel mv.), og der er ligeledes som noget nyt tilføjet særskilte kapitler om henholdsvis seksuelle krænkelser, søvn og unges sundhed.

Undersøgelsen indeholder en kerne af spørgsmål, der er stillet til borgere i hele landet. Desuden indeholder undersøgelsen en række spørgsmål, der er særlige for Region Midtjylland.

*Hvordan har du det? 2021* har i høj grad været præget af coronapandemien. Dataindsamlingen fandt sted mellem den 5. februar og den 12. maj 2021. I denne periode var der i Danmark en række restriktioner og tiltag i forbindelse med håndteringen af COVID-19-pandemien, og dette har med stor sandsynlighed påvirket nogle af resultaterne i undersøgelsen, idet rammerne for vores liv har været anderledes end normalt. Som læser af rapporten er dette væsentligt at have for øje.

Vi vil gerne rette en stor tak til de mange borgere, der har brugt tid på at svare på spørgeskemaet, og som dermed har medvirket til, at særligt regionen og kommunerne i dag med sundhedsprofilen i hånden har et vigtigt redskab til at igangsætte initiativer til fremme af borgernes sundhed og trivsel.

## INDHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENFATNING	6
1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE	12
Baggrund og formål .....	12
Metode .....	12
Beskrivelse af baggrundsvariable .....	16
Læsevejledning .....	21
2. RYGNING	24
3. ALKOHOL	46
4. FYSISK AKTIVITET	64
5. KOST	86
6. OVERVÆGT	98
7. SELVVURDERET HELBRED	114
8. MENTAL SUNDHED	122
Trivsel og livskvalitet .....	127
Stress .....	134
Generet af angst og anspændthed .....	140
Ensomhed .....	146
Depression .....	154
9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM	166
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom .....	172
Sundhedsvaner hos personer med kronisk sygdom og multisygdom .....	190
Fysisk og mentalt helbred hos personer med kronisk sygdom og multisygdom ....	201
Behandlingsbyrde og sundhedskompetence .....	212
10. UNGES SUNDHED	236
Unge risikoadfærd .....	242
Unge sundhedsvaner .....	248
Unge mentale sundhed .....	252

<b>11. COVID-19</b>	<b>264</b>
Hvor mange har haft COVID-19? .....	270
Hvordan har COVID-19 påvirket befolkningens dagligdag? .....	272
Hvor mange vurderer, at de er i risiko for at blive alvorligt syge af COVID-19? ....	276
Hvor mange har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus på grund af pandemien? .....	279
Hvordan har COVID-19 påvirket livskvaliteten? .....	282
<b>12. SEKSUELLE KRÆNKELSER</b>	<b>290</b>
<b>13. SØVN</b>	<b>302</b>
<b>14. SOCIAL OG GEOGRAFISK ULIGHED I SUNDHED</b>	<b>318</b>
Social ulighed i sundhed .....	324
Geografisk ulighed i sundhed .....	326
Sundhed på én side .....	334
Kommuner	
Favrskov Kommune .....	336
Hedensted Kommune .....	338
Herning Kommune .....	340
Holstebro Kommune .....	342
Horsens Kommune .....	344
Ikast-Brande Kommune .....	346
Lemvig Kommune .....	348
Norddjurs Kommune .....	350
Odder Kommune .....	352
Randers Kommune .....	354
Ringkøbing-Skjern Kommune .....	356
Samsø Kommune .....	358
Silkeborg Kommune .....	360
Skanderborg Kommune .....	362
Skive Kommune .....	364
Struer Kommune .....	366
Syddjurs Kommune .....	368
Viborg Kommune .....	370
Aarhus Kommune .....	372
Sundhedsklynger	
Horsensklyngen .....	374
Midtklyngen .....	376
Randersklyngen .....	378
Vestklyngen .....	380
Aarhusklyngen .....	382
Region Midtjylland .....	384

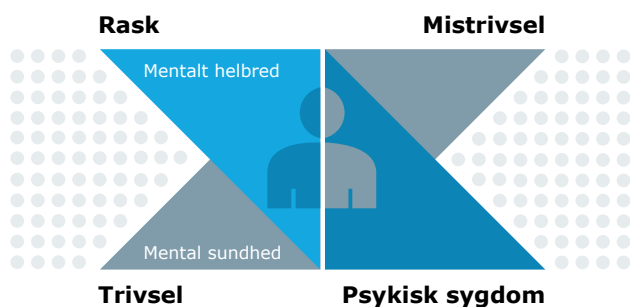
## 8. MENTAL SUNDHED

Formålet med dette kapitel er at beskrive befolkningens mentale sundhed. Først introduceres centrale begreber samt viden om risikofaktorer og interventionsmuligheder. Dernæst præsenteres fem forskellige vinkler på mental sundhed: 1) trivsel og livskvalitet, 2) stress, 3) angst og anspændthed, 4) ensomhed og 5) depression. Dermed spænder analysen fra almen trivsel over tegn på dårlig mental sundhed til egentlige mentale helbredsproblemer.

### Hvad menes der med mental sundhed?

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. 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 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. Størstedelen af befolkningen har en god mental sundhed og lider ikke af en psykisk lidelse. En andel 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 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 health* 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 tilsigter at øge trivsel og at mindske egentlige psykiske lidelser (6). Denne pointe afspejler sig i WHO's *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*, 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 uhensigtsmæssige forandringer i immunfunktionen og øger derved risikoen for en række somatiske sygdomme (8). Endvidere er psykisk sygdom forbundet med uhensigtsmæssige sundhedsvaner (f.eks. rygning, alkohol og seksuel risiko-



adfærd), som blandt andet øger risikoen for kræft, hjerte-kar-lidelser og seksuelt overførte sygdomme (8). I tråd hermed forekommer somatiske sygdomme generelt hyppigere blandt personer med psykisk sygdom end i den øvrige befolkning (8, 9). Den forventede levetid blandt psykiatriske patienter er cirka 5-10 år kortere end for den øvrige befolkning (10, 11).

### Risikofaktorer for 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. 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). Faktorer, som øger risikoen for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer, spænder fra det overordnede samfundsniveau (f.eks. fattigdom) over familieforhold (f.eks. omsorgssvigt) til individniveau (f.eks. fysiske helbredsproblemer) (12-15).

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. 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. Psykisk sygdom kan påvirke sociale relationer, ligesom sociale relationer kan have betydning for symptomer på psykisk sygdom; eksempelvis øger depressive tilstande risikoen for ensomhed, ligesom ensomhed øger risikoen for symptomer på depression (18-20). Tilsvarende er stress et tegn på dårlig mental sundhed, men også en risikofaktor i forhold til depression (21, 22). Dette varierende landskab af 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 i befolkningen.

### 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 nationale sundhedsprofil peger på en stigning fra 2010 til 2017 i andelen med dårligt mentalt helbred og et højt stressniveau (24). Stigningen er overvejende sket mellem 2013 og 2017. Angående psykiske lidelser er det vanskeligt at finde sammenlignelige befolkningsundersøgelser (1, 25). Registeroplysninger peger dog på en stigning i antallet af voksne (18+ år), som har været i kontakt med den regionale psykiatri på grund af angsttilstande og depression (25), og som får en psykiatrisk diagnose (26).

Rapporten *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år* fra 2020 har på baggrund af danske repræsentative undersøgelser og registerdata kortlagt de foregående 20-30 års udvikling i mentalt helbred hos børn og unge (10-24 år) (27). Kortlægningen dokumenterer en stigning i forekomsten af psykiske sygdomme og en række selvrapporterede indikatorer for dårlig mental sundhed. Overordnet synes udviklingen at være negativ med et stigende antal børn og unge med dårlig mental sundhed. Eksempelvis er andelen af 16-24-årige kvinder, som ofte føler sig nervøse og stressede, steget fra 14 % i 2005 til 36 % i 2017. Endvidere viser registeroplysninger en markant stigning fra 1996 til 2016 i antallet af børn og unge, som får stillet en eller flere psykiatriske diagnoser (27). Omkring 15 % af børn og unge diagnosticeres med en psykisk sygdom eller forstyrrelse, inden de fylder 18 år (28).

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). Udviklingen i den voksne del af befolkningen er mere uklar, om end der ses tegn på en negativ udvikling i årene op til coronapandemien.

Der har været stor bekymring for coronapandemiens betydning for befolkningens mentale sundhed, og i skrivende stund (november 2021) præger pandemien fortsat det danske samfund. Det danske forskningsprojekt 'Stå sammen ved at holde afstand' (<https://coronaminds.ku.dk/>) har under coronapandemien fulgt udviklingen i mental sundhed (herunder livskvalitet, angst og ensomhed) gennem hyppige spørgeskemaundersøgelser. Data herfra indikerer, at den mentale sundhed blev forværret i perioder med smitte og restriktioner – og forbedret i perioder med genåbning af samfundet. I hvilken grad pandemien varigt har påvirket befolkningens mentale sundhed, er i sagens natur ikke kendt på nuværende tidspunkt. Coronapandemiens påvirkning af befolkningen uddybes i kapitel 11.

## Sundhedsfremme og forebyggelse

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 bygger på den forestilling, at universelle indsatser, som tilbydes alle og ikke er behovsstyrede, kan forbedre hele eller dele af befolkningens trivsel (29-31). Det kan eksempelvis dreje sig om kampagner, som sigter mod åbenhed omkring mentale helbredsproblemer og afstigmatisering af psykisk sygdom (32).

Set fra dette perspektiv vil selv en mindre forbedring af befolkningens mentale sundhed føre til en reduktion i forekomsten af psykiske lidelser (29, 30, 33). 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 (6).

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en forebyggelsespakke, der kan understøtte arbejdet med indsatser og inspirere til politiske målsætninger, der skal medvirke til at forbedre befolkningens mentale sundhed (34). Mange kommuner har blandt andet på den baggrund udarbejdet en politik for mental sundhed og styrket deres indsats inden for forskellige fagområder (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 (35). Indsatserne spænder bredt fra stresspolitikker over skolebaserede antimobbestrategier 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.

Den eksisterende viden om indsatsernes effekt varierer på tværs af forskellige problemstillinger, og det er samtidig veldokumenteret, at mange mennesker med mentale helbredsproblemer ikke modtager den rette behandling (37, 38). Dansk Psykiatrisk Selskab vurde-

### Mental sundhed og coronapandemien

Det er vigtigt at være opmærksom på den begrænsning, der ligger i, at data til *Hvordan har du det?*-undersøgelsen i 2021 er indsamlet under coronapandemien. De fleste deltagere besvarede spørgeskemaundersøgelsen under den anden nationale nedlukning, hvor der gjaldt en række restriktioner og tiltag, og hvor samfundet var væsentligt påvirket af coronapandemien. Dette har med stor sandsynlighed påvirket resultaterne. Undersøgelsen tegner et øjebliksbillede under en nedlukningsperiode, og som følge heraf kan der potentielt opstå udsving for visse indikatorer i undersøgelsen, hvor årsagen kan henføres til særlige levevilkår. En del af disse udsving vil formodentligt normalisere sig helt eller delvist med ophævelse af restriktioner. Konklusioner om udviklingen siden 2017 i befolkningens mentale sundhed skal derfor også foretages med forsigtighed. Hvordan coronapandemien har påvirket befolkningen, uddybes i kapitel 11.

rer 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) (27). Endvidere tyder danske undersøgelser som nævnt på, at der inden for de seneste årtier er sket en stigning i andelen af børn og unge med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer (27). 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.

