

Analyse

21. december 2018

Hvad er omfanget af stress i Danmark? En registerbaseret tilgang

Af Kristine Vasiljeva, Kristian Binderup Jørgensen, Rasmus Kornbek og Sebastian Hørlück

Omfanget af stress fylder meget i samfundsdebatten, da stress er forbundet med både personlige og samfundsøkonomiske omkostninger. Flere undersøgelser peger på et stigende omfang af stress, men de er alle spørgeskemaundersøgelser, som er baseret på et selvrporteret stressniveau og dækker en begrænset del af danskerne. Derfor har vi udviklet en registerbaseret stressindikator, som dækker alle beskæftigede og som er baseret på mere objektive kriterier for om en person har stress.

- Vores registerbaserede stressindikator er baseret på summen af to delindikatorer. Den første delindikator er andelen af personer i den erhvervsaktive alder, som har fået stillet en stressrelateret diagnose i hospitalsvæsenet ifm. indlæggelse eller ambulansbesøg. Den anden delindikator er andelen af beskæftigede med en stressrelateret sygdomsmeddelelse, dvs. de har haft en sygdomsmeddelelse af 1-6 måneders varighed, men ikke har haft kontakt til sundhedsvæsenet ud over til egen læge og psykolog, hvilket indikerer, at det er stressrelateret.
- Omfanget af alvorlig stress blandt de beskæftigede i Danmark har været moderat stigende i løbet af de seneste 10 år. Det stigende omfang af stress er drevet af en voksende andel af beskæftigede med en stressrelateret diagnose stillet i hospitalsvæsenet. Andelen er steget med ca. 20 pct. siden 2006 og knap tredoblet siden 1995. Derimod har andelen af personer med en længere sygdomsmeddelelse uden kontakt til speciallæger eller hospitalsvæsenet været nogenlunde konstant.
- Der er flere tilfælde af stress blandt beskæftigede i perioder med højkonjunktur og dermed er mindst en del af stressomfanget arbejdsrelateret. Det kan fx skyldes et højere arbejdspress, og at flere personer på kanten af arbejdsmarkedet er i beskæftigelse under en højkonjunktur. Dette er i overensstemmelse med resultater fra tidligere undersøgelser, som finder, at omfanget af stressrelaterede sygdomme og arbejdsulykker stiger i perioder med større pres på arbejdstagerne.
- Stress er mere udbredt blandt offentligt ansatte end blandt privat ansatte, og stigningen i stressomfanget har også været større i den offentlige sektor siden 2009.
- Stigningen i stressrelaterede diagnoser har været væsentligt større blandt ikke-beskæftigede, herunder personer uden for arbejdsstyrken, studerende og ledige, end blandt de beskæftigede. Det tyder på, at stress blandt danskerne ikke er kun arbejdsrelateret, men også kan skyldes andre forhold, fx i uddannelsessystemet eller i den aktive arbejdsmarkedspolitik.

- Omfanget af stressrelaterede diagnoser er højere blandt kvinder og blandt unge under 40 år. Begge disse grupper har oplevet en kraftigere stigning i antallet af stress-relaterede diagnoser i løbet af de sidste 20 år end resten af befolkningen.
- Stressindikatoren skal kun fortolkes som en vejledende indikator for, hvordan stressomfanget har udviklet sig, da der ikke findes data, der med sikkerhed kan fastslå niveauet for alvorlig stress eller udviklingen heri. Fx kan en del af stigningen i andelen med en stressrelateret diagnose skyldes ændret diagnosepraksis i hospitalsvæsenet eller flere henvisninger til hospitalet fra praktiserende læger, selvom det er usandsynligt, at det kan forklare hele den markante stigning.

Kontakt

Ledende økonom
Kristian Binderup Jørgensen
Tlf. 3140 8705
E-mail kbi@kraka.org

Ledende økonom, Ph.d.
Kristine Vasiljeva
Tlf. 2939 3927
E-mail kri@kraka.org

1. Opsummering

Hvad er stress?

Stress er ikke entydigt defineret, men beskrives ofte som en belastnings- eller tilpasningsreaktion på en udfordring eller et problem. Det er vigtigt at skelne mellem kortvarig og langvarig stress. Kortvarig stress er kroppens naturlige reaktion på en udfordring, mens langvarig stress opstår, når en person oplever, at de indre eller ydre krav til personen overstiger personens egne ressourcer over en længere periode.¹ Langvarig stress er en uhensigtsmæssig tilstand, som kan medføre tabt arbejdsevne og øge risikoen for udvikling eller forværring af sygdom, herunder depression, angst, søvnbesvær, hjertekarsygdomme, infektionssygdomme, type 2-sukkersyge, nogle kræftformer og generelt kortere levetid.² I det følgende anvendes betegnelsen stress om denne langvarige og alvorlige form for stress.

Hvorfor er stress interessant?

Stress er et vigtigt emne for den enkelte og for samfundet, fordi det medfører betydelige personlige og samfundsmæssige omkostninger fx i form af tabt livsglæde, behandlingsomkostninger og tabt produktion. Juel m.fl. (2006) har estimeret omkostningerne ved stress i 2005. De fandt, at behandlingsomkostningerne udgjorde 0,7 mia. kr., og tabt produktion udgjorde op til 14 mia. kr.³

Hvorfor er stress svært at måle?

Der er to primære grunde til, at stress er svært at måle objektivt:

- Hvorvidt den enkelte oplever stress, er en subjektiv vurdering. Det afhænger både af personens ressourcer og måde at håndtere udfordringer på, og en række ydre faktorer, som fx arbejde, studie, familie og venner.
- Når en person rammes af stress, vil personen i første omgang kontakte sin praktiserende læge. Der er ikke tilgængelige data for de praktiserende lægers diagnoser af stress, og der findes heller ikke tilgængelige data for diagnoser stillet af praktiserende speciallæger. Kun hvis den praktiserende læge sender personen videre til hospitalsvæsenet pga. mistanke om en anden sygdom eller en mere alvorlig tilstand, er der tilgængelige data for diagnoserne stillet på hospitalet.

¹ Se fx <https://www.sundhed.dk/borger/sundhed-og-forebyggelse/livsstil/stress/hvad-er-stress/> og <http://www.psykiatrifonden.dk/faa-hjaelp/taenk-dig-staerk/stress/hvad-er-stress.aspx>.

² Se gennemgang i Nielsen og Kristensen (2007), Wikgren m.fl. (2012) og <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerne-og-nerver/sygdomme/oevrige-sygdomme/psykologisk-stress-og-fysisk-sygdom/>.

³ Deres tilgang kan dog kritiseres pga. en uklar sammenhæng mellem selvrapporterede stressindikatorer, andre sygdomme og dødelighed, og fordi der ikke kontrolleres for flere baggrundskaraktéristika. Se fx en diskussion af dette i <https://politiken.dk/debat/debatindlaeg/art6691638/Mediernes-pr%C3%A6sentation-falske-og-fordrejede-fakta-om-stress>.

| | |
|---|---|
| Andre undersøgelser af omfanget af stress | Der findes flere undersøgelser af omfanget af stress i Danmark, men de er alle baseret på spørgeskemaundersøgelser. Størstedelen af disse undersøgelser peger på, at flere og flere danskere oplever stress i hverdagen. ⁴ En undersøgelse finder dog, at der ikke har været en stigning i det gennemsnitlige stressniveau hos danskere i perioden 2012-2016. ⁵ |
| Flere mulige årsager til højere rapporteret stressniveau | Der kan være flere årsager til et stigende stressniveau. Det kan fx være tiltagende urbanisering, den teknologiske udvikling, ændringer i vores sociale relationer og work-life-balance. ⁶ Det stigende rapporterede stressniveau kan dog også være et udtryk for en øget opmærksomhed på stress, eller at stress i højere grad er blevet accepteret som et udbredt problem, hvorfor flere konkret adspurgt rapporterer at være ramt af stress, hvis de oplever symptomer forbundet med stress. ⁷ |
| Stress er tæt relateret til arbejde | Stress synes at være tæt relateret til den enkeltes arbejdsliv. Således angiver 55 pct. af danske lønmodtagere, der oplever stress, at arbejdet er den primære årsag til deres stress, og for 41 pct. er det en kombination af udfordringer på arbejdet og i privatlivet, der giver stress. ⁸ Omfanget af stress afhænger også af arbejdspresset. Flere undersøgelser peger således på, at stressrelateret sygefravær og arbejdsulykker er mere udbredt i perioder med et stort arbejdspress. ⁹ |
| Vores tilgang: En stress-indikator baseret på to delindikatorer | I denne analyse har vi undersøgt udviklingen i omfanget af alvorlige stress-tilfælde blandt de beskæftigede ud fra en stressindikator, som er baseret på registerdata. Fordelene ved denne registerbaserede tilgang er, at analysen dækker alle beskæftigede, at den er baseret på mere objektive kriterier, og at der ikke indgår selvrapporterede variable. Indikatoren må dog ikke direkte fortolkes som niveauet af stress blandt de beskæftigede. Formålet med stressindikatoren er derimod at undersøge, om der er tegn på en stigning i udbredelsen af stress, samt om der er forskelle i omfanget af stress mellem forskellige befolkningsgrupper, baseret på de faktiske data fra sundhedsvæsenet. Stressindikatoren er baseret på summen af to delindikatorer: andelen af personer, der har fået en stressrelateret diagnose i hospitalsvæsenet, og andelen af personer, der har haft en sygemelding på 1-6 måneder og kun haft kontakt til egen læge eller psykolog. For personer i den erhvervsaktive alder, som ikke er i beskæftigelse, har vi alene oplysninger om stressrelaterede diagnoser, men det må formodes, at der også for denne del af befolkningen, ligesom for beskæftigede, er alvorlige stresslidelser, som alene behandles hos egen læge og evt. psykolog. Vores indikator tilgang er derfor mere mangelfuld for personer uden beskæftigelse end for de beskæftigede. |
| Delindikator 1: Omfanget af stressrelaterede diagnoser | Den første delindikator er beregnet som andelen af personer, som har fået stillet en stressrelateret diagnose i hospitalsvæsenet ifm. indlæggelser eller ambulantebesøg. Det kan enten være hoved- eller bidiagnoser. For at identificere stressrelaterede diagnoser, har vi sendt en liste over alle psykiatriske diagnoser til tre forskellige læger (to speciallæger i almen medicin og en tidligere vicedirektør på et hospital). De tre læger har individuelt angivet hvilke diagnoser, som de mener er stressrelaterede. Vi har klassificeret en diagnose som stressrelateret, hvis mindst to ud af tre læger har angivet den som stressrelateret. |
| Kun tilfælde af stress, hvor personen er i kontakt med hospital | Personer, som er ramt af stress, vil normalt gå til egen læge, og hvis den praktiserende læge vurderer, at personen har stress, bliver personen sygemeldt. I disse tilfælde vil den stressramte ikke komme i kontakt med hospitalsvæsenet. Stressrelaterede diagnoser stillet i hospitalsvæsenet repræsenterer således de stresstilfælde, hvor symptomerne er så svære, at der er mistanke om andre sygdomme, eller de stresstilfælde, som er sammenfaldne med andre sygdomme, som kræver kontakt til hospitalet. Dermed forventes andelen af befolkningen med en stressrelateret diagnose stillet i hospitalsvæsenet at være relativt lav. Fordelen ved denne delindikator er, at den er baseret på diagnoser stillet af læger og derfor er mere objektiv end et selvrapporteret stressniveau fra en spørgeskemaundersøgelse. |

⁴ Se fx Nielsen og Kristensen (2007), Lichtenberg (2018), Christensen m.fl. (2012 og 2018).

