



# MENTAL SUNDHED BLANDT VOKSNE DANSKERE

Analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

2010

# MENTAL SUNDHED BLANDT VOKSNE DANSKERE

Analyser baseret på  
Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

## Mental sundhed blandt voksne danskere

### *Udgiver:*

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
URL: <http://www.sst.dk>

### *Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:*

Anne Illemann Christensen, forskningsassistent, Michael Davidsen, seniorforsker, Mette Kjølner, forskningskonsulent og Knud Juel, forskningsleder, alle fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

### *Redaktion:*

Anna Paldam Folker, Line Raahauge Madsen, Ole Nørgaard, Jette Abildskov Hansen, alle fra Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

### *Ekspertgruppe:*

Jeanette Frost Ebstrup, ph.d.-stipendiat, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden  
Rikke Engell, konsulent, Sundhed & Forebyggelse, Lejre Kommune  
Lene Falgaard Eplov, leder, Projekt enhed for Psykiatrisk Rehabilitering, Psykiatrisk Center Ballerup  
Susanne Gyldenhof, afdelingsleder, Fagcenter Sundhed, Sønderborg Kommune  
Mette Kjølner, forskningskonsulent, Statens Institut for Folkesundhed  
Anne Lindhardt, centerchef, Psykiatrisk Center Rigshospitalet  
Majken Blom Søefeldt, sous- og områdechef, PsykiatriFonden  
Kirsten Vinther-Jensen, kontorchef, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland  
Bobby Zachariae, leder, Psykoonkologisk Forskningsenhed, Århus Universitetshospital

### *Emneord:*

Mental sundhed; Trivsel; Psykisk sundhed; Sundhedsfremme; Forebyggelse; SF-12; SUSY-2005

### *Kategori:*

Faglig rådgivning

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, januar 2010

© Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Publikationen citeres således:

Christensen AI, Davidsen M, Kjølner M, Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.

### *Oplag:* 2000

Grafisk tilrettelæggelse og tryk: Rosendahls-Schultz Grafisk

### *Publikationen kan bestilles eller afhentes hos:*

Sundhedsstyrelsens publikationer  
Rosendahls-Schultz Distribution  
Herstedvang 12  
2620 Albertslund  
E-mail: [sundhed@rosendahls-schultzgrafisk.dk](mailto:sundhed@rosendahls-schultzgrafisk.dk)  
URL: <http://www.rosendahls-schultzgrafisk.dk>  
Pris: 0,- kr. – dog betales ekspeditionsgebyr

ISBN: 978-87-7104-019-7 (trykt)

ISBN: 978-87-7104-021-0 (elektronisk)

## Forord

Mental sundhed er et vigtigt indsatsområde for forebyggelse og sundhedsfremme, og er i de senere år blevet genstand for stigende opmærksomhed i internationale sundhedsfaglige miljøer. Interessen skyldes blandt andet fremkomsten af viden om sammenhængen mellem mental sundhed og udvikling af en række sygdomme – herunder risikofaktorer for både psykisk og fysisk sygdom. Sideløbende er dokumentationen for specifikke indsatser til fremme af mental sundhed for forskellige målgrupper og i forskellige arenaer blevet styrket, således at der i højere grad er opnået grundlag for at kunne iværksætte evidensbaserede indsatser på området mental sundhed.

Sundhedsstyrelsen følger denne udvikling med henblik på at kunne yde den bedst mulige rådgivning og inspirere sundhedsprofessionelle til at inddrage mental sundhed i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. I 2008 satte Sundhedsstyrelsen fokus på mental sundhed som begreb og den internationale baggrund for at beskæftige sig med emnet med publikationen: *Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter*. I 2009 har Sundhedsstyrelsen undersøgt kommunale indsatser til fremme af mental sundhed med henblik på at skaffe eksempler til inspiration, kortlægge omfanget af indsatser og udforske muligheder og barrierer for at styrke området. Undersøgelsen er beskrevet i rapporten: *Fremme af mental sundhed i kommunerne – eksempler, muligheder og barrierer*.

Den foreliggende rapport: *Mental sundhed blandt voksne danskere* er en tværsnitsundersøgelse af voksne danskers mentale sundhed. Sundhedsstyrelsen har taget initiativ til at få udarbejdet rapporten for at etablere et epidemiologisk udgangspunkt for det videre arbejde. Et sådant udgangspunkt er en af forudsætningerne for at kunne prioritere målgrupper og indsatser samt fremtidig forskning på området. Det kan samtidig danne grundlag for bedre dokumentation og evaluering af indsatser til fremme af mental sundhed. Målet har desuden været at udvikle et instrument, som fremover kan bruges til monitorering af mental sundhed i befolkningen og dermed give mulighed for at følge udviklingen i danskernes mentale sundhedstilstand.

Sundhedsstyrelsen vil gerne takke rapportens forfattere samt de fagpersoner og eksperter, der har bidraget med vigtige kommentarer og perspektiver i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten.



Else Smith  
Centerchef

# Indholdsfortegnelse

Resumé	7
Kapitel 1 Baggrund og indledning	12
Kapitel 2 Materiale og metode	18
Kapitel 3 Repræsentativitet og bortfald	28
Kapitel 4 Sociodemografisk beskrivelse	34
Kapitel 5 Helbredsrelateret livskvalitet	40
Kapitel 6 Sundhedsadfærd	44
Kapitel 7 Sygelighed	52
Kapitel 8 Brug af medicin, sundhedsvæsen og alternativ behandling	60
Kapitel 9 Arbejds miljø og sygefravær	64
Kapitel 10 Sociale relationer	69
Kapitel 11 Livsomstændigheder, selvmordsadfærd og vold	74
Kapitel 12 Udviklingen i befolkningens mentale sundhed	82
Kapitel 13 Diskussion	84
Bilag 1 SF-12	89

# Resumé

## Baggrund og formål – kapitel 1

Formålet med denne rapport er, på grundlag af den seneste Sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 2005 (SUSY-2005), at udvikle indikatorer til beskrivelse af befolkningens mentale sundhedstilstand og at beskrive forekomsten af mental sundhed i befolkningen. Sundhedsstyrelsen har prioriteret, at de udviklede indikatorer skal kunne anvendes i det nye kommunale, regionale og nationale sundhedsprofilarbejde, og at der er mulighed for at kunne identificere målgruppen med dårlig mental sundhed med henblik på at kunne tilrettelægge forebyggende og sundhedsfremmende indsatser og på at kunne monitorere målgruppen.

WHO definerer mental sundhed som ”en tilstand af trivsel hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, på frugtbar vis kan arbejde produktivt, samt er i stand til at yde et bidrag til fællesskabet”.

## Materiale og metode – kapitel 2 og 3

Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (SUSY-undersøgelserne) er repræsentative, nationale stikprøveundersøgelser i den voksne danske befolkning. Undersøgelserne gennemføres af Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Syddansk Universitet. Datamaterialet til SUSY-undersøgelserne er indsamlet ved personligt interview suppleret med et selvadministreret spørgeskema. Den samlede stikprøve til SUSY-2005 omfatter 21.832 danske statsborgere på 16 år og derover. Blandt disse blev der helt eller delvis gennemført interviews med 14.566 personer, hvilket svarer til en samlet opnåelse på 67%. Efter det personlige interview fik svarpersonerne udleveret et selvadministreret spørgeskema, og 11.238 personer returnerede spørgeskemaet, svarende til 79% af de interviewede eller 52% af alle inviterede.

Der eksisterer flere forskellige spørgeskemaer eller skalaer til beskrivelse af selvrapporteret helbredsstatus og helbredsrelateret livskvalitet. I denne rapport beskrives mental sundhed med udgangspunkt i SF-12.

SF-12 står for Short Form og består af 12 spørgsmål, der belyser en persons helbredstilstand inden for de sidste fire uger. Der beregnes en samlet score for de generelle helbredskomponenter – hhv. en fysisk helbredskomponent (Physical Component Summary – PCS) og en mental (Mental Component Summary – MCS). Der scores i intervallet 0 til 100 med 100 som udtryk for den bedst tænkelige helbredsstatus. SF-12 indgår i det selvadministrerede spørgeskema i SUSY-2005. I denne rapport anvendes alene den mentale helbredskomponent. For at denne kan beregnes, skal samtlige spørgsmål være besvaret. Hvis ikke, må personen udgå af analyserne. Det har derfor været nødvendigt at udelade 1.156 svarpersoner af analyserne, fordi de ikke eller kun delvis har besvaret SF-12.

I forbindelse med valideringen af SF-12 i forhold til udvalgte psykiatriske diagnoser er der anbefalet visse cut-off-punkter, men så vidt vides findes der ikke standardafgrænsninger for yderligere opdeling af mental sundhed fx i tre grupper (dårlig, moderat og god mental sundhed). Et af formålene med denne undersøgelse er netop at identificere en målgruppe med dårlig mental sundhed med

henblik på at kunne tilrettelægge forebyggende og sundhedsfremmende indsatser og på at kunne monitorere målgruppen.

På grundlag af datainspektion og eksisterende viden – blandt andet om forekomsten af psykiske sygdomme – blev det besluttet at afgrænse gruppen med dårlig mental sundhed som de 10% med den laveste score på den mentale helbreds-komponent. Hverken datainspektion eller eksisterende viden på feltet kunne bidrage til afgrænsning af grupperne med hhv. god og moderat mental sundhed. Forskellige modeller blev afprøvet og inspiceret, men ingen af dem resulterede i entydige grænser. På den baggrund besluttede Sundhedsstyrelsen og SIF, at der skulle arbejdes videre med en opdeling af befolkningen i tre grupper, hvor de 10% af befolkningen, der scorer lavest på den mentale helbreds-komponent udgør gruppen med dårlig mental sundhed, og de 65% af befolkningen, der scorer bedst på den mentale helbreds-komponent udgør gruppen med god mental sundhed. Gruppen med moderat mental sundhed udgøres af de resterende 25%.

## Sociodemografisk beskrivelse – kapitel 4

I alt 7,6% blandt mænd og 12,5% blandt kvinder rapporterer dårlig mental sundhed, og mænd rapporterer således generelt bedre mental sundhed end kvinder. Alle indikatorer præsenteres derfor særskilt for mænd og kvinder. Blandt mænd er andelen med dårlig mental sundhed størst i aldersgruppen 25-44 år, mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgruppen 16-24 år. Der er klare sammenhænge mellem en række sociodemografiske indikatorer og befolkningens mentale sundhedstilstand. Således har en større andel blandt gifte god mental sundhed sammenlignet med enlige og ugifte, og en større andel blandt personer med en lang uddannelse har god mental sundhed sammenlignet med personer med en kort uddannelse. Endvidere er der en større andel, der har god mental sundhed, blandt erhvervsaktive, efterlønsmodtagere og folkepensionister sammenlignet med førtidspensionister og arbejdsløse og jo højere personlig indkomst desto større andel med god mental sundhed. Med få undtagelser ses sammenhængene både for mænd og kvinder.

## Helbredsrelateret livskvalitet – kapitel 5

Blandt mænd, der vurderer eget helbred som dårligt eller meget dårligt, har 31,2% dårlig mental sundhed, og blandt kvinder drejer det sig om 42,3%. Dette er markant højere end blandt personer, der vurderer eget helbred som virkelig godt, hvor 3,0% blandt mænd og 5,5% blandt kvinder har dårlig mental sundhed. Forekomsten af dårlig mental sundhed er også markant højere blandt mænd og kvinder, som ofte er stressede i dagligdagen, og som scorer højt på en stress skala kaldet "Perceived Stress Scale" (PSS) sammenlignet med personer, der hhv. ikke er stressede i dagligdagen, og som scorer lavt på PSS.

## Sundhedsadfærd – kapitel 6

Forekomsten af dårlig mental sundhed er generelt højere blandt personer, der har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd sammenholdt med personer, der har hensigtsmæssig sundhedsadfærd. Dette gælder i relation til rygemønstre, hvor større andele blandt dagligrygere og blandt storrygere har dårlig mental sundhed sammenholdt med ikke-rygere, tidligere rygere og smårygere. Ligeledes gælder det i relation til fysisk aktivitet, hvor en større andel blandt fysisk inaktive end fysisk aktive har dårlig mental sundhed. Endvidere gælder det i relation til brug af

euforiserende stoffer og i relation til at overskride genstandsgrænserne for alkohol, hvor sammenhængen for kvinders vedkommende dog er lidt mindre klar end for de øvrige sundhedsvaner. Sammenhængen mellem dårlig mental sundhed og udvalgte mål for kostvaner er ikke entydig. Hverken blandt mænd eller kvinder er der statistisk signifikant sammenhæng mellem BMI og mental sundhedstilstand – men forekomsten af dårlig mental sundhed er relativt høj blandt undervægtige mænd og kvinder og blandt svært overvægtige kvinder. Endelig er der kun blandt kvinder sammenhæng mellem at tro på, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare et godt helbred og mental sundhedstilstand. Tilsvarende sammenhæng ses ikke blandt mænd.

## Sygelighed – kapitel 7

Der er en klar sammenhæng mellem psykisk sygdom og mental sundhedstilstand. Blandt personer der lider af kronisk angst, depression, anden psykisk lidelse eller dårlige nerver er forekomsten af dårlig mental sundhed således 4-8 gange højere sammenlignet med personer uden de pågældende sygdomme.

Generelt er der også sammenhæng mellem fysisk sygdom og mental sundhedstilstand, men sammenhængen varierer afhængig af, hvilken sygdom, det drejer sig om. Således er der signifikant sammenhæng mellem mental sundhedstilstand og forekomst af rygsygdom, tinnitus, slidgigt/leddegigt og kroniske smerter, mens der i relation til sukkersyge, allergi og for kvinders vedkommende forhøjet blodtryk kun er tale om en tendens. Endvidere er forekomsten af dårlig mental sundhed markant højere blandt personer, der inden for en 14-dages periode har haft forskellige former for smerte og ubehag end blandt personer uden. Det drejer sig eksempelvis om muskel- og skelet smerter, træthed, hovedpine og søvnproblemer. Endelig er der en markant større andel, der har dårlig mental sundhed blandt personer, der har været begrænset i at udføre dagligdags aktiviteter, sammenlignet med personer, der ikke har været begrænset.

## Brug af medicin, sundhedsvæsen og alternativ behandling – kapitel 8

Blandt personer der har brugt receptpligtig nervemedicin inden for de seneste 14 dage har 50,3% blandt mænd og 38,7% blandt kvinder dårlig mental sundhed. Dette er en større andel end blandt mænd og kvinder, der ikke har brugt nerve-medicin (hhv. 6,7% og 11,2%). For både mænd og kvinder gælder, at der er en klar sammenhæng mellem den mentale sundhedstilstand og brug af praktiserende læge, brug af praktiserende speciallæge samt brug af psykolog. Blandt personer, der har været til praktiserende læge, er forekomsten af dårlig mental sundhed næsten dobbelt så høj og blandt personer, der har været til psykolog, er forekomsten ca. fire gange så høj sammenlignet med personer, der hhv. ikke har været til praktiserende læge og ikke har været til psykolog. Derimod er der hverken for mænd eller kvinder påvist signifikante forskelle i den mentale sundhedstilstand blandt brugere hhv. ikke-brugere af alternativ behandling.

## Arbejdsmiljø og sygefravær – kapitel 9

Der er en sammenhæng mellem den mentale sundhedstilstand og det psykosociale arbejdsmiljø. Jo bedre psykosocialt arbejdsmiljø desto lavere forekomst af dårlig mental sundhed. For mænd ses ingen signifikant sammenhæng mellem fysisk arbejdsmiljø og den mentale sundhedstilstand, mens der for kvinder ses en sig-



nifikant sammenhæng mellem den mentale sundhedstilstand og hvorvidt de mere end to dage om ugen arbejder i bøjede eller forvredne arbejdsstillinger eller er udsat for støj, så det er nødvendigt at hæve stemmen for at tale med andre. Endvidere ses en sammenhæng mellem den mentale sundhedstilstand og sygefravær. Forekomsten af dårlig mental sundhed er højere blandt personer, der har haft sygefravær – både inden for de seneste 14 dage og inden for det seneste år – sammenholdt med personer, der ikke har haft sygefravær. Dette gælder for både mænd og kvinder.

## Sociale relationer – kapitel 10

Der ses en sammenhæng mellem sociale relationer og den mentale sundhedstilstand. De sociale relationer er belyst ved at spørge til, hvor ofte svarpersonen har kontakt til familie hhv. venner og bekendte, om svarpersonen har mulighed for at få hjælp fra nogen, som han eller hun ikke bor sammen med i tilfælde af sygdom, og hvor ofte svarpersonen oplever at være alene uden at ønske det. Forekomsten af dårlig mental sundhed er højere blandt personer, der har svage sociale relationer, end blandt personer med stærke sociale relationer. Endvidere er der en højere forekomst af dårlig mental sundhed blandt personer, der aldrig deltager i foreningsliv/fritidsaktiviteter sammenholdt med personer, der ugentligt deltager i foreningsliv/fritidsaktiviteter. Sammenhængene gælder for både mænd og kvinder.

## Livsomstændigheder, selvmordsadfærd og vold – kapitel 11

Der er klare sammenhænge mellem at have været udsat for forskellige former for alvorlige begivenheder i barndom, i arbejdsliv og i voksenliv og mental sundhedstilstand. Eksempler på alvorlige begivenheder i barndommen er langvarig sygdom hos en af forældrene, anbringelse uden for hjemmet, langvarig arbejdsløshed hos en af forældrene og alvorlige familiekonflikter. Overordnet er forekomsten af dårlig mental sundhed højere blandt personer, der har været udsat for de pågældende livsomstændigheder eller alvorlige begivenheder. Jo flere af den slags begivenheder en person har været udsat for, desto højere forekomst af dårlig mental sundhed. Samme mønster ses i relation til arbejdslivet, hvor der er spurgt til konflikter i forhold til kolleger, underordnede og overordnede. I relation til voksenlivet er der eksempelvis spurgt til langvarig sygdom blandt børn, langvarige konflikter i relation til børn og langvarige konflikter i relation til ægtefælle eller samlever. Forekomsten af dårlig mental sundhed er højere blandt personer, der har været udsat for de pågældende alvorlige begivenheder. Jo flere alvorlige begivenheder desto højere forekomst af dårlig mental sundhed.

Forekomsten af dårlig mental sundhed er næsten syv gange så høj blandt mænd og fem gange så høj blandt kvinder, der har haft selvmordstanker inden for det seneste år, som blandt personer uden selvmordstanker. Blandt personer, der inden for det seneste år har været udsat for vold eller seksuelle overgreb, ses næsten dobbelt så høj forekomst af dårlig mental sundhed som blandt personer, der ikke har været udsat.

## Udviklingen i befolkningens mentale sundhedstilstand – kapitel 12

Forekomsten af dårlig mental sundhed i befolkningen er faldet fra 13% i 1994 til 11% i 2000 og 10% i 2005, og forekomsten af god mental sundhed er tilsvarende steget fra 61% i 1994 til 64% i 2000 og 66% i 2005. Udviklingen er po-

sitiv blandt kvinder i alle aldersgrupper på nær de yngste kvinder (16-24 år), hvor udviklingen er modsat med en stigende andel med dårlig mental sundhed og en faldende andel med god mental sundhed. Billedet er mindre entydigt blandt mænd – dog med tendens til en stigende forekomst af god mental sundhed.

## Perspektivering – kapitel 13

Det er første gang, der gives en samlet beskrivelse af voksne danskernes mentale sundhedstilstand. Størsteparten af de fundne resultater svarer til den eksisterende viden på området, men netop den samlede beskrivelse giver en klar dokumentation for, hvor stor betydning mental sundhed har – ikke blot her og nu i relation til dagligliv, livskvalitet, anden fysisk sygdom, sundhedsvaner og sundhedsadfærd, men formentlig også i relation til mulighederne for at bevare eller forbedre egen livssituation. Det er vigtigt at være opmærksom på, at SUSY-2005 er en tværsnitsundersøgelse, der som sådan kun kan påvise sammenhænge, men ikke fastslå årsagsrelationer. Det er derfor uafklaret, hvad der er årsag, og hvad der er virkning i de mange fundne sammenhænge mellem mental sundhed og faktorer af betydning for sundhed og sygelighed.

Det er samtidig vigtigt at være opmærksom på, at der med denne første beskrivelse dokumenteres et behov for yderligere forskning for at kvalificere vores viden om mental sundhed, dels i form af uddybende beskrivelser og analyser, dels i form af validering af resultaterne.

Sundhedsstyrelsen har i forlængelse af WHO og EU sat fokus på mental sundhed og på at fremme mental sundhed. For den enkelte borger er mental sundhed en ressource, der sætter ham eller hende i stand til at udnytte sine intellektuelle og emotionelle potentialer og til at finde og udfylde sine roller i det sociale liv samt i skole- og arbejdsliv. For samfundet bidrager en god mental sundhedstilstand til velstand, solidaritet og social retfærdighed. Denne første beskrivelse af danskernes mentale sundhedstilstand vidner om, at personer med dårlig mental sundhed ikke bare har det dårligt på dette aspekt af vores sundhedsbegreb, men også på næsten alle andre aspekter af sundhed og på forhold af betydning for sundhed.

# Kapitel 1

## Baggrund og indledning

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) fremsatte i 1948 sin banebrydende definition af sundhed som ”en tilstand af fuldstændig fysisk, mental og social trivsel og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse” (1). I denne definition lå implicit, at mental sundhed er en integreret del af sundhed, at mental sundhed er mere end fravær af sygdom, og at mental sundhed er tæt forbundet med fysisk helbred og med adfærd (2).

På trods af den identiske vægtning af de tre aspekter i sundhedsbegrebet, har der i praksis været langt mere fokus på de fysiske aspekter af sundhedsbegrebet end på de mentale og sociale, og traditionelt har der ikke været skelnet klart mellem begreberne mental sundhed og psykisk sygdom. Der er flere mulige forklaringer herpå. I mange år er behandling prioriteret frem for forebyggelse - både i relation til fysiske og psykiske sygdomme. I tråd hermed har de væsentligste indsatsområder inden for psykiatrien været kvalitetsudvikling af behandlingsmetoder, uddannelse af personale, modernisering af de fysiske rammer, fastlæggelse af kliniske retningslinjer og opbygning af specialiserede behandlingstilbud (3;4). En anden begrundelse kan være, at den stærke stigmatisering i befolkningen i forbindelse med psykiske sygdomme har smittet af på prioriteringen af det psykiatriske behandlingstilbud – både hvad angår sundhedsprofessionelles prioriteringer, og når det gælder politiske og samfundsøkonomiske prioriteringer. Hertil kommer, at forebyggelsesindsatsen inden for psykiatrien først og fremmest har haft karakter af tertiær forebyggelse (dvs. forebyggelse, der sigter mod at begrænse forværring af eller komplikationer til sygdommen). Endelig skal det anføres, at der først inden for de senere år har foreligget evidens for effekten af interventioner til fremme af mental sundhed i relation til specifikke målgrupper og arenaer.

### International udvikling

I de senere år har WHO og EU internationalt gået forrest i forhold til at sætte fokus på mental sundhed. Blandt de væsentligste begrundelser for prioriteringen af mental sundhed er erkendelsen af den stigende efterspørgsel efter behandling for psykisk sygdom. På verdensplan forudsiger WHO, at psykisk sygdom vil rykke op på andenpladsen over de mest belastende sygdomme – for den enkelte og for samfundet. En række udenlandske undersøgelser tyder på, at ca. 20% af befolkningen i løbet af et år vil have psykiske symptomer svarende til kriterierne for en eller flere psykiske sygdomme – i alt 700.000-800.000 voksne danskere. Det skønnes således, at 2-5% af mænd og 5-8% af kvinder vil udvikle en depressiv lidelse i løbet af et år, at 10% af voksne vil have en veldefineret angstlidelse i løbet af et år, at 2-3% vil udvikle en lidelse med alkohol- eller stofafhængighed, og at ca. 1% af befolkningen skønnes at lide af skizofreni og ca. 1% at lide af bipolar (manio-depressiv) lidelse (3).

WHO's World Health Report fra 2001 *Mental Health: New Understanding, New Hope* (5) havde til formål at øge opmærksomheden på sygdomsbyrden i forbindelse med psykisk sygdom – såvel i forhold til de rent menneskelige og sociale omkostninger som i forhold til de samfundsøkonomiske omkostninger. Centralt i rapporten er, at indsatser i relation til mental sundhed ikke kun skal rettes mod

patienter med psykisk sygdom eller højrisikogrupper, men også mod fremme af hele befolkningens velbefindende, trivsel og evne til at klare dagligdagens udfordringer.

I rapporten defineres mental sundhed som ”en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, på frugtbar vis kan arbejde produktivt samt er i stand til at yde et bidrag til fællesskabet” (5).

WHO's rapport er siden fulgt op af en rapport om fremme af mental sundhed (6), en deklARATION og en handlingsplan om mental sundhed (2;7). Formålet er at forpligte de enkelte lande til indsats. Deklarationen blev i 2005 underskrevet af samtlige lande i Europa.

Sloganet ”Ingen sundhed uden mental sundhed” stammer fra EU's grønnebog fra 2005 (8). Grønbogen er EU's første skridt i opfølgningen af WHO-deklarationen og har til formål at lægge op til diskussion blandt forskellige europæiske institutioner, regeringer, sundhedsprofessionelle, berørte parter i andre sektorer, civilsamfundet, herunder patientorganisationer og borgergrupper. I grønnebogen præciseres betydningen af mental sundhed for borgere, samfund og politikker. For borgerne er den mentale sundhed en ressource, som sætter dem i stand til at udnytte deres intellektuelle og emotionelle potentiale og finde og udfylde deres roller i det sociale liv og i skole- og arbejdslivet. For samfundet bidrager borgernes gode mentale sundhed til velstand, solidaritet og social retfærdighed. Dårlig mental sundhed påfører derimod borgere og samfundssystemer mange omkostninger, tab og byrder. Mental sundhed defineres i overensstemmelse med WHO's definition, mens dårlig mental sundhed defineres som ”mentale sundhedsproblemer og belastninger, svækkede funktioner i forbindelse med sorg, symptomer samt diagnosticerbare psykiske sygdomme, som fx skizofreni og depression”.

Grønbogen foreslår en europæisk strategi vedrørende mental sundhed, der fokuserer på følgende aspekter:

- Fremme af hele befolkningens mentale sundhed.
- Bekæmpelse af dårlig mental sundhed v.h.j.a. forebyggende foranstaltninger.
- Forbedring af livskvaliteten hos personer med dårlig mental sundhed eller med mentale handicap gennem social integration og beskyttelse af deres rettigheder og værdighed.
- Udvikling af et informations-, forsknings- og videnssystem for mental sundhed i EU.

