

# HVORDAN HAR DU DET? 2021

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 2**  
UDVIKLINGEN 2010-2013-2017-2021

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 2**  
UDVIKLINGEN 2010 - 2013 - 2017 - 2021

## **UDARBEJDET AF**

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

## **TITEL**

Hvordan har du det? 2021 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 2).  
Udviklingen 2010-2013-2017-2021

## **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 2). Udviklingen 2010-2013-2017-2021. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2022.

ISBN-nr: 978-87-93657-32-8

## **UDGIVELSE**

Marts 2022

## **OPLAG**

1.500

## **LAYOUT**

2.1hartwork

## **FORSIDE**

Malene Hald

# INDHOLDSFORTEGNELSE

INDLEDNING	4
1. SAMMENFATNING	6
2. RYGNING	10
3. ALKOHOL	22
4. FYSISK AKTIVITET	38
5. KOST	54
6. OVERVÆGT	64
7. SELVVURDERET HELBRED	78
8. MENTAL SUNDHED	86
9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM	114
10. UNGES SUNDHED	194
11. SØVN	212

## INDLEDNING

Denne sundhedsprofil er udarbejdet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan har du det?* fra 2010, 2013, 2017 og 2021.

En sundhedsprofil er en helhedsbeskrivelse af sundhed og sygelighed i et område eller i en befolkning, og oplysningerne fra denne sundhedsprofil kan bruges til at monitorere sundhedstilstanden i Region Midtjylland og i de enkelte kommuner i regionen.

Sundhedsprofilen består af to rapporter: Hovedrapporten (bind 1), der beskriver sundhedstilstand og sundhedsvaner i Region Midtjyllands befolkning i 2021, samt udviklingsrapporten (bind 2), der beskriver udviklingen i perioden fra 2010 til 2021.

Formålet med denne rapport (bind 2) er, at man på baggrund af de fire *Hvordan har du det?*-undersøgelser kan danne sig et overblik over ændringer i sundhedstilstanden og sundhedsvanerne i perioden.

Bind 2 består af en række figurer – såkaldte sammenligningsgrafer – ledsaget af en kort tekst. For en uddybende beskrivelse af de behandlede emner henvises til bind 1, hvor man også finder mere omfattende litteraturhenvisninger.

I indledningen i bind 1 finder man desuden en beskrivelse af dataindsamlingen, undersøgelsens metode, fremgangsmåden ved vægtning af data samt en oversigt over de personer, der har medvirket ved undersøgelsens gennemførelse.

*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 befolkningens liv har været anderledes end normalt. Som læser af rapporten er dette væsentligt at have for øje.

### Læsevejledning

I figur 1.1.S ses et eksempel på en figur, hvor andelen af personer med usunde kostvaner i 2010, 2013, 2017 og 2021 belyses i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau. Her ses således ændringer over tid i andelen med usunde kostvaner i forskellige undergrupper.

**Figur 1.1.S**

Usundt kostmønster – køn, alder og uddannelse. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 (eksempel på figur i rapporten)



## 8. MENTAL SUNDHED

Der er en stigende erkendelse af, at mental sundhed har stor betydning for helbred, uddannelse og beskæftigelse. Og de seneste år har der været en stor bekymring for coronapandemiens betydning for befolkningens mentale sundhed. Formålet med dette kapitel er at give en beskrivelse af udviklingen i befolkningens mentale sundhed. Først introduceres centrale begreber og viden om interventionsmuligheder. Dernæst præsenteres fem vinkler på udviklingen i mental sundhed: 1) trivsel og livskvalitet, 2) stress, 3) angst og anspændthed, 4) ensomhed og 5) symptomer på depression.

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. En tilstand af trivsel giver mulighed for at udfolde egne evner, håndtere dagligdagens udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber (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).

WHO fremhæver, at den begrebslige og organisatoriske opdeling i mentalt helbred og fysisk helbred er en barriere for arbejdet med sundhed (4). Denne pointe bygger blandt andet på forskning, som har vist, 1) at psykiske lidelser 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. Det fysiske helbred påvirker i betydelig grad den enkeltes mentale helbred, ligesom mentalt helbred har væsentlig betydning for det fysiske helbred. Endvidere er psykiske lidelser forbundet med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd (f.eks. rygning, alkohol og seksuel risikoadfærd), som blandt andet øger risikoen for kræft, hjerte-kar-lidelser og seksuelt overførte sygdomme. I tråd hermed forekommer somatiske sygdomme generelt hyppigere blandt personer med psykiske lidelser end i den øvrige befolkning (4, 5). Den forventede levetid blandt psykiatriske patienter er cirka 5-10 år kortere end i den øvrige befolkning (6, 7).

### Udviklingen i mental sundhed og mentale helbredsproblemer

Det er vanskeligt at tegne 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.

Den nationale sundhedsprofil peger på en stigning fra 2010 til 2017 i andelen med dårligt mentalt helbred og et højt stressniveau (8). Stigningen er overvejende sket fra 2013 til 2017. Angående psykiske lidelser peger registeroplysninger på en stigning i antallet af voksne (18+ år), der har været i kontakt med den regionale psykiatri på grund af angsttilstande og depression (9), og som får en psykiatrisk diagnose (10).

Rapporten *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år* har på baggrund af danske repræsentative undersøgelser og registerdata kortlagt de foregående 20-30 års udvikling hos børn og unge (11). Kortlægningen dokumenterer en stigning i forekomsten af psykiske lidelser og en række selvrapporterede indikatorer for dårlig mental sundhed, og 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.

Sammenfattende tyder undersøgelser på, at der overordnet er sket en forværring af børn og unges mentale sundhed og mentale helbred (især blandt unge kvinder). Udviklingen i den voksne del af befolkningen er mindre klar, om end der ses tegn på en negativ udvikling i årene op til coronapandemien.

