



# Danskernes mentale sundhed

*Udvikling, baggrund og konsekvenser*

Af Signe Hald Andersen,  
Jacob Ladenburg og  
Phillip Steen Dyssegaard

ROCKWOOL FONDEN

# **Danskerne's mentale sundhed:** *Udvikling, baggrund og konsekvenser*

Af Signe Hald Andersen, Jacob Ladenburg  
og Phillip Steen Dyssegaard<sup>1</sup>

*<sup>1</sup> Phillip Steen Dyssegaard har primært arbejdet på rapporten i projektets første faser, og han står derfor ikke på mål for rapporten i sin helhed.*

# Indhold

Indledning.....	5
Mental sundhed – psykisk sygdom og mistrovisel.....	8
Kapitel 1: Mental sundhed sættes på dagsordenen.....	11
1.1.    Hvordan talte vi om børn og unges mentale sundhed?.....	11
1.1.1.    Årene 1990-2000.....	11
1.1.2.    Årene 2000-2010.....	12
1.1.3.    Årene 2011-2020.....	13
1.2.    Hvordan talte vi om voksnes mentale sundhed?.....	14
1.2.1.    Årene 1990-2000.....	14
1.2.2.    Årene 2000-2010.....	14
1.2.3.    Årene 2011-2020.....	15
1.3.    Sammenfatning.....	15
Kapitel 2: Resultater fra eksisterende spørgeskemaundersøgelser.....	17
2.1.    SUSY og Den Nationale Sundhedsprofil.....	17
2.1.1.    Mentalt helbred.....	18
2.1.2.    Stress.....	20
2.1.3.    Har man været generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig.....	23
2.1.4.    Opsummerende om resultaterne fra SUSY/Den Nationale Sundhedsprofil.....	26
2.2.    Skolebørnsundersøgelsen.....	27
2.2.1.    Udviklingen i mental sundhed ifølge Skolebørnsundersøgelsen 2019 (SIF).....	28
2.2.2.    Livstilfredshed.....	28
2.2.3.    Positiv mental sundhed.....	29
2.2.4.    Ensomhed.....	31
2.2.5.    Selvværd.....	32
2.2.6.    Self-efficacy.....	33
2.2.7.    Opsummerende om indikatorerne for mental sundhed.....	34
2.2.8.    Bortfald.....	34
2.2.9.    Opsummerende om skolebørnsundersøgelsen.....	38
2.3.    Børn og unge i Danmark, VIVE.....	38
2.3.1.    Selvvurderet helbred.....	39
2.3.2.    Psykisk sårbarhed.....	39
2.3.3.    SDQ.....	39
2.3.4.    Psykiske lidelser.....	40
2.3.5.    Spiseforstyrrelser.....	41
2.3.6.    Psykologhjælp.....	41

2.3.7.	Selvmondsforsøg .....	41
2.3.8.	Uddannelsesmæssig trivsel .....	42
2.3.9.	Personlig frihed og oplevet tidspres .....	42
2.3.10.	Livstilfredshed og psykosocial trivsel .....	43
2.3.10.1.	Livstilfredshed .....	43
2.3.10.2.	Ensomhed .....	43
2.3.11.	Opsummerende om "Børn og Unge i Danmark" .....	44
2.4.	Opsummerende om de tre spørgeskemaundersøgelser .....	44
Kapitel 3: Resultater fra "Danskernes arbejdsmiljø" .....		45
3.1.	Udviklingen indenfor områder der er direkte relateret til mental sundhed .....	46
3.1.1.	Angstsymptomer .....	46
3.1.2.	Depressive symptomer .....	47
3.1.3.	Mentalt helbred .....	48
3.1.3.1.	De underliggende fordelinger for indikatoren for mentalt helbred .....	49
3.1.4.	Stress .....	55
3.2.	Opsummerende om resultaterne fra NFA .....	56
Kapitel 4: Udvikling i medicinforbruget .....		58
4.1.	Antidepressiva .....	58
4.2.	Antipsykotika .....	61
4.3.	ADHD-medicin .....	64
4.4.	Angstmedicin .....	67
4.5.	Sovemedicin .....	69
4.6.	Opsummering af medicinforbrug .....	74
Kapitel 5: Ændringer i brug af sundhedsydelser .....		77
5.1.	Eksisterende viden .....	77
5.1.1.	Ministerspørgsmål fra 2017 .....	77
5.1.2.	Analysenotat, KL, 2019 .....	77
5.1.3.	Rapport fra sundhedsstyrelsen om børn og unge med angst, depression mv., 2017. ....	78
5.1.4.	Registerbaseret rapport om stress .....	79
5.1.5.	Opsummerende om udviklingen i brugen af mentale sundhedsydelser .....	80
5.2.	Vores beregninger .....	80
5.2.1.	Prævalens og incidens, kontakter til psykiatrien .....	81
5.2.2.	Udviklingen i brugen af psykolog og psykiater .....	83
5.2.3.	Prævalens og incidens, specifikke diagnoser .....	87
5.2.3.1.	Prævalens og incidens, depression .....	88
5.2.3.2.	Prævalens og incidens, angst .....	89

5.2.3.3.	Prævalens og incidens, stress.....	91
5.2.3.4.	Prævalens og incidens, spiseforstyrrelser .....	93
5.2.3.5.	Prævalens og incidens, ADHD .....	95
5.2.3.6.	Udviklingen i selvmordshandlinger.....	97
5.2.4.	Opsummerende om udviklingen i diagnoser .....	99
5.3.	Kan udviklingen skyldes andre forhold end øget forekomst af psykisk sygdom? .....	100
Kapitel 6: International udvikling i den mentale sundhed.....		105
6.1.	USA .....	106
6.2.	Canada .....	109
6.3.	Australien .....	110
6.4.	New Zealand.....	112
6.5.	Norge .....	112
6.6.	Sverige.....	113
6.7.	Finland.....	114
6.8.	Tyskland .....	115
6.9.	England.....	116
6.10.	Sammenfatning.....	117
Kapitel 7: Opsummering, del 1.....		124
Kapitel 8: Betydningen af baggrundskarakteristika .....		128
8.1.	Design.....	128
8.2.	Brug af sundhedsydelse.....	130
8.3.	Diagnoser og selvmordshandlinger .....	133
8.4.	Selvrapporterede mål for mental sundhed .....	136
8.5.	Opsummering .....	138
Kapitel 9: En dekomponering af udviklingen.....		140
9.1.	Dekomponering af ændringen i de tre mentale sundhedsydelse .....	140
9.2.	Dekomponering af ændringen i selvrapporteret mental sundhed .....	143
Kapitel 10: Er der forskel på udviklingen mellem forskellige grupper? .....		146
10.1.	Brug af mentale sundhedsydelse som 20-årig.....	147
10.1.1.	Betydningen af egne karakteristika .....	158
10.2.	Brug af mentale sundhedsydelse som 28-årig.....	162
10.2.1.	Betydningen af egne karakteristika .....	172
10.3.	Selvrapporteret mental sundhed, 18-24-årig.....	174
10.4.	Selvrapporteret mental sundhed, 25-32-årig.....	177
10.5.	Samlet opsummering .....	179
Kapitel 11: Er der noget særligt på spil for 12-talspigerne (M/K)?.....		180

11.1.	Brugen af mentale sundhedsydelse blandt 12-talspigerne (M/K) .....	180
11.2.	Dynamikken blandt de 28-årige .....	186
11.3.	Karaktergennemsnit og selvrapporteret mental sundhed.....	189
11.4.	Arbejdsløshed, uddannelse og selvrapporteret mental sundhed .....	191
11.5.	Opsummering .....	193
Kapitel 12: Opsummering, del 2.....		194
Kapitel 13: De langsigtede konsekvenser af dårlig mental sundhed .....		198
13.1.	De langsigtede konsekvenser af at have været i kontakt med det mentale sundhedsvæsen .....	198
13.2.	De langsigtede konsekvenser af at lide af selvrapporteret dårlig mental sundhed .....	202
13.3.	Opsummering .....	203
Kapitel 14: Sammenhæng over tid og på tværs af spektret .....		205
14.1.	Selvrapporteret mental sundhed og senere indlæggelser .....	205
14.1.1	Analyser.....	206
14.2.	Gentagne kontakter.....	208
14.3.	Samlet opsummering .....	212
Kapitel 15: Opsummering, del 3.....		213
Kapitel 16: Samlet konklusion .....		214
BILAG .....		216
Referencer.....		269

## Indledning

Med WHO's World Health Report fra 2001 (Mental Health: New Understanding, New Hope) kom mental sundhed for alvor på den internationale sundhedspolitiske dagsorden. Interessen for emnet var blandt andet motiveret af en øget efterspørgsel efter behandling for psykisk sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2010) og af en erkendelse af, at psykisk sygdom stod og stadig står for en væsentlig del af den samlede sygdomsbyrde i den vestlige del af verden (ca. 7 procent) (Sundhedsstyrelsen, 2015). WHO satte herudover mental sundhed på den sundhedspolitiske dagsorden, fordi den generelle forbedring af det fysiske helbred i befolkningen gav plads til, at mental sundhed kunne spille en større rolle (NFA, 2010).<sup>1</sup>

I Danmark fulgte Sundhedsstyrelsen op med rapporten ”Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter” i 2008, og siden da har mental sundhed – og relaterede begreber som stress, mental (mis)trivsel og livstilfredshed – fyldt godt i de danske medier og den offentlige debat.

Som en naturlig konsekvens af dette fokus er der blevet foretaget en række spørgeskemaundersøgelser om danskernes – men især børn og unges – mentale sundhed. Disse undersøgelser har resulteret i flere opsigtsvækkende fund, og man er især blevet overrasket over omfanget af unge kvinders dårlige mentale sundhed – identificeret gennem selvrapporteret mål for mental sundhed - og over en nærmest eksplosiv stigning i omfanget af dårlig mental sundhed i samme gruppe (fra at 15 procent i gruppen klassificeres som havende lav selvrapporteret mental sundhed i 2010 til, at 25 procent falder i kategorien i 2017, se *Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017*). I perioden har man samtidig kunnet observere en stigning i aktivitetsniveauet indenfor psykiatrien, ligesom forbruget af psykofarmaka er steget fra 1999 og til nu – dog med en udjævning og i visse tilfælde et decideret fald i den sidste halvdel af perioden.

Især rapporter om stigende mistrivsel blandt de unge kvinder har vakt bekymring blandt fagfolk og beslutningstagere, og der har været forskellige bud på årsagerne til, at denne gruppe i stigende grad mistrives. Man har været bekymret for, at det var præstationssamfundets skyld, og at ændringer i skolesystemet fx i form af fremdriftsreformen var med til at stresser de unge i en sådan grad, at det gik ud over deres mentale sundhed. Det er også blevet diskuteret, om de sociale medier, med de muligheder de giver for at vise afgrænsede og selvforherligende udsnit af livet, har skabt en usund konkurrence blandt de unge om at fremstå perfekte med de konsekvenser, det kan have for selvbilledet blandt de grupper af unge, der ikke føler, de kan følge med og blandt grupper af unge, der føler, at de skal følge med.

Det er dog på mange måder svært at få hold på både debatten og udviklingen, ikke mindst fordi de færreste af de rejste hypoteser om, hvad der driver udviklingen, er blevet undersøgt til bunds, og fordi de færreste kan undersøges til bunds. Samtidig blandes begreberne sammen, så der tales om psykisk sygdom, mentalt helbred og mistrivsel, uden at der altid skelnes mellem de forskellige underliggende tilstande og

---

<sup>1</sup> <https://www.cabiweb.dk/media/1634/hvidbog-mentalt-helbred.pdf>

problematikker, som disse begreber dækker over. Sidst kan man spekulere på, om den observerede udvikling er reel, forstået på den måde at den afspejler, at folk – de unge – faktisk har fået det værre, snarere end at man blot taler mere om sin mentale sundhed eller taler om den på en ny måde. For kan det virkelig passe at vores unge mennesker mistrives i en sådan grad, som det ser ud til at være tilfældet, og kan det passe, at der kan være sket så drastisk en forværring hen over en periode, hvor samfundet i øvrigt er blevet rigere og mere velfungerende?

Formålet med denne rapport er at udvide vores forståelse af den udvikling i danskernes mentale sundhed, der har fundet sted hen over de seneste 10-20 år. Vi er her interesserede i et bredt spænd af mental sundhed, fra udviklingen indenfor de lettere indikationer af dårlig mental sundhed – såsom subjektive/selvrapporterede indikatorer for mistrivsel – til udviklingen i den alvorlige ende af fordelingen med langvarige indlæggelser i det psykiatriske sundhedssystem. Vi læner os her op ad Sundhedsstyrelsens definition af mental sundhed, der beskrives som ”en tilstand af trivsel, hvor det enkelte menneske kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress og indgå i fællesskaber med andre mennesker” og videre ”Mental sundhed er altså ikke kun fraværet af psykisk sygdom, men består også af psykologiske ressourcer og evner, som er nødvendige for at kunne udvikle sig og klare de udfordringer, der dukker op i alle menneskers liv”.<sup>2</sup> Rapporten beskæftiger sig med udviklinger indenfor dette brede område ”*mental sundhed*”, der således rummer en række tilstande, fra mistrivsel til alvorlig psykisk sygdom, gennem 12 kapitler, der falder i tre dele.

I første del, der indeholder de første seks kapitler, går vi den rapporterede udvikling efter i sømmene. Kapitel 1 beskriver, hvordan mental sundhed er kommet på den sundhedspolitiske dagsorden og ind i danskernes bevidsthed gennem de seneste 30 år. Herefter gennemgår kapitel 2 resultaterne fra nogle af de store nationale undersøgelser, der har påvist en negativ udvikling i danskernes selvrapporterede mentale sundhed, mens kapitel 3 både gennemgår resultaterne fra rapporten ”Danskernes arbejdsmiljø” og rapporterer vores egne beregninger på undersøgelsens datamateriale. Dette kapitel har til hensigt at bidrage med en opdateret vurdering af en række af de indikatorer, man traditionelt anvender til at måle udviklingen i danskernes – og andres – mentale sundhed. Kapitel 4 beskriver udviklingen i forbruget af de medicintyper, der traditionelt anvendes til at behandle lettere og sværere tilfælde af problemer med den mentale sundhed (og herunder psykisk sygdom), mens kapitel 5 bruger registerdata til at belyse udviklingen i brugen af mentale sundhedsydelser i Danmark fra kontakter til psykiatrien, over besøg hos psykolog og psykiater og til udviklingen i antallet af borgere, der får specifikke diagnoser i det psykiatriske sundhedssystem. Kapitlet reflekterer herudover over årsagerne til den påviste udvikling. Sidste kapitel i del 1 – kapitel 6 – redegør for fund i litteraturen om udviklingen i mental sundhed i en række øvrige vestlige lande og diskuterer de årsager bag udviklingen, som denne litteratur peger på. Tilsammen vil de seks kapitler i rapportens del 1 hermed

---

<sup>2</sup> fra [www.sst.dk/da/Viden/Mental-sundhed](http://www.sst.dk/da/Viden/Mental-sundhed)



gøre rede for, hvilken udvikling der har fundet sted inden for indikatorer for det meget brede spektrum af tilstande og lidelser, der hører hjemme under begrebet mental sundhed. Det er fra det lette eller mere diffuse område, som udgøres af de selvrapporterede mål, over de mere konkrete manifestationer af mentale problemer i form af besøg hos psykolog og psykiatere og brug af lægemidler, til de alvorligere tilstande, som dukker op i psykiatrien. Hensigten er herigennem at kortlægge samt blive klogere på den udvikling, der har fundet sted, på hvor der faktisk har været en bekymrende udvikling og herigennem at diskutere årsagerne til, at vi ser denne udvikling.

Rapportens anden del indeholder fire kapitler, og i denne del vil vi give en karakteristik af, hvilke befolkningsgrupper der har særlig stor risiko for at lide af dårlig mental sundhed og undersøge, om betydningen af baggrundsfaktorer har ændret sig over tid. Fordi vi i rapportens del 1 påviser, at den negative udvikling i mental sundhed primært finder sted blandt de yngre danskere, vil vi her hovedsageligt fokusere på unge omkring 30 år og derunder. I rapportens kapitel 8 undersøger vi, hvilke baggrundsfaktorer der i særlig grad disponerer et menneske for at udvikle mentale sundhedsproblemer (fra det lette til det alvorlige område). I forlængelse heraf undersøger kapitel 9, om den observerede udvikling i danskernes mentale sundhed skyldes ændringer i betydningen af sådanne baggrundskarakteristika, og i hvilket omfang den skyldes kompositionsændringer i befolkningen: Hvis visse grupper har dårligere mental sundhed end andre, og disse gruppers andel af befolkningen er i vækst, kan en sådan udvikling i sig selv drive en øget forekomst af lav mental sundhed i befolkning, uden at denne udvikling afspejler en større almen samfundsmæssig problematik relateret til mental sundhed. Kapitel 10 går endnu mere i detaljer med udviklingen og undersøger, om udviklingen har været forskellig for forskellige grupper (dvs. har den påviste udvikling været særlig bemærkelsesværdig blandt bestemte grupper). I rapportens kapitel 11 går vi yderligere i dybden med spørgsmålet om, hvorvidt det er særlige grupper, der har båret udviklingen og zoomer ind på udviklingen i mental sundhed blandt unge, der klarer sig særligt godt i uddannelsessystemet (12-talspigerne M/K) og i deres første år på arbejdsmarkedet. Hensigten med dette kapitel er at gå i kødet på bekymringen om, at det i særlig grad er unge mennesker, der lever i og med præstationskulturen, som i stigende grad mistrives. Til sammen giver de fire kapitler i del 2 hermed et indblik i betydning af baggrundsfaktorer for forekomsten og udviklingen af mental sundhed i Danmark og klæder os på til at forstå, hvor i samfundet problemerne findes, hvor de er størst, og hvor udviklingen har været mest bekymrende.

I rapportens sidste del undersøger vi i to kapitler de langsigtede konsekvenser af at opleve problemer med mental sundhed. I kapitel 13 undersøger vi sammenhængen mellem mentale sundhedsproblemer og senere outcomes på arbejdsmarkedet, og i kapitel 14 ser vi på sammenhængen mellem lettere indikatorer for mistrivsel og risikoen for senere at dukke op i det psykiatriske system med mere alvorlige psykiske problemer. Vi ser også her på, om risikoen for at opleve gentagne kontakter til psykiatrien ændrer sig over tid. I begge kapitler ser vi på, om sammenhængene ændrer sig over tid, og til sammen giver disse to kapitler

således både et billede på konsekvenserne af at lide af dårlig mental sundhed, samt på om disse konsekvenser er blevet mere alvorlige over tid.

Med dette indhold er det altså rapportens hensigt a) at dokumentere den udvikling, der har fundet sted indenfor danskernes mentale sundhed over de seneste 10-15 år og diskutere dens mulige forklaringer, b) at undersøge, hvilke grupper der i særlig grad har båret denne udvikling og c) belyse konsekvenserne af udviklingen. Før vi tager hul på disse problemstillinger, vil vi dog redegøre for, hvordan vi bruger og tænker rapportens centrale begreber.

### **Mental sundhed – psykisk sygdom og mistrivsel**

Mentalt helbred, mental sundhed, psykisk sygdom, stress og mistrivsel. Kært barn har mange navne – og så alligevel ikke. Debatten, som vi beskæftiger os med i denne rapport, er på mange måder rodet og på alle måder interessant, fordi den beskæftiger sig med et meget stort spænd fra svage tegn på mistrivsel til alvorlig psykisk sygdom, der kræver langvarige indlæggelser og livslang medicinering. I det oprindelige udspil fra WHO (Mental Health: New Understanding, New Hope, 2001) lå fokus på behandlingskrævende psykisk sygdom – dvs. det tunge område – men den debat, der efterfølgende har fyldt mest i de danske medier, har især handlet om det lettere område, som man kan kalde selvrapporteret mistrivsel. Og spørgsmålet er, om disse to problematikker – mistrivsel og psykisk sygdom – overhovedet er relaterede, og hermed om det er meningsfyldt at diskutere dem i sammenhæng?

Det rejste spørgsmål afspejler en større debat i den videnskabelige litteratur om, hvorvidt og i hvor høj grad de to begreber hænger sammen. På den ene side fremføres, at selvom et individ både kan lide af alvorlig psykisk sygdom (som diagnosticeret i sundhedssystemet) og større eller mindre grad af mistrivsel (som selvrapporteret i surveys), er det bestemt muligt, at en velmedicineret person med skizofreni kan have høj livskvalitet og god mental trivsel. Hermed skal mistrivsel og psykisk sygdom – samt alle de mellemliggende psykiske tilstande - tænkes som helt adskilte begreber. På den anden side er der en voksende bevidsthed om, at ikke blot stiger risikoen for at udvikle en bestemt psykisk sygdom, hvis man i forvejen er blevet diagnosticeret med en anden psykisk sygdom, men sandsynligheden for at udvikle psykisk sygdom varierer med underliggende personlighedstræk og tilbøjeligheder til at lide af mere diffuse følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer (Caspi & Moffitt, 2018). Denne pointe betyder, at mistrivsel og psykisk sygdom er forbundne størrelser, og samlet set er det altså ikke klart, hvordan man skal forholde sig til de to begreber, relativt til hinanden.

I nærværende rapport vil vi, som nævnt, beskæftige os med nedslag i hele spektret fra mistrivsel til alvorlig psykisk sygdom. Vi benævner dette samlede emnefelt *mental sundhed* og følger her Sundhedsstyrelsens definition af begrebet ([www.sst.dk/da/Viden/Mental-sundhed](http://www.sst.dk/da/Viden/Mental-sundhed)), som vi beskrev i indledningen. Når vi ønsker at forholde os til hele spektret, skyldes det, at den offentlige og sundhedspolitiske debat bevæger sig over

hele spektret, uden egentlig at tage stilling til hvor den befinder sig eller til sammenhængen mellem de forskellige dele af spektret. Vi ønsker med andre ord at give et samlet overblik over feltet, dels for at afklare hvor i spektret problemer er størst, og dels for at give et belæg for at vurdere sammenhængen i udviklingen indenfor forskellige dele af spektret.

Til dette formål anvender vi to typer af datakilder, a) registerbaseret information om danskernes brug af forskellige mentale sundhedsydelse og herunder information om diagnoser stillet i det mentale sundhedssystem og brug af psykofarmaka til behandling af dårligt mentalt helbred, og b) information om selvrapporeret mentalt helbred fra flere spørgeskemaundersøgelser. De to datakilder skal ikke betragtes som rene repræsentationer af to begreber (psykisk sygdom hhv. mistrivsel), idet man jo fx sagtens kan selvrapporere om en skizofrenidiagnose i en survey, ligesom man kan forestille sig, at en praktiserende læge udskriver recepter på sovemedicin til en patient, som lider af midlertidig mistrivsel. De to datakilder skal heller ikke betragtes som dækkende for hele det spektrum, der omfattes af begrebet mental sundhed, men som højrelevante og godt dokumenterede nedslag i det samlede spektrum.

## **DEL 1: UDVIKLINGEN**

## **Kapitel 1: Mental sundhed sættes på dagsordenen**

Som nævnt indledningsvist er mental sundhed, især blandt unge, et emne, der i disse år er højt på den offentlige og politiske dagsorden. Der publiceres jævnligt nye undersøgelser om omfanget af stress, angst og depression, og der tales om en uhensigtsmæssig præstationskultur blandt unge. Kommuner og regioner rapporterer om øgede udgifter til psykiatri og sociale indsatser.

Det store fokus på mental sundhed kan give indtryk af, at psykiske problemer i dag udgør et større problem end tidligere, og man fristes til at tro, at hvis vi taler mere om det i dag, end vi har gjort det tidligere, så må det være, fordi problemet er blevet større. En øget omtale og mediebevågenhed vidner dog ikke i selv om, at omfanget af psykiske problemer nødvendigvis er blevet større. De psykiske problemer, vi taler om i dag, kan have været lige så fremherskende tidligere, men blot have haft mindre bevågenhed og/eller er blevet omtalt på andre måder.

I det følgende gennemgår vi nogle historiske nedslag i kilder fra 1990'erne og frem til i dag, der kan sige noget om, hvordan vi tidligere har undersøgt og talt om mental sundhed. Der er på ingen måde tale om en klassisk videnskabelig gennemgang af litteraturen. Gennemgangen skal ses som et kort oprids, der kan tjene til formål at sætte nutidens debatter om mental sundhed i perspektiv. Et sådant oprids siger i sagens natur ikke i sig selv noget om, hvorvidt problemer relateret til mental sundhed er blevet mere eller mindre udbredte. Men en bedre forståelse af fortiden kan måske hjælpe til at belyse, i hvilken grad nutidens fokus på mental sundhed også kan være et resultat af ændringer i den måde, vi taler om og forholder os til vores mentale sundhed.

### **1.1. Hvordan talte vi om børn og unges mentale sundhed?**

I en vis forstand har man selvfølgelig altid bekymret sig om børn og unges mentale sundhed. Jo længere tilbage man går, des sværere bliver det dog at sammenligne tidsperioder og begrebsbrug med nutiden, og vi har derfor valgt at begrænse vores historiske tilbageblik til perioden fra 1990'erne og frem.

#### **1.1.1. Årene 1990-2000**

Et oplagt sted at få en fornemmelse for, hvilke emner relateret til børns mentale sundhed og trivsel der har været på dagsorden gennem årene, er at se Børnerådets udgivelser. Rådet blev oprettet i 1994 for at "følge og synliggøre udviklingen i børns opvækstvilkår". Det skete blandt andet som en udløber af vedtagelsen af FN's Børnekonvention i 1989. Nogle af de første emner, som Børnerådet tog op, var revselsesretten (der blev endeligt afskaffet i 1997) (Børnerådet, 1997a), fortrolighed mellem børn og offentligt ansatte ved "problemer hjemme og i skolen" (Børnerådet, 1997b) og unges brug af alkohol (Børnerådet, 2003). Emnerne giver et godt billede af de problemer, man talte om i relation til børn og unge i slutningen af 1980'erne og starten af 1990'erne. I starten af 1990'erne talte man også en del om "risikobørn" (dvs. børn der er særligt udsatte pga. deres opvækstvilkår) (Børnerådet, 1999a) og seksuelle overgreb på børn og skilsmisser (Børnerådet, 1999b).

En del af de emner Børnerådet tog op i 1990'erne, vil vi i dag betragte som værende knyttede til emnet "mental sundhed" (f.eks. skolens fysiske miljø og tryghed i forholdet til jævnaldrende), men de diskuteres ikke inden for denne ramme. Det skal dog understreges, at Børnerådets opdrag var centreret omkring børns *rettigheder*. Dette udgangspunkt påvirker selvfølgelig, hvilke typer emner der tages op af Børnerådets regi og det afspejler derfor ikke nødvendigvis et fuldt fokus på børns mentale helbred.

En anden vigtig kilde til den historiske udvikling i omtalen af børns mentale sundhed er Skolebørnsundersøgelserne, der er blevet gennemført siden 1984. Skolebørnsundersøgelserne er også i dag en af de væsentligste kilder til viden om børns helbred og trivsel. Igen er det illustrativt at se på, hvilke emner der tiltrak sig mest opmærksomhed i de tre udgaver af undersøgelsen, der blev lavet op gennem 1990'erne (Due et al., 1992; Due & Holstein, 1997; M. Rasmussen et al., 2000). Et vigtigt emne i perioden var "fedmeepidemien" og børns opfattelse af deres egen krop. Udover at danske børn i perioden begyndte at blive tykkere, blev det også op gennem 1990'erne mere udbredt blandt børn (især unge piger) at være på slankekur. Et andet stort emne, især i slutningen af 90'erne, var mobning, som også var et omdrejningspunkt for Børnerådets arbejde i perioden (Børnerådet, 1999d; 1999c). På dette punkt lykkedes det faktisk gennem forebyggende indsatser både på landsplan og lokalt på amts-, kommune- og skoleniveau at reducere forekomsten af mobning betragteligt.

I flere af de tidlige Skolebørnsundersøgelser var fokus også på de psykosociale aspekter af børns skolegang ved bl.a. at spørge til børnenes generelle trivsel i skolen, forhold til klassekammeraterne og lærerne, oplevelsen af medbestemmelse og indflydelse på skolelivet samt mobning. Igennem de første fem undersøgelser (fra 1984-1998) så man et fald i andelen af elever, der virkelig godt kunne lide skolen, en udvikling der i øvrigt er fortsat op til i dag, især blandt de 15-årige piger. Der er således færre elever, der virkelig godt kan lide skolen i dag end i 1984. Der var i nogle børnegrupper allerede i 1990'erne forholdsvis store andele af eleverne, der følte sig stressede af skolearbejdet og led af hyppige symptomer såsom hovedpine, mavepine, nervøsitet, indsovningsbesvær, irritation og tristhed. Dog var der i perioden ikke tale om nogen generel tendens – i nogle aldersgrupper gik forekomsten lidt op, i andre gik den lidt ned, og for nogle af symptomerne svingede det lidt op og ned. Alt i alt var symptombelastningen altså forholdsvis stabil op gennem 1990'erne. Der sås dog op gennem 1990'erne et stigende forbrug af hovedpinepiller og medicin mod mavesmerter (i kontrast til at forbruget i voksenbefolkningen i 1990'erne næsten var konstant). Til gengæld var der dengang (i forhold til i dag) kun en lille andel af eleverne, der brugte medicin for at falde i søvn eller mod nervøsitet.

### ***1.1.2. Årene 2000-2010***

Børnerådets aktiviteter i starten af 00'erne vidner ikke om nogen særlig opmærksomhed på mental sundhed. Fokus er i stedet på emner som fysisk skolemiljø (Børnerådet, 2000a), computerspil (Børnerådet, 2000b), tobak (Børnerådet, 2001), alkohol (Børnerådet, 2003), chat (Børnerådet et al., 2003) og fysisk sundhed

(Børnerådet, 2005b). Men i 2003 nævnes børn og unges mentale helbred i forhold til alkoholmisbrug (Børnerådet, 2003), og i årsrapporten fra 2005 anbefales det direkte fra FN's Børnekomité, at Danmark styrker indsatsen i forhold til børns mentale sundhed (Børnerådet, 2005a). I årsrapporten fra 2006-7 nævnes børn med psykiske problemer som et indsatsområde for 2007 (Børnerådet, 2006), og i 2009 udkommer Børnerådets rapport "Mental sundhed 2009 – at føle man er noget værd" (Børnerådet, 2009).

I skolebørnsundersøgelserne fra perioden er der forsat spørgsmål om stress, trivsel og mobning. Der er en enkelt sætning i 2006-rapporten, der kæder psykisk velbefindende sammen med forekomsten af stress, angst og depressive symptomer i forhold til betydningen af fysisk aktivitet (linje 2-4 side 42) (Rasmussen & Due, 2007). Men der tales ikke eksplicit om mental sundhed, men mental sundhed bliver dog mere fremherskende i Skolebørnsundersøgelsen fra 2010, hvor psykisk trivsel nævnes i rapportens afsnit om "Helbred og Trivsel" (Rasmussen & Due, 2011). Angst og depression nævnes heller ikke i 2000'ernes rapporter og indgår således heller ikke i Skolebørnsundersøgelsens rapport fra 2006. Rapporten kommer dog flere steder ind på, at "forbavsende mange elever" er nervøse, og mange er hyppigt kede af det, men afrapporteringen løftes ikke op til en mere konkret diskussion af de unges mentale sundhed. Mental sundhed kommer på dagsordenen i en rapport fra Sundhedsstyrelsen om "Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige" baseret på tal fra Skolebørnsundersøgelsen (Holstein et al., 2011)

Hvis vi ser på andre kilder, er det tydeligt, at der i løbet af 2000'erne foregår en del diskussion af, hvorvidt psykiske problemer såsom stress, ADHD/DAMP og mistrivsel reelt var stigende. Et godt eksempel er diskussionen af, om udviklingen i ADHD var et udtryk for, at børn tidligere ikke blev identificeret på grund af uvidenhed om lidelsen, om det var det et udtryk for en samfundsændring, hvor opdragelsesnormen har ændret sig, eller er man blevet mere rundhåndet med at give diagnoser (Hart, 2009)?. Tilsvarende kommer der også fokus på at adskille mental sundhed og psykisk sygdom, samtidig med at der skete en ændring i diskursen om forståelse af årsagerne og behandling af psykisk sygdom (Epløv & Lauridsen, 2008). Men der var på det tidspunkt, særligt i starten af 2000'erne, ikke mange datakilder, der gav mulighed for at sige noget om dette.