Der findes en omfangsrig litteratur om programmer og metoder til forebyggelse og behandling af mentale helbredsproblemer hos børn og unge. Rapporten *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år* (27) indeholder et overblik over sundhedsfremmende og forebyggende indsatser (universelle, selektive og indikerede), der er vidensbaserede og vurderes at være relevante i en dansk sammenhæng.

## Kapitlets opbygning

Formålet med dette kapitel er som nævnt at beskrive befolkningens mentale sundhed 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).

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

- God trivsel/livskvalitet
- Høj score på stressskala
- Generet af angst og anspændthed
- Ensomhed
- Symptomer på depression

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 multisygdom hos personer med psykisk sygdom beskrives i kapitel 9, som også belyser sundhedsvaner hos personer med psykisk sygdom. Unges mentale sundhed uddybes i kapitel 10.

## Risikogrupper

I analysen indgår otte 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. 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)
- Dårligt selv vurderet helbred
- Tegn på alkoholproblemer
- Tegn på social isolation
- Svag social støtte

Følgende spørgsmål fra *Hvordan har du det? 2021* 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) frem for belastninger som følge af manglende beskæftigelse.

Derfor er det kun deltagere, som er i arbejde, der indgår i denne analyse.

**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). 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 (39). 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 drikkemønsteret og hyppigheden af indtaget. Analysen omfatter den andel, der udviser tegn på alkoholproblemer.

**Tegn på social isolation.** Berkman og Syme konstruerede i 1970'erne et socialt netværksindeks som et objektivi mål for sociale relationer (40). I tråd hermed har Valtorta og kolleger udviklet et simpelt social isolationsindeks (41), som kombinerer informationer om samliv, social kontakt med familie, venner og bekendte og tilknytning til arbejdsmarkedet samt deltagelse i religiøse aktiviteter og medlemskab af organisationer/klubber. Herved kombineres oplysninger om forskellige sociale kontaktflader i et samlet mål. På baggrund af spørgsmål fra *Hvordan har du det? 2021* er der – inspireret af Valtorta m.fl. – udviklet et sådant indeks.

Følgende seks indikatorer indgår:

- 1) Bor ikke sammen med ægtefælle/samlever/kæreste.
- 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 naboer eller andre personer i lokalområdet.
- 5) Ikke i kontakt med bekendte i foreninger, klubber osv.
- 6) Hverken i arbejde eller under uddannelse.

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.

**Svag 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.

## Trivsel og livskvalitet

Trivsel og livskvalitet er to nært beslægtede paraplybegreber (42): '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) (43, 44). Trivsel og livskvalitet inkluderer således livsaspekter, som er centrale for mental sundhed. Den samlede oplevelse af egen trivsel og livskvalitet udgør en bred parameter for mental sundhed og anvendes i analysen til at beskrive borgernes oplevelse af 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 2021.

## Trivsel og livskvalitet i hele befolkningen

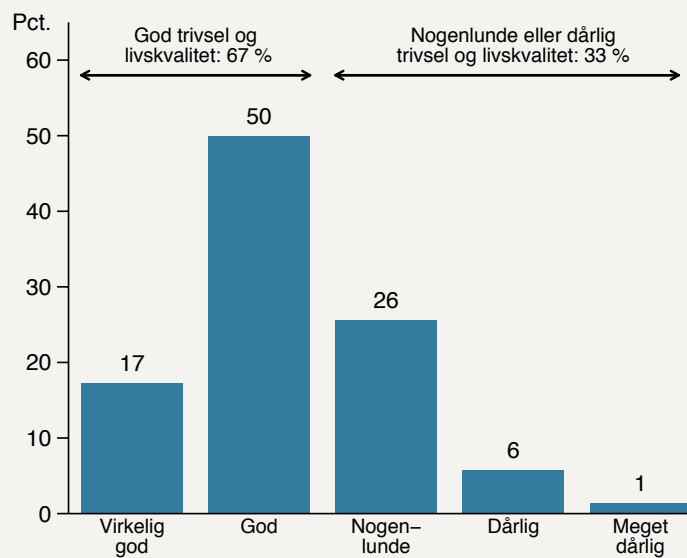
Figur 8.2 viser, hvordan svarene fordeler sig på spørgsmålet om trivsel og livskvalitet. Der er 67 %, som vurderer, at de har en god trivsel og livskvalitet, mens 33 % vurderer, at de har en nogenlunde eller dårlig trivsel og livskvalitet. Således vurderer cirka 2 ud af 3 personer, at de har en god trivsel og livskvalitet, svarende til cirka 665.000 borgere i Region Midtjylland. I det følgende afsnit fokuseres der på denne gruppe.

► **Udvikling fra 2013 til 2021.** Der er fra 2013 til 2021 sket et fald fra 76 % til 67 % i andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er god. Se [figur 8.2.S i bind 2.](#) ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** Der er fra 2017 til 2021 sket et fald fra 71 % til 67 % i andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er god. Se [figur 8.2.S i bind 2.](#) ◀

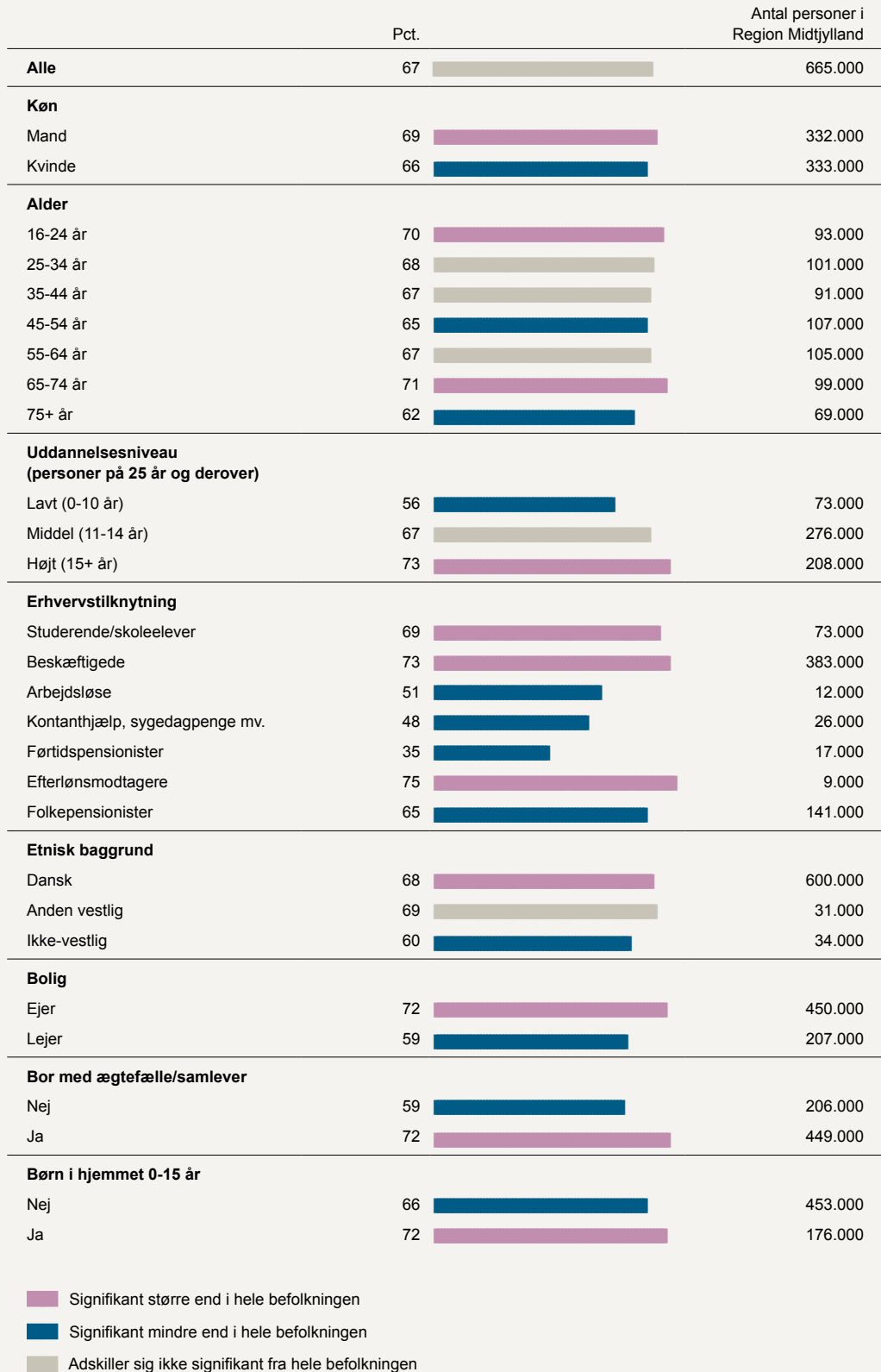
**Figur 8.2**

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 16-24 år og 65-74 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, beskæftigede og efterlønsmodtagere
- 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 selv vurderet trivsel og livskvalitet.

**Alder.** De største andele af personer med god trivsel og livskvalitet er blandt de 16-24-årige og 65-74-årige, mens de mindste andele er blandt de 45-54-årige og personer på 75 år eller derover.

**Uddannelsesniveau.** Andelen af personer med en god trivsel og livskvalitet øges med stigende uddannelsesniveau. Der er 73 % med en god trivsel og livskvalitet blandt personer med et højt uddannelsesniveau og 56 % blandt personer med et lavt uddannelsesniveau.

**Erhvervstilknytning.** De største andele med en god trivsel og livskvalitet findes blandt studerende/skoleelever, beskæftigede og efterlønsmodtagere. De mindste andele med en god trivsel og livskvalitet findes blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Blandt førtidspensionister er det blot 35 %, der angiver, at de har en god trivsel og livskvalitet.

**Etnisk baggrund.** Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der har en god trivsel og livskvalitet blandt personer med dansk baggrund. Andelen med en god trivsel og livskvalitet er mindst blandt personer med ikke-vestlig baggrund.