### 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 (4). 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 (12-14). Det kan eksempelvis dreje sig om kampagner, som sigter mod åbenhed omkring mentale helbredsproblemer og afstigmatisering af psykisk sygdom (15). Set fra dette perspektiv vil selv en mindre forbedring af befolkningens mentale sundhed føre til en reduktion i forekomsten af psykiske lidelser (12, 13, 16). En anden dominerende tilgang til arbejdet 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 (4).

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 (17). Mange kommuner har blandt andet på den baggrund udarbejdet en politik for mental sundhed og styrket deres indsats inden for forskellige fagområder (18). I kommunalt regi ses både sundhedsfremmende tiltag (19) og forebyggende og afhjælpende indsatser, der sigter mod forskellige problemer, som er forbundet med mental sundhed og mentalt helbred (18). Indsatserne spænder bredt fra stresspolitikker over skolebaserede antimobbestrategier til indsatser for personer med lettere angst- og depressionstilstande.

## Kapitlets opbygning

Som nævnt er formålet med dette kapitel at beskrive udviklingen i befolkningens mentale sundhed ud fra forskellige vinkler. I analysen beskrives først udviklingen i trivsel og livskvalitet i forhold til køn, alder, uddannelse og geografi. Dernæst beskrives udviklingen i andelen med stress, angst og anspændthed, ensomhed og symptomer på depression i forhold til køn, alder, uddannelse og geografi.

### Mental sundhed og coronapandemien

Det er vigtigt at være opmærksom på den begrænsning, der ligger i, at data til *Hvordan har du det? 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 fra 2021 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 i en begrænset periode. En del af disse udsving vil formentlig normalisere sig helt eller delvist med ophævelse af restriktioner. Konklusioner om udviklingen siden 2017 i befolkningens mentale sundhed skal derfor foretages med forsigtighed.

## Trivsel og livskvalitet

Den samlede oplevelse af egen trivsel og livskvalitet udgør en bred parameter for mental sundhed og anvendes i analysen til at beskrive borgernes overordnede oplevelse af mental sundhed.

Trivsel og livskvalitet er to nært beslægtede paraplybegreber (20): *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) (21, 22). Selvvurderet trivsel og livskvalitet inkluderer således livsaspekter, som er centrale for mental sundhed.

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

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

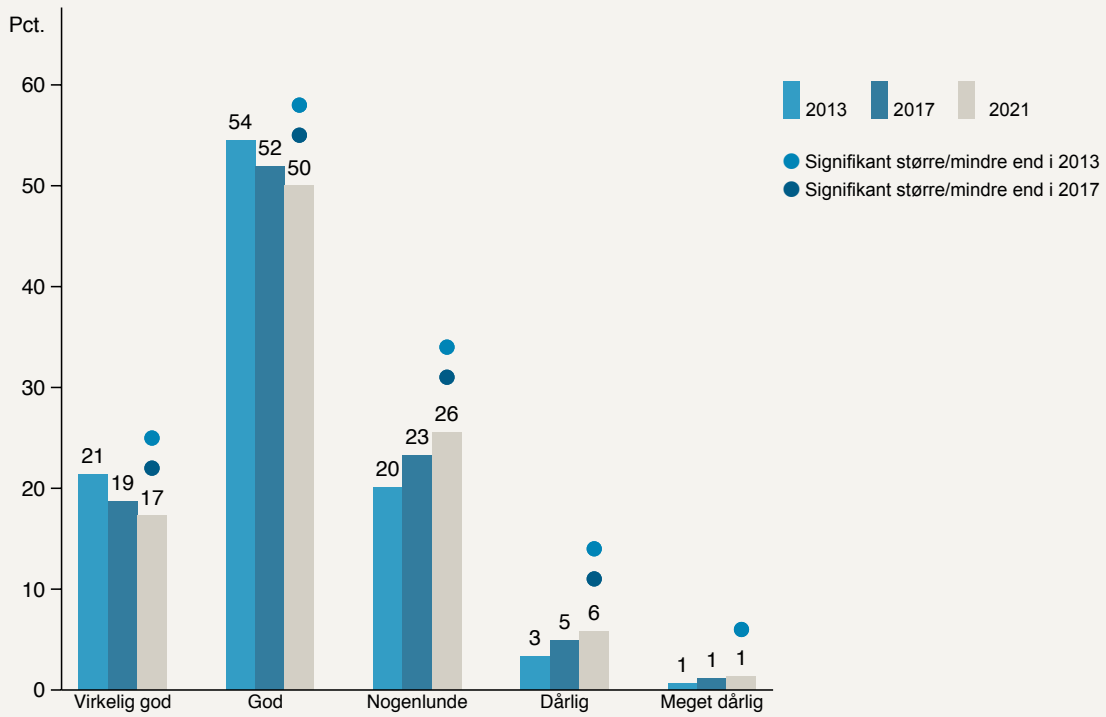
Figur 8.1.S viser udviklingen i trivsel og livskvalitet fra 2013 til 2021 i befolkningen som helhed. Spørgsmålet indgik ikke i *Hvordan har du det?* i 2010.

Fra 2013 til 2021 har der været signifikante ændringer i vurderingen af trivsel og livskvalitet ved alle fem svarmuligheder. Andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er henholdsvis *virkelig god* og *god*, er faldet, mens der har været en stigning i andelen, som angiver, at deres trivsel og livskvalitet er *nogenlunde*, *dårlig* og *meget dårlig*.

Fra 2017 til 2021 har der været signifikante ændringer i vurderingen af trivsel og livskvalitet ved svarmulighederne *virkelig god*, *god*, *nogenlunde* og *dårlig*. Andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er *virkelig god* og *god*, er faldet, mens der har været en stigning i andelen, der angiver, at deres trivsel er *nogenlunde* og *dårlig*.