### ***1.1.3. Årene 2011-2020***

Op gennem 2010'erne steg fokus på børn og unges mentale sundhed. I Skolebørnsundersøgelserne fra 2014 og 2018 (Rasmussen et al., 2015; Rasmussen et al., 2018) fik mental sundhed sit eget kapitel, der tog følgende emner op; Livstilfredshed, kropsopfattelse, ensomhed, selvværd, self-efficacy og positivt mentalt helbred. Idet man nu medtog spørgsmål relateret til mental sundhed i det bagvedliggende spørgeskema, fik man dermed mulighed for at følge udviklingen i mental sundhed over tid.

Børnerådets publikationer i perioden fortsætter og forstærker også 2000'ernes fokus på det mentale helbred. I 2014 sætter rådet fokus på, hvordan det er at være barn/ung på en psykiatrisk afdeling (Børnerådet, 2014). I

2016 er fokus på selvskade blandt 9. klasser (Børnerådet, 2016b) og spiseforstyrrelser (Børnerådet, 2016a), og i to af deres analysenotater fra 2018 (Børnerådet, 2018b, 2018a) rettes fokus på det pres, som skolebørn oplever i form af forventninger til deres skolegang og præstationskultur, og hvordan et stort pres hænger sammen med mental mistrivsel. Sundhedsstyrelsen kommer også på banen med en rapport i 2019, der giver kommuner anbefalinger om, hvordan børn og unges sundhed og trivsel kan styrkes. Et af de konkrete områder, der gives anbefalinger til, er mental sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2019).

## **1.2. Hvordan talte vi om voksnes mentale sundhed?**

For at få et indtryk af, hvordan voksnes mentale sundhed er blevet omtalt gennem årene, har vi set på, hvordan emnet er behandlet af Sundhedsstyrelsen i perioden fra 1990'erne og frem til i dag. Hovedkilderne er dels Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne, dels diverse tema-rapporter, som styrelsen har udgivet for at sætte fokus på eller tilvejebringe viden om bestemte sundhedsforhold i befolkningen.

### **1.2.1. Årene 1990-2000**

Det måske største tema inden for mental sundhed i 1990'erne var stress. Det ses blandt andet afspejlet i Sundhedsstyrelsens Sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SUSY) fra perioden, som specifikt spurgte ind til, om folk ofte følte sig stresset i dagligdagen (Kjøller et al., 1995). Det er dog interessant, at spørgeskemaerne fra 1987 (N. K. Rasmussen et al., 1987) og fremefter (på nær i 1994, som har fokus på muskel/skelet relaterede sygdomme) også indeholder spørgsmål om omfanget af nervøse lidelser, ængstelse, angst, nedtrykthed, depression og være ulykkelig. Undersøgelserne har således haft fokus på befolkningens mentale sundhed i en lang årrække. Men, måske på grund af de små andele, var nervøse lidelser, ængstelse, angst, nedtrykthed, depression og være ulykkelig ikke så meget i fokus som stress. En anden årsag kan være, at voksne danskeres mentale sundhed var stabilt eller ligefrem udviklede sig positivt i perioden fra ca. 1990 og frem. Andelen, der angav at have et ”godt psykisk velbefindende”, var rimelig stabilt i perioden, og det samme var tilfældet for forekomsten af nedtrykthed (Kjøller et al., 1995; N. K. Rasmussen et al., 1987).

### **1.2.2. Årene 2000-2010**

Fra omkring år 2000 ses et øget fokus på mental sundhed i Sundhedsstyrelsens udgivelser og aktiviteter, og i regeringens folkesundhedsprogram ”Sund hele livet 2002-2010” indgik psykiske lidelser som en af otte folkesygdomme. I 2007 udgav styrelsen to store rapporter om ”Forebyggelse og behandling af stress i Danmark” og ”Psykisk trivsel”, og i 2008 kom rapporten ”Fremme af Mental Sundhed – baggrund begreb og determinanter” (Eplov & Lauridsen, 2008; Nielsen et al., 2007). Psykiske problemer var et særligt fokusområde for Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2005, og i 2010 udkom rapporten ”Mental sundhed blandt voksne danskere” baseret på tal fra 2005-undersøgelsen (Christensen et al., 2010).



### **1.2.3. Årene 2011-2020**

Udvikling i brugen og forståelse af mental sundhed på voksenområdet bærer i 2010'erne i højere og højere grad præg af, at mental sundhed på lige fod med andre sygdomme er en vigtig del af sygdomsbyrden. I en rapport udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab og Sundhedsstyrelsen om sygdomsbyrden i Danmark og risikofaktorer, indgår mental sundhed således som et særskilt område (Eriksen et al., 2016; Flachs et al., 2015). Ligesom andre typer af sygdomme kommer mental helbred også på agendaen om vigtigheden af at forebygge. I Sundhedsstyrelsens portefølje af forebyggelsesplaner, som en del af forebyggelsepakkerne, har mental sundhed fået sin egen pjece (Sundhedsstyrelsen, 2018). Tilsvarende rettes fokus i den tidligere regerings rapport, "Vi løfter i Fællesskab – en samlet handleplan for psykiatrien frem mod 2025" (Regeringen, 2018), mod tidlig indgriben og let tilgængelige indsatser samt mod en styrkelse af sundhedspersonalets kompetencer indenfor området. Den øgede fokus og anerkendelse af mental sundhed som en sundhedsparameter på linje med fysisk sundhed viser sig også ved, at man nu, som man gør det med fysiske sygdomme, begynder at undersøge de helbredsmæssige og negative sociale konsekvenser, der følger af lav mental sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2016a).

### **1.3. Sammenfatning**

Som vi har beskrevet det ovenfor, er begrebet "mental sundhed" først rigtig blevet udbredt inden for de seneste 10 år. I 2008 anvender Sundhedsstyrelsen begrebet i rapporten "Fremme af Mental Sundhed – baggrund begreb og determinanter", og fra 2010 nævnes begrebet i Skolebørnsundersøgelserne. Fra samme år begynder Sundhedsstyrelsen at anvende begrebet konsistent i forbindelse med deres udgivelser. I Børnerådets udgivelser dukker mental sundhed første gang op som tema i 2009 og er fortløbende et tema i 2010'erne, omend mental sundhed også nævnes i rapporter fra før 2009. Det sagt, så har børns psykiske velbefindende i forhold til deres skolegang været på agendaen siden 1990'erne. Men hvor debatterne om børn og unges trivsel i 1990'erne især handlede om skilsmisser, fysiske rammer på skoler, mobning, fedme og sundhedsadfærd, er der i dag et større fokus på psykiske problemer såsom angst, depression, pres, spiseforstyrrelser mv. Tilsvarende er nutidens debat også fokuseret på, at "præstationsfundet" kan medvirke til, at mange børn og unge mistrives, hvilke vi især ser afspejlet i Børnerådets to analyserapporter fra 2018. 1990'ernes mindre fokus kan formentlig delvist forklares ved, at børns mentale helbred på mange parametre ikke viste de store udsving i perioden, men nok også at børns mentale helbred ikke blev grundigt belyst i perioden. Dog er det vigtigt at påpege, at der også dengang var et større mindretal blandt danske børn og unge, der havde psykiske problemer af forskellig art og fra omkring år 2000 diskuteres det meget, om hyppigheden af stress, mistrivsel og DAMP/ADHD er stigende. Endelig er det interessant at konstatere, at tendensen til, at især unge piger føler sig pressede, ser ud til at kunne spores tilbage til 90'erne.

Vores historiske oprids peger herudover på, at der også er kommet et øget fokus på voksnes mental sundhed. Det tydeligste tegn på dette er måske udnævnelsen af stress som en folkesygdom omkring år 2000 samt den

generelt øgede ligestilling mellem fysisk og psykisk sundhed. Samtidigt er det dog åbenbart, at især diskussionerne om stress går langt tilbage, også i forhold til børn og unge. Også på voksenområdet lader det til, at en del af forklaringen på det mindre fokus på mental sundhed til dels kan skyldes, at der, i de undersøgelser man foretog, ikke kunne ses den store udvikling. Som vi senere vil vise, viser SUSY-undersøgelserne, at andelen af voksne med godt psykisk velbefindende og gener fra nedtrykthed er nogenlunde uændret fra op gennem 1990'erne, og at der endda ses et fald i forekomsten af nervøse lidelser og følelsesmæssige problemer i perioden.

## **Kapitel 2: Resultater fra eksisterende spørgeskemaundersøgelser**

Som nævnt indledningsvist har den offentlige debat om mental sundhed i Danmark især været præget af en række opsigtsvækkende fund fra spørgeskemaundersøgelserne Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (SUSY) ”Den Nationale Sundhedsprofil” (NATSUP), fra Skolebørnsundersøgelsen og fra VIVEs undersøgelse ”Børn og unge i Danmark”. Debatten har især drejet sig om den uheldige udvikling i selvrapporteret mental sundhed blandt unge kvinder. I det følgende vil vi give et kort rids af resultaterne og diskutere præmisserne for disse fund med hensyn til datas kvalitet og de mål, der er anvendt med henblik på at kunne vurdere, om metodologiske forhold helt eller delvist kan forklare de opsigtsvækkende resultater.

### **2.1. SUSY og Den Nationale Sundhedsprofil**

Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (SUSY) er indsamlet i 1987 (N=4,752), 1994 (N=4,667), 2000 (N=16,688), 2005 (N=14,566), 2010, 2013 og 2017, og Den Nationale Sundhedsprofil (DNS) er indsamlet i 2010 (N=177,639), 2013 (N=162,283) og 2017 (N=183,372). Fra 2010 er SUSY indlejret i DNS. Begge undersøgelser har haft et betydeligt bortfald, dog størst i DNS fra 2013, hvor svarprocenten var på 54,0 procent. Som vi vil komme tilbage til senere, ses et tilsvarende fald i mange andre landes fortløbende nationale spørgeskemaundersøgelser på sundhedsområdet. Svarprocenten er især lav blandt unge i aldersgruppen 16-24 år og er stigende med alderen. Den laveste svarprocent findes blandt mænd mellem 16- og 24 år i 2013, hvor den ligger på 34,6 procent, og svarprocenten er i det hele taget lavere i 2013 for alle grupper end i 2010 og 2017, men højere i 2017 end i 2010 for både mænd og kvinder over 54 år og lavere i 2017 i sammenligning med 2010 for mænd og kvinder under 55 år (se tabel A1 i Sundhedsstyrelsen, 2018). Det er samtidig heller ikke alle de, der faktisk deltog i spørgeskemaundersøgelsen, der har svaret på alle spørgsmål.

Idet bortfaldet et skævt i en række dimensioner, har man i undersøgelsens afrapporteringer kompenseret for bortfaldet ved hjælp af vægte udarbejdet af Danmark Statistik, og vi må derfor forvente, at de udviklinger, vi ser, ikke er drevet af problemer relateret til bortfaldet.

SUSY og DNS omhandler ikke kun mental sundhed, men dækker mere bredt både fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd (rygning, kost, fysisk aktivitet mv.), kontakt til egen læge, sociale relationer og gode leveår (middellevetid). Vi vil her fokusere på de resultater, der angår mental sundhed, dvs. de områder som rapporten benævner ”Mentalt helbred”, ”Stress”, og om man har været generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, eller af ængstelse, nervøsitet, uro eller angst inden for de seneste 14 dage.

Undersøgelserne er afrapporteret i forbindelse med hver dataindsamling, men idet vi er interesserede i udviklingen over tid, vil vi her primært fokusere på de seneste rapporter, der blandt andet belyser udviklingstendenser.

### 2.1.1. *Mentalt helbred*

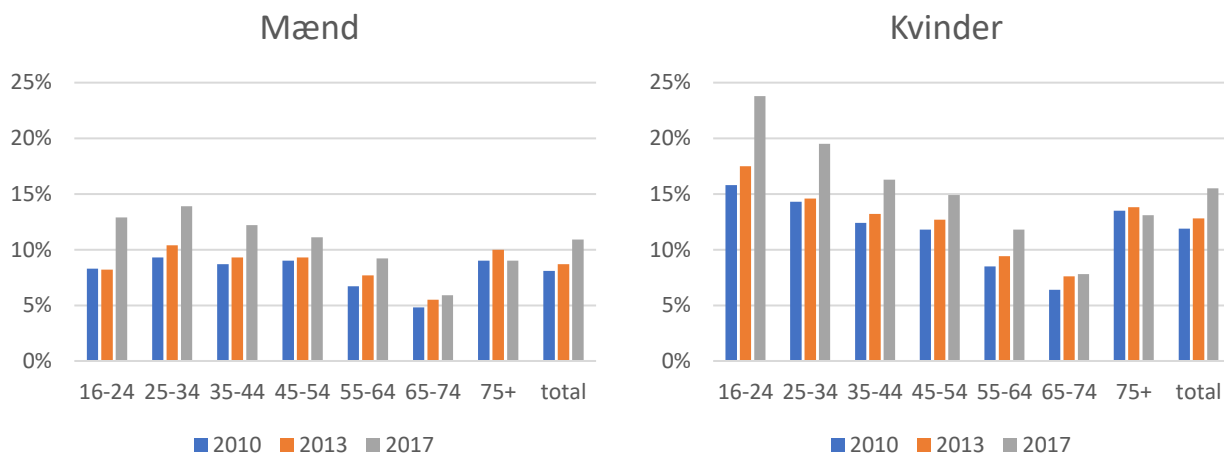
Fra 2010 bestemmes mentalt helbred på baggrund af helbredsstatusmålet SF-12, der er et indeks sammensat af 12 spørgsmål, der angår både mentalt og fysisk helbred – de 12 spørgsmål kan ses i bilag 2. Mentalt helbred udledes ud fra en delmængde af de 12 spørgsmål, der omkodes til et kontinuert mål for psykisk helbred (MCS) gennem 4 trin<sup>3</sup>. Med udgangspunkt i respondentens score på dette mål - MCS-scoren - bestemmes personer med dårligt mentalt helbred i SUSY og NATSUP som de, der ligger på 10%-percentilen eller under. Dog tages der for alle årene 2010, 2013, 2017 udgangspunkt i 10%-percentilen fra 2010 – der ligger på 35,37 – af hensyn til sammenligneligheden over tid.

Ved brug af denne definition viser rapporten, at andelen med dårligt mentalt helbred – som altså scorer under 10%-percentilen fra 2010 – er steget for begge køn og indenfor stort set alle aldersgrupper. Figur 2.1.1 viser udviklingen over de tre år 2010, 2013 og 2017. Det ses, at udviklingen har været særligt dramatisk for de unge kvinder – fra at ca. 15 procent af de unge kvinder har haft dårligt mentalt helbred i 2010 er det i 2017 knap 25 procent, svarende til hver fjerde. Dette resultat er blevet fremhævet i forbindelse med offentliggørelsen af rapporten, hvorfra tallene stammer (*Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017*). Det skal pointeres, som det også bemærkes i rapportens fodnote 6, at den definition af dårligt mentalt helbred, som anvendes her, ikke baserer sig på en klinisk begrundet grænseværdi, men i stedet på en relativ grænseværdi, jf. også konstruktionen af indikatoren som beskrevet ovenfor. Hermed er det ikke meningsfyldt at fortolke de absolutte andele med dårligt mentalt helbred, og man skal i stedet fokusere på forskelle mellem grupper og ændringer over tid.

---

<sup>3</sup> . I første trin renses svarene på disse 12 spørgsmål for værdier, der ligger uden for svarkategorierne (under antagelse af at der her er tale om fejlkodninger), og alle spørgsmål kodes således, at en højere værdi er lig en mere positiv vurdering (dvs. at spørgsmål 1, 5 6a og 6b vendes). I andet trin omkodes svarkategorierne for hvert spørgsmål til binære indikatorvariabler, hvor en indikatorvariabel tager værdien 1, hvis respondenteren har angivet det pågældende svar. Der konstrueres ikke indikatorvariabler til den højeste svarkategori (altså det mest positive svar). Et spørgsmål med 3 svarkategorier (fx spørgsmål 2a) omkodes hermed til 2 indikatorvariabler, hvor den første variabel tager værdien 1, hvis respondenteren har svaret ”ja, meget begrænset” til spørgsmålet (og 0 ellers), og den anden variabel tager værdien 1 hvis respondenteren har svaret ”ja, lidt begrænset” til spørgsmålet (og 0 ellers). De 12 spørgsmål omkodes derved til 35 binære (kan enten tage værdien 1 eller 0) variabler. I tredje trin vægtes hver indikatorvariabel efter vægtingen angivet i bilagstabel B2.1.1. Bemærk, at der er to mulige vægtinger alt efter, om man ønsker at konstruere et mål for fysisk helbred (PCS) eller for psykisk helbred (MCS). Herefter aggregeres de vægtede værdier for hvert individ. Det anbefales, at man for individer som har missing på en eller flere af de 12 oprindelige variabler, sætter PCS-/MCS-scoren til missing, hvorved disse individer ikke indgår i den endelige analyse – et kodevalg, der kan give anledning til skævhed i data og bias i resultaterne. I fjerde og sidste trin lægges konstanten (som også er angivet i tabellen) til, hvormed man får en normbaseret scoring, der varierer mellem 0 og 100, har en gennemsnitsværdi på 50 og en standardafvigelse på 10. Det skal her bemærkes, at de anvendte vægte er konstrueret på amerikanske data fra 1990’erne (beskrivelsen af konstruktionen af SF-12 samt vægtingstabellen præsenteret nedenfor er hentet fra Ware et al., 1995).

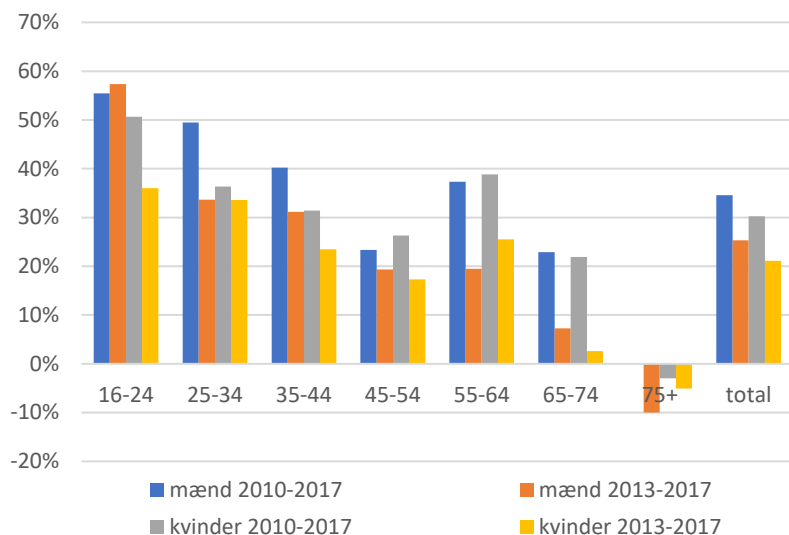
Figur 2.1.1: Andel mænd og kvinder med dårligt mentalt helbred



Note: Figuren er en replikation af figur 2.2.2 i ”Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017”, konstrueret med udgangspunkt i tal fra [www.danskernessundhed.dk/Spoergeskema](http://www.danskernessundhed.dk/Spoergeskema)

Det er væsentligt, at det faktisk ikke er blandt de unge kvinder, at vi ser den største procentvise stigning over tid i andelen med dårligt mentalt helbred. Som illustreret i figur 2.2.2 nedenfor, er det overordnet set de unge mænd i aldersgruppen 16-24 år, der har oplevet den største stigning i andelen med dårligt mentalt helbred. I perioden fra 2010 til 2017 er stigningen på 55,4 procent og fra 2013 til 2017 stiger andelen med 57,3 procent (beregnet som forskellen mellem andelen i 2013 og andelen i 2017, divideret med andelen i 2013). For de unge kvinder i samme aldersgruppe er stigningen fra 2010 til 2017 på 50,6 procent, mens den fra 2013 til 2017 er på 36 procent. Der er i alle tilfælde tale om væsentlige og bekymrende stigninger, men den uheldige udvikling blandt de unge kvinder, som medier mv. især har fokuseret på, findes altså også blandt unge mænd.

Figur 2.2.2: Procentvis stigning i andelen med dårligt mentalt helbred fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017



Note: Figuren er konstrueret med udgangspunkt i tal fra [www.danskernessundhed.dk/Spoergeskema](http://www.danskernessundhed.dk/Spoergeskema)

### 2.1.2. Stress

Stressniveauet bestemmes ved brug af Cohens Perceived Stress Scale (PSS). Skalaen er konstrueret ved hjælp af følgende 10 spørgsmål, der alle besvares på en skala fra 0 til 4, hvor 0 er "Aldrig" og 4 er "Meget ofte":

Spørgsmålene drejer sig om dine følelser og tanker inden for de seneste 4 uger. For hvert spørgsmål bedes du markere med et kryds, hvor ofte du følte eller tænkte på den pågældende måde. Hvor ofte inden for de seneste 4 uger:

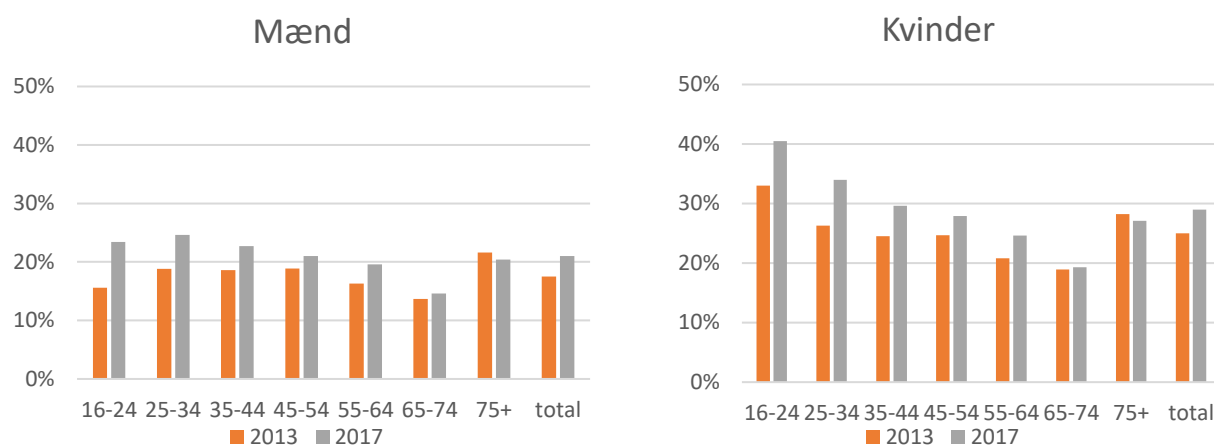
- Er du blevet oprevet over noget, der skete uventet?
- Har du følt, at du ikke kunne kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?
- Har du følt dig nervøs eller "stresset"?
- Har du følt dig sikker på din evne til at klare dine personlige problemer
- Har du følt, at tingene gik, som du gerne ville have det?
- Har du følt, at du ikke kunne overkomme alle de ting, du skulle?
- Har du været i stand til at håndtere dagligdags irritationsmomenter?
- Har du følt, at du har styr på tingene?
- Er du blevet vred over ting, som du ikke havde indflydelse på
- Har du følt, at dine problemer hobede sig så meget op, at du ikke kunne klare dem?

Stressskalaen konstrueres herefter ved først at vende de 4 positive items (d, e, g og h), således at svarkategorien ”Aldrig” her får værdien 4, og svarkategorien ”Meget ofte” får værdien 0. Respondenternes svar på disse 10 spørgsmål summeres herefter, og deres scores vil ligge mellem 0 og 40. Respondenter, som ikke har udvist nogle symptomer på stress, vil have værdien 0, mens respondenter, der oplever alle symptomer på stress meget ofte, vil have værdien 40 (Cohen et al., 1983).

I rapporten bestemmes et højt stressniveau som cut-off-værdien ved 80%-percentilen – dvs. som den værdi, der afgrænser de 20 procent mest stressede respondenter. Det er dog lidt uklart, hvordan denne grænseværdi bestemmes og anvendes fra år til år. I afrapporteringen af 2010-undersøgelsen skriver man følgende ”I en tidligere dansk undersøgelse er andelen med et højt stressniveau fundet ved at tage de 20 % blandt mænd og kvinder, der oplevede det højeste niveau af stress (PSS  $\geq$  15 for mænd og PSS  $\geq$  17 for kvinder). Denne afgrænsning er ligeledes anvendt i nærværende undersøgelse” (SIF, 2012: 36). I afrapporteringen af 2013-undersøgelsen skriver man derimod ”På baggrund af den landsdækkende Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse fra 2010 er der defineret en standardafgrænsning for højt stressniveau. Andelen med et højt stressniveau er fundet ved at tage de 20 %, der scorer højest på skalaen. Dette svarer til en score på 18 eller derover. Grænsen er den samme for mænd og kvinder. Denne metode er tidligere anvendt i en undersøgelse om højt stressniveau” (SIF, 2014, fodnote 8). I afrapporteringen fra 2017-undersøgelsen er der ikke angivet nogen cut-off-værdi. Men idet den gennemsnitlige andel respondenter med et højt stressniveau er på 25 procent i 2017, må man antage, at den anvendte cut-off-værdi ikke er baseret på tal fra 2017 (idet andelen i så fald ikke vil kunne være større end 20 procent). Overordnet set er det altså vanskeligt at vurdere, hvorledes gruppen af respondenter med et højt stressniveau er defineret, og hvorvidt der er sket ændringer i denne definition over tid. Sikkert er det dog, at der er tale om et relativt mål – som ved målet for mentalt helbred – og at det derfor ikke er meningsfuldt at tolke i de absolutte andele med højt stressniveau. Man skal i stedet fokusere på ændringer over tid og mellem grupper (som det også bemærkes i rapporterne), med forbehold for usikkerheden omkring hvordan grænseværdien er defineret over tid.

Figur 2.2.3 nedenfor viser andelen af mænd og kvinder med højt stressniveau i de forskellige aldersgrupper, og som man kan se, gør flere interessante forhold sig gældende. For det første ligger kvinderne overordnet set højere end mændene, og det er de unge kvinder, der kæmper mest med stress – men som nævnt ovenfor skal man være varsom med at tillægge sådanne absolutte forskelle stor værdi på grund af den måde hvorpå stressindikatoren er konstrueret. For det andet kan man hæfte sig ved, at stressniveauet stiger, når man runder de 75 år indenfor grupperne af både mænd og kvinder. For det tredje er aldersforskellene i stressniveauet langt lavere for mænd end for kvinder – i 2017 varierer mændenes stressniveau mellem 14,6 og 24,6 procent (for henholdsvis de 65-74-årige og de 25-34-årige), mens det for kvinder varierer mellem 19,3 og 40,5 procent (for henholdsvis de 65-74-årige og de 16-24-årige).

Figur 2.2.3: Andel mænd og kvinder med højt stressniveau (y-aksen angiver andele)



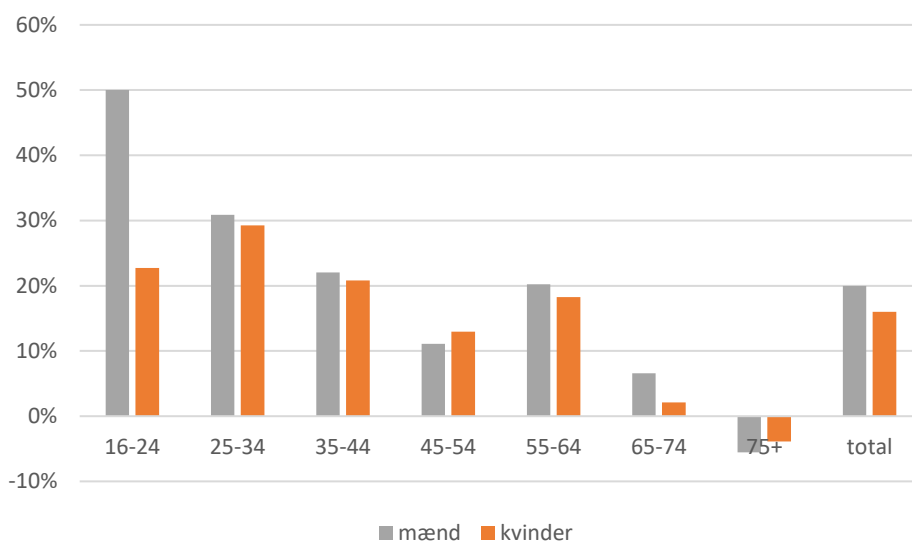
Note: Figuren er en delvis replikation af figur 2.3.1 i ”Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017”, og konstrueret med udgangspunkt i tal fra [www.danskernessundhed.dk/Spoergeskema](http://www.danskernessundhed.dk/Spoergeskema). I databasen findes der dog ikke tal for 2010.

Et fjerde forhold, som man kan aflæse af figur 2.2.3, er, at andelen af respondenter med et højt stressniveau stiger over tid for både mænd og kvinder og indenfor alle aldersgrupper med undtagelse af mænd og kvinder på 75+ år. Stigningen skal naturligvis ses i forhold til usikkerheden omkring, hvordan grænseværdien for et højt stressniveau er fastsat. Stigningen i procentpoint ser ud til at være mest voldsom blandt kvinderne, men faktisk er den gruppe, der oplever den største stigning i procentpoint de unge mænd på mellem 16 og 24 år. Blandt de unge mænd stiger andelen der oplever et højt stress niveau fra 15,6 procent i 2013 til 23,4 procent i 2017 svarende til en stigning på 7,8 procentpoint. For kvinder i den samme aldersgrupper er stigningen på 7,5 procentpoint (fra 33 til 40,5 procent). Den største stigning for kvinderne sker i aldersgruppen 25-34 år, hvor andelen med højt stressniveau stiger fra 26,3 procent i 2013 til 34 procent i 2017 (dvs. 7,7 procentpoint).

Overordnet set finder vi dog de største procentvise ændringer blandt mændene, selvom de også kommer fra det laveste niveau. Som illustreret i figur 2.2.4 er de procentvise ændringer fra 2013 til 2017 i andelen med et højt stressniveau med en enkelt undtagelse højere blandt mændene end blandt kvinderne. Og langt den største stigning finder vi for de helt unge mænd på mellem 16 og 24 år, hvor andelen med højt stressniveau stiger med 50 procent fra 2013 til 2017. Fokuserer man på de procentvise ændringer i andelen med højt stressniveau, snarere end på de absolutte niveauer – som jo også er anbefalingen i rapporterne – synes udviklingen blandt mændene at være mere bekymrende end udviklingen blandt kvinder. Det er især de unge mænd, som synes at være ude i en negative udvikling.



Figur 2.2.4: Procentvis stigning i andelen med et højt stress niveau fra 2013 til 2017



Note: Figuren er konstrueret med udgangspunkt i tal fra [www.danskernessundhed.dk/Spoergeskema](http://www.danskernessundhed.dk/Spoergeskema).

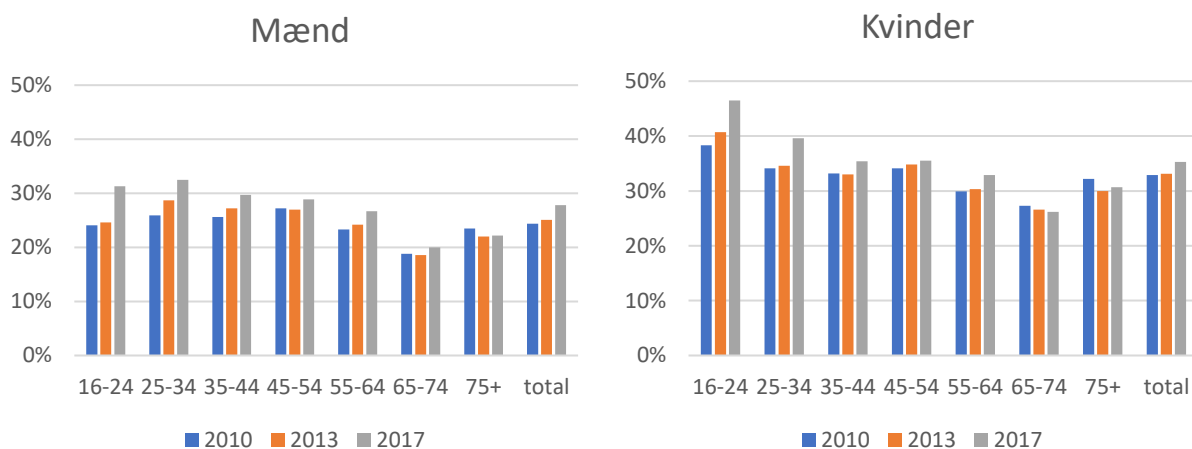
### 2.1.3. *Har man været generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig*

De sidste 2 indikatorer, vi vil fremhæve her, som er direkte relateret til mental sundhed, er to spørgsmål, der indgår i et spørgsmålsbatteri relateret til smerter eller ubehag oplevet inden for de seneste 14 dage, og som er relateret til identificerbare problemer. Spørgsmålet er formuleret således ”Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter eller ubehag?”, hvor de nævnte former for ubehag er træthed, smerter eller ubehag i led, i ryg eller lænd, men også ubehag, der kan relateres mere direkte til psykologiske forhold såsom nedtrykthed, depression, ulykkelighed (1 spørgsmål), til ængstelse, nervøsitet, uro eller angst (1 spørgsmål). Spørgsmålene kan besvares med ”Ja, meget generet”, ”Ja, lidt generet” og ”Nej”.