EU's grønnebog blev i 2008 fulgt op af EU's *European Pact for Mental Health and Well-being*, vedtaget på en high-level konference i Bruxelles (9). Udgangspunktet for dokumentet er, at fremme af mental sundhed og velbefindende er vigtigt og relevant for EU, for medlemslandene, for interessenter og for borgere. Det præciseres, at mental sundhed er en menneskerettighed. Der udpeges fem fokusområder for indsats:

- Forebyggelse af depression og selvmord.
- Mental sundhed blandt unge og på uddannelsesinstitutioner.
- Mental sundhed i arbejdsmiljøet.
- Mental sundhed blandt ældre.
- Bekæmpelse af stigmatisering og social eksklusion.

## Udviklingen i Danmark

I forlængelse af WHO's og EU's arbejde med mental sundhed har Sundhedsstyrelsen sat fokus på mental sundhed med henblik på udbredelse i en dansk kontekst. De mentale aspekter af det brede sundhedsbegreb er aspekter, der ofte nedprioriteres i forhold til de fysiske aspekter af sundhed og sygdom – både når det drejer sig om psykiske sygdomme, og når det drejer sig bredere om folkesundhedsområdet. Sundhedsstyrelsen ønsker derfor at få et bredere fokus for sundhedsfremme og forebyggelse i tillæg til de mere fysiske aspekter af sundhed.

I 2008 udsendte Sundhedsstyrelsen rapporten *Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter* (4). Rapporten har til formål at skabe klarhed over begrebet mental sundhed og dets determinanter, at skabe forståelse for at fremme af mental sundhed er en opgave for folkesundhedsarbejdet, at afklare forebyggelsespotentialer i forhold til mental sundhed samt at skabe grundlag for mere konkrete og målrettede initiativer til fremme af mental sundhed.

Rapporten gennemgår forskellige modeller for forståelsen af mental sundhed og for sammenhængen mellem mental sundhed og psykisk sygdom. Det præciseres, at der ofte ikke er tydelig adskillelse mellem begreberne mental sundhed og psykisk sygdom, og det konkluderes, at det hverken giver mening at betragte mental sundhed og psykisk sygdom som liggende på samme kontinuum, eller at betragte mental sundhed og psykisk sygdom som to helt uafhængige størrelser. Mental sundhed og psykisk sygdom må i stedet betragtes som to separate, men overlappende dimensioner. Endvidere fremhæves det, at graden af mental sundhed har betydning for forløbet ved visse psykiske og fysiske sygdomme – fx ved at være en beskyttende faktor i forhold til udvikling af psykisk sygdom, ved at være en risikofaktor i forhold til udvikling af hjertekarsygdom, eller ved at have betydning for det psykosociale funktionsniveau hos personer med psykisk sygdom (4).

## Undersøgelsens formål

Som et led i det igangværende arbejde med at forbedre vidensgrundlaget for mental sundhed har Sundhedsstyrelsen bedt Statens Institut for Folkesundhed om at udvikle indikatorer til beskrivelse af befolkningens sundhedstilstand og at beskrive forekomsten af mental sundhed i befolkningen på baggrund af data fra instituttets seneste SUSY-undersøgelse fra 2005 (10). Samtidig har Sundhedsstyrelsen prioriteret, at de udviklede indikatorer skal kunne anvendes i det kommunale, regionale og nationale sundhedsprofilarbejde. Endvidere har Sundhedsstyrelsen prioriteret muligheden for at kunne identificere målgruppen med dårlig mental sundhedstilstand med henblik på at kunne tilrettelægge forebyggende og sundhedsfremmende indsatser og på at kunne monitorere målgruppen.

## Faktorer af betydning for mental sundhed

Mange sociale, psykologiske og biologiske faktorer er af betydning for udviklingen af mental sundhed hhv. psykisk sygdom. Nedenfor gengives Barry og Jenkins oversigt over betydende faktorer for mental sundhed (figur 1.1) – her refereret fra Sundhedsstyrelsen rapport (4). I modellen sondres der mellem strukturelle faktorer, sociale faktorer og individuelle faktorer, og der sondres mellem beskyttende faktorer og risikofaktorer. De beskyttende faktorer fremmer og beskytter den mentale sundhed, bidrager til at reducere risikoen for, at der opstår psykisk sygdom, og bidrager til at mildne negative livsomstændigheder. Risikofaktorer øger

risikoen for, at der opstår mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom og kan også betyde, at forløbet af evt. sygdomme bliver alvorligere og kronisk. Virkningen af risikofaktorerne kan evt. kumuleres over tid. Det skal bemærkes, at styrken af de angivne sammenhænge og evidensen for årsagssammenhænge varierer betydeligt.

**Figur 1.1 Oversigt over faktorer af betydning for mental sundhed. Efter Barry og Jenkins, 2007 (11).**

	Beskyttende faktorer	Risikofaktorer
<b>Individuelt niveau</b>	Positiv selvopfattelse	Lavt selvværd
	Gode evner til at håndtere stress og udfordringer	Dårlige evner til at håndtere stress og udfordringer
	Følelse af socialt tilhørsforhold	Dårlige familiære relationer
	Gode kommunikationsevner	Fysisk og psykisk aktivitetsbegrænsning (disability)
	God fysisk sundhed	Risikoadfærd Dårlig fysisk sundhed
<b>Socialt niveau</b>	Omsorgsfulde forældre/gode familieband	Misbrug og vold
	Tilhørsforhold til omgivelser	Adskillelse og tab
	Støttende sociale relationer	Social eksklusion
	Deltagelse i fællesskaber	
	Positive erfaringer med uddannelse	
<b>Strukturelt niveau</b>	Sikre og trygge rammer	Voldelige og kriminelle omgivelser
	Godt miljø og gode boligforhold	Fattigdom
	Økonomisk sikkerhed	Arbejdsløshed
	Beskæftigelse	Hjemløshed
	Adgang til uddannelse	Manglende skolegang
	Adgang til sociale støttefunktioner	Social og kulturel diskrimination Manglende støttefunktioner

## Måling af mental sundhed

Der eksisterer flere forskellige spørgeskemaer eller skalaer til beskrivelse af selvrapporteret helbredsstatus og helbredsrelateret livskvalitet.

Der sondres sædvanligvis mellem specifikke og generiske helbredsstatusmål. De specifikke mål fokuserer på aspekter af en enkelt sygdomstilstand eller patientgruppe og kan ofte have til formål at screene for eller diagnosticere psykiske sygdomme som fx depression, angst og alkoholmisbrug.

De generiske mål inkluderer en bred helbredsprofil og anvendes ofte i befolkningsundersøgelser til fx at identificere risikogrupper. Blandt de generiske helbredsstatusmål skal nævnes SF-36 og SF-12 (12-15), General Health Questionnaire (GHQ), Nottingham Health Profile (NHP), Sickness Impact Profile (SIP) og EuroQol (16).

SF-36 har siden 1994 indgået i Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne. SF-36 står for Short Form og består af 36 spørgsmål, der belyser otte vigtige helbredsområder: Fysisk funktion, fysisk betingede begrænsninger, fysisk smerte, alment helbred, vitalitet, social funktion, psykisk betingede begrænsninger og psykisk

velbefindende. Der beregnes en score for hvert område, og yderligere kan der beregnes en samlet score for to generelle helbreds-komponenter – en for den fysiske helbreds-komponent (Physical Component Summary – PCS) og en for den psykiske (Mental Component Summary – MCS). Der scores i intervallet 0 til 100 med 100 som udtryk for den bedst tænkelige helbredsstatus. Der er udviklet standardiserede algoritmer for scoringen af SF-36, hvilket gør data fra forskellige studier umiddelbart sammenlignelige (17). Reliabilitet og validitet er høj (16).

En gennemgang af udviklingen af mål for patienters vurdering af helbredsstatus og helbredsrelateret livskvalitet viser en eksponentiel udvikling inden for de seneste 20 år. Mens der i 1990 var 144 nye rapporter om udvikling og afprøvning af mål for patienters vurderinger af helbredsstatus og helbredsrelateret livskvalitet, var tallet i 1999 vokset til 650. Ifølge Garratt er SF-36 et af de generiske helbredsstatusmål, hvor udviklingen er gået særlig hurtigt (18).

SF-12 er en kortere udgave af SF-36 og omfatter udvalgte spørgsmål fra hver af de otte helbredsområder (se bilag 1). SF-12 kan kun scores på de to generelle helbreds-komponentmål (PCS og MCS) (13). Alle spørgsmål indgår i beregningen af såvel det fysiske som det mentale helbreds-komponentmål, men vægtningen af det enkelte spørgsmål er forskellig.

Der er dokumenteret høj validitet af SF-12 i forhold til SF-36 i flere europæiske lande (19;20) og i Australien (21). Flere studier har beskæftiget sig med sammenhængen mellem SF-12's mentale komponent og forekomsten af psykiske lidelser. Et australsk survey om mental sundhed og trivsel baseret på 10.641 voksne finder, at personer med psykiske lidelser scorer markant lavere på SF-12 end personer uden psykiske lidelser også efter kontrol for sociodemografiske faktorer og komorbiditet. Scoringsmønstret varierer med arten af psykisk sygdom. Endvidere demonstrerer undersøgelsen, at også personer med mindre psykiske lidelser scorer lavt på SF-12 (21). I en anden undersøgelse, baseret på samme datamateriale, sammenlignes forskellige generiske helbredsstatusmål med henblik på at screene for depression, angst eller kombinationen af de to sygdomme. Det konkluderes, at SF-12 er et værdifuldt screeningsinstrument i relation til depression og angst i befolkningen. Endvidere viser denne undersøgelse, at det er muligt at sondre i forhold til, hvor alvorlig den psykiske symptomatologi og/eller funktionsnedsættelse er (22).

Det er besluttet, at SF-12 skal indgå i de kommende kommunale, regionale og nationale sundhedsprofiler. Derfor baseres analyserne i denne rapport på SF-12 frem for på SF-36.

## Referencer

1. WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York, 19-22 June: 1946.
2. WHO. Mental Health Action Plan for Europe - Facing the Challenges, Building Solutions. WHO; 2005.
3. Nordentoft M, Mortensen PB. Psykiske lidelser og selvmordsadfærd. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, red. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.



4. Epløv LF, Lauridsen S. Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
5. WHO. The World Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO; 2001.
6. Promoting Mental Health. Concepts. Emerging evidence. Practice. 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. Geneva: 2004.
7. WHO. Mental Health Declaration for Europe – Facing the Challenges, Building Solutions. WHO; 2005.
8. EU-kommissionen. Forbedring af befolkningens mentale sundhed: på vej mod en strategi for mental sundhed i den Europæiske Union. EU-kommissionens Grønbog; 2005.
9. European Pact for Mental Health and Well-being. 2008.
10. Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
11. Barry MM, Jenkins R. Implementing Mental Health Promotion. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2007.
12. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473-483.
13. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-item Short-Form Health Survey. Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Med Care* 1996;34:220-233.
14. Bjørner JB, Damsgaard MT, Watt T, Bech P, Rasmussen NK, Kristensen TS, et al. Dansk manual til SF-36. Et spørgeskema om helbredsstatus. Lif Lægemedelindustriforeningen; 1997.
15. Bjørner JB, Thunedborg K, Kristensen TS, Modvig J, Bech P. The Danish SF-36 Health Survey: translation and preliminary validity studies. *J Clin Epidemiol* 1998 Nov;51(11):991-999.
16. McDowell I, Newell C. Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1996.
17. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Centre; 1993.
18. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* 2002 Jun 15;324(7351):1417.
19. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjørner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol* 1998 Nov;51(11):1171-1178.
20. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Tountas Y. Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007;5(55).
21. Sanderson K, Andrews G. The SF-12 in the Australian population: cross-validation of item selection. *Aust N Z J Public Health* 2002 Aug;26(4):343-345.
22. Gill SC, Butterworth P, Rodgers B, Mackinnon A. Validity of the mental health component scale of the 12-item Short-Form Health Survey (MCS-12) as measure of common mental disorders in the general population. *Psychiatry Res* 2007 Jul 30;152(1):63-71.



## Kapitel 2

# Materiale og metode

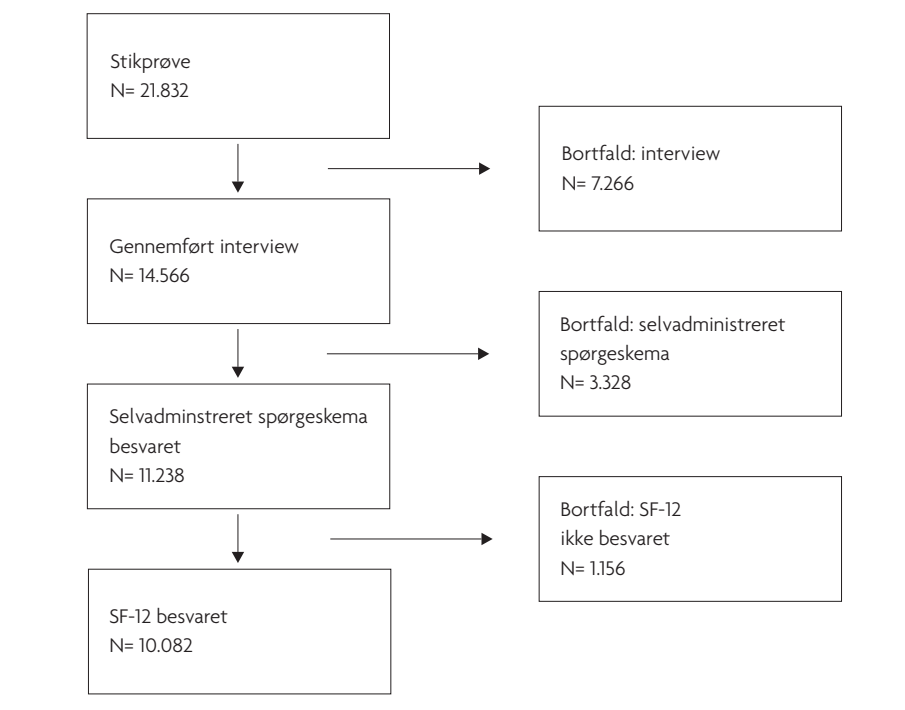
I kapitlet gennemgås undersøgelsens datamateriale. Dernæst beskrives udviklingen af en indikator for mental sundhed i befolkningen. Kapitlet afsluttes med en læsevejledning til rapporten. Kapitel 3 handler om undersøgelsens repræsentativitet og bortfald.

### Datamateriale

Datamaterialet stammer fra den sidst afsluttede Sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 2005 (SUSY-2005), der gennemføres af Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Syddansk Universitet. SUSY-undersøgelserne er repræsentative, nationale stikprøveundersøgelser i den voksne danske befolkning. I undersøgelserne indsamles data om sundhed og sygelighed og forhold af betydning herfor: sundhedsadfærd og sundhedsvaner, livsstil, helbredsrisici i arbejde og miljø, sundhedsmæssige ressourcer mv. Data indsamles til brug for statslig, regional og kommunal planlægning og sundhedsovervågning samt til brug for forskning og analyser.

SUSY-undersøgelsesnes datamateriale er indsamlet ved personligt interview suppleret med et selvadministreret spørgeskema.

**Figur 2.1** Oversigt over datamaterialet.



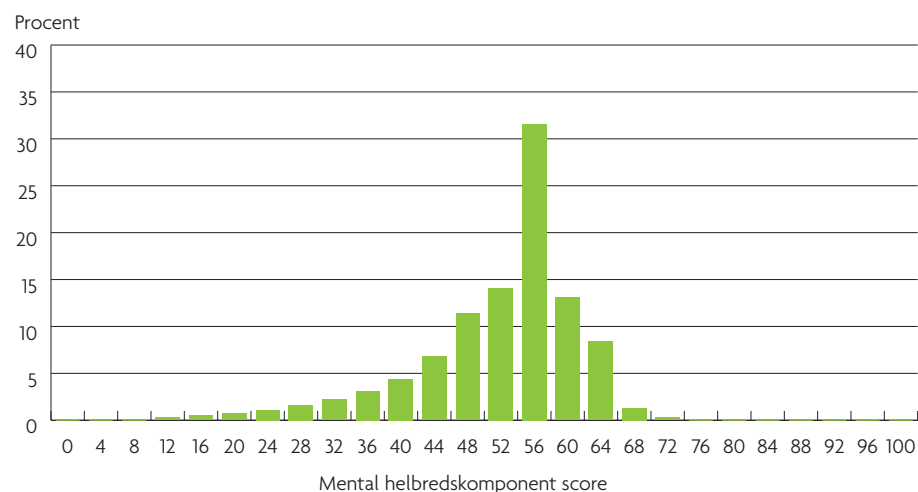
Figur 2.1 viser en oversigt over datamaterialet. Den samlede stikprøve til SUSY-2005 omfatter 21.832 danske statsborgere på 16 år og derover. Blandt disse blev der helt eller delvist gennemført interview med 14.566 personer, hvilket svarer til en samlet opnåelse på 67%. Efter det personlige interview fik svarpersonerne udleveret et selvadministreret spørgeskema, og 11.238 personer returnerede spør-

geskemaet svarende til 79% af de interviewede eller 52% af alle inviterede. Det fremgår endvidere af figuren, at yderligere 1.156 svarpersoner måtte udelades af analyserne, fordi de ikke eller kun delvist har besvaret SF-12, som er det helbredsstatusmål, der danner grundlag for beskrivelsen af mental sundhed.

## Indikator for mental sundhed – den mentale helbreds-komponent

Som nævnt er det besluttet at anvende SF-12 som indikator for mental sundhed. SF-12 består af en fysisk og en mental helbreds-komponent, der sædvanligvis præsenteres som gennemsnitsværdier. Figur 2.2 viser fordelingen af den mentale helbreds-komponent i hele undersøgelsespopulationen. Der scores fra 0 til 100 – jo højere score desto bedre mental sundhedstilstand. Der er stort set tale om en normalfordeling, og det gælder både for mænd og kvinder (data ikke vist).

**Figur 2.2 Fordelingen af den mentale helbreds-komponent (MCS).**



Tabel 2.1 viser gennemsnitsværdier for udvalgte faktorer af betydning for mental sundhed, jf. figur 1.1. Det fremgår, at mænd i alle aldersgrupper scorer højere på den mentale helbreds-komponent end kvinder, og at personer, der for det meste føler sig friske nok til at gøre, hvad de har lyst til, scorer højere end personer, der kun af og til eller aldrig føler sig friske nok. Gennemsnitsværdien er endvidere højere blandt personer, der ikke har taget nervemedicin, ikke har lidt af kronisk angst eller depression, sjældent eller aldrig er uønsket alene, ikke er bekymret for at blive arbejdsløs og hos personer, der ikke har problemer med at betale deres regninger. Selv om der kun er tale om udvalgte indikatorer, dokumenterer opgørelsen, at resultaterne i denne undersøgelse er i overensstemmelse med den eksisterende viden om, hvilke faktorer der har sammenhæng med mental sundhed (1-3).

**Tabel 2.1 MCS gennemsnitsværdier for en række udvalgte indikatorer.**

		MCS	95% sikkerhedsgrænser	Antal
Mænd	16-24 år	51,6	( 50,8 - 52,4 )	378
	25-44 år	51,6	( 51,2 - 52,0 )	1.603
	45-64 år	53,5	( 53,1 - 53,9 )	1.898
	65-79 år	54,9	( 54,3 - 55,6 )	793
	80+ år	54,3	( 52,5 - 56,1 )	111
	Alle	52,9	( 52,7 - 53,2 )	4.753
Kvinder	16-24 år	48,0	( 47,2 - 48,9 )	536
	25-44 år	49,7	( 49,3 - 50,2 )	1.895
	45-64 år	52,1	( 51,7 - 52,5 )	2.082
	65-79 år	53,0	( 52,2 - 53,8 )	698
	80+ år	52,4	( 50,5 - 54,2 )	118
	Alle	51,0	( 50,7 - 51,2 )	5.329
Føler sig frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til	For det meste	52,8	( 52,6 - 53,0 )	8.477
	Af og til	47,8	( 47,1 - 48,6 )	981
	Sjældent/aldrig	45,3	( 44,2 - 46,4 )	617
Har taget nervemedicin	Ja	41,1	( 39,7 - 42,6 )	346
	Nej	52,3	( 52,1 - 52,5 )	9.743
Har eller har haft kronisk angst eller depression	Ja	44,1	( 43,3 - 44,9 )	1.022
	Nej	52,7	( 52,6 - 52,9 )	9.050
Uønsket alene	Oftede eller en gang imellem	47,1	( 46,6 - 47,7 )	1.581
	Sjældent/aldrig	52,8	( 52,6 - 53,0 )	8.478
Bekymret for at blive arbejdsløs	Ja	48,5	( 47,6 - 49,3 )	646
	Nej	52,4	( 52,2 - 52,6 )	5.963
Har svært ved at betale regninger	Ja	45,9	( 45,1 - 46,8 )	708
	Nej	52,4	( 52,2 - 52,5 )	9.344

## Dårlig, moderat og god mental sundhedstilstand

I forbindelse med valideringen af SF-12 i forhold til udvalgte psykiatriske diagnoser er der anbefalet visse cut-off-punkter (4;5), men der findes så vidt vides ikke standardafgrænsninger for yderligere opdeling af mental sundhed fx i tre grupper (dårlig, moderat og god mental sundhed). Et af formålene med denne undersøgelse er netop at få beskrevet den del af befolkningen, der har dårlig mental sundhed med henblik på at kunne tilrettelægge forebyggende og sundhedsfremmende indsatser og på at kunne monitorere denne målgruppe.

Til det eksplorative arbejde med at finde frem til en opdeling af mental sundhed blev der udvalgt fire indikatorer, der ifølge eksisterende viden er af betydning for mental sundhed. Det drejer sig om langvarig psykisk sygdom, om at føle sig frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til, om at have været generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst inden for en 14-dages periode og om ikke at have nogen at tale med, hvis man har problemer eller brug for støtte (se spørgsmålsformuleringerne i nedenstående ramme). Disse indikatorer er alene brugt i det eksplorative arbejde og indgår ikke i de efterfølgende analyser af mental sundhed. Der indgik også statistiske overvejelser i denne indledende fase, idet det var vigtigt at sikre et tilstrækkeligt datagrundlag i hver kategori af mental sundhed.

Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse? (af mindst 6 måneders varighed)? Hvis der svares bekræftende, stilles en række supplerende spørgsmål blandt andet om sygdommens art, og hvor i eller på kroppen sygdommen er lokaliseret. Efterfølgende kodes svarene i henhold til WHO's Internationale sygdomsklassifikation (ICD-10).

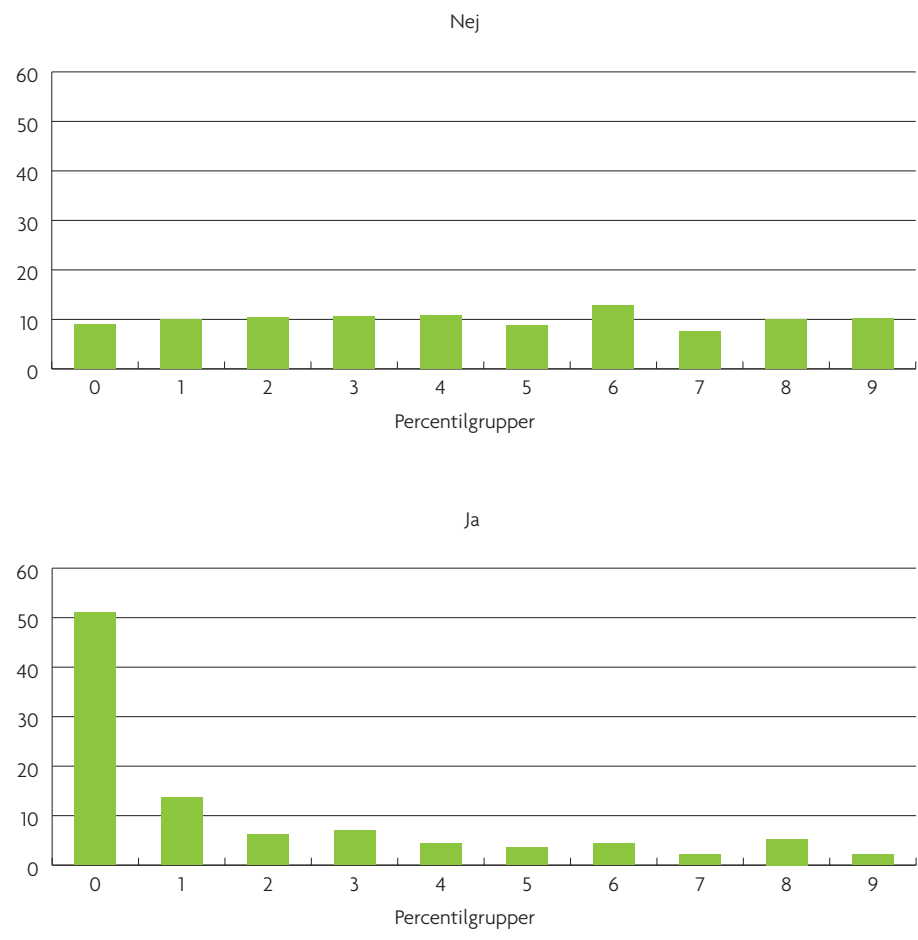
Føler du dig frisk nok til at gennemføre det, som du har lyst til at gøre? Svarkategorier: Ja for det meste, ja af og til, nej (næsten aldrig), ved ikke.

Har du inden for de sidste 14 dage været generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst? Svarkategorier: Ja/nej.