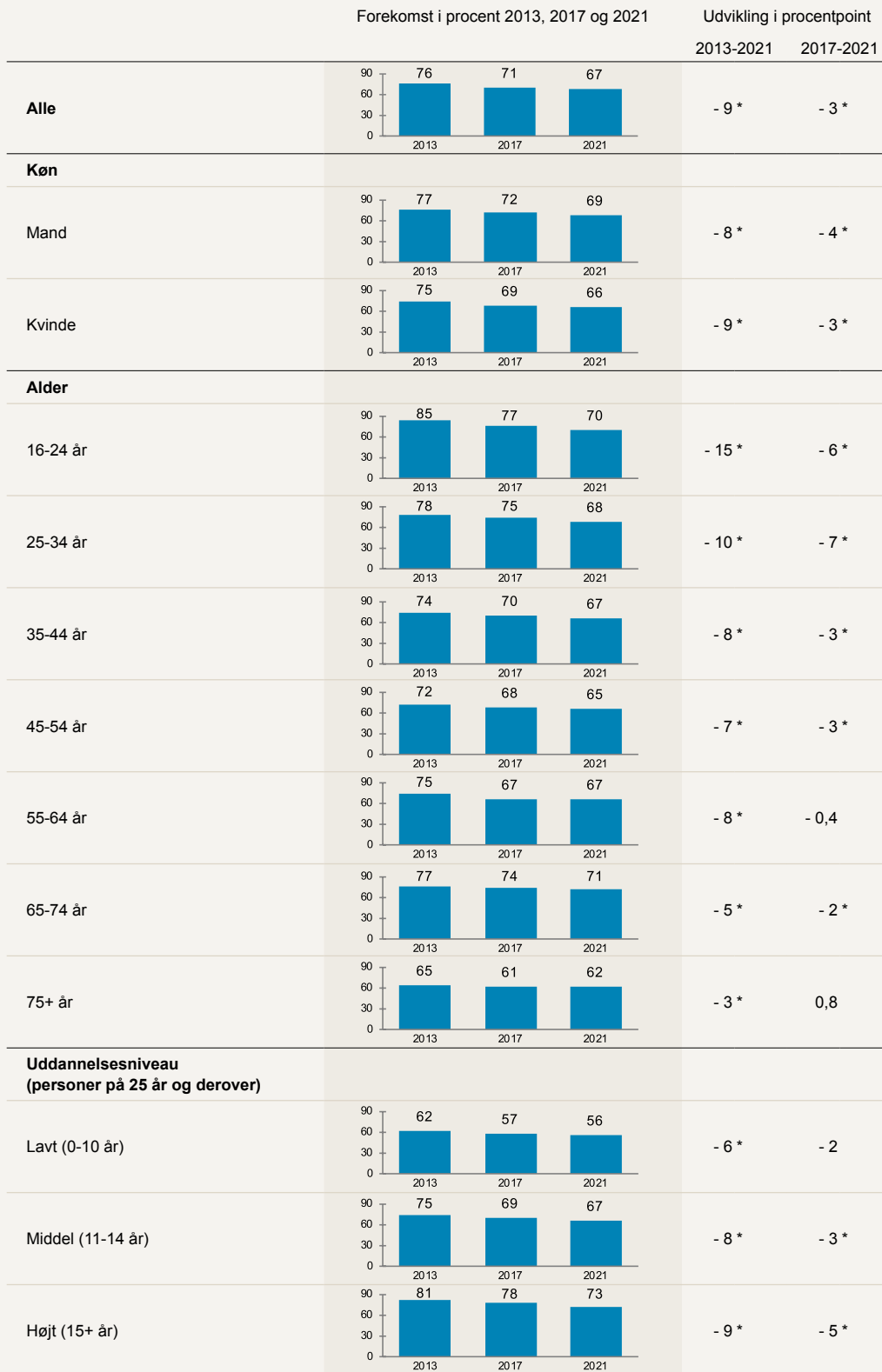
De første to svarmuligheder betegnes i det følgende som *god trivsel og livskvalitet*.

**Figur 8.1.S**  
 Trivsel og livskvalitet. Udviklingen fra 2013 til 2021



**Figur 8.2.S**

God trivsel og livskvalitet – køn, alder og uddannelse. Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021



\* Signifikant udvikling

## God trivsel og livskvalitet – køn, alder og uddannelse

Figur 8.2.S viser udviklingen fra 2013 til 2021 i andelen af borgere med god trivsel og livskvalitet i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

Fra 2013 til 2021 er der sket et fald fra 76 % til 67 % i andelen med god trivsel og livskvalitet. Faldet ses for både mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. De mest markante fald er blandt de 16-24-årige og 25-34-årige, hvor andelen af borgere med god trivsel og livskvalitet er faldet fra henholdsvis 85 % til 70 % og fra 78 % til 68 %.

Fra 2017 til 2021 er der sket et fald fra 71 % til 67 % i andelen med god trivsel og livskvalitet. Faldet ses for både mænd og kvinder, blandt de 16-54-årige og 65-74-årige og for personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. De mest markante fald er blandt de 16-24-årige og 25-34-årige, hvor andelen af borgere med god trivsel og livskvalitet er faldet fra henholdsvis 77 % til 70 % og fra 75 % til 68 %.

**Figur 8.3.S**

God trivsel og livskvalitet – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021



\* Signifikant udvikling

## God trivsel og livskvalitet – kommuner

Figur 8.3.S viser udviklingen fra 2013 til 2021 i andelen med god trivsel og livskvalitet i kommunerne i Region Midtjylland.