Når det er særligt interessant at fremhæve disse to indikatorer her som supplement til de to mere generiske indikatorer diskuteret ovenfor, så er det fordi, der her ikke er tale om omkodede eller vægtede indikatorer, hvor dynamikkerne bag deres observerede niveau og udvikling over tid kan være vanskelig at få greb om. Disse to indikatorer refererer direkte til respondenternes udsagn, og den eneste kilde til ændringer i indikatorerne, udover respondenternes ændrede oplevelser af deres livssituation, er ændringer i populationen (fx som følge af bortfald). Af samme årsag er det også et mål, hvor det giver mening at tolke i de absolutte værdier, fordi man her ikke har fastsat en grænseværdi baseret på svarfordelingen i populationen (som ved målet for mentalt helbred og for stress).

Figur 2.1.5 nedenfor viser andelen af personer indenfor hver køns- og aldersgruppe, der har været lidt eller meget generet af nedtrykthed, depression eller ulykkelighed indenfor de seneste 14 dage. Som man kan se, har flere kvinder end mænd overordnet set været generet af nedtrykthed, depression eller ulykkelighed indenfor de seneste 14 dage. For stort set alle køn- og aldersgrupper er der sket en stigning fra survey til survey, og fx var knap 50 procent af kvinderne mellem 16 og 24 år generet af disse sindstilstande i 2017, mod kun knap 38,3 procent i 2010.

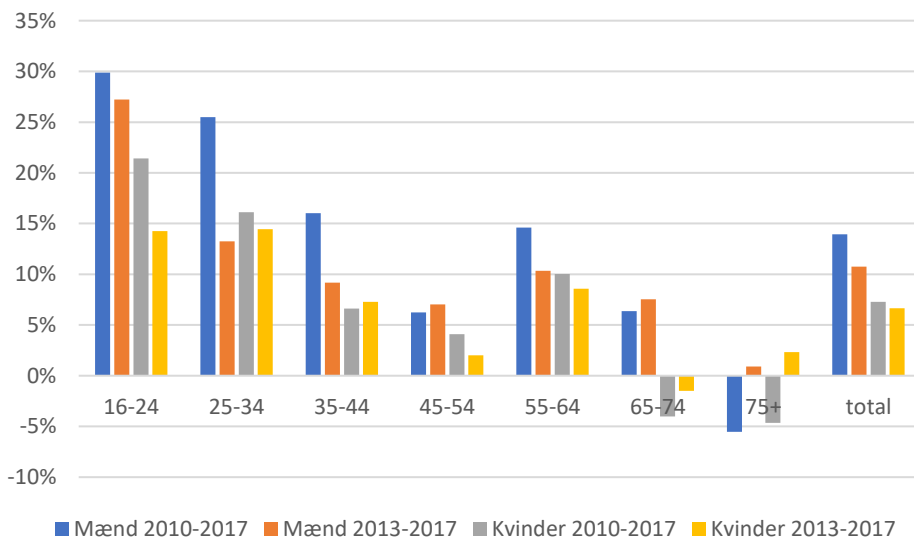
Figur 2.1.5: Andel mænd og kvinder med der har været generet af nedtrykthed, depression eller ulykkelighed indenfor de seneste 14 dage



Note: Figuren er konstrueret med udgangspunkt i tal fra [www.danskernessundhed.dk/Spoergeskema](http://www.danskernessundhed.dk/Spoergeskema).

Figur 2.1.6 viser den procentvise udvikling i andelen, der er generet af de nævnte sindstilstande indenfor de forskellige køns- og alderskategorier. Som det ses, har den negative udvikling været størst for mændene, og især udviklingen fra 2010 til 2017 er iøjnefaldende. Så hvor flere kvinder end mænd har været generet af nedtrykthed, depression og ulykkelighed indenfor de seneste 14 dage, er udviklingen blandt mænd mere markant. Begge dele kan give anledning til bekymring.

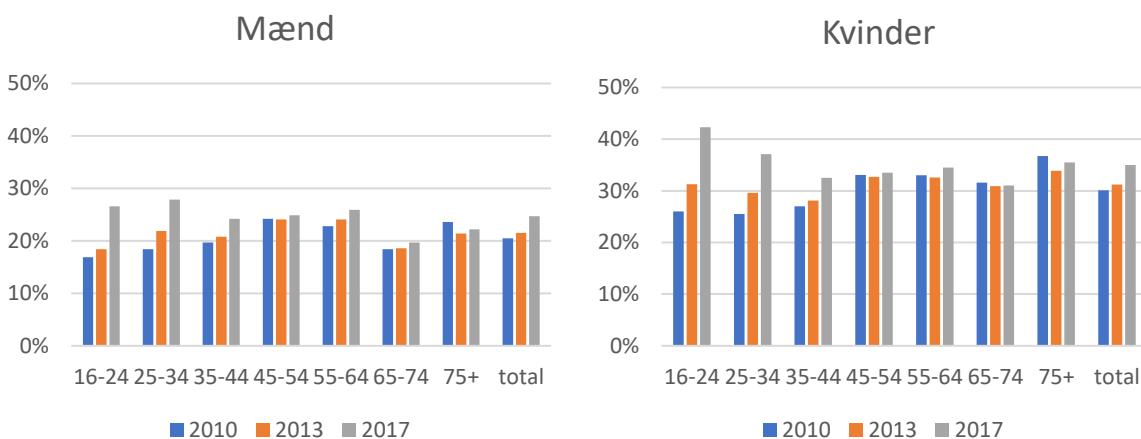
Figur 2.1.6: Procentvis stigning i andelen der er generet af de nævnte sindstilstande fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017



Note: Figuren er konstrueret med udgangspunkt i tal fra [www.danskernessundhed.dk/Spoergeskema](http://www.danskernessundhed.dk/Spoergeskema).

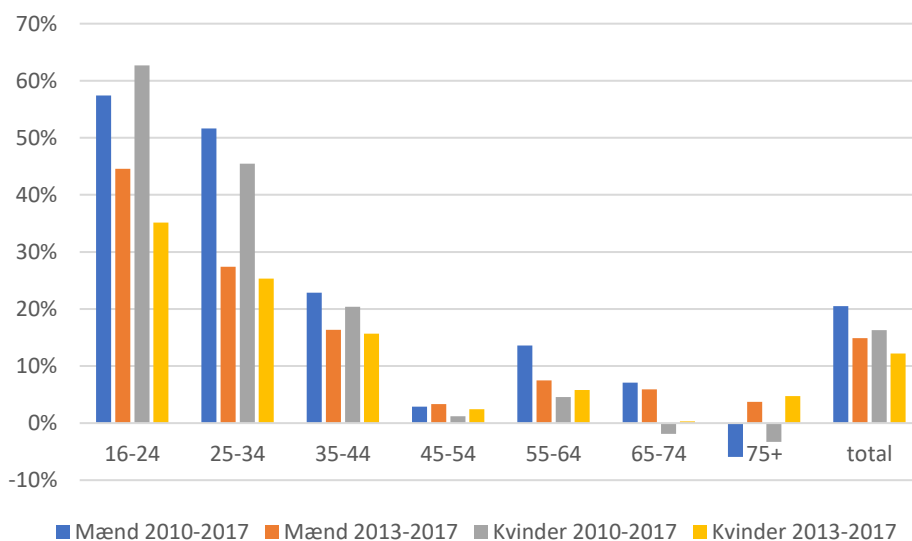
Vi vender nu blikket mod det andet af de to spørgsmål, der beskriver andelen af mænd og kvinder, der har været generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst indenfor de seneste 14 dage. Igen kan det ses, at flere kvinder end mænd har oplevet disse gener (jf. figur 2.1.7). Omvendt er den procentvise ændring fra undersøgelse til undersøgelse i store træk den samme (figur 2.1.8).

Figur 2.1.7: Andel mænd og kvinder der har været generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst indenfor de seneste 14 dage



Note: Figuren er konstrueret med udgangspunkt i tal fra [www.danskernessundhed.dk/Spoergeskema](http://www.danskernessundhed.dk/Spoergeskema).

Figur 2.1.8: Procentvis stigning i andelen der er generet af de nævnte sindstilstande fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017



Note: Figuren er konstrueret med udgangspunkt i tal fra [www.danskernessundhed.dk/Spoergeskema](http://www.danskernessundhed.dk/Spoergeskema).

#### 2.1.4. Opsummerende om resultaterne fra SUSY/Den Nationale Sundhedsprofil

Ovenfor har vi gennemgået fire indikatorer for mental sundhed fra SUSY/Den Nationale Sundhedsprofil. Især resultaterne baseret på den første indikator ("dårligt mentalt helbred") fik meget medieopmærksomhed, da 2017-undersøgelsen udkom i 2018. Det var særligt den stigende andel af unge kvinder med dårligt mentalt helbred, som skabte bekymring. Som vi har forsøgt at sandsynliggøre ovenfor, kan det dog være vanskeligt at vurdere, i hvilket omfang den udvikling, vi ser i indikatoren over tid, er drevet af en faktisk forværring af unge kvinders mentale helbred, eller om noget af udviklingen skyldes den måde, indikatoren er konstrueret kombineret med problemer relateret til undersøgelsens bortfald (som desværre ikke er særlig godt beskrevet). Det samme gælder stressindikatoren. Når det er sagt, understøttes resultatet af de to sidste beskrevne indikatorer, som er mere direkte repræsentationer af undersøgelsespopulationens mentale sundhed. Også her ser vi en forværring af de unge kvinders mentale sundhed over tid. Tilsvarende viser disse indikatorer også, at omfanget af de belyste gener er langt større blandt kvinder end blandt mænd. En efterfølgende bearbejdning af tallene, som ikke er med i de oprindelige rapporter fra undersøgelserne, viser dog, at den procentvise stigning i andelen med lav mental sundhed faktisk i de fleste tilfælde er større blandt mændene end blandt kvinderne. Det er hermed utilstrækkeligt udelukkende at fokusere på kvindernes mentale sundhed og risikofaktorer i den forbindelse, idet det er mindst lige så relevant at forsøge at finde svar på, hvorfor også de unge mænd ser ud til at mistrives i stigende grad. Det skal bemærkes, at udgangspunktet i andelen af unge mænd med dårlig mental sundhed er mindre end de unge kvinders.

## 2.2. Skolebørnsundersøgelsen

Skolebørnsundersøgelsen er en international undersøgelse blandt skolebørn på 11, 13 og 15 år, som blev indsamlet første gang i 1983/84 i England, Finland og Norge, og som er blevet indsamlet hvert fjerde år lige siden. Danmark kom med i 1984 og har herved været med i 10 indsamlingsrunder. Antallet af deltagende lande er steget med hver indsamlingsrunde, og ved den seneste, der blev foretaget i 2017/2018, deltog 44 lande og ca. 220.000 elever. På trods af de gentagne indsamlinger er der ikke tale om et panel, men om gentagne tværsnitsundersøgelser.

I Danmark har deltagerantallet svinget mellem 679 elever (i 1984) og 6.269 (i 2006). I seneste runde deltog 3.660 elever. Deltagerne udvælges ved, at man først inviterer et antal tilfældigt udvalgte grundskoler på regionsniveau (proportionalt med regionens andel af landets samlede antal grundskoler). Herefter bedes elever på de relevante klassetrin (5., 7. og 9. klasse) om at besvare spørgeskemaet i en klasselektion. Ved første indsamling i 1984 inviterede man 10 skoler til at deltage, hvoraf alle indvilligede, og hvor man opnåede en svarprocent på 90. I den seneste undersøgelse inviterede man 200 skoler til at deltage, og heraf indvilligede kun 45 svarende til en svarprocent på skoleniveau på 23 procent. I de deltagende skoler opnåede man en svarprocent på 85 procent. For udviklingen i bortfald og deltagelsesprocenter, se bilagstabel B2.2.1.

Skolebørnsundersøgelserne handler ikke kun om mental sundhed, men dækker mere bredt både fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd (rygning, kost, fysisk aktivitet mv.), sociale relationer og tandbørstning og mobning. Vi vil her fokusere på de resultater, der angår mental sundhed, dvs. de områder som rapporten benævner ”Psykkiske symptomer”, ”Positiv mental sundhed”, ”Livstilfredshed”, ”Ensomhed”, ”Selvværd” og ”Self-efficacy”. Ikke alle indikatorer er med fra undersøgelsens start, og således dukker spørgsmålene relateret til ”Selvværd” og ”Self-efficacy” først op i 2014, samtidig med at mental sundhed bliver et selvstændigt tema i undersøgelserne (som beskrevet i kapitel 1). Vi vil først beskrive udviklingen over tid i disse indikatorer, men noget af det, vi er særligt interesserede i her, er, om undersøgelsens store bortfald er med til, helt eller delvist, at drive de udviklinger, vi ser. Vi vil derfor også berøre spørgsmålet om, hvorvidt ændringer over tid i mental sundhed kan henføres de kompositionsændringer, bortfaldet giver i gruppen af respondenter over tid.

Vi starter med at gøre rede for resultaterne fra den seneste rapport fra skolebørnsundersøgelsen, der blev udgivet af Statens Institut for Folkesundhed (SIF) i 2019. Når vi ikke viser resultater, skyldes det, at vi ikke har adgang til data fra den seneste undersøgelse, og vi henviser derfor i stedet til rapporten. Bemærk også, at vi i det følgende afsnit ikke forholder os til, om udviklinger og forskelle er signifikante, idet signifikansniveauer ikke er angivet i rapporten, og vi derfor ikke har viden herom.

### **2.2.1.        *Udviklingen i mental sundhed ifølge Skolebørnsundersøgelsen 2019 (SIF).***

#### *Psykiske symptomer*

Et af de centrale parametre i skolebørnsundersøgelsen er børnenes psykiske symptomer målt gennem otte dimensioner: 1) hovedpine, 2) mavepine, 3) rygsmerter, 4) ked-af-det-hed, 5) irritabilitet, 6) nervøsit, 7) søvnproblemer og 8) svimmelhed (se afsnit 4.2 i SIF, 2019). Målinger af disse dimensioner har været en del af undersøgelsen i alle årene siden 1984, og der er således tale om en ret langvarig monitorering af problematikens forekomst. Resultaterne viser følgende (se også bilagstabel B2.2.2 for faktiske andele):

1. *Hovedpine*: Forekomsten har være ret stabil over tid – dog med fluktuationer - i alle aldersgrupper og blandt både drenge og piger. Dog har der siden 2010 været en stigende tendens blandt pigerne til at rapportere hovedpineproblemer, og udviklingen er særligt markant blandt de 15-årige piger (figur 4.6 i SIF, 2019).
2. *Mavepine*: Forekomsten har været ret stabil over tid, men igen med fluktuationer (figur 4.9 i SIF, 2019).
3. *Ked af det*: Ingen klar tendens blandt de 13- og 15-årige. Fald fra 1984 til 2010 blandt de 11-årige, men stigning, for både drenge og piger, fra 2010 til 2014 (figur 4.15 i SIF, 2019).
4. *Irritabilitet*: Faldende tendens fra 1984 til 2010 for alle grupper (defineret ved alder og køn), men stigning fra 2010 til 2018 (figur 4.18 i SIF, 2019).
5. *Nervøsit*: Stigende tendens over hele perioden. Mest markant blandt de 13-årige drenge og piger, og de 15-årige piger, hvor der sker en voldsom stigning fra 2010 og frem. Vi ser også en stigning, der dog er mindre markant, blandt de 11-årige (figur 4.21 i SIF, 2019).
6. *Søvnproblemer*: Uklar tendens for de 11-årige drenge og piger og for de 13-årige drenge. Stigende tendens for de 13-årige piger og for de 15-årige (figur 4.24 i SIF, 2019).
7. *Svimmelhed*: Stabil forekomst i hele perioden dog med udtagelse af en stigning sidst i perioden (fra 2006) blandt piger på 13 og 15 år (figur 4.27 i SIF, 2019).

Overordnet set har der altså være en stigende tendens til hovedpine, ”ked-af-det-hed”, irritabilitet, nervøsit, søvnproblemer og svimmelhed sidst i perioden, og tendensen er især tydelig blandt de 13- og 15-årige piger. Hermed har der også været en tendens til, at der samlet set over hele perioden fra 1984 til 2018 er sket en stigning i andelen af 13- og 15-årige piger, som oplever mindst et af de otte symptomer på daglig basis (Figur 4.30 i SIF, 2019)

### **2.2.2.        *Livstilfredshed***

Siden 2002 er elevernes livstilfredshed undersøgt ved brug af Cantril’s ladder, som stiller følgende spørgsmål: ”Her er et billede af en stige. Trin 10 betyder ’det bedst mulige liv’ for dig, og trin 0 betyder ’det

værst mulige liv' for dig. Hvor på stigen synes du selv, du er for tiden?'. Overordnet set rapporterer drengene højere livstilfredshed end pigerne (20 procent af de 15-årige piger rapporterer om høj livstilfredshed mod 27 procent blandt drengene), og livstilfredsheden falder med alderen (fra 39/42 procent blandt de 11-årige piger/drenge til 20/27 procent blandt de 15-årige piger/drenge). Vi kan også se, at livstilfredsheden daler hen over årene, således at det for alle aldersgrupper gælder, at flere var tilfredse med deres liv i 2002 end i 2018. Fx rapporterer 47 procent af de 11-årige drenge om høj livstilfredshed i 2002 mod 42 procent i 2018. Dog afspejler dette fald en underliggende tendens, hvor livstilfredsheden blandt de 11-årige faldt voldsomt fra 2002 til 2010 for herefter at stige fra 2010 til 2018, men dog endnu ikke til niveauet over 2002. For de 13-årige ses det største fald ligeledes fra 2006 til 2010, hvorefter der ses en udfladning for drengene og en svag stigning for pigerne, men dog igen ikke til over niveauet for 2002. For de 15-årige gør den faldende tendens sig gældende fra 2002 til 2014 – med det største fald fra 2010 til 2014 - hvorpå vi ser små stigninger (fra 2014 til 2018) for både drenge og piger. Det skal bemærkes, at nogle af de store ændringer i skolebørnenes livstilfredshed sker mellem undersøgelsesrunder, hvor bortfaldsprocenten ændrer sig markant (dvs. mellem 2006 og 2010, 2010 og 2014).

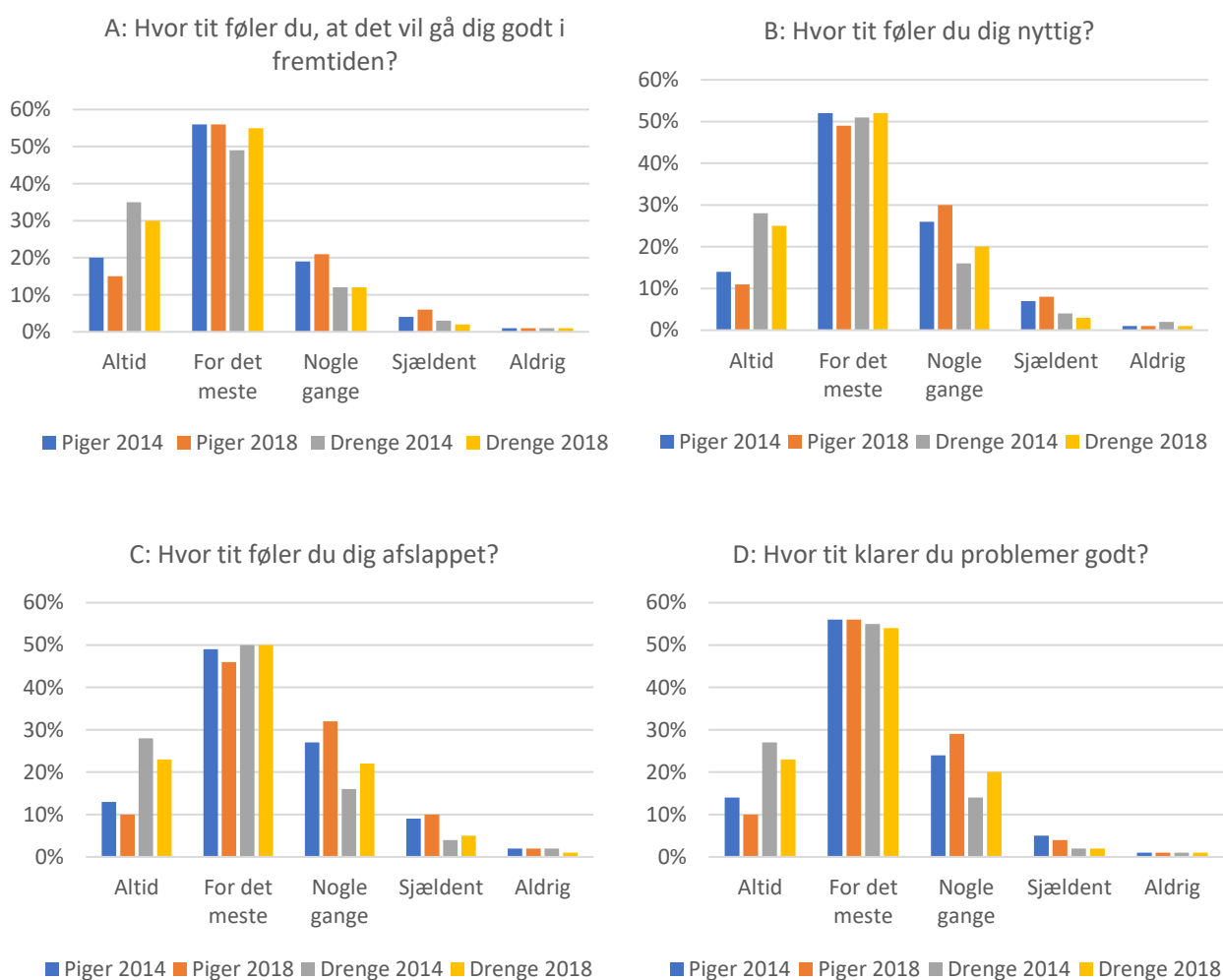
### **2.2.3.            *Positiv mental sundhed***

For ikke kun at fokusere på dårligt mental sundhed belyser skolebørnsundersøgelsen også positiv mental sundhed gennem the Warwick-Edinburg Mental Well-Being Scale. Denne skala består af syv spørgsmål: 1) "Hvor tit føler du, at det vil gå dig godt i fremtiden", 2) "Hvor tit føler du dig nyttig", 3) "Hvor tit føler du dig afslappet", 4) "Hvor tit klarer du problemer godt", 5) "Hvor tit tænker du klart", 6) "Hvor tit føler du dig tæt på andre mennesker", og 7) "Hvor tit har du din egen mening om tingene?". Spørgsmålene angår abstrakte temaer som optimisme (sp. 1), følelsen af at høre til (sp. 6), følelsen af at bidrage (sp. 2) mv. De syv spørgsmål kan besvares indenfor kategorierne "Altid", "For det meste", "Nogle gange", "Sjældent", og "Aldrig". Spørgsmålene er stillet i 2014 og 2018 konsistent med, at mental sundhed bliver et selvstændigt tema i skolebørnsundersøgelsen fra og med 2014. Som det beskrives i afrapporteringerne fra skolebørnsundersøgelserne, er der ingen faste standarder for, hvordan man mere overordnet bestemmer andelen af skoleelever kendetegnet ved en høj grad af positiv mental sundhed, så som i form af en sammenvægtning af svar eller et cut-off-point ved bestemte svarkategorier. Man viser derfor elevernes svar, fordelt på de 5 svarkategorier. De 11-årige skoleelever er ikke blevet stillet de syv spørgsmål, og i rapporterne angives svarene ikke fordelt på aldersgrupper. De 7 paneler af figur 2.2.1 nedenfor viser svarfordelingen på de syv spørgsmål fordelt på køn og undersøgelsesår.

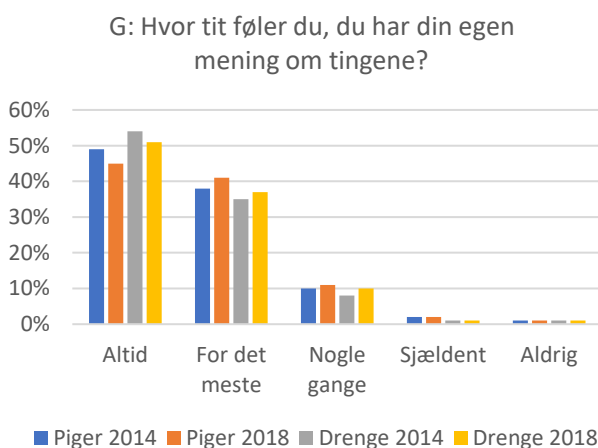
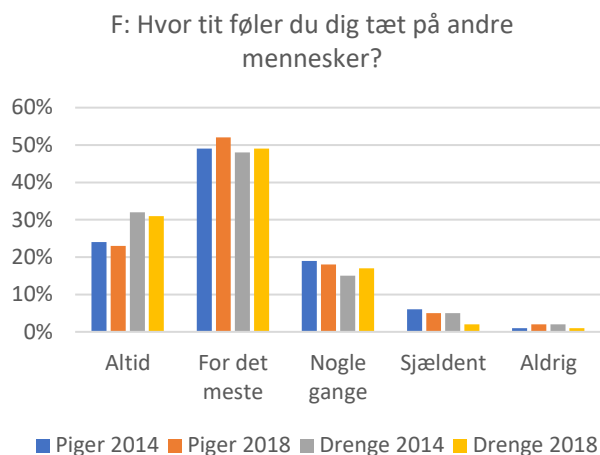
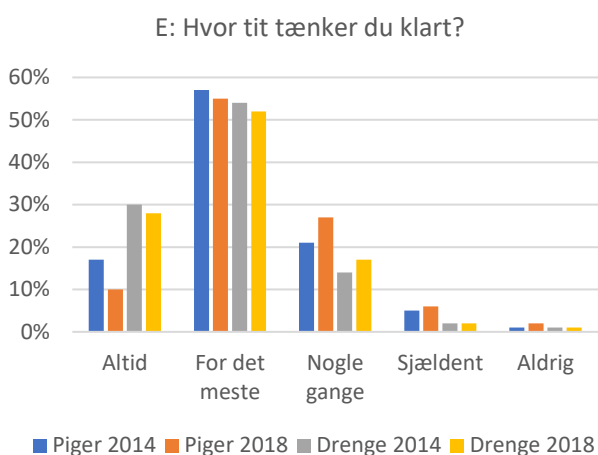
Som man kan se af nedenstående, svarer flest elever – svarende til ca. 50 procent - "For det meste" til alle spørgsmål undtagen det sidste, der angår, hvor tit man føler, at man har en mening om tingene (hvortil ca. halvdelen svarer "Altid"). Det tyder på, at majoriteten af de danske skoleelever, der har deltaget i undersøgelserne i 2014 og 2018 har et godt positivt mentalt helbred. En gennemgående tendens er dog, at

færre både piger og drenge svarer ”Altid” på de syv spørgsmål i 2018 relativt til 2014, samtidig med at også færre eller samme andel svarer ”For det meste” til spørgsmålene. I forlængelse heraf øges andelen af både drenge og piger, der svarer ”Nogle gange” fra 2014 til 2018 på langt de fleste spørgsmål. Der ser også ud til at ske en lille stigning i andelen af især piger, som svarer ”Sjældent”. Hermed ser der altså ud til at ske en forskydning mod højre, i retning af en mindre grad af positiv mental sundhed fra 2014 til 2018 blandt både drenge og piger. Vi har desværre ikke data til at kunne beregne, om disse ændringer er signifikante.

Figur 2.2.1: Positiv mental sundhed (andel i procent på y-aksen)







Note: Ovenstående figur er baseret på tal fra SIF, 2018

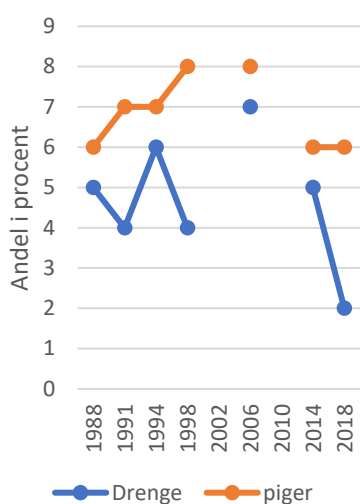
#### 2.2.4. *Ensomhed*

Man spurgte allerede til skolebørnenes ensomhed i den første undersøgelsesrunde fra 1984 med spørgsmålet: ”Føler du dig ensom”, hvortil børnene kunne svare ”Ja, meget ofte”, ”Ja, ofte”, ”Ja, af og til” og ”Nej”. I afrapporteringerne fra undersøgelsen defineres de ensomme elever som dem, der har svaret ”Ja, meget ofte” eller ”Ja, ofte”. Spørgsmålet er udeladt i 2002 for alle aldersgrupper og i 2010 for de 11-årige. Som man kan se af panel A i figur 2.2.2 nedenfor, har andelen af ensomme 11-årige elever – med små fluktuationer – været ret stabil over hele perioden og varieret omkring 7 procent for pigerne (spænd fra 6 til 8 procent) og 5 procent for drengene (spænd fra 2-7 procent). Omvendt ser der ud til at være sket en stigning for de 13- og 15-årige henover perioden (panel B og C), fx fra 3- til 10 procent for de 13-årige piger og fra 6 til 12 procent for de 15-årige piger, men dog med væsentlige fluktuationer fra år til år, der gør det meget vanskeligt at fastslå en egentlig tendens. Til eksempel sker der et fald i andelen af ensomme 13- og 15-årige drenge og piger fra 2006 til 2010 – der er ganske markant fx for de 15-årige piger fra 10 til 5 procent – men dette fald

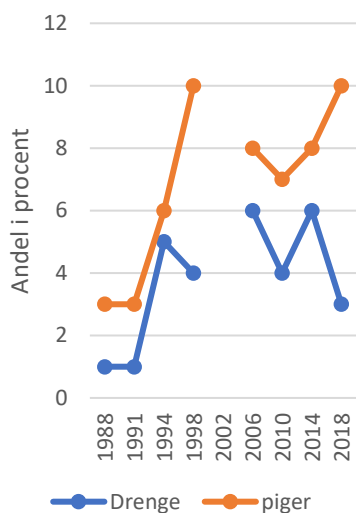
er efterfulgt af en stigning fra 2010 til 2014, der igen er ret markant for de 15-årige piger. Det er derfor vanskeligt at tillægge den observerede udvikling en egentlig substantiel tolkning.

Figur 2.2.2: Andel der ofte eller meget ofte føler sig ensom (%), 1988-2018

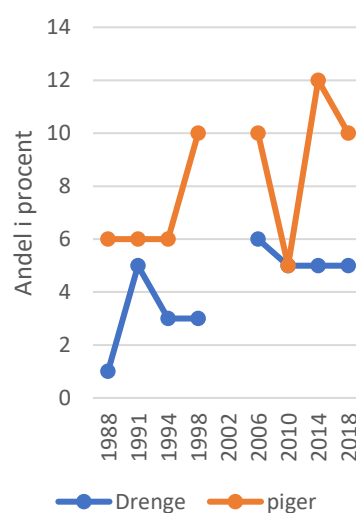
Panel A: 11-årige



Panel B: 13-årige



Panel C: 15-årige

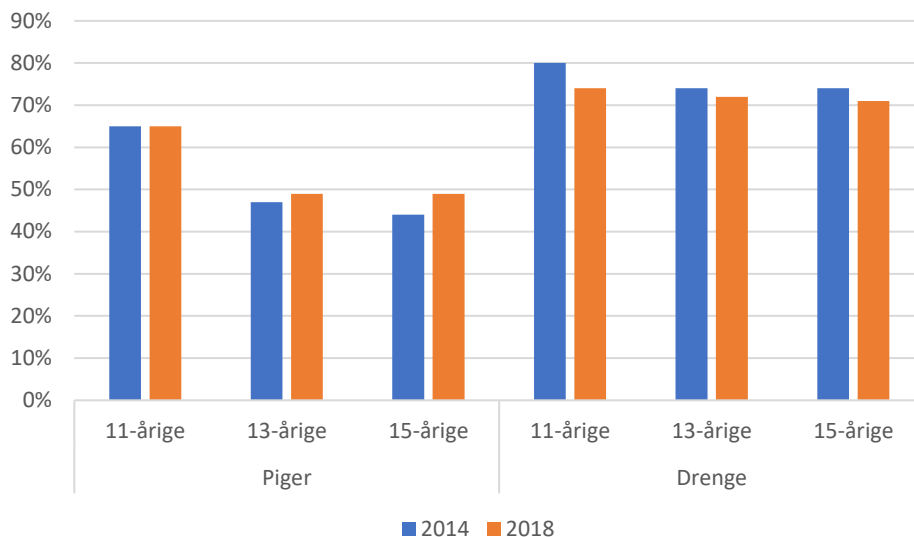


### 2.2.5. Selvværd

I undersøgelserne er der spurgt til elevernes selvværd i 2014 og 2018 ved hjælp af de tre spørgsmål; ”Jeg synes godt om mig selv”, ”Jeg er god nok, som jeg er”, og ”Andre på min alder kan godt lide mig”. Hertil kunne eleverne svare ”Helt enig”, ”Enig”, ”Hverken enig eller uenig”, ”Uenig” og ”Helt uenig”. Elever som svarer ”Helt enig” eller ”Enig” på alle tre spørgsmål defineres som havende højt selvværd.