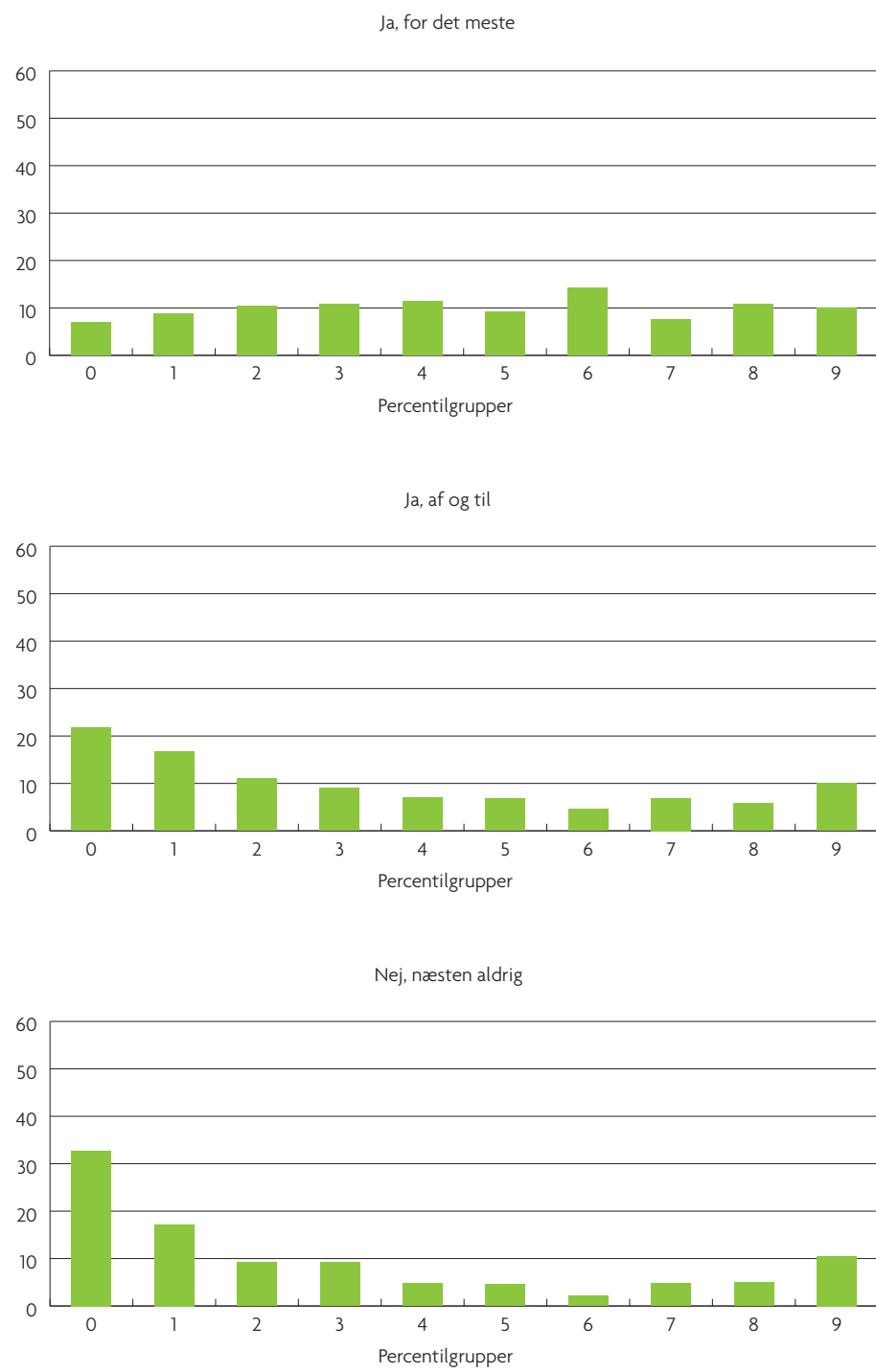
Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte? Svarkategorier: Ja altid, ja for det meste, ja nogen gange, nej aldrig eller næsten aldrig.

Første skridt var at inddele hele undersøgelsespopulationens MCS-score i ti percentiler (lige store grupper) og inspicere fordelingen på de hertil udvalgte indikatorer. Figur 2.3 og 2.4 viser svarfordelingen på spørgsmålene om langvarig psykisk sygdom og om at føle sig frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til. Det fremgår, at forekomsten af psykisk sygdom er markant højere i den nederste percentil og at andelen, der kun af og til eller aldrig føler sig friske nok til at gøre, hvad de har lyst til, ligeledes er markant højere i de to nederste percentiler end i de øvrige. Figurerne viser endvidere, at der i samtlige percentilgrupper er personer med langvarig psykisk sygdom hhv. personer, der kun af og til eller aldrig føler sig friske nok til at gøre, hvad de har lyst til. Samme mønster fandtes ved tilsvarende analyse af forekomsten af ængstelse, nervøsitet, uro og angst inden for en 14-dages periode, og for spørgsmålet om at have nogen at tale med, hvis man har problemer eller brug for støtte. På den baggrund blev det vurderet, at det var relevant at afgrænse gruppen med dårlig mental sundhed ved 10%-percentilen.

**Figur 2.3 Andel med langvarig psykisk sygdom i de 10 MCS-percentilgrupper. Procent.**



**Figur 2.4 Andel der af og til hhv. aldrig føler sig frisk nok til at gøre, hvad de har lyst til i de 10 MCS-percentilgrupper. Procent.**



Næste skridt var at validere afgrænsningen ved 10%-percentilen i forhold til eksisterende viden om forekomsten af psykisk sygdom i befolkningen. Udgangspunktet for undersøgelsen er, at mental sundhed handler om at trives, at kunne udfolde sine evner, at kunne håndtere dagligdags udfordringer og stress og at kunne indgå i fællesskaber med andre mennesker. God mental sundhed er således ikke kun fravær af psykisk sygdom, ligesom psykisk sygdom ikke er ensbetydende med dårlig mental sundhed. Mental sundhed og psykisk sygdom skal ses som to adskilte, men overlappende dimensioner.

Forskellige opgørelser af forekomsten af psykisk sygdom i befolkningen viser:

- At ca. 20% af befolkningen i løbet af et år vil have psykiske symptomer svarende til kriterierne for en eller flere psykiske sygdomme (6).
- At 5% af voksne danskere lider af angst/depression og/eller anden psykisk lidelse, og 13% har inden for en 14-dages periode været generet af ængstelse/nervøsitet og/eller været nedtrykt/deprimeret (7).
- At psykiske lidelser er en folkesygdom, der rammer hver tiende dansker (8).
- At 8,4% af alle kontakter til praktiserende læger skyldes psykiske problemer og lidelser (9).
- At WHO – på basis af registreringer i 14 lande – vurderer, at 24% af alle patienter, der kontakter almen praksis, lider af en veldefineret psykisk sygdom, der opfylder ICD-10 kriterierne, og yderligere 10% har psykiske problemer (10) – her citeret fra Nordentoft og Mortensen (6).
- At Gill et al. angiver en 4-ugers prævalens for depression til 4%, for angst 7% og 9% for forekomst af en eller begge psykiske lidelser (5).

På grundlag af datainspektionen og eksisterende viden om forekomsten af psykiske sygdomme blev det besluttet at afgrænse gruppen med dårlig mental sundhed som de 10% med den laveste score på den mentale helbreds-komponent. Afgrænsningen giver mulighed for både at vise overlappet mellem mental sundhed og psykisk sygdom og at vise, at der er tale om to adskilte dimensioner.

Tredje skridt var at fastlægge percentilgrænsen for gruppen med god mental sundhedstilstand hhv. gruppen med moderat mental sundhedstilstand. Hverken datainspektionen eller den eksisterende viden på feltet kunne bidrage til denne afgrænsning, der følgelig måtte blive mere eller mindre arbitrær. Forskellige modeller blev afprøvet og inspiceret, men ingen af dem resulterede i entydige grænser. Derfor blev det i samarbejde med Sundhedsstyrelsen besluttet at arbejde med en opdeling af befolkningen i tre grupper, hvor de 10% af befolkningen, der scorer lavest på den mentale helbreds-komponent (MCS), udgør gruppen med dårlig mental sundhed, og de 65% af befolkningen, der scorer bedst på den mentale helbreds-komponent, udgør gruppen med god mental sundhed. Gruppen med moderat mental sundhed udgøres af de resterende 25%.

## Statistisk analyse

Alle analyser i rapporten gennemføres særskilt for mænd og kvinder. Indledende analyser viste, at der kun er minimale forskelle på at opgøre forekomster med og uden aldersjustering. Det blev derfor besluttet at præsentere ujusterede forekomster.

Om der er sammenhæng mellem de tre grupper af mental sundhed og hver enkelt determinant er testet under hensyntagen til eventuelle aldersforskelle. Der anvendes her  $\chi^2$ -test for betinget uafhængighed.

Signifikansniveauet er fastsat til 0,01 – en p-værdi mindre end 0,01 indikerer således en statistisk signifikant sammenhæng.

## Læsevejledning

Rapporten består af 13 kapitler samt det indledende resumé. Kapitel 1 har omhandlet baggrunden for undersøgelsen og den nationale og internationale udvikling vedr. mental sundhed. Kapitel 2 og 3 er metodekapitler, hvor der i kapitel 2

er redegjort for udviklingen af indikatoren for mental sundhed, og i kapitel 3 bliver redegjort for bortfaldet i forbindelse med undersøgelsen. Kapitel 4-12 er de indholdsmæssige kapitler, som alle beskriver sammenhængen mellem mental sundhed og en række indikatorer, der både kan være beskyttende i relation til mental sundhed og være risikofaktorer for udvikling af dårlig mental sundhed.

Kapitel 4 handler om sammenhængen mellem sociodemografiske forhold og mental sundhed. I kapitel 5 fokuseres på helbredsrelateret livskvalitet og mental sundhed. I kapitel 6 beskrives sammenhængen mellem mental sundhed og sundhedsadfærd og i kapitel 7 sammenhængen mellem mental sundhed og sygelighed. Kapitel 8 handler om sygdomsadfærd og mental sundhed, kapitel 9 om arbejdsmiljø og kapitel 10 om sociale relationer. I kapitel 11 beskrives sammenhængen mellem mental sundhed og forskellige livsomstændigheder og sociale begivenheder i barndom, på arbejdsmarkedet og i voksenlivet. Endelig vises udviklingen i befolkningens mentale sundhedstilstand i kapitel 12. Rapporten afsluttes med kapitel 13, der rummer diskussion og perspektivering af de fundne resultater. Bilaget viser de spørgsmål, der indgår i SF-12.

Alle tabeller i rapportens indholdskapitler er opbygget identisk, og resultater for mænd og kvinder præsenteres særskilt. Nedenstående tabel er et eksempel på tabelopbygningen og viser forekomsten af dårlig, moderat og god mental sundhed blandt mænd og kvinder med og uden langvarig sygdom.

I første og anden søjle vises indikatoren med svarkategorier. Under indikatoren angives p-værdien af den gennemførte test for betinget uafhængighed (se afsnit om statistisk analyse). Dernæst følger tre kolonner, der viser forekomsten af hhv. dårlig, moderat og god mental sundhed blandt mænd (eller kvinder) med hhv. uden langvarig sygdom. Tabellen summerer vandret til 100%. Yderste kolonne til højre viser antal svarpersoner. På grund af uoplyste besvarelser mv. summerer antallet af svarpersoner ikke altid til antallet af mænd (n=4.753) hhv. kvinder (n=5.329).

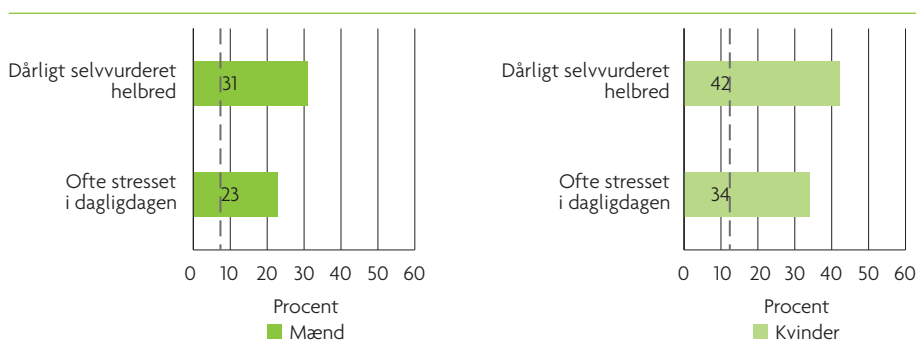
Det ses af tabellen, at 10,1% af mænd med langvarig sygdom har dårlig mental sundhed, 26,7% har moderat mental sundhed, og 63,2% har god mental sundhed. Gruppen med dårlig mental sundhed udgør 7,6% af alle mænd, men som det fremgår af tabellen, er gruppen med dårlig mental sundhed større blandt mænd med langvarig sygdom (10,1%). Derfor taler man om en overrepræsentation af mænd med dårlig mental sundhed blandt mænd med langvarig sygdom. Tilsvarende er der tale om en underrepræsentation af mænd med dårlig mental sundhed blandt mænd uden langvarig sygdom – her skal de 7,6% med dårlig mental sundhed blandt alle mænd sammenholdes med de 6,2% mænd med dårlig mental sundhed blandt mænd uden langvarig sygdom.



		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Langvarig sygdom (p < 0,0001)	Ja	10,1	26,7	63,2	1.769
	Nej	6,2	21,6	72,2	
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Langvarig sygdom (p < 0,0001)	Ja	16,3	28,6	55,1	2.082
	Nej	10,0	25,9	64,1	
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

Blandt kvinder ses tilsvarende en overrepræsentation af kvinder med dårlig mental sundhed blandt kvinder med langvarig sygdom (16,3% i forhold til 12,5%).

Kapitel 4-11 afsluttes alle med en opsummering af resultaterne. Det illustreres med en figur, der er opbygget svarende til nedenstående eksempel, der viser sammenhængen mellem dårlig mental sundhed og selv vurderet dårligt helbred samt oplevelsen af ofte at være stresset i dagligdagen. Den stiplede, grå, lodrette streg i figuren angiver andelen blandt alle mænd, der har dårlig mental sundhedstilstand (7,6%) hhv. andelen blandt alle kvinder (12,5%). Blandt mænd med dårligt selv vurderet helbred har 31% dårlig mental sundhed og blandt personer, der ofte føler sig stresset i hverdagen har 23% dårlig mental sundhed. Sammenlignet med forekomsten af dårlig mental sundhed blandt alle mænd er der således en markant overrepræsentation, der udtrykker sammenhæng mellem dårlig selv vurderet helbred og dårlig mental sundhed. Sammenhængen er endnu tydeligere for kvinders vedkommende.



## Referencer

1. WHO. The World Report 2001. Mental Health: New Understanding, New hope. WHO; 2001.
2. Barry MM, Jenkins R. Implementing Mental Health Promotion. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2007.
3. Epløv LF, Lauridsen S. Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
4. Sanderson K, Andrews G. Prevalence and severity of mental health-related disability and relationship to diagnosis. Psychiatr Serv 2002 Jan;53(1):80-86.

5. Gill SC, Butterworth P, Rodgers B, Mackinnon A. Validity of the mental health component scale of the 12-item Short-Form Health Survey (MCS-12) as measure of common mental disorders in the general population. *Psychiatry Res* 2007 Jul 30;152(1):63-71.
6. Nordentoft M, Mortensen PB. Psykiske lidelser og selvmordsadfærd. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, red. *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.
7. Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, et al. *Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
8. Jette Dam-Hansen. Minister for forebyggelse - eller KRAM. *Ugeskr Læger* 2009;171(35):2431.
9. Hansen DG, Rasmussen NK, Munck A. *Folkesygdomme i almen praksis. Forekomst og forebyggelsesperspektiver vurderet i forbindelse med en auditregistrering*. Audit Projekt Odense, Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense, Syddansk Universitet: Statens Institut for Folkesundhed; 2005.
10. Üstün TB, Sartorius N. *Mental Illness in General Health Care. An International Study*. John Wiley & Sons; 1995.

## Kapitel 3

# Repræsentativitet og bortfald

Kapitlet handler om datamaterialets repræsentativitet i forhold til den voksne danske befolkning og om undersøgelsens bortfald.

### Repræsentativitet

Repræsentativiteten er belyst i tabel 3.1. I stikprøven er både mænd og kvinder lidt ældre end i hele befolkningen. Dette kan blandt andet skyldes den efterhånden relative store del af befolkningen, der i forbindelse med flytning og udfyldelsen af flyttemeddelelsen får anmodet om forskerbeskyttelse, hvilket indebærer, at de ikke må kontaktes af forskere med henblik på deltagelse i fx stikprøveundersøgelser. Da der er betydelig flere unge, der flytter end ældre, er det formentlig en af forklaringerne på den dårligere repræsentativitet af unge i undersøgelsen. Det ses endvidere af tabellen, at der er lidt flere gifte og færre ugifte i stikprøven sammenlignet med hele befolkningen. Samme mønster ses blandt de interviewede, og billedet forstærkes yderligere blandt de, der har besvaret det selvadministrerede spørgeskema – dog med undtagelse af gruppen af 80+ årige, som især for mænds vedkommende er underrepræsenteret i forhold til hele befolkningen. Stikprøvens sammensætning i regionerne var bestemt af, at der skulle opnås interview med 3.000 personer i hver region, og derfor er der ikke tilstræbt regional repræsentativitet ved stikprøvens sammensætning (data ikke vist). Kolonnen ”MCS beregnet” omtales senere.

**Tabel 3.1 Køn, alder og civilstand i hele landets befolkning pr. 1. januar 2005 og blandt svarpersoner. Procent.**

		Danmarks befolkning	Stikprøve		Opnåelse (%)		MCS beregnet
		%	Antal	%	Inter-view	Selv-admin. spørgeskema	%
Mænd	16-24 år	6,3	1.123	5,1	4,9	3,5	3,8
	25-44 år	17,9	3.638	16,7	16,2	15,2	15,9
	45-64 år	16,7	3.928	18,0	17,9	17,8	18,8
	65-79 år	6,4	1.603	7,3	7,9	8,3	7,6
	80+ år	1,7	444	2,0	1,7	1,5	1,1
	Alle	49,0	10.736	49,2	48,6	46,2	47,1
Kvinder	16-24 år	6,1	1.093	5,0	4,9	5,1	5,3
	25-44 år	17,5	3.471	15,9	17,0	18,1	18,8
	45-64 år	16,6	3.866	17,7	18,4	20,3	20,7
	65-79 år	7,4	1.835	8,4	8,2	8,5	6,9
	80+ år	3,4	831	3,8	2,9	2,0	1,2
	Alle	51	11.096	50,8	51,4	53,8	53
Civilstand	Gift	49,9	11.343	52,0	55,7	58,0	59,4
	Enkestand	7,6	1.772	8,1	7,4	6,4	5,3
	Fraskilt	9,5	2.018	9,2	8,7	8,6	8,2
	Ugift	32,9	6.699	30,7	28,2	26,9	27,3
Antal i alt		-	21.832	-	14.566	11.238	10.082

### Bortfald – interview og selvadministreret spørgeskema

Ved bortfald forstås personer, der er udtrukket til stikprøven og dermed inviteret til at deltage i undersøgelsen, men som af forskellige grunde ikke deltager, fx fordi de ikke ønsker at medvirke, ikke kan træffes, er syge e.lign.

I tabel 3.2 er bortfaldet opgjort efter køn, alder og civilstand. Bortfaldet er overordnet set det samme for mænd og kvinder. Både blandt mænd og kvinder er der et markant højere bortfald i aldersgruppen 80+ år end i de øvrige aldersgrupper. Det ses endvidere, at bortfaldet er lavest blandt gifte. For nærmere at belyse, hvilke af de demografiske faktorer, der har betydning for bortfaldet, er der gennemført en logistisk regressionsanalyse, hvor betydningen af hver af de tre faktorer er vurderet under hensyntagen til de øvrige. Analysen bekræfter, at bortfaldet er afhængig af de demografiske faktorer og påviser et samspil mellem dem. Blandt både mænd og kvinder synes gifte at have det laveste bortfald og ugifte det højeste. Blandt mænd ses dette mønster i alle aldersgrupper undtagen blandt de 16-24 årige, og desuden har enkemænd det næstlaveste og fraskilte det næsthøjeste bortfald.

**Tabel 3.2 Bortfald fordelt på køn, alder og civilstand.**

		Stikprøve	Bortfald (%)	
		Antal	Interview	Selvadmin. spørgeskema
Mænd	16-24 år	1.123	36,4	64,4
	25-44 år	3.638	35,1	54,5
	45-64 år	3.928	33,6	48,0
	65-79 år	1.603	28,5	41,2
	80+ år	444	44,8	62,6
I alt		10.736	34,1	51,5
Kvinder	16-24 år	1.093	34,1	48,4
	25-44 år	3.471	28,9	42,8
	45-64 år	3.866	30,7	40,3
	65-79 år	1.835	34,5	48,0
	80+ år	831	49,6	73,8
I alt		11.096	32,5	45,7
Civilstand	Gift	11.343	28,5	41,4
	Enkestand	1.772	39,2	52,9
	Fraskilt	2.018	37,5	59,6
	Ugift	6.699	38,6	56,6
I alt		21.832	33,3	48,5

### Bortfaldsanalyse – SF-12

Som omtalt i kapitel 1 er udgangspunktet for beskrivelsen af befolkningens mentale sundhedstilstand det generiske helbredsstatus mål SF-12. SF-12 er en kortere udgave af SF-36 (short form – 36 spørgsmål), der siden 1994 er indgået i det selvadministrerede spørgeskema til Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne. Som navnet siger, består SF-12 af 12 spørgsmål, der belyser en persons helbreds- tilstand inden for de sidste fire uger. Der kan beregnes en score for en fysisk hhv. en mental helbreds-komponent, Physical Component Summary (PCS) og Mental Component Summary (MCS). For at disse to mål kan beregnes, skal samtlige spørgsmål være besvaret. Hvis ikke, må personen udgå af analyserne. Alle 12 spørgsmål indgår i beregningen af begge summary scores, men vægtes forskelligt. Der scores fra 0 til 100 – jo højere score, desto bedre sundhed (1;2).

Som det fremgår af figur 2.1 har 1.156 besvaret det selvadministrerede spørgeskema, men har desværre ikke besvaret samtlige spørgsmål i SF-12, hvorfor den mentale helbreds-komponent (MCS) ikke har kunnet beregnes. Disse 1.156 personer er derfor udeladt af analyserne, hvilket betyder, at den efterfølgende beskrivelse af befolkningens mentale sundhedstilstand er baseret på 10.082 personer, svarende til 46,2% af den oprindelige stikprøve.

Køn, aldersfordeling og civilstand for det endelige datamateriale fremgår af tabel 3.1. Ser man på gruppen, der har besvaret SF-12, således at Mental Component Summary (MCS) kan beregnes, fremgår det, at der sammenlignet med hele befolkningen er en overrepræsentation (dvs. relativ flere) af 45-64 årige og 65-79 årige mænd, men en underrepræsentation (dvs. relativ færre) af yngre mænd og mænd på 80 år eller derover. For kvinders vedkommende er der en overrepræsentation af de 25-44 årige og 45-64 årige og en underrepræsentation af de helt unge

og de ældre kvinder. Endvidere ses en relativ større andel af gifte og en relativ mindre andel af ugifte.

Ved at anvende oplysninger fra det personlige interview er det muligt at sammenligne gruppen, hvor det er muligt at beregne MCS (n=10.082 svarende til 69,7%) med gruppen, hvor det ikke er muligt at beregne MCS (n=4.484 svarende til 30,4%) på en række indikatorer (tabel 3.3). Eksempelvis ses det af tabellen, at blandt personer med kort uddannelse har 51,6% besvaret SF-12, således at MCS kunne beregnes, mens besvarelsene for 48,4% vedkommende ikke gjorde det muligt at beregne MCS. Der er således tale om, at gruppen med kort uddannelse er underrepræsenteret i forhold til hele undersøgelsespopulationen, hvor MCS kunne beregnes for 69,7%'s vedkommende. Omvendt ses en overrepræsentation blandt personer med lang uddannelse, idet 77,1% har besvaret SF-12, således at MCS kunne beregnes.

Det fremgår endvidere af tabellen, at der i gruppen, hvor MCS kan beregnes, er en overrepræsentation af personer med personlig bruttoindkomst over 200.000 kr., personer med et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, personer der helt sikkert kan få hjælp i tilfælde af sygdom samt personer, der ugentligt deltager i foreningsliv/fritidsaktiviteter. I gruppen, hvor MCS ikke kan beregnes, er der en overrepræsentation af personer med indkomst under 200.000 kr., af personer der ofte eller engang imellem er uønsket alene, personer der har eller har haft kronisk angst eller depression, personer med anden psykisk lidelse, personer der har været nedtrykte, deprimerede eller ulykkelige inden for de seneste 14 dage, samt personer der har svært ved at betale sine regninger.

**Tabel 3.3 Sammenligning af gruppen, hvor det er muligt at beregne MCS og gruppen, hvor det ikke er muligt. Procent.**

		Muligt at beregne MCS	
		Ja	Nej
Uddannelse	Kort (< 10 år)	51,6	48,4
	Mellem (10-12 år)	65,1	34,9
	Lang (13+ år)	77,1	22,9
	Anden skole	65,9	34,1
Indkomst	0-99.000	62,4	37,6
	100.000-199.000	65,7	34,3
	200.000-299.000	75,5	24,5
	300.000-399.000	76,6	23,4
	400.000-499.000	76,7	23,3
	500.000-	74,5	25,5
	Ved ikke/uoplyst	48,0	52,0
Virkelig godt eller godt selv vurderet helbred		72,6	27,4
Ofte stresset		71,8	28,2
Ofte eller engang imellem uønsket alene		65,2	34,8
Helt sikkert hjælp i tilfælde af sygdom		71,0	29,0
Deltager i foreningsliv/fritidsaktiviteter flere gange ugentligt		72,6	27,4
Har eller har haft kronisk angst eller depression		64,8	35,2
Har eller har haft anden psykisk lidelse		57,8	42,2
Har været nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig		63,6	36,5
Har svært ved at betale regninger		58,1	41,9
Andel i alt		69,7	30,4
Antal svarepersoner		10.082	4.484

## Kalibrering for bortfald

Som vist er der tale om et skævt bortfald i forhold til at kunne beregne MCS, og det må forventes, at dette skæve bortfald har betydning for forekomsten af dårlig mental sundhed i befolkningen. Derfor er der forsøgsvis foretaget en kalibrering, dvs. en statistisk beregning, der sikrer, at fordelingen af visse variable er ens i gruppen, hvor MCS kan beregnes og i gruppen, hvor MCS ikke kan beregnes. Kalibreringen er baseret på samme fire variable, som indgik i det eksplorative arbejde med kategoriseringen af mental sundhed samt udvalgte sociodemografiske variable.

En indledende multivariat logistisk regression med inddragelse af køn, alder, civilstand og region samt variablene langvarig psykisk sygdom, føle sig frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til, ængstelse/nervøsitet/uro/angst samt at have nogen at tale med, hvis man har problemer, viser, at alle variable med undtagelse af langvarig psykisk sygdom og ængstelse/nervøsitet/angst/uro har betydning for, om MCS kan beregnes.

I selve kalibreringen inddrages køn, alder, region, civilstand og at være frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til. Kalibreringen får forekomsten af dårlig mental sundhed til at stige i alle køns- og aldersgrupper, dog med undtagelse af kvinder på 80 år eller derover. Dette resultat svarer til det forventede billede baseret på selve bortfaldsanalysen, der tyder på bedre mental sundhed hos personer, hvor

MCS kan beregnes end hos personer, hvor MCS ikke kan beregnes (tabel 3.3). Alt i alt må det derfor konkluderes, at undersøgelsens resultater formentlig vil overestimere befolkningens mentale sundhedstilstand i den forstand, at den fremstår lidt bedre, end det reelt er tilfældet.