**Bolig.** En markant større andel af 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 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 til 2021.** I perioden fra 2013 til 2021 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. ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen, der har en god trivsel og livskvalitet, både for mænd og kvinder, blandt 16-54-årige og 65-74-årige og for personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se figur 8.2.S i bind 2. ◀

**Figur 8.4**

God trivsel og livskvalitet – kommuner

	Pct.		Antal personer i kommunerne
Ringkøbing-Skjern	70		29.000
Holstebro	69		30.000
Lemvig	69		10.000
Skanderborg	69		31.000
Favrskov	69		24.000
Herning	68		45.000
Aarhus	68		180.000
Hedensted	68		23.000
Silkeborg	68		47.000
Syddjurs	68		22.000
Odder	68		12.000
Ikast-Brande	67		21.000
Struer	67		11.000
Norddjurs	67		19.000
Viborg	66		47.000
Samsø	65		1.900
Horsens	65		43.000
Skive	64		22.000
Randers	64		47.000
Region Midtjylland	67		665.000

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



## God trivsel og livskvalitet – kommuner

Figur 8.4 viser andelen af personer med en god trivsel og livskvalitet i kommunerne.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel af personer med en god trivsel og livskvalitet i Ringkøbing-Skjern.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel af personer med en god trivsel og livskvalitet i Skive og Randers.

► **Udvikling fra 2013 til 2021.** I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen af personer med god trivsel og livskvalitet i alle kommuner. Faldet varierer fra 6 procentpoint i Norddjurs til 11 procentpoint i Favrskov. Se [figur 8.3.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen af personer med god trivsel og livskvalitet i Favrskov, Randers, Skive og Aarhus. Se [figur 8.3.S i bind 2](#). ◀

## Stress

Stress er et væsentligt problem med store personlige og samfundsmæssige omkostninger og er en vigtig årsag til sygefravær (45, 46). 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 (47). 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 (48, 49).

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. (50, 51). Stress er således både et socialt, psykologisk og fysiologisk fænomen. I figur 8.5 ses en illustration, der med udgangspunkt i nyere stressforskning beskriver det komplekse samspil mellem social kontekst, stresspåvirkninger, ressourcer og helbred (52).

I *Hvordan har du det?* anvendes et standardiseret og anerkendt mål for oplevet stress: Perceived Stress Scale (PSS) (53, 54). 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 8.5**  
Stressmodel



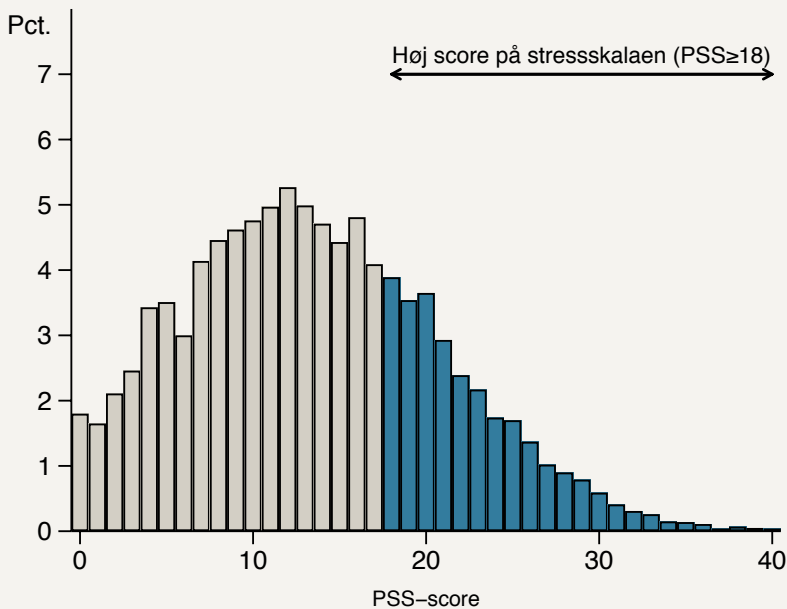
PSS bygger på Richard Lazarus' kognitive stressmodel, der ligger til grund for meget af den nyere psykologiske stressforskning (55). Stress opstår ifølge Lazarus i et samspil mellem individ og omgivelser. Stress udløses af stresspåvirkninger, men personens egen vurdering af, om en begivenhed eller en 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 (56).

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?*, at egen sygdom er den vigtigste belastning på befolkningsniveau (57). Undersøgelsen viste også, at arbejdssituationen var den vigtigste belastning for personer i arbejde. En anden analyse fra samme projekt fandt en forskel i belastningsprofiler på tværs af køn, alder og uddannelse. Eksempelvis er unge oftere belastet af økonomi, bolig og arbejde end ældre (58).

Interventionsforskning viser, at mennesker med et højt stressniveau kan blive bedre til at undgå og mestre stresspåvirkninger (59). 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 (60). 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. Samlet set er det vigtigt at se på en bred vifte af belastninger i forsøget på at reducere stress hos den enkelte og på befolkningsniveau (57, 61).

**Figur 8.6**

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



### Høj score på stressskalaen målt med Perceived Stress Scale

Man kan score fra 0 til 40 point på PSS. Jo højere score, desto større grad af oplevet stress. Figur 8.6 viser, hvordan scoren fordeler sig i hele befolkningen. Den gennemsnitlige score er 12,9 point.

Man kan opleve en mindre eller større grad af stress, og som det fremgår af figur 8.6, er der mange, der har en værdi omkring gennemsnittet. Det er væsentligt at fremhæve, at PSS ikke har en indbygget definition af, hvor mange point der skal til for at have et højt stressniveau.

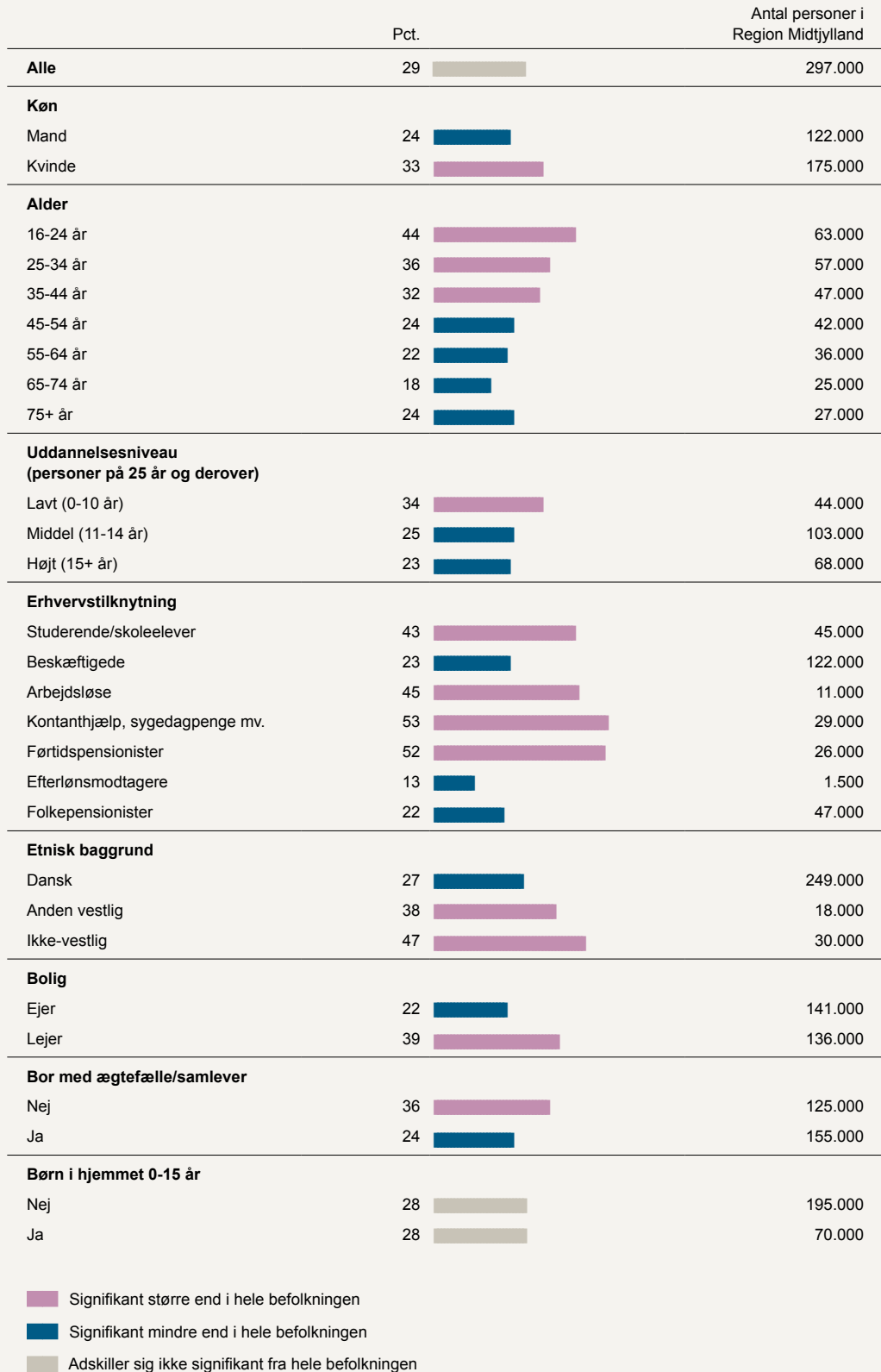
En analyse af data fra denne undersøgelse viser, at den relative risiko for symptomer på depression stiger betydeligt ved en PSS-score på 18 point og opefter. Dette kunne tyde på, at stress især udgør en helbredsmæssig risiko for denne del af befolkningen.

I det følgende fokuseres der på denne brede befolkningsgruppe, dvs. personer med en PSS-score på 18-40 point. Denne gruppe udgør 29 % af befolkningen. Dette svarer til cirka 297.000 personer i Region Midtjylland.

Nogle af spørgsmålene, som indgår i PSS, blev ændret fra 2010 til 2013. Derfor belyses udviklingen i en høj score på stressskalaen fra 2013 til 2021.

► **Udvikling fra 2013 til 2021.** I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen af personer, der har en høj score på stressskalaen, fra 19 % til 29 %. Se figur 8.4.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen af personer, der har en score på stressskalaen, fra 23 % til 29 %. Se figur 8.4.S i bind 2. ◀

**Figur 8.7**Høj score på stressskalaen (PSS $\geq$ 18) – køn, alder og sociale forhold

## Høj score på stressskalaen – køn, alder og sociale forhold

Af figur 8.7 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med en høj score på stressskalaen blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-44 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med anden vestlig og 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 en høj score på stressskalaen.

**Alder.** Andelen af personer med en høj score på stressskalaen er faldende med alderen. De største andele af personer med en høj score på stressskalaen ses blandt personer i alderen 16-44 år, mens de mindste andele ses blandt personer i alderen 45 år og derover.