Udviklingen over tid i andelen af skoleelever, der har højt selvværd, er gengivet i nedenstående figur 2.2.3. Som man kan se, ligger pigerne konsekvent lavere end drengene. Pigerne har altså lavere selvværd end drengene. Samtidig ser vi, at der har været en stigning i eller et konstant niveau for andelen af piger i alle aldersgrupper med højt selvværd, mens andelen af drenge med højt selvværd er faldet i alle aldersgrupper. Det er dog usikkert, om de udviklinger, vi ser fra 2014 til 2018 i figur 2.2.3, er statistisk signifikante.

Figur 2.2.3: Andelen med højt selvværd



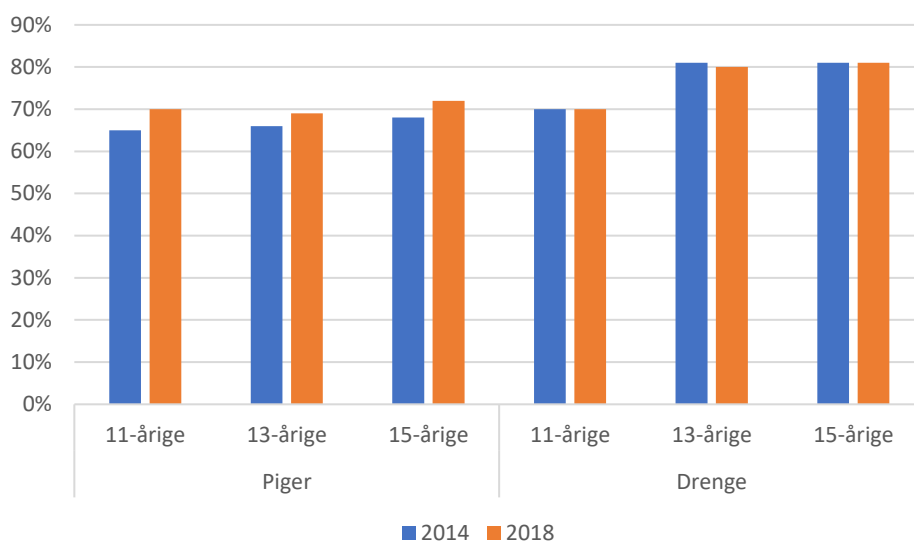
Note: Figuren er baseret på tal fra afrapporteringerne af skolebørnsundersøgelserne fra hhv. 2014 (figur 5.9) og 2018 (figur 5.13).

### 2.2.6. *Self-efficacy*

Self-efficacy er troen på, at man kan sætte sig et mål og nå det. Det er på den måde ikke et spørgsmål, der direkte angår mental sundhed, men spørgsmålet indfanger alligevel på mange måder elevens selvværd og velbefindende. I undersøgelsen er self-efficacy målt ved hjælp af to spørgsmål, 1) ”Hvor tit kan du finde en løsning på problemer, bare du prøver hårdt nok” og 2) ”Hvor tit kan du klare det, du sætter dig for?”. Spørgsmålene kan besvares gennem svarkategorierne ”Altid”, ”For det meste”, ”Nogle gange”, ”Sjældent” og ”Aldrig”. Høj self-efficacy bestemmes som de positive svar ”Altid” eller ”For det meste” på begge spørgsmål.

Udviklingen over tid i andelen af skoleelever, der har høj self-efficacy, er gengivet i nedenstående figur 2.2.4. Pigerne ligger konsekvent lavere end drengene især i de to ældste aldersgrupper, hvor forskellen er på 10 procentpoint eller mere (pigerne ligger omkring 70 procent mens drengene ligger omkring 80 procent). Pigerne har altså en lavere tro på, at de kan sætte sig et mål og nå det end drengene. Samtidig ser vi dog, at der har været en stigning fra 2014 til 2018 i andelen af piger i alle aldersgrupper med høj self-efficacy, mens andelen af drenge med høj self-efficacy er konstant i alle aldersgrupper. Det er dog usikkert, om de udviklinger i figur 2.2.4, vi ser fra 2014 til 2018, er statistisk signifikante.

Figur 2.2.4: Andelen med høj self-efficacy



Note: Figuren er baseret på tal fra afrapporteringerne af skolebørnsundersøgelserne fra hhv. 2014 (figur 5.10) og 2018 (figur 5.15)

### 2.2.7. Opsummerende om indikatorerne for mental sundhed

Som illustreret gennem ovenstående gennemgang rummer skolebørnsundersøgelsen en del indikatorer, som kan bruges til at undersøge mental sundhed blandt børn og unge i Danmark. For nogle grupper, defineret ved køn og alder, ses en bekymrende udvikling – som fx den stigende tendens til hovedpine blandt de 15-årige piger. Og for nogle indikatorer ses en bekymrende udvikling for alle grupper - som fx det overordnede fald i livstilfredshed registreret for alle henover perioden 2002-2018 (der dog afspejler et fald mellem 2002 og 2010 og en stigning herefter). Men på andre parametre ser det ud til at gå rigtig godt; især flere piger rapporterer om højt selvværd, og flere har høj self-efficacy. Og på atter andre parametre kan der ikke registreres nogen ændring over den lange observationsperiode – det gælder fx for ensomhed. Med skolebørnsundersøgelsen kan man altså opstille dommedagsprofetier om, at børn og unge i Danmark i stigende grad kæmper med deres mentale sundhed, men man kan også komme med glædelige budskaber om børn og unge, der i stigende grad mestrer tilværelsen. Denne undersøgelse er altså ikke et sikkert bidrag til bekymringen for befolkningens – eller her, de unges – mentale helbred.

### 2.2.8. Bortfald

Men når man skal forholde sig til resultaterne fra skolebørnsundersøgelsen, og til de udviklinger vi ser i de forskellige parametre over tid indenfor grupper, er det dog væsentligt også at tage undersøgelsens relativt

store, med al sandsynlighed relativt skæve, bortfald i betragtning. Som allerede nævnt indledningsvist har mange skoler ikke ønsket at deltage i de seneste år, og de lave svarprocenter på skoleniveau kan have betydning for svarfordelingerne, og hermed den udvikling vi ser indenfor de forskellige parametre.

Vi belyser mulige skævheder i data ved at kigge på ændringer i fordelingen af elevernes alder og køn fra år til år og i ændringer i fordelingen af deres (forældres) socioøkonomiske status over de 4 år.

Til formålet har vi fået adgang til et udsnit af data fra de undersøgelser, der er foretaget i 2002 (N=4.824), 2006 (N=6.269), 2010 (N=4.922) og 2014 (N=4.534)<sup>45</sup>. Desværre, som nævnt tidligere, har det ikke været muligt at få data fra den seneste undersøgelse, der blev foretaget i 2018. Det er dog i perioden fra 2002-2014, at bortfaldsproblematikkerne på skoleniveau accelererer, idet 88 procent af de inviterede skoler deltog i 2002, mens det kun var 29 procent i 2014. Bortfaldsproblematikken er således særdeles relevant for sammenligninger hen over denne årrække. Figur 2.2.5 nedenfor viser ændringerne over tid indenfor de tre områder. Af figur 2.2.5a ser vi først og fremmest, at gennemsnitsalderen blandt respondenterne har ændret sig over tid. Fra 2002 til 2006 faldt den med 0,2 – svarende til knap 2,5 måned. Herefter steg den først en lille smule (med 0,05) og siden med 0,2 fra 2010 til 2014. Omfanget af disse ændringer betyder, at der er en signifikant sammenhæng mellem undersøgelsesår og alder.

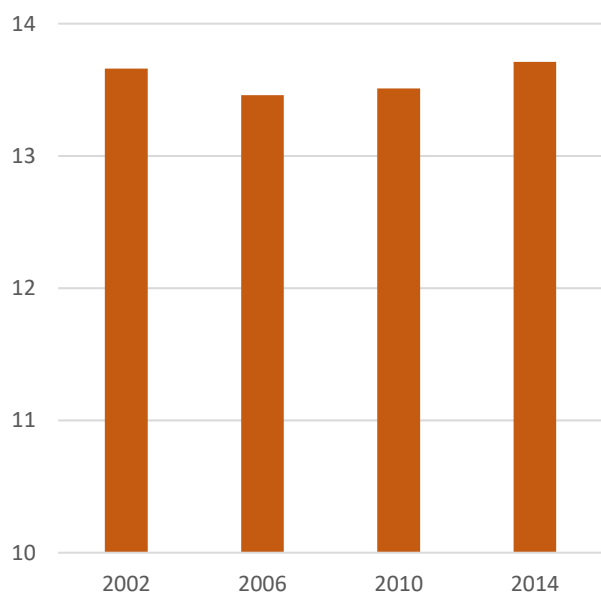
Som man kan se af figur 2.2.5b er der også sket en ændring over år i respondenternes kønsmæssige komposition. Ændringerne er små de første 4 år, men i 2014 falder andelen af drenge, som har svaret fra 48,2 procent i 2010 til 46,7 procent i 2014. Tilsvarende stiger andelen af piger fra 51,8 procent i 2010 til 53,4 procent i 2014. Samlet set er der dog ikke nogen signifikant sammenhæng mellem undersøgelsesår og køn.

---

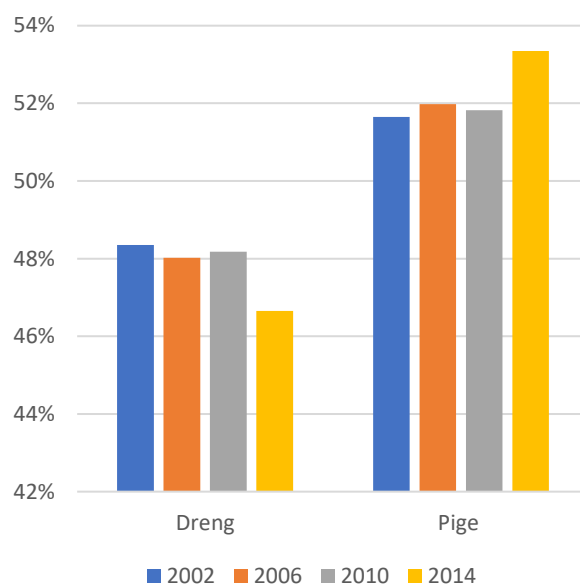
<sup>4</sup> Om skolebørnsundersøgelsen: "HBSC is an international study carried out in collaboration with WHO/EURO. The International Coordinator of the 2005/06 survey was Prof. Candace Currie and the Data Bank Manager was Prof. Oddrun Samdal. For details, see <http://www.hbsc.org>"

<sup>5</sup> Det skal bemærkes, at det data, vi kan få adgang til via skolebørnsundersøgelsens egen hjemmeside (<http://hbsc-nesstar.nsd.no/webview/>), har et lavere N, og således er N i 2002=4.672, N i 2006=5.741, N i 2010=4.330 og N i 2014=3.891. Vi har ikke kunnet afdække årsagerne til forskellen mellem antallet af respondenter angivet i rapporterne og antallet af respondenter i det tilgængelige data

Figur 2.2.5a: Gennemsnitsalder i 2002, 2006, 2010 og 2014

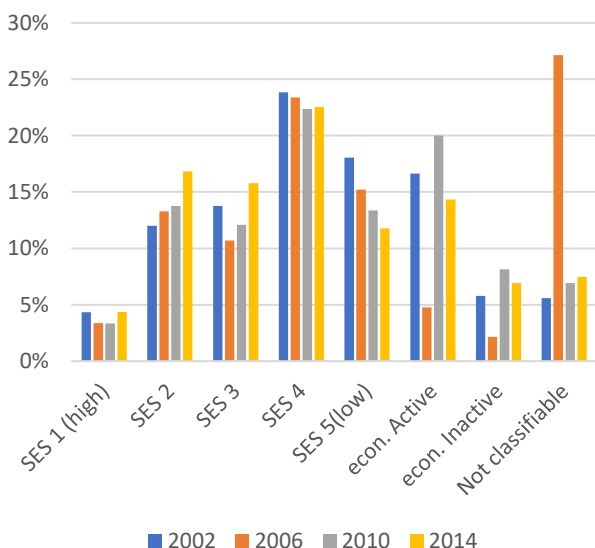


Figur 2.2.5b: Kønsfordelingen i 2002, 2006, 2010 og 2014

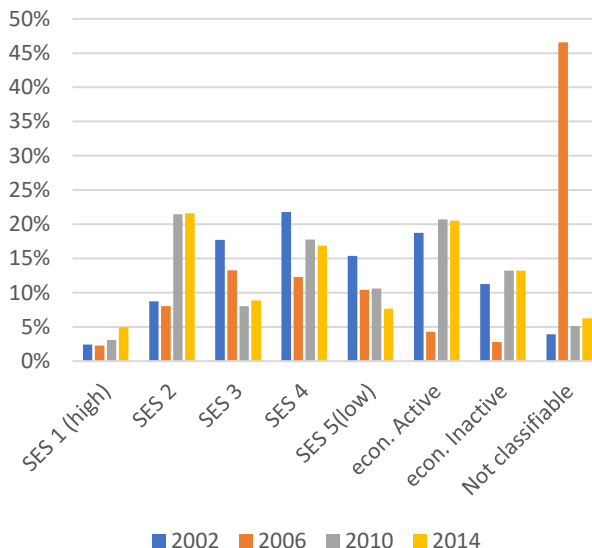


Sidst viser figur 2.2.5c og 2.2.5d ændringerne i elevernes SES henover undersøgelsesårene. Elevernes SES er bestemt ved fars og mors SES. Her kan vi se visse forskydninger, idet der sker en stigning i andelen af elever, hvor far og mor tilhører SES-gruppe 2 (den anden højeste socioøkonomiske gruppe) – der er en særlig markant stigning i andelen af elever, hvor mor tilhører denne SES-gruppe, hvilket stemmer meget godt overens med den generelle stigning, der sker i kvinders uddannelsesniveau henover de undersøgte år. Der er også mere overordnet set en (lille) tendens til, at andelen af elever med fædre i SES-gruppe 1, 2 og 3 stiger, mens der samtidig sker en øget polarisering mht. til mors SES: Andelen af elever med mødre, som tilhører SES-gruppe 1 og 2, stiger, andelen af elever med mødre, som tilhører SES-gruppe 3, falder, og andelen af elever med mødre, som tilhører SES-gruppe 4 stiger. Omfanget af disse ændringer betyder, at der er en signifikant sammenhæng mellem undersøgelsesår og fars og mors SES. Vi kan også observere en voldsom høj andel elever med fædre og mødre, som ikke kan klassificeres i 2006, der modsvares af et markant fald fra 2002 til 2006 i andelen af elever, hvis forældre falder i kategorierne ”økonomisk aktive” og ”økonomisk inaktive”. Vi vurderer, at disse ændringer afspejler kodningsvalg. Det er dog samtidig vores vurdering, at disse kodningsvalg ikke påvirker fordelingen af svarkategorierne SES 1, SES 2, SES 3, SES 4 og SES 5, som har vores primære interesse.

Figur 2.2.5c: Fars SES i 2002, 2006, 2010 og 2014



Figur 2.2.5d: Mors SES 2002, 2006, 2010 og 2014



Som illustreret gennem de 4 paneler af figur 2.2.5 sker der altså nogle ændringer i kompositionen af respondenterne fra år til år. I afrapporteringerne fra skolebørnsundersøgelsen opgøres svarfordelingerne på tværs af køn og alder, og derfor har ændringer i disse to karakteristika mindre betydning for de konklusioner, der drages på baggrund af rapportens analyser. Omvendt står det til med hensyn til de relativt store ændringer i respondenternes SES-komposition, der over tid kan betyde, at gruppen af fx 13-årige piger ændrer sig, og at de 13-årige piger, som deltager i undersøgelsen i 2002, er væsensforskellige med hensyn til forældrebaggrund og -ressourcer fra de 13-årige piger, som deltager i undersøgelsen i 2014. Hvis det er tilfældet, kan de forskelle, man ser i svarfordelingerne, afspejle sådanne kompositionsforskelle snarere end ændringer i 13-årige pigers svar – og hermed i deres mentale sundhed. For at teste denne hypotese har vi undersøgt forskelle i mental sundhed på tværs af børn og unge med forskellig socioøkonomisk baggrund. Som supplement har vi også testet, hvilken betydning ændringerne i respondenternes SES-komposition har for svarfordelingerne. Vi har her taget udgangspunkt i indikatoren for livstilfredshed, idet det er en simpel indikator – der blot består af ét spørgsmål – og idet det er en af de indikatorer, hvor det er muligt at identificere en egentlig udvikling (som beskrevet ovenfor).

Vores analyser viser i den forbindelse, at selvom der er forskelle i livstilfredshed mellem børn og unge fra forskellige SES-grupper, så er denne forskel ikke stor nok til at drive de ændringer, vi ser i afrapporteringerne. Hermed synes udviklingen i denne parameter for mental sundhed ikke at være drevet af bortfald og heraf følgende kompositionsændringer i respondentgruppen. Disse analyser udelukker dog ikke muligheden for, at betydningen af forældrenes lave – eller høje – SES for børnenes mentale helbred, kan have ændret sig i perioden. Vi vender tilbage til denne problematik i rapportens kapitel 9.

### **2.2.9. Opsummerende om skolebørnsundersøgelsen**

Som nævnt ovenfor beskriver resultaterne fra skolebørnsundersøgelsen en lidt uklar tendens i udviklingen i mental sundhed blandt børn og unge i Danmark, og denne undersøgelse kan både bruges til at udtrykke stor bekymring for den mentale sundhed i den yngre del af befolkningen og til at udtrykke glæde over, at tingene går den rigtige vej. Og hvor det er nærliggende at forestille sig, at den uklare udvikling, som vi observerer, skyldes de lidt vanskelige vilkår, data er indsamlet under, synes den udvikling, vi ser i data, ikke at skyldes undersøgelsens bortfald.

### **2.3. Børn og unge i Danmark, VIVE**

Panelundersøgelsen ”Børn og unge i Danmark” startede i 2009, hvor man foretog en spørgeskemaundersøgelse blandt et repræsentativt udsnit af 3-, 7-, 11-, 15- og 19-årige i Danmark (født i månederne august til oktober i årene 2005, 2001, 1997, 1993, og 1989) og deres forældre. For de 3- og 7-årige blev der sendt spørgeskema til mødre (eller evt. fædre hvis mødre ikke var tilgængelige), de 11-årige blev opsøgt i hjemmet af en interviewer fra SFI’s interviewkorps, og de 15- og 19-årige fik selv tilsendt spørgeskema. I 2013 indsamlede man anden runde data i den samme population – der nu var 7, 11, 15 og 19 år – og man inkluderede herudover en ny gruppe 3-årige (født i 2009). Data blev indsamlet på samme vis som i 2009-runden, idet mødre (eller fædre) også besvarede spørgsmål på vegne af de 3- og 7-årige, de 11-årige fik besøg af en interviewer, og de 15- og 19-årige selv besvarede spørgeskemaet. Bemærk, at de respondenter, der var 19 år i 2009, ikke blev geninterviewet. I den foreløbigt seneste runde, som er indsamlet i 2017, er de oprindelige respondenter blevet 11, 15 og 19 år, de respondenter, som blev inkluderet i 2013 som 3-årige, er stadig med og er nu blevet 7 år, og man har atter inkluderet en ny gruppe af 3-årige (født i 2013). Og som ved dataindsamlingen i 2013 er de respondenter, som var 19 år i forrige runde, ikke blevet geninterviewet.

Fordi der er tale om en panelundersøgelse, rummer ”Børn og Unge i Danmark” nogle andre muligheder end fx skolebørnsundersøgelsen: Med paneldimensionen bliver det muligt at belyse udviklingen over tid inden for det samme individ, samtidig med at undersøgelsens rullende optag af nye respondenter også giver mulighed for at vurdere udviklingen over tid inden for en bestemt aldersgruppe.

I den seneste runde opnåede man interviews med knap 65 procent af de oprindeligt samlede børn og unge. Opnåelsesprocenten var som forventet lavere blandt de ældre respondenter end blandt de unge og højere blandt piger end blandt drenge. Den var samtidig lavere blandt indvandrere og efterkommere, blandt børn der ikke lever i en kernefamilie, blandt børn og unge af lavtuddannede mødre og blandt mødre som er uden beskæftigelse.

Fra undersøgelsens start i 2009 har ”Børn og unge i Danmark” belyst følgende 8 domæner: 1) materiel velfærd, 2) globalisering, boligforhold og lokalområdet, 3) helbred, 4) dagtilbud, pasning og skole, 5) sociale relationer, 6) sundheds- og risikoadfærd, 7) fritid og medborgerskab og 8) subjektiv trivsel. Det er de



samme spørgsmål, som går igen fra undersøgelsesrunde til undersøgelsesrunde, og man har kun tilføjet ganske få nye spørgsmål fra gang til gang. Det er dog ikke alle spørgsmål, der er stillet til alle aldersgrupper.

Vi vil her gå i dybden med de spørgsmål, som behandles under domænet ”subjektiv trivsel”. Det drejer sig her om spørgsmål ang. a) selvvurderet helbred, b) psykisk sårbarhed, c) uddannelsesmæssig trivsel, d) personlig frihed og oplevet tidspres og 5) livstilfredshed og psykosocial trivsel. Vores hovedfokus ligger på udvikling over tid i respondenternes svar på de stillede spørgsmål.

### **2.3.1. *Selvvurderet helbred***

Spørgsmålet om selvvurderet helbred er stillet til respondenter i aldersgrupperne 11, 15 og 19 år. Man har spurgt på følgende måde: ”Synes du dit helbred er”, hvortil de kunne svare ”Virkelig godt”, ”Godt”, ”Nogenlunde”, ”Dårligt” og ”Ved ikke”. For de 3- og 7-årige har mødrene foretaget vurderingen (hvorved der således ikke er tale om selvvurderet helbred). Det er et standardspørgsmål, som også er anvendt i andre undersøgelser. Andelen, der svarer ”nogenlunde” eller ”dårligt”, stiger med alderen, den er højere blandt drenge end blandt piger og højere for børn med lav socioøkonomisk baggrund. Resultaterne er konsistente med fund i andre undersøgelser som fx skolebørnsundersøgelsen.

For de 3- 7- og 11-årige er andelen, der vurderer/vurderes at have ”nogenlunde” eller ”dårligt” helbred relativt konstant hen over undersøgelsesperioden fra 2009 til 2017 – knap 5 procent af de 7-årige falder i disse kategorier, 6-7 procent af de 11-årige falder i denne kategori og knap 8 procent af de 3-årige falder i denne kategori. Omvendt sker der for de 15- til 19-årige en stigning hen over perioden: de 15-årige stiger fra ca. 17 procent i 2009 til ca. 22 procent i 2017, og andelen blandt de 19-årige stiger fra ca. 21 procent til knap 27 procent. I rapporten beskrives disse ændringerne som signifikante.

### **2.3.2. *Psykisk sårbarhed***

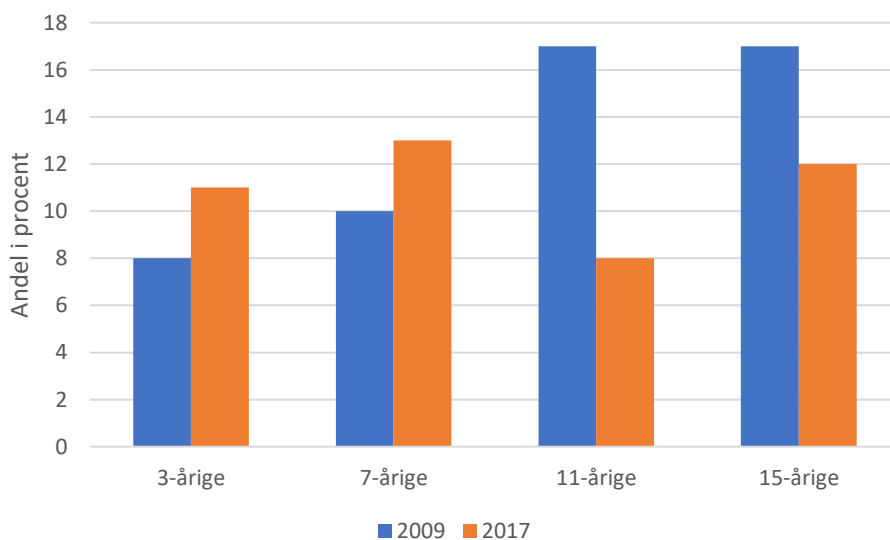
Psykisk sårbarhed i fem forskellige dimensioner nemlig ved brug af 1) The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), 2) spørgsmål om omfanget af psykiske lidelser, 3) spørgsmål om omfanget af spiseforstyrrelser, 4) spørgsmål om brug af psykologhjælp og 5) spørgsmål om selvmordsforsøg. I det følgende gennemgår vi de fem dimensioner en for en.

### **2.3.3. *SDQ***

SDQ er et anerkendt, velgennemprøvet og valideret screeningsbatteri til identifikation af psykopatologiske tilstande blandt børn og unge i 2- til 17-årsalderen. SDQ består af 25 udsagn, der dækker over områderne 1) hyperaktivitet/uopmærksomhed, 2) emotionelle problemer, 3) adfærdsproblemer, 4) problemer i forholdet til jævnaldrende og 5) sociale styrker. Der stilles 5 spørgsmål pr. område, og de besvares med kategorierne ”passer”, ”passer delvist” og ”passer ikke”. På baggrund af besvarelserne på de første 4 områder beregnes en samlet SDQ score, og denne score placerer barnet i enten normalområdet, i grænseområdet eller udenfor normalområdet. Normalområdet er defineret som der, hvor flertallet af populationen placerer sig.

Af rapporteringerne af de tre undersøgelser giver ikke direkte mulighed for at vurdere udviklingen over tid, idet der for 2009-undersøgelsen ikke er angivet præcise procentsatser for andelen af børn og unge, der falder i hver kategori (normalområdet, grænseområdet eller udenfor normalområdet). Samtidig er svarfordelingen ikke angivet separat for drenge og piger. For 2013-undersøgelsen er svarfordelingen angivet separat for de to køn, men man har ikke angivet de præcise procentsatser for andelen, der falder i de tre forskellige kategorier. For 2017-undersøgelsen har man angivet svarfordelingen med hele procenter og separat for drenge og piger. I af rapporteringen fra 2017-undersøgelsen beskrives udviklingen sådan her ”Samlet set er der henover undersøgelsens 3 survey-år kun sket en lille udvikling i andelen af børn og unge med indadvendte eller udadvendte adfærdsproblemer fra 9 pct. i 2009 til 10 pct. i 2017” (s. 190). I figur 2.3.1 sammenligner vi resultaterne fra år til år (som angivet i rapporterne), og her ser det dog ud til, at der er sket en stigning i andelen, der falder udenfor normalområdet, eller som ligger i grænseområdet iblandt både de 3- og 7-årige (fra 8 i 2009 til 11 procent i 2017 for de 3-årige og fra 10 i 2009 til 13 procent i 2017 for de 7-årige). Omvendt ser der ud til at være sket et fald blandt både de 11-årige og de 15-årige - begge grupper lå på ca. 17 procent i 2009, men ligger nu på ca. 8 hhv. 12 procent i 2017. For pigerne peaker andelen, der ligger udenfor normalområdet eller i grænseområdet i 2013 med samlet set ca. 22 procent. Bemærk, at disse sammenligninger over tid skal tolkes varsomt, ikke mindst fordi det ikke er en tolkning, undersøgelsens forfattere har beskæftiget sig med.

Figur 2.3.1: Andel, der falder udenfor SDQ-scorens normalområde, 2009 til 2017.



#### 2.3.4. *Psykiske lidelser*

I undersøgelsen spørges de 15- og 19-årige om, hvorvidt de har haft en psykisk lidelse (dvs. depression, angst eller lignende), og hertil kan de svare ”Ja, en gang”, ”Ja, flere gange”, ”Nej, aldrig” eller ”Ved ikke”.

Som det beskrives i afrapporteringen fra undersøgelsen, sker der en stigning fra 2009 til 2017 i andelen af især 15- og 19-årige piger, som svarer, at de mindst én gang har haft en psykisk lidelse. For de 19-årige piger stiger andelen fra ca. 21 procent i 2009 til ca. 36 procent i 2017, og for de 15-årige piger stiger andelen fra ca. 15 procent til ca. 21 procent. For drengene sker der også en lille stigning fra 2009 til 2017 – for de 15-årige sker der en stigning fra ca. 8 procent i 2009 til 10 procent i 2017, og for de 19-årige sker der en stigning fra ca. 14 procent til ca. 16 procent. For begge grupper af drenge sker der dog et fald mellem 2009 og 2013, hvorved stigningen fra 2013 til 2017 i realiteten er på ca. 5 procentpoint for begge aldersgrupper.

### **2.3.5. *Spiseforstyrrelser***

Omfanget af spiseforstyrrelser undersøges på samme måde som omfanget af psykiske lidelser, idet respondenterne på 15 og 19 år bliver bedt om at besvare et spørgsmål om, hvorvidt de har haft en spiseforstyrrelse med svarkategorierne ”Ja, en gang”, ”Ja, flere gange”, ”Nej, aldrig” eller ”Ved ikke”. Svarfordelingerne oplyses ikke i rapporten, men forfatterne skriver, at ”Der [...] hen over de 3 survey-år ikke [er] sket nogen signifikant ændring i andelen, der svarer, at de har haft en spiseforstyrrelse”.

### **2.3.6. *Psykologhjælp***

De 15- og 19-årige bliver bedt om at besvare et spørgsmål om, hvorvidt de har fået psykologhjælp ved brug af svarkategorierne ”Ja, en gang”, ”Ja, flere gange”, ”Nej, aldrig” eller ”Ved ikke”. Her ser vi en relativt markant stigning i andelen af 19-årige piger, der har fået psykologhjælp mindst én gang. I 2009 drejer det sig om ca. 30 procent mod godt 45 procent i 2017, og der er hermed tale om en procentvis stigning på 50 procent. Det er interessant, at denne stigning på 15 procentpoint svarer til den stigning, vi ser i andelen af 19-årige piger, som rapporterer, at de mindst én gang har haft en psykisk lidelse (jf. ovenfor). For de 15-årige piger er der også sket en stigning i andelen, der har modtaget psykologhjælp – den er dog kun på ca. 4 procentpoint (og sker fra 2009 til 2013). Stigningen synes ikke på samme vis, som vi så det for de 19-årige piger at afspejle stigningen i andelen, der har haft en psykisk lidelse (hvor stigningen var på 8 procentpoint). Andelen af 15-årige drenge, der har modtaget psykologhjælp, falder en smule i perioden – fra ca. 15 procent i 2009 til ca. 13 procent i 2017 – og denne udvikling afspejler ikke udviklingen i andelen af drenge, der har haft en psykisk lidelse (der steg en smule i perioden). For de 19-årige drenge ser vi omvendt en stigning i andelen, der har modtaget psykologhjælp – fra ca. 22 procent i 2009 til ca. 25 procent i 2017, dog med et fald på ca. 3 procentpoint mellem 2009 og 2013 – og denne stigning på ca. 3 procentpoint er stort set en spejling af udviklingen i andelen inden for gruppen, der har haft en psykisk lidelse.

### **2.3.7. *Selvmodsforsøg***

Den sidste indikator på psykisk sårbarhed er omfanget af selvmordsforsøg blandt respondenterne. Rapporten oplyser ikke udviklingen over tid, ej heller den præcise spørgsmålsformulering (og herunder hvor langt tilbage i tid et eventuelt forsøg har fundet sted), men skriver, at der ikke er sket nogen ændring i forekomsten af dette alvorlige signal om psykisk mistrivsel. Dykker man ned i tallene i rapporten ser det dog ud til, at der

er sket en lille stigning blandt de 15-årige drenge – fra 1 procent i 2009 til 3 procent i 2017 – og et fald blandt de 15-årige piger (fra 9 procent i 2009 til 5 procent i 2017). På samme vis ser der ud til at være sket en lille stigning blandt de 19-årige drenge – fra 3 procent i 2009 til 4 procent i 2017 – og en stigning blandt de 19-årige piger (fra 6 procent til 9 procent). Som det bemærkes i afrapporteringerne fra undersøgelse, er disse ændringer dog ikke signifikante og kan ikke tillægges nogen substantiel betydning.