## Referencer

1. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales. 2nd ed. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center; 1995.
2. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-item Short-Form Health Survey. Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Med Care* 1996;34:220-233.



## Kapitel 4

# Sociodemografisk beskrivelse

Den sociodemografiske beskrivelse af befolkningens mentale sundhedstilstand er opdelt i tre temaer: køn, alder og samlivsstatus; uddannelse, erhvervsaktivitet og socioøkonomisk status samt bolig og økonomiske forhold.

### Køn, alder og samlivsstatus

Det fremgår af tabel 4.1, at 7,6% af mænd og 12,5% af kvinder falder i kategorien dårlig mental sundhed, defineret som de 10% af befolkningen, der scorer dårligst på den mentale helbreds-komponent (MCS) (se kapitel 2). Tilsvarende har en større andel af mænd end kvinder god mental sundhed, defineret som de 65% af befolkningen der scorer bedst på MCS. Denne forskel mellem mænd og kvinder er begrundelsen for, at der i hele rapporten vises resultater særskilt for mænd og kvinder.

Blandt mænd har størst andele blandt de 25-44 årige dårlig mental sundhedstilstand (8,6%), mens den største andel blandt kvinder er de 16-24 årige (17,7%). Både blandt mænd og kvinder har størst andele blandt de 45-64 årige og de 65-79 årige god mental sundhed. Forskellen mellem disse to aldersgrupper og de øvrige er tilmed ganske stor.

Størst andele blandt enlige mænd, der er skilt eller separeret (13,5%) eller er enkemænd (13,5%), har dårlig mental sundhedstilstand, mens størst andele blandt gifte mænd har god mental sundhed (73,0%). Blandt kvinder er det ligeledes størst andele blandt de enlige (separerede eller skilte), der har dårlig mental sundhed (17,2%), men også blandt de enlige ugifte er der høj forekomst af dårlig mental sundhed (17,6%). Størst andel blandt gifte kvinder har god mental sundhed.

**Tabel 4.1 Mental sundhed fordelt efter alder og samlivsstatus. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Alder (p<0,0001)	16-24 år	6,9	28,1	65,0	378
	25-44 år	8,6	28,0	63,4	1.603
	45-64 år	7,2	20,5	72,3	1.898
	65-79 år	7,1	18,3	74,6	763
	80+ år	6,5	26,2	67,3	111
Samlivsstatus (p<0,0001)	Gift	5,7	21,2	73,0	2.918
	Samlevende	7,4	29,0	63,7	739
	Enlig (separeret, skilt)	13,5	22,7	63,8	225
	Enlig (enkestand)	13,5	15,8	70,7	108
	Enlig (ugift)	12,2	27,8	60,0	761
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Alder (p<0,0001)	16-24 år	17,7	35,3	47,0	536
	25-44 år	12,6	31,8	55,6	1.895
	45-64 år	11,1	21,8	67,1	2.082
	65-79 år	12,2	21,5	66,3	698
	80+ år	10,4	31,3	58,3	118
Samlivsstatus (p<0,0001)	Gift	9,9	23,9	66,3	3.031
	Samlevende	14,0	31,5	54,5	836
	Enlig (separeret, skilt)	17,2	29,1	53,7	351
	Enlig (enkestand)	13,7	23,1	62,2	364
	Enlig (ugift)	17,6	33,9	48,6	746
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

## Uddannelsesniveau og socioøkonomisk status

Både blandt mænd og kvinder er andelen med dårlig mental sundhedstilstand størst blandt personer med 10 eller færre års kombineret skole- og erhvervsuddannelse. Størst andel med god mental sundhed ses blandt mænd med 11-12 års og 13-14 års kombineret skole- og erhvervsuddannelse og blandt kvinder med 13-14 års uddannelse (tabel 4.2).

Både blandt mænd og kvinder er der størst andel med dårlig mental sundhed blandt førtidspensionister og i gruppen af andre uden for arbejdsmarkedet (langtidssyge, bistanndsklienter, personer på revalidering, husmødre, værnepligtige). Andelen med dårlig mental sundhed er også stor blandt arbejdsløse mænd og blandt arbejdsløse og uddannelsessøgende kvinder. God mental sundhed ses for mænds vedkommende hyppigst blandt efterlønsmodtagere og selvstændige med ansatte og for kvinders vedkommende blandt efterlønsmodtagere og selvstændige uden ansatte.

Sammenhængen mellem arbejdsløshed og mental sundhed forstærkes yderligere af svarene på spørgsmålet om arbejdsløshed inden for de sidste tre år. Andelen med dårlig mental sundhedstilstand er størst blandt personer, der har været arbejdsløse, og andelen med god mental sundhed er størst blandt personer, der ikke

har været arbejdsløse inden for de tre sidste år. Sammenhængen er dog ikke signifikant for kvinders vedkommende.

**Tabel 4.2 Mental sundhed blandt personer med forskelligt uddannelsesniveau og socioøkonomisk status. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse (p < 0,0001)	<10 år	12,3	24,9	62,8	485
	10 år	11,6	23,8	64,6	208
	11-12 år	7,4	19,8	72,7	1.299
	13-14 år	5,9	24,1	70,0	1.515
	15+ år	7,8	25,6	66,6	1.116
	Skoleelev	3,8	30,7	65,5	75
	Anden skoleuddannelse	17,1	24,3	58,7	22
Socioøkonomisk status (p < 0,0001)	Selvstændig med ansatte	4,5	16,6	78,8	233
	Selvstændig uden ansatte	7,5	23,4	69,1	171
	Medhjælpende ægtefælle	-	-	-	-
	Topleder	3,9	20,2	75,9	263
	Lønmodtager højeste niveau	7,6	27,7	64,7	482
	Lønmodtager på mellemniveau	6,3	26,1	67,6	639
	Lønmodtager på grundniveau	6,5	21,9	71,6	1.036
	Anden lønmodtager	8,1	27,0	64,9	237
	Arbejdsløs	16,4	29,3	54,3	112
	Uddannelsessøgende	9,1	30,7	60,1	388
	Førtidspensionist	22,2	28,2	49,6	112
	Efterlønsmodtager	3,4	15,4	81,2	190
	Folkepensionist	7,4	19,8	72,7	807
Andre uden for arbejdsmarkedet	22,6	24,3	53,1	63	
Arbejdsløshed sidste 3 år (p < 0,0015)	Ja	11,7	27,3	61,0	590
	Nej	6,9	23,7	69,5	3.298
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753

(fortsættes næste side)

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Kvinder</b>					
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse (p < 0,0001)	<10 år	14,9	24,3	60,9	685
	10 år	18,7	28,1	53,2	296
	11-12 år	13,9	26,5	59,6	870
	13-14 år	11,3	24,7	64,0	1.872
	15+ år	10,8	29,9	59,3	1.455
	Skoleelev	12,9	41,1	46,0	95
	Anden skoleuddannelse	7,9	38,8	53,3	32
Socioøkonomisk status (p < 0,0001)	Selvstændig med ansatte	16,3	27,7	56,0	56
	Selvstændig uden ansatte	7,1	17,3	75,6	114
	Medhjælpende ægtefælle	3,2	28,1	68,7	34
	Topleder	10,9	22,9	66,1	105
	Lønmodtager højeste niveau	10,6	29,5	59,9	538
	Lønmodtager på mellemniveau	9,7	27,7	62,7	928
	Lønmodtager på grundniveau	8,8	25,1	66,1	1.128
	Anden lønmodtager	14,7	26,2	59,0	191
	Arbejdsløs	17,6	27,5	54,9	224
	Uddannelsessøgende	17,9	37,7	44,4	560
	Førtidspensionist	28,2	28,4	43,4	230
	Efterlønsmodtager	7,6	18,3	74,1	223
	Folkepensionist	12,1	23,5	64,4	801
	Andre uden for arbejdsmarkedet	21,4	23,2	55,4	158
Arbejdsløshed sidste 3 år (p > 0,01)	Ja	16,2	29,0	54,9	776
	Nej	11,5	26,9	61,7	3.605
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

## Boligforhold og indkomst

Den mentale sundhedstilstand er dårligere blandt mænd, der bor i etageejendom (10,3%) end blandt mænd, der bor i rækkehuse, én-familiehuse eller på landejendom. Blandt kvinder er andelen med dårlig mental sundhed større blandt beboere i etageejendom (15,6%) og rækkehus (15,8%) end blandt beboere i én-familiehus eller på landejendom. Både blandt mænd og kvinder er den mentale sundhedstilstand bedst blandt beboere af én-familiehus og landejendomme.

Der er klar sammenhæng mellem personlig bruttoindkomst og mental sundhedstilstand blandt mænd, men mindre klar sammenhæng for kvinders vedkommende. Blandt mænd falder andelen med dårlig mental sundhedstilstand med stigende indkomstniveau, og tilsvarende stiger andelen med god mental sund-

hedstilstand med stigende indkomstniveau. Blandt kvinder ses alene klar sammenhæng, når det drejer sig om andelen med god mental sundhedstilstand.

I SUSY-2005 indgår endvidere et lidt utraditionelt mål for økonomiske forhold, nemlig spørgsmålet: ”Hvor ofte er det sket, at du inden for det sidste år har haft svært ved at betale dine regninger?” Både når det gælder dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed er der størst andel blandt personer, der svarer bekræftende, mens andelen, der benægter, er størst blandt personer med god mental sundhedstilstand. Sammenhængen mellem mental sundhedstilstand og at have svært ved at betale regninger sidste år ses både blandt mænd og kvinder.

**Tabel 4.3 Mental sundhed fordelt efter boligforhold og indkomstforhold. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Boligforhold (p = 0,0001)	Etageejendom	10,3	29,1	60,6	828
	Én-familiehus	6,6	21,5	71,8	2.930
	Rækkehus, kædehus	8,3	24,5	67,2	456
	Landejendom	6,6	23,3	70,2	425
	Andet	12,5	22,7	64,8	87
Personlig bruttoindkomst (p < 0,0001)	0-99.000	9,9	27,7	62,4	504
	100.000-199.000	10,4	24,2	65,4	863
	200.000-299.000	7,2	23,6	69,2	1.162
	300.000-399.000	6,8	23,1	70,1	1.075
	400.000-499.000	5,3	22,2	72,4	492
	500.000 eller derover	5,1	20,6	74,3	547
	Ved ikke	12,8	23,5	63,7	97
Svært ved at betale regninger sidste år (p < 0,0001)	Ja	19,7	36,9	43,4	288
	Nej	6,8	22,6	70,6	4.458
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753

(fortsættes næste side)

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Kvinder</b>					
Boligforhold (p < 0,0001)	Etageejendom	15,6	33,4	50,9	1.032
	Én-familiehus	10,7	24,1	65,2	3.098
	Rækkehus, kædehus	15,8	28,6	55,6	655
	Landejendom	9,1	25,9	65,0	421
	Andet	14,2	22,7	63,2	91
Personlig bruttoindkomst (p = 0,0001)	0-99.000	17,4	30,3	52,2	847
	100.000-199.000	14,2	27,2	58,6	1.567
	200.000-299.000	11,2	26,1	62,7	1.672
	300.000-399.000	7,7	27,5	64,8	742
	400.000-499.000	10,2	18,7	71,2	162
	500.000 eller derover	10,7	18,4	70,9	100
	Ved ikke	10,9	28,7	60,4	232
Svært ved at betale regninger sidste år (p < 0,0001)	Ja	26,9	37,6	35,6	420
	Nej	11,2	25,9	62,9	4.886
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

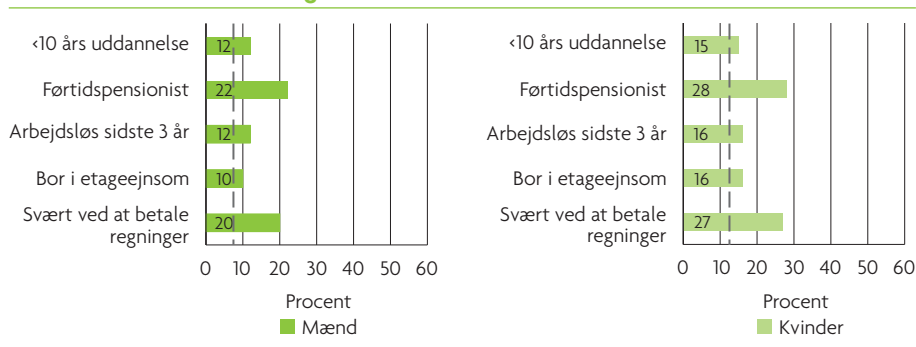
## Opsummering

I alt 7,6% af mænd og 12,5% af kvinder har dårlig mental sundhed. Blandt mænd har størst andel blandt de 25-44 årige dårlig mental sundhed, og blandt kvinder er andelen størst blandt de helt unge.

Der er klare sammenhænge mellem en række sociodemografiske indikatorer og befolkningens mentale sundhedstilstand (samlivsstatus, uddannelsesniveau, socioøkonomisk status, boligforhold og personlig bruttoindkomst). Med få undtagelser ses sammenhængen både for mænd og kvinder.

De vigtigste sammenhænge er illustreret i relation til mental dårlig sundhedstilstand i figur 4.1.

**Figur 4.1 Dårlig mental sundhed og udvalgte sociodemografiske indikatorer. Mænd og kvinder. Procent.**



## Kapitel 5

# Helbredsrelateret livskvalitet

Dette kapitel tager udgangspunkt i tre forskellige mål for, hvorledes en person oplever og vurderer eget helbred og helbredsrelateret livskvalitet. Det drejer sig om selvvurderet helbred samt to forskellige mål for stress. Der sættes således fokus på den subjektive dimension af sundhed og helbred.

Den subjektive dimension af sundhed og helbred handler om, hvordan den enkelte person oplever sin egen sundhed og helbred. Det er ofte hævdet, at personlige beskrivelser og observationer er fejlkilder i videnskabelige undersøgelser. Her er der imidlertid tale om en anderledes problemstilling, idet det netop er svarpersonernes subjektivitet, deres egen oplevelse og vurdering af egen sundheds- og helbredstilstand, der er genstandsfeltet. Det er alene svarpersonerne, der kan rapportere om, hvordan de oplever og føler deres sundhedstilstand.

### Selvvurderet helbred

Det er velkendt, at en persons vurdering af eget helbred er en særdeles god prædikator for sygelighed og dødelighed. Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større er risikoen for død og sygelighed i en given opfølgingsperiode. Der findes forskellige forklaringer på denne sammenhæng. For det første er det blevet fremhævet, at der er tale om en helhedsorienteret vurdering, hvor svarpersonen ikke blot baserer sin vurdering på den aktuelle helbredssituation, men også inddrager sit kendskab til sygelighed og dødelighed i familien, sin vurdering af egen helbredssituation i forhold til andre jævnaldrende og udviklingen gennem hele livsforløbet. For det andet fremhæves, at vurderingen af eget helbred kan influere på, hvorledes en person reagerer på egen sygdom (fx at tage den lægeordnede medicin) og egen sundhedsfremmende eller forebyggende adfærd. For det tredje fremhæves, at vurderingen af eget helbred også afspejler indre og ydre ressourcer, der kan trækkes på i tilfælde af sygdom, som fx oplevelsen af indre kontrol eller ekstern social støtte. Der er desuden fundet en sammenhæng mellem selvvurderet helbred og tilfredshed med livet samt forskellige former for psykisk sygdom (1-4).

I denne rapport er følgende formulering anvendt til måling af selvvurderet helbred: ”Hvordan vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed?”. De mulige svarkategorier er: virkelig god, god, nogenlunde, dårlig eller meget dårlig. I de følgende opgørelser, er de to sidstnævnte kategorier slået sammen under betegnelsen ”dårlig”.

Det fremgår af tabel 5.1, at blandt både mænd og kvinder stiger andelen med dårlig mental sundhed, jo dårligere eget helbred vurderes. Omvendt stiger andelen med god mental sundhed, desto bedre eget helbred vurderes.

**Tabel 5.1 Mental sundhed i forhold til selvvurderet helbred. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Selvvurderet helbred (p < 0,0001)	Virkelig god	3,0	17,1	80,0	1.783
	God	7,0	26,6	66,4	2.211
	Nogenlunde	17,8	29,5	52,7	578
	Dårlig	31,2	30,5	38,3	180
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Selvvurderet helbred (p < 0,0001)	Virkelig god	5,5	22,4	72,1	1.921
	God	11,0	29,6	59,5	2.404
	Nogenlunde	24,8	29,5	45,7	742
	Dårlig	42,3	28,3	29,4	258
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

## Stress

Stress er en tilstand, der kan karakteriseres ved ulyst og anspændthed. Stress påvirker både fysisk og psykisk. I daglig tale siger personer ofte, at de er stressede, når de har travlt, og tingene vokser dem over hovedet. De reagerer blandt andet med irritabilitet, søvnløshed, træthed og manglende koncentrationsevne. Det er den subjektive oplevelsesmæssige dimension af stressbegrebet. Der er også en mere objektiv dimension, idet stress kan ytre sig rent fysiologisk ved, at der produceres stresshormoner, som gør kroppen parat til en øget indsats. Her er der fokuseret på den oplevelsesmæssige dimension af stress.

Stress forårsages af en belastning, som er vanskelig at håndtere. Graden af stress og eventuelle helbredsmæssige følgevirkninger afhænger blandt andet af belastningens styrke og varighed og af den enkeltes ressourcer. Længerevarende eller meget stærke belastninger kan medføre stressbetinget sygdom, fx hjertekarsygdom og depression. Stress menes at være nøglen til forståelsen af en række sammenhænge mellem det biologiske, det psykologiske og det sociale. Det kan tænkes, at stress påvirker helbredet via en række forskellige mekanismer, der blandt andre inkluderer en persons adfærd, sårbarhed, fysiologiske processer, risici for kronisk psykisk lidelse samt sygdomsfremkaldende eksponeringer. Allerede eksisterende sygdom kan desuden forværres af stress (5,6).

I denne rapport er stress belyst gennem to mål. Det første omhandler, hvorvidt man føler sig stresset i dagligdagen. Der ses en klar sammenhæng mellem stress i dagligdagen og den mentale sundhedstilstand (tabel 5.2). Således stiger forekomsten af dårlig mental sundhed blandt mænd og kvinder jo oftere stress opleves i dagligdagen.

Stress er endvidere belyst ved brug af en stress skala kaldet ”Perceived Stress Scale” (PSS) eller ”oplevet stress-skala”. PSS indeholder spørgsmål, der omhandler svarpersonens følelser og tanker inden for de sidste 14 dage. Den belyser i hvilken grad, svarpersonen vurderer situationer i sit liv som stressende. Der er i alt ti spørgsmål, og ud for hvert spørgsmål er svarpersonen blevet bedt om med et kryds



at angive, hvor ofte han/hun føler eller tænker på den pågældende måde fx: ”Hvor ofte er du blevet bragt ud af fatning over noget, der skete uventet?”. Ud fra personens svar på de ti spørgsmål beregnes en score, der går fra 0 til 40, hvor en høj score indikerer en høj grad af oplevet stress. Gruppen med et højt stressniveau er defineret som de 20% af personerne, som har det højeste niveau af stress (7).

Spørgsmålet om, hvor ofte man føler sig stresset i dagligdagen, indeholder blot ét element af stress, mens stress skalaen indeholder en række elementer såsom mestring, travlhed og kontrol over tilværelsen. I PSS måles således – i langt højere grad end ved et selvrapporteret mål for stress – personens evne og ressourcer til at håndtere stress.

Det fremgår af tabel 5.2, at forekomsten af dårlig mental sundhed, er markant højere blandt mænd og kvinder, som scorer højt på PSS sammenholdt med personer, som scorer lavt på PSS. Forekomsten af dårlig mental sundhed er markant højere blandt kvinder, der scorer højt på PSS sammenlignet med mænd, der scorer højt. Det er kun en relativ lille andel, der har dårlig mental sundhed, blandt personer der scorer lavt på PSS.

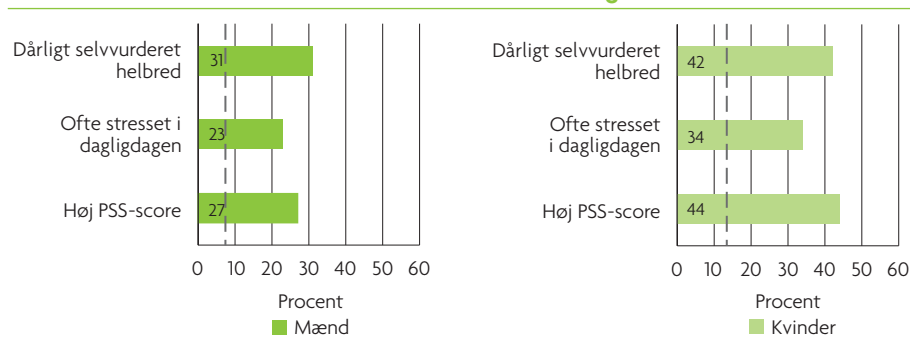
**Tabel 5.2 Mental sundhed i forhold til stress. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Stress i dagligdagen (p < 0,0001)	Ja, ofte	23,4	37,0	39,6	355
	Ja, af og til	8,7	29,8	61,4	1.562
	Nej/aldrig	4,9	18,2	76,8	2.834
PSS-score (p < 0,0001)	Høj	27,4	41,3	31,2	916
	Lav	2,5	18,8	78,7	3.567
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Stress i dagligdagen (p < 0,0001)	Ja, ofte	34,2	36,4	29,4	524
	Ja, af og til	12,9	33,2	53,9	1.959
	Nej/aldrig	7,9	20,7	71,3	2.843
PSS-score (p < 0,0001)	Høj	43,8	37,6	18,6	984
	Lav	4,8	24,6	70,5	4.010
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

## Opsummering

Forekomsten af dårlig mental sundhed er markant højere blandt personer, der vurderer eget helbred som dårligt eller meget dårligt, som ofte er stressede i dagligdagen, og som scorer højt på PSS sammenlignet med personer, der hhv. vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, ikke er stressede i dagligdagen og som scorer lavt på PSS. Sammenhængen gælder både for mænd og kvinder. Figur 5.1 viser andelen, der har dårlig mental sundhed, i forhold til udvalgte indikatorer for helbredsrelateret livskvalitet.

**Figur 5.1 Dårlig mental sundhed i forhold til udvalgte indikatorer for helbredsrelateret livskvalitet. Mænd og kvinder. Procent.**



## Referencer

1. Al-Windi A. The relations between symptoms, somatic and psychiatric conditions, life satisfaction and perceived health. A primary care based study. *Health Qual Life Outcomes*. 2005 Apr 27;3:28.
2. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*. 1997;38:21-37.
3. Idler EL, Kasl S. Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 1991;46:55-65.
4. Kristensen TS, Bjørner J, Smith-Hansen L, Borg V, Skov T. Selvvurderet helbred og arbejdsmiljø – Er selvvurderet helbred et frugtbart og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse. Arbejdsmiljøinstituttet og Institut for Folkesundhedsvidenskab. København: Arbejdsmiljøfondet, 1998.
5. Kristensen TS. Stress og psykosomatiske sygdomme. I: Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P, red. *Medicinsk Sociologi - samfund, sundhed og sygdom*. København: Munksgaard, 2002.
6. Nielsen NR, Kjølner M, Kamper-Jørgensen F, Grønbæk M. Stress blandt erhvervsaktive danskere. *Ugeskrift for Læger*. 2004;166:4155-4160.
7. Nielsen L, Curtis T, Kristensen TS, Rod Nielsen N. What characterizes persons with high levels of perceived stress in Denmark? A national representative study. *Scand J Public Health*. 2008 jun;36(4):369-379.

## Kapitel 6

### Sundhedsadfærd

I dette kapitel belyses den mentale sundhedstilstand i forhold til sundhedsadfærd. Sundhedsadfærd forstås som den del af en persons livsstil, der har indvirkning på eller betydning for den enkelte persons sundhed og helbred. Der kan være tale om målrettede og bevidste handlinger, der udføres for at opnå sundhed eller for at undgå sygdom. Der kan endvidere være tale om mere vanemæssig adfærd, som udføres uden egentlige overvejelser om de sundhedsmæssige eller helbredsmæssige konsekvenser.

#### Indsats for at bevare eller forbedre helbredet

I dette afsnit belyses det psykosociale perspektiv af sundhedsadfærd. En vigtig forudsætning for, at sundhedsformidlere, praktiserende læger m.fl. kan motivere befolkningen til selv at ændre deres sundhedsadfærd, er, at folk selv tror, at deres egen indsats har betydning for helbred og sundhed. I SUSY-undersøgelserne er der derfor spurgt til, om man tror, at man selv kan gøre noget for at bevare et godt helbred.

Det fremgår af tabel 6.1, at der blandt mænd ikke er signifikant forskel på forekomsten af dårlig mental sundhed, blandt de der tror, egen indsats er særdeles vigtig for at bevare et godt helbred (7,1%), og de der ikke tror, at egen indsats er særdeles vigtig (8,9%). Blandt kvinder er forekomsten af dårlig mental sundhed lavere blandt personer, der tror, at egen indsats er særdeles vigtig (11,8%) sammenholdt med personer, der ikke tror, at egen indsats er særdeles vigtig (14,7%).

**Tabel 6.1 Mental sundhed i forhold til tro på egen indsats. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Tror egen indsats er særdeles vigtig (p > 0,01)	Ja	7,1	23,6	69,3	3.357
	Nej	8,9	23,2	67,9	1.373
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Tror egen indsats er særdeles vigtig (p < 0,0001)	Ja	11,8	26,8	61,4	4.002
	Nej	14,7	27,3	58,0	1.304
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

#### Rygning

Rygning er den risikofaktor, der har størst betydning for dødeligheden i Danmark. Rygning øger risikoen for en lang række sygdomme. Det gælder især sygdomme i luftvejene som lungekræft og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Desuden øger rygning risikoen for hjertekarsygdom og en række andre kræftsygdomme. Risikoen for at få en ryge-relateret sygdom øges med rygemængde,

graden af inhalering samt antal år, man har røget. Rygning er en medvirkende faktor til knapt 14.000 dødsfald om året, og beregninger har vist, at rygere lever 7-10 år kortere end personer, der aldrig har røget (1).

Tabel 6.2 viser den mentale sundhedstilstand i forhold til rygning. Det fremgår, at der blandt både mænd og kvinder er en større andel, der har dårlig mental sundhed, blandt personer der ryger dagligt, end blandt personer, der ikke ryger dagligt. Det fremgår endvidere, at der både blandt mænd og kvinder er en større andel, der har dårlig mental sundhed, blandt personer der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, end blandt personer, der er tidligere rygere, og personer, der aldrig har røget.