**Uddannelsesniveau.** Andelen med en høj score på stressskalaen er størst blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med et middelhøjt og et højt uddannelsesniveau.

**Erhvervstilknytning.** Der er en markant sammenhæng mellem erhvervstilknytning og andelen med en høj score på stressskalaen. De største andele af personer med en høj score på stressskalaen er blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Især ses en høj andel blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister, hvor cirka hver anden har en høj score på stressskalaen. De mindste andele af personer med en høj score på stressskalaen findes blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister.

**Etnisk baggrund.** Den største andel med en høj score på stressskalaen 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 af personer, der bor i lejebolig, har en høj score på stressskalaen, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.



**Bor med ægtefælle/samlever.** Der ses en større andel med en høj score på stressskalaen blandt personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever, 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 en høj score på stressskalaen.

► **Udvikling fra 2013 til 2021.** I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen, der har en høj score på stressskalaen, både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper undtaget personer på 75 år og derover og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 8.4.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen, der har en høj score på stressskalaen, både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper undtaget personer på 75 år og for personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se figur 8.4.S i bind 2. ◀

**Figur 8.8**Høj score på stressskalaen (PSS $\geq$ 18) – kommuner

	Pct.		Antal personer i kommunerne
Aarhus	32		89.000
Horsens	30		21.000
Randers	30		23.000
Viborg	28		21.000
Struer	28		4.500
Holstebro	28		12.000
Silkeborg	28		20.000
Skive	28		9.800
Ikast-Brande	27		8.800
Norddjurs	27		8.100
Herning	27		19.000
Hedensted	27		9.800
Samsø	27		800
Syddjurs	26		8.800
Skanderborg	26		12.000
Odder	26		4.600
Favrskov	25		9.100
Ringkøbing-Skjern	24		11.000
Lemvig	24		3.800
Region Midtjylland	29		297.000

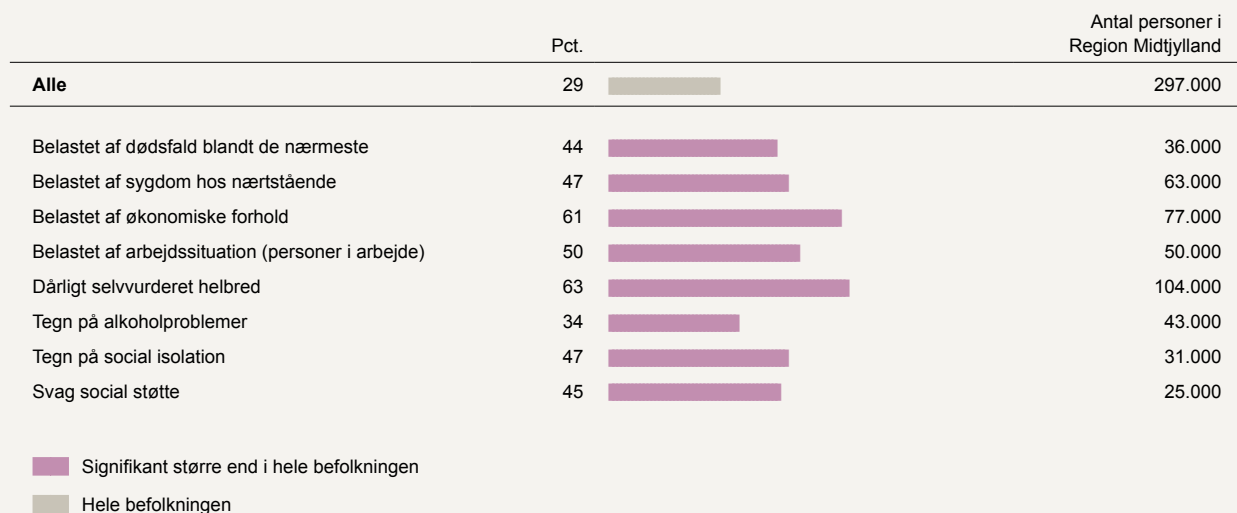
-  Signifikant større end i hele befolkningen
-  Signifikant mindre end i hele befolkningen
-  Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen





**Figur 8.9**

Høj score på stressskalaen (PSS≥18) – forekomsten i forskellige risikogrupper



### Høj score på stressskalaen – kommuner

Figur 8.8 viser andelen af personer med en høj score på stressskalaen i kommunerne i Region Midtjylland. Andelen varierer fra 24 % i Ringkøbing-Skjern og Lemvig til 32 % i Aarhus.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der har en høj score på stressskalaen, i Aarhus Kommune.

Dertil ses der en signifikant mindre andel, der har en høj score på stressskalaen, i følgende kommuner:

- Syddjurs
- Skanderborg
- Odder
- Favrskov
- Ringkøbing-Skjern
- Lemvig

► **Udvikling fra 2013 til 2021.** I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med en høj score på stressskalaen i alle kommuner. Se [figur 8.5.S i bind 2.](#) ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med en høj score på stressskalaen i alle kommuner, undtaget Horsens, Ikast-Brande og Syddjurs. Se [figur 8.5.S i bind 2.](#) ◀

### Høj score på stressskalaen – forekomsten i forskellige risikogrupper

Af figur 8.9 fremgår forekomsten af en høj score på stressskalaen i forskellige risikogrupper.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med en høj score på stressskalaen i alle risikogrupper.

Den højeste andel med en høj score på stressskalaen findes blandt personer med dårligt selv vurderet helbred, hvoraf 63 % har en høj score på stressskalaen. Denne risikogruppe omfatter cirka 104.000 personer i Region Midtjylland, hvilket svarer til godt hver tredje borger med en høj score på stressskalaen.

## Generet af angst og anspændthed

De fleste mennesker oplever ind imellem helbredsgener og symptomer, f.eks. symptomer på angst og anspændthed (62), som kan påvirke den enkeltes trivsel og være årsag til sygefravær (63, 64). Viden om 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 (65). Forekomsten af angstlidelser inden for de foregående 12 måneder skønnes at være 6-18 % på befolkningsniveau med hyppigere forekomst hos kvinder end hos mænd (66). 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 (66, 67). De fleste angstlidelser forbliver ubehandlede (67).

Ifølge rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark* (68) 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, nervøsitet, 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 oplever at være generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst.

Figur 8.10 viser, hvor stor en del af befolkningen der inden for de seneste 14 dage har været generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst.

Der er 8 % i befolkningen, som har været *meget* generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst, mens 26 % har været *lidt* generet af disse symptomer.

I det følgende fokuseres der på personer, som har været meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Denne gruppe betegnes generet af angst og anspændthed. Gruppen svarer til cirka 77.000 personer i Region Midtjylland.

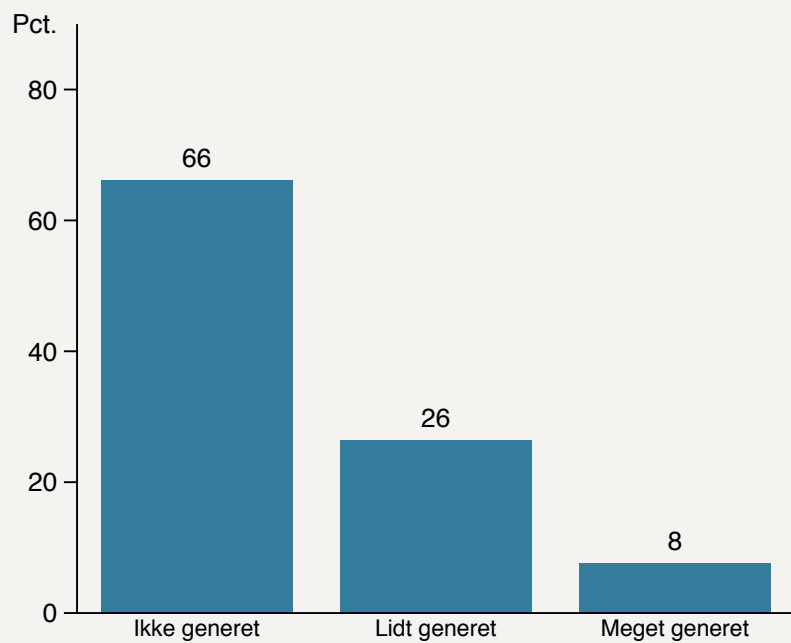
► **Udvikling fra 2010 til 2021.** I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning fra 4 % til 8 % i andelen af personer, som er meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Se [figur 8.6.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013 til 2021.** I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning fra 4 % til 8 % i andelen af personer, som er meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Se [figur 8.6.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning fra 6 % til 8 % i andelen af personer, som er meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Se [figur 8.6.S i bind 2](#). ◀






























**Figur 8.10**




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



**Figur 8.11**

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

	Pct.		Antal personer i Region Midtjylland
<b>Alle</b>	8		77.000
<b>Køn</b>			
Mand	6		28.000
Kvinde	9		49.000
<b>Alder</b>			
16-24 år	14		20.000
25-34 år	10		16.000
35-44 år	8		11.000
45-54 år	6		9.900
55-64 år	6		9.300
65-74 år	4		5.600
75+ år	5		5.200
<b>Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)</b>			
Lavt (0-10 år)	9		12.000
Middel (11-14 år)	6		24.000
Højt (15+ år)	5		16.000
<b>Erhvervstilknytning</b>			
Studerende/skoleelever	14		14.000
Beskæftigede	5		25.000
Arbejdsløse	12		2.900
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	22		12.000
Førtidspensionister	19		9.100
Efterlønsmodtagere	2		300
Folkepensionister	5		10.000
<b>Etnisk baggrund</b>			
Dansk	7		61.000
Anden vestlig	11		5.300
Ikke-vestlig	16		10.000
<b>Bolig</b>			
Ejer	5		29.000
Lejer	12		43.000
<b>Bor med ægtefælle/samlever</b>			
Nej	11		39.000
Ja	5		34.000
<b>Børn i hjemmet 0-15 år</b>			
Nej	8		54.000
Ja	6		15.000

 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

Figur 8.11 viser andelen af personer, der er generet af angst og anspændthed, fordelt på køn, alder og sociale forhold. Af figuren 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 16-34 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med anden vestlig og 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, ses blandt de 16-34-årige, og den mindste andel ses blandt personer i alderen 45 år og derover.

**Uddannelsesniveau.** Andelen, der er generet af angst og anspændthed, er størst blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med et middelhøjt og 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, efterfulgt af personer med anden vestlig baggrund end dansk. Den mindste andel findes blandt personer med dansk baggrund.

**Bolig.** En markant større andel af de personer, som 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, som er generet af angst og anspændthed, end det er tilfældet for personer, der bor med ægtefælle/samlever.