Fra 2013 til 2021 har der været et signifikant fald i andelen med god trivsel og livskvalitet i alle kommuner. Faldet varierer fra 6 procentpoint i Norddjurs til 11 procentpoint i Favrskov.

Fra 2017 til 2021 har der været et signifikant fald i andelen med god trivsel og livskvalitet i Favrskov, Randers, Skive og Aarhus. Faldet varierer fra 4 procentpoint i Favrskov og Randers til 5 procentpoint i Skive og Aarhus.

**Figur 8.4.S**

Høj score på stressskalaen (PSS $\geq$ 18) – køn, alder og uddannelse.  
Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021

	Forekomst i procent 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint	
		2013-2021	2017-2021
<b>Alle</b>		10 *	6 *
<b>Køn</b>			
Mand		9 *	5 *
Kvinde		10 *	6 *
<b>Alder</b>			
16-24 år		21 *	12 *
25-34 år		14 *	10 *
35-44 år		13 *	9 *
45-54 år		5 *	2 *
55-64 år		7 *	2 *
65-74 år		4 *	3 *
75+ år		2	2
<b>Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)</b>			
Lavt (0-10 år)		7 *	2
Middel (11-14 år)		8 *	4 *
Højt (15+ år)		8 *	6 *

\* Signifikant udvikling



## Stress

Stress er et væsentligt problem med store personlige og samfundsmæssige omkostninger og en vigtig årsag til sygefravær (23, 24). Stress kan beskrives som en tilstand af kropslig og psykisk ubalance. Jo højere stressniveau, jo dårligere trivsel. Det oplevede stressniveau er derfor en vigtig indikator for dårlig mental sundhed.

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 (25). Der er blandt andet forskningsmæssig dokumentation for, at stress øger risikoen for influenza, hjerte-kar-lidelser, hjerneblødning/blodprop i hjernen, depression og kortere levetid (26, 27).

I *Hvordan har du det?* anvendes et standardiseret og anerkendt mål for oplevet stress: Perceived Stress Scale (PSS) (28, 29). PSS omfatter 10 spørgsmål, der belyser, i hvilket omfang svarpersonen føler sig stresset og nervøs, samt hvorvidt han eller hun oplever sit liv som uforudsigeligt, ukontrollabelt og belastende. Personer, der scorer højt på PSS, er blandt andet mere modtagelige for forkølelse, mere sårbare over for alvorlige livsbegivenheder, har sværere ved at holde op med at ryge og har sværere ved at kontrollere blodsukkeret, hvis de har diabetes (30).

Man kan score fra 0 til 40 point på PSS. Jo højere score, desto større grad af oplevet stress. Man kan opleve en mindre eller større grad af stress, og 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 den brede befolkningsgruppe, dvs. personer med en PSS-score på 18-40 point.

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

## Høj score på stressskalaen – køn, alder og uddannelse

Figur 8.4.S viser udviklingen fra 2013 til 2021 i andelen af borgere med en høj score på stressskalaen i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

Fra 2013 til 2021 er der sket en stigning fra 19 % til 29 % i andelen med en høj score på stressskalaen. Stigningen ses for både mænd og kvinder, blandt de 16-74-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Den mest markante stigning er blandt de 16-24-årige, hvor andelen med en høj score på stressskalaen er steget fra 22 % til 44 %.

Fra 2017 til 2021 er der sket en stigning fra 23 % til 29 % i andelen med en høj score på stressskalaen. Stigningen ses for både mænd og kvinder, blandt de 16-74-årige og for personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Den mest markante stigning er blandt de 16-24-årige, hvor andelen af borgere med en høj score på stressskalaen er steget fra 32 % til 44 %. I forhold til uddannelsesniveau har stigningen i andelen med en høj score på stressskalaen været størst blandt personer med et højt uddannelsesniveau og er ikke signifikant blandt personer med et lavt uddannelsesniveau, hvilket tyder på, at den sociale ulighed i andelen med en høj score på stressskalaen er mindsket.

**Figur 8.5.S**Høj score på stresskalaen (PSS $\geq$ 18) – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021

\* Signifikant udvikling

## Høj score på stressskalaen – kommuner

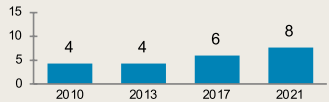
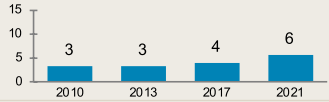
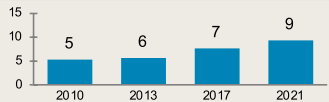
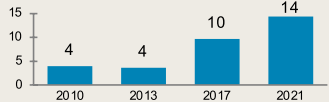
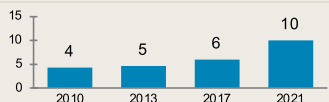
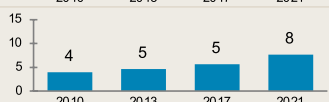
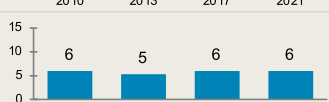
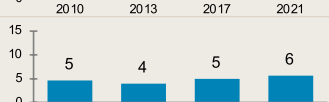
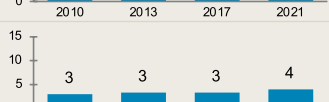
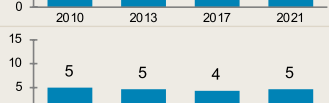
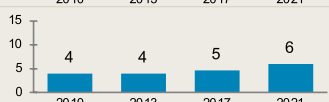
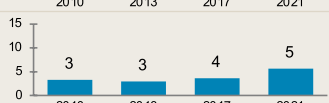
Figur 8.5.S viser udviklingen fra 2013 til 2021 i andelen med en høj score på stressskalaen i kommunerne i Region Midtjylland.

Fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med en høj score på stressskalaen i alle kommuner. Stigningen varierer fra 5 procentpoint i Skive til 12 procentpoint i Aarhus.

Fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med en høj score på stressskalaen i alle kommuner, undtagen i Horsens, Ikast-Brande og Syddjurs. Stigningen varierer fra 3 procentpoint i Odder og Ringkøbing-Skjern til 8 procentpoint i Aarhus.

**Figur 8.6.S**

Generet af angst og anspændthed – køn, alder og uddannelse.  
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

	Forekomst i procent 2010, 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint		
		2010-2021	2013-2021	2017-2021
<b>Alle</b>		3 *	3 *	2 *
<b>Køn</b>				
Mand		2 *	2 *	1 *
Kvinde		4 *	4 *	2 *
<b>Alder</b>				
16-24 år		11 *	11 *	5 *
25-34 år		6 *	5 *	4 *
35-44 år		4 *	3 *	2 *
45-54 år		-0,2	0,4	-0,2
55-64 år		1 *	2 *	0,8
65-74 år		1 *	0,8	0,7
75+ år		-0,3	-0,1	0,2
<b>Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)</b>				
Lavt (0-10 år)		2 *	1	0,6
Middel (11-14 år)		2 *	2 *	1 *
Højt (15+ år)		2 *	2 *	2 *

\* Signifikant udvikling

## Generet af angst og anspændthed

De fleste mennesker oplever ind imellem helbredsge-  
ner og symptomer, f.eks. symptomer på angst og an-  
spændthed (31), som kan påvirke den enkeltes trivsel  
og være årsag til sygefravær (32, 33). Udviklingen  
i forekomsten af mentale helbredsgegener 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 (34). Fore-  
komsten af angstlidelser inden for de foregående 12  
måneder skønnes at være 6-18 % på befolkningsni-  
veau med hyppigere forekomst hos kvinder end hos  
mænd (35). Såfremt lidelserne ikke behandles med  
psykoterapi og/eller medicin, er de forbundet med  
nedsat livskvalitet og kan blandt andet være hindren-  
de for uddannelse, beskæftigelse og socialt samvær  
(35, 36). De fleste angstlidelser forbliver ubehandlede  
(36).

Ifølge rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark* (37)  
registreres der årligt knap 120.000 psykiatriske  
ambulante hospitalsbesøg med en angsttilstand som  
aktionsdiagnose, svarende til 13 % af alle psykiatri-  
ske ambulante hospitalsbesøg. Samme rapport viser  
endvidere, at angsttilstande er den betydeligste årsag  
til førtidspension, idet godt 1.900 tilkendelser om året  
tilskrives en angsttilstand, svarende til hver ottende  
nytilkendelse.

I *Hvordan har du det?* indgår et spørgsmål, der  
belyser, om deltagerne inden for de seneste 14 dage  
har været *generet af ængstelse, nervøsit, uro og  
angst*. Svarmulighederne er: 1) Ja, meget generet,  
2) Ja, lidt generet og 3) Nej. I det følgende fokuseres  
der på den del af befolkningen, som har angivet, at  
de er *meget generet af ængstelse, nervøsit, uro og  
angst*. Denne gruppe betegnes *generet af angst og  
anspændthed*.

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

## Generet af angst og anspændthed – køn, alder og uddannelse

Af figur 8.6.S fremgår udviklingen fra 2010 til 2021  
i andelen af borgere, der er generet af angst og  
anspændthed i forhold til køn, alder og uddannelses-  
niveau.

Fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning  
i andelen, der er generet af angst og anspændthed.  
Stigningen ses for både mænd og kvinder, blandt  
personer i alderen 16-44 år og 55-74 år og på tværs  
af uddannelsesniveau.

Fra 2013 til 2021 ses også en signifikant stigning i  
andelen, der er generet af angst og anspændthed.  
Denne stigning ses for både mænd og kvinder, perso-  
ner i alderen 16-44 år og 55-64 år og blandt personer  
med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Den  
mest markante stigning ses hos de 16-24-årige, idet  
andelen, der er generet af angst og anspændthed, er  
steget fra 4 % til 14 %.

Fra 2017 til 2021 har der ligeledes været en signifi-  
kant stigning i andelen, der er generet af angst og  
anspændthed. Denne stigning ses for både mænd og  
kvinder, personer i alderen 16-44 år og blandt perso-  
ner med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau. De  
mest markante stigninger ses hos de 16-24-årige og  
25-34-årige, idet andelen, der er generet af angst og  
anspændthed, er steget fra henholdsvis 10 % til 14 %  
og 6 % til 10 %.

**Figur 8.7.S**

Generet af angst og anspændthed – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



\* Signifikant udvikling

## Generet af angst og anspændthed – kommuner

Figur 8.7.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i kommunerne i Region Midtjylland.

Fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i følgende kommuner:

- Favrskov
- Hedensted
- Herning
- Horsens
- Ikast-Brande
- Norddjurs
- Odder
- Randers
- Samsø
- Skanderborg
- Skive
- Struer
- Syddjurs
- Viborg
- Aarhus

Stigningen varierer fra 3 procentpoint i Favrskov, Hedensted, Herning, Ikast-Brande, Norddjurs, Randers, Skanderborg, Skive og Syddjurs til 5 procentpoint på Samsø.

Fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i følgende kommuner:

- Favrskov
- Hedensted
- Herning
- Horsens
- Lemvig
- Norddjurs
- Odder
- Randers
- Samsø
- Silkeborg
- Skanderborg
- Skive
- Struer
- Syddjurs
- Viborg
- Aarhus

Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Lemvig, Norddjurs, Skanderborg og Skive til 4 procentpoint i Randers, på Samsø, i Viborg og Aarhus.