### **2.3.8. Uddannelsesmæssig trivsel**

Respondenternes uddannelsesmæssige trivsel undersøges gennem spørgsmålet ”Hvad synes du om skolen for øjeblikket?”. Hertil kan de svare, at de virkelig godt kan lide skolen, at den er nogenlunde, at de ikke kan lide skolen, og at de slet ikke kan lide skolen. Skoleglæden varierer med alderen og er således størst i 7-årsalderen og lavest i 15-årsalderen. For de 7-årige er skoleglæden faldet jævnt fra 2009 til 2017, og således kunne 82 procent af de 7-årige virkelig godt lide skolen i 2009, mens det kun gjaldt for 64 procent af de 7-årige i 2017. For de 11-årige er der sket en stigning i skoleglæden. Andelen, der virkelig godt kan lide at gå i skole, er steget fra 49 procent i 2009 til 57 procent i 2017. Andelen af 15-årige, der virkelig godt kan lide at gå i skole, har varieret mellem 32 og 44 procent – størst i 2013 og lavest i 2017. På samme vis finder vi den højeste andel 19-årige, der virkelig godt kan lide at gå i skole i 2013 (53 procent) og den lavest andel i 2017 (43 procent). I rapporten foreslås det, at disse ændringer kan afspejle folkeskolereformen fra 2014, og hvor det er en plausibel forklaring, burde den nok i mindre grad være gældende for de 19-årige, der kun i ringe omfang er blevet ramt af reformen og dens konsekvenser.

### **2.3.9. Personlig frihed og oplevet tidspres**

Oplevelse af personlig frihed undersøges ved at bede respondenterne angive, hvor enige de er på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) på tre udsagn: 1) For det meste kan du selv bestemme, hvad du bruger din tid til, 2) Du føler dig fri til at bestemme, hvordan du vil leve dit liv, og 3) Normalt kan du frit sige, hvad du tænker og mener. Deres svar på de tre udsagn lægges sammen, og jo højere en samlet værdi, jo højere grad af personlig frihed oplever respondenterne – hvor værdien 15 angiver den højeste grad af personlig frihed, og værdier på 14 og 15 bestemmes som stor oplevet frihed. Målt på den måde sker der en vækst fra 2009 til 2017 i andelen af 19-årige drenge, som oplever stor frihed (svarende til at de scorer 14 eller 15 på det aggregerede mål) fra knap 60 procent til godt 62 procent. Tilsvarende vokser andelen af 15-årige drenge, som oplever stor personlig frihed fra knap 40 procent i 2009 til knap 50 procent i 2017, mens andelen falder for de 11-årige drenge – fra ca. 32 procent i 2009 til ca. 28 procent i 2017. Rapporten angiver ikke udviklingen for pigerne, men skriver at andelen af piger, der oplever stor personlig frihed, er stort set uændret fra 2009 til 2017.

Oplevelsen af tidspres undersøges ved at spørge respondenterne, om de dagligt kan nå de ting, de gerne vil. Rapporten viser ikke udviklingen over tid, men skriver at ”Blandt de 15- og 19-årige ser vi en mindre stigning siden 2013 på ca. 5 procentpoint. Set i forhold til 2009 er der dog ikke tale om en statistisk

signifikant trend hen over de 3 survey-år. Andelen af 11-årige, der oplever tidspres i det daglige, har ligget stabilt henover undersøgelsens 3 år”

### **2.3.10. Livstilfredshed og psykosocial trivsel**

Livstilfredshed og psykosocial trivsel måles gennem tre komponenter, nemlig respondenternes 1) self-efficacy, 2) livstilfredshed og 3) oplevelse af ensomhed. Af disse tre undersøges to alle årene (livstilfredshed og oplevelse af ensomhed), og da vores fokus her er på udviklingstrends over tid, vil vi i det følgende gå i dybden disse to komponenter.

#### **2.3.10.1. Livstilfredshed**

Som i skolebørnsundersøgelsen undersøges livstilfredshed også her ved brug af Cantril's ladder. Den anvendte formulering er en anelse anderledes, idet man her ikke bruge stigeanalogien, men blot spørger ”Hvor tilfreds er du for tiden med dit liv? Angiv tilfredshed på en skala fra 0 til 10, hvor 10 betyder ”Det bedst mulige liv” og 0 betyder ” Det værst tænkelige liv””. Respondenter som svarer 0-5 har lav livstilfredshed, respondenter som svarer 6-8 har middel livstilfredshed og de, som svarer 9-10 har høj livstilfredshed. I sammenligning med resultaterne fra skolebørnsundersøgelsen finder VIVE-undersøgelsen en markant højere andel blandt de 11-årige, som har høj tilfredshed med livet – i skolebørnsundersøgelsen ligger andelen på 43 procent, mens den i VIVEs undersøgelse ligger på 63 procent. Og hvor skolebørnsundersøgelsen registrerer et fald blandt i andelen af 15-årige, som rapporterer høj livstilfredshed, så er den ingen signifikante udviklingstrends fra 2009 til 2017 i VIVEs undersøgelse. For både de 15- og de 19-årige ligger andelen, som rapporterer høj livstilfredshed på stort set samme niveau i 2009 og 2017, men andelen topper i 2013. Sammenligner man andelene med høj livstilfredshed registreret i 2013 med andelene registeret i 2017, sker der et relativt stort fald (for de 19-årige falder andelen fra 30 procent i 2013 til 24 procent i 2017, og for de 15-årige falder den fra 38 procent i 2013 til 30 procent i 2017). I samme periode sker der en (signifikant) stigning i andelen af både 15- og 19-årige, som rapporterer lav livstilfredshed. For de 11-årige sker der ingen signifikante ændringer i andelene, som rapporterer hverken høj eller lav livstilfredshed.

#### **2.3.10.2. Ensomhed**

Ensomhed undersøges gennem spørgsmålet ”Føler du dig ofte ensom”, som stilles til de 11- til 19-årige, og hvortil de kan svare ”Ja, meget ofte”, ”Ja, ofte”, ”Af og til” og ”Nej”. Respondenter som svarer enten ”Ja, meget ofte” eller ”Ja, ofte” betragtes som ensomme. Fra 2009 til 2017 ses en stigning i andelene af både 15- og 19-årige, som føler sig ensomme fra hhv. 5 og 7 procent i 2009 til hhv. 9 og 12 procent i 2017. For de 11-årige observeres et lille fald henover perioden.

### **2.3.11. Opsummerende om ”Børn og Unge i Danmark”**

Som i skolebørnsundersøgelsen frembyder også ”Børn og Unge i Danmark” en del forskellige indikatorer for mentalt helbred, men i modsætning til hvad vi så for skolebørnsundersøgelsen, synes den udvikling, der registreres i ”Børn og Unge i Danmark” indenfor disse indikatorer at være en anelse mere entydig; flere i de ældre grupper af respondenter (dvs. de 15- og 19-årige) har dårligt selv vurderet helbred, flere har haft psykiske lidelser, og flere har modtaget psykologhjælp. Den uddannelsesmæssige trivsel har været dalende ligeledes blandt de ældre respondenter, og der har været en vækst i ensomhed. På det fleste andre parametre kan der ikke spores nogen udvikling – heller ikke positiv.

### **2.4. Opsummerende om de tre spørgeskemaundersøgelser**

Som vi har forsøgt i afsnittene ovenfor, er der en række metodologiske problemer i de rapporter, vi omtaler her i kapitlet: De fremhævede spørgeskemaundersøgelser har en række udfordringer, primært med hensyn til bortfald, og det er svært gennemskue betydningen af konstruktionen og kodningerne af nogle af de centrale indikatorer. Men når det er sagt, er det svært at ignorere det forhold, at den bekymrende udvikling – især den vi ser blandt de unge – genfindes på tværs af både indikatorer og undersøgelser. Hermed kan man ikke blot afskrive udviklingen som en konsekvens af specifikke kodninger eller problemer med bortfald, og den synes altså – uanset hvad den skyldes – at være et reelt udtryk for, hvordan danskerne oplever deres mentale sundhed: Den mentale sundhed blandt danskerne, og især blandt de unge danskere, synes at være blevet dårligere hen over det seneste årti.

Når vi i ovenstående har rettet et særligt fokus på de unge, skyldes det, at den offentlige debat især har drejet sig om denne befolkningsgruppe, samt at det primært er her, vi ser de bekymrende udviklinger. Men det er dog værd også at fremhæve udviklinger indenfor andre befolkningsgrupper. Fx viste resultater fra ældreprofilen fra 2019, at andelen af ældre, der har et fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred, har været stabil siden 1994, samt at der er sket en stigning i andelen af ældre, der føler sig friske nok til at gøre, hvad de har lyst til – og den stigning er især markant blandt ældre over 84 år. Der er samtidig sket et fald i andelen af ældre, der føler sig trist til mode hele tiden eller det meste af tiden, og som oplever at være uønsket alene (Sundhedsstyrelsen, 2019). Og selvom vi også ser en stigende forekomst af lav mental sundhed i den voksne del af befolkningen, synes problemet med den stigende forekomst af dårlig mental sundhed primært at være et ungdomsfænomen.

### **Kapitel 3: Resultater fra ”Danskernes arbejdsmiljø”**

De tre undersøgelser, som vi har belyst i de foregående afsnit, har alle, i større eller mindre grad været refereret i forbindelse med debatten om den negative udvikling i mental sundhed blandt især de unge danskere. Men som antydnet har også andre undersøgelser dækket området, og fx har Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) siden 2012 gennemført undersøgelser af arbejdsforholdene på danske arbejdspladser, som er blevet beskrevet i rapporterne ”Danskernes arbejdsmiljø”. Undersøgelserne berører de mange temaer, som har betydning for vores arbejdsmiljø som fx ledelsen, arbejdsopgaverne, organiseringen, kollegaerne, de fysiske forhold, og branchespecifikke forhold, og de berører naturligvis også psykiske forhold, både på arbejdspladsen, men også mere generelt. Af emner, som berøres i analyserne, og som meget direkte angår fokus i nærværende rapport, er: ”angstsymptomer”, ”depressive symptomer”, ”mentalt helbred”, og ”stress”. I spørgeskemaundersøgelserne spørges der til disse emner uden, at spørgsmålene relateres til arbejdspladsen/arbejdsmiljøet, og de er i et vist omfang undersøgt ved hjælp af indikatorer, som er sammenlignelige med de indikatorer, som også anvendes i de tre undersøgelser, vi har refereret ovenfor.

I det følgende vil vi gå i dybden med NFA-undersøgelserne, ikke blot fordi de er relevante for problemstillingen om udviklingen i danskernes mentale sundhed, vi belyser her, men også fordi det er muligt at koble disse data til registerdata. Hermed kan vi altså bruge dette data til ikke blot at undersøge, om den udvikling, vi ser i de tre spørgeskemaundersøgelser refereret ovenfor, går igen i endnu en undersøgelse. Med dette data kan vi også gå lidt mere i dybden med de indikatorer, der er anvendt og forsøge at forstå betydningen af kodningerne for resultaterne. Fordi vi kan koble dette data til registerdata, giver det os også mulighed for – i en række af de senere kapitler - at analysere sammenhængen mellem de selvrapporterede mål for mental sundhed og brugen af sundhedsydelser relateret til mental sundhed.

Det skal bemærkes, at også denne undersøgelse er præget af betydeligt bortfald: I hver runde af undersøgelsen har man udtrukket en stikprøve på 50.000 lønmodtagere, og man har i hver runde opnået en svarprocent på 50 procent eller derover. Det er samtidig vigtigt at være opmærksom på, at der kun indgår lønmodtagere i undersøgelsespopulationen, og fordi der er langt flere lønmodtagere i de ældre aldersgrupper end i de yngre, så vil de populationer, man sammenligner henover aldersspændet, være forskellige på mange flere parametre end blot deres alder. Data giver derfor primært mulighed for at sammenligne udviklingen over tid indenfor aldersgrupperne.

Det skal dog herudover bemærkes, at vi i det data, vi har haft til rådighed, ikke har haft adgang til de vægte, der er brugt til at kompensere for bortfald i NFA's egne analyser, og at vi derfor i det følgende viser de rå, uvægtede resultater. For de lidt enklere af de grafer vi vil vise i det følgende, kan vi dog sammenligne vores resultater baseret på de uvægtede data med lignende resultater fra NFA's officielle statistikbank, som vi formoder er baseret på vægtet data. Resultaterne fra NFA har vi medtaget i bilag 3, og sammenligninger vil

vise, at vores uvægtede resultater, og de konklusioner man kan drage på baggrund af dem, stemmer godt overens med de vægtede resultater. Når vi her vælger at præsentere de uvægtede udviklinger, er det for at sikre konsistens på tværs af rapporten i vores brug af NFA-data, idet vi således hele vejen igennem afrapporterer med udgangspunkt i det individdata, vi har fået adgang til.

### **3.1. Udviklingen indenfor områder der er direkte relateret til mental sundhed**

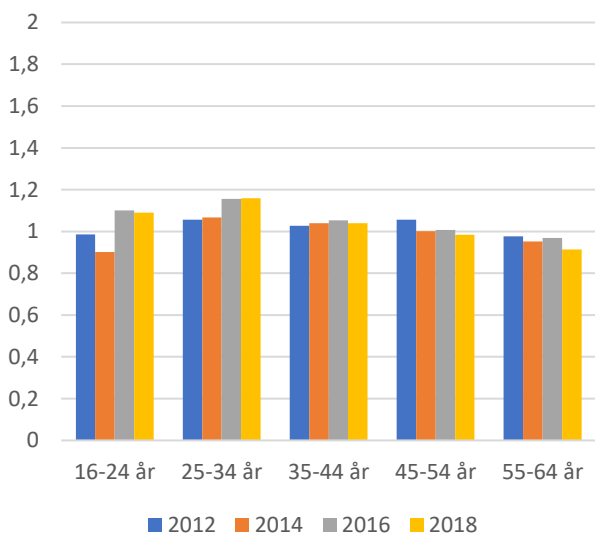
#### **3.1.1. *Angstsymptomer***

Angst undersøges gennem et spørgsmål om, hvor meget man inden for de seneste fire uger har været generet af de fire angstsymptomer, 1) pludselig at blive bange uden grund, 2) af nervøsitæt eller indre uro, 3) af anfald af panik eller rædsel, eller 4) af at bekymre sig for meget. Respondenternes angstscore beregnes herefter ved at tælle, hvor mange af de fire symptomer respondenterne har oplevet. En angstscore på 4 er ensbetydende med, at respondenterne har oplevet alle fire angstsymptomer, mens en score på 0 betyder at respondenterne ingen angstsymptomer har oplevet. Den gennemsnitlige score ligger på 1,2 for alle fire undersøgelsesår. Forekomsten af angst er hermed konstant, og gennemsnitsværdien svarer til, at respondenterne i gennemsnit har oplevet lidt mere end et af de fire angstsymptomer indenfor de seneste 4 uger. Yderligere beregninger viser, at svarfordelingen ikke ændrer sig væsentligt fra år til år, og at ligheden i gennemsnitsscoren fra år til år således ikke dækker over underliggende ændringer i fordelingen. Dog er der små forskelle mellem aldersgrupper. Som illustreret i figur 3.1.1 nedenfor sker der først et fald – fra 2012 til 2014 – og sidenhen en stigning i antallet af rapporterede angstsymptomer blandt de unge mænd i aldersspændet fra 16-24 år og fra 25-34 år, og vi ser et tilsvarende mønster blandt kvinder i de samme aldersgrupper. For de ældre mandlige respondenter – i aldersgrupperne 45-54 år og 55-64 år - falder antallet af rapporterede angstsymptomer hen over perioden, og for kvinderne i de samme aldersgrupper synes antallet af rapporterede angstsymptomer at være konstant. Igen må vi konstatere, at de unge mænd og kvinder oplever en forværring af deres mentale helbred i den periode, vi studerer, og igen må vi konstatere, at kvindernes niveau ligger over mændenes.

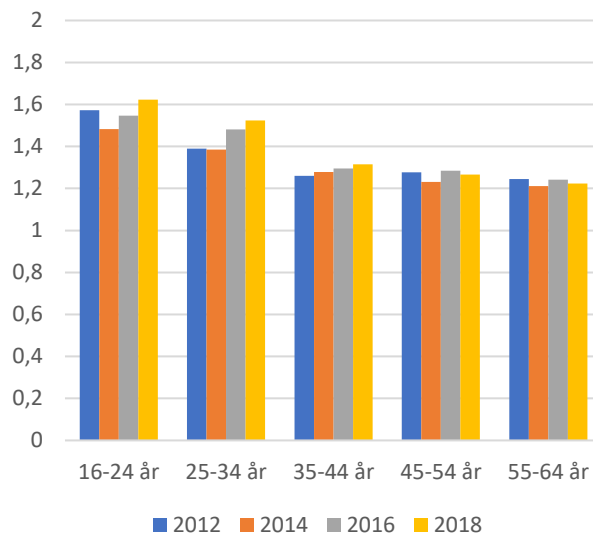


Figur 3.1.1: Gennemsnitligt antal angstsymptomer, 2012-2018, fordelt på køn og alder

Panel A: Mænd



Panel B: Kvinder



Resultaterne er baseret på egne beregninger baseret på tal fra NFA's arbejdsmiljøundersøgelse. I bilagsfigur B3.1.1 findes en sammenlignelig figur konstrueret med udgangspunkt i data fra [www.arbejdsmiljodata.nfa.dk](http://www.arbejdsmiljodata.nfa.dk)

### 3.1.2. *Depressive symptomer*

De depressive symptomer måles ved brug af de 10 spørgsmål fra Major Depression Inventory, der handler om, hvordan man har haft det gennem de seneste 2 uger på følgende dimensioner: ”Har du følt dig trist til mode, ked af det?”, ”Har du manglet interesse for dine daglige gøremål?”, ”Har du følt, at du manglede energi og kræfter?”, ”Har du haft mindre selvtillid?”, ”Har du haft dårlig samvittighed eller skyldfølelse?”, ”Har du følt, at livet ikke var værd at leve?”, ”Har du haft besvær med at koncentrere dig, f.eks. at læse avis eller følge med i fjernsyn?”, ”Har du følt dig rastløs? Eller har du følt dig mere stille?”, ”Har du haft besvær med at sove om natten?”, og ”Har du haft nedsat appetit? Eller har du haft øget appetit?”. Til hvert af disse spørgsmål kan respondenterne svare ”Hele tiden”, ”Det meste af tiden”, ”Lidt over halvdelen af tiden”, ”Lidt under halvdelen af tiden”, ”Lidt af tiden” og ”På intet tidspunkt”. Respondenternes svar regnes sammen til en samlet score på mellem 0 og 50 svarende til, at en respondent, der svarer ”På intet tidspunkt” på alle spørgsmålene, får en samlet score på 0, mens en respondent, der svarer ”Hele tiden” på alle spørgsmålene, får en samlet score på 50. I den eksisterende forskningslitteratur på området, bestemmes en samlet score på mindre end på 20 som at man ikke har en depression, ligger man mellem 20 og 24 har man en let depression, og ligger man mellem 25 og 29 har man en moderat depression. Ligger man over 29 har man en svær depression.

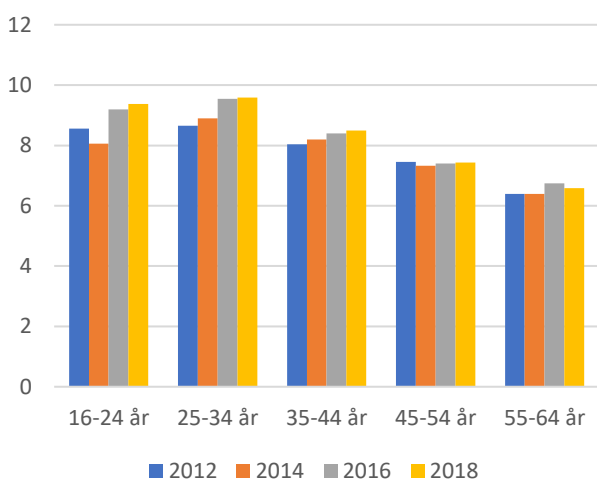
I perioden fra 2012 til 2018 er der sket først et fald – fra 2012 til 2014 – og en stigning i respondenternes gennemsnitlige score på depressionsskalaen fra 8,3 til 9,0, hvoraf den største stigning sker mellem 2014 til

2016 – fra 8,3 til 8,9. Yderligere beregninger tyder på, at stigningen er signifikant på et 0,0001-pcts.-niveau. Der er dog under alle omstændigheder tale om meget små stigninger, og gennemsnitspersonen ligger et godt stykke under grænseværdien på 20 for en let depression.

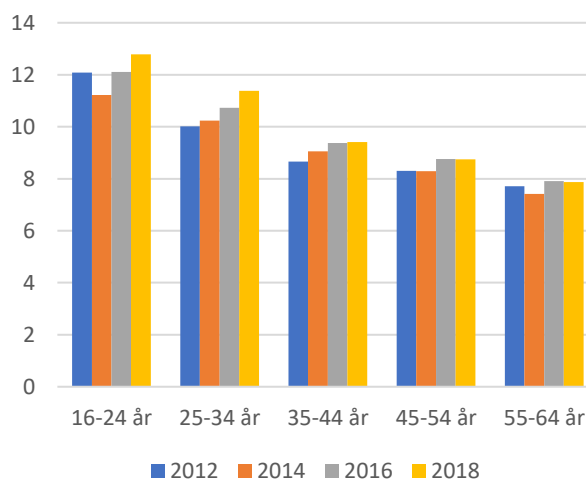
Igen ser vi forskelle i udviklingerne mellem forskellige aldersgrupper. Som illustreret nedenfor i figur 3.1.2 finder stigningen især sted blandt de unge – både mænd og kvinder – mens niveauet har været tæt på konstant blandt de ældre.

Figur 3.1.2: Gennemsnitlig score på MDI, 2012-2018, fordelt på køn og alder

Panel A: Mænd



Panel B: Kvinder



Resultaterne er baseret på egne beregninger baseret på tal fra NFA's arbejdsmiljøundersøgelse. I bilagsfigur B3.1.2 findes en sammenlignelig figur konstrueret med udgangspunkt i data fra [www.arbejdsmiljodata.nfa.dk](http://www.arbejdsmiljodata.nfa.dk)

### 3.1.3. *Mentalt helbred*

Til at måle ændringer i lønmodtagernes mentale helbred anvendes det amerikanske SF-36-batteri. SF-36 er en lang udgave af SF-12, som anvendes i Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP), og hvis anvendelse her blev diskuteret ovenfor i afsnit 2.2. Fra SF-36 bruger man fem spørgsmål til at beregne en score fra 0-100 for mentalt helbred og fire spørgsmål til at beregne en score – ligeledes fra 0-100 - for vitalitet. Jo højere score, jo bedre mentalt helbred /vitalitet. I modsætning til hvad vi så under brugen af SF-12 i NATSUP, fastsætter man her i undersøgelserne af danskernes arbejdsmiljø ikke en grænseværdi, der bestemmer, om man har godt eller dårligt mentalt helbred, men afrapporterer blot den gennemsnitlige score i undersøgelsespopulationen. For begge mål har den gennemsnitlige score været så godt som konstant hen over de fire undersøgelsesår; for mentalt helbred ligger scoren på 79,8 i 2012 og på 78,6 i 2018. For vitalitet falder den fra 63,6 til 61,8

henover perioden. På baggrund af denne undersøgelse, synes der altså ikke at være sket bemærkelsesværdige ændringer i de danske lønmodtageres mentale helbred fra 2012 til 2018.

### **3.1.3.1. De underliggende fordelinger for indikatoren for mentalt helbred**

Under beskrivelsen af resultaterne fra NATSUP diskuterede vi, hvilken betydning kodningen af indikatoren for mentalt helbred havde for de fremkomne resultater og herunder for den konklusion, at unge kvinder i stigende grad kæmper med dårligt mentalt helbred, som er blevet fremhævet i den offentlige debat. Som beskrevet her anvendte man indikatoren SF-12, og undersøgte i hvilket omfang respondenterne over tid blev mere tilbøjelige til at ligge under 10-procent-percentilen fra 2010. Man fandt her, at flere unge kvinder – men også flere unge mænd – med tiden kom til at ligge under denne værdi svarende til, at flere relativt set fik dårligt mentalt helbred.

Som beskrevet har vi ikke kunnet få adgang til data fra NATSUP, og vi har på den baggrund ikke mulighed for at undersøge betydningen af kodningen af SF-12 for undersøgelsens resultater. Men med data fra undersøgelse om danskernes arbejdsmiljø kan vi undersøge betydningen af kodningen af SF-36 – der er nært beslægtet med SF-12 - for de resultater, der fremkommer. I sammenligningen er det vigtigt at holde sig for øje, at der er tale om to forskellige undersøgelsespopulationer, og at data derfor ikke er direkte sammenligneligt. Det er dog interessant at undersøge, om det er muligt at genfinde resultaterne fra én undersøgelse i en anden undersøgelse. Vi vil i det følgende gå yderligere i dybden med indikatoren for mentalt helbred (jf. ovenstående) og se, hvorvidt og hvordan de underliggende fordelinger påvirker den samlede score.

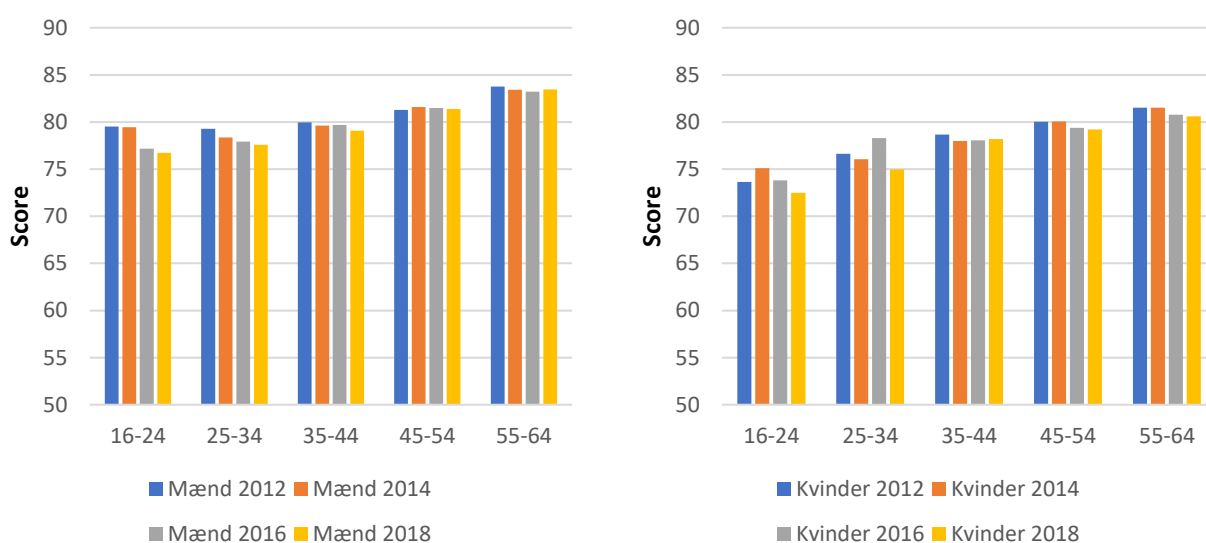
Først viser vi i figur 3.1.3, hvordan den gennemsnitlige score for mentalt helbred fordeler sig på køn og alder – bemærk at en højere score er ensbetydende med et bedre mentalt helbred. Vi anvender her de samme alderskategorier, som bruges i NATSUP. Det skal bemærkes, at der af naturlige årsager ikke er respondenter på over 64 i undersøgelse af danskernes arbejdsmiljø<sup>6</sup>. Som man kan se af figuren, er der for det første systematiske aldersforskelle i mentalt helbred – det mentale helbred bliver bedre med respondenternes alder, så de ældre respondenter har bedre mentalt helbred end de unge, og det gælder for både mænd og kvinder. Samtidig bliver aldersforskellen mere udtalt med årene. Vi kan også se tydelige forskelle i udviklingen hen over de forskellige aldersgrupper især for mændene. Den gennemsnitlige score på indikatoren falder markant fra 2012 til 2018 for især de helt unge mænd, mens denne udvikling er mindre iøjnefaldende for de midterste aldersgrupper og helt fraværende for de ældste. For kvinderne er udviklingen ikke helt så klar, idet de helt

---

<sup>6</sup> Når man sammenligner værdier hen over aldersfordelingen i denne undersøgelse, er det vigtigt at være opmærksom på, at fordi der kun indgår lønmodtagere i undersøgelsespopulationen, og fordi der er langt flere lønmodtagere i de ældre aldersgrupper end i de yngre, så vil de populationer, man sammenligner hen over aldersspændet, være forskellige på mange flere parametre end blot deres alder. Vi vil derfor opfordre til, at man primært forholder sig til udviklingen over tid indenfor aldersgruppen.

unge kvinder fra 16 til 24 år faktisk ser ud til at opleve forbedret mentalt helbred fra 2012 til 2014, og kvinder i aldersgruppen 25-34 år oplever en stigning fra 2014 til 2016. Sammenligner man yderårene – 2012 og 2018 – sker der dog overordnet set en forværring af de unge kvinders mentale helbred i undersøgelsesperioden, og det samme gør sig faktisk gældende for alle aldersgrupper. Disse figurer peger hermed i samme retning som resultaterne fra NATSUP dog med den lille krølle, som vi også nævnte tidligere, at udviklingen ser ud til at have være mere dramatisk blandt de unge mænd, selvom niveauet er lavere for de unge kvinder.

Figur 3.1.3: Mentalt helbred, 2012-2018: Udviklingen fordelt på alder



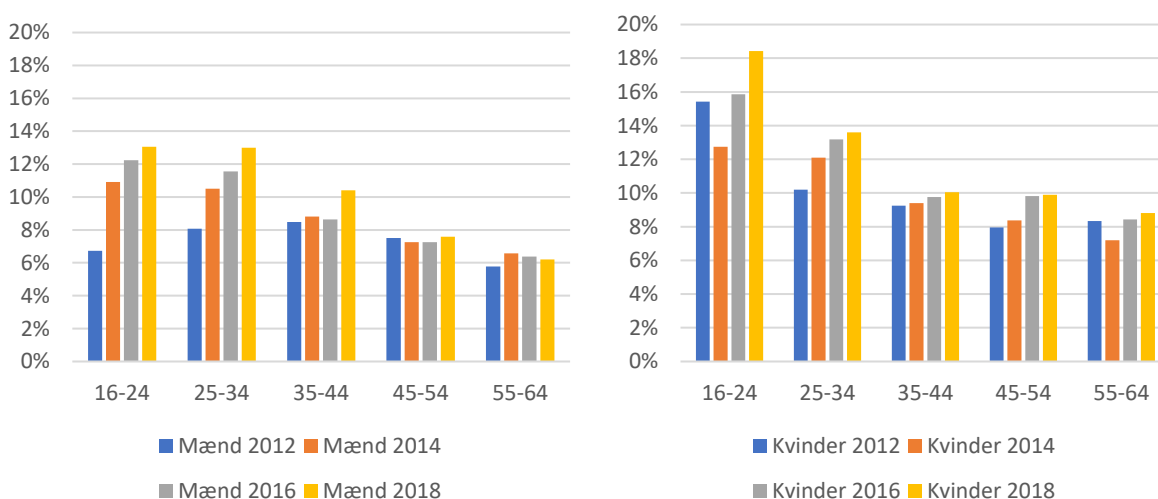
Note: Figureerne er beregnet med udgangspunkt i data fra NFA-undersøgelserne ”Danskernes arbejdsmiljø”. Bemærk, at andelen af respondenter med scoren, for scores som repræsenterer mindre end 5 respondenter, er kodet til 0. I bilagsfigur B3.1.3 findes en sammenlignelig figur konstrueret med udgangspunkt i data fra [www.arbejdsmiljodata.nfa.dk](http://www.arbejdsmiljodata.nfa.dk)

I afrapporteringen af NATSUP angiver man dog ikke gennemsnitsværdier, men i stedet andelen af respondenter, der scorer under 10-procents-percentilen fra det første undersøgelsesår, 2010. Husk at en score under 10-procents-percentilen er ensbetydende med dårligt mentalt helbred. Vi foretager derfor samme beregning her og viser resultatet i nedenstående figur 3.1.4. 10-procents-percentilen beregnet for alle respondenter i 2012 (som er det første undersøgelsesår i arbejdsmiljøundersøgelsen) ligger på 60 – og det gør den faktisk for alle årene.