**Tabel 6.2 Mental sundhed i forhold rygning. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Ryger dagligt (p < 0,0001)	Ja	10,8	25,4	63,8	1.333
	Nej	6,4	22,8	70,8	3.419
Cigaretter pr. uge (p < 0,0001)	Aldrig ryger	6,3	23,4	70,3	1.814
	Tidligere ryger	6,4	20,5	73,2	1.309
	0-14 cigaretter	7,8	26,6	65,6	861
	15+ cigaretter	13,0	25,4	61,6	768
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Ryger dagligt (p < 0,0001)	Ja	17,6	25,3	57,0	1.395
	Nej	10,6	27,5	61,9	3.934
Cigaretter pr. uge (p < 0,0001)	Aldrig ryger	10,5	27,7	61,7	2.363
	Tidligere ryger	10,0	25,2	64,8	1.263
	0-14 cigaretter	16,1	28,3	55,6	978
	15+ cigaretter	18,0	25,7	56,3	723
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

## Alkohol

Et højt alkoholforbrug har alvorlige konsekvenser for såvel krop som psyke. Personer med et stort alkoholforbrug har højere dødelighed og sygelighed end personer med moderat eller intet forbrug. Mindst 3.000 dødsfald om året i Danmark har alkohol som tilgrundliggende eller medvirkende årsag, hvilket svarer til 5% af alle dødsfald (1,2). Derudover medfører alkoholmisbrug og -afhængighed en række psykiske lidelser og problemer som fx vold, kriminalitet, seksuelle overgreb samt problemer i forhold til familien og arbejdspladsen. Alkohol er dog også et nydelsesmiddel, og det er dokumenteret, at et moderat alkoholforbrug har positive helbredseffekter. Således har midaldrende og ældre med et moderat alkoholforbrug, sammenlignet med afholdende, en 20-30% lavere risiko for at dø af iskæmisk hjertesygdom (3). Betydningen af alkohol som risikofaktor for sygelighed og dødelighed er således i nogen grad kompliceret af, at der også er kendte positive somatiske (fysiske) såvel som psykiske og sociale virkninger af et let til moderat alkoholforbrug. Det står dog fast, at i et samfund som det danske er det de skadelige virkninger af alkohol, der er et af de største folkesundhedsmæssige problemer (4).

For at forebygge alkoholrelaterede problemer i den danske befolkning anbefaler Sundhedsstyrelsen en maksimumsgrænse på 21 genstande om ugen for mænd og 14 genstande om ugen for kvinder. Dette betegnes som Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænse. Sundhedsstyrelsen tilråder endvidere, at der højst drikkes fem genstande ad gangen.

Af tabel 6.3 ses, at der blandt mænd er større andele (9,3%), der har dårlig mental sundhed, blandt personer der har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse inden for den seneste uge, sammenholdt med personer, der ikke har overskredet genstandsgrænsen (7,2%). Blandt kvinder er der overordnet ikke signifikant forskel på den mentale sundhedstilstand blandt personer, der har overskredet genstandsgrænsen og personer, der ikke har overskredet genstandsgrænsen. Der er dog procentvis flere, der har dårlig mental sundhed, blandt kvinder der har overskredet genstandsgrænsen sammenlignet med kvinder, der ikke har overskredet genstandsgrænsen.

**Tabel 6.3 Mental sundhed i forhold alkoholforbrug. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Overskrider SST's genstandsgrænse (p < 0,01)	Ja	9,3	24,4	66,3	844
	Nej	7,2	23,2	69,6	3.868
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Overskrider SST's genstandsgrænse (p > 0,10)	Ja	14,0	24,4	61,6	606
	Nej	12,2	27,3	60,6	4.695
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

## Fysisk aktivitet

Ved motion eller fysisk aktivitet forstås ethvert muskelarbejde, der øger energiomsætningen. Fysisk aktivitet har mange positive effekter på både det fysiske og psykiske helbred. Eksempelvis mindsker fysisk aktivitet risikoen for forhøjet blodtryk, hjertekarsygdom, diabetes og knogleskørhed. Endvidere medvirker fysisk aktivitet til, at immunforsvaret forbedres, ligesom det mentale og sociale velbefindende øges (5-7).

Sundhedsstyrelsen anbefalede tidligere fysisk aktivitet i fire timer eller derover om ugen for at opnå en sundhedsfremmende effekt, men valgte i 1999 at tilslutte sig nye internationale retningslinjer. De nye retningslinjer anbefaler fysisk aktivitet på minimum moderat niveau i mindst 30 minutter om dagen for voksne og 60 minutter for børn alle ugens dage. Der er endnu ikke udviklet en valideret metode til monitorering af, hvor mange personer, der lever op til anbefalingen om 30 minutters fysisk aktivitet dagligt (7,8).

I SUSY-undersøgelserne er fysisk aktivitet i fritiden belyst ved spørgsmålet: "Hvis vi ser på det sidste år, hvad vil du så sige passer bedst som beskrivelse på din fysiske aktivitet i fritiden?" med svarkategorierne:

1. Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen (hård motion)
2. Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde e. lign. mindst fire timer om ugen (moderat motion)
3. Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst fire timer pr. uge (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde) (lettere motion)
4. Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse (stillesiddende).

Dette spørgsmål har vist sig at være robust og prædiktivt for dødelighed (9). I analyserne er de to øverste svarkategorier slået sammen.

Blandt både mænd og kvinder falder andelen, der har dårlig mental sundhed, med stigende fysisk aktivitetsniveau (tabel 6.4). Dette er særlig udtalt blandt kvinder.

**Tabel 6.4 Mental sundhed i forhold til fysisk aktivitet i fritiden. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Fysisk aktivitetsniveau i fritiden (p < 0,0001)	Stillesiddende	12,2	26,4	61,4	485
	Let	7,6	24,0	68,4	2.622
	Hård/moderat	6,2	21,6	72,2	1.613
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Fysisk aktivitetsniveau i fritiden (p < 0,0001)	Stillesiddende	22,7	29,9	47,4	495
	Let	12,4	26,6	61,0	3.611
	Hård/moderat	8,3	26,4	65,3	1.201
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

## Kost

Kosten spiller en betydelig rolle for udvikling af overvægt og en række livsstilssygdomme som type-2-diabetes, hjertekarsygdom, kræft samt muskel- og skeletlidelser (10). Kostens negative indflydelse på befolkningens sundhed skyldes i dag især en uhensigtsmæssig sammensætning af kosten og et for stort energiindtag. Fire procent af alle dødsfald relateres til indtagelse af for meget mættet fedt, og en tilsvarende andel af dødsfald er relateret til for lidt frugt og grønt (1). Indtagelse af fisk en til to gange om ugen reducerer risikoen for hjertekarsygdom (11).

Blandt mænd er der en højere forekomst af dårlig mental sundhed blandt personer, der ikke spiser frugt dagligt (8,6%) sammenholdt med personer, der spiser frugt dagligt (6,2%). Blandt kvinder er der ingen signifikant sammenhæng mellem dagligt indtag af frugt og mental sundhedstilstand. Der er dog procentvis flere, der har dårlig mental sundhed, blandt kvinder der ikke spiser frugt dagligt sammenlignet med kvinder der spiser frugt dagligt. Hverken blandt mænd eller kvinder er der en signifikant sammenhæng mellem at spise fisk til aftensmad ugentligt og den mentale sundhedstilstand.

**Tabel 6.5 Mental sundhed i forhold til kostindtag. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Dagligt indtag af frugt (p < 0,01)	Ja	6,2	21,1	72,7	1.904
	Nej	8,6	25,1	66,2	2.847
Fisk til aftensmad ugentligt (p > 0,10)	Ja	7,8	22,5	69,7	2.050
	Nej	7,5	24,3	68,2	2.699
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Dagligt indtag af frugt (p = 0,05)	Ja	11,6	26,3	62,1	3.387
	Nej	14,1	28,1	57,9	1.942
Fisk til aftensmad ugentligt (p > 0,10)	Ja	11,7	25,9	62,4	2.408
	Nej	13,1	27,9	59,0	2.920
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

## Overvægt og undervægt

Svær overvægt udgør et stadigt stigende folkesundhedsproblem i hele den vestlige verden. Risikoen for udvikling af type-2-diabetes, hjertekarsygdom, forhøjet blodtryk, adskillige kræftformer og belastningslidelser i bevægapparatet øges fx ved svær overvægt (12). Den kraftige stigning i forekomsten af svær overvægt i de vestlige lande menes at være hovedårsagen til den epidemiske stigning i forekomsten af type-2-diabetes (13). Det er sandsynligt, at der foreligger en arvelig disposition til fedme, men den stigende forekomst af overvægt i befolkningen må først og fremmest sættes i relation til et utilstrækkeligt fysisk aktivitetsniveau og til fedtindholdet i kosten (14).

Undervægt har tidligere været et udbredt problem på grund af under- og fejler-næring. I dag er undervægt oftest forbundet med somatisk eller psykisk sygelighed. Somatisk betinget undervægt kan ses i forbindelse med visse alvorlige sygdomme som for højt stofskifte og aids. Psykisk betinget undervægt ses især blandt unge med spiseforstyrrelser (især unge kvinder).

Body mass index (BMI) beregnes som kropsvægten i kilo divideret med kvadraten på højden målt i meter, kg/m<sup>2</sup>. WHO definerer følgende vægtgrupper opdelt efter BMI (12):

Undervægt:	BMI < 18,5
Normalvægt:	18,5 ≤ BMI < 25,0
Moderat overvægt:	25,0 ≤ BMI < 30,0
Svær overvægt:	BMI ≥ 30,0

Det ses af tabel 6.6, at der overordnet ikke er signifikant sammenhæng mellem den mentale sundhedstilstand og BMI. Dette gælder for både mænd og kvinder. Blandt mænd er der dog en relativ stor andel, der har dårlig mental sundhed blandt undervægtige. Blandt kvinder er der relative store andele, der har dårlig mental sundhed blandt undervægtige og svært overvægtige.

**Tabel 6.6 Mental sundhed i forhold til BMI. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
BMI (p > 0,10)	< 18,5	10,9	37,1	52,0	27
	18,5-24,9	8,7	23,6	67,7	2.209
	25-29,9	7,0	22,6	70,4	1.961
	30+	5,3	25,5	69,2	553
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
BMI (p > 0,10)	< 18,5	16,0	31,2	52,8	178
	18,5-24,9	12,0	28,0	60,0	3.198
	25-29,9	11,8	24,7	63,5	1.375
	30+	15,6	25,0	59,4	563
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

### Euforiserende stoffer

Mange unge eksperimenterer med deres livsstil herunder med euforiserende stoffer – ofte i sammenhæng med et stort forbrug af alkohol og cigaretter. Dog er dette et typisk ungdomsfænomen, og de fleste fortsætter ikke brugen (15). Euforiserende stoffer vil i dette tilfælde sige hash samt de ”hårde” stoffer: amfetamin, kokain, heroin, ecstasy, LSD, psilocybinsvampe og andre lignende stoffer. Brugen af euforiserende stoffer er belyst ved, at svarpersonerne er blevet bedt om at angive, om de nogensinde har brugt en række forskellige stoffer, og i givet fald om det var inden for den seneste måned, det seneste år eller tidligere.

For både mænd og kvinder er forekomsten af dårlig mental sundhed højere blandt personer, der nogensinde har brugt hash, end blandt personer, der aldrig har brugt hash. Samme mønster ses i forhold til brug af andre euforiserende stoffer end hash. Således er der en fordobling i forekomsten af dårlig mental sundhed blandt personer, der har brugt andre euforiserende stoffer end hash sammenholdt med personer, der aldrig har brugt euforiserende stoffer. Dette gælder både for mænd og kvinder.



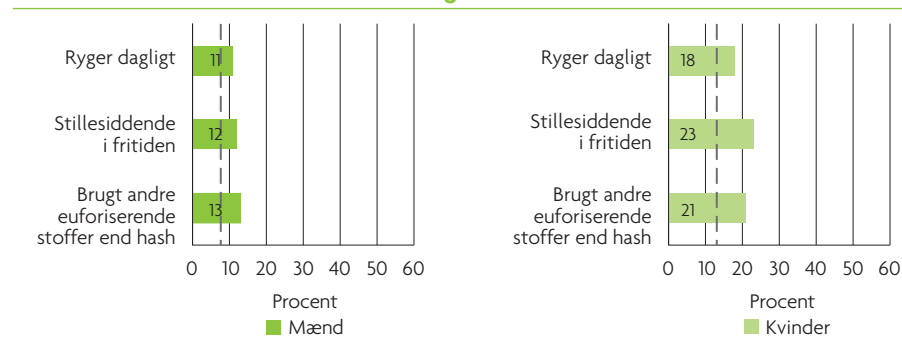
**Tabel 6.7 Mental sundhed i forhold til brug af euforiserende stoffer. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Hash (p < 0,0001)	Ja	9,7	29,2	61,1	1.560
	Nej	6,4	20,7	72,9	3.066
Andre euforiserende stoffer end hash (p < 0,0001)	Ja	13,0	34,0	53,0	418
	Nej	7,0	22,6	70,5	4.018
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Hash (p < 0,0001)	Ja	15,7	33,1	51,2	1.287
	Nej	11,2	24,6	64,2	3.874
Andre euforiserende stoffer end hash (p < 0,0001)	Ja	21,3	36,4	42,3	275
	Nej	11,8	26,1	62,1	4.632
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

## Opsummering

Forekomsten af dårlig mental sundhed er generelt højere blandt personer, der har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd sammenholdt med personer, der har en hensigtsmæssig sundhedsadfærd. Dette gælder både for mænd og kvinder. For mænd er der dog ikke signifikant forskel på forekomsten af dårlig mental sundhed, blandt personer, der tror, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare et godt helbred sammenholdt med personer der ikke tror, at egen indsats er særdeles vigtig. For kvinder er der ikke signifikant forskel på andelen, der har dårlig mental sundhed, blandt personer der spiser frugt dagligt og personer, der ikke spiser frugt dagligt. Ligeledes er der blandt kvinder heller ikke forskel i forekomsten af dårlig mental sundhed blandt personer, der overskrider hhv. ikke overskrider genstandsgrænsen. Hverken for mænd eller kvinder er der signifikant sammenhæng mellem den mentale sundhedstilstand og BMI samt andelen, der spiser fisk til aftensmad ugentligt. Der er dog en tendens til, at forekomsten af dårlig mental sundhed er højere blandt mænd og kvinder, der er undervægtige, og kvinder, der er svært overvægtige, sammenlignet med de øvrige BMI-grupper. Figur 6.1 viser andelen, der har dårlig mental sundhed i forhold til udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd.

**Figur 6.1 Dårlig mental sundhed i forhold til udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd. Mænd og kvinder. Procent.**



## Referencer

1. Juel K, Sørensen J & Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark, Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
2. Corrao G et al. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*, 2004;38(5):613-619.
3. Fagrell B et al. The effects of light to moderate drinking on cardiovascular diseases. *Journal of Internal Medicine* 1999;246:331-340.
4. Grønbæk M. Alkoholforbrug i Danmark – folkesundhedsmæssige udfordringer og videnskabelige spørgsmål. *Ugeskrift for Læger* 2004;166:1573-1576.
5. Pedersen BK. Fitness, fysisk aktivitet og død af alle årsager. *Ugeskrift for Læger* 2006;168(2):137-144.
6. Bauman AE. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000 – 2003. *Journal of Science and Medicine in Sport* 2004;7(1 suppl):6-19.
7. Pedersen BK & Saltin B. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling, Sundhedsstyrelsen, 2003.
8. Jørgensen ME & Rosenlund M. National monitorering af den officielle anbefaling om fysisk aktivitet – Et metodestudie, Statens Institut for Folkesundhed, 2005.
9. Andersen LB et al. All cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. *Archives of Internal Medicine*. 2000;160:1621-1628.
10. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO, 2003.
11. Andersen JK et al. Helhedssyn på fisk og fiskevarer, Fødevarerdirektoratet, 2003.
12. WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva: WHO, 2000.
13. Björntorp P. Obesity. *The Lancet* 1997; 350: 423-426.
14. Sundhedsstyrelsen. Befolkningens sundhed set i relation til den øgede forekomst af fedme i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen, 1999.
15. Sundhedsstyrelsen. Narkotikasituationen i Danmark 2009. Årsrapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug, EMCDDA. København: Sundhedsstyrelsen, 2009.

## Kapitel 7

# Sygelighed

I SUSY-undersøgelserne beskrives sygelighed på flere forskellige måder. For det første ved forekomsten af langvarig sygdom, der måles ved et åbent spørgsmål (se kapitel 2). På basis af et supplerende spørgsmål om man er meget eller lidt hæmmet af sygdommen i sit arbejde eller daglige gøremål, opdeles langvarige sygdomme i meget hæmmende sygdomme, lidt hæmmende sygdomme og slet ikke hæmmende sygdomme. For det andet måles sygelighed ved forekomsten af specifikke sygdomme. Her præsenteres svarpersonerne for en liste med en række sygdomme eller lidelser, og for hver sygdom eller lidelse skal det angives, om de har den på interviewtidspunktet, eller har haft den tidligere. For det tredje måles sygeligheden ved forekomsten af smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode. Her præsenteres svarpersonerne ligeledes for en liste med en række former for smerter eller ubehag, og for hver af dem skal svarpersonerne angive, om de har haft den pågældende form for smerte eller ubehag inden for de sidste 14 dage inden interviewet. Endelig beskrives helbredstilstanden ud fra et mere socialt perspektiv, hvor det handler om, hvorledes sygdom og dårligt helbred influerer på opfyldelsen af sociale roller i familien, på arbejdet, i fritiden eller i andre former for sociale sammenhænge. Her stilles spørgsmålet: ”Har sygdom, skader eller lidelser gjort det besværligt eller umuligt for dig inden for de sidste 14 dage at udføre dine sædvanlige daglige gøremål (fx arbejde i eller uden for hjemmet, fritidsaktiviteter o.lign.)” Svares der bekræftende, spørges der, om vanskelighederne/aktivitetsbegrænsningerne er af mere varig karakter (dvs. om de har varet eller forventes at vare seks måneder eller mere).

Beskrivelsen af sammenhængen mellem sygelighed og mental sundhedstilstand følger i store træk disse forskellige måder at måle sygelighed på.

### Psykisk sygdom

Som mål for psykisk sygdom indgår to sygdomme fra listen af specifikke sygdomme, nemlig kronisk angst eller depression samt anden psykisk lidelse eller dårlige nerver. Endvidere indgår en form for smerte eller ubehag fra listen over smerter og ubehag, nemlig at have været nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig (tabel 7.1).

**Tabel 7.1 Mental sundhed blandt personer med forskellige former for psykisk sygdom eller lidelse. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Nogensinde haft kronisk angst eller depression (p < 0,0001)	Ja	31,7	32,2	36,1	325
	Nej	5,9	22,8	71,3	4.425
Har kronisk angst eller depression nu (p < 0,0001)	Ja	56,9	25,9	17,2	98
	Nej	6,6	23,4	70,0	4.652
Nogensinde haft anden psykisk lidelse, dårlige nerver (p < 0,0001)	Ja	25,8	31,7	42,5	160
	Nej	7,0	23,2	69,8	4.586
Har anden psykisk lidelse, dårlige nerver nu (p < 0,0001)	Ja	45,9	32,2	21,9	54
	Nej	7,1	23,4	69,5	4.692
Generet af nedtrykthed, deprimeret inden for en 14-dages periode (p < 0,0001)	Ja	45,2	36,1	18,6	251
	Nej	5,5	22,8	71,7	4.501
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Nogensinde haft kronisk angst eller depression (p < 0,0001)	Ja	34,0	30,8	35,2	697
	Nej	9,3	26,4	64,4	4.625
Har kronisk angst eller depression nu (p < 0,0001)	Ja	49,8	24,0	26,3	243
	Nej	10,6	27,1	62,3	5.079
Nogensinde haft anden psykisk lidelse, dårlige nerver (p < 0,0001)	Ja	32,8	32,5	34,7	301
	Nej	11,3	26,6	62,1	5.024
Har anden psykisk lidelse, dårlige nerver nu (p < 0,0001)	Ja	50,4	32,1	17,5	111
	Nej	11,7	26,8	61,5	5.214
Generet af nedtrykthed, deprimeret inden for en 14-dages periode (p < 0,0001)	Ja	50,8	32,6	16,5	525
	Nej	8,2	26,3	65,4	4.800
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

Tabel 7.1 viser særdeles markante sammenhænge mellem psykiske lidelser og mental sundhedstilstand. Blandt personer, der nogensinde har haft kronisk angst eller depression hhv. har haft anden psykisk lidelse eller dårlige nerver, er der 3-5 gange så mange, der har dårlig mental sundhed som blandt personer uden de nævnte sygdomme. Blandt personer, der har de pågældende sygdomme eller lidelser nu (på interviewtidspunktet), er der for mænds vedkommende tale om en 6-8-dobling, når personer med de nævnte sygdomme sammenlignes med personer uden sygdommene. For kvinders vedkommende er billedet knap så udtalt – her er der tale om en firdobling.

Samme mønster ses, når det drejer sig om at have været nedtrykt, deprimeret eller uheldig inden for en 14-dages periode. Blandt kvinder, der angiver at have været generet heraf, har halvdelen (50,8%) dårlig mental sundhedstilstand, mens det for mænds vedkommende er en lidt mindre andel (45,2%).

For alle sygdomme ses tilsvarende klare sammenhænge mellem ikke at have sygdommene og god mental sundhedstilstand.

Sammenhængen mellem mental sundhed og psykisk sygdom blev også fundet i forbindelse med fastlæggelsen af cut-off-punkter for de tre niveauer af mental sundhedstilstand (kapitel 2). Her var der en markant ophobning af hhv. langvarig psykisk sygdom og ængstelse, nervøsitet, uro og angst inden for en 14-dages periode i de nederste percentilgrupper af MCS.

## Fysiske sygdomme

Til beskrivelsen af fysiske sygdomme indgår forekomsten af langvarig sygdom, forekomsten af de hyppigst forekommende specifikke sygdomme samt forekomsten af kroniske smerter (tabel 7.2).

**Tabel 7.2 Mental sundhed blandt personer med forskellige former for fysisk sygdom. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Langvarig sygdom (p < 0,0001)	Ja	10,1	26,7	63,2	1.769
	Nej	6,2	21,6	72,2	2.981
Meget hæmmende langvarig sygdom (p < 0,0001)	Ja	23,4	29,1	47,6	402
	Nej	6,3	23,0	70,7	4.351
Nogensinde haft allergi (p > 0,10)	Ja	9,3	25,3	65,4	1.290
	Nej	7,0	22,7	70,3	3.442
Nogensinde haft sukkersyge (p > 0,10)	Ja	11,5	22,0	66,6	214
	Nej	7,4	23,5	69,0	4.533
Nogensinde haft forhøjet blodtryk (p > 0,01)	Ja	9,5	22,8	67,7	902
	Nej	7,2	23,5	69,3	3.812
Nogensinde haft kronisk bronkitis (p > 0,10)	Ja	7,8	27,4	64,8	222
	Nej	7,6	23,3	69,1	4.520
Nogensinde haft slidgigt/leddegigt (p < 0,001)	Ja	9,9	23,8	66,3	846
	Nej	7,2	23,4	69,4	3.866
Nogensinde haft ryg-sygdom (p < 0,0001)	Ja	10,3	25,9	63,8	1.257
	Nej	6,7	22,7	70,7	3.490
Nogensinde haft tinnitus (p = 0,0001)	Ja	11,2	21,2	67,5	735
	Nej	7,0	23,9	69,2	4.010
Kroniske smerter (p < 0,0001)	Ja	13,1	32,1	54,8	414
	Nej	6,2	21,4	72,4	1.925
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753

(fortsættes næste side)

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Kvinder</b>					
Langvarig sygdom (p < 0,0001)	Ja	16,3	28,6	55,1	2.082
	Nej	10,0	25,9	64,1	3.242
Meget hæmmende langvarig sygdom (p < 0,0001)	Ja	28,7	29,7	41,6	570
	Nej	10,5	26,6	62,8	4.759
Nogensinde haft allergi (p > 0,01)	Ja	13,3	29,6	57,2	1.967
	Nej	11,9	25,3	62,8	3.328
Nogensinde haft sukkersyge (p > 0,10)	Ja	18,9	22,1	59,0	184
	Nej	12,2	27,1	60,7	5.143
Nogensinde haft forhøjet blodtryk (p > 0,01)	Ja	14,3	24,8	60,9	1.089
	Nej	11,9	27,5	60,6	4.222
Nogensinde haft kronisk bronkitis (p < 0,001)	Ja	18,2	29,7	52,1	321
	Nej	12,1	26,8	61,1	4.999
Nogensinde haft slidgigt/leddegigt (p < 0,001)	Ja	15,0	24,9	60,1	1.185
	Nej	11,7	27,5	60,8	4.113
Nogensinde haft ryg-sygdom (p < 0,0001)	Ja	16,4	28,5	55,1	1.152
	Nej	11,4	26,5	62,1	4.170
Nogensinde haft tinnitus (p < 0,001)	Ja	14,2	31,4	54,3	431
	Nej	12,3	26,6	61,1	4.890
Kroniske smerter (p < 0,0001)	Ja	18,6	28,8	52,7	577
	Nej	9,9	26,3	63,8	2.027
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

Det fremgår af tabellen, at større andele blandt både mænd og kvinder med langvarig sygdom har dårlig mental sundhed sammenholdt med personer uden langvarig sygdom. Mønsteret bliver betydelig mere markant, når det drejer sig om meget hæmmende langvarig sygdom, hvor der ses en tredobling af andelen med dårlig mental sundhed i forhold til andelen blandt personer uden langvarig sygdom.

Sammenhængen mellem de udvalgte fysiske sygdomme og mental sundhedstilstand varierer med sygdommens art. Både blandt mænd og kvinder er sammenhængen signifikant, når det drejer sig om slidgigt/leddegigt, ryg sygdom og tinnitus. For de øvrige sygdommes vedkommende (allergi, sukkersyge, forhøjet blodtryk, kronisk bronkitis) er der hverken blandt mænd eller kvinder statistisk sikker sammenhæng. Det er dog værd at bemærke, at de beskrevne sammenhænge alle går i samme retning, nemlig større andele med dårlig mental sundhedstilstand blandt personer, der har eller nogensinde har haft de pågældende sygdomme.

Spørgsmålet om kroniske smerter indgår i SUSY-2005 i det selvadministrerede spørgeskema og er derfor kun belyst for halvdelen af undersøgelsespopulationen. Også her ses en stærk statistisk sammenhæng mellem mental sundhedstilstand og forekomst af kroniske smerter. Både blandt mænd og kvinder ses en fordobling

af andelen med dårlig mental sundhed blandt personer med kroniske smerter sammenholdt med personer uden.