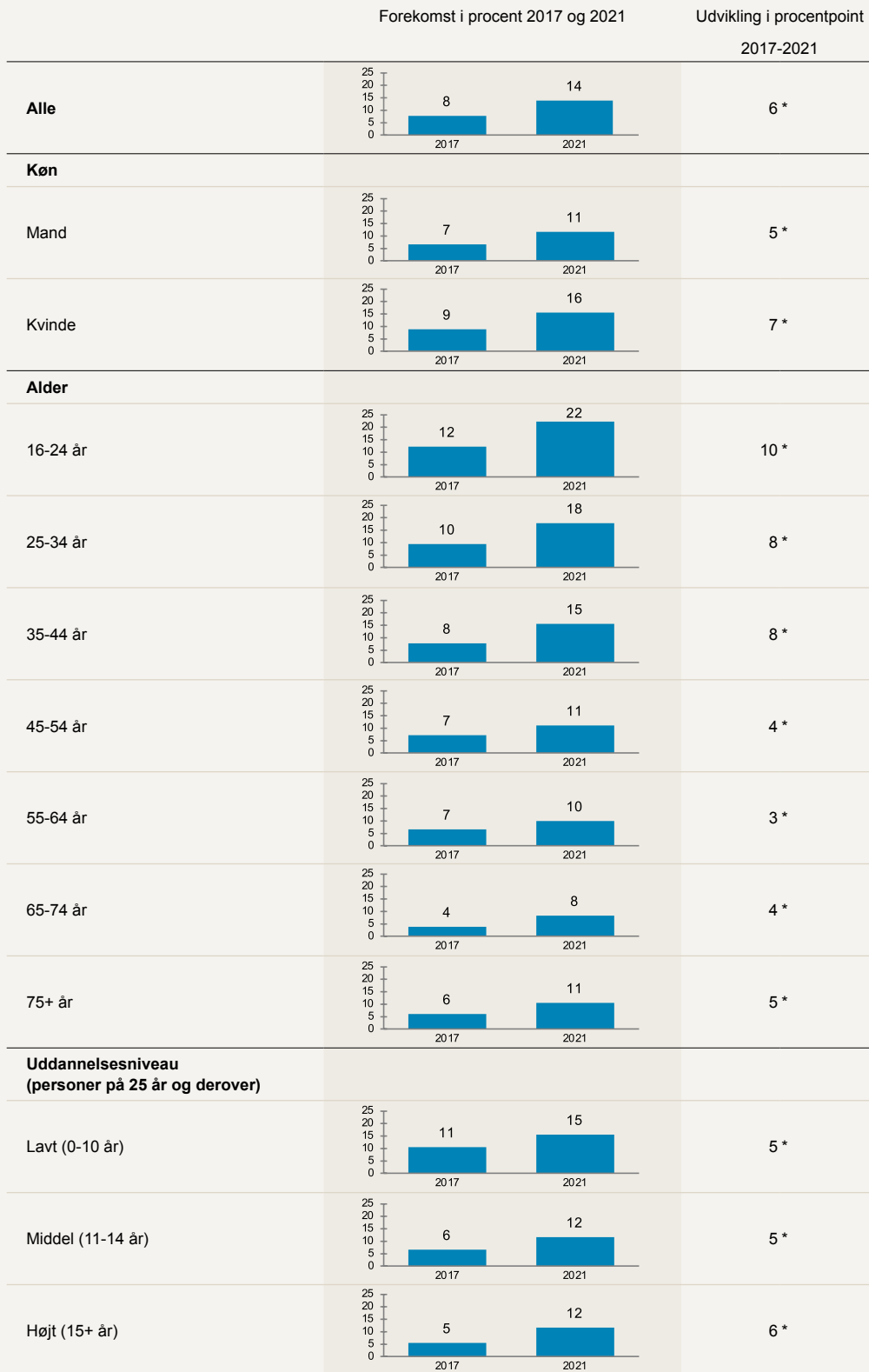
Fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i følgende kommuner:

- Randers
- Struer
- Aarhus

I alle tre kommuner ses en stigning på 3 procentpoint.

**Figur 8.8.S**

Ensomhed – køn, alder og uddannelse. Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021



\* Signifikant udvikling



## Ensomhed

Ensomhed er en ubehagelig følelse, der opstår som følge af en oplevet uoverensstemmelse mellem ønskede sociale relationer og faktiske sociale relationer (38, 39). Det er væsentligt at skelne mellem social isolation, som er et objektivi forhold, der eventuelt kan være årsag til ensomhed – og følelsen af ensomhed, der både kan opstå, når man er alene og savner social kontakt og nærhed, og når man er omgivet af andre mennesker (40, 41). Undersøgelser tyder på, at følelsen af ensomhed især er forbundet med kvaliteten af den enkeltes sociale relationer (42, 43).

Ensomhed er en væsentlig determinant for både mentalt og fysisk helbred (44-46) og øger blandt andet risikoen for depression (44, 47), forhøjet blodtryk (48), hjerte-kar-lidelser (46, 49), søvnforstyrrelse (50), smerter (51) og kortere levetid (45, 52).

I *Hvordan har du det?* anvendes et standardiseret og anerkendt mål for ensomhed: the Three-Item Loneliness Scale (T-ILS) (53). 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 belyser ensomhed som en følelse, der varierer i den oplevede intensitet og er en forkortet version af UCLA Loneliness Scale (54), som er det mest anvendte instrument i forhold til måling af ensomhed. T-ILS er udviklet til brug i befolkningsundersøgelser (53), 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 (53, 55). Scoren på T-ILS går fra 3 til 9 point. Jo højere score, jo højere grad af ensomhedsfølelse. Man kan opleve

en større eller mindre grad af ensomhedsfølelse, men T-ILS har ikke en indbygget definition af, hvor mange point der skal til, for at en svarperson føler sig ensom. 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 (56). 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 målinger af ensomhed i spørgeskemaundersøgelser tidligere har vist sig forholdsvis stabile over tid (57). 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 kun fra 2017 til 2021.