⁵ Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2016).

⁶ Fx Brod (1984), Morris m.fl. (1990), Kawachi og Berkman (2001), Krabbendam og van Os (2005), Peen m.fl. (2010), van Os m.fl. (2010), Ayyagari m.fl. (2011), Lederbogen m.fl. (2011), Riedl, (2013), Teo m.fl. (2015), Wepfer m.fl. (2017).

⁷ <https://www.dr.dk/nyheder/regionale/midtvast/stressforsker-stress-er-blevet-et-modfaenomen>, Jackson (2014).

⁸ Videnscenter for arbejdsmiljø (2017) baseret på tal fra 2016 fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2016). I 2014 har 43 pct. af lønmodtagere angivet arbejdet som den primære kilde til stress og 47 pct. har oplevet, at det er både arbejdet og privatliv, der fører til stress, jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2014).

⁹ Se fx Ruhm (2000) og Hummels m.fl. (2016).

Forbehold ift. delindikator 1

Ulemperne ved delindikator 1 er, at den også afspejler eventuelle ændringer i hospitalslægenes praksis ift. at stille diagnoser eller i de praktiserende lægers praksis ift. at sende patienter videre til hospitalet, og at den kun opfanger en mindre del af alle stresstilfælde – nemlig de tilfælde, hvor en person har kontakt til hospitalsvæsenet.

Delindikator 2: Længevarende sygefravær uden hospitalskontakt

Den anden registerbaserede delindikator er andelen af personer, som har haft en sygemelding på 1-6 måneder, men ikke har haft kontakt til sundhedsvæsenet ud over egen læge, tandlæge eller psykolog. Når vi betinger på, at en person ikke er i kontakt med en praktiserende speciallæge eller hospitalsvæsenet, frasorterer vi en lang række årsager til længevarende sygefravær, som ikke er stressrelaterede. Det gælder blandt andet kræft, mave- og tarmsygdomme, gynækologiske sygdomme, gigt, luftvejssygdomme, ondt i ryggen eller skader på bevægelsesapparatet. Vi frasorterer også alle de tilfælde af hjernerystelse, hvor personen har haft kontakt til en skadestue, neurolog eller neuropsykolog. På baggrund af drøftelser med Krakas lægepanel vurderes det, at stressramte udgør den største gruppe blandt de sygemeldte personer med begrænset kontakt til sundhedsvæsenet, selvom der også indgår personer med andre sygdomme eller lidelser.

Forbehold ift. delindikator 2

Der er flere ulemper ved delindikator 2. Den første er, at delindikatoren også kan opfange længere sygemeldinger uden kontakt til hospitalsvæsenet, som skyldes andre forhold end stress. Den anden ulempe er, at vi frasorterer stressramte personer, der også lider af andre sygdomme, som fører til kontakt med speciallæger eller hospitalsvæsenet.¹⁰ Derudover er delindikatoren kun baseret på de personer, der har ret til sygedagpenge. Det betyder, at studerende og personer uden for arbejdsmarkedet, to grupper med et relativt højt niveau af stress, ikke indgår i denne delindikator. Delindikator 2 kan ligesom delindikator 1 også være påvirket af ændringerne i lægepraksis ift. at give patienter sygemeldinger pga. stress.

Konklusion 1: Stress blandt beskæftigede er moderat stigende

Vores stressindikator omfatter alle beskæftigede og er baseret på summen af de to delindikatorer, der hver især omfatter forskellige tilfælde af stress.¹¹ Udviklingen i stressindikatoren peger på, at omfanget af stress har været moderat stigende i løbet af de seneste 10 år, når man ser bort fra de økonomiske konjunkturer, jf. den lysegrønne kurve i Figur 1. Andelen af stressramte var således højere i 2015 end i 2006, selvom der var højkonjunktur i 2006 og lavkonjunktur i 2015.¹² Denne udvikling drives af stigningen i andelen af beskæftigede med en stressrelateret diagnose, som er steget med ca. 20 pct. siden 2006 og knap tredoblet siden 1995, jf. den mørkegrønne kurve i Figur 1. Stigningen i andelen af dem med en stressrelateret diagnose er så markant, at det er usandsynligt, at det alene kan tilskrives ændret henvisningsadfærd hos de praktiserende læger eller ændringer i praksis for diagnosticering af stress på hospitaler. Det tyder på, at det afspejler en reel stigning i antallet af stress-tilfælde.

Konklusion 2: Omfanget af stress afhænger af konjunkturerne

Udviklingen i stressindikatoren¹³ peger også på, at omfanget af stress blandt beskæftigede danskere afhænger af de økonomiske konjunkturer, jf. den lysegrønne kurve i Figur 1. Således steg andelen af stressramte frem til 2008 og igen fra 2013, men faldt fra 2008 til 2013. Dette er i overensstemmelse med resultater fra tidligere undersøgelser, som fremhæver, at omfanget af stressrelaterede sygdomme og arbejdsulykker stiger i perioder, hvor der er større pres på arbejdstagerne. Konjunkturfølsomhed ses i højere grad i deleindikator to, som er baseret på stressrelaterede langtidssygemeldinger, jf. den blå kurve i Figur 1.

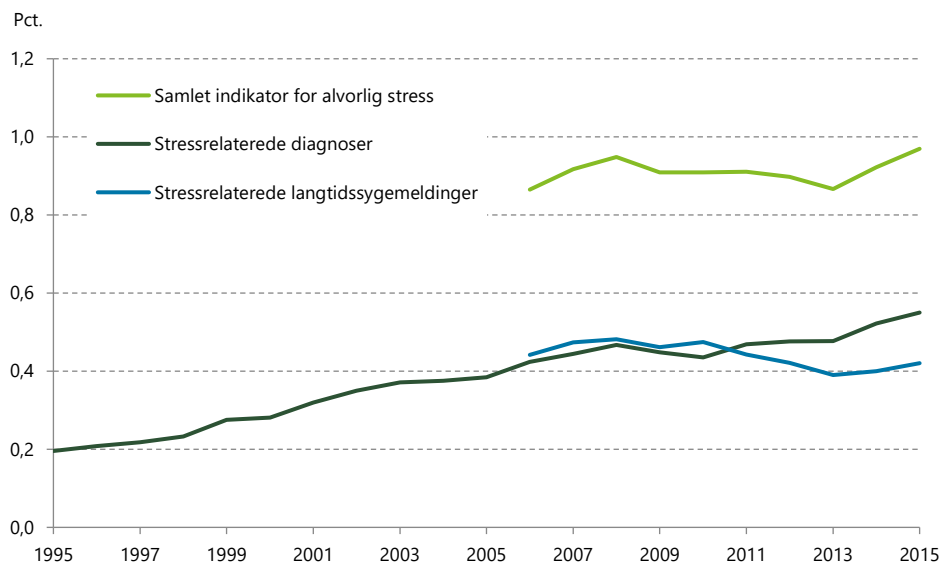
¹⁰ Figur 13 viser, at når der betinges på, at personen ikke har haft kontakt til en speciallæge eller hospitalsvæsenet, bliver ca. halvdelen af dem med en længere sygeperiode frasorteret.

¹¹ Vi ser kun på beskæftigede, når delindikatorerne lægges sammen, da delindikator 2 ikke kan måle udviklingen i længevarende sygefravær hos dem, der ikke har ret til sygedagpenge, fx kontanthjælpsmodtagere.

¹² Danmark havde i 2006 et outputgab på mere end 2 pct., mens det i 2015 var på mindre end -1 pct., jf. Økonomi- og Indenrigsministeriet (2018).

¹³ Vi ser kun på beskæftigede i den samlede indikator, da delindikator 2 ikke kan måle udviklingen i længevarende sygefravær hos dem, der ikke har ret til sygedagpenge, fx kontanthjælpsmodtagere.

Figur 1 Udviklingen i andelen af beskæftigede med alvorlig stress



Anm.: Figuren viser omfanget af alvorlig stress blandt beskæftigede baseret på begge delindikatorer. Populationen er alle beskæftigede. Stressrelaterede diagnoser svarer til delindikator 1 og stressrelaterede langtidssygemeldinger svarer til langtidssygemeldinger med begrænset kontakt til sundhedsvæsenet, som er delindikator 2. Se Afsnit 2 og 3 for en nærmere beskrivelse af metoden bag de to delindikatorer.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistiks registerdata.

Stressindikatoren må ikke fortolkes som stressniveauet

Niveauet for stressindikatoren må ikke direkte fortolkes som et skøn over den faktiske udbredelse af stress blandt de beskæftigede i den danske befolkning pga. de forbehold, som vi har nævnt ovenfor. Man må heller ikke fortolke ændringerne i indikatoren bogstaveligt som procentuelle ændringerne i stressniveauet, da der er en vis usikkerhed forbundet med udviklingen i begge delindikatorer, som den er baseret på. Stressindikatoren kan dog fortælle os om tendenser i udviklingen i stressniveauet over tid, og om der er forskelle i stressniveauet på tværs af forskellige befolkningsgrupper.

Andre potentielle registerbaserede mål er mindre pålidelige

Der kunne potentielt være andre registerbaserede delindikatorer, som er relateret til stress. Det kunne fx være andelen af personer, som går til psykolog, og andelen af personer, som tager antidepressiva og angstmedicin. Disse delindikatorer lider dog af, at der er sket væsentlige ændringer i det offentlige tilskud til de nævnte behandlinger inden for de seneste 10 år, som har påvirket både niveauet og udviklingen for disse delindikatorer. Derfor anvender vi ikke disse alternative mål.

Bedre data for stress kan give bedre evalueringer

Selvom vores analyse forbedrer datagrundlaget væsentligt ift. at diskutere stress som et samfundsmæssigt problem, så mangler der fortsat pålidelige data for stress-diagnoser for de personer, der ikke kommer i kontakt med hospitalsvæsenet. Det er derved vigtigt, at der indsamles data af bedre kvalitet på stressområdet, fx diagnoser stillet af almenpraktiserende læger og speciallæger. Det vil forbedre muligheden for objektivt at evaluere de samlede omkostninger ved stress blandt danskere og undersøge, hvordan stress kan reduceres og behandles på den mest effektive måde.

Resten af analysen

I de følgende afsnit beskriver vi mere indgående, hvordan vi har konstrueret de to delindikatorer og ser på udviklingen i stressomfanget for forskellige befolkningsgrupper.

2. Delindikator 1: Stressrelaterede diagnoser

Delindikator 1: Stressrelaterede diagnoser stillet i hospitalsvæsenet

I dette afsnit analyserer vi udviklingen i antallet af stressrelaterede diagnoser for danskere i den arbejdsdygtige alder. De stressrelaterede diagnoser er stillet i hospitalsvæsenet ifm. indlæggelser

eller ambulatbesøg og kan enten være hoved- eller bidiagnoser. Både speciallæger i psykiatri, men også speciallæger inden for andre medicinområder, kan stille en stressrelateret diagnose på hospitaler. Personer, som er ramt af stress, vil dog normalt gå til egen læge, og hvis den praktiserende læge vurderer, at personen har stress, bliver personen sygemeldt. I disse tilfælde vil den stressramte ikke komme i kontakt med hospitalsvæsenet. Stressrelaterede diagnoser stillet i hospitalsvæsenet repræsenterer således de stresstilfælde, hvor symptomerne er så svære, at der er mistanke om andre sygdomme, eller de stresstilfælde, som tidsmæssigt falder sammen med andre sygdomme, som kræver kontakt til hospitalet. Dermed forventes andelen af befolkningen med en stressrelateret diagnose i hospitalsvæsenet at være relativt lav.

Metode til udvælgelse af stressrelaterede diagnoser

For at identificere stressrelaterede diagnoser, har vi sendt en liste over alle psykiatriske diagnoser til tre forskellige læger (to speciallæger i almen medicin og en tidligere vicedirektør på et hospital). De tre læger har individuelt angivet, hvilke diagnoser, som de mener, er stressrelaterede. Vi har medtaget de diagnoser, som mindst to ud af tre læger har angivet som stressrelaterede, jf. Boks 1.

Forbehold ift. delindikator 1

Ulemperne ved delindikator 1 er, at den også afspejler eventuelle ændringer i hospitalslægerens praksis ift. at stille diagnoser samt i de praktiserende lægers praksis ift. at sende patienter videre til hospitalet, og at den kun opfanger en mindre del af alle stresstilfælde – nemlig de tilfælde, hvor en person har kontakt til hospitalsvæsenet.

Boks 1 Delindikator 1: Stressrelaterede diagnoser

Da der ikke foreligger oplysninger om diagnoser stillet hos almenpraktiserende læger eller speciallæger, anvender vi oplysninger om diagnoser stillet enten ved et ambulant besøg eller ved en indlæggelse på hospitalet, inklusive psykiatriske hospitaler. Der er således tale om de tilfælde af stress, hvor den almenpraktiserende læge vælger at sende patienten videre til hospitalsvæsenet.

Diagnosemæssigt betegnes stress som en tilpasnings-/belastningsreaktion.¹⁴ Der er dog en række yderligere tilstande og sygdomme, der kan være relateret til stress. For at identificere stressrelaterede diagnoser har vi bedt et lægepanel, bestående af to speciallæger i almen medicin samt en læge og tidligere vicedirektør på et hospital, om at indikere hvilke diagnoser, som er relaterede til stress. I analysen har vi medtaget de diagnoser, som mindst to ud af tre læger har angivet som stressrelaterede. Der indgår også faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsenet, der er associeret med stress.

I alt er der fire hovedkategorier af stressrelaterede diagnoser:

- Reaktionen på svær belastning og tilpasningsreaktioner
- Øvrige psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser
- Søvnforstyrrelser
- Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsenet.

Boks 3 indeholder en liste over de stressrelaterede diagnoser. For hver af de fire typer stressrelaterede diagnoser har der været en stigende andel af diagnosticerede personer i den arbejdsdygtige alder, jf. Figur 11 i Bilag. Stigningen var størst inden for "Reaktioner på svær belastning og tilpasningsreaktioner".

En person har en stressrelateret diagnose, hvis de ved indlæggelse fik en af de stressrelaterede diagnoser enten som hoved- eller bidiagnose. Hvis vi kun ser på hoveddiagnoser, er antallet af personer med stressrelaterede diagnoser lavere, men vi finder en tilsvarende stigning over tid. Året for diagnosen er baseret på indlæggelsesdatoen.

Tredobling af antallet af stressrelaterede diagnoser på 20 år

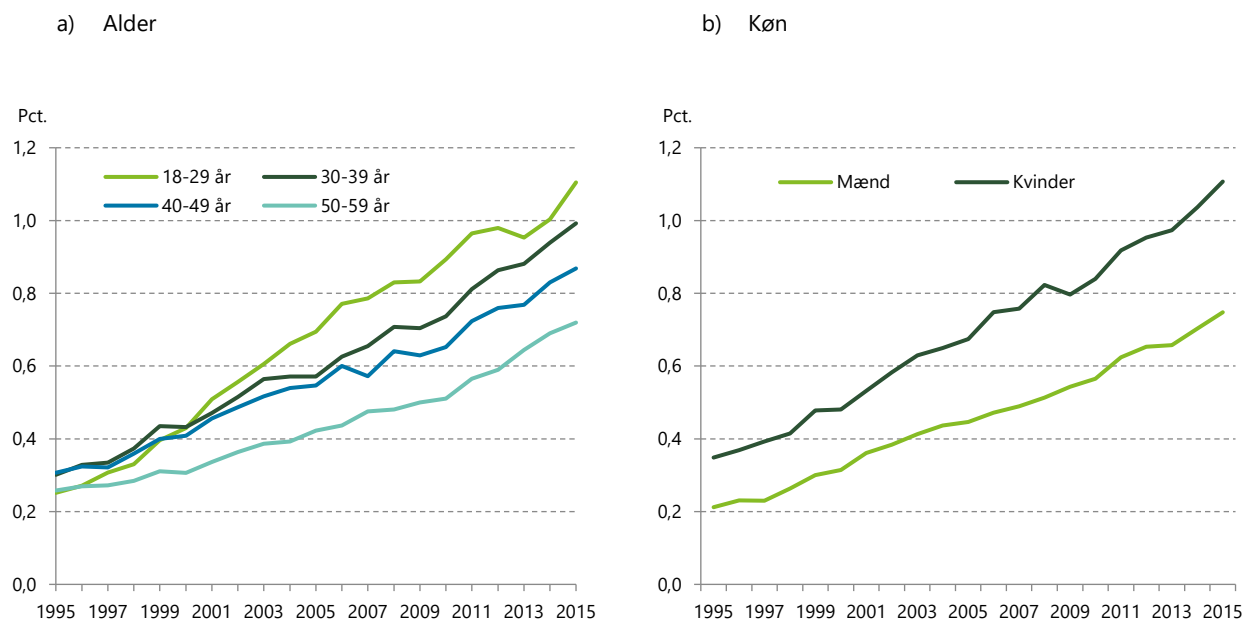
Andelen, som får stillet en stressrelateret diagnose i hospitalsvæsenet, er tredoblet i løbet af de seneste tyve år: fra 0,3 pct. af befolkningen i den arbejdsdygtige alder i 1995 til ca. 0,9 pct. i 2015, jf. Figur 2 a). Dette afspejler dog ikke nødvendigvis ændringen i omfanget af stress blandt danskerne, da kun en mindre andel af stressramte kommer i kontakt med hospitalsvæsenet, og da lægepraksis ift. at henvise patienter med bl.a. stresssymptomer videre til hospitalsvæsenet også kan have ændret sig.

Stigning større for unge og for kvinder

Alle aldersgrupper har oplevet en stigning i andelen med en stressrelateret diagnose, men stigningen har været mest udtalt for personer under 40 år, jf. Figur 2 a). Både mænd og kvinder har oplevet en stigning i andelen med en stressrelateret diagnose, men niveauet for kvinder ligger over niveauet for mænd, og den absolutte forskel mellem kønnene er vokset gennem perioden, jf. Figur 2 b).

¹⁴ Se fx <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/arbejdsmedicin/arbejdsrelaterede-sygdomme/stress-tilpasningsreaktion-arbejdsrelateret/>

Figur 2 Andel med mindst én stressrelateret diagnose og kontakt til hospitalsvæsenet, opdelt på aldersgrupper og køn

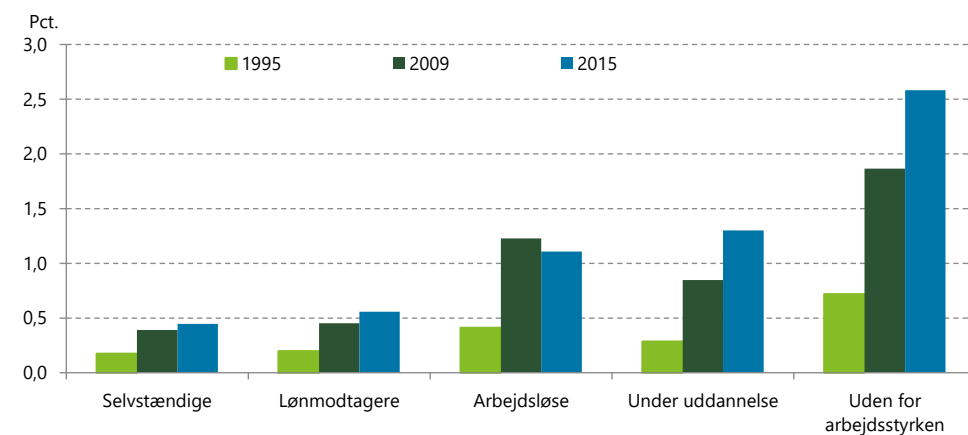


Anm.: Populationen består af hele befolkningen i alderen 18-59.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistiks registerdata.

Konklusion 3: Stress-omfanget er steget mere for ikke-beskæftigede

Studerende og personer uden for arbejdsstyrken har siden 1995 oplevet de største relative stigninger i andelen af personer med stressrelaterede diagnoser. Studerende har oplevet en stigning på 1,0 procentpoint, og personer uden for arbejdsstyrken har oplevet en stigning på 1,9 procentpoint, jf. Figur 3. Det svarer til henholdsvis knap en femdobling og firedobling for de to grupper. Stigningen i andelen af stressramte er også højere for ledige end for beskæftigede i 1995-2015. Studerende, ledige og personer uden for arbejdsmarkedet har således oplevet en stigning i andelen af personer med stressrelaterede diagnoser, som er knap 1,5 gang større end beskæftigede i løbet af de sidste 20 år, jf. Figur 12 i Bilag. Andelen af stressramte blandt ledige var særlig høj i 2009 under finanskrisen. Derved indikerer analysens resultater, at stigningen i omfanget af stress blandt danskerne ikke kun arbejdsrelateret. Stigningen i stress-omfanget kan også skyldes andre forhold, fx i uddannelsessystemet eller i den aktive arbejdsmarkedspolitik.

Figur 3 Andel med mindst én stressrelateret diagnose og kontakt til hospitalsvæsenet, opdelt på arbejdsstatus



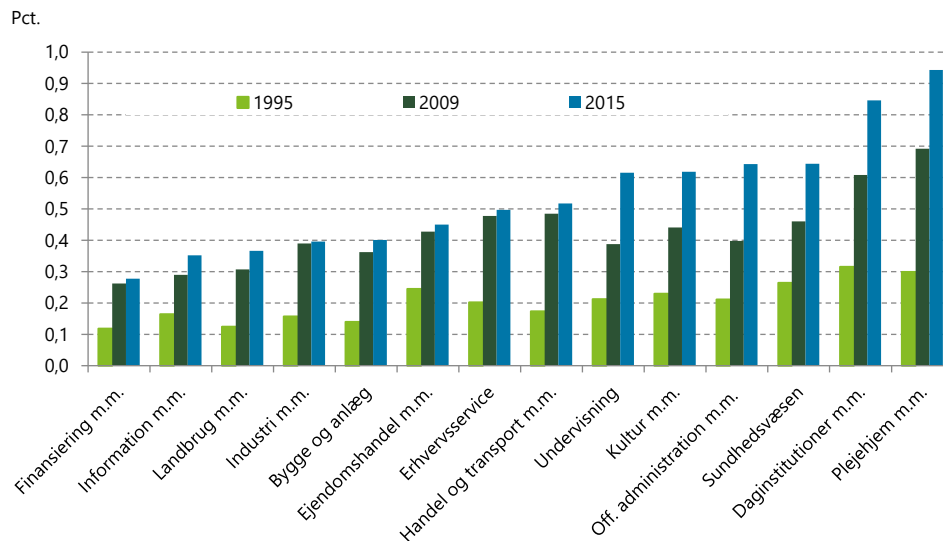
Anm.: Populationen består af hele befolkningen i alderen 18-59. Arbejdsmarkedsstatus er baseret på den registerbaserede arbejdsstyrkestatistik, som opgøres november hvert år. Befolkningen er således opdelt efter deres primære arbejdsmarkedsstatus ultimo året før det år, hvor de registreres med en stressrelateret diagnose.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistiks registerdata.