For alle sygdomme ses størst andel med god mental sundhed blandt personer uden sygdom end blandt personer med sygdom.

### **Smerter og ubehag**

Fra listen over forskellige former for smerter og ubehag er der medtaget de seks hyppigst forekommende: smerter eller ubehag i skulder eller nakke, smerter eller ubehag i ryg eller lænd, smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led, træthed, hovedpine og søvnbesvær eller søvnproblemer (tabel 7.3). Både blandt mænd og kvinder er der en stærk sammenhæng mellem mental sundhed og alle viste former for smerter og ubehag: større andele med smerter og ubehag har dårlig mental sundhed sammenholdt med personer uden, og større andel uden smerter og ubehag har god mental sundhed sammenholdt med personer med smerter og ubehag.

**Tabel 7.3 Mental sundhed blandt personer med forskellige former for smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Smerter eller ubehag i nakke eller skulder (p < 0,0001)	Ja	10,1	28,7	61,2	1.249
	Nej	6,8	21,7	71,6	3.503
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led (p < 0,0001)	Ja	11,0	26,4	62,6	1.203
	Nej	6,5	22,5	71,0	3.548
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd (p < 0,0001)	Ja	10,5	28,5	61,1	1.297
	Nej	6,6	21,6	71,8	3.454
Generet af træthed (p < 0,0001)	Ja	15,7	32,7	51,6	1.068
	Nej	5,2	20,8	74,0	3.683
Hovedpine (p < 0,0001)	Ja	13,0	30,1	56,9	800
	Nej	6,5	22,2	71,3	3.951
Søvnbesvær, søvnproblemer (p < 0,0001)	Ja	18,0	34,5	47,4	669
	Nej	5,9	21,7	72,4	4.080
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Smerter eller ubehag i nakke eller skulder (p < 0,0001)	Ja	16,7	30,9	52,4	2.074
	Nej	9,7	24,4	65,9	3.252
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led (p < 0,0001)	Ja	16,7	29,4	53,9	1.819
	Nej	10,3	25,6	64,1	3.509
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd (p < 0,0001)	Ja	17,9	29,9	52,2	1.728
	Nej	9,8	25,4	64,8	3.600
Generet af træthed (p < 0,0001)	Ja	24,1	35,0	40,9	1.691
	Nej	6,8	23,0	70,2	3.634
Hovedpine (p < 0,0001)	Ja	17,1	32,8	50,1	1.531
	Nej	10,6	24,5	64,9	3.795
Søvnbesvær, søvnproblemer (p < 0,0001)	Ja	25,0	32,1	42,9	1.129
	Nej	9,1	25,6	65,4	4.196
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

## Aktivitetsbegrænsning

Sidste indikator for sygelighed drejer sig om begrænsning i udførelsen af dagligdags aktiviteter som følge af sygdom (tabel 7.4). Også her ses både blandt mænd og kvinder en stærk sammenhæng mellem mental sundhed og oplevet aktivitetsbegrænsning. Både blandt mænd og kvinder har mere end dobbelt så mange med aktivitetsbegrænsning som uden dårlig mental sundhed. Er der tale om en langvarig aktivitetsbegrænsning, er der mere end fire gange så mange med dårlig



mental sundhed blandt mænd med begrænsning som blandt mænd uden. Blandt kvinder ses kun lidt mere end en fordobling.

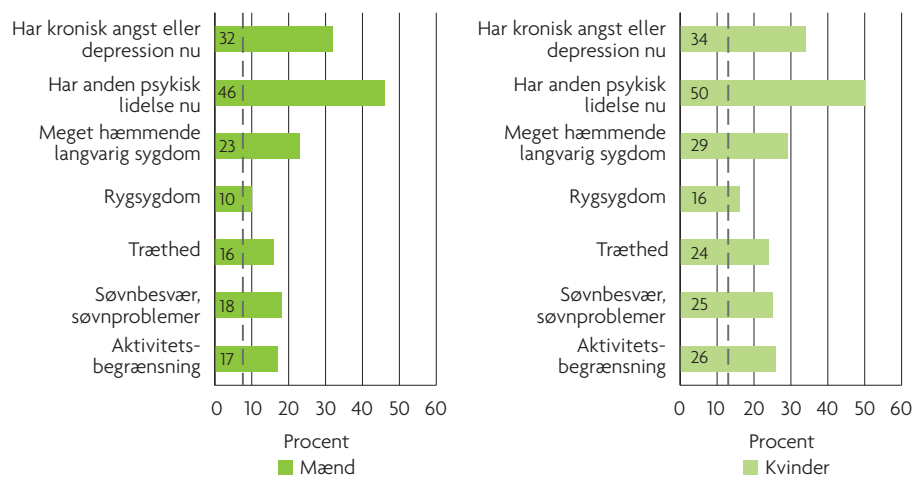
**Tabel 7.4 Mental sundhed blandt personer med aktivitetsbegrænsning. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Aktivitetsbegrænsning (p < 0,0001)	Ja	17,0	27,6	55,4	486
	Nej	6,6	23,1	70,4	4.265
Langvarig aktivitetsbegrænsning (p < 0,0001)	Ja	28,2	26,5	45,3	211
	Nej	6,7	23,4	70,0	4.519
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Aktivitetsbegrænsning (p < 0,0001)	Ja	26,2	27,9	45,8	731
	Nej	10,3	26,8	62,9	4.596
Langvarig aktivitetsbegrænsning (p < 0,0001)	Ja	29,9	30,8	39,3	357
	Nej	11,0	26,7	62,3	4.930
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

## Opsummering

Der er påvist klar sammenhæng mellem psykisk sygdom og mental sundhedstilstand. Der er 4-8 gange så mange med dårlig mental sundhed blandt personer, som lider af kronisk angst, depression, anden psykisk lidelse eller dårlige nerver som blandt personer uden sygdommene. Der er endvidere generelt fundet sammenhæng mellem sygelighed og mental sundhed, men sammenhængen varierer afhængig af hvilken sygdom, det drejer sig om. Der er statistisk sikker sammenhæng i relation til ryggsygdom, tinnitus, slidgigt/leddegigt og kroniske smerter, mens der i relation til sukkersyge og allergi er tendens til sammenhæng. Endvidere er der fundet sammenhæng mellem mental sundhed og en række former for smerte eller ubehag samt med oplevelsen af at være begrænset i at udføre daglige aktiviteter. Udvalgte sammenhænge i relation til dårlig mental sundhed er illustreret i figur 7.1

**Figur 7.1 Dårlig mental sundhed og udvalgte indikatorer for sygelighed. Mænd og kvinder. Procent.**



## Kapitel 8

# Brug af medicin, sundhedsvæsen og alternativ behandling

Brug af medicin belyses på to måder: dels det regelmæssige medicinbrug, dels et forbrug inden for en 14-dages periode. Regelmæssig brug af medicin – receptmedicin eller håndkøbsmedicin – drejer sig om det daglige forbrug eller forbrug i relation til ofte tilbagevendende sygdomsepisoder. P-piller, vitaminpiller eller naturlægemidler medregnes ikke. Forbruget inden for en 14-dages periode belyses særskilt for receptmedicin og håndkøbsmedicin og i relation til forskellige typer af medicin. Her medtages alene brug af receptpligtig nervemedicin eller beroligende medicin.

Brug af sundhedsvæsenet handler om kontakt inden for en 3-måneders periode til egen praktiserende læge, til praktiserende speciallæge og til psykolog.

Endelig belyses brugen af alternativ behandling inden for det sidste år, dels generelt og dels i relation til de hyppigst anvendte former for alternativ behandling (zoneterapi, akupunktur samt massage, osteopati (manuel medicin) og andre manipulative terapier).

### Brug af medicin

Det fremgår af tabel 8.1, at der generelt er større andele med dårlig mental sundhed blandt medicinbrugere end blandt ikke-medicinbrugere. Forskellen slår igennem både for mænd og kvinder og er særdeles markant i relation til brug af receptpligtig nervemedicin inden for en 14-dages periode. Her er der blandt mænd 7-8 gange så mange med dårlig mental sundhedstilstand blandt medicinbrugere som blandt ikke-medicinbrugere og blandt kvinder 3-4 gange så mange.

**Tabel 8.1 Mental sundhed blandt personer med forskellige former for medicinbrug. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Regelmæssig brug af medicin (p < 0,0001)	Ja	10,5	24,1	65,5	1.661
	Nej	6,1	23,2	70,7	3.092
Brugt nervemedicin inden for en 14-dages periode (p < 0,0001)	Ja	50,3	24,7	25,0	97
	Nej	6,7	23,5	69,8	4.655
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Regelmæssig brug af medicin (p < 0,0001)	Ja	15,3	27,0	57,6	2.123
	Nej	10,6	26,9	62,5	3.206
Brugt nervemedicin inden for en 14-dages periode (p < 0,0001)	Ja	38,7	30,7	30,6	249
	Nej	11,2	26,8	62,1	5.079
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

## Brug af sundhedsvæsenet

For både mænd og kvinder er der større andele, der har dårlig mental sundhed, blandt personer der inden for de seneste tre måneder har haft kontakt til egen praktiserende læge samt kontakt til praktiserende speciallæge sammenholdt med personer, der ikke har haft kontakt til hhv. egen praktiserende læge og praktiserende speciallæge (tabel 8.2).

Der er en stærk statistisk sammenhæng mellem mental sundhed og brug af psykolog inden for en 3-måneders periode. Sammenhængen ses både for mænd og kvinder, og for begge køn er der ca. fire gange så mange med dårlig mental sundhed blandt brugere af psykolog som blandt ikke-brugere.

**Tabel 8.2 Mental sundhed blandt brugere af sundhedsvæsenet. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Brugt praktiserende læge sidste 3 måneder (p < 0,0001)	Ja	10,2	25,3	64,5	1.708
	Nej	6,2	22,5	71,3	3.043
Brugt praktiserende speciallæge sidste 3 måneder (p < 0,01)	Ja	12,3	25,3	62,5	288
	Nej	7,3	23,4	69,3	4.463
Brugt psykolog sidste 3 måneder (p < 0,0001)	Ja	32,4	35,6	32,0	40
	Nej	7,4	23,4	69,2	4.708
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Brugt praktiserende læge sidste 3 måneder (p < 0,0001)	Ja	16,3	28,6	55,1	2.287
	Nej	9,5	25,7	64,7	3.042
Brugt praktiserende speciallæge sidste 3 måneder (p < 0,0001)	Ja	18,9	29,9	51,2	445
	Nej	11,8	26,6	61,5	4.884
Brugt psykolog sidste 3 måneder (p < 0,0001)	Ja	45,5	32,0	22,5	142
	Nej	11,5	26,8	61,8	5.185
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

## Brug af alternativ behandling

Kun blandt mænd er der statistisk signifikant sammenhæng mellem brug af alternativ behandling inden for det sidste år og mental sundhed, idet der er en lidt større andel med dårlig mental sundhed blandt brugere af alternativ behandling end blandt ikke-brugere (tabel 8.3). Blandt kvinder ses en tilsvarende, men ikke statistisk sikker, sammenhæng. Hverken blandt mænd eller blandt kvinder er der statistisk sikker sammenhæng mellem brug af zoneterapi, brug af akupunktur hhv. brug af massage, osteopati og andre manipulative terapier og mental sundhed.

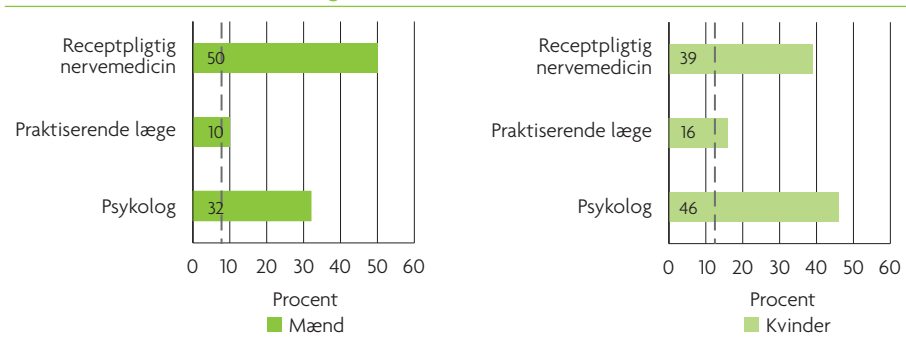
**Tabel 8.3 Mental sundhed blandt brugere af alternativ behandling. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Brugt alternativ behandling inden for det sidste år (p < 0,01)	Ja	8,3	28,8	62,8	781
	Nej	7,5	22,4	70,1	3.972
Brugt zoneterapi inden for det sidste år (p > 0,01)	Ja	13,6	24,8	61,5	187
	Nej	7,4	23,4	69,2	4.566
Brugt akupunktur inden for det sidste år (p > 0,01)	Ja	11,0	29,7	59,2	171
	Nej	7,5	23,3	69,2	4.582
Brugt massage, osteopati og andre manipulative terapier inden for det sidste år (p > 0,01)	Ja	6,5	29,2	64,4	485
	Nej	7,8	22,8	69,4	4.268
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Brugt alternativ behandling inden for det sidste år (p > 0,01)	Ja	14,3	28,5	57,3	1.614
	Nej	11,6	26,3	62,1	3.715
Brugt zoneterapi inden for det sidste år (p > 0,1)	Ja	13,0	26,6	60,3	497
	Nej	12,4	27,0	60,6	4.832
Brugt akupunktur inden for det sidste år (p > 0,01)	Ja	15,0	29,4	55,5	391
	Nej	12,2	26,7	61,0	4.938
Brugt massage, osteopati og andre manipulative terapier inden for det sidste år (p > 0,1)	Ja	14,0	27,8	58,3	938
	Nej	12,1	26,8	61,1	4.391
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

## Opsummering

Der er en klar sammenhæng mellem mental sundhed og brug af medicin. I alt 50,3% blandt mænd og 38,7% blandt kvinder, der har brugt receptpligtig nervemedicin inden for en 14-dages periode, har dårlig mental sundhed sammenholdt med 6,7% hhv. 11,2% blandt personer, der ikke har brugt nervemedicin. Næsten dobbelt så mange blandt brugere af praktiserende læge inden for en 3-måneders periode og fire gange så mange blandt brugere af psykolog har dårlig mental sundhed sammenholdt med ikke-brugere. Endvidere er forekomsten af dårlig mental sundhed højere blandt personer, der har haft kontakt til praktiserende speciallæge inden for en 3-måneders periode, sammenholdt med personer der ikke har haft kontakt. Der er ikke statistisk sikker forskel i mental sundhed blandt personer der hhv. har og ikke har brugt alternativ behandling. Udvalgte sammenhænge i relation til dårlig mental sundhed er illustreret i figur 8.1.

**Figur 8.1 Dårlig mental sundhed og udvalgte indikatorer på sygdoms-  
adfærd. Mænd og kvinder. Procent.**



## Kapitel 9

# Arbejds miljø og sygefravær

Der er i de senere år kommet større fokus på arbejdsmiljøets betydning for medarbejdernes fysiske og psykiske sundhedstilstand. Arbejds miljøfaktorerne opdeles traditionelt i fysiske, psykiske samt kemiske og biologiske faktorer. Sammen med genetisk disposition og livsstilsfaktorer er de medvirkende årsager til, at sygdom kan udvikle sig (1).

Kapitlet omfatter kun erhvervsaktive 16-64 årige.

### Psykosocialt arbejdsmiljø

I SUSY-undersøgelserne er spørgsmålene vedrørende det psykosociale arbejdsmiljøets betydning for helbredet bygget op omkring en model med tre dimensioner: krav, kontrol og social støtte (2,3).

Krav-dimensionen belyses ved spørgsmålet om, hvor ofte man bliver bragt i følelsesmæssigt belastende situationer. Det ses af tabel 9.1, at forekomsten af dårlig mental sundhed stiger blandt mænd og kvinder, jo oftere arbejdet bringer dem ud i følelsesmæssigt belastende situationer.

Kontrol-dimensionen er belyst ved spørgsmålene om meningsfuldhed i arbejdet. Andelen med dårlig mental sundhed stiger i takt med, at arbejdsopgaverne i mindre og mindre grad opleves som meningsfulde (tabel 9.1). Dette gælder for både mænd og kvinder.

Spørgsmålene om støtte fra kolleger belyser støtte-dimensionen. Det fremgår af tabel 9.1, at både blandt mænd og kvinder gælder, at jo sjældnere de får hjælp og støtte fra nærmeste overordnede, desto større forekomst af dårlig mental sundhed.

Endvidere er der spurgt til, om der er et godt samarbejde med kollegerne. Det fremgår af tabel 9.1, at jo sjældnere der er et godt samarbejde med kollegerne, desto højere er forekomsten af dårlig mental sundhed. Dette gælder både for mænd og kvinder.

De største andele med dårlig mental sundhed ses endvidere blandt personer, der udtrykker bekymring for at blive arbejdsløse sammenlignet med personer, der ikke er bekymrede for at blive arbejdsløse (tabel 9.1).

**Tabel 9.1 Mental sundhed i forhold til psykosocialt arbejdsmiljø.  
Erhvervsaktive mænd og kvinder i alderen 16-64 år. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Hvor ofte bringer arbejdet dig i følelsesmæssigt belastende situationer (p < 0,0001)	Altid/ofte	16,1	36,9	47,0	368
	Sommetider	9,4	29,2	61,4	743
	Sjældent	5,5	22,5	72,0	1.022
	Næsten aldrig	3,0	19,8	77,2	1.090
I hvor høj grad er dine opgaver meningsfulde (p < 0,0001)	Meget høj	5,1	23,0	71,9	1.821
	Høj	7,4	26,3	66,4	1.113
	Delvis/ringe	15,1	30,8	54,1	289
Hvor ofte får du hjælp og støtte fra nærmeste overordnede (p < 0,0001)	Altid	3,9	24,0	72,1	861
	Ofte	7,0	27,2	65,8	736
	Sommetider	7,9	24,5	67,6	557
	Sjældent/aldrig	9,4	26,6	64,0	588
	Ikke relevant	7,4	20,1	72,5	473
Er der et godt samarbejde mellem dig og dine kollegaer (p < 0,0001)	Altid	5,0	22,7	72,2	2.224
	Ofte	9,4	29,7	60,9	660
	Sommetider/sjældent	19,6	38,2	42,2	115
	Ikke relevant	10,4	22,9	66,7	226
Bekymret for at blive arbejdsløs (p < 0,0001)	Ja	12,4	30,1	57,5	295
	Nej	6,3	24,0	69,7	2.894
I alt		7,6	23,5	68,9	3.228
<b>Kvinder</b>					
Hvor ofte bringer arbejdet dig i følelsesmæssigt belastende situationer (p < 0,0001)	Altid/ofte	20,9	33,0	46,1	564
	Sommetider	11,4	31,0	57,6	1.093
	Sjældent	7,6	23,9	68,5	907
	Næsten aldrig	5,0	22,7	72,3	728
I hvor høj grad er dine opgaver meningsfulde (p < 0,0001)	Meget høj	8,5	24,5	67,0	1.853
	Høj	11,4	29,7	58,9	1.134
	Delvis/ringe	20,0	37,5	42,5	301
Hvor ofte får du hjælp og støtte fra nærmeste overordnede (p < 0,0001)	Altid	6,5	24,4	69,1	1.013
	Ofte	11,9	27,0	61,1	896
	Sommetider	11,2	31,2	57,5	634
	Sjældent/aldrig	17,3	32,1	50,6	497
	Ikke relevant	6,9	24,9	68,2	246
Er der et godt samarbejde mellem dig og dine kollegaer (p < 0,0001)	Altid	9,0	24,6	66,4	2.210
	Ofte	12,1	32,7	55,2	730
	Sommetider/sjældent	23,5	39,5	37,0	188
	Ikke relevant	7,4	29,3	63,2	167
Bekymret for at blive arbejdsløs (p < 0,0001)	Ja	22,5	31,8	45,6	350
	Nej	8,9	27,0	64,1	2.915
I alt		12,5	26,9	60,6	3.296



## Det fysiske arbejdsmiljø

Nogle af de hyppigst forekommende arbejdsbetingede lidelser kan henføres til det fysiske arbejdsmiljø. Det drejer sig fx om muskel- og skeletsygdomme, der i følge Arbejdstilsynet i 2004 udgjorde omkring halvdelen af de anmeldte arbejdsbetingede lidelser (4).

Til belysningen af det fysiske arbejdsmiljø er svarpersonerne blevet spurgt, om de ofte er udsat for forskellige typer af fysiske og termiske (kulde/varme) belastninger i deres arbejde. "Ofte" er defineret som mere end to dage om ugen.

Det fremgår af tabel 9.2, at der blandt mænd ikke er sammenhæng mellem den mentale sundhedstilstand og det fysiske arbejdsmiljø. Der er dog klar tendens til, at forekomsten af dårlig mental sundhed er højst blandt personer med fysisk belastende arbejdsmiljø. Blandt kvinder er forekomsten af dårlig mental sundhedstilstand højere blandt personer, der arbejder i bøjede eller forvredne arbejdsstillinger mere end to dage om ugen, eller mere end to dage om ugen er udsat for støj, så det er nødvendigt at hæve stemmen for at tale med andre, sammenholdt med personer, der ikke er udsat for disse belastninger i deres arbejde.

**Tabel 9.2 Mental sundhed i forhold til fysisk arbejdsmiljø. Erhvervsaktive mænd og kvinder i alderen 16-64 år. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Arbejde i bøjede eller forvredne arbejdsstillinger (p > 0,01)	Ja	8,3	24,7	67,0	1.022
	Nej	6,1	24,9	69,0	2.204
Mange gentagne og ensidige bevægelser (p > 0,1)	Ja	8,1	26,6	65,4	1.173
	Nej	6,0	23,8	70,2	2.053
Tunge byrder som skal bæres eller løftes (p > 0,01)	Ja	7,3	23,7	69,0	1.212
	Nej	6,5	25,4	68,1	2.016
Støj, så man må hæve stemmen (p > 0,01)	Ja	7,1	28,0	64,9	1.161
	Nej	6,6	23,1	70,3	2.065
I alt		7,6	23,5	68,9	3.228
<b>Kvinder</b>					
Arbejde i bøjede eller forvredne arbejdsstillinger (p < 0,01)	Ja	12,4	29,3	58,3	1.043
	Nej	9,7	26,9	63,3	2.250
Mange gentagne og ensidige bevægelser (p > 0,01)	Ja	11,7	29,3	59,0	1.240
	Nej	9,9	26,6	63,5	2.055
Tunge byrder som skal bæres eller løftes (p > 0,01)	Ja	11,5	27,2	61,3	822
	Nej	10,3	27,7	62,0	2.474
Støj, så man må hæve stemmen (p < 0,001)	Ja	12,9	30,9	56,2	933
	Nej	9,7	26,3	64,0	2.361
I alt		12,5	26,9	60,6	3.296

## Sygefravær

Sygelighed er ikke alene et problem i sig selv, men også et problem i og med, at det ofte medfører sygefravær. Sygefravær kan medføre isolation fra arbejdspladsen og kollegaer samt tab af selvværd og identitet. Det kan endvidere føre til øget arbejdsbelastning for de tilbageværende medarbejdere. Sygefravær er ofte tæt forbundet med både det psykosociale og fysiske arbejdsmiljø.

Det fremgår af tabel 9.3, at der både blandt mænd og kvinder er en større andel, der har dårlig mental sundhed blandt personer, der har haft sygefravær inden for de seneste 14 dage, sammenlignet med personer, der ikke har haft sygefravær inden for de seneste 14 dage. Dette er særlig udtalt blandt kvinder, hvor der er tre gange så mange, der har dårlig mental sundhed, blandt de, der har haft sygefravær inden for de seneste 14 dage, som blandt de, der ikke har haft sygefravær. Det samme mønster ses i forhold til sygefravær inden for det seneste år. Således er der en markant større andel, der har dårlig mental sundhed, blandt personer der har haft sygefravær inden for det seneste år, som blandt personer, der ikke har haft sygefravær.

**Tabel 9.3 Mental sundhed i forhold til sygefravær. Erhvervsaktive mænd og kvinder i alderen 16-64 år. Procent.**

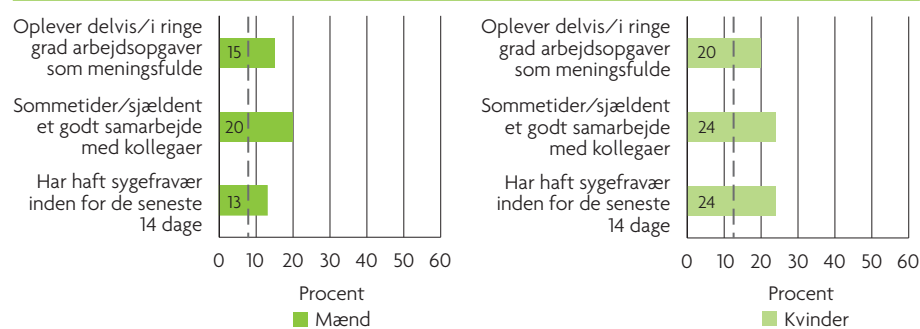
		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Sygefravær inden for de seneste 14 dage (p < 0,0001)	Ja	13,3	29,9	56,8	289
	Nej	6,2	24,3	69,5	2.936
Sygefravær inden for det seneste år (p < 0,0001)	Ja	8,7	28,3	63,1	1.737
	Nej	4,5	20,5	75,0	1.483
I alt		7,6	23,5	68,9	3.228
<b>Kvinder</b>					
Sygefravær inden for de seneste 14 dage (p < 0,0001)	Ja	24,0	29,5	46,5	351
	Nej	8,9	27,4	63,7	2.949
Sygefravær inden for det seneste år (p < 0,0001)	Ja	12,3	30,5	57,2	2.106
	Nej	7,0	22,5	70,5	1.180
I alt		12,5	26,9	60,6	3.296

## Opsummering

Der er en sammenhæng mellem den mentale sundhedstilstand og det psykosociale arbejdsmiljø. Jo bedre psykosocialt arbejdsmiljø, desto lavere forekomst af dårlig mental sundhed. For mænd ses ingen signifikant sammenhæng mellem fysisk arbejdsmiljø og den mentale sundhed, mens der for kvinder ses en signifikant sammenhæng mellem den mentale sundhed, og hvorvidt de mere end to dage om ugen arbejder i bøjede eller forvredne arbejdsstillinger eller er udsat for støj, så det er nødvendigt at hæve stemmen for at tale med andre. Endvidere ses en sammenhæng mellem den mentale sundhed og sygefravær. Forekomsten af dårlig mental sundhed er højere blandt personer, der har haft sygefravær – både inden

for de seneste 14 dage og inden for det seneste år – sammenholdt med personer, der ikke har haft sygefravær. Dette gælder for både mænd og kvinder. Figur 9.2 viser andelen, der har dårlig mental sundhed i forhold til udvalgte indikatorer for arbejdsmiljø og sygefravær.