Som man kan se, er konklusionen overordnet set den samme, som den vi kan drage af figur 3.1.3: Flere danskere ligger under 10-procent-percentilen i 2018 relativt til 2012, og flere unge mennesker – mænd som kvinder – ligger under denne grænseværdi. Igen kan man dog hæfte sig ved, at udviklingen ser ud til at have

været langt mere dramatisk for unge mænd end for unge kvinder – ikke mindst idet de unge mænd faktisk ikke skilte sig negativt ud i det første undersøgelsesår, 2012 - selvom flere unge kvinder ligger under grænseværdien. Det kan herudover bemærkes, at de rapporterede niveauer her minder meget om niveauerne fundet i NATSUP (figur 2.1.1), selvom der dog er flere unge kvinder i NFA-undersøgelserne, der ligger over 10-procents-percentilen.

Figur 3.1.4: Andel (%) der ligger under 10-procents-percentilen fra 2012-2018

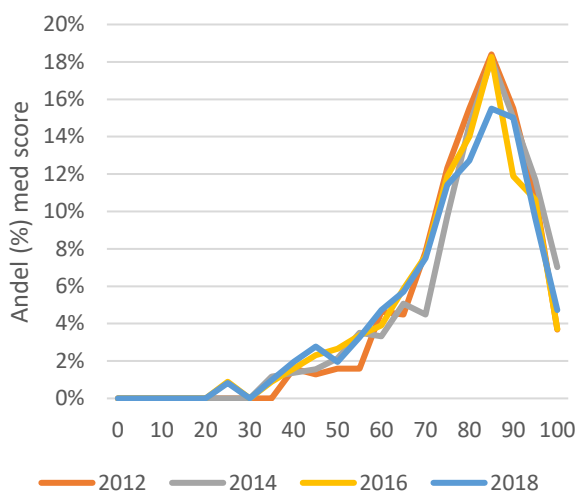


Note: Figureerne er beregnet med udgangspunkt i data fra NFA-undersøgelserne ”Danskernes arbejdsmiljø”. Bemærk, at andelen af respondenter med scoren, for scores som repræsenterer mindre end 5 respondenter, er kodet til 0.

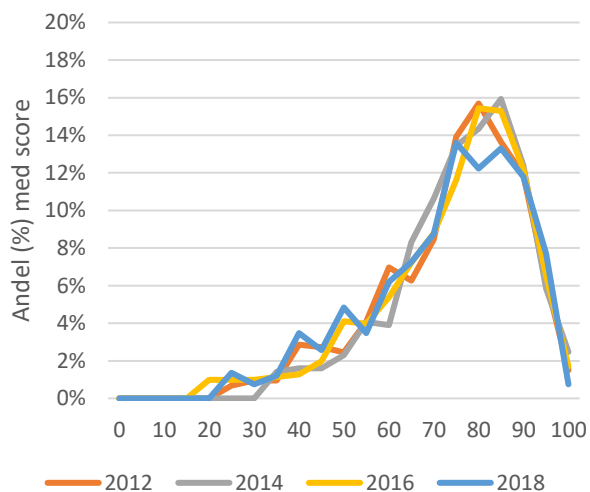
Men selvom det er illustrativt at undersøge, hvor store dele af populationen der ligger over eller under en bestemt grænseværdi, kan denne tilgang dække over både små og store ændringer i de underliggende scores; fx kan den afspejle, at en vis gruppe rykker fra at ligge lige på den ene side af 10-procents-percentilen til at ligge lige på den anden side af denne grænseværdi, den kan afspejle, at hele fordelingen ændrer sig, og den kan afspejle, at en vis gruppe rykker fra meget høje værdier til meget lave værdier. For en mere tilbunds gående forståelse af udviklingen viser figur 3.1.5 derfor fordelingen af scores for hvert undersøgelsesår i nogle af de grupper, hvor vi ser de største ændringer i mental sundhed over tid, nemlig for de unge kvinder og mænd. Af figurene ser man, at gradvist færre respondenter lander på den høje score fra år til år, samtidig med at gradvist flere og flere lander på de lave scores. Hermed er udviklingen tilsyneladende ikke drevet af, at en gruppe rykker fra den ene til den anden side af den definerede grænseværdi, men i stedet af, at hele fordelingen ændrer sig således, at ”puklen” til højre i figuren bliver mindre med tiden.

Figur 3.1.5: Fordelingen af scores på indikatoren for mentalt helbred, 2012-2018

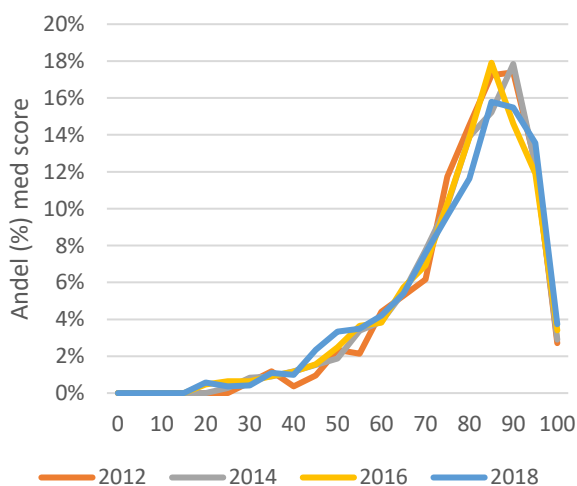
Panel A: Mænd, 16-24 år



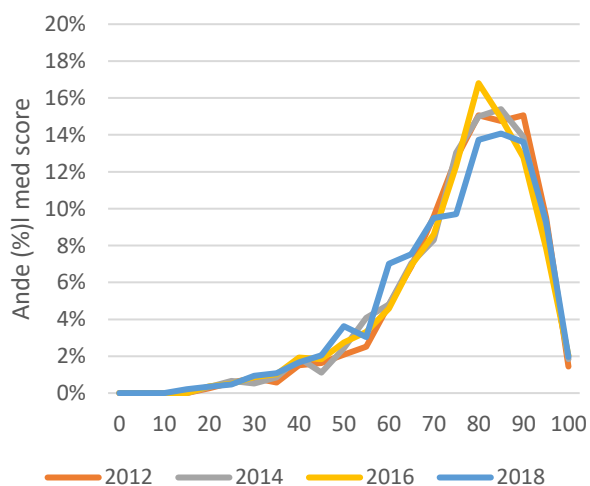
Panel B: Kvinder, 16-24 år



Panel C: Mænd, 25-34 år



Panel D: Kvinder, 25-34 år



Note: Figureerne er beregnet med udgangspunkt i data fra NFA-undersøgelserne ”Danskernes arbejdsmiljø”. Bemærk, at andelen af respondenter med scoren, for scores som repræsenterer mindre end 5 respondenter, er kodet til 0.

Scoren for mentalt helbred er et aggregeret mål baseret på 5 spørgsmål fra spørgsmålsbatteriet SF-36. Det drejer sig om spørgsmålene:

1. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du været meget nervøs
2. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du været så langt nede, at intet kunne opmuntre dig?
3. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du følt dig rolig og afslappet?
4. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du følt dig trist til mode?
5. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du været glad og tilfreds?

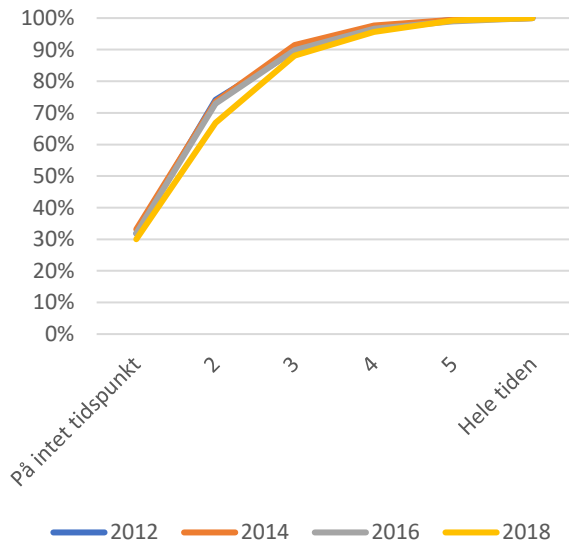
Spørgsmålene besvares på en skala fra 1-6 hvor 1="på intet tidspunkt" og 6="hele tiden". I datasættet fra NFA-undersøgelserne har vi adgang til de første 4 spørgsmål. Vi vil derfor afslutte med at undersøge, om det er ændringer i respondenternes svar på bestemte spørgsmål, som driver udviklingen over tid i scoren for mentalt helbred. Hvis udviklingen er drevet af store ændringer indenfor et område, vil det kunne hjælpe os til en mere præcis karakteristik af de problemer, danskerne oplever i forhold til deres mentale helbred.

Til det formål viser de 8 paneler af figur 3.1.6 de kumulerede svarfordelinger på de 4 tilgængelige spørgsmål for hhv. mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 år. Panelerne giver samlet set lidt forskellige indsigter. For det første kan vi se, at kvinderne i højere grad end mændene oplever de forskellige mentale tilstande – det gælder både de negative og de positive, og således er kvinderne både mere glade og mere nedtrykte. For det andet kan man konstatere, at der ikke er sket de store ændringer over tid i svarfordelingerne. Men for det tredje kan man også konstatere, at i det omfang der sker ændringer over tid, så synes det at ske i gruppen af mandlige respondenter. Det gælder fx andelen, der rapporterer, at de på intet tidspunkt, lidt af tiden, og noget af tiden (svarkategori 1, 2 og 3) har været meget nervøse; for mændene ligger linjen for 2018 godt 7 procentpoint under linje for 2014 for svarkategori 1 (36 pct. vs. 43 pct.), og forskellen mellem 2018 og 2014 i den kumulerede sandsynlighed for at svare 2 eller derunder er på godt 10 procentpoint. Ved den kumulerede sandsynlighed for at svare 4 eller derunder er fordelingerne næsten ens på tværs af årene, og således er ændringerne over tid primært sket hen over disse svarkategorier. Kvindernes svarfordeling på dette spørgsmål er også ændret, men denne ændring er ikke helt så markant som for mændene. Den største forskel finder vi i de kumulerede sandsynligheder for at svare 2 eller derunder, hvor forskellen mellem 2018 og 2012 er på godt 6 procentpoint. I forlængelse heraf kan man også se, at andelen af mænd, som på intet tidspunkt har oplevet at være så langt nede, at intet kunne opmuntre dem, falder over tid, fra ca. 74 procent i 2012 og 2014 til ca. 65 procent i 2018. Igen sker der et tilsvarende, men dog knap så dramatisk fald over tid for kvinderne, hvor andelen, der svarer "På intet tidspunkt" til spørgsmålet, topper i 2014/2016 med ca. 62 procent og falder til 56 procent i 2018. Hermed synes vi altså igen at kunne konstatere, at de unge mænd har oplevet en større forringelse af deres mentale helbred end de unge kvinder i den periode, vi studerer.

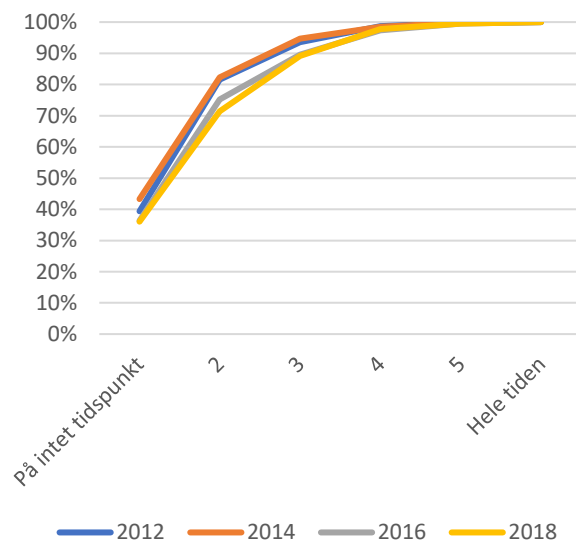
Som en afsluttende bemærkning kan man undre sig over, at konklusionerne for de observationer, vi gør os med udgangspunkt i nedenstående figurer, faktisk ikke peger helt i samme retning som konklusionerne fra de fire paneler i figur 3.1.4 (hvor de unge kvinder så ud til at have oplevet mindst lige dramatisk en udvikling som de unge mænd). Forskellen i de to konklusioner kan dog afspejle ændringer over tid i det 5. spørgsmål, som vi ikke har adgang til i datasættet. Men skal man koble indsigterne fra figur 3.1.4 og figur 3.1.6, ser det således ud som om, at udviklingen i mentalt helbred er drevet af, at flere føler sig nervøse, og flere føler sig langt nede.

Figur 3.1.6: Kumulerede svarfordelinger på 4 af de 5 spørgsmål anvendt i indikatoren for mentalt helbred, 2012-2018

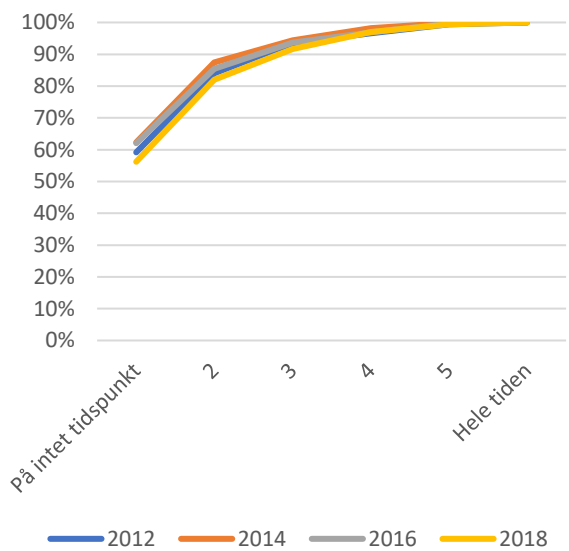
Panel A: Meget nervøs, kvinder



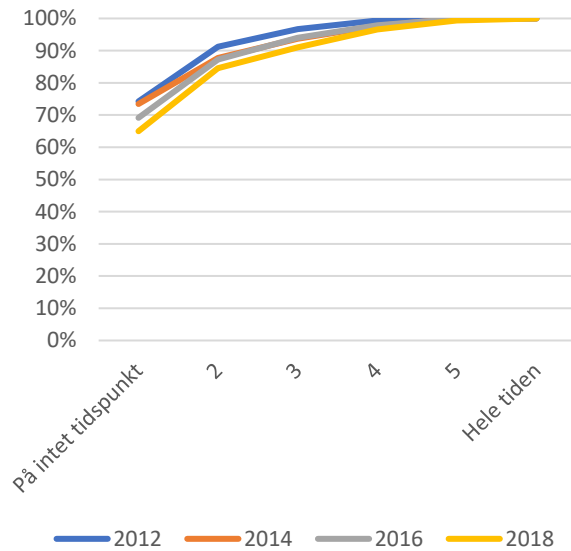
Panel B: Meget nervøs, mænd



Panel C: Langt nede, kvinder

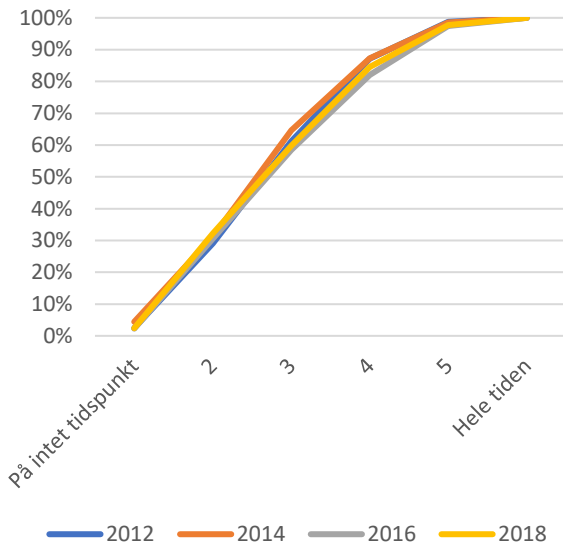


Panel D: Langt nede, mænd

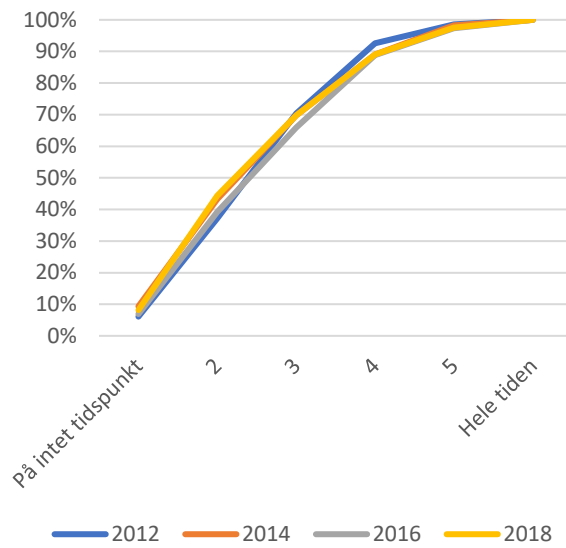




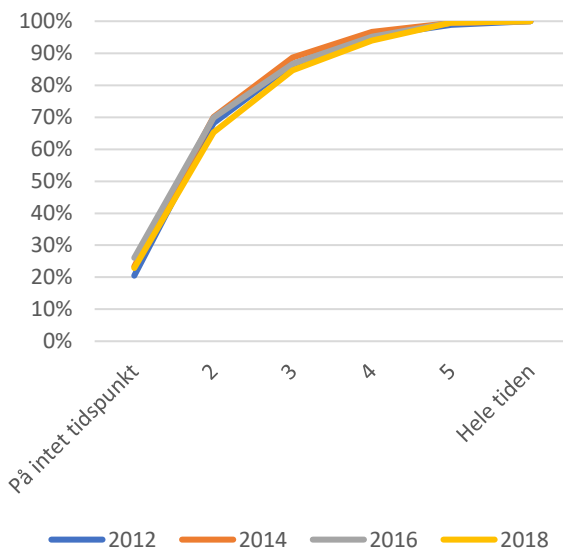
Panel E: Rolig og afslappet, kvinder



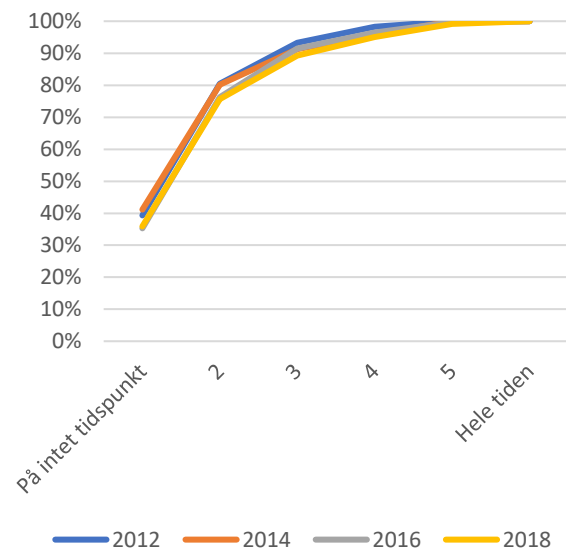
Panel F: Rolig og afslappet, mænd



Panel G: Trist til mode, kvinder



Panel H: Trist til mode, mænd



### 3.1.4. Stress

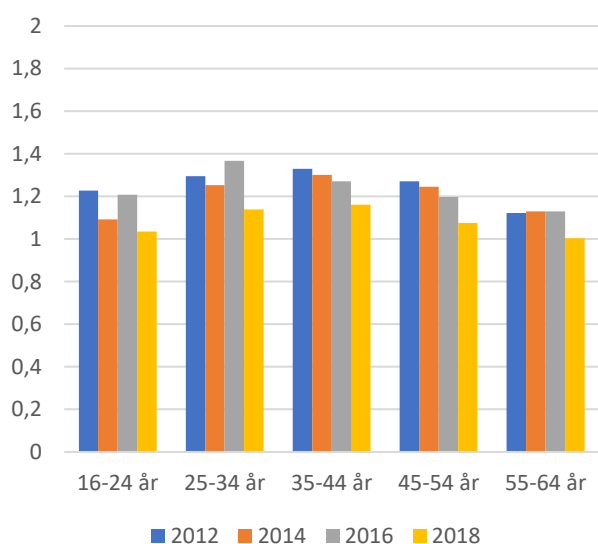
Stress måles ved et spørgsmål om, hvor ofte man har følt sig stresset inden for de seneste to uger.

Respondenternes gennemsnitlige stressscore faldet en smule fra 1,4 til 1,2. Som illustreret i de to paneler af figur 3.1.7 går denne faldende tendens igen, når vi bryder udviklingen ned på køn og alder: Overordnet set falder omfanget af stress i alle aldersgrupper for både mænd og kvinder – selvom 2016 ser ud til at være en

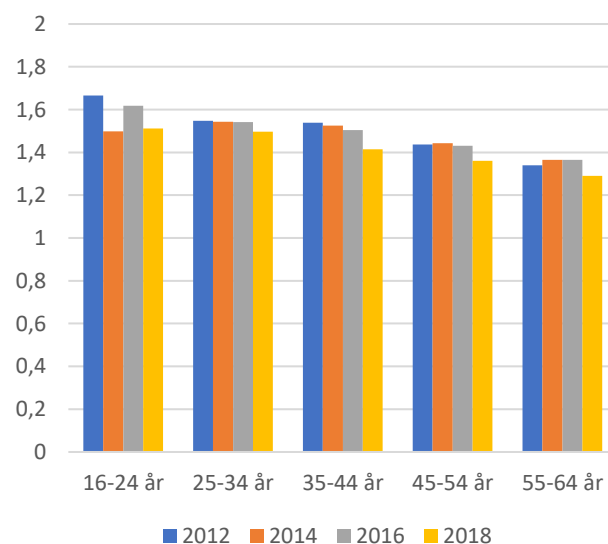
outlier for de yngre mænd (16-24 år og 25-34 år), og de helt unge kvinder (16-24 år). Denne udvikling går således imod udviklingerne på de øvrige parametre for mental sundhed, og for nogle af de stresstendenser der er afrapporteret i andre undersøgelser (Bonke og Christensen 2018; Lichtenberg 2018), idet man baseret på denne indikator ville konkludere, at befolkningens mentale sundhed er forbedret over den periode, vi studerer. Bemærk samtidig, at konklusionen her er en anden, end den vi drager baseret på stressscoren fra NATSUP – hvor vi så en stigende forekomst af stress mellem 2013 og 2017. Idet der anvendes to forskellige stressindikatorer i de to undersøgelser, og to forskellige respondentgrupper er der dog forskellige kilder til de modsatte konklusioner.

Figur 3.1.7: Gennemsnitlig stressscore, 2012-2018, fordelt på køn og alder

Panel A: Mænd



Panel B: Kvinder



Resultaterne er baseret på egne beregninger baseret på tal fra NFA's arbejdsmiljøundersøgelse. I bilagsfigur B3.1.4 findes en sammenlignelig figur konstrueret med udgangspunkt i data fra [www.arbejdsmiljodata.nfa.dk](http://www.arbejdsmiljodata.nfa.dk)

### 3.2. Opsummerende om resultaterne fra NFA

Overordnet set viser undersøgelserne om danskernes arbejdsmiljø ikke de store ændringer i lønmodtagernes mentale sundhed over de seneste knap 10 år – der er en svag tendens til dårligere mentalt helbred, men omvendt er forekomsten af angst stabil, mens omfanget af stress synes at være dalende. Når vi bryder resultaterne ned på køn og alder, genfinder vi dog i store træk resultaterne fra den nationale sundhedsprofil, der viser, at de unge kvinder og mænd har oplevet en forværring af deres mentale sundhed i løbet af den periode, vi studerer. Det gælder både med hensyn til det oplevede antal angstsymptomer, omfanget af symptomer på depression og deres mentale helbred som operationaliseret ved brug af SF-36 batteriet. Denne

udvikling ser ud til fx at være drevet af en større andel af unge, som føler sig nervøse og ”langt nede”. Det er dog samtidig tydeligt, at udviklingen kan præsenteres mere eller mindre dramatisk, alt efter hvordan indikatorerne kodes, og i den sammenhæng giver brugen af 10-procents-percentilen som grænseværdi for dårligt mentalt helbred særligt dramatiske resultater, som ikke nødvendigvis afspejler samme voldsomme udvikling i de underliggende fordelinger. I sammenhæng med disse resultater er det dog samtidig interessant, at respondenternes stressscore falder over observationsperioden, idet det er nærliggende at tro, at stress og dårligt mentalt helbred er nært sammenhængende. Disse resultater angående respondenternes stressniveau stemmer ikke overens med resultaterne vedrørende stress fundet i NATSUP, hvilket kan skyldes forskelle i de anvendte indikatorer og forskelle i undersøgelsespopulationerne.

## Kapitel 4: Udvikling i medicinforbruget

I dette kapitel undersøges udviklingen i forbruget af forskellige typer af receptpligtig medicin, der anvendes til behandling af mentale helbredsproblemer blandt børn, unge og voksne. Kapitlet giver dermed et supplerende indblik i hvordan det mentale helbred, her i form at udviklingen i medicinforbrug, har ændret sig de seneste 20 år. Kapitlet tager udgangspunkt i de data, der kan trækkes fra Sundhedsdatastyrelsens statistik over forbruget af bestemte medicintyper på <https://medstat.dk/>. Der er i analysen trukket data, der afspejler andelen af personer ud af 1.000 personer, som har indløst mindst en recept (personhenførbart salg) af de undersøgte medicintyper. Data viser andele for hvert år. En person kan således godt have indløst recept på flere medicintyper, ligesom han/hun kan have indløst mere end en recept inden for hver medicintype. Vi har undersøgt følgende typer af medicin:

- 1) Antidepressiva((ATC) gruppe N06A, bortset fra duloxetin (N06AX21) i styrken 20 mg og 40 mg og bupropion (N06AX12))
- 2) Antipsykotika (ATC gruppe N05A, bortset fra lithium (N05AN01))
- 3) ADHD-medicin (ATC koderne C02AC02, N06BA02 N06BA04, N06BA09 og N06BA12)
- 4) Medicin der tages mod angst (ATC kode N05B)
- 5) Medicin der tages mod søvnløshed (ATC koderne N05CD, N05CF og N05CH)

I de følgende afsnit rapporteres udviklingen i andelene af børn og unge mellem 0-17 år og 18-24 år og blandt den ældre del af befolkningen mellem 25-44 år, 45-64 år, 65-79 år og 80+ år, der har indløst recept på de forskellige medicintyper. Vi vil, hvor det er muligt, supplere afrapporteringen med resultater fra artikler, rapporter mv., der har undersøgt udviklingen i forbruget af medicintyperne. Analyserne er opdelt på køn.

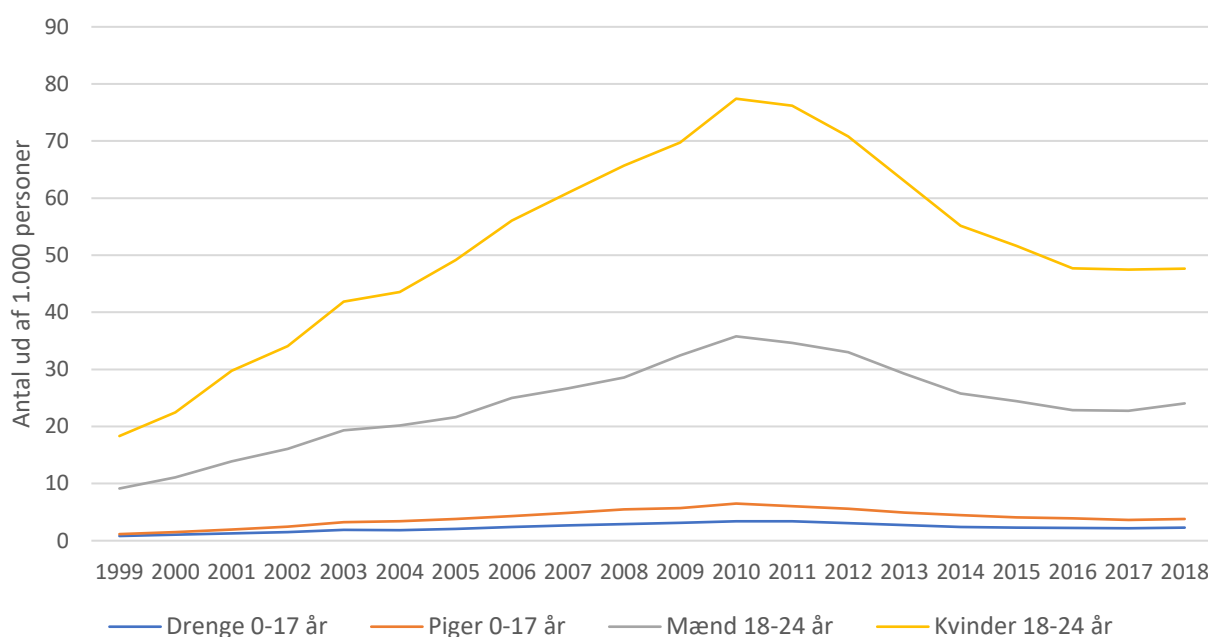
### 4.1. Antidepressiva

I analysen af udviklingen i forbruget af antidepressiva over tid opgøres det samlede forbrug. Konkret er der tale om medicin (ATC) gruppe N06A, bortset fra duloxetin (N06AX21) i styrken 20 mg og 40 mg og bupropion (N06AX12). I Figur 4.1.1 vises andelen (per 1.000) af børn og unge mellem 0-17 år og 18-24 år, der har indløst mindst en recept på antidepressiva. Det skal bemærkes, at disse stoffer ikke kun anvendes til behandling af depression, men også bruges til behandling af angst, tvangsfænomener (OCD) og for nogle stoffers vedkommende (TCA) også ved smerter.

Siden 1999 er andelen af børn og unge i alderen 0-17 år ud af 1000, der har indløst recept, steget fra 0,8 (dreng) og 1,2 (piger) frem mod 2010-2011. I 2010-11 topper andelen for begge grupper (3,4 drenge og 6,5 piger) og falder efterfølgende frem mod 2017-2018, hvor andelen for drenge og piger ender på 2,3 og 3,8 pr. 1.000 personer. Et identisk mønster ses i udviklingen af andelen af unge mænd og kvinder i alderen 18-24 år. I 1999 er andelen af unge mænd 9,1 personer, mens andelen er 18,3 personer for de unge kvinder. I 2010-11 er andelen for de unge mænd og kvinder steget til 35,8 og 77,4 personer og falder til henholdsvis 24,0

personer og 44,7 personer i 2018. Den procentvise ændring er størst blandt unge piger (0-17 år). I 2010 er der omtrent 6,5 gange flere unge piger i behandling med antidepressiva i forhold til i 1999. For drenge i samme aldersgruppe er der 4,5 gange flere. Figur 4.1.1 peger på, at den relative forskel i andelen af drenge/unge mænd og piger/kvinder er steget henimod 2010/11, hvorefter den falder igen. For den yngste aldersgruppe har relativt flere piger end drenge indløst en recept på antidepressiva i 2018 sammenlignet med 1999.