Stigning i alle brancher siden 1995

Siden 1995 har alle brancher oplevet en stigende andel af stressrelaterede diagnoser, jf. Figur 4. Særligt plejehjem m.m., kultur, fritid og anden service samt offentlig administration, forsvar og politi har oplevet store stigninger i andelen med en stressrelateret diagnose fra hospitalsvæsenet.

Figur 4 Andel med mindst én stressrelateret diagnose og kontakt til hospitalsvæsenet, opdelt på brancher



Anm.: Nogle af branchenavnene er forkortet: Landbrug m.m. er Landbrug, skovbrug og fiskeri, Finansiering m.m. er Finansiering og forsikring, Industri m.m. er Industri, råstofindvinding og forsyningsvirksomhed, Information m.m. er Information og kommunikation, Kultur m.m. er Kultur, fritid og anden service, Ejendomshandel m.m. er Ejendomshandel og udlejning, Off. administration m.m. er Offentlig administration, forsvar og politi, Daginstitutioner m.m. er Daginstitutioner og dagcentre m.m. Befolkningens primære branche er baseret på den registerbaserede arbejdsstyrkestatistik, som opgøres november hvert år. Befolkningen er således opdelt efter deres primære branche ultimo året før det år, hvor de registreres med en stressrelateret diagnose.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistiks registerdata.

Konklusion 4: Stressomfanget er steget mere i det offentlige

Siden 2009 har der været en meget begrænset stigning i stress-omfanget i brancher, som primært befinder sig i den private sektor, som fx finansiering, industri og erhvervs-service, jf. Figur 4. Stigningen er derimod fortsat i brancher, hvor det offentlige er dominerende, herunder undervisning, sundhedsvæsen og plejehjem.¹⁵

Stigninger inden for alle stillingstyper

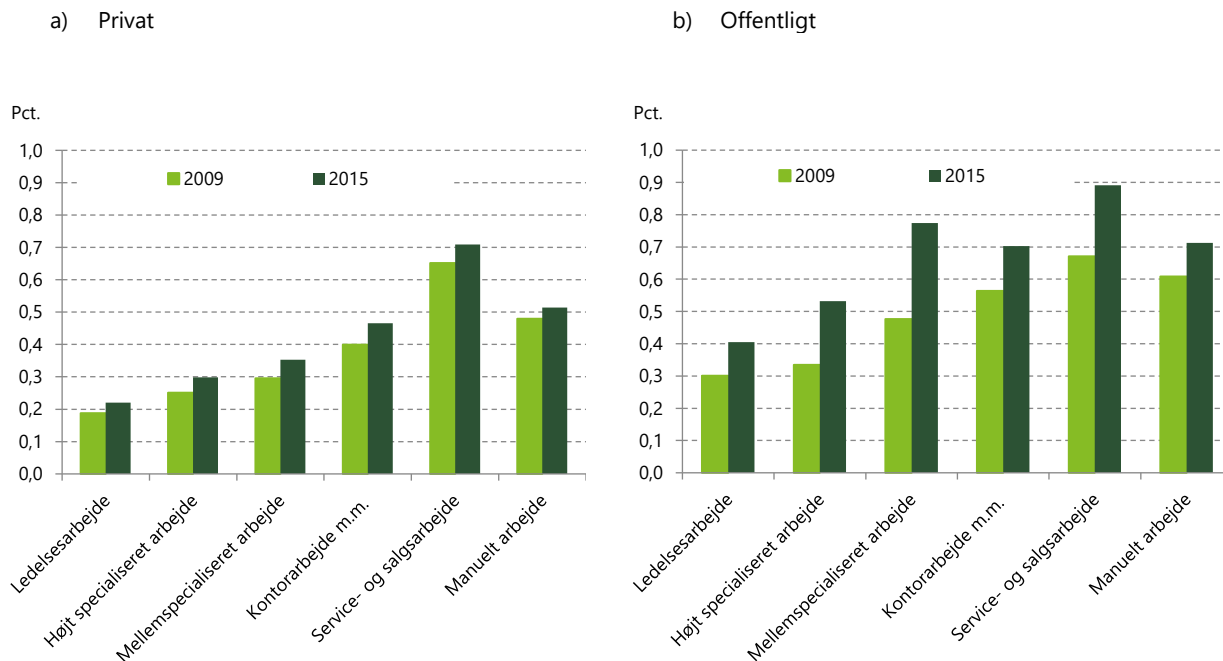
Inden for den private sektor har alle stillingstyper, undtagen manuelt arbejde, oplevet en beskeden stigning i stressrelaterede diagnoser siden 2009, jf. Figur 5 a). Stigningerne i den private sektor er således relativt små ift. den offentlige sektor, jf. Figur 5 b).

Samspil af flere faktorer

Hvorvidt en person er ramt af stress, afhænger af samspillet mellem flere faktorer, og derfor må man ikke fortolke forskelle på tværs af brancher, stillingstyper, køn m.v. kausalt. Fx arbejder der relativt flere kvinder i den offentlige sektor, og kvinder har en tendens til at være mere ramt af stress end mænd, hvilket kan betyde, at den højere andel af stressramte blandt ansatte i den offentlige sektor til dels er forklaret af køns sammensætningen på tværs af brancherne. Det kan også være, at arbejdet i den offentlige sektor er mere stressende, og at dette bliver afspejlet i højere stressniveau hos kvinder, der i højere grad arbejder i det offentlige.

¹⁵ Se også Figur 12 i Bilag for udviklingen over tid. Der er dog en større databrud i sektoropdeling for de beskæftigede i ultimo 2008, hvorfor tal for sektorbeskæftigelse fra før i 2009 ikke må sammenlignes direkte med tal fra efter 2009.

Figur 5 Andel med mindst én stressrelateret diagnose og kontakt til hospitalsvæsenet, opdelt på sektor og stillingstype



Anm.: De ansattes stillingstype er defineret ud fra beskæftigelse i november året før. Grupperne er dannet på baggrund af DISCO-hovedgrupper. Nogle af betegnelserne for arbejdsfunktionerne er forkortet som følger: Højt specialiseret arbejde er arbejde, der forudsætter viden på højeste niveau inden for pågældende område. Mellemspecialiseret arbejde er arbejde, der forudsætter viden på mellemniveau. Kontorarbejde m.m. er almindeligt kontor- og kundeservicearbejde. Manuelt arbejde er en sammenslutning af DISCO-hovedgrupperne seks til ni, som indeholder arbejde inden for landbrug, skovbrug og fiskeri ekskl. medhjælp, håndværkspræget arbejde, operatør- og monteringsarbejde samt transportarbejde og andet manuelt arbejde. Der er en væsentlig brud i sektorkoderne i 2008, hvorfor opdeling efter sektor udføres fra 2009 og frem. Befolkningens stillingstype og sektor er baseret på deres DISCO-kode fra den registerbaserede arbejdsstyrkestatistik, som opgøres november hvert år. Befolkningen er således opdelt efter deres primære stillingstype og sektor ultimo året før det år, hvor de registreres med en stressrelateret diagnose.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistiks registerdata.

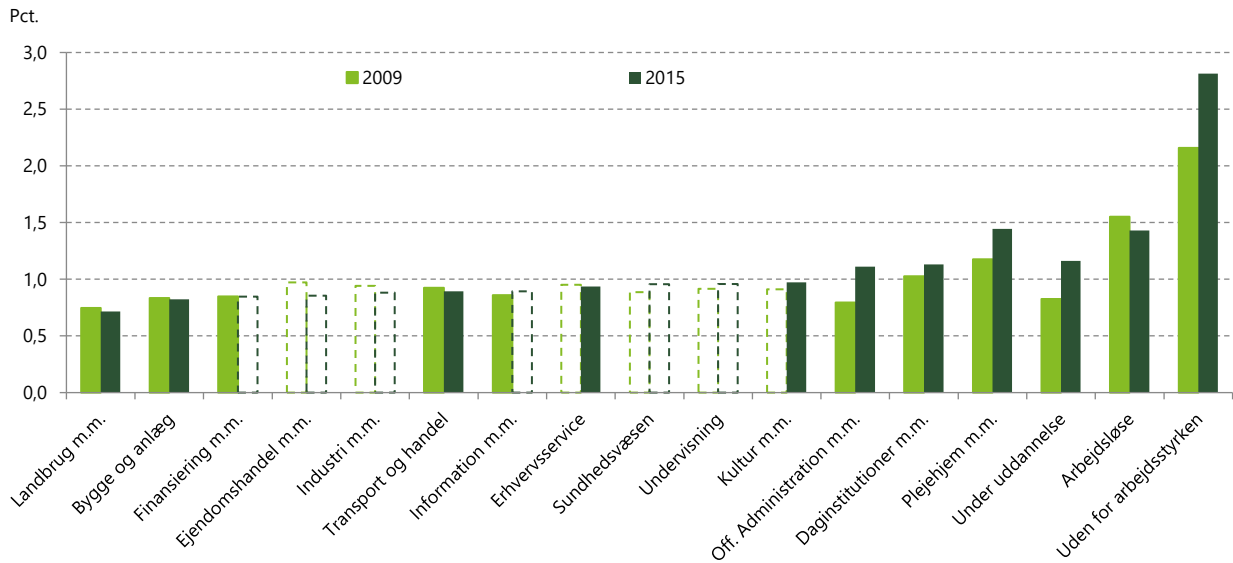
Skelner mellem flere faktorer samtidig

Derfor har vi forsøgt at skelne mellem forskellige faktorer, der kan være forbundet med stress, ved at estimere en lineær sandsynlighedsmodel for at have en stressrelateret diagnose, hvor vi både kontrollerer for personens demografiske karakteristika, som køn og alder, og beskæftigelsesmæssige karakteristika, som beskæftigelsesstatus, branche, stillingstype og sektor. Vi fokuserer primært på resultater for brancher og køn.

Konklusion ændrer sig ikke, når vi kontrollerer for flere forhold

Vores konklusion ændrer sig ikke, når vi samtidigt kontrollerer for både køn, branche og en række andre karakteristika. Det er således fortsat de brancher, som er stærkest repræsenterede i den private sektor, som oplever den mindste stigning i sandsynligheden for at få en stressrelateret diagnose fra 2009 til 2015, jf. Figur 6. Det gælder fx landbrug, skovbrug og fiskeri, bygge og anlæg samt finansiering og forsikring. Samtidig er der en relativt stor stigning i offentlig administration, forsvar og politi, daginstitutioner og dagcentre m.m. og plejehjem m.m., som typisk er i den offentlige sektor. Fordelingen af hvilke brancher, der oplever relativt flest stressrelaterede diagnoser, er også uændret, hvor plejehjem m.m. og daginstitutioner og dagcentre m.m. er de brancher med højest sandsynlighed for stressrelaterede diagnoser. Analysen bekræfter desuden, at sandsynligheden for at få en stressrelateret diagnose for ledige er faldet fra 2009 til 2015, mens vi ser en stigning for studerende og personer uden for arbejdsstyrken.

Figur 6 Sandsynlighed for at have en stressrelateret diagnose for mænd på tværs af brancher



Anm.: Populationen består af hele befolkningen i alderen 18-59. Estimer er baseret på en regression, hvor vi kontrollerer for alder, stillingstype og sektor. Søjler med den stiplede kontur angiver, at estimatet for den pågældende branche ikke kan skelnes fra at være forskellig fra handel og transport, som er referencegruppen ved et fem pct. statistisk signifikansniveau. Befolkningens primære branche er baseret på den registerbaserede arbejdsstyrkestatistik, som opgøres november hvert år. Befolkningen er således opdelt efter deres primære branche ultimo året før det år, hvor de registreres med en stressrelateret diagnose. Regressionsresultater fremsendes ved henvendelse.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistiks registerdata.

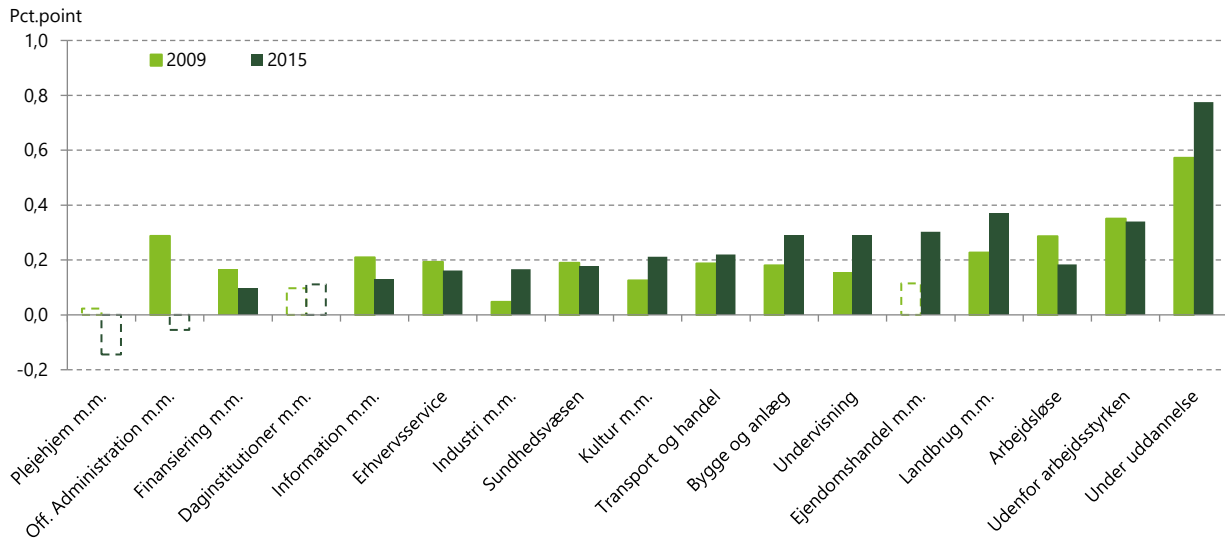
Forskel mellem kønnene findes ikke i alle brancher

Kvinder har generelt en større sandsynlighed for at få stressrelaterede diagnoser end mænd i de fleste brancher, jf. Figur 7. Særligt i landbrug, ejendomshandel og udlejning og undervisning er der relativt store forskelle i sandsynligheden for at få stressrelaterede diagnoser på tværs af køn, samt blandt studerende og personer uden for arbejdsstyrken. Til gengæld er der ingen forskel på kønnene i mange brancher inden for den offentlige sektor, selvom det generelle stressniveau er højt. Det gælder bl.a. plejehjem m.m., daginstitutioner dagcentre m.m. samt offentlig administration, forsvar og politi i 2015.

Forskel mellem kønnene stiger

Forskellen i hyppigheden af en stressrelateret diagnose mellem kvinder og mænd er steget markant fra 0,14 procentpoint i 1995 til 0,36 procentpoint i 2015, jf. Figur 8. Samtidig er den del af forskellen, som kan forklares ud fra beskæftigelsesmæssige karakteristika, som fx branche, faldet fra over halvdelen i 1995 til godt en tredjedel i 2015.

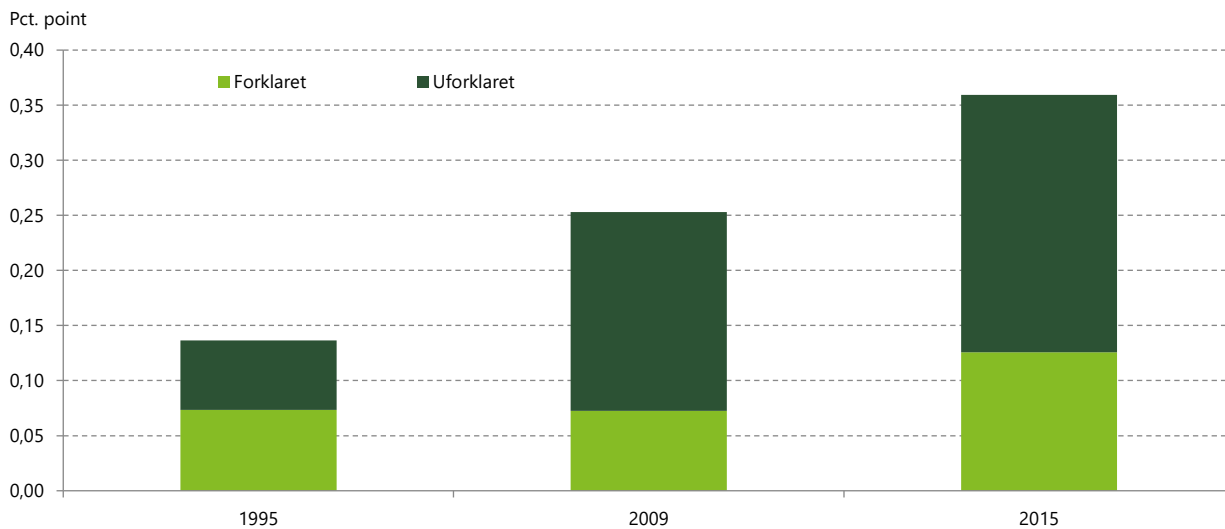
Figur 7 Sandsynlighed for at have en stressrelateret diagnose for kvinder ift. mænd på tværs af brancher



Anm.: Populationen består af hele befolkningen i alderen 18-59. Figuren viser estimer fra en regression, hvor vi kontrollerer for alder, stillingstype og sektor. Søjler med stiplede kontur angiver, at forskellen mellem kvinder og mænd ikke kan skelnes fra nul ved et fem pct. statistisk signifikansniveau. Referencekategorien er handel og transport. Befolkningen er opdelt efter deres primære arbejdsmarkedsstatus og branche ultimo året før det år, hvor de registreres med en stressrelateret diagnose. Regressionsresultater fremsendes ved henvendelse.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistiks registerdata.

Figur 8 Forskel i hyppigheden af stressrelaterede diagnoser mellem kvinder og mænd. Forskellen er opdelt efter, om den kan forklares ud fra stillingskarakteristika



Anm.: Populationen består af hele befolkningen i alderen 18-59. Figuren viser forskellen i hyppigheden for en stressrelateret diagnose mellem kvinder og mænd (kvinder har en højere sandsynlighed for at have en stressrelateret diagnose). Beregningen er baseret på en Oaxaca-Blinder dekomponering. Den forklarede del er den forskel mellem mænd og kvinder, som kan forklares med forskelle i alder, branche, stillingstype, og sektor. Den uforklarede del er den resterende forskel. Resultater for 1995 skal fortolkes med forsigtighed, da der har været flere større databrud i data for stillingstype og beskæftigelsessektor før ultimo 2008. Regressionsresultater fremsendes ved henvendelse.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistiks registerdata.

3. Delindikator 2: Langtidssygemeldinger med begrænset kontakt til sundhedsvæsenet

Delindikator 2: Lang sygemelding uden kontakt til hospital eller speciallæge

I dette afsnit analyserer vi udviklingen i antallet af længerevarende sygemeldinger med begrænset kontakt til sundhedsvæsenet. Delindikatoren er baseret på de patienter, der har haft et sygefravær med sygedagpenge i 1-6 måneder i sygedagpengeregisteret uden at komme i kontakt med sundhedsvæsenet, med undtagelse af almenpraktiserende læger eller psykologer, jf. Boks 2. Ideen er, at vi derved kan identificere de stresstilfælde, hvor patienten går til egen læge uden at blive henvist til hospital. Der er dog stadig tale om alvorlige tilfælde, der medfører tabt produktionsevne pga. sygefravær i en længere periode.

Vi sorterer en række hyppige sygdomme fra

Betingelsen om, at personen ikke må have haft kontakt til hospital eller praktiserende speciallæger indebærer, at vi sorterer personer med længerevarende sygefravær på grund af fx kræft, mave-tarmsygdomme, gynækologiske sygdomme, gigt, luftvejssygdomme, ondt i ryggen eller skader på bevægelsesapparatet. Vi frasorterer også alle de tilfælde af hjernerystelse, hvor personen har haft kontakt til en skadestue, neurolog eller neuropsykolog. Da vi kun har adgang til data for lægekontakt fra 2005 og frem, er delindikator 2 begrænset til den seneste 10-års periode.¹⁶

Forbehold i fortolkningen af delindikator 2

Denne delindikator er også omfattet af en betydelig usikkerhed, hvorfor man ikke direkte kan anvende niveauerne for delindikatoren til at vurdere omfanget af stress. Den største ulempe ved denne tilgang er, at vi ikke kan være sikre på, at alle identificerede personer har været sygemeldt på grund af stress. De kan i stedet have været sygemeldte på grund af andre lidelser, som ikke forudsætter kontakt til speciallæge eller hospitalsvæsen. Det kan fx være lette tilfælde af hjernerystelse. På baggrund af drøftelser med Krakas lægepanel vurderer vi, at stressramte udgør den største gruppe af de personer. En anden ulempe er, at vi sorterer personer med stress fra, som samtidig har en anden sygdom, som har medført kontakt til praktiserende speciallæge eller hospital. Derudover omfatter delindikatoren kun tilfælde, hvor personen har ret til sygedagpenge.

¹⁶ Der findes data for lægekontakt fra før 2005 ifm. udbetalte lægehonorarer, men pga. et højt detaljeringsniveau i disse data kunne vi ikke har fået adgang til disse. Derudover foreligger data for de sygemeldinger hos de offentlige ansatte først fra 2000.

Boks 2 Delindikator 2: Langtidssygemeldinger med begrænset kontakt til sundhedsvæsenet

Formålet med delindikator 2 er at opfange de tilfælde af stress, hvor den stressramte har været sygemeldt i en længere periode, men hvor den stressramte kun har kontakt med egen læge, tandlæge eller en psykolog og således ikke har kontakt med hospitalsvæsen eller praktiserende speciallæge.