**Figur 9.1 Dårlig mental sundhed i forhold til udvalgte indikatorer for arbejdsmiljø og sygefravær. Mænd og kvinder. Procent.**



## Referencer

1. Netterstrøm B, Ebbenhøj NE. Arbejdsmiljø og folkesygdomme. Ugeskrift for Læger. 2004;166:1566-1570.
2. Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979;24:285-308.
3. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*. 1988;78:1336-1342.
4. Arbejdstilsynet. Anmeldte arbejdsbetingede lidelser 1999-2004. Årsopgørelse 2004. København: Arbejdstilsynet, 2005.

## Kapitel 10

### Sociale relationer

Sociale relationer er relateret til helbred, idet de udgør en støttefunktion og er forum for udveksling af viden og kundskaber. Undersøgelser har vist, at personer med stærke sociale relationer i mindre grad bliver syge, og at de kommer sig hurtigere efter deres sygdom, hvis de bliver syge. Personer med stærke sociale relationer har desuden mindre risiko for at dø tidligt end personer med svage sociale relationer (1).

Sociale relationer kan beskrives ved hhv. et strukturelt og et funktionelt aspekt. Det strukturelle aspekt dækker over, hvor mange og hvilke personer den enkelte har kontakt med – det vil sige den kvantitative del af de sociale relationer. Det funktionelle aspekt udgør den form for støtte, en person modtager fra sit netværk, eller de problemer og bekymringer, som netværket giver – det vil sige den kvalitative del af de sociale relationer (1).

#### Det strukturelle aspekt af sociale relationer

Omfanget af sociale relationer er belyst ved at spørge svarpersonerne om, hvor ofte de træffer hhv. familie samt venner og bekendte. I tabel 10.1 ses, at der både blandt mænd og kvinder generelt er større andele med dårlig mental sundhed blandt personer, der sjældent eller aldrig træffer familie, sammenholdt med personer, der træffer familien mindst én gang om måneden. Den samme tendens ses i forhold til venner og bekendte.

**Tabel 10.1 Mental sundhed i forhold til det strukturelle aspekt af sociale relationer. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Træffer familie (p < 0,0001)	Dagligt	5,8	26,7	67,6	732
	1-2 pr. uge	7,1	20,7	72,2	2.033
	1-2 pr. måned	7,3	23,8	69,0	1.507
	Sjældent/aldrig	13,5	29,2	57,3	478
Træffer venner og bekendte (p = 0,02)	Dagligt	8,5	24,2	67,3	1.107
	1-2 pr. uge	7,2	24,0	68,8	2.087
	1-2 pr. måned	6,5	21,3	72,2	1.250
	Sjældent/aldrig	12,4	26,3	61,3	307
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Træffer familie (p = 0,002)	Dagligt	11,8	22,9	65,3	878
	1-2 pr. uge	12,0	27,0	61,0	2.479
	1-2 pr. måned	11,9	28,5	59,6	1.510
	Sjældent/aldrig	17,8	28,9	53,4	462
Træffer venner og bekendte (p < 0,0001)	Dagligt	13,5	27,6	58,9	1.102
	1-2 pr. uge	10,9	27,1	62,0	2.414
	1-2 pr. måned	12,6	26,5	60,9	1.538
	Sjældent/aldrig	21,5	24,7	53,8	273
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

De to spørgsmål er rettet mod, hvor ofte svarpersonerne har kontakt til familie og venner, og svarene viser ikke nødvendigvis, hvor megen social kontakt personerne reelt har. Selvom en person har angivet, at vedkommende ikke har nærværdig social kontakt til sin familie, kan den enkelte have megen social kontakt til venner og bekendte, ligesom det modsatte kan være tilfældet. Endvidere kan en svarperson have mange sociale relationer på arbejdspladsen og kan derigennem få dækket sit sociale behov. Derudover angiver ovenstående sociale relationer ikke, hvorvidt behovet for socialt samvær med andre opleves som dækket, og det er meget individuelt, hvor stort et behov for social kontakt den enkelte har.

### Det funktionelle aspekt af sociale relationer

For at belyse, hvorvidt en person får dækket sit behov for socialt samvær med andre, det vil sige det funktionelle aspekt af sociale relationer, er der spurgt til, om det nogensinde sker, at personen er alene selvom han eller hun egentlig har mest lyst til at være sammen med andre. Det fremgår af tabel 10.2, at forekomsten af dårlig mental sundhed er højere blandt personer, der ofte eller en gang imellem er uønsket alene, end blandt personer, der sjældent eller aldrig er uønsket alene. Dette gælder både blandt mænd og kvinder.

Gennem sociale netværk er det muligt at få praktisk hjælp og støtte, fx hvis man bliver syg. Dette er belyst ved at spørge til, hvorvidt personen regner med at kunne få hjælp fra andre til praktiske problemer i tilfælde af sygdom. Der er en større andel, der har dårlig mental sundhed, blandt personer der måske eller ikke kan

regne med hjælp fra andre sammenholdt med personer, der helt sikkert kan regne med hjælp (tabel 10.2). Dette gælder både blandt mænd og kvinder.

Desuden er der spurgt til, hvorvidt personerne føler, at der er nogen i deres familie eller blandt deres venner, der kræver for meget af dem i deres hverdag, hvilket kan være et udtryk for de problemer og bekymringer, som netværket kan give. Det fremgår af tabel 10.2, at der sker en fordobling i forekomsten af dårlig mental sundhedstilstand blandt personer, som føler, at der er nogen i deres familie eller blandt deres venner, der kræver for meget af dem i hverdagen, sammenholdt med personer, der ikke føler, at nogen kræver for meget af dem.

Disse tre spørgsmål belyser det funktionelle aspekt og giver et mere nøjagtigt billede af, hvorvidt personerne føler, at de får dækket deres behov for socialt samvær med andre.

**Tabel 10.2 Mental sundhed i forhold til det funktionelle aspekt af sociale relationer. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Uønsket alene (p < 0,0001)	Ofte/en gang imellem	18,1	30,8	51,1	591
	Sjældent/aldrig	6,1	22,4	71,4	4.150
Kan regne med hjælp fra andre ved sygdom (p < 0,0001)	Måske/nej	12,8	21,4	65,8	789
	Ja, helt sikkert	6,6	24,0	69,5	3.895
Nogen der kræver for meget af én (p < 0,0001)	Ja	15,7	30,0	54,3	417
	Nej	6,8	22,9	70,3	4.323
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Uønsket alene (p < 0,0001)	Ofte/en gang imellem	25,3	32,0	42,7	990
	Sjældent/aldrig	9,6	25,7	64,8	4.328
Kan regne med hjælp fra andre ved sygdom (p < 0,0001)	Måske/nej	19,9	27,2	53,0	784
	Ja, helt sikkert	11,1	27,0	61,9	4.492
Nogen der kræver for meget af én (p < 0,0001)	Ja	19,4	34,0	46,7	873
	Nej	11,0	25,6	63,4	4.446
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

Udover de oven for nævnte positive aspekter ved sociale relationer foreligger der imidlertid en lang række forskningsresultater, som viser, at sociale relationer også kan være en barriere for udvikling og forbedring af sundhedsadfærd og helbred. Sociale relationer kan desuden være en barriere i den forstand, at mennesker kan give hinanden bekymringer, udnytte og på anden måde skade hinanden. Et eksempel kan være situationer, hvor de sociale relationer bliver en belastning fx i forbindelse med sygdom hos en ægtefælle eller nære slægtninge. Mobning og uvenskab i familien eller lignende er andre eksempler på, hvordan sociale relationer kan have en negativ effekt på helbredet. Igennem de senere år har flere undersøgelser sat fokus på disse aspekter af sociale relationer (2).

## Social kapital

Social kapital kan defineres som de træk ved den sociale struktur (fx tillid og normer for gensidig hjælp), som er ressourcer for det enkelte menneske og fremmer den fælles indsats. Således udgør social kapital en ressource, der rækker udover individernes blotte fællesskab. Social kapital handler om netværks og relationers synergieffekt. Social kapital betragtes som en ressource for både det enkelte individ og samfundet. Studier har vist, at jo højere tillid, der er mellem mennesker i et geografisk område, desto lavere dødelighed. Endvidere ser det ud til, at jo højere tillid, der er mellem mennesker, desto højere andel føler, at de har et godt helbred (1,2).

I SUSY-undersøgelserne er der spurgt til, hvor ofte svarpersonen deltager i foreningsliv/fritidsaktiviteter sammen med andre. Det fremgår af tabel 10.3, at der hos både mænd og kvinder er en større andel, der har dårlig mental sundhed, blandt personer der aldrig deltager i foreningsliv, sammenlignet med personer, der deltager i foreningsliv.

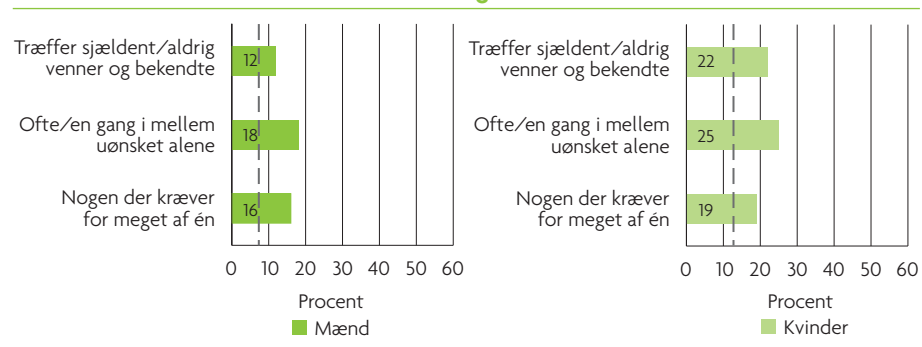
**Tabel 10.3 Mental sundhed i forhold til deltagelse i foreningsliv/fritidsaktiviteter. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Deltager i foreningsliv/fritidsaktiviteter (p < 0,0001)	Flere gange om ugen	5,9	20,2	73,9	1.371
	Ca. en gang om ugen	6,7	25,2	68,1	1.047
	1-3 gange om måneden	6,0	24,0	70,0	678
	Sjældnere	7,7	24,9	67,4	752
	Aldrig	12,5	24,9	62,6	899
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Deltager i foreningsliv/fritidsaktiviteter (p < 0,0001)	Flere gange om ugen	9,7	25,0	65,3	1.431
	Ca. en gang om ugen	10,3	26,9	62,8	1.340
	1-3 gange om måneden	11,1	28,6	60,3	664
	Sjældnere	11,5	30,9	57,6	790
	Aldrig	19,9	25,8	54,4	1.098
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

## Opsummering

Der ses en sammenhæng mellem sociale relationer og den mentale sundhedstilstand. Forekomsten af dårlig mental sundhed er højere blandt personer, der har svage sociale relationer, end blandt personer med stærke sociale relationer. Endvidere er der en højere forekomst af dårlig mental sundhed blandt personer, der aldrig deltager i foreningsliv/fritidsaktiviteter, sammenholdt med personer, der ugentligt deltager i foreningsliv/fritidsaktiviteter. Sammenhængene gælder for både mænd og kvinder. Udvalgte sammenhænge mellem sociale relationer og dårlig mental sundhed er illustreret i figur 10.1.

**Figur 10.1 Dårlig mental sundhed i forhold til udvalgte indikatorer for sociale relationer. Mænd og kvinder. Procent.**



## Referencer

1. Lund R, Due P. Sociale relationer og helbred. I Iversen L et al., red. Medicinsk sociologi- samfund, sundhed og sygdom, København: Munksgaard, 2002.
2. Due P, Holstein B. Sociale relationer og sundhed. I Kamper-Jørgensen F, Almind G, red. Forebyggende sundhedsarbejde, København: Munksgaard, 2009.



# Kapitel 11

## Livsomstændigheder, selvmordsadfærd og vold

Både børn og voksne udsættes for gode og dårlige livsomstændigheder og alvorlige begivenheder, som kan få betydning i et livsforløbsperspektiv. Det være sig langvarig sygdom, dødsfald, forhold i hjemmet eller forhold på arbejdspladsen. Er der tale om positive forhold, kan livsomstændighederne være beskyttende faktorer i relation til fysiske, mentale og sociale helbredsaspekter. Er de negative, er der tale om risikofaktorer (se oversigt over faktorer af betydning for mental sundhed, figur 1.1).

I SUSY-2005 er der for første gang medtaget en række indikatorer for livsomstændigheder eller alvorlige begivenheder i barndom, arbejdsliv og voksenliv.

Herudover belyses sammenhængen mellem selvmordsadfærd hhv. udsættelse for vold og den mentale sundhedstilstand.

### Livsomstændigheder og alvorlige begivenheder i barndommen

Til belysning af livsomstændigheder og alvorlige begivenheder i barndommen blev der stillet følgende spørgsmål: ”Har du i løbet af din barndom og ungdom været ude for nogle af følgende alvorlige begivenheder?” De fem underspørgsmål fremgår af tabel 11.1. Alle underspørgsmål skulle besvares med ja eller nej. Sidst i tabellen præsenteres et mål for ophobning af alvorlige begivenheder eller dårlige livsomstændigheder.

**Tabel 11.1 Mental sundhed blandt personer udsat for forskellige former for livsomstændigheder og alvorlige begivenheder i barndommen. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Langvarig sygdom hos én af forældrene (p > 0,01)	Ja	9,1	25,3	65,6	1.103
	Nej	7,0	22,9	70,1	3.592
Anbragt uden for hjemmet (p < 0,001)	Ja	11,8	26,6	61,6	275
	Nej	7,2	23,4	69,5	4.416
Langvarige familie-konflikter (p < 0,0001)	Ja	13,8	31,8	54,4	680
	Nej	6,4	22,1	71,5	4.001
Langvarig arbejdsløshed hos én af forældrene (p < 0,001)	Ja	11,6	32,6	55,9	303
	Nej	7,2	22,9	69,9	4.379
Langvarige økonomiske problemer i familien (p < 0,0001)	Ja	11,5	29,9	58,7	565
	Nej	6,9	22,6	70,4	4.121
Antal positive svar (p < 0,0001)	0	6,0	21,3	72,7	2.835
	1	7,7	24,2	68,1	1.134
	2	11,2	30,9	57,8	411
	3 eller flere	14,9	31,5	53,6	263
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Langvarig sygdom hos én af forældrene (p < 0,01)	Ja	15,0	26,8	58,3	1.394
	Nej	11,3	27,0	61,6	3.854
Anbragt uden for hjemmet (p < 0,0001)	Ja	24,1	30,2	45,7	275
	Nej	11,6	26,8	61,6	4.953
Langvarige familie-konflikter (p < 0,0001)	Ja	22,1	34,9	43,0	968
	Nej	10,1	25,1	64,8	4.272
Langvarig arbejdsløshed hos én af forældrene (p < 0,0001)	Ja	18,4	35,6	46,0	375
	Nej	11,9	26,2	61,9	4.856
Langvarige økonomiske problemer i familien (p < 0,0001)	Ja	23,2	30,4	46,4	728
	Nej	10,6	26,4	63,0	4.509
Antal positive svar (p < 0,0001)	0	9,1	24,8	66,1	3.001
	1	12,9	27,6	59,5	1.254
	2	17,7	34,4	47,9	570
	3 eller flere	27,9	29,4	42,8	350
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

For alle nævnte livsomstændigheder eller alvorlige begivenheder gælder, at der er en større andel med dårlig mental sundhed blandt personer, der har været udsat

for disse omstændigheder sammenlignet med personer, der ikke har oplevet sådanne begivenheder. Blandt mænd er forskellen i andelen med dårlig mental sundhed mest udtalt i relation til langvarige familiekonflikter. Blandt kvinder er forskellen i andelen med dårlig mental sundhed størst i relation til langvarige familiekonflikter, langvarige økonomiske problemer i familien og i relation til at være anbragt uden for hjemmet. For alle underspørgsmål gælder tillige, at andelen med god mental sundhed er størst blandt personer, der ikke har været udsat for begivenhederne.

Det fremgår endvidere af tabellen, at både blandt mænd og kvinder stiger forekomsten af dårlig mental sundhed med stigende antal dårlige livsomstændigheder eller negative alvorlige begivenheder, som svarpersonen har haft, og tilsvarende falder forekomsten af god mental sundhedstilstand.

### Livsomstændigheder og alvorlige begivenheder i arbejdslivet

Her indgår kun tre underspørgsmål, der handler om alvorlige konflikter i forhold til kolleger, i forhold til overordnede og i forhold til underordnede (tabel 11.2). Spørgsmålet lød: ”Har du i løbet af dit arbejdsliv og karriere været ude for nogle af følgende alvorlige begivenheder?” Svarmulighederne var ja inden for det sidste år, ja for 1-5 år siden, ja for mere end 5 år siden og nej?” I analyserne sammenlignes det at have været ude for en alvorlig begivenhed (dvs. alle ja-svar) med nej. Svarpersoner, der aldrig har været erhvervsaktive eller fx ikke har haft underordnede, blev bedt om at svare ”ikke relevant”. Disse indgår ikke i analyserne.

Også her ses klar sammenhæng mellem mental sundhedstilstand og langvarige eller alvorlige konflikter med hhv. kolleger, overordnede og underordnede. Forekomsten af dårlig mental sundhed er både blandt mænd og kvinder højest blandt personer, der har oplevet konflikter i forholdet til kolleger hhv. overordnede og underordnede.

Endvidere viser sammentællingen af antallet af alvorlige begivenheder, at forekomsten af dårlig mental sundhed stiger med stigende antal alvorlige begivenheder. Blandt kvinder fra en forekomst på 9,6% blandt personer uden konflikter til en forekomst på 28,4% blandt personer, der har oplevet alvorlige begivenheder i relation til alle parter (kolleger, overordnede og underordnede). Stigningen er lidt mindre blandt mænd (fra 6,1% til 14,6%). Ved optællingen af antal alvorlige begivenheder er personer med mindst én ikke-relevant besvarelse ekskluderet.

**Tabel 11.2 Mental sundhed blandt personer, der har haft forskellige former for livsomstændigheder og alvorlige begivenheder i arbejdslivet. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Langvarige eller alvorlige konflikter med kollegaer (p < 0,0001)	Ja	11,8	32,0	56,2	642
	Nej	6,6	22,1	71,3	3.695
	Ikke relevant	10,3	23,0	66,7	358
Langvarige eller alvorlige konflikter med overordnede (p < 0,0001)	Ja	11,7	29,2	59,0	862
	Nej	6,3	22,1	71,6	3.479
	Ikke relevant	9,6	24,0	66,3	350
Langvarige eller alvorlige konflikter med underordnede (p < 0,0001)	Ja	10,5	31,8	57,8	314
	Nej	7,0	22,6	70,3	3.929
	Ikke relevant	10,0	25,7	64,2	451
Antal positive svar (p < 0,0001)	0	6,1	21,7	72,3	3.016
	1	8,4	24,3	67,3	739
	2	13,2	31,4	55,4	279
	3	14,6	43,3	42,1	115
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Langvarige eller alvorlige konflikter med kollegaer (p < 0,0001)	Ja	18,3	29,1	52,6	936
	Nej	10,3	26,4	63,3	3.785
	Ikke relevant	17,1	26,8	56,0	538
Langvarige eller alvorlige konflikter med overordnede (p < 0,0001)	Ja	16,5	32,7	50,8	852
	Nej	10,9	25,6	63,5	3.839
	Ikke relevant	16,8	26,0	57,2	544
Langvarige eller alvorlige konflikter med underordnede (p < 0,0001)	Ja	21,1	29,9	49,0	240
	Nej	11,3	26,4	62,3	4.212
	Ikke relevant	16,2	28,3	55,5	763
Antal positive svar (p < 0,0001)	0	9,6	25,0	65,4	3.190
	1	15,9	31,2	52,9	809
	2	18,6	29,3	52,1	311
	3	28,4	30,8	40,8	91
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

## Livsomstændigheder og alvorlige begivenheder i voksenlivet

I relation til voksenlivet lød spørgsmålet: ”Har du i løbet af dit voksenliv været ude for nogle af følgende alvorlige begivenheder?” Svarkategorierne var som i relation til arbejdslivet, og desuden var der mulighed for at svare ”ikke relevant”, hvis man fx ikke havde børn eller ikke var gift eller samlevende.

Der indgik fire underspørgsmål om hhv. langvarig eller alvorlig sygdom hos børn, langvarige eller alvorlige konflikter med voksne børn, langvarige eller alvorlige

ægteskabelige problemer eller problemer med fast samlever samt langvarig eller alvorlig sygdom eller død hos familiemedlem (tabel 11.3).

For alle underspørgsmål gælder det, at forekomsten af dårlig mental sundhed er højst blandt personer, der rapporterer, at de har været udsat for de forskellige former for alvorlige begivenheder. For både mænds og kvinders vedkommende ses, at forekomsten af dårlig mental sundhed fordobles, når man sammenligner personer, der har hhv. ikke har været udsat for langvarige konflikter med voksne børn og problemer med ægtefælle eller fast samlever. Eneste undtagelse er både mænd og kvinder, der har været udsat for langvarig eller alvorlig sygdom eller død hos familiemedlem.

Sammentællingen af antal alvorlige begivenheder i voksenlivet viser også her stigende forekomst af dårlig mental sundhed med stigende antal alvorlige begivenheder og faldende forekomst af god mental sundhed med stigende antal alvorlige begivenheder.

**Tabel 11.3 Mental sundhed blandt personer, der har haft forskellige former for livsomstændigheder og alvorlige begivenheder i voksenlivet. Mænd og kvinder. Procent.**

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Langvarig eller alvorlig sygdom hos børn (p < 0,001)	Ja	9,9	19,8	70,3	528
	Nej	6,8	23,2	70,0	3.492
	Ikke relevant	9,7	28,2	62,0	652
Langvarige eller alvorlige konflikter med voksne børn (p < 0,0001)	Ja	14,0	25,6	60,4	289
	Nej	6,4	22,6	71,0	3.642
	Ikke relevant	10,5	27,5	62,0	742
Langvarige eller alvorlige ægteskabelige problemer eller problemer med fast samlever (p < 0,0001)	Ja	11,4	27,7	60,9	1.146
	Nej	5,5	21,6	72,9	3.099
	Ikke relevant	11,7	26,4	61,9	430
Langvarig eller alvorlig sygdom eller død hos familiemedlem (p > 0,1)	Ja	7,8	23,7	68,5	2.817
	Nej	6,9	23,0	70,1	1.665
	Ikke relevant	7,7	27,9	64,3	181
Antal positive svar (p < 0,0001)	0	4,8	21,4	73,8	1.015
	1	5,5	22,2	72,3	1.681
	2	8,7	23,8	67,5	822
	3 eller flere	14,7	25,6	59,8	228
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753

(fortsættes næste side)

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Kvinder</b>					
Langvarig eller alvorlig sygdom hos børn (p < 0,01)	Ja	15,3	26,0	58,7	775
	Nej	11,0	26,2	62,8	3.701
	Ikke relevant	16,1	30,0	53,9	739
Langvarige eller alvorlige konflikter med voksne børn (p < 0,0001)	Ja	21,1	27,7	51,2	388
	Nej	10,6	25,7	63,7	3.910
	Ikke relevant	16,5	30,2	53,4	917
Langvarige eller alvorlige ægteskabelige problemer eller problemer med fast samlever (p < 0,0001)	Ja	17,6	31,4	51,0	1.416
	Nej	9,3	24,5	66,3	3.353
	Ikke relevant	18,9	28,4	52,8	458
Langvarig eller alvorlig sygdom eller død hos familiemedlem (p > 0,01)	Ja	13,0	26,6	60,4	3.549
	Nej	10,1	27,1	62,8	1.499
	Ikke relevant	16,9	29,9	53,2	180
Antal positive svar (p < 0,0001)	0	7,9	24,4	67,7	855
	1	9,4	25,1	65,5	1.827
	2	14,8	26,0	59,2	1.072
	3 eller flere	18,6	31,2	50,2	324
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

## Selvmoedsadfærd og udsættelse for vold eller seksuelle overgreb

Af tabel 11.4 fremgår en statistisk stærk sammenhæng mellem inden for det sidste år at have tænkt på at tage sit eget liv og mental sundhedstilstand. Forekomsten af dårlig mental sundhed er syv gange så høj blandt mænd, der inden for det sidste år har haft tanker om at tage deres eget liv sammenholdt med mænd uden sådanne tanker. Blandt kvinder er der tale om næsten fem gange så mange. Også forekomsten af moderat mental sundhed er markant overrepræsenteret blandt både mænd og kvinder, der har haft selvmordstanker inden for det sidste år.

Udsættelse for vold eller seksuelle overgreb inden for det sidste år er associeret til mental sundhed, idet forekomsten af dårlig mental sundhed blandt både mænd og kvinder er ca. dobbelt så høj blandt personer, der har været udsat for vold sammenlignet med personer, der ikke har været det. Også her ses, at forekomsten af moderat mental sundhed er markant højere blandt personer, der har været udsat for vold.

Der er ikke fundet sammenhæng mellem seksuel orientering (heteroseksualitet contra homoseksualitet og biseksualitet) og mental sundhedstilstand (data ikke vist).