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

► **Udvikling fra 2010 til 2021.** I perioden fra 2010 til 2021 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 55-74-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 8.6.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2013 til 2021.** I perioden fra 2013 til 2021 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 55-64-årige og blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Den største stigning ses blandt de 16-24-årige, hvor andelen er steget fra 4 % til 14 %. Se figur 8.6.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 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 og højt uddannelsesniveau. De største stigninger ses blandt de 16-34-årige. Se figur 8.6.S i bind 2. ◀

**Figur 8.12**

Generet af angst og anspændthed – kommuner










	Pct.	Antal personer i kommunerne
Aarhus	9	26.000
Horsens	9	6.100
Randers	8	6.400
Samsø	8	200
Struer	8	1.300
Viborg	8	5.600
Odder	7	1.300
Skive	7	2.400
Norddjurs	7	2.000
Syddjurs	7	2.300
Skanderborg	6	3.000
Silkeborg	6	4.600
Herning	6	4.400
Ikast-Brande	6	1.900
Hedensted	6	2.200
Favrskov	6	2.100
Holstebro	5	2.400
Lemvig	5	800
Ringkøbing-Skjern	5	2.200
Region Midtjylland	8	77.000



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



**Figur 8.13**

Generet af angst og anspændthed – forekomsten i forskellige risikogrupper

	Pct.	Antal personer i Region Midtjylland
<b>Alle</b>	8 	77.000
Belastet af dødsfald blandt de nærmeste	14 	11.000
Belastet af sygdom hos nærtstående	16 	22.000
Belastet af økonomiske forhold	21 	26.000
Belastet af arbejdssituation (personer i arbejde)	12 	12.000
Dårligt selv vurderet helbred	23 	37.000
Tegn på alkoholproblemer	9 	12.000
Tegn på social isolation	18 	12.000
Svag social støtte	16 	9.000

 Signifikant større end i hele befolkningen  
 Hele befolkningen

## Generet af angst og anspændthed – kommuner

Figur 8.12 viser andelen af personer i kommunerne, der er generet af angst og anspændthed.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel af personer, der er generet af angst og anspændthed, i Aarhus Kommune.

Hertil ses det, at der er en signifikant mindre andel af personer, der er generet af angst og anspændthed, i følgende kommuner:

- Ikast-Brande
- Hedensted
- Favrskov
- Holstebro
- Lemvig
- Ringkøbing-Skjern

► **Udvikling fra 2010 til 2021.** I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i 15 af 19 kommuner. Se figur 8.7.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2013 til 2021.** I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen, der er gene-

ret af angst og anspændthed, i 16 af 19 kommuner. Se figur 8.7.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i følgende kommuner: Randers, Struer og Aarhus. Se figur 8.7.S i bind 2. ◀

## Generet af angst og anspændthed – forekomsten i forskellige risikogrupper

Af figur 8.13 fremgår forekomsten af personer i forskellige risikogrupper, der er generet af angst og anspændthed.

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 (23 %), personer, der er belastet af økonomiske forhold (21 %), og blandt personer med tegn på social isolation (18 %). Sammenlignet med hele befolkningen er risikoen for at være generet af angst og anspændthed over dobbelt så stor blandt personer i disse tre risikogrupper.

## 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, 69, 70).

Ensomhed er en ubehagelig følelse, der opstår som følge af en oplevet uoverensstemmelse mellem ønskede sociale relationer og faktiske sociale relationer (71, 72). Det er væsentligt at skelne mellem social isolation, som er et objektivt 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 (73, 74). Undersøgelser tyder på, at følelsen af ensomhed især er forbundet med kvaliteten af den enkeltes relationer (75, 76).

Der er dokumentation for, at ensomhed øger risikoen for depression (18, 20), forhøjet blodtryk (77), hjerte-kar-lidelser (70, 78), søvnforstyrrelse (79), smerter (80) og kortere levetid (69, 81).

Den voksende dokumentation for ensomheds negative følgevirkninger har medvirket til igangsættelse af en række initiativer, der skal mindske ensomhed. Senest er det vedtaget politisk, at Danmark får en national strategi for ensomhed.

Et centralt element i udviklingen af lokale indsatser er et øget tværsektorielt samarbejde mellem blandt andet kommuner og aktører fra civilsamfundet (82). Et eksempel er udviklings- og forskningsprojektet *Flere i Fællesskaber*, som har til formål at mindske ensomhed hos unge og ældre i Silkeborg Kommune (83). Bag projektet står et bredt partnerskab, som omfatter

civilsamfundet, det offentlige, erhvervslivet, fonde og vidensmiljøer.

Et systematisk litteraturstudie, som har belyst effekten af 136 interventioner, der skal mindske ensomhed, indikerer, at interventionerne er virksomme (84). Trods stor variation studierne imellem ses en mindre til moderat effekt på tværs af forskellige aldersgrupper, interventionsstrategier og formater. Antallet af studier, der evaluerer effekten af ensomhedsinterventioner, er markant stigende (84).

### 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) (85). T-ILS omfatter tre 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) (86), som er det mest anvendte og anerkendte instrument i forhold til måling af ensomhed. UCLA belyser ensomhed som en følelse, der varierer i den oplevede intensitet, og skalaen foreligger på dansk i en valideret udgave (87).

T-ILS er udviklet til brug i befolkningsundersøgelser (85), og det tyder 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 (83, 85). Scoren på T-ILS går fra 3 til 9 point. Jo højere score, jo højere grad af oplevet ensomhed.

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 svar-

### Ensomhed under coronapandemien

Da data til *Hvordan har du det?*-undersøgelsen i 2021 er indsamlet under coronapandemien, er det i denne undersøgelse særligt vanskeligt at skelne mellem forbigående og længerevarende følelser af ensomhed. Eksempelvis lyder et af spørgsmålene, som indgår i T-ILS: "Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?". Det virker nærliggende at antage, at svarene på dette spørgsmål er påvirket af coronarelaterede restriktioner hos dele af befolkningen. Konklusioner om udviklingen siden 2017 i ensomhed skal derfor også foretages med forsigtighed.

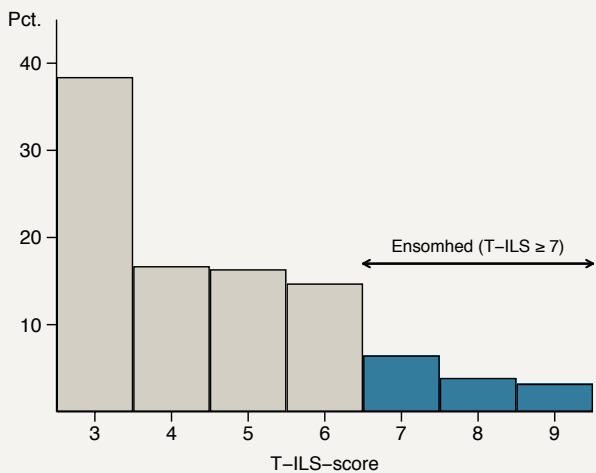


person føler sig ensom. I analyserne er der valgt en konservativ tilgang til identifikation af personer, som føler sig ensomme, idet en score på 7-9 klassificeres som ensomhed (88). For at blive klassificeret som ensom skal man som minimum have svaret "ofte" på et af de tre spørgsmål og "en gang imellem" til de andre spørgsmål eller "ofte" på to af de tre spørgsmål og "sjældent" på det tredje spørgsmål. T-ILS angiver ikke en bestemt tidsperiode. Det er derfor ikke muligt at skelne skarpt mellem forbigående og længerevarende følelser af ensomhed, om end skalaens ensomhedsscore har vist sig at være forholdsvis stabil over tid (89, 90). Se nedenstående boks vedrørende måling af ensomhed under coronapandemien.

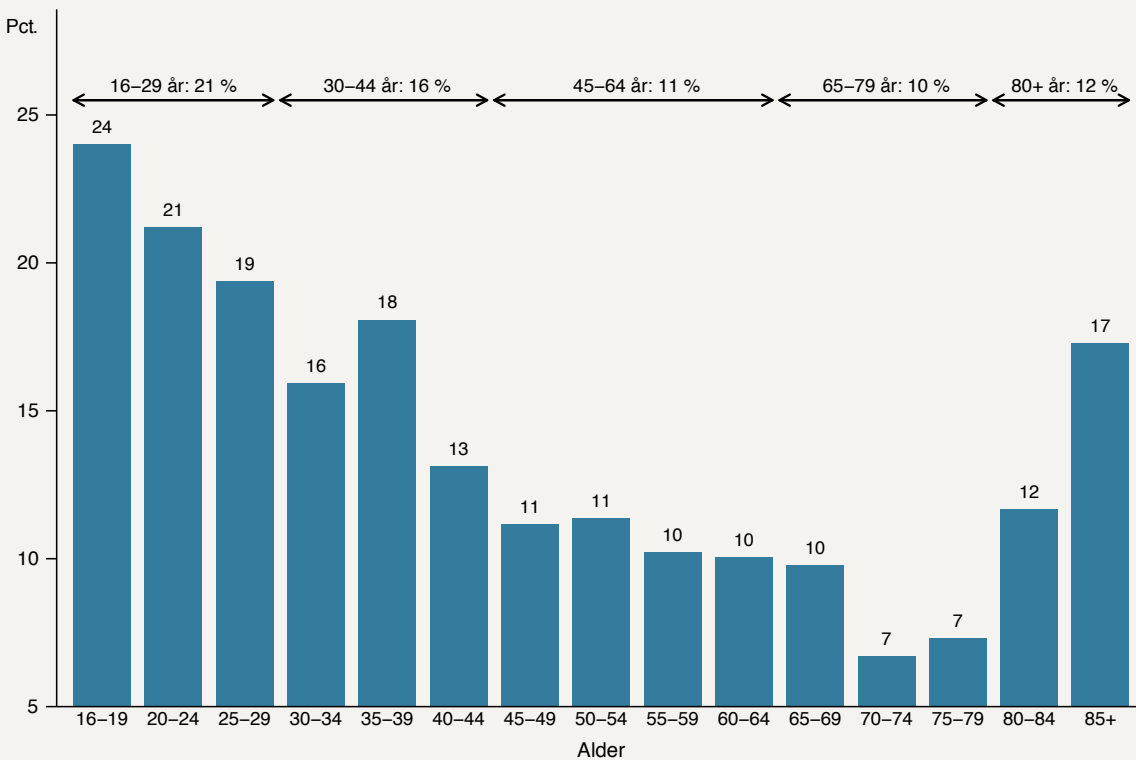
T-ILS indgik ikke i *Hvordan har du det?* i 2010, og et spørgsmål, som indgår i skalaen, blev ændret fra 2013 til 2017. Derfor belyses udviklingen i forekomsten af ensomhed fra 2017 til 2021.