### Ensomhed – køn, alder og uddannelse

Figur 8.8.S viser udviklingen fra 2017 til 2021 i andelen, der føler sig ensomme i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

Fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen, der føler sig ensomme, fra 8 % til 14 %. Stigningen ses for både mænd og kvinder, for personer i alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Den mest markante stigning ses hos de 16-24-årige, hvor andelen, der føler sig ensomme, er steget fra 12 % til 22 %.

### Ensomhed under coronapandemien

Da data til *Hvordan har du det? 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 foretages med forsigtighed.

**Figur 8.9.S**

Ensomhed – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021



\* Signifikant udvikling

## Ensomhed – kommuner

Figur 8.9.S viser udviklingen fra 2017 til 2021 i andelen, der føler sig ensomme, i kommunerne i Region Midtjylland.

Fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen, der føler sig ensomme, i alle kommuner. Stigningen varierer fra 3 procentpoint i Herning til 8 procentpoint i Skanderborg.

**Figur 8.10.S**

Symptomer på depression – køn, alder og uddannelse. Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021



\* Signifikant udvikling

## Depression

Unipolar depression (betegnet depression) er en udbredt psykisk lidelse, hvor kernesymptomerne er vedvarende nedtrykthed og nedsat interesse/lyst og energi (34). 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 (58).

Mange forskellige faktorer øger risikoen for udvikling af depression, heriblandt genetik og negative livsbegivenheder i barndommen (58). Depression har store samfundsmæssige omkostninger og er en vigtig årsag til sygefravær i Danmark (37). Det er endvidere dokumenteret, at depression øger risikoen for diabetes, hjerte-kar-lidelser, selvmord og kortere levetid (58).

Depression måles i *Hvordan har du det?* med Major Depression Inventory (MDI) (59). MDI er et selvadministreret skema, der belyser, hvor mange der opfylder kriterierne for let, moderat og svær depression (34). MDI har tidligere været anvendt i danske befolkningsundersøgelser, der har fundet en overordnet prævalens af depression på cirka 3-6 % (60-63). MDI anvendes endvidere til vurdering af depression i klinisk sammenhæng (64).

MDI omfatter 12 spørgsmål, der belyser 10 forskellige symptomer på depression, som indgår i WHO's afgrænsning af diagnosen (34). 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 udviklingen i andelen med symptomer på depression (let, moderat og svær) i befolkningen fra 2017 til 2021. Det angives, hvor stor en andel der samlet set opfylder kriterierne for depression. MDI indgik ikke i *Hvordan har du det?*-undersøgelsen i 2010 og 2013.

### Symptomer på depression – køn, alder og uddannelse

Figur 8.10.S viser udviklingen fra 2017 til 2021 i andelen med symptomer på depression i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

Fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med symptomer på depression fra 6 % til 8 %. Stigningen ses for både mænd og kvinder, for personer i alderen 16-44 år og 65-74 år og blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau, mens der har været et mindre fald for personer i alderen 75 år og opefter. Den mest markante stigning ses hos de 16-24-årige, hvor andelen med symptomer på depression er steget fra 10 % til 18 %.

**Figur 8.11.S**

Symptomer på depression – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021



\* Signifikant udvikling

## Symptomer på depression – kommuner

Figur 8.11.S viser udviklingen fra 2017 til 2021 i andelen med symptomer på depression i kommunerne i Region Midtjylland.

Fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med symptomer på depression i følgende kommuner:

- Favrskov
- Herning
- Holstebro
- Horsens
- Norddjurs
- Randers
- Skanderborg
- Viborg
- Aarhus

Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Herning til 4 procentpoint i Favrskov.

## Sammenfatning

Fra 2013 til 2021 er der sket et fald i andelen af befolkningen, der har en god trivsel og livskvalitet. I 2013 angav 76 %, at de havde en god trivsel og livskvalitet, mens andelen i 2017 var faldet til 71 % og yderligere til 67 % i 2021. Faldet fra 2017 til 2021 er størst blandt de 16-34-årige og personer med et højt uddannelsesniveau.

Der har været en stigning i andelen af personer med en høj score på stressskalaen fra 2013 til 2021. I 2013 var der 19 % med en høj score på stressskalaen, i 2017 var andelen 23 %, og i 2021 var andelen 29 %. Stigningen fra 2013 til 2021 ses for både mænd og kvinder, blandt de 16-74-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Stigningen ses i alle kommuner. Den mest markante stigning er blandt de 16-24-årige, hvor andelen med en høj score på stressskalaen er steget fra 22 % til 44 %.

Fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, fra 4 % til 8 %. Stigningen ses for både mænd og kvinder, personer i alderen 16-44 år og 55-64 år og blandt personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Den mest markante stigning ses hos de 16-24-årige, idet andelen, der er generet af angst og anspændthed, er steget fra 4 % til 14 %. De mest markante stigninger fra 2017 til 2021 ses hos de 16-24-årige og 25-34-årige, idet andelen, der er generet af angst og anspændthed, er steget fra henholdsvis 10 % til 14 % og 6 % til 10 %.

Dertil har der været en stigning i andelen, der føler sig ensomme, fra 8 % i 2017 til 14 % i 2021. Stigningen ses for både mænd og kvinder, for personer i alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Stigningen ses i alle kommuner. Den mest markante stigning ses hos de 16-24-årige, hvor andelen, der føler sig ensomme, er steget fra 12 % til 22 %.

Fra 2017 til 2021 har der endvidere været en stigning i andelen med symptomer på depression fra 6 % til 8 %. Stigningen ses for både mænd og kvinder, for personer i alderen 16-44 år og 65-74 år samt blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Den mest markante stigning ses hos de 16-24-årige, hvor andelen med symptomer på depression er steget fra 10 % til 18 %.