Figur 4.1.1: Udviklingen i forbruget af antidepressiva for børn og unge i alderen 0-17 år og 18-24 år. Antal ud af 1.000 personer som har indløst mindst en recept (personhenførbart salg)

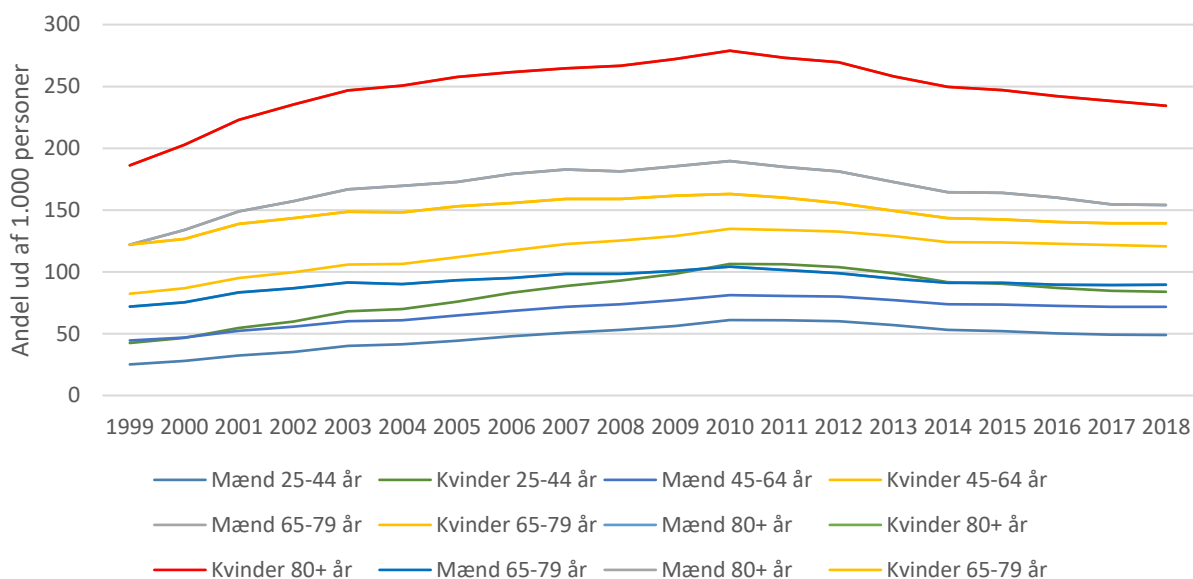


Kilde: Egne beregninger baseret på data fra [www.medstat.dk](http://www.medstat.dk)

For de ældre aldersgrupper er resultaterne for mænd og kvinder vist i Figur 4.1.2. Udviklingen i forbruget af antidepressiva følger det samme mønster som for aldersgrupperne 0-17 år og 18-24 år, om end udsvingene er mindre. Andelen af kvinder i alderen 25-44 år, 45-64 år, 65-79 år og 80+ år, der indløser recept på antidepressiva, er generelt større end andelen blandt mænd. I 1999 var andelen i alderen 25-44 år 25 personer for mænd og 42 personer for kvinder. I aldersgrupperne 45-64 år, 65-79 år og 80+ år er de respektive andele for mænd 45, 72 og 122 personer, mens de er 82, 122 og 186 personer for kvinder. For begge køn stiger andelen jævnt frem mod 2010, hvor de toppe i den undersøgte periode. I 2010 er mændenes andelen for de fire aldersgrupper henholdsvis 61, 81, 104 og 190 personer i 2010. For kvinder er andelen for de fire aldersgrupper henholdsvis 106, 135, 163 og 279 personer. I 2018 er andelen for mænd i aldersgrupperne 25-44 år, 45-64 år, 65-79 år og 80+ år faldet til henholdsvis 49, 72, 90 og 154 personer, mens det for kvinder i de samme aldersgrupper er faldet til 84, 121, 139 og 234 personer. Til trods for at

andelen af personer, der indløser en recept i perioden 2011 til 2018, er faldet, er der dog stadig tale om en stigning i forhold til 1999. Dette er især gældende for aldersgrupperne 25-44 år og 45-64 år, hvor stigningerne er henholdsvis 95-98 procent og 47-61 procent. I aldersgrupperne 65-79 år og 80+ år er stigningerne 14-25 procent og 26 procent.

Figur 4.1.2: Udviklingen i forbruget af antidepressiva for personer i alderen 25-44, 45-64, 65-79 og 80+ år. Antal ud af 1.000 personer, som har indløst mindst en recept (personhenførbart salg).



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra [www.medstat.dk](http://www.medstat.dk)

Udviklingen i andelen af unge i behandling med antidepressiva (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors-SSRI) er afrapporteret i flere studier så som Pottegård mfl. (2014), Bachman mfl. (2016), Skovlund mfl. (2017) og Pagsberg og Thomsens (2017) opsummering i Ugeskrift for Læger i 2017. De to første studier bruger individdata og undersøger udviklingen i andele i mere snævre aldersintervaller, end vi har haft mulighed for her. Skovlund mfl. (2017) fokuserer på forskellene mellem unge drenge og piger og finder sammenfaldende resultater. Pottegaard mfl. (2014) viser, at store dele af stigningen i forbruget skyldes, at en markant større andel af unge i alderen 12-17 år kommer i behandling med antidepressiva. Bachman mfl. (2016) finder en stor stigning blandt de 15-19 årige. Studierne diskuterer, at det ikke med sikkerhed kan siges, om stigningen skyldes en øget andel af unge med objektive behov for behandling, øget diagnose intensitet eller en mere aggressiv behandlingsaktivitet med antidepressiva. Bachman mfl. (2016) skriver efterfølgende, at stigningen frem mod 2010 faktisk er overraskende, da FDA (US Food and Drug Administration) i 2004, MHRA (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency) i Storbritannien og EMA (European Medicines Agency) i 2005 advarede mod behandlingen af børn og unge med antidepressiva af typen SSRI. Pagsberg og

Thomsen (2017) kæder det tidsmæssige senere fald i forbruget af antidepressiva blandt børn og unge mellem 0-17 år med, at de nævnte anbefalinger og advarsler fra FDA og EMA først for alvor får effekt i Danmark efter 2012. Dette hænger sandsynligvis sammen med, at Sundhedsstyrelsen i 2011 indskærpede, at behandling med antidepressiv medicin hos børn og unge kun måtte startes efter en vurdering af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri (Sundhedsstyrelsen, 2011). Medmindre disse advarsler også har øget opmærksomheden på behandlingen af unge mellem 18 og 24 år, hvor medicinen ikke gives "off-label"<sup>7</sup>, kan det dog ikke forklare, hvorfor vi også ser et stort fald blandt de 18-24-årige. En forklaring af faldet fra 2011 til 2018 tilskriver Andersen (2018), at der er færre nye brugere af antidepressiva, hvilket også stemmer overens med Sundhedsstyrelsens indskærpelse i 2011. I forhold til 18-24 årige så er det først i 2014, at Sundhedsstyrelsen specificerer, at start af behandling med antidepressive lægemidler hos unge voksne under 25 år med depression er en opgave for speciallæger i psykiatri (Retsinformation, 2014). En opgørelse fra Sundhedsdatastyrelsen (2017) viser også, at antallet af personer, der indløser recept på antidepressiva første gang falder markant efter 2010. Endelig skal faldet omkring 2010-12 også ses i forhold til den øgede politiske, lægefaglige såvel som mediemæssige bevågenhed på det store forbrug i perioden. Denne bevågenhed førte blandt andet til en diskussion af, om lægerne var for hurtige til at udskrive recepter, og om effekterne for alle patientgrupper stod mål med bivirkningerne.

## 4.2. Antipsykotika

I dette afsnit undersøges udviklingen i forbruget af antipsykotikamedicin. Der er specifikt tale om ATC kode N05A, eksklusiv Lithium (N05AN01). Analyserne opdeles på børn og unge i aldersgrupperne 0-17 år og 18-25 år i Figur 4.2.1 og sammenlignes efterfølgende med de ældre aldersgrupper i Figur 4.2.2 (25-44 år, 45-64 år, 65-79 år og 80+ år).

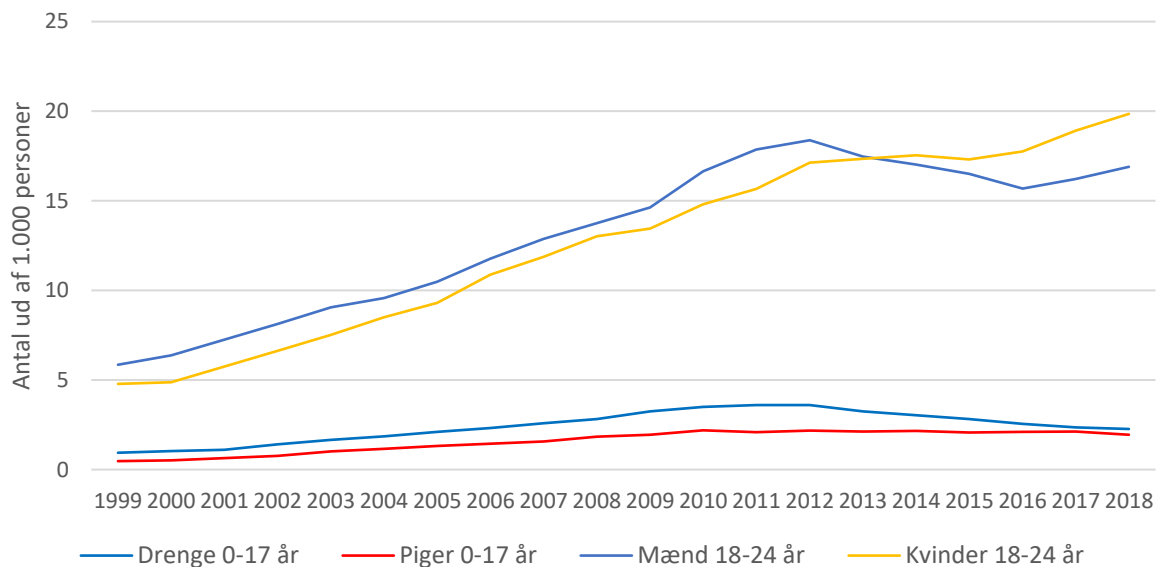
Blandt de yngste er andelene, der har indløst mindst en recept for antipsykotikamedicin, steget for både drenge og piger. Der er dog tale om ændringer i meget små andele. I 1999 indløste knap 0,5 piger og 1 dreng per 1.000 personer en recept. Det stiger til ca. 3,5 personer for drengene og ca. 2 personer for pigerne i 2010-2012. Fra 2012 falder andelen af drenge, der er i behandling med antipsykotika til lidt mere end 2 drenge, mens andelen for piger er relativt stabil fra 2010 og frem mod 2018. Andelen af unge kvinder og mænd i alderen 18-24 år, der er i behandling i 1999, er henholdsvis knap 5 og 6 personer. Fra 1999 og frem til 2012 stiger udviklingen parallelt for de to køn. I 2012 udgør mændenes andel ca. 18 personer og kvindernes ca. 17 personer. Fra 2012 er der en svag stigning blandt kvinderne særligt de sidste år henimod 2018, hvor andelen i behandling er knap 20 personer. Mændenes andel synes at ligge stabilt i perioden. Denne udvikling afspejles også i den procentvise udvikling frem til 2011, der er nogenlunde ens for kvinder (228 procent) og mænd (205 procent). Efter 2012 er udviklingen blandt kvinderne dog markant stigende i forhold til mændene. For

---

<sup>7</sup> "off-label" betyder at man administrerer medicinen anderledes end til de formål, den er godkendt til.

kvinder stiger andelen, der er i behandling med antipsykotikamedicin med 315 procent fra 1999 til 2018, mens der for mændene ”kun” er tale om en stigning på 185 procent. Den procentvise forskel er både en funktion af den stigende tendens i andelen i perioden 2012-2018 og det lavere udgangspunkt hos kvinder i 1999.

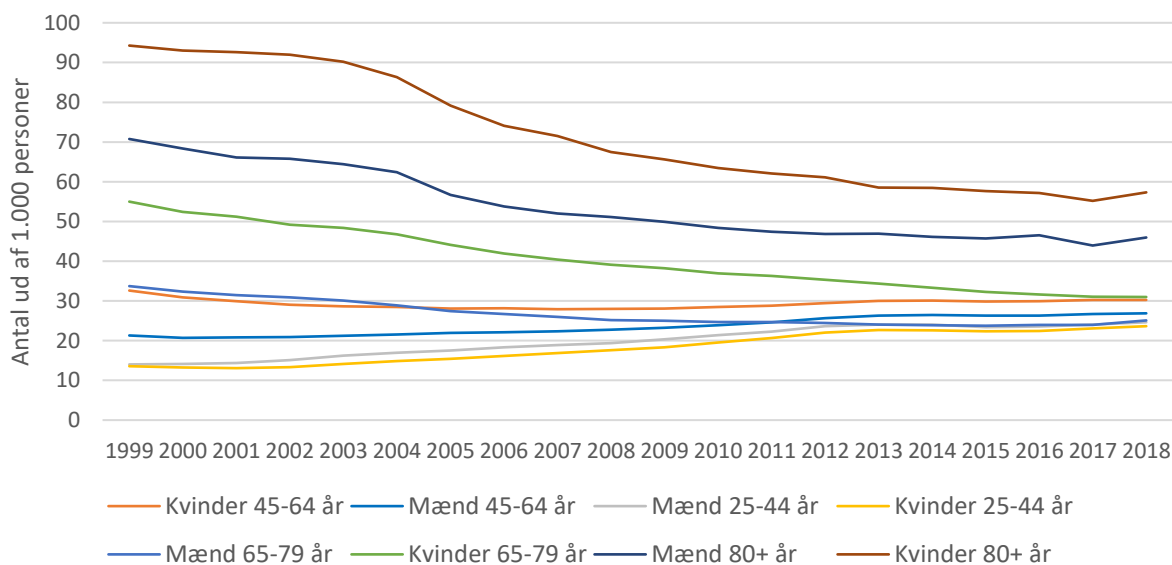
Figur 4.2.1: Udviklingen i forbruget af antipsykotika (N05A) for personer i alderen 0-17 og 18-24 år. Antal ud af 1.000 personer som har indløst mindst en recept (personhenførbart salg).



Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra [www.medstat.dk](http://www.medstat.dk)



Figur 4.2.2: Udviklingen i forbruget af antipsykotika (N05A) for personer i alderen 25-44, 45-64, 65-79 og 80+ år. Antal ud af 1.000 personer som har indløst mindst en recept (personhenførbart salg).



Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra [www.medstat.dk](http://www.medstat.dk)

I figur 4.2.2 stiger andelen af personer i alderen 25-44 år, der tager antipsykotikamedicin. Den procentvise udvikling er ikke lige så dramatisk, som vi så det for de 17-24-årige. For mænd stiger andelen fra 14 personer (ud af 1000 personer) i 1999 til 25 personer i 2018, men stigningen synes at stagnere omkring 2013-14. I forhold til 1999 er andelen af mænd i alderen 25-44 år, der indløser recept på antipsykotisk medicin, steget med 76 procent. For kvinder er der sket en stigning fra 14 personer i 1999 til 24 personer ud af 1.000 i 2018. Det svarer til en stigning på 74 procent. For kvinder er stigningen umiddelbart mere jævn i perioden.

For personer mellem 45-64 år er andelen rimelig stabile hen over årene. I 1999 er andelen af mænd og kvinder, der har indløst recept på 21 og 33 personer. Dette stiger til ca. 27 personer for mændene i 2018, svarende til en stigning på 26 procent. Andelen af kvinder falder til 28 personer i 2007, hvorefter andelen stiger langsomt og ender på 30 personer i 2018. Samlet set er der for kvinderne tale om et fald på ca. 7 procent. Igen skal man være opmærksom på, at andelen i referenceåret for de to aldersgrupper er højere end for børn og unge i alderen 0-17 og 18-24 år.

I gruppen af 65-79-årige og 80+-årige falder andelen, der indløser recept på antipsykotika. For de 65-79-årige er faldet relativt jævnt. I 1999 er der en andel på 34 ud af 1.000 personer, der indløser recept – det falder til 25 personer i 2018 – svarende til et fald på 26 procent. For kvinder er ændringen i andelen mere markante. I 1999 er andelen på 55 ud af 1.000 personer, mens den er faldet til 31 personer i 2018, svarende til et fald på 44 procent. For den ældste aldersgruppe er faldet ikke helt så jævnt. I perioden 2004 til 2006 falder andelen af mænd og kvinder markant. I 1999 er andelen for mænd og kvinder henholdsvis 71 og 94

personer, falder til 62 og 86 personer i 2004 og tager så et dyk til 54 og 74 personer i 2006. Derefter er faldet mere jævnt, og i 2018 er andelen for mænd og kvinder 46 og 57 personer. Det svarer til et fald fra 1999 til 2018 på henholdsvis 35 og 39 procent.

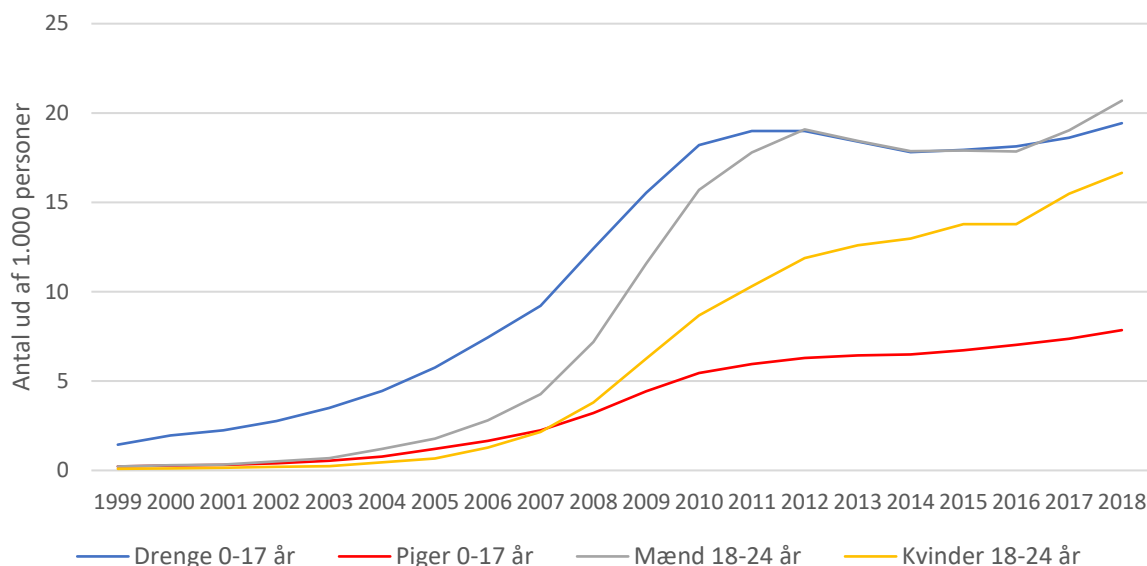
Udviklingen i behandlingen af børn og unge med antipsykotika har været undersøgt detaljeret i Kaguelidou mfl. (2020) og Kalverdijk mfl. (2017) på dansk registerdata. Det første studie ser på perioden 2001-2008, mens sidstnævnte undersøger perioden 2005-2012. I Kaguelidou mfl. (2020) er andelen af unge, som behandles med antipsykotika, størst for de ældste aldersgrupper (10-14 år og 15-18 år), men studiet undersøger ikke udviklingen over tid for de forskellige aldersgrupper. Det gør Kalverdijk mfl. (2017). De undersøger aldersgrupper 0-4 år, 5-9 år, 10-14 år og 15-19 år. De finder, at stigningen i behandlingen med antipsykotika er særlig stor i aldersgrupperne 10-14 og 15-19 år. I artiklen sammenlignes behandlingen af børn og unge i Danmark med behandlingen i Tyskland, Holland, United Kingdom og USA. Bortset fra USA som har et fald i behandlingen med antidepressiva, stiger forbruget i de andre lande i perioden 2005-2012. Disse forskelle forklares blandt andet med forskelle i politikker imellem landene, forskelle i lægers og psykiaters holdning til brug af antipsykotika til behandling af børn og unge, behandlingstid og forskelle i det mentale sundhedssystemes evne til at behandle børn og unge tidligt. Endelig noteres det, at faldet i de amerikanske data nok også kan forklares ved en grundigere tilgang til at dokumentere bivirkninger ved behandling af børn og unge med antipsykotika. Den særlig store stigning og det store forbrug i aldersgruppen 15-19 år forklares med, at det er en aldersgruppe, hvor adfærdsproblemer topper og mentale/psykologiske lidelser bliver særlig tydelige, og som vi vil komme tilbage til, afspejler udviklingen blandt de 18-24-årige piger en tilsvarende udvikling i antallet af unge kvinder i behandling for psykose i psykiatrien. Forbruget af antipsykotika i årene 2005-2016 afrapporteres også i Pagsberg og Thomsen (2017). Faldet blandt de ældste borgere kan delvis forklares ved, at det er blevet et fokusområde at reducere brugen af antipsykotika blandt ældre personer generelt (Sundhedsstyrelsen, 2005) og specifikt blandt personer med demens, hvor et studie allerede i 2007 fandt en øget dødelighed ved brug af antipsykotika blandt personer med demens (Gill et al., 2007). Op imod 20 procent af alle med demens får antipsykotika som led i deres behandling (Tan et al., 2018). Faldet i andelen af ældre, der indløser recept på antipsykotika, er med til at understrege den umiddelbares negative (flere unge indløser recept) udvikling blandt unge.

### **4.3. ADHD-medicin**

Andelen af befolkningen, som har indløst en recept på ADHD-medicin (ATC koderne C02AC02, N06BA02, N06BA04, N06BA09 og N06BA12), har været generelt stigende siden 1999 og især fra 2005-2006. For gruppen af børn og unge mellem 0-17 år og 18-24 år viser Figur 4.3.1, at især andelen af drenge, som får medicinen, er steget kraftigt fra 1,44 drenge i 1999 pr. 1.000 personer til 19,4 drenge i 2018. Figuren viser også, at andelen af piger, der modtager denne type medicin, er steget. I 1999 og 2018 er andelen 0,2 piger

og knap 8 piger. Da udgangspunktet i 1999 er relativ små andele, er de procentvise stigninger meget store (>1.000 procent for drenge og næsten 3.000 procent for piger)

Figur 4.3.1: Udviklingen i forbruget af ADHD-medicin for børn og unge i alderen 0-17 og 18-24 år. Antal ud af 1.000 personer som har indløst mindst en recept (personhenførbart salg).

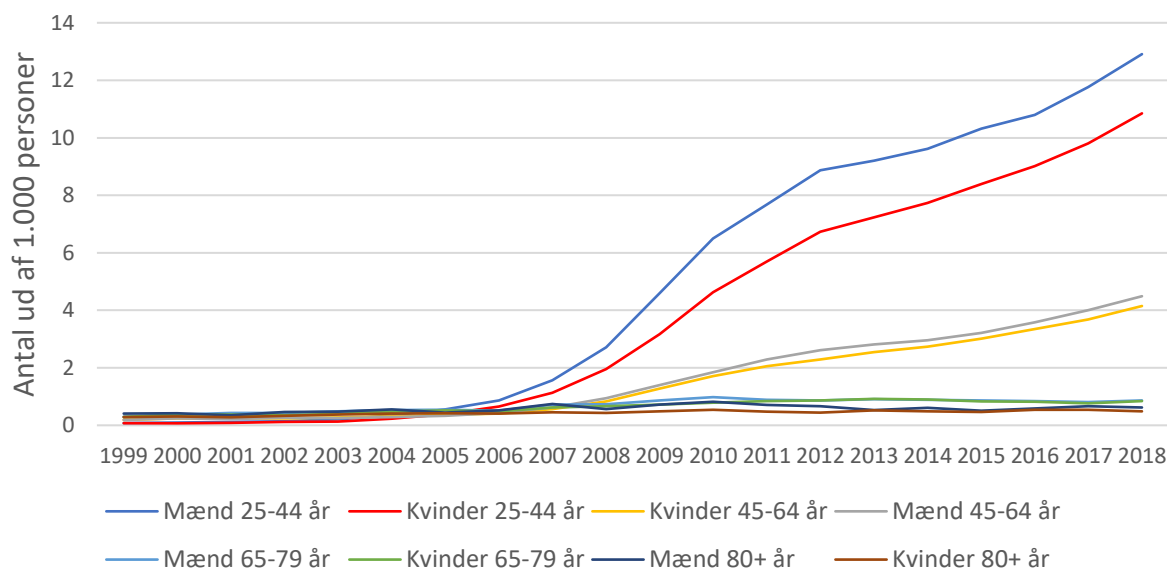


Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra [www.medstat.dk](http://www.medstat.dk)

Udviklingen for gruppen af unge mellem 18 og 24 år synes at være meget lig udviklingen blandt den yngste aldersgruppe. I 1999 er der få mænd og kvinder i behandling med ADHD-medicin. Konkret var kun 0,22 mænd og 0,09 kvinder ud af 1.000 personer i behandling. Disse andele stiger langsomt henimod 2005-2006, hvorefter andelen stiger markant. Udviklingen flader lidt ud for mænd efter 2012, mens kvindernes andele stiger lidt frem mod 2018. I 2018 er andelen af mænd i behandling knap 21 personer, mens den er knap 17 for kvinder. Igen på grund af de meget små andele i 1999 er de procentvise stigninger for de to grupper meget store (>9.000 procent for mænd og >18.000 procent for kvinder). Selvom vi rykker referencetidspunktet længere frem i tid så som midt 00'erne, hvor der kommer nye typer af medicin på markedet, er der stadig tale om en mangedobling for forbruget.

Til sammenligning vises udviklingen i behandlingen med ADHD-medicin for aldersgrupperne 25-44 år, 45-64 år, 65-79 år og 80+ år i Figur 4.3.2.

Figur 4.3.2: Udviklingen i forbruget af ADHD-medicin for personer i alderen 25-44, 45-64, 65-79 og 80+ år. Antal ud af 1.000 personer som har indløst mindst en recept (personhenførbart salg).



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra [www.medstat.dk](http://www.medstat.dk)

Blandt de 25-44 og 45-64-årige ses en stigning i andelene, der indløser en recept på ADHD-medicin. Stigningen er særlig stor blandt de 25-44-årige efter 2005, hvor visse typer ADHD-medicin godkendes til voksne, og udviklingen tager for alvor fat efter 2007. For mænd i 25-44-års alderen er andelene henholdsvis ca. 0,6 og 1,6 personer pr. 1.000 i 2005 og 2007, mens andelene for kvinder er 0,4 og 1,1 personer. Andelene stiger til 12,9 personer for mænd og 10,9 personer for kvinder i 2018. I forhold til 1999 svarer det til en udvikling på mere end 10.000 procent. Selv hvis vi sætter basisåret til 2005, hvor visse typer af ADHD-medicin blev godkendt til voksne (Karlstad et al., 2016), er der tale om mere end en 20-dobling i andelen af voksne i alderen 25-44-årige, der indløser recept på ADHD-medicin. Andelene og deres udvikling følger samme mønster for de 45-64-årige mænd og kvinder, om end andelene er markant mindre. Desuden er forskellen i andele mellem mænd og kvinder markant mindre end for de yngre aldersgrupper. I 1999 var andelen af mænd og kvinder under 0,2 personer ud af 1.000 personer. I 2005 er andelene stadig meget små, 0,3-0,4 personer ud 1.000. I 2007 er andelene steget til ca. 0,6 personer for både mænd og kvinder og stiger frem mod 2018 til 4,5 og 4,1 personer. Bruges 1999 som basisår er der tale om en stigning på mere end 2.000 procent, hvilket dog falder til mellem 1.000-1.200 procent, hvis basisåret ændres til 2005. I de to ældste (64-79 år og 80+ år) aldersgrupper stiger andelene af ældre, der indløser recept for ADHD-medicin, men stigningerne er mindre og andelene er små. Igen er forskellen mellem mænd og kvinder små. For aldersgruppen 65-79-årige er andelen af både mænd og kvinder på 0,3 personer i 1999. For mændene stiger andelen frem til 2010, hvor den topper med en andel på 1, hvorefter andelen går lidt op og ned og ender på 0,9 i 2018. Det svarer til en stigning på 190 procent fra 1999 til 2018. For kvinder stiger andelen nogenlunde

jævnt fra 0,8 i 1999 til 0,9 i 2013, hvorefter andelen går lidt op og ned og ender på 0,8 i 2018. Det svarer til en stigning på 190 procent. I den ældste aldersgruppe er ændringerne mindre markante. I 1999 er andelen af mænd og kvinder, der indløser en recept på henholdsvis 0,4 og 0,2 personer. Andelene stiger til 0,4 i 2005 og henholdsvis 0,6 og 0,5 i 2018. I forhold til 1999 svarer det til en stigning på 51 og 69 procent.

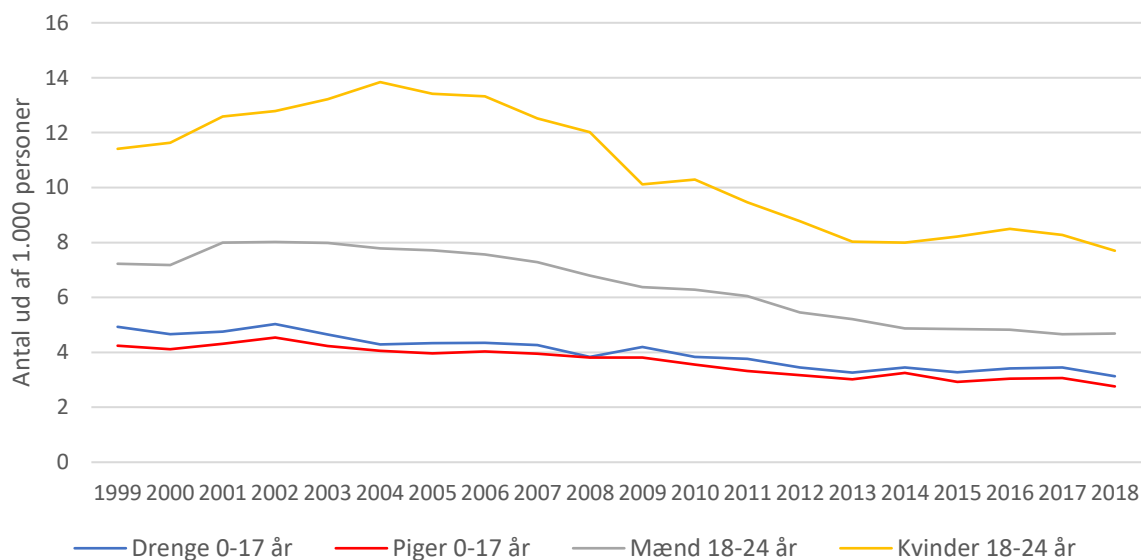
De store ændringer blandt børn og unge fra 1999 og til 2011 er også afrapporteret i Pottegaard mfl. (2012). Studiet bryder aldersgrupperne endnu mere op, end vi har gjort det i figur 4.3.1. Resultaterne peger på, at det især er drenge i alderen 6-12 år og 13-17 år, som kommer i behandling med ADHD-medicin. Hos pigerne/kvinderne er det især piger i alderen 6-12 år, 13-17 år og 18-24 år, som i højere grad kommer i behandling. Stigningen af børn og unge, der kommer i behandling, skal naturligvis også ses i det perspektiv, at flere af de anvendte medicintyper først er kommet på markedet start midt 00'erne som supplement til Ritalin, som var det første produkt på markedet (Sundhedsdatastyrelsen, 2010).

Karlstad mfl. (2016) vurderer, at den store stigning i andelen af unge, der er 18 år eller ældre, blandt andet kan forklares ved godkendelse af brugen af visse typer af ADHD til voksne i 2005 og i 2011. Udviklingen i andelen af personer i aldersgruppen 25+ år i behandling med ADHD-medicin har også været belyst i Pottegaard mfl. (2012) og Karlstad mfl. (2016). Selvom studierne har adgang til registerdata, og de derfor kan gennemføre analyserne på mere snævre aldersgrupper, ændrer deres konklusioner ikke det overordnede billede af, at andelen af personer i behandling med ADHD-medicin stiger. Stigningen blandt de ældre (25 år+) vurderes som i nævnt i Karlstad mfl. (2016) blandt at kunne forklares ved godkendelse af brugen af visse typer af ADHD til voksne i 2005 og 2011.

#### **4.4. Angstmedicin**

Udviklingen i forbruget af medicin til behandling af angst (benzodiazepiner og beslægtede stoffer ATC kode: NO5B) på tværs af de forskellige aldersgrupper er vist i Figur 4.4.1 og 4.4.2. Uafhængigt af aldersgrupperne viser figurene et generelt fald i andelen af befolkningen, der behandles med angstmedicin fra 1999 og til 2018. I aldersgruppen 0-17 år falder andelen med 31-34 procent. For kvinder mellem 18-24 år stiger andelen fra knap 1 kvinde i 1999 og til knap 14 kvinder i 2004, hvorefter andelen falder igen. Samlet over hele perioden falder andelen, der indløser recept med 33 procent og 28 procent for mænd og kvinder. Det er interessant, hvor andelene mellem drenge og piger er mere eller mindre ens i aldersgruppen 0-17 år, så er andelen blandt piger/kvinder større for alle de ældre aldersgrupper.

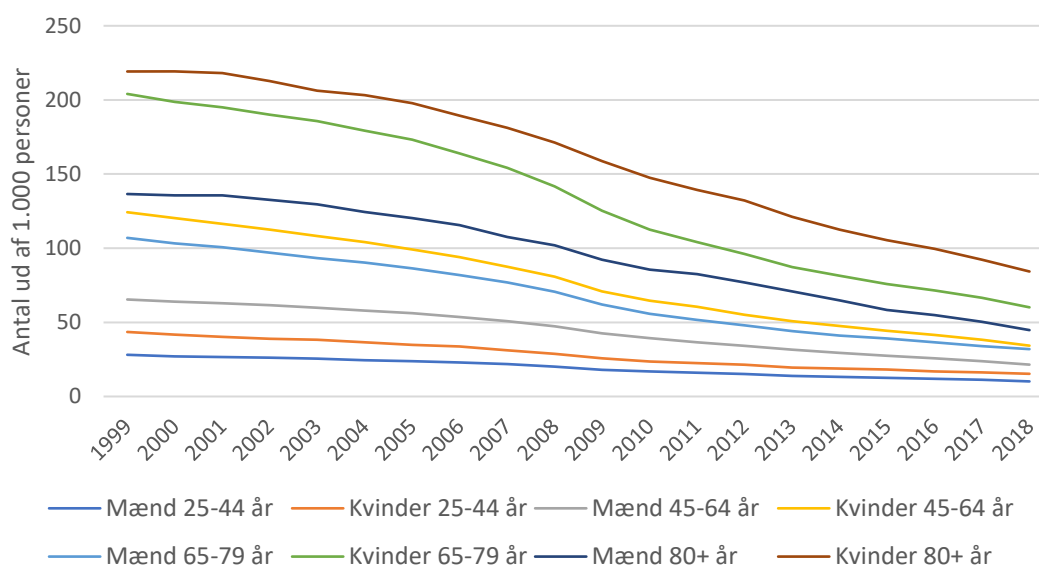
Figur 4.4.1: Udviklingen i forbruget af angst (NO5B) medicin for personer i alderen 0-17 og 18-24 år. Antal ud af 1.000 personer som har indløst mindst en recept (personhenførbart salg).