**Tabel 11.4 Mental sundhed blandt personer, der inden for det sidste år har haft selvmordstanker hhv. har været udsat for vold. Mænd og kvinder. Procent.**

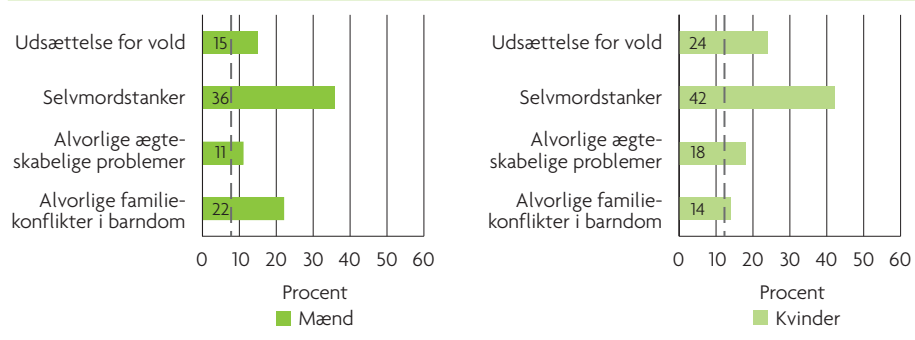
		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		Dårlig	Moderat	God	
<b>Mænd</b>					
Har tænkt på at tage sit eget liv inden for det sidste år (p < 0,0001)	Ja	35,6	38,4	26,0	140
	Nej	5,1	21,3	73,6	2.141
Har været udsat for vold eller seksuelle overgreb inden for det sidste år (p < 0,0001)	Ja	14,9	30,0	55,1	149
	Nej	6,6	22,5	70,9	2.043
I alt		7,6	23,5	68,9	4.753
<b>Kvinder</b>					
Har tænkt på at tage sit eget liv inden for det sidste år (p < 0,0001)	Ja	42,3	35,4	22,2	204
	Nej	8,9	25,6	65,5	2.361
Har været udsat for vold eller seksuelle overgreb inden for det sidste år (p < 0,0001)	Ja	23,9	38,2	37,9	153
	Nej	11,2	25,6	63,2	2.366
I alt		12,5	26,9	60,6	5.329

## Opsummering

Der er påvist klare sammenhænge mellem at have været udsat for forskellige former for alvorlige begivenheder i barndom, i arbejdsliv og i voksenliv og mental sundhedstilstand. Jo flere alvorlige begivenheder en person har været udsat for, desto større forekomst af dårlig mental sundhed.

Ligeledes er der fundet stærke sammenhænge mellem at have haft selvmordstanker inden for det sidste år hhv. at have været udsat for vold eller seksuelle overgreb og mental sundhedstilstand. Forekomsten af dårlig mental sundhed er næsten syv gange højere blandt mænd, der har haft selvmordstanker og fem gange højere blandt kvinder sammenholdt med personer uden selvmordstanker. Der er en fordobling i forekomsten af dårlig mental sundhed blandt personer, der har været udsat for vold eller seksuelle overgreb sammenholdt med personer, der ikke har været udsat. Figur 11.1 viser udvalgte resultater i relation til forekomsten af dårlig mental sundhedstilstand.

**Figur 11.1 Dårlig mental sundhed og udvalgte indikatorer på negative livsomstændigheder. Mænd og kvinder. Procent.**





## Kapitel 12

# Udviklingen i befolkningens mentale sundhed

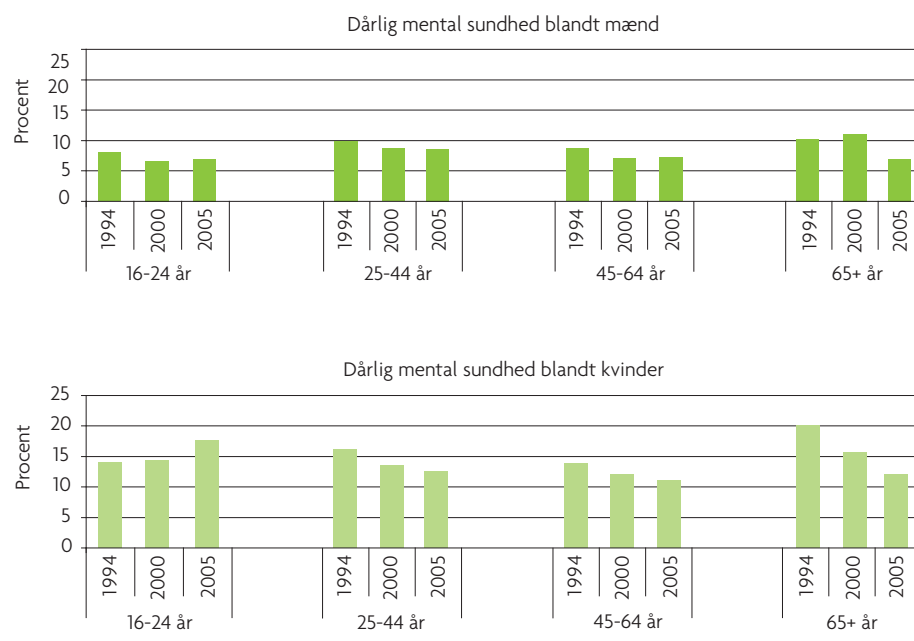
Som tidligere nævnt har SF-36 indgået i SUSY-undersøgelserne siden 1994, hvilket betyder, at det er muligt at følge udviklingen i befolkningens mentale sundhedstilstand fra 1994 til 2005.

Forekomsten af dårlig mental sundhed i befolkningen er faldet fra 12,6% i 1994 til 10,9% i 2000 og 10,2% i 2005, mens forekomsten af god mental sundhed tilsvarende er steget fra 61,3% i 1994 til 63,5% i 2000 og 65,5% i 2005. Samme mønster ses samlet for hhv. mænd og kvinder, men hvis alder også inddrages i beskrivelsen, bliver billedet lidt mere ustabil. Figur 13.1 viser udviklingen i forekomsten af dårlig mental sundhed. Billedet er tydeligst blandt kvinder, hvor der ses klar stigning i forekomsten af dårlig mental sundhed blandt de 16-24 årige, men et konstant fald i de øvrige aldersgrupper. Udviklingen blandt mænd er uklar, og i ingen af aldersgrupperne er der en klar stigende eller faldende udviklingstendens. Udviklingen i forekomsten af god mental sundhed viser en lille stigning blandt mænd i alle aldersgrupper på nær de 25-44 årige, hvor der samlet set ikke er sket ændringer fra 1994 til 2005 (figur 13.2). Blandt kvinder ses i den yngste aldersgruppe fald i forekomsten af god mental sundhed (det svarer til stigningen i forekomsten af dårlig mental sundhed), uændret forekomst blandt de 25-44 årige og stigende forekomst i de to ældste aldersgrupper.

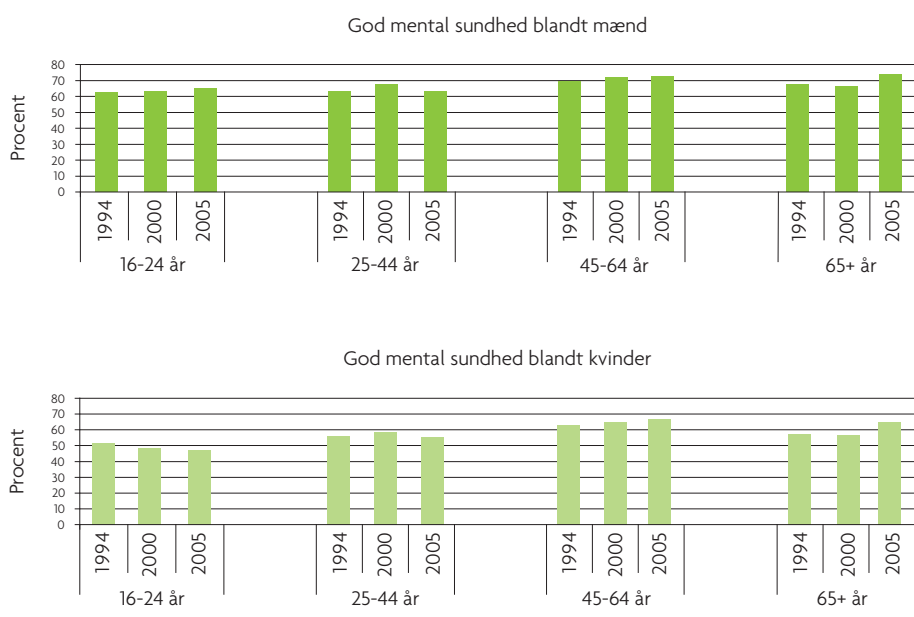
Resultaterne må tages med forbehold. Dels er der alene tale om en rent deskriptiv analyse, dels er der i den foretagne analyse ikke taget højde for betydningen af bortfaldet i hver af undersøgelsesårene. Det er dokumenteret, at bortfaldet både i forbindelse med selve interviewet og i forbindelse med det selvadministrerede spørgeskema (hvor SF-36 indgår), er steget markant fra 1994 til 2005. For det selvadministrerede spørgeskemas vedkommende drejer det sig om en stigning i bortfaldet fra 31,9% i 1994 til 36,5% i 2000 og 48,5% i 2005. Før der er gennemført en grundig analyse af udviklingen, hvor også betydningen af det stigende bortfald inddrages, er der alene tale om formodninger angående bortfaldets betydning for udviklingen i mental sundhed. Men fra bortfaldsanalysen (se kapitel 3) vides, at der blandt personer, der ikke har besvaret det selvadministrerede spørgeskema eller har besvaret det ufuldstændigt, er en overrepræsentation af personer med dårlige socioøkonomiske forhold, med dårligt fysisk og psykisk helbred og med dårligt socialt netværk sammenlignet med personer, der har besvaret det selvadministrerede spørgeskema. Det kan således tænkes, at den beskrevne udvikling – som følge af ændringer i bortfaldsmønsteret – er mere positiv, end den reelt er.

Med ovennævnte forbehold kan det konkluderes, at der blandt kvinder generelt er tale om en positiv udvikling i mental sundhed. Undtaget er dog de 16-24 årige kvinder, hvor andelen med dårlig mental sundhed er stigende, og andelen med god mental sundhed er faldende. Billedet er uklart blandt mænd, dog med tendens til stigning i andelen med god mental sundhed.

**Figur 12.1 Forekomst af dårlig mental sundhed 1994-2005. Mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent**



**Figur 12.2 Forekomst af god mental sundhed 1994-2005. Mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent.**



## Kapitel 13

### Diskussion

Rapporten er det første forsøg på at give en samlet beskrivelse af danskernes mentale sundhedstilstand i lighed med de kommunale, regionale og nationale sundhedsprofiler, der i de senere år har medvirket til dels at gøre status på danskernes sundhedstilstand og dels at tilrettelægge forebyggende og sundhedsfremmende indsatser. Det mentale aspekt af vores sundhedsbegreb er kun inddraget nødtørftigt i de hidtidigt gennemførte sundhedsprofiler, dels fordi der i mange år har været langt mere fokus på de fysiske aspekter af sundhedsbegrebet, dels fordi det har været vanskeligt at operationalisere begrebet mental sundhed.

Traditionelt har der ikke været skelnet skarpt mellem begreberne mental sundhed og psykisk sygdom. I WHO's definition af mental sundhed, som Sundhedsstyrelsen har valgt at lægge vægt på, sættes der imidlertid fokus på trivselsaspektet. I forlængelse heraf er det centralt, at indsatser i relation til mental sundhed ikke kun skal rettes mod patienter med psykisk sygdom eller højrisikogrupper, men også mod fremme af hele befolkningens velbefindende, trivsel og evne til at klare dagligdagens udfordringer.

#### Operationalisering af mental sundhed

Mental sundhed er i denne rapport forsøgt operationaliseret i overensstemmelse med WHO's definition og i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens opfattelse af, at mental sundhed og psykisk sygdom er to adskilte, men overlappende dimensioner.

Udgangspunktet for arbejdet har været at anvende data fra den seneste landsdækkende SUSY-undersøgelse fra 2005 og dermed på grundlag af eksisterende data både at udvikle en indikator for mental sundhed på basis af selvrapporterede data og at beskrive forekomsten af mental sundhed i befolkningen. Det betød, at operationalisering af mental sundhed på grundlag af SF-12 stort set var den eneste mulighed, men samtidig en optimal mulighed. Dels fordi SF-12 er et udbredt og anerkendt generisk helbredsstatusmål, og dels fordi det er besluttet, at SF-12 skal indgå i det fremtidige kommunale, regionale og nationale sundhedsprofilarbejde. Således bliver der mulighed for fremover at følge udviklingen i danskernes mentale sundhedstilstand.

Det ville have været hensigtsmæssigt med et udviklingsarbejde før selve beskrivelsen blev gennemført fx ved på pilotniveau at have sammenlignet resultater fra SF-12 med andre generiske helbredsstatusmål. Dels for at belyse validiteten af SF-12 på et dansk materiale, og dels for at vurdere hvorledes de forskellige skalaer håndterer overlappet mellem mental sundhed og psykisk sygdom. Udenlandske undersøgelser har imidlertid vist høj validitet af SF-12. Personer med psykiske lidelser scorer markant lavere på SF-12 end personer uden psykiske lidelser, og det samme mønster ses i relation til mindre psykiske lidelser og symptomer.

En ulempe ved SF-12 kan være, at det først og fremmest måler reduktion i mental sundhed og ikke inddrager de salutogenetiske aspekter, altså de processer og forhold, der skaber, udvikler og fastholder sundhed hos det enkelte menneske, i grupper og/eller i samfundet. En fremtidig undersøgelse af mental sundhed kan med fordel udvides hermed.

Den mentale helbreds-komponent (MCS) beregnes som en score mellem 0 og 100. Jo højere score, des bedre sundhedstilstand. Sædvanligvis præsenteres MCS ved denne score – men ønsket om at kunne identificere en målgruppe med dårlig mental sundhed nødvendiggjorde en yderligere opdeling i eksempelvis tre eller flere grupper. Der er arbejdet med at finde cut-off-punkter i forbindelse med valideringen af SF-12 i relation til psykiske sygdomme, men så vidt vides er der ikke tidligere arbejdet med en egentlig kategorisering af MCS-scoren.

Resultaterne fra undersøgelsens indledende eksplorative fase, der blev gennemført på grundlag af enkelte udvalgte indikatorer fra SUSY-2005, viste entydige resultater mht. at definere gruppen med dårlig mental sundhed til den nederste 10%-percentil på MCS-scoren. I denne gruppe var der en klar ophobning af personer med langvarig psykisk sygdom, af personer, der kun af og til eller aldrig føler sig friske nok til at gøre, hvad de har lyst til, af personer, der har været generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst inden for en 14-dages periode, og af personer, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis der er problemer eller brug for støtte. Det er alle indikatorer, som i henhold til eksisterende viden er associeret til mental sundhed. Disse indikatorer er alene brugt i den eksplorative fase til kategoriseringen af mental sundhed og indgår ikke i den efterfølgende beskrivelse af befolkningens mentale sundhedstilstand. Derimod blev der ikke fundet entydige resultater mht. afgrænsningen af gruppen med god mental sundhed. Flere forskellige afgrænsninger blev forsøgt, fx ved 50%- og 60%-percentilen, men der var fortsat ikke entydige resultater.

Afgrænsningen af de tre grupper af mental sundhed kan naturligvis diskuteres, og i nær tilknytning hertil antallet af kategorier. 10%-percentilen blev valgt, men datamæssigt kunne der også være argumenteret for en grænse ved 20% eller for den sags skyld 15%. Begge dele ville formentlig have gjort beskrivelsen af gruppen med dårlig mental sundhed mindre klar og entydig. Bag afgrænsningen af gruppen med god mental sundhed ved 65%-percentilen lå først og fremmest mere strategiske overvejelser om ikke at karakterisere en for stor del af befolkningen som havende dårlig eller moderat mental sundhed. Resultaterne i den eksplorative fase pegede umiddelbart i retning af en opdeling i blot to grupper – stadigvæk ved 10%-percentilen – men en sådan dikotomisering i god og dårlig mental sundhed blev fundet uhensigtsmæssig og for unuanceret. Det blev også overvejet at opdele i flere kategorier. Det ville selvfølgelig have givet en mere detaljeret og nuanceret beskrivelse, men for at skabe overblik ville det nok alligevel have været nødvendigt at slå nogle kategorier sammen.

Endelig blev terminologien grundigt overvejet. Skulle det hedde: høj, middel, lav mental sundhed? God, mellem, dårlig mental sundhed? God, nogenlunde, dårlig mental sundhed? Skulle begrebet psykisk sårbar inddrages i terminologien osv. Også her er der tale om et valg.

## Undersøgelsens repræsentativitet

SF-12 indgår i det selvadministrerede spørgeskema i SUSY-2005. Analyse af bortfaldet viste overordnet, at bortfaldet er ens for mænd og kvinder, at det er højere blandt de 80 årige eller derover end i de øvrige aldersgrupper, og at det er lavest blandt gifte.

Udover bortfaldet i forbindelse med manglende returnering af det selvadministrerede spørgeskema, er der også et bortfald i forbindelse med beregningen af MCS, som forudsætter, at samtlige spørgsmål i SF-12 er besvaret. Ved hjælp af oplysninger fra interviewskemaet var det muligt at sammenligne gruppen, hvor MCS kunne beregnes med gruppen, hvor MCS ikke kunne beregnes. Sammenligningen viste klar forskel mellem de to grupper. På basis af en række kendte determinanter for mental sundhed måtte det forventes, at den mentale sundhed var dårligst i gruppen, hvor MCS ikke kunne beregnes. Dette resultat understøttes endvidere af et forsøg på at kalibrere for bortfaldet, dvs. en statistisk beregning, hvor fordelingen af udvalgte variable gøres ens i begge grupper. Kalibreringen fik forekomsten af dårlig mental sundhed til at stige i alle køns- og aldersgrupper på nær blandt gruppen af kvinder på 80 år eller derover.

Bortfaldsanalysen viser således, at der formentlig vil være tale om en overestimering af befolkningens mentale sundhed, dvs. at gruppen med dårlig mental sundhed formentlig har det dårligere end undersøgelsens resultater viser. I relation til de mange fundne sammenhænge mellem mental sundhed og forskellige sundheds- og sygelighedsindikatorer betyder overestimeringen formentlig, at de fundne sammenhænge er lidt svagere, end de reelt er.

## Faktorer af betydning for mental sundhed?

For alle indikatorer, der er inddraget i undersøgelsen, gælder, at de både kan påvirke den mentale sundhed positivt og negativt. Er der tale om en positiv påvirkning, anvendes begreber som forebyggende, sundhedsfremmende eller beskyttende faktorer. Er der tale om negativ påvirkning, anvendes begreber som risikofaktorer eller determinanter.

Uanset om der er tale om sundhedsfremmende faktorer eller risikofaktorer, skal der kunne påvises årsagssammenhæng mellem den pågældende indikator og den mentale sundhedstilstand. Påvisningen af årsagssammenhænge kræver som minimum, at den tidsmæssige sammenhæng skal være fastslået. Kun såfremt ekspositionen kommer før udviklingen af en sygdom eller en tilstand, kan der være tale om kausale (årsagsforklarende) sammenhænge. Et andet kriterium er, at det ud fra et forebyggelsesmæssigt perspektiv skal være påvist, at sygeligheden formindskes, såfremt ekspositionen fjernes.

SUSY-2005 er en tværsnitsundersøgelse, der som sådan kun giver mulighed for at studere sammenhænge, men ikke at påvise årsagsrelationer. Undersøgelsen har vist sammenhæng mellem en lang række traditionelle mål for sundhed og sygelighed og mental sundhed, men undersøgelsen kan ikke afklare, hvad der er årsag, og hvad der er virkning.

## Kønsforskelle

Som vist i kapitel 4 rapporterer større andele blandt kvinder end blandt mænd dårlig mental sundhed, og større andele blandt mænd end blandt kvinder rapporterer god mental sundhed. De sundhedsmæssige forskelle mellem mænd og kvinder er velkendte (fx i relation til selv vurderet helbred, sygdomsforekomst, brug af sundhedsvæsenet og sundhedsvaner), og altså nu også vist i relation til mental sundhed. Forskellen i den mentale sundhedstilstand mellem mænd og kvinder er begrundelsen for at præsentere undersøgelsens resultater særskilt for mænd og kvinder.

Forskellen mellem mænd og kvinder gav anledning til overvejelser om præsentationen af undersøgelsens resultater. Skulle beskrivelsen af befolkningens mentale sundhedstilstand baseres på afgrænsningen af de tre grupper af mental sundhed i hele undersøgelsespopulationen, eller skulle afgrænsningen foretages særskilt for mænd og kvinder, således at gruppen med dårlig mental sundhed kom til at omfatte 10% blandt kvinder og 10% blandt mænd? Fordelen ved at lave afgrænsningen i hele populationen er, at den fundne forskel i mental sundhed mellem mænd og kvinder bliver meget synlig, og den er jo som sådan også et vigtigt resultat. Ulempen er, at datagrundlaget blandt mænd bliver relativt mindre end blandt kvinder – dog er der under alle omstændigheder tale om et pænt stort datamateriale.

Generelt gælder de fundne sammenhænge mellem de forskellige indikatorer og mental sundhed både blandt mænd og kvinder, og kun ganske få steder er der fundet sammenhæng kun for enten mænd eller kvinder. Eksempelvis er forekomsten af dårlig mental sundhed højere blandt kvinder, som ikke tror, at egen indsats har betydning for helbredet, end blandt kvinder, der tror, at egen indsats har betydning. Tilsvarende forskel findes ikke blandt mænd. Forekomsten af dårlig mental sundhed er højere blandt mænd, der overskrider genstandsgrænsen, mens der ikke er forskel i forekomsten blandt kvinder, der overskrider hhv. ikke overskrider genstandsgrænsen.

Undersøgelsen rummer på grund af sin beskrivende karakter et væld af indikatorer og dermed også en risiko for massesignifikans. Massesignifikans opstår, når der udføres mange statistiske tests og bevirker lidt populært sagt, at der findes for mange sammenhænge, dvs. at nogen af de i denne rapport fundne sammenhænge mellem mental sundhed og en række indikatorer kan risikere ikke at være reelle. Imidlertid er mange af de rapporterede p-værdier så små, at det vurderes, at problemet ikke er særlig stort.

## Behov for mere forskning

Som nævnt er dette den første beskrivelse af forekomsten af mental sundhed i en dansk, landsdækkende undersøgelse. Undersøgelsen giver en klar dokumentation af, at personer med dårlig mental sundhed ikke bare har det dårligt, når det gælder mental sundhed, men også har det dårligt, når det gælder de øvrige forhold og faktorer, der er af betydning for sundhed (socioøkonomiske forhold, sygelighed, sundhedsvaner og sundhedsmæssige ressourcer m.m.).

Samtidig sætter undersøgelsen fokus på behovet for yderligere kvalificering af vores viden om mental sundhed – dels i form af uddybende beskrivelser og analyser, og dels i form af validering af resultaterne. Der er mange steder at tage fat,

og forhåbentlig kan denne beskrivelse af danskernes mentale sundhed være med til at inspirere til ny forskning.

En mulighed for at kvalificere undersøgelsens resultater vil være at anvende DAN-COS-registeret (Danish National Cohort Study) til en registerbaseret opfølgning af personer, der i SUSY-2000 kunne karakteriseres som havende dårlig hhv. god mental sundhed. Deltagerne i SUSY-2000 vil kunne følges over en 10 årig periode i Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret, Psykiatrisk Centralregister og Sygesikringsregisteret. En anden mulighed vil være at sammenligne sygdomsbyrden ved de forskellige niveauer af mental sundhed, fx målt ved dødsfald, tabte leveår, tab i middellevetid, tabte gode leveår m.m. I forlængelse heraf vil der også kunne gennemføres omkostningsanalyser.

På basis af SUSY-undersøgelserne vil det desuden være muligt, at sammenligne de 10% af befolkningen, der har bedst mental sundhed med de 10%, der har dårligst mental sundhed. Der er også brug for en samlet beskrivelse af børn og unges mentale sundhed, ligesom der er brug for mere viden om determinanter for mental sundhed og dokumentation for indsatser i forhold til fremme af mental sundhed i forhold til forskellige målgrupper og arenaer.

## Konklusion

Med udgangspunkt i SUSY-2005 har det været muligt at udvikle en indikator til at beskrive mental sundhed blandt voksne danskere. Undersøgelsen viser entydigt, at personer med dårlig mental sundhed ikke blot har det dårligt på dette aspekt, men også på næsten alle andre aspekter af sundhed og sygelighed og på forhold af betydning herfor. Endvidere viser undersøgelsen, at kvinder rapporterer dårligere mental sundhed end mænd. De første analyser af udviklingen af mental sundhed fra 1994 til 2005 viser en svag forbedring af den mentale sundhedstilstand blandt kvinder i alle aldersgrupper på nær de 16-24 årige. Blandt mænd er billedet mere uklart. Det er vigtigt at følge udviklingen, og det er vigtigt at være opmærksom på udviklingen blandt de unge kvinder.

Selvom undersøgelsen med al tydelighed viser, hvor relevant det er at sætte fokus på mental sundhed, viser undersøgelsen også, at der er et stort behov for yderligere forskning på området, således at vores viden om mental sundhed kan forbedres.

## Bilag 1 SF-12

- 1 Hvordan synes De, Deres helbred er alt i alt? (Kun ét kryds)
- |             |                          |
|-------------|--------------------------|
| Fremragende | <input type="checkbox"/> |
| Vældig godt | <input type="checkbox"/> |
| Godt        | <input type="checkbox"/> |
| Mindre godt | <input type="checkbox"/> |
| Dårligt     | <input type="checkbox"/> |

De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen. Er de på grund af Deres helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?

- (Et kryds i hver linie)
- |   | Ja, meget begrænset      | Ja, lidt begrænset       | Nej, slet ikke begrænset |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2 Lettere aktiviteter såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 At gå flere etager op ad trapper                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Har De inden for de sidste 4 uger haft nogen af følgende problemer med Deres arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af Deres fysiske helbred?

- (Et kryds i hver linie)
- |   | Ja                       | Nej                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4 Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Jeg har været begrænset i, hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Har De inden for de sidste 4 uger haft nogen af følgende problemer med Deres arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?

- (Et kryds i hver linie)
- |   | Ja                       | Nej                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6 Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end jeg plejer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 8 Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort Deres daglige arbejde (både arbejde udenfor hjemmet og husarbejde)?

- (Kun ét kryds)
- |                |                          |
|----------------|--------------------------|
| Slet ikke      | <input type="checkbox"/> |
| Lidt           | <input type="checkbox"/> |
| Noget          | <input type="checkbox"/> |
| En hel del     | <input type="checkbox"/> |
| Virkelig meget | <input type="checkbox"/> |

Disse spørgsmål handler om, hvordan De har haft det i de sidste 4 uger. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger:

- (Et kryds i hver linie)
- |                                       | Hele tiden               | Det meste af tiden       | En hel del af tiden      | Noget af tiden           | Lidt af tiden            | På intet tidspunkt       |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9 Har De følt Dem rolig og afslappet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 Har de været fuld af energi?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Har De følt Dem trist til mode?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



12 Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har Deres fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (fx besøge venner, slægtninge osv.)?

(Kun ét kryds)

- |                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| Hele tiden         | <input type="checkbox"/> |
| Det meste af tiden | <input type="checkbox"/> |
| Noget af tiden     | <input type="checkbox"/> |
| Lidt af tiden      | <input type="checkbox"/> |
| På intet tidspunkt | <input type="checkbox"/> |

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

Sundhedsstyrelsen  
Center for Forebyggelse  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
Telefon 72 22 74 00

[sst@sst.dk](mailto:sst@sst.dk)  
[www.sst.dk](http://www.sst.dk)