Sammenfattende ses over tid en negativ udvikling i den mentale sundhed i Region Midtjylland, og forværringen er mest udtalt blandt unge. Da undersøgelsen fra 2021 tegner et øjebliksbillede under en nedlukningsperiode skal konklusioner om udviklingen siden 2017 dog foretages med forsigtighed.



## 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-G. Major public health problems – mental ill-health. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2006;34(67):87-103.
4. 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.
5. Larsen FB, Nielsen AL. Psykisk syges sundhed i Region Midtjylland. Aarhus: CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland; 2012.
6. 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;4(12):937-45.
7. 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. *Lancet*. 2019;394(10211):1827-35.
8. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
9. Regeringens udvalg om psykiatri. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udviklingen i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2013.
10. PwC. Målgrupperne i socialpsykiatrien. Registeranalyse. Odense: Socialstyrelsen; 2020.
11. 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.
12. The Government Office for Science. Foresight mental capital and wellbeing project. Final project report. London: The Government Office for Science; 2008.
13. 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):1253-60.
14. Huppert FA. Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2009;1(2):137-64.
15. Anwar-McHenry JaD, Robert J. and Jalleh, Geoffrey and Laws, Amberlee. Impact Evaluation of the Act-Belong-Commit Mental Health Promotion Campaign. *Journal of Public Mental Health*. 2012;11(4):186-95.
16. Stewart-Brown S, Middleton J, Ashton J. Responses to the Chief Medical Officer's report 2013. *The Lancet*. 2015;385.
17. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke: Mental Sundhed. København S: Sundhedsstyrelsen; 2018.
18. 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.
19. Thybo, P. Det Dobbelte KRAM – et tværfagligt arbejdsgrundlag for mental sundhed, helbred og trivsel. København: Hans Reitzels Forlag; 2016.
20. Camfield L, Skevington SM. On subjective well-being and quality of life. *J Health Psychol*. 2008;13(6):764-75.
21. Næss S, Moun T. Livskvalitet: forskning om det gode liv. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.

22. Kajandi, M. Livskvalitet. Uppsala: Psykologiske enheten, Forskningskliniken, Ulleråkers sjukhus; 1985.
23. Pallesen E, Dahl T, Jensen OK, Christiansen D, Knudsen B, Ruby K. Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte – beskrivelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats. Århus: Center for Folkesundhed; 2008.
24. Holmgren K, Dahlin-Ivanoff S, Björkelund C, Hensing G. 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.
25. Sundhedsstyrelsen. Langvarig stress. Aktuel viden og forslag til stress-forebyggelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
26. Kalia M. Assessing the economic impact of stress - the modern day hidden epidemic. *Metabolism*. 2002;51(6):49-53.
27. 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):823-32.
28. Cohen S, Williamson G. Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. Newbury Park: The Social Psychology of Health; 1988.
29. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983;24(4):385-96.
30. Cohen S, Tyrrell DA, Smith AP. Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *J Pers Soc Psychol*. 1993;64(1):131-40.
31. Larsen FB. Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed. Hvordan har du det? Aarhus: DEFACTUM; 2009.
32. Ihlebæk C, Brage S, Eriksen H. Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. *Occup Med*. 2007;57:43-9.
33. Roelen CA, Koopmans PC, Groothoff JW. Subjective health complaints in relation to sickness absence. *Work*. 2010;37(1):15-21.
34. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision (ICD-10). Diagnostic criteria for research. Genève: WHO; 1993.
35. Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
36. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Rapee RM, et al. Anxiety disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17024.
37. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.
38. 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.
39. Rotenberg K. Childhood and adolescent loneliness: An introduction. I: Rotenberg K, Hymel S. *Loneliness in childhood and adolescence*. England: Cambridge University Press; 1999.
40. 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.
41. Swane CE. Gamle menneskers hverdagsliv. I: Swane CE, Blaakilde AL, Amstrup K, red. *Gerontologi – livet som gammel*. København: Munksgaard; 2007
42. Jones WH. Loneliness and Social Contact. *The Journal of Social Psychology*. 1981;113(2):295-6.
43. Williams JG, Solano CH. The social reality of feeling lonely: Friendship and reciprocation. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1983;9(2):237-42.
44. 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):140-51.

45. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci.* 2015;10(2):227-37.
46. Caspi A, Harrington H, Moffitt TE, Milne BJ, Poulton R. Socially isolated children 20 years later: risk of cardiovascular disease. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(8):805-11.
47. 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):776-87.
48. Hawkley LC, Thisted RA, Masi CM, Cacioppo JT. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging.* 2010;25(1):132-41.
49. Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008;23(12):1213-21.
50. 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):1295-304.
51. Jaremka LM, Andridge RR, Fagundes CP, Alfano CM, Pogoski SP, Lipari AM, et al. Pain, depression, and fatigue: loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychol.* 2014;33(9):948-57.
52. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med.* 2010;7(7):e1000316.
53. Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Cacioppo JT. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Res Aging.* 2004;26(6):655-72.
54. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess.* 1996;66(1):20-40.
55. Hargaard A, Bo A, Lasgaard M. Flere i Fællesskaber – baselineundersøgelse. Aarhus: DEFACTUM; 2021.
56. 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.
57. 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. *Pers Soc Psychol Rev.* 2020;24(1):24-52.
58. Otte C, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers.* 2016;2:16065.
59. 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):351-6.
60. 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):507-12.
61. 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.
62. Olsen LR. Measurements of depressive illness and mental distress in the Danish general population. København: Københavns Universitet; 2014.
63. 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.
64. Bech P. Klinisk Psykometri. København: Munksgaard; 2011.