**Figur 8.14 og 8.15**  
 Ensomhed i befolkningen

**Figur 8.14**  
 Ensomhed målt med Three-Item Loneliness Scale (T-ILS)  
 – histogram, der viser fordelingen i hele befolkningen



**Figur 8.15**  
 Andel ensomme – histogram, der viser fordelingen på 5-årsintervaller



## Ensomhed i befolkningen målt med Three-Item Loneliness Scale

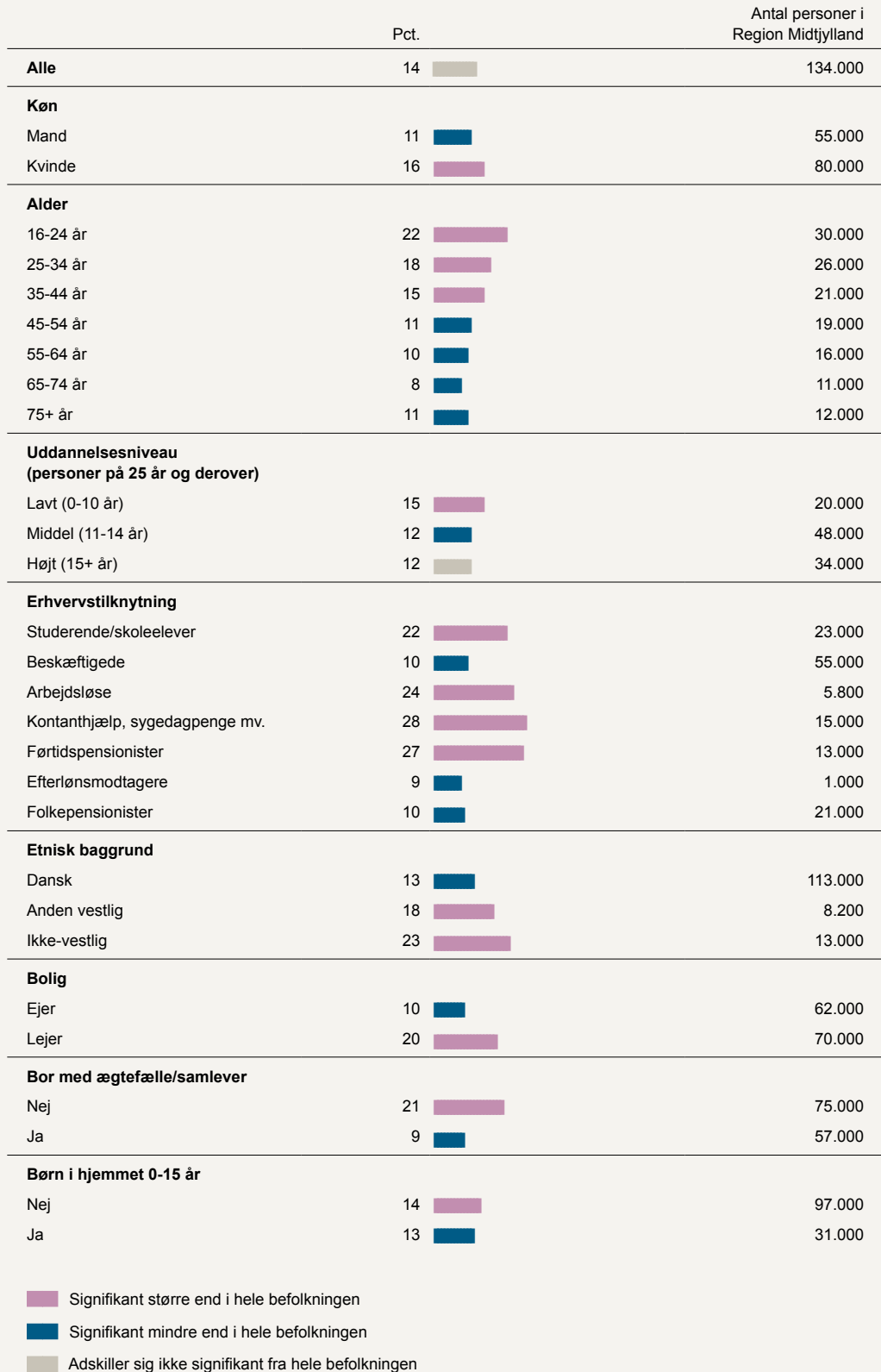
Figur 8.14 viser, hvordan scoren på T-ILS fordeler sig i hele befolkningen. Den gennemsnitlige score på T-ILS er 4,4 point. Det fremgår, at hovedparten af befolkningen scorer lavt på skalaen.

I det følgende fokuseres der på personer med en score på T-ILS på 7-9, som betegnes ensomme. Denne gruppe udgør 14 % af befolkningen. Dette svarer til cirka 134.000 personer i Region Midtjylland.

I figur 8.15 ses forekomsten af ensomhed i et aldersperspektiv fordelt på 5-årsintervaller. Den højeste forekomst ses blandt de 16-19-årige. Den laveste forekomst af ensomhed ses blandt de 70-79-årige. Forekomsten er faldende med alderen, indtil der ses en stigning i forekomsten af ensomhed i den sene alderdom.

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen, der føler sig ensomme, fra 8 % til 14 %. Se [figur 8.8.S i bind 2](#). ◀

**Figur 8.16**  
Ensomhed – køn, alder og sociale forhold



## Ensomhed – køn, alder og sociale forhold

Af figur 8.16 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der føler sig ensomme, blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-44 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med anden vestlig og 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 føler sig ensomme.

**Alder.** Den største andel af personer, der føler sig ensomme, ses blandt de 16-44-årige, mens den mindste andel ses hos personer på 45 år eller derover.

**Uddannelsesniveau.** Den største andel af personer, der føler sig ensomme, findes blandt personer med et lavt uddannelsesniveau. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel, der føler sig ensomme, blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau.

**Erhvervstilknytning.** De største andele af personer, der føler sig ensomme, findes blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. De mindste andele findes blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister.

**Etnisk baggrund.** Den største andel, der føler sig ensomme, ses 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 markant større andel af personer, der bor i lejebolig, føler sig ensomme, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

**Bor med ægtefælle/samlever.** Der er en markant større andel af personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever, som føler sig ensomme, end det er tilfældet for personer, der bor med ægtefælle/samlever.

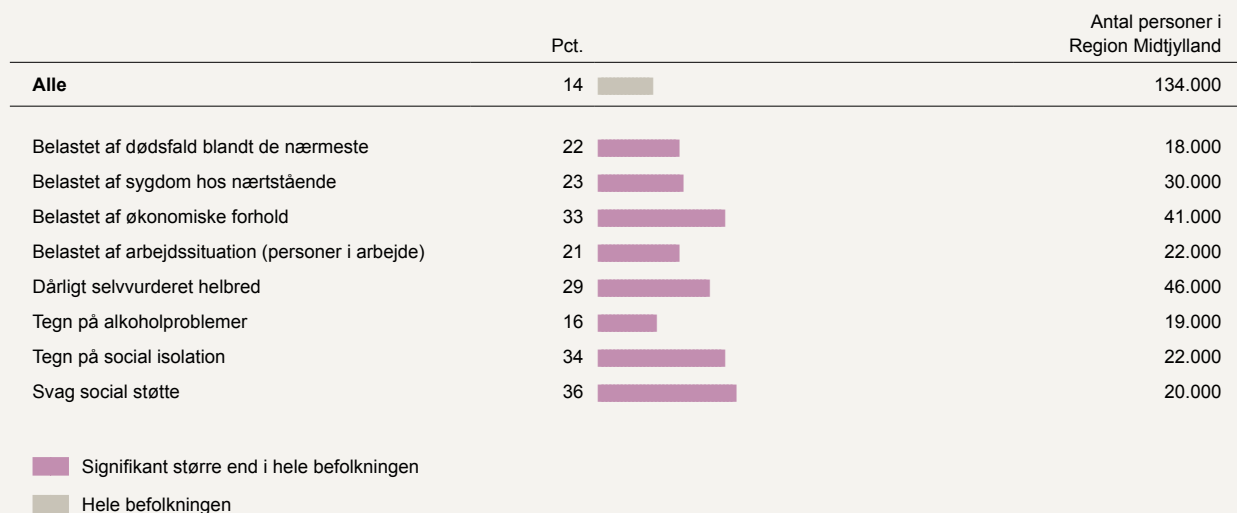
**Børn i hjemmet.** En lidt større andel af personer uden børn i hjemmet føler sig ensomme, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen af personer, der føler sig ensomme, blandt både mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 8.8.S i bind 2. ◀



**Figur 8.18**

Ensomhed – forekomsten i forskellige risikogrupper



## Ensomhed – kommuner

Figur 8.17 viser andelen af personer, der føler sig ensomme, i kommunerne. Andelen varierer fra 11 % i Herning og Lemvig til 15 % i Aarhus.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel af personer, der føler sig ensomme, i Aarhus Kommune.

Det fremgår endvidere, at der er en signifikant mindre andel af personer, der føler sig ensomme, i Herning og Lemvig Kommune.

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der i alle kommuner været en stigning i andelen af personer, der føler sig ensomme. Se [figur 8.9.S i bind 2.](#) ◀

## Ensomhed – forekomsten i forskellige risikogrupper

Af figur 8.18 fremgår forekomsten af ensomhed i forskellige risikogrupper. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større forekomst af ensomhed i alle risikogrupper. De største forekomster af ensomhed ses blandt personer med svag social støtte (36 %), personer med tegn på social isolation (34 %) og personer, der er belastet af økonomiske forhold (33 %). Sammenlignet med hele befolkningen har personer i disse risikogrupper over dobbelt så stor risiko for at føle sig ensomme.

## Depression

Unipolar depression (betegnet depression) er en udbredt psykisk lidelse, hvor kernesymptomerne er vedvarende nedtrykthed og nedsat interesse/lyst og energi (65). 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 (91). Mange forskellige faktorer øger risikoen for udvikling af depression, heriblandt genetik og negative livsbegivenheder i barndommen (91).

Depression har store samfundsmæssige omkostninger og er en vigtig årsag til sygefravær i Danmark (68). Det er endvidere dokumenteret, at depression øger risikoen for diabetes, hjerte-kar-lidelser, selvmord og kortere levetid (91).

Depressionsbehandling består primært af medicin og psykoterapi (91). De fleste personer behandles i almen praksis (25, 92).

På grund af den høje sygdomsforekomst er der et stort forebyggelsespotentiale (91). Et litteraturstudie, der har belyst effekten af 32 forebyggende interventioner, indikerer et gennemsnitligt fald på 21 % i forekomsten af depression (93). Hovedparten af interventionerne var selektive indsatser til målgrupper/individer 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 samtaleterapi (f.eks. kognitiv adfærdsterapi).