Vi ser på beskæftigede personer med sygedagpengeforløb, hvor sygefraværet er af minimum 31 dages varighed og maksimum 6 måneders varighed. Den nedre grænse på 31 dage skyldes, at arbejdsgivere siden 2012 har været berettigede til refusion af sygedagpenge efter, at den ansatte har været sygemeldt i 30 dage. Før 2012 var den arbejdsgiversbetalte periode kortere, så for at have samme afgrænsning igennem hele perioden anvender vi en grænse på 31 dage for alle år. Den øvre grænse på seks måneder skyldes, at kommunen skal reevaluere personens ret til sygedagpenge, efter at refusionen er blevet udbetalt i 22 uger.¹⁷ Delindikator 2 opgøres kun for beskæftigede, da de fleste ledige uden ret til dagpenge og personer uden for arbejdsstyrken ikke har ret til sygedagpenge, og derved registreres deres lange sygeforløb ikke.

For at frasortere andre lidelser, betinger vi på, at personen ikke har haft ambulans behandling eller været indlagt på et hospital i et år op til den første fraværsdato, som er forbundet med sygemeldingen. Derudover betinger vi på, at personen ikke har haft ambulans behandling eller været indlagt på et hospital i et halvt år efter den første sygefraværsdato.

Tilsvarende betinger vi på, at personen ikke har været til speciallæge i samme år, hvor personen har været sygemeldt, da det også kan indikere at personen lider af en anden sygdom, der kan være årsagen til et længere sygefravær. For personer sygemeldt i januar betinges der på, at de heller ikke har haft kontakt med en speciallæge i det forudgående år. For personer sygemeldt i december betinges der på, at de heller ikke har haft kontakt med en speciallæge i det efterfølgende år. Denne betingelse gælder dog ikke kontakt med psykologer eller tandlæger. Personer, som er blevet vaccineret, har fået briller, har fået analyseret en blodprøve på et laboratorium eller har modtaget hjælpedydelser ifm. lægebesøg, som fx tolkebistand, kan også indgå i delindikatoren.

Da data om de lange sygemeldinger er baseret på oplysninger om udbetalte sygedagpenge, opfanger vi ikke personer, der ikke har ret til disse. Det gælder blandt andet studerende og langt den største del af personer uden for arbejdsmarkedet. Det er netop disse grupper, som er overrepræsenteret blandt dem med stressrelaterede diagnoser, jf. Afsnit 2.

Figur 13 i Bilag viser, hvor mange sygeforløb som de forskellige betingelser sorterer fra.

Andel med lange sygemeldinger er næsten uændret

Andelen af beskæftigede med længerevarende sygemeldinger uden kontakt til hospital eller speciallæge er næsten uændret siden 2006, jf. den lyseblå kurve i Figur 9. Det er på trods af, at der har været et generelt fald i andelen af beskæftigede med længere sygefravær (med og uden kontakt til hospital eller speciallæge), jf. den lysegrønne kurve i Figur 9. Niveauet er lidt højere for personer mellem 30 og 50 år end for de øvrige aldersgrupper, jf. Figur 14 a) i Bilag.¹⁸

Konjunkturafhængigt

Selvom niveauet er næsten uændret, er der dog tegn på, at andelen af beskæftigede med en længerevarende sygemelding afhænger af konjunkturerne. Andelen steg således frem til 2008 og igen fra 2013, men faldt i den mellemliggende periode.

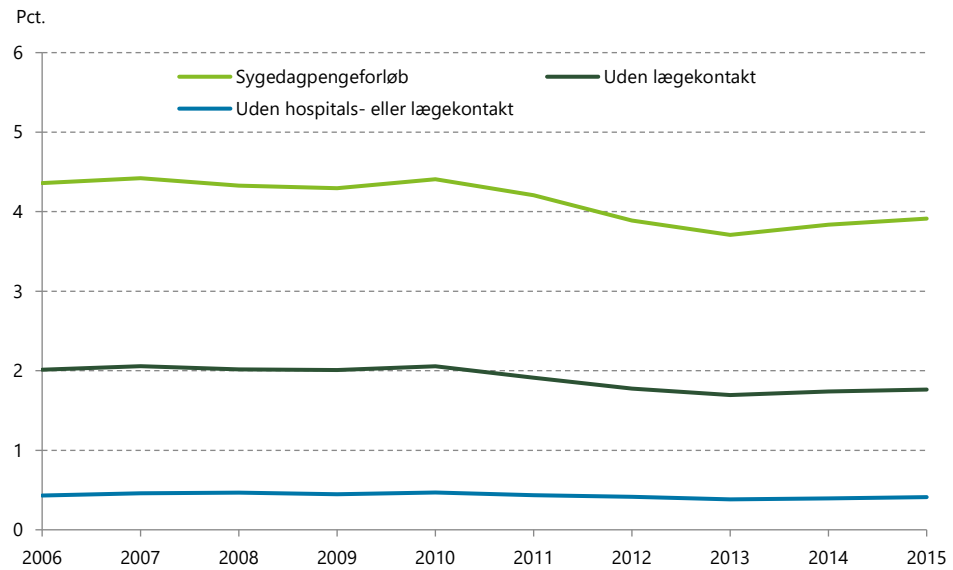
Lav andel af sygemeldinger ift. stressrelaterede diagnoser

I alt havde omkring 0,4 pct. af beskæftigede en længerevarende sygemelding uden kontakt til hospital eller speciallæge i 2015. Det er endnu en lavere andel end 0,5 pct. af de beskæftigede, som har fået en stressrelateret diagnose i 2015. Det skal dog ses i lyset, at vi frasorterer personer, som har været i behandling for andre sygdomme, mens de kunne have haft stressrelateret sygefravær, ved at betinge på fravær af kontakt til hospitalsvæsenet eller til en praktiserende speciallæge.

¹⁷ Det blev indført med sygedagpengereformen i 2014 <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/sygedagpenge/sygedagpengereform-2014-og-15/>.

¹⁸ Se Figur 14 - Figur 18 i Bilag for ændringerne i lange sygemeldinger på tværs af forskellige befolkningsgrupper. Andelen af personer med en lang sygemelding er faldet svagt over hele perioden. Det gælder dog ikke ansatte i undervisningsbranchen samt personer med mellemspecialiserede jobfunktioner i den offentlige sektor.

Figur 9 Andel af de beskæftigede med en sygdomsmelding på 1-6 måneder med begrænset kontakt til sundhedsvæsenet



Anm.: Populationen består af alle beskæftigede i alderen 18-59. "Uden kontakt til læge" betyder, at personen ikke har haft kontakt med en speciallæge et år før og et halvt år efter sygdomsmeldingens start (bortset fra kontakt til egen praktiserende læge, tandlæge og psykolog). I "Uden hospitals- eller lægekontakt" frasorteres yderligere personer, som har haft kontakt til hospitalsvæsenet i samme periode, herunder psykiatrien.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistiks registerdata.

4. Referencer

Ayyagari, R., Grover, V., og Purvis, R. (2011). *Technostress: Technological Antecedents and Implications*. *MIS Quarterly*, 35(4), s. 831-858.

Brod, C. (1984). *Technostress: The Human Cost of the Computer Revolution*. Addison Wesley Publishing.

Christensen, A.I., Davidsen, M., Ekholm, O., og Jensen, H. (2018). *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/~media/73EADC242CDB46BD8ABF9DE895A6132C.ashx>.

Christensen, A.I., Ekholm, O., Davidsen, M., og Juel, K. (2012). Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/udgivelser/2012/sundhed_og_sygelighed_2010.pdf.

Jackson, M. (2014). The stress of life: a modern complaint?. *Lancet*, 383(9914), s. 300–301.

Juel K., Sørensen J., Brønnum-Hansen H. (2006). Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed. <https://www.sst.dk/~media/762BA0CB12714748810B93946E95730F.ashx>.

Hummels, D., Munch, J. og Xiang, C. (2016). *No Pain, No Gain: The Effects of Exports on Job Injury and Sickness*. NBER WP, Nr. 22365.

Kawachi, I. og Berkman, L. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78(3), s. 458-467.

Krabbendam, L. og van Os, J. (2005). Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence—conditional on genetic risk. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), s. 795–799.

Lederbogen, F., Kirsch, P., Haddad, L., Streit, F., Tost, H., Schuch, P., Wüst, S., Pruessner, J. C., Rietschel, M., Deuschle, M., Meyer-Lindenberg, A. (2011). City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature*, 474(10190), s. 498-501.

Lichtenberg, E. (2018). *Flere oplever stress – især blandt offentligt ansatte*. https://www.ae.dk/sites/www.ae.dk/files/dokumenter/analyse/ae_flere-oplever-stress-isaer-blandt-offentligt-ansatte.pdf.

Morris A., Melichar, J.F., Hill M. (1990). Negative Daily Events, Positive and Negative Social Ties, and Psychological Distress Among Older Adults, *The Gerontologist*, 30(2), s. 193–199.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) (2014). *Danskernes Arbejdsmiljø 2014*. <http://nfa.dk/da/Forskning/Udgivelse?journalId=949c97ef-4afa-4488-bc55-f288ad402e65>.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) (2016). *Danskernes Arbejdsmiljø 2016*. <https://arbejdsmiljodata.nfa.dk/resume.html>.

Nielsen, N. og Kristensen, T. (2007). *Stress i Danmark – Hvad ved vi?* <https://www.sst.dk/~media/4D04513E8FAF4B938D5808A68E685AC8.ashx>.

Peen, J., Schoevers, R., Beekman, A., og Dekker, J. (2010). The current status of urbanrural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(2), s. 84–93.

Riedl, R. (2013). *On the Biology of Technostress: Literature Review and Research Agenda*. The DATABASE for Advances in Information Systems, 44(1), s. 18–55.

Ruhm, C. (2000). Are Recessions Good for Your Health?. *Quarterly Journal of Economics*, May 2000, s. 617–650.

van Os, J., Kenis, G., og Rutten, B. P. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468(7321), s. 203–212.

Teo, A., Choi, H., Andrea, S., Valenstein, M., Newsom, J., Dobscha, S., og Zivin K. (2015). Does Mode of Contact with Different Types of Social Relationships Predict Depression Among Older Adults? Evidence from a Nationally Representative Survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(10), s. 2014-2022.

Videnscenter for arbejdsmiljø (2017). *Hvor mange er stressede?* <http://www.arbejdsmiljoviden.dk/Emner/Psykosocialt-arbejdsmiljo/Stress/Viden-om-stress/Hvor-mange-er-stressede>.

Wepfer, A., Allen, D., Brauchli, R., Jenny, G., og Bauer, F. (2017). Work-Life Boundaries and Well-Being: Does Work-to-Life Integration Impair Well-Being through Lack of Recovery? *Journal of Business and Psychology*, s. 1-14.

Wikgren, M., Maripuu, M., Karlsson, T., Nordfjäll, K., Bergdahl, J., Hultdin, J., Del-Favero, J., Roos, G., Nilsson, L.-G., Adolfsson, R., og Norrback, K.-F. (2012). Short Telomeres in Depression and the General Population Are Associated with a Hypocortisolemic State. *Biological Psychiatry*, 71(4), s. 294-300.

Økonomi- og Indenrigsministeriet (2018). *Økonomiske Redegørelse August 2018*. <https://oim.dk/publikationer/2018/aug/oeconomisk-redegoerelse-august-2018/>.

5. Bilag. Supplerende information og analyser

Boks 3 Diagnoser for stressrelaterede sygdomme

Reaktioner på svær belastning og tilpasningsreaktioner

DF43 - Reaktioner på svær belastning og tilpasningsreaktioner
DF430 - Akut belastningsreaktion
DF4300 - Let akut belastningsreaktion
DF4301 - Moderat akut belastningsreaktion
DF4302 - Svær akut belastningsreaktion
DF431 - Posttraumatisk belastningsreaktion
DF432 - Tilpasningsreaktion
DF4320 - Kortvarig depressiv tilpasningsreaktion
DF4321 - Langvarig depressiv tilpasningsreaktion
DF4322 - Blandet angst-depressiv tilpasningsreaktion
DF4323 - Tilpasningsreaktion med andre emotionelle symptomer
DF4324 - Tilpasningsreaktion med overvejende adfærdsforstyrrelse
DF4325 - Tilpasningsreaktion m adfærdssymptomer og emotionelle symptomer
DF4328 - Anden tilpasningsreaktion
DF438 - Anden belastningsreaktion
DF439 - Belastningsreaktion UNS

Øvrige psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser

DF320 - Depressiv enkeltepisode af lettere grad
DF321 - Depressiv enkeltepisode af moderat grad
DF329 - Depressiv enkeltepisode UNS
DF5100 - Søvnløshed UNS
DF515 - Natlige mareridt

Søvnforstyrrelser

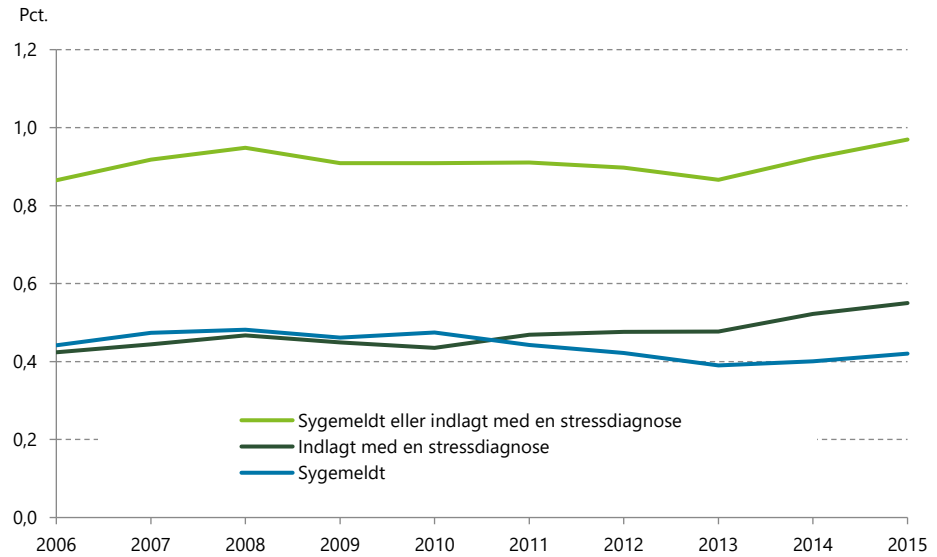
DG479 - Søvnforstyrrelse UNS
DG479A - Søvnbesvær uden specifikation

Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen

DZ56 - Problemer med beskæftigelse og arbejdsløshed
DZ560 - Problem med arbejdsløshed
DZ561 - Problem med jobskifte
DZ562 - Problem med trussel om afskedigelse
DZ563 - Problem med stressende arbejdsforhold
DZ564 - Problem med disharmoni med chef eller kolleger
DZ565 - Problem med ubehageligt arbejde
DZ566 - Problem med anden fysisk eller mental arbejdsbelastning
DZ566A - Problem med anden fysisk arbejdsbelastning
DZ566B - Problem med anden mental arbejdsbelastning
DZ567 - Andet el. ikke spec. problem med beskæft. el. arbejdsløshed
DZ730 - Problem med udbrændthed
DZ731 - Problem med forstærkede karaktertræk
DZ732 - Problem med mangel på afslapning og fritid
DZ733 - Problem med stress IKA

Kilde: Torben Mogensen, tidligere vicedirektør på Hvidovre hospital, speciallæge i anæstesiologi, formand for selskab for medicinsk prioritering, professor ved Lanzhou University, Kina; Signe Binderup Schultz, speciallæge i almen medicin m.fl.; Lise Storm, speciallæge i almen medicin m.fl.

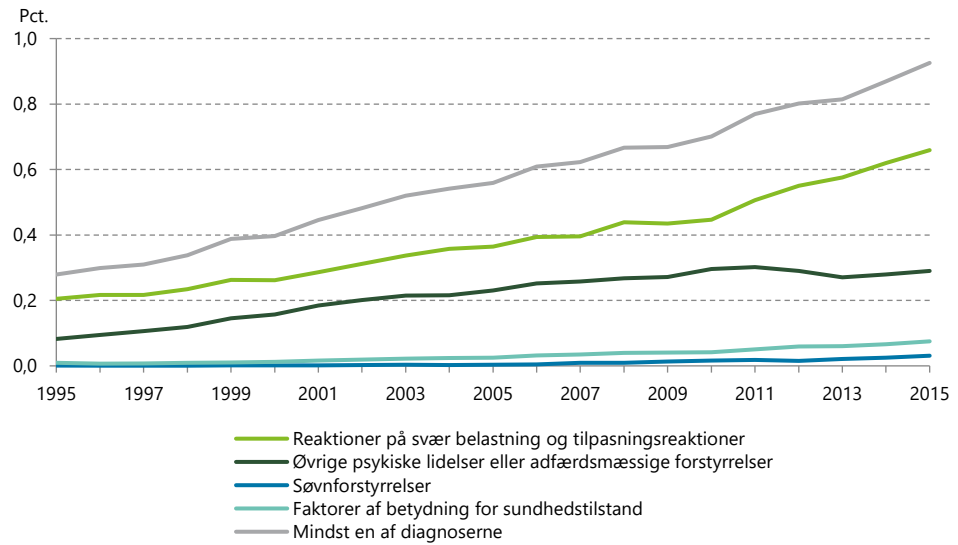
Figur 10 Udviklingen i andelen blandt beskæftigede med en af delindikatorerne for stress, opdelt på de to delindikatorer



Anm.: Populationen består af beskæftigede i alderen 18-59.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistiks registerdata.

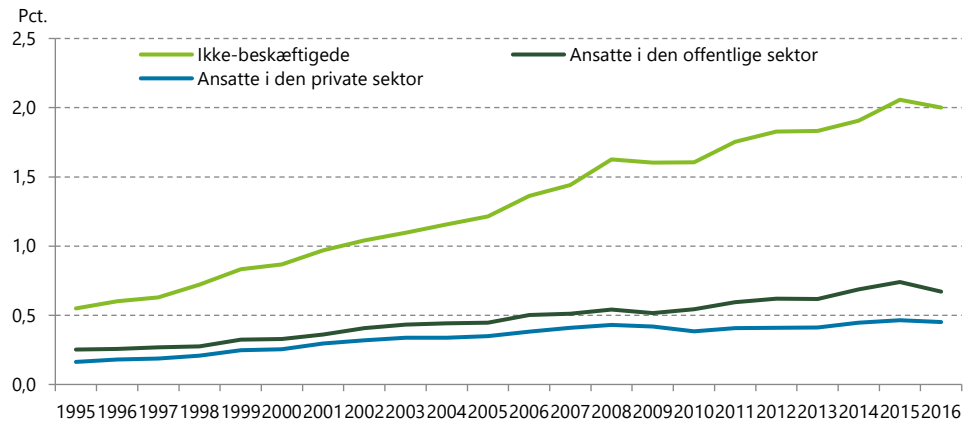
Figur 11 Andel af befolkningen i arbejdsdygtige alder med stressrelaterede diagnoser



Anm.: Populationen består af hele befolkningen i alderen 18-59. Boks 3 indeholder en liste over de stressrelaterede diagnoser.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistiks registerdata.

Figur 12 Andel med en stressrelateret diagnose, opdelt på beskæftigelsesstatus og sektor

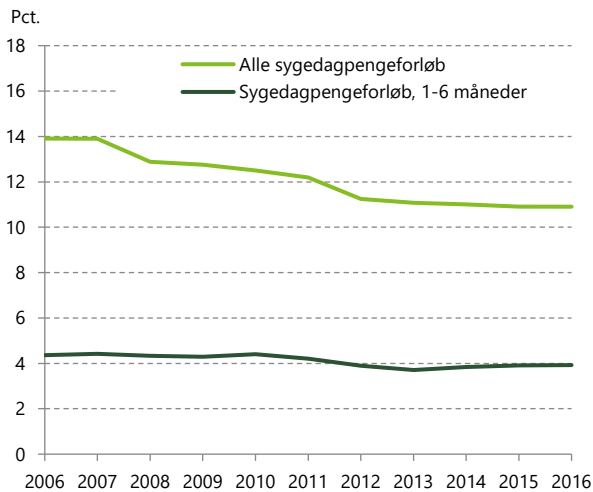


Anm.: Populationen består af hele befolkningen i alderen 18-59. Beskæftigelsesstatus er baseret på den registerbaserede arbejdsstyrkestatistik, som opgøres november hvert år. Befolkningen er således opdelt efter deres primære arbejdsmarkedsstatus ultimo året før det år, hvor de registreres med en stressrelateret diagnose. Beskæftigede omfatter lønmodtagere og selvstændige. Ikke-beskæftigede omfatter ledige og personer uden for arbejdsstyrken (inkl. studerende).

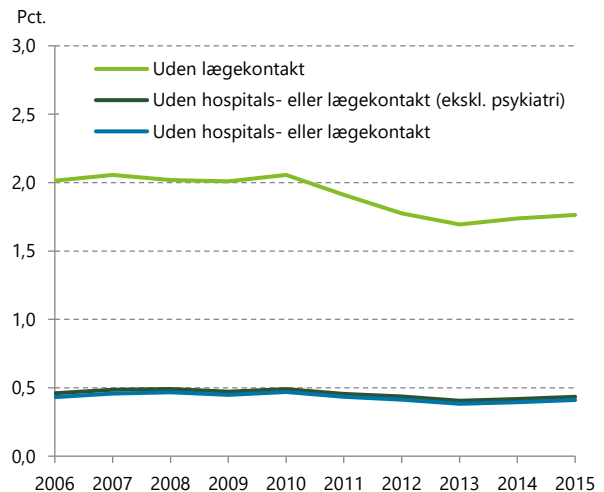
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistiks registerdata.

Figur 13 Andel af de beskæftigede med mindst én langtidssygemelding

a) Betinget på periodens længde



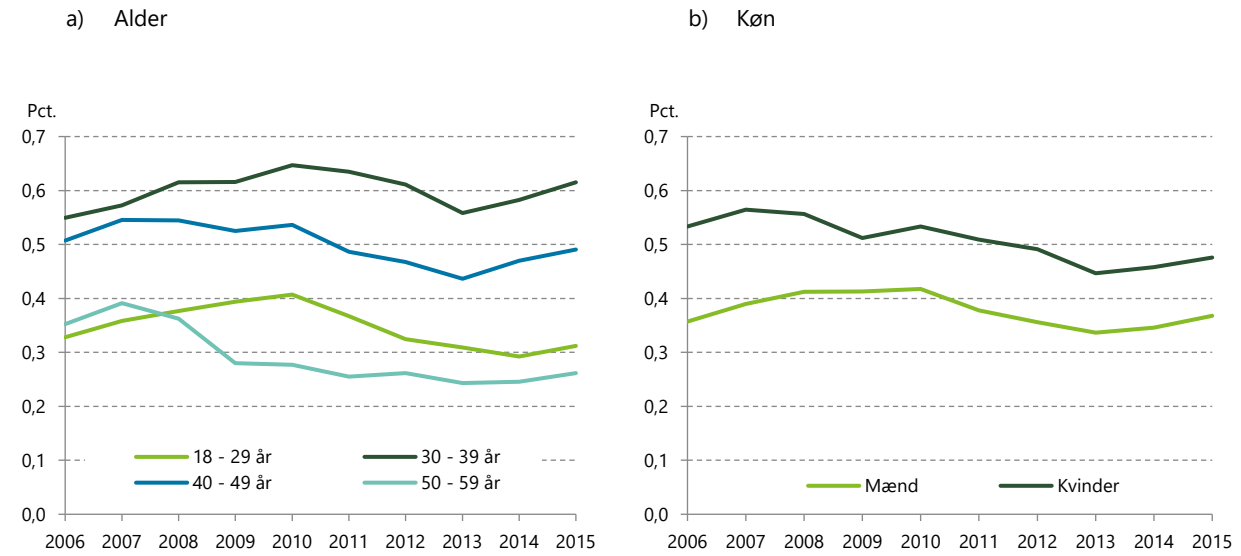
b) Betinget på begrænset kontakt med sundhedsvæsenet



Anm.: Populationen består af alle beskæftigede i alderen 18-59. Langtidssygemeldinger er defineret som sygemeldinger med et tilhørende sygedagpengeforløb, hvor antallet af fraværsdage er minimum 31 dage og maksimalt et halvt år. "Uden kontakt til læge" betyder, at personen ikke har haft kontakt med en speciallæge et år før og et halvt år efter sygemeldingens start (bortset fra kontakt til egen praktiserende læge, tandlæge og psykolog). I "Uden hospitals- eller lægekontakt" frasorteres yderligere personer, som har haft kontakt til hospitalsvæsenet i samme periode, herunder psykiatrien.

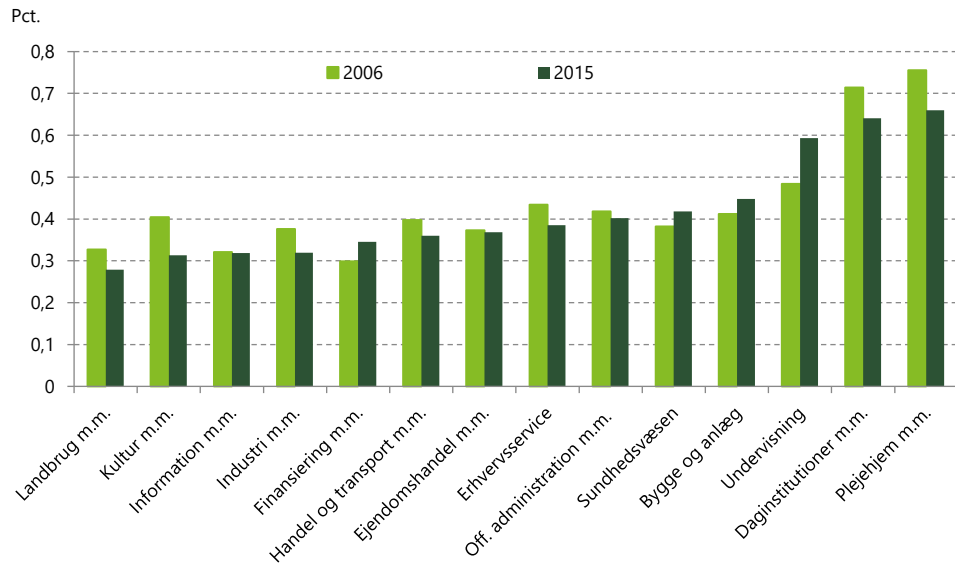
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistiks registerdata.

Figur 14 Andel af de beskæftigede med langtidssygemelding med begrænset kontakt til sundhedsvæsenet, opdelt på aldersgrupper og køn



Anm.: Populationen består af alle beskæftigede i alderen 18-59.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistiks registerdata.

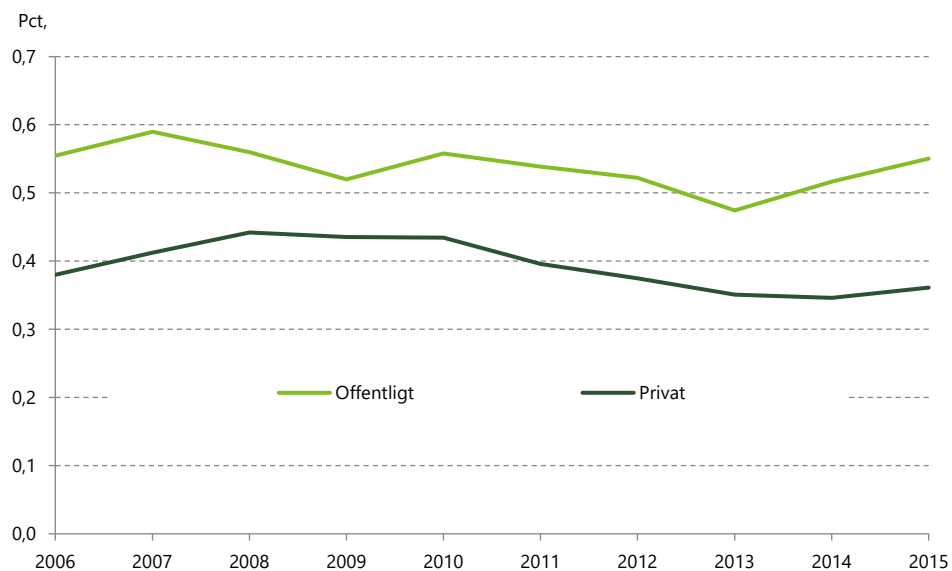
Figur 15 Andel af de beskæftigede med langtidssygemelding med begrænset kontakt til sundhedsvæsenet, opdelt på brancher



Anm.: Nogle af branchenavnene er forkortet. Forkortelserne følger følgende struktur: Landbrug m.m. er Landbrug, skovbrug og fiskeri, Finansiering m.m. er Finansiering og forsikring, Industri m.m. er Industri, råstofindvinding og forsyningsvirksomhed, Information m.m. er Information og kommunikation, Kultur m.m. er Kultur, fritid og anden service, Ejendomshandel m.m. er Ejendomshandel og udlejning, Off. administration m.m. er Offentlig administration, forsvar og politi, Daginstitutioner mv. er Daginstitutioner og dagcentre mv. Befolkningens primære branche er baseret på den registerbaserede arbejdsstyrkestatistik, som opgøres november hvert år. Befolkningen er således opdelt efter deres primære branche ultimo året før det år, hvor de registreres med en stressrelateret diagnose.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistiks registerdata.

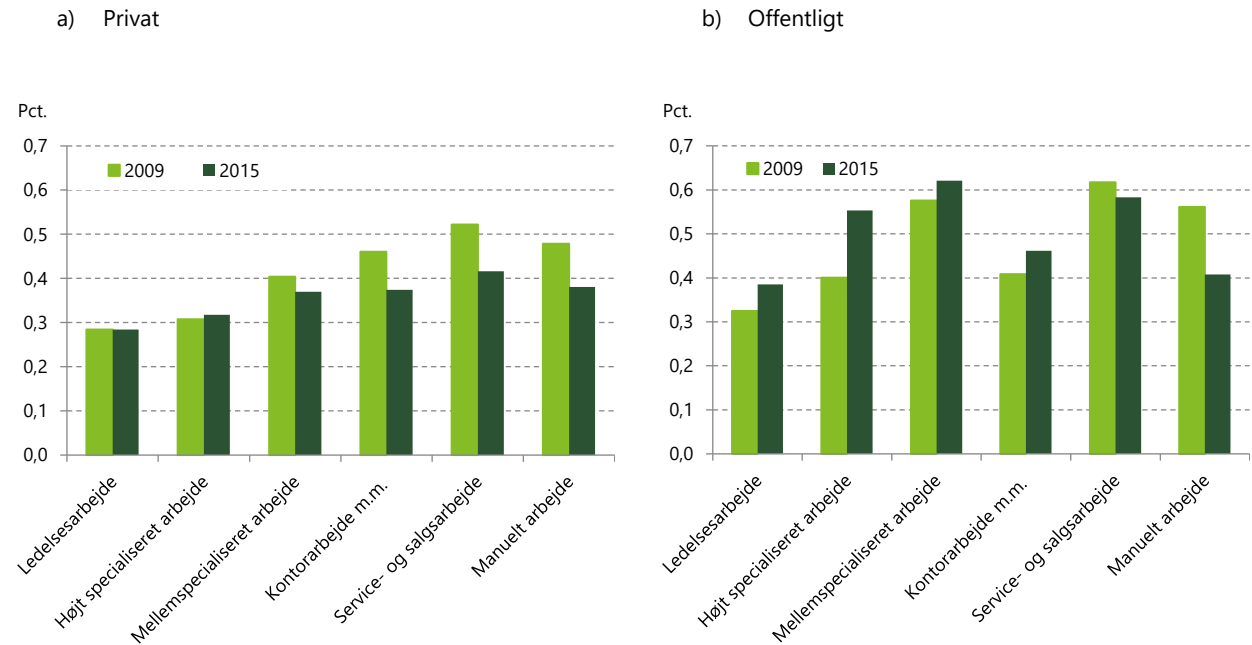
Figur 16 Andel af de beskæftigede med langtidssygemelding og begrænset kontakt til sundhedsvæsenet, opdelt på sektor



Anm.: Populationen består af alle beskæftigede i alderen 18-59.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistiks registerdata.

Figur 17 Andel af de beskæftigede med langtidssygemelding med begrænset kontakt til sundhedsvæsenet, opdelt på sektor og stillings-type



Anm.: Grupperne er dannet på baggrund af DISCO-hovedgrupper. Nogle af betegnelserne for arbejdsfunktionerne er forkortet som følger: Højt specialiseret arbejde er arbejde, der forudsætter viden på højeste niveau inden for pågældende område. Mellemspecialiseret arbejde er arbejde, der forudsætter viden på mellemniveau. Kontorarbejde m.m. er almindeligt kontor- og kundeservicearbejde. Manuelt arbejde er en sammenslutning af DISCO-hovedgrupperne seks til ni, som indeholder arbejde inden for landbrug, skovbrug og fiskere ekskl. medhjælp, håndværkspræget arbejde, operatør- og monteringsarbejde samt transportarbejde og andet manuelt arbejde. Befolkningens sektor og stillingstype er baseret på den registerbaserede arbejdsstyrkestatistik, som opgøres november hvert år. Befolkningen er således opdelt efter deres primære sektor og stillingstype ultimo året før det år, hvor de registreres med en stressrelateret diagnose.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistiks registerdata.

Figur 18 Andel af de beskæftigede med langtidssygemelding med begrænset kontakt til sundhedsvæsenet, opdelt på arbejdsstatus



Anm.: Populationen består af alle beskæftigede i alderen 18-59. Befolkningens arbejdsmarkedsstatus er baseret på den registerbaserede arbejdsstyrkestatistik, som opgøres november hvert år. Befolkningen er således opdelt efter deres primære arbejdsmarkedsstatus ultimo året før det år, hvor de registreres som langtidssygemeldte. Beskæftigede står for lønmodtagere.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmark Statistiks registerdata.