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra [www.medstat.dk](http://www.medstat.dk)

Som det ses af figur 4.4.2, indløser 44 ud af 1.000 kvinder i alderen 25-44 år og 28 ud af 1.000 mænd i samme aldersgrupper en recept på angstmedicin i 1999. I 2018 er andelen for begge køn faldet omkring 64 procent, så andelen nu er henholdsvis 15 og 10 personer. Udviklingen i andele blandt de 45-69-årige er sammenfaldende, om end udgangspunktet i 1999 er markant højere andele. I 1999 er andelen, der indløser recept på angstmedicin 65 blandt mænd og 124 blandt kvinderne. I 2018 er de andele faldet til 21 og 34 personer svarende til et fald på henholdsvis 67 og 72 procent. I de ældre aldersgrupper indløste 107 ud af 1.000 kvinder og 204 ud af 1.000 mænd i alderen 65-79 år en recept på angstmedicin i 1999. I 2018 er andelen faldet til 32 og 60 personer svarende til fald i andelen på 70-71 procent. Blandt de 80+-årige ligger andelen i 1999 for kvinder og mænd på henholdsvis 219 og 137 personer. I 2018 er andelen faldet med henholdsvis 62 og 67 procent til 84 og 45 personer.

Figur 4.4.2: Udviklingen i forbruget af angst (NO5B) medicin for personer i alderen 25-44, 45-64, 65-79 og 80+ år. Antal ud af 1.000 personer som har indløst mindst en recept (personhenførbart salg).



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra [www.medstat.dk](http://www.medstat.dk)

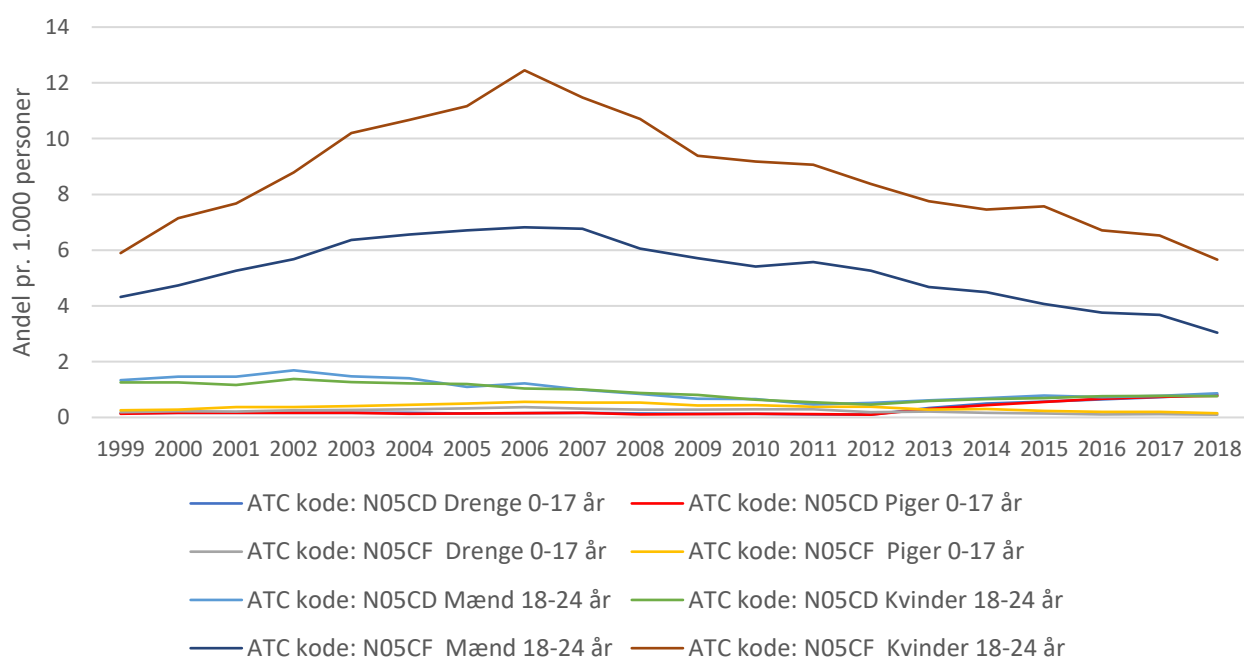
Udviklingen og faldet i forbruget af N05B skal ses i lyset af, at man i mange år har haft fokus på at nedbringe forbruget (Bjerrum, 2004, 2007) og løbende lavede opstramminger af vejledning af brugen af medicinen (Retsinformation, 2013, 2018, 2019). Forbruget i perioden 2000-2016 afrapporteres også i Jørgensen mfl. (2017). I publikationen forklares noget af faldet ved, at færre personer har et længerevarende forbrug grundet anbefalingerne om maksimal behandlingsperiode på 4 uger og fokus på hurtigt aftrapning behandlingen. Det betyder, at patienterne ikke indgår i statistikken mange år i træk. Desuden er noget af forbruget af angstmedicin substitueret med et forbrug af andre typer af medicin (serotonin- og noradrenalingenoptagelseshæmmere), og de nationale retningslinjer fra 2016 for medicinsk behandling af børn og unge med angst anbefaler alene brugen af vise typer af antidepressiva (Sundhedsstyrelsen, 2016b).

#### 4.5. Sovemedicin

Forbruget af sovemedicin blandt børn og unge mellem 0-17 år og 18-24 år har ændret sig markant fra 1999 og frem til 2018. Hvor forbruget af de mere traditionelle midler, så som Benzodiazepin derivater (N05CD) og Benzodiazepin lignende midler (N05CF) er gået op og ned, er brugen af melatonin-medicin (N05CH) steget markant siden 2007. I det kommende afsnit analyseres udviklingen i forbruget af de tre sovemedicintyper. De to traditionelle medicintyper har forskellige udviklingstendenser, N05CD forsvinder næsten fra markedet, mens N05CF taber andele. Dog er der til stadighed en relativ stor andel, der indløser recept på medicintypen. Udviklingen i deres forbrug opgøres derfor individuelt.

I Figur 4.5.1 og 4.5.2 er udviklingen i brugen af melatonin og de andre sovemidler vist for børn og unge i alderen 0-17 og 18-24 år. I Figur 4.5.1 er andelen af børn, der får de mere traditionelle sovemedicintyper under 1 person ud af 1000 personer. For medicintypen N05CF stiger andelen fra 1999 til 2006, hvorefter de falder til under 1999-niveauet. Der er dog sket en markant stigning i forbruget af medicintypen N05CD fra 2012 og frem. Stigningen er sket for både drenge og piger, omend der er tale om meget små andele. I 2007 blev det muligt at få melatonin (melatoninreceptor-agonister) på recept. Det har medført en stigning fra en andel på 0 ud af 1.000 i 2006 til en andel på knap 8 piger og mere end 10 drenge i 2018.

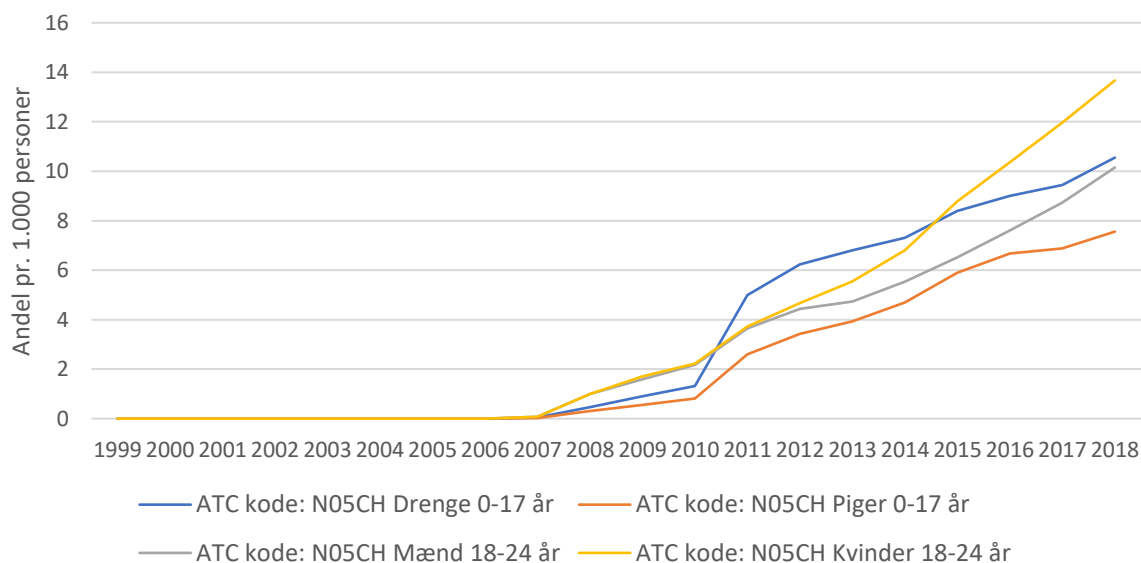
Figur 4.5.1: Udviklingen i forbruget af sovemedicin (N05CD og N05CF) for personer i alderen 0-17 og 18-24 år. Antal ud af 1.000 personer som har indløst mindst en recept (personhenførbart salg).



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra [www.medstat.dk](http://www.medstat.dk)



Figur 4.5.2: Udviklingen i forbruget af sovemedicin (N05CH, Melatonin) for personer i alderen 0-17 og 18-24 år. Antal ud af 1.000 personer som har indløst mindst en recept (personhenførbart salg).

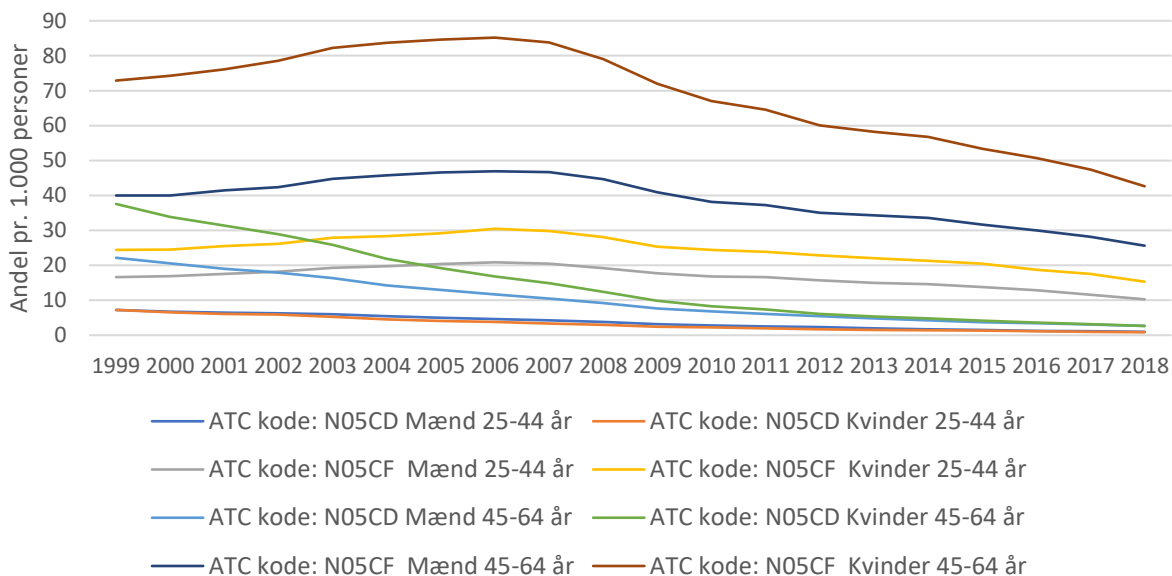


Kilde: Egne beregninger baseret på data fra [www.medstat.dk](http://www.medstat.dk)

I gruppen af unge mellem 18-24 år ses den samme tendens. For medicintypen N05CF fordobles andelen af kvinder, der indløser en recept, fra 1999 til 2006, hvorefter det falder til 1999-niveauet. Andelen af mænd følger samme mønster, men med mindre udsving. Forbruget af medicintypen N05CD er relativt stabilt fra 1999 til 2018. Andelen af unge mellem 18 og 24 år, som indløser recept på Melatonin, stiger fra 0 i 2006 til 10 mænd og knap 14 kvinder i 2018.

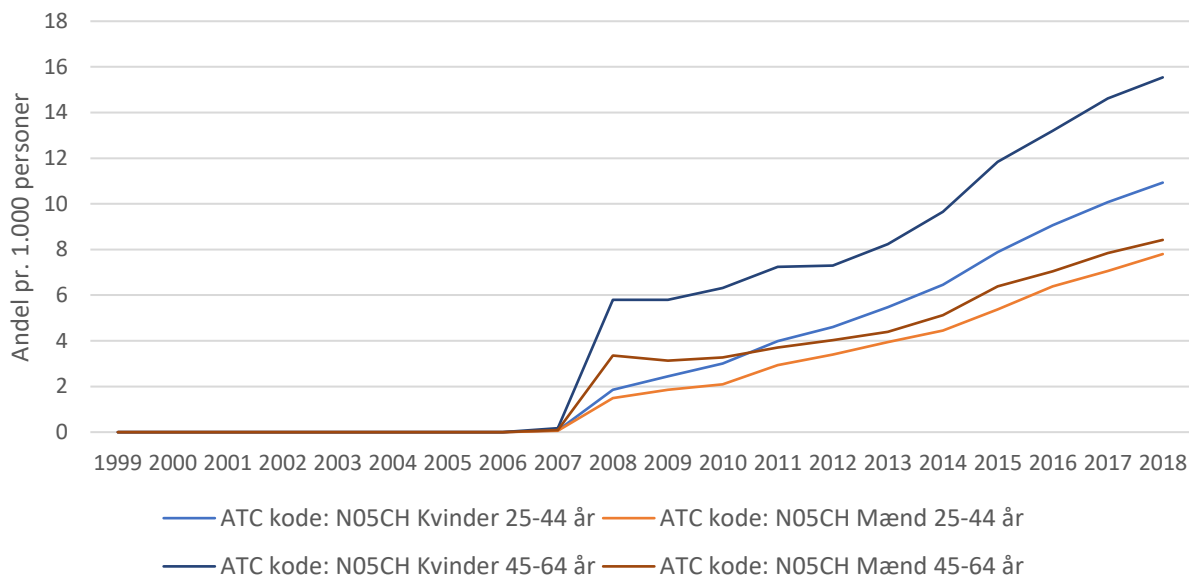
Udviklingen i andelen for de ældre aldersgrupper, der indløser recept på de tre medicintyper, er vist i Figur 4.5.3-4.5.6. De viser de samme tendenser som for de yngre aldersgrupper. Mere specifikt så stiger andelen af mænd og kvinder i alderen 25-44 år, der indløser en recept på N05CF fra 17 og 24 personer i 1999 til henholdsvis 21 og 35 personer i 2006, hvorefter det falder til 10 og 15 personer i 2018 svarende til et samlet fald på 37-38 procent. Andelen, der indløser recept på N05CD, er støt faldende i hele perioden, og der er meget lidt forskel på mænd og kvinder. I 1999 er andelen på 7 personer, og den falder med 86-88 procent til knap en person i 2018. Andelen af mænd og kvinder i aldersgruppen 45-64-år, der indløser en recept på N05CF, stiger fra 40 og 73 personer i 1999 til 47 og 85 personer i 2006. I 2018 er andelen faldet (i forhold til 1999) med 36 og 42 procent til henholdsvis 26 og 43 personer. Andelen, der indløser recept på N05CAD, falder støt for mænd og kvinder fra henholdsvis 22 og 38 personer i 1999 og til knap 3 personer i 2018. Det svarer til et fald på henholdsvis 88 og 93 procent. Forskellen mellem mænd og kvinder i 1999 udlignes således hen over årene. Andelen blandt de 25-44-årige, der indløser en recept på melatonin (N05CH), stiger fra 0 før 2007 til henholdsvis 8 og 16 personer for mænd og kvinder i 2018. Andelen for aldersgruppen 45-64 år stiger fra 0 før 2007 til henholdsvis 8 og 11 personer i 2018.

Figur 4.5.3: Udviklingen i forbruget af sovemedicin (N05CD og N05CF) for personer i alderen 25-44 og 45-64 år. Antal ud af 1.000 personer som har indløst mindst en recept (personhenførbart salg).



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra [www.medstat.dk](http://www.medstat.dk)

Figur 4.5.4: Udviklingen i forbruget af sovemedicin (N05CH, Melatonin) for personer i alderen 25-44 og 45-64 år. Antal ud af 1.000 personer som har indløst mindst en recept (personhenførbart salg).

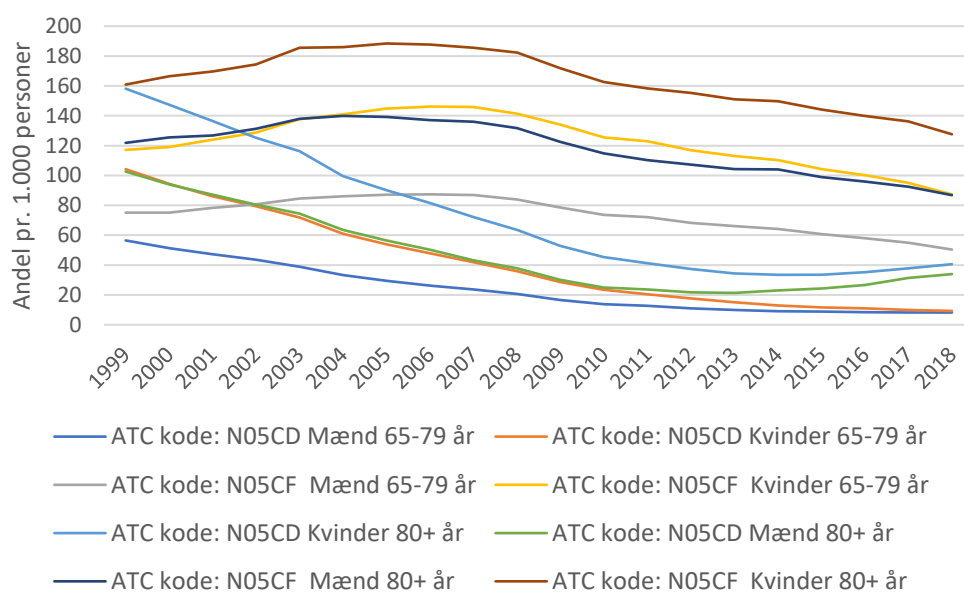


Kilde: Egne beregninger baseret på data fra [www.medstat.dk](http://www.medstat.dk)

Som det ses af figur 4.5.5 minder udviklingen i andelen af 65-79-årige, der indløser sovemedicin om udviklingen i de yngre aldersgrupper. I 1999 indløser 75 mænd og 117 kvinder pr. 1.000 personer recept på

N05CF. I 2006 er andelene steget til 87 og 164 personer, hvorefter de falder til henholdsvis 50 og 87 personer i 2018. Faldet i andele fra 1999 til 2018 svarer til henholdsvis 33 og 25 procent. Igen falder andelen, der indløser recept på N05CAD fra 1999 til 2018. I 1999 er andelene for mænd og kvinder på 56 og 104 personer, og de er faldet med 85-91 procent til knap 8 og 9 personer i 2018. Forskellen mellem mænd og kvinder i 1999 udlignes således hen over årene. Udviklingen i andelene, der indløser recept på sovemedicin i den ældste (80+) aldersgruppe, skiller sig lidt ud. Som i de andre aldersgrupper stiger andelen af mænd og kvinder, der indløser en recept på N05CF fra 122 og 161 personer i 1999 til henholdsvis 137 og 188 personer i 2006. I 2018 er andelene faldet til henholdsvis 87 og 128 personer. Samlet set svarer det til et fald på 67 procent og 74 procent fra 1999 til 2018. Andelene, der indløser recept på N05CD, falder støt for mænd og kvinder fra henholdsvis 103 og 158 personer i 1999 til 21 mænd i 2012 og 33 kvinder i 2013, hvorefter andelene stiger igen. I 2018 er andelene for mænd og kvinder henholdsvis 34 og 40 personer. Dette svarer til et fald på 29 og 21 procent for mænd og kvinder. Forskellen mellem mænd og kvinder i 1999 udlignes således hen over årene.

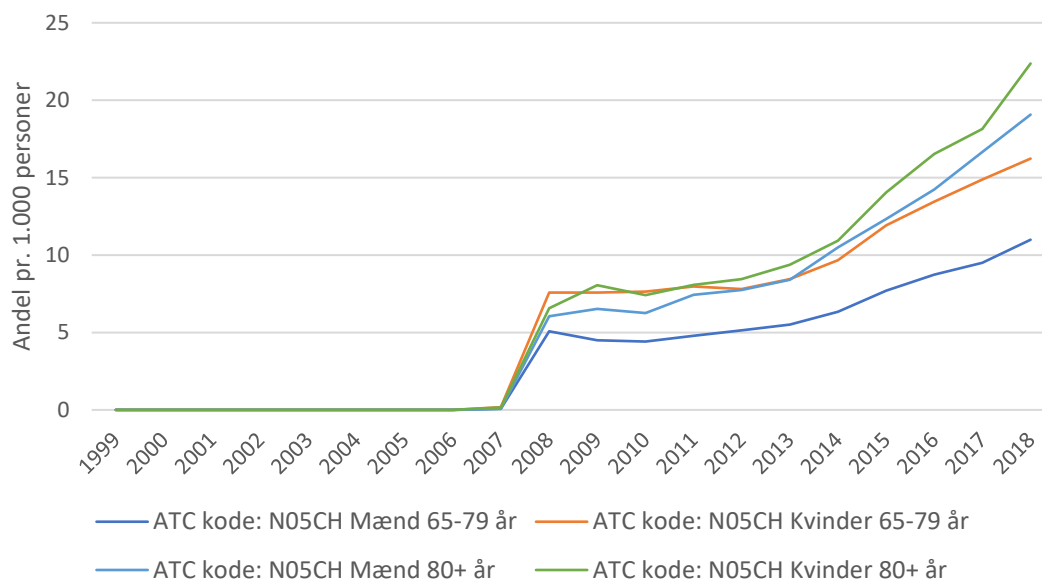
Figur 4.5.5: Udviklingen i forbruget af sovemedicin (N05CD og N05CF) for personer i alderen 65-79 og 80+ år. Antal ud af 1.000 personer som har indløst mindst en recept (personhenførbart salg).



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra [www.medstat.dk](http://www.medstat.dk)

Som man kan se af figur 4.5.6, stiger andelene i aldersgruppen 64-79-årige, der indløser en recept på melatonin (N05CH) fra 0 før 2007 til henholdsvis 11 og 16 personer for mænd og kvinder i 2018. Andelen i den ældste aldersgruppe, der indløser en recept på melatonin (N05CH), stiger fra 0 før 2007 til henholdsvis 19 og 22 personer for mænd og kvinder i 2018.

Figur 4.5.6: Udviklingen i forbruget af sovemedicin (N05CH, melatonin) for personer i alderen 65-79 og 80+ år. Antal ud af 1.000 personer som har indløst mindst en recept (personhenførbart salg).



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra [www.medstat.dk](http://www.medstat.dk)

Den øgede brug af melatonin blandt børn og unge har ikke gået ubemærket hen i lægefaglige kredse. Her har man udtrykt bekymring, idet man ikke har evidens for, at antallet af børn og unge med søvnproblemer er steget, ej heller at melatonin har en effekt i forhold til adfærdrelaterede søvnproblemer blandt børn og unge. Det skal i den sammenhæng nævnes, at i ca. 75 procent af tilfældene er udskrivning af recepter på melatonin til børn relateret til en behandlingskrævende diagnose, der af Sundhedsstyrelsen er vurderet til at kunne foranledige brugen af melatonin.

#### 4.6. Opsummering af medicinforbrug

Analyserne af udviklingen i forbruget af medicin, der anvendes til behandling af mentale helbredsproblemer blandt børn, unge og voksne, viser store forskelle hen over årene. Forskellene gør sig gældende både imellem medicintyper og mellem køn. Der er en generel stigning i andelene, der indløser recept for antidepressiva frem mod 2010, hvorefter der sker et fald. Andelene blandt kvinder er generelt højere end blandt mænd. Andelene blandt børn mellem 0-17 år er i hele perioden fra 1999 til 2008 små (under 7 per 1000 personer) og størst blandt de 80+-årige (op til næsten 280 per 1.000 personer). Udviklingen, først stigning og så et fald, blandt børn og unge kan blandt andet forklares ved en stigende global skepsis og advarsler imod at anvende depressionsmedicin blandt børn og unge i midt 00'erne, som så først rigtig vandt indpas i Danmark nogle år senere, hvor der generelt var kommet et øget (negativt) fokus på stigningerne i forbruget af antidepressiva blandt politikere og fagfolk.

Der er generelt ingen stærke tendenser på tværs af de fem aldersgrupper i forhold til udviklingen af andelene, der indløser recept for antipsykotika. Blandt børn (0-17 år) er der en stigning i andelen frem mod 2012, hvorefter den falder for drenge og stagnerer for piger. For aldersgrupperne 18-24-årige, 25-44-årige og 45-64-årige stiger andelene, der indløser recept frem mod 2012, hvorefter andelene synes at stagnere/være svagt stigende. En forskel er dog kvinder i alderen 45-64 år, hvor andelen først falder og derefter stiger. For de to ældste aldersgrupper falder andelene lidt frem til 2003, hvorpå andelene falder markant for efterfølgende langsomt at flade ud. Faldet i de ældste aldersgrupper hænger blandt andet sammen med, at man har ønsket at reducere brugen af antipsykotika til ældre og især personer med demens.

Andelene blandt drenge og mænd, der indløser en recept på ADHD-medicin, er generelt højere end andelene blandt kvinder. For børn og unge mellem 0-17 og 18-24 år er der en generel stigning frem mod 2011, hvorefter andelene for drenge/unge mænd flader ud, mens andelene blandt kvinder fortsat stiger frem mod 2018. Andelene, der indløser recept på ADHD-medicin, er generelt mindre i de fire ældste aldersgrupper og under 1,2 pr. 1.000 for de to ældste aldersgrupper. Andelene er generelt stigende om end aftagende henimod 2018. ADHD-medicin var som udgangspunkt tiltænkt børn, men i 2005 og 2011 blev brugen af visse typer ADHD-medicin godkendt til voksne, hvilket kan forklare stigningen blandt de voksne. Forbruget af angstmedicin er generelt faldende fra 1999 til 2018 og stigende med alderen. For de ældre aldersgrupper er andelen af kvinder, der indløser recept større end andelen af mænd. Det faldende forbrug kædes sammen med, at personer tager medicinen i kortere perioder, samt at man er begyndt at behandle angst med andre typer af medicin. Generelt falder andelen, der indløser recept på sovemedicin af typen N05CAD og N05CAF. Til gengæld stiger andelene, der indløser recept på melatonin efter 2007. Dog er der en lille stigning (men andelene er under 1) blandt børn i alderen 0-17 år, der indløser recept på N05CD. Stigningen i brug af melatonin skal nok ses som et udtryk for, at fagpersoner foretrækker dette produkt over de mere gammeldags typer af sovemedicin. Det til trods debatteres den store stigning blandt børn og unge.

Som det fremgår af vores gennemgang, er der flere mekanismer, der kan være med til at forklare udviklingen i medicinforbruget. For det første er der en løbende udvikling af ny medicin, der enten virker bedre eller/og har færre bivirkninger. Det vil naturligvis øge forbruget af den pågældende medicintype, mens det kan reducere forbruget af andre og ældre medicintyper på området. En anden mekanisme er den løbende kritiske vurdering af den medicin, der er på markedet. Ny viden om bivirkninger og effekter kan medføre anbefalinger om, at læger og psykiatere skal være mere kritisk i forhold til at udstede recepter til nye patienter samt at have fokus på hurtigt at nedtrappe forbruget. Det vil naturligvis være med til at reducere forbruget. En sidste vigtig mekanisme er naturligvis udviklingen i de objektive behandlingsbehov. Hvis flere personer vurderes at have gavn af medicinen, vil det medføre en stigning i forbruget. Men som vi jo netop har fokus på i denne rapport, kan stigningen de i objektive behov være en funktion af flere faktorer; flere borgere har fået dårligere mental sundhed, flere borgere er blevet mere opmærksomme på deres mentale tilstande, flere borgere med dårlig mentalt sundhed kommer i kontakt med det mentale sundhedsvæsen, fordi

der tilføjes flere midler til at opspore og behandle dårlig mental sundhed eller en kombination af de nævnte mekanismer.

## **Kapitel 5: Ændringer i brug af sundhedsydelse**

I dette kapitel belyser vi udviklingen i danskernes mentale sundhed først med udgangspunkt i eksisterende viden om danskernes brug af og udviklingen i danskernes brug af sundhedsydelser relateret til mental sundhed og herefter med udgangspunkt i egne beregninger baseret på registerdata. Der er altså her tale om mål for mental sundhed, der ligger i den alvorligere ende af spektret (relativt til de selvrappede mål) belyst i kapitel 2 og 3).

### **5.1. Eksisterende viden**

Udviklingen i brugen af mentale sundhedsydelser har været belyst fra forskelligt hold og over en længere periode. For at undgå at drukne i tal og udviklinger af større eller mindre relevans ligger vores fokus i denne forbindelse på undersøgelser og belysninger af den nyere udvikling, dvs. primært på materiale hvor seneste måleår ligger mindre end 5-6 år tilbage i tid.

#### **5.1.1. Ministerspørgsmål fra 2017**

I starten af 2017 stiller folketingsmedlem Yildiz Akdogan (S) et spørgsmål til den siddende sundhedsminister om udviklingen i antallet af børn og voksne med nervøse og stressrelaterede tilstande. Som svar opgøres antallet af unikke borgere under hhv. over 19 år som nydiagnostiseredes i sygehusvæsenet med disse tilstande i perioden fra 1995 til 2015. Opgørelsen, der ikke skelner mellem incidens og prævalens, viser en entydig, monoton stigning i begge aldersgrupper. For de unge stiger antallet fra 912 i 1995 til 4.724 i 2015 (svarende til mere end en femdobling), og for de voksne stiger antallet fra 7.947 i 1995 til 15.384 i 2015 (svarende til ca. en fordobling) (Bidrag til besvarelse af SUU alm. del – spm. 353 af 16. januar 2017. Sundhedsanalyse, Lægemedelstatistik og Sundhedsdataprogrammet<sup>8</sup>). I svaret opgøres også antallet af unikke borgere, der har modtaget behandling i sygehusvæsenet for samme diagnoser i samme periode, og her medtages også borgere, som ikke er nydiagnostiserede i perioden. Udviklingen her er endnu mere dramatisk, idet antal borgere under 19 år, som modtog behandling i 1995, var 800 mod 7.390 i 2015 (svarende til godt en ni-dobling), og antallet af borgere over 19 år, som modtog behandling, var 7.965 i 1995 mod 28.699 i 2015 svarende til ca. 3,5 gange så mange.

#### **5.1.2. Analysenotat, KL, 2019**

Et notat fra KL ("Borger med psykiatriske (hospitals)diagnoser (2013 og 2018)", 2019<sup>9</sup>) fokuserer på udviklingen i diagnoser registreret i hospitalspsykiatrien fra 2013 til 2018. Man har medtaget både aktions- og bidiagnoser fra alle typer af kontakter med hospitalsvæsenet (fra heldøgnsindlæggelser til ambulante

<sup>8</sup> <https://www.ft.dk/samling/20161/almindel/suu/spm/353/svar/1381150/1720390.pdf>

<sup>9</sup> <https://www.kl.dk/media/18596/borgere-med-psykiatriske-hospitals-diagnoser-2013-og-2018.pdf>

kontakter). Man opgør antallet af unikke borgere, men en borger kan optræde flere gange, såfremt han eller hun har fået flere diagnoser.

Resultaterne viser, at antallet af børn og unge (0-17 år) med en psykisk diagnose stiger fra 35.900 i 2013 til 45.500 i 2018 svarende til en stigning på 27 procent. Der