## Symptomer på depression i befolkningen målt med Major Depression Inventory

Symptomer på depression måles i *Hvordan har du det?* med Major Depression Inventory (MDI) (94). MDI er et selvadministreret skema, der belyser, hvor mange der opfylder kriterierne for let, moderat og svær depression (65). MDI har tidligere været anvendt i danske befolkningsundersøgelser, der har fundet en overordnet prævalens af depression på cirka 3-6 % (95-98). MDI anvendes endvidere til vurdering af depression i klinisk sammenhæng (99).

MDI omfatter 12 spørgsmål, der belyser 10 forskellige symptomer på depression, som indgår i WHO's afgrænsning af diagnosen (65). 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:

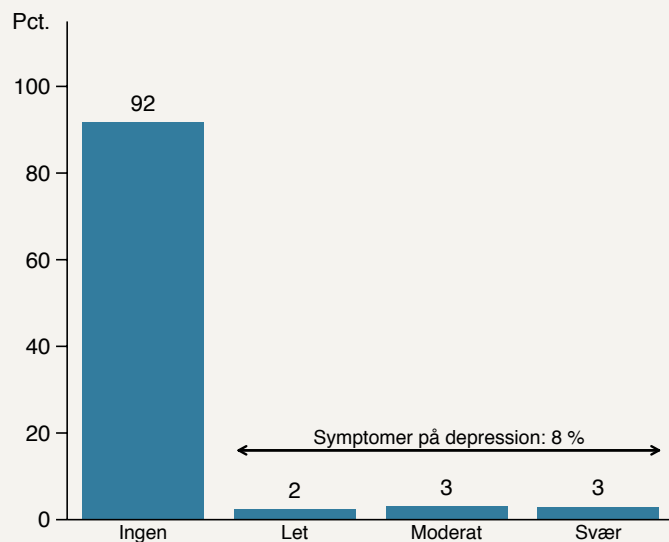
- 1) Let depression: minimum 2 kernesymptomer og 2 ledsagersymptomer
- 2) Moderat depression: minimum 2 kernesymptomer og 4 ledsagersymptomer
- 3) Svær depression: minimum 3 kernesymptomer og 5 ledsagersymptomer

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



**Figur 8.19**

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
































Figur 8.19 viser, hvordan forekomsten af symptomer på depression fordeler sig i befolkningen. Vurderet ud fra MDI fremgår det, at 8 % af befolkningen i Region Midtjylland har symptomer på depression i en let (2 %), moderat (3 %) eller svær grad (3 %).




I det følgende fokuseres der på den samlede gruppe af personer, der har symptomer på depression, svarende til cirka 82.000 personer i Region Midtjylland.

MDI indgik ikke i *Hvordan har du det?* i 2010 og 2013. Derfor belyses udviklingen i forekomsten af symptomer på depression fra 2017 til 2021.

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen af personer, der har symptomer på depression, fra 6 % til 8 %. Se figur 8.10.S i bind 2. ◀

**Figur 8.20**  
Symptomer på depression – køn, alder og sociale forhold

	Pct.		Antal personer i Region Midtjylland
<b>Alle</b>	8		82.000
<b>Køn</b>			
Mand	7		33.000
Kvinde	10		49.000
<b>Alder</b>			
16-24 år	18		23.000
25-34 år	13		19.000
35-44 år	8		11.000
45-54 år	7		11.000
55-64 år	5		8.600
65-74 år	3		4.800
75+ år	4		4.200
<b>Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)</b>			
Lavt (0-10 år)	10		13.000
Middel (11-14 år)	6		27.000
Højt (15+ år)	6		16.000
<b>Erhvervstilknytning</b>			
Studerende/skoleelever	17		18.000
Beskæftigede	5		28.000
Arbejdsløse	16		3.800
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	23		13.000
Førtidspensionister	22		10.000
Efterlønsmodtagere	1		100
Folkepensionister	4		8.400
<b>Etnisk baggrund</b>			
Dansk	8		69.000
Anden vestlig	9		4.200
Ikke-vestlig	16		8.800
<b>Bolig</b>			
Ejer	5		31.000
Lejer	14		49.000
<b>Bor med ægtefælle/samlever</b>			
Nej	13		47.000
Ja	5		33.000
<b>Børn i hjemmet 0-15 år</b>			
Nej	9		59.000
Ja	7		18.000

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

## Symptomer på depression – køn, alder og sociale forhold

Af figur 8.20 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer med symptomer på depression blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-34 år
- Personer med et 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 med symptomer på depression.

**Alder.** De største andele af personer med symptomer på depression ses blandt de 16-34-årige, mens de mindste andele ses blandt personer på 45 år og derover.

**Uddannelsesniveau.** Andelen med symptomer på depression er størst blandt personer med et lavt uddannelsesniveau, svarende til hver tiende. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel med symptomer på depression blandt personer med et højt uddannelsesniveau.

**Erhvervstilknytning.** Der er en markant sammenhæng mellem erhvervstilknytning og andelen med symptomer på depression. De største andele af personer med symptomer på depression ses blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Mere end hver femte modtager af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspension har symptomer på en depression. De mindste andele ses blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister.

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

**Bolig.** Der er en markant større andel af personer, der bor i lejebolig, som har symptomer på depression, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

**Bor med ægtefælle/samlever.** Der er en markant større andel af personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever, som har symptomer på depression, end det er tilfældet for personer, der bor med ægtefælle/samlever.

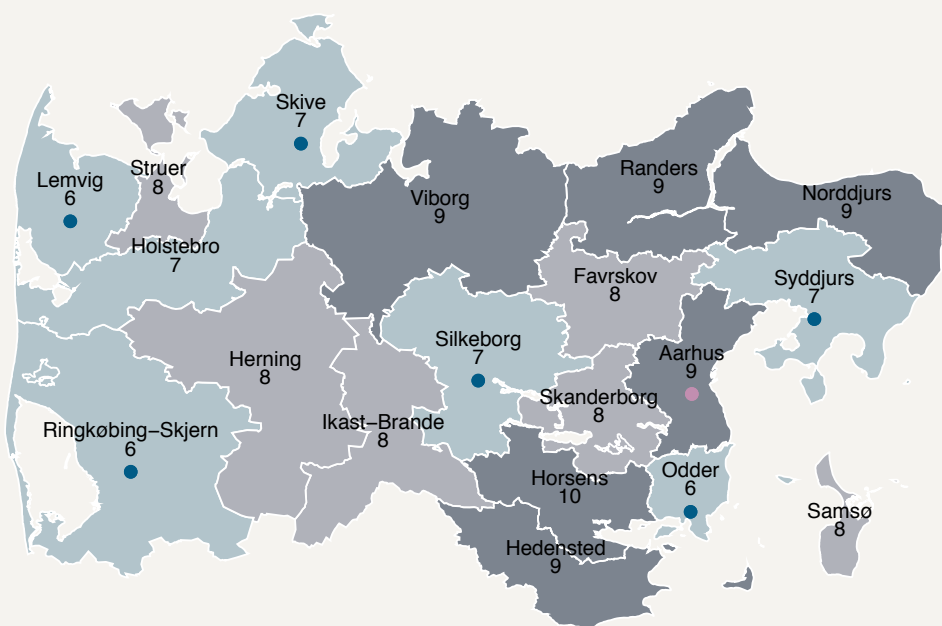
**Børn i hjemmet.** En lidt større andel af personer uden børn i hjemmet har symptomer på depression, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 er andelen med symptomer på depression steget for både mænd og kvinder, blandt personer i alderen 16-44 år og 65-74 år samt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Den største stigning ses blandt de 16-24-årige. Se figur 8.10.S i bind 2. ◀

**Figur 8.21**  
Symptomer på depression – kommuner

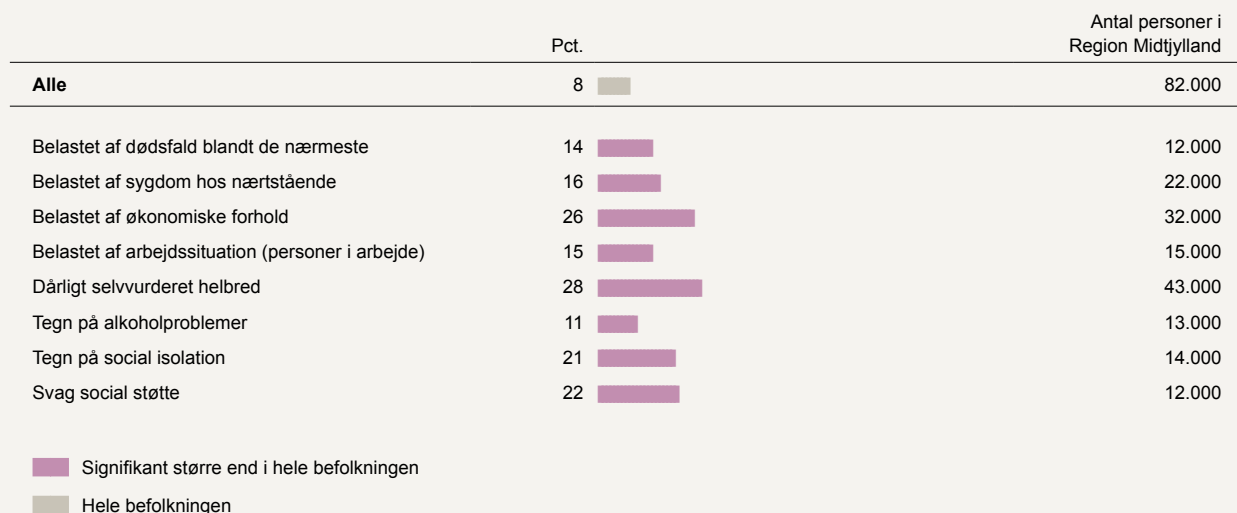
	Pct.	Antal personer i kommunerne
Horsens	10	6.300
Norddjurs	9	2.600
Aarhus	9	25.000
Viborg	9	6.500
Randers	9	6.500
Hedensted	9	3.000
Herning	8	5.500
Struer	8	1.300
Favrskov	8	2.800
Samsø	8	200
Ikast-Brande	8	2.400
Skanderborg	8	3.500
Holstebro	7	3.000
Silkeborg	7	4.700
Skive	7	2.300
Syddjurs	7	2.200
Ringkøbing-Skjern	6	2.500
Lemvig	6	900
Odder	6	1.000
Region Midtjylland	8	82.000

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



**Figur 8.22**

Symptomer på depression – forekomsten i forskellige risikogrupper



## Symptomer på depression – kommuner

Figur 8.21 viser andelen af personer med symptomer på depression i kommunerne.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel af personer, som har symptomer på depression, i Aarhus Kommune, svarende til 9 %.

Det fremgår endvidere, at der er en signifikant mindre andel af personer med symptomer på depression i følgende kommuner:

- Silkeborg
- Skive
- Syddjurs
- Ringkøbing-Skjern
- Lemvig
- Odder

I disse kommuner udgør andelen 6-7 %.

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med symptomer på depression i følgende kommuner: Favrskov, Herning, Holstebro, Horsens, Norddjurs, Randers, Skanderborg, Viborg og Aarhus. Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Herning til 4 procentpoint i Favrskov. Se figur 8.11.S i bind 2. ◀

## Symptomer på depression – forekomsten i forskellige risikogrupper

Af figur 8.22 fremgår forekomsten af symptomer på depression i forskellige risikogrupper.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med symptomer på depression i alle risikogrupper. De højeste forekomster findes blandt personer med dårligt helbred (28 %) og personer, der er belastet af økonomiske forhold (26 %). Sammenlignet med hele befolkningen er risikoen for symptomer på depression over 3 gange større for personer, der tilhører disse risikogrupper.

## Sammenfatning

Flertallet af borgerne i Region Midtjylland, svarende til 67 %, 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 beskæftigede og efterlønsmodtagere.

Der er fra 2013 til 2021 sket et fald i andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er god, både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Faldet ses også i alle kommuner.

Andelen med en høj score på stressskalaen udgør 29 % af befolkningen. Der ses en meget stor andel med en høj score på stressskalaen blandt personer med dårligt selv vurderet helbred (63 %). I perioden fra 2013 til 2021 er der sket en markant stigning i andelen af personer, som har en høj score på stressskalaen, fra 19 % til 29 %. Der ses i samme periode en stigning i alle kommuner.

Det ses endvidere, at 8 % af befolkningen har været meget 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. (22 %) eller førtidspension (19 %), personer med dårligt selv vurderet helbred (23 %) og personer, der er belastet af økonomiske forhold (21 %). I perioden fra 2013 til 2021 har der været en markant stigning i andelen af personer, der er generet af angst og anspændthed. Der ses især en meget stor stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed.

Andelen, der føler sig ensomme, udgør 14 % af befolkningen. Den højeste forekomst ses blandt de 16-19-årige (24 %). Forekomsten er faldende med alderen, indtil der ses en stigning i forekomsten af ensomhed i den sene alderdom. Endvidere er der en markant større andel, der føler sig ensomme, blandt arbejdsløse (24 %) og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. (28 %) og førtidspension (27 %), personer med svag social støtte (36 %), personer med tegn på social isolation (34 %) og personer, der er belastet af økonomiske forhold (33 %). Fra 2017 til 2021 har der været en markant stigning i ensomhed i befolkningen.

Andelen, der har symptomer på depression, udgør 8 % af befolkningen. Dette svarer til cirka 82.000 personer i Region Midtjylland. Der er en stærk sammenhæng mellem symptomer på depression og sociale forhold. Eksempelvis varierer andelen med symptomer på depression markant efter uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, etnisk baggrund og boligforhold. Mere end hver femte modtager af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspension har symptomer på depression.

Sammenfattende har de fleste borgere i Region Midtjylland en god trivsel og livskvalitet. Der ses imidlertid markante forskelle i forekomsten af dårlig mental sundhed på tværs af sociale grupper. Eksempelvis ses en stor variation i forhold til erhvervstilknytning. Blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspension er der en markant større andel med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer end i hele befolkningen.

Der er fra 2013 til 2021 sket en forværring af befolkningens mentale sundhed. Forværringen er særlig udtalt blandt unge på 16-24 år.

## 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. Eplov 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. Comprehensive mental health action plan 2013-2030. Genève: WHO; 2021.
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. Erlangsen A, Andersen PK, Toender A, Laursen TM, Nordentoft M, Canudas-Romo V. Cause-specific life-years lost in people with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet Psychiatry.* 2017.
11. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, Holtz Y, Erlangsen A, Canudas-Romo V, et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *The Lancet.* 2019.
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. Hentet fra: <https://www.gov.uk/government/publications/chief-medical-officer-cmo-annual-report-public-mental-health>.
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, Hawkley 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, Kjølner M, Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
24. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
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. PwC. Målgrupperne i socialpsykiatrien. Registeranalyse. Odense: Socialstyrelsen; 2020.
27. Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen KB, Nielsen L, Nordentoft M. Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år: Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2020.
28. Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg BB, Schullehner J, Plana-Ripoll O, Brikell I, Wimberley T, Thygesen M, Madsen KB, Timmerman A, Schendel D, McGrath JJ, Mortensen PB, Pedersen CB. Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. *JAMA Psychiatry.* 2020 Feb;77(2):155-164.
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. Huppert FA. Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. *Applied psychology: Health and well-being.* 2009;1(2):137-164.
32. 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.
33. Stewart-Brown S, Middleton J, Ashton J. Responses to the Chief Medical Officer's report 2013. *The Lancet.* 2015;385(9987):2576.
34. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke: Mental Sundhed. København S: Sundhedsstyrelsen; 2018.
35. 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.
36. Thybo P. Det Dobbelte KRAM – et tværfagligt arbejdsgrundlag for mental sundhed, helbred og trivsel. København: Hans Reitzels Forlag; 2016.
37. Health and Social Care Information Centre. Fundamental facts about mental health 2015. London: Mental Health Foundation; 2015.
38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. Valtorta, Nicole K, Kanaan M, Gilbody S, og Hanratty B. 2018. Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease in the English Longitudinal Study of Ageing. *European journal of preventive cardiology* 25 (13): 1387-1396.



42. Camfield L, Skevington S. On subjective well-being and quality of life. *J Health Psychol.* 2008;13(6):764-775.
43. Næss S, Moun T. Livskvalitet: forskning om det gode liv. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.
44. Kajandi M. Livskvalitet. Uppsala: Psykologiske enheten, Forskningsklinikken, Ulleråkers sjukhus; 1985.
45. Pallesen E, Dahl T, Jensen OK, Christiansen D, Knudsen B, Ruby K. Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte – beskrivelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats. Aarhus: Center for Folkesundhed; 2008.
46. 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.
47. Sundhedsstyrelsen. Langvarig stress. Aktuel viden og forslag til stress-forebyggelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
48. Kalia M. Assessing the economic impact of stress – the modern day hidden epidemic. *Metabolism Suppl.* 2002;51(6):49-53.
49. 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.
50. Nielsen NR. Stress – folkesundhed og forebyggelse. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB, red. Forebyggende sundhedsarbejde. 5. udgave. København: Munksgaard; 2009.
51. Netterstrøm B. Stress. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, red. Folkesundhedsrapporten Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.
52. 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.
53. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4):385-396.
54. 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.
55. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping.* New York: Springer Publishing Company; 1984.
56. 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.
57. Sørensen JB, Lasgaard M, Willert MV, Larsen FB. The relative importance of work-related and non-work-related stressors and perceived social support on global perceived stress in a cross-sectional population-based sample. *BMC Public Health.* 2021;21(1):543.
58. Sørensen JB, Larsen FB. Belastninger i dagligdagen. Temaanalyse, vol. 10. Hvordan har du det?. Aarhus: DEFACTUM; 2021.
59. 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.
60. 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.
61. Pearlin LI, Menaghan EG, Lieberman MA, Mullan JT. The stress process. *J Health Soc Behav.* 1981;22(4):337-56.
62. Larsen FB. Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed. Hvordan har du det? Aarhus: DEFACTUM; 2009.
63. Ihlebaek C, Brage S, Eriksen HR. Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. *Occup Med.* 2007;57(1):43-49.

64. Roelen CA, Koopmans PC, Groothoff JW. Subjective health complaints in relation to sickness absence. *Work*. 2010;37(1):15-21.
65. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision (ICD-10). Diagnostic criteria for re-search. Genève: WHO; 1993.
66. Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for angst-lidelser hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
67. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Ronald MR, Wittchen HU. Anxiety disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;4(3).
68. 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.
69. 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.
70. 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.
71. 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.
72. Rotenberg K. Childhood and adolescent loneliness: An introduction. I: Rotenberg K, Hymel S, red. *Loneliness in childhood and adolescence*. England: Cambridge University Press; 1999.
73. 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.
74. Swane CE. Gamle menneskers hverdagsliv. I: Swane CE, Blaakilde AL, Amstrup K, red. *Gerontologi – livet som gammel*. København: Munksgaard; 2007.
75. Jones WH. Loneliness and social contact. *J Soc Psychol*. 1981;113(2):295-296.
76. Williams JG, Solano CH. The social reality of feeling lonely: Friendship and reciprocation. *Pers Soc Psychol Bull*. 1983;9(2):237-242.
77. Hawkey 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.
78. Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and health of older people. *Int J Geriatri Psychiatry*. 2008;23(12):1213-1221.
79. 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.
80. Jaremka LM, Andridge RR, Fagundes CP, Alfano CM, Povoski SP, et al. Pain, depression and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychol*. 2014;33(9):948-957.
81. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLOS Med*. 2010;7(7):1-20.
82. Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats mod ensomhed hos ældre mennesker med meget hjemmehjælp: Rapport. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
83. Hargaard A, Bo A, Lasgaard M. Flere i Fællesskaber – baselineundersøgelse. Aarhus: DEFAC-TUM; 2021.
84. Christiansen J, Løvschall C, Laustsen LM, Hargaard A, Maindal HT, Lasgaard M. Interventioner, der skal mindske ensomhed – en systematisk litteraturgennemgang af 136 effektstudier. Aarhus: DEFAC-TUM; 2021.
85. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey 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.
86. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (version 3): Reliability, validity and factor structure. *J Pers Assess*. 1996;66(1):20-40.

87. Lasgaard M. Reliability and validity of the Danish version of the UCLA Loneliness Scale. *Pers Individ Dif.* 2007;42(7):1359-1366.
88. 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.
89. Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Soc Sci Med.* 2012; 74(6):907-914.
90. Mund M, Freuding MM, Möbius K, Horn N, Neyer FJ. The stability and change of loneliness across the life span: a meta-analysis of longitudinal studies. *Personality and social psychology review.* 2020;24(1):24-52.
91. Otte C, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers.* 2016;2:1-19.
92. Goldberg D. Epidemiology of mental-disorders in primary-care settings. *Epidemiol Rev.* 1995;17(1):182-190.
93. 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.
94. 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.
95. 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.
96. 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.
97. Olesen LR. Measurements of depressive illness and mental distress in the Danish general population. København: Københavns Universitet; 2014.
98. Larsen FB, Pedersen M, Lasgaard M, Sørensen J, Christiansen J, Lundberg A, et al. *Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner. Bind 1.* Aarhus: DEFACTUM; 2018.
99. Bech P. *Klinisk Psykometri.* København: Munksgaard; 2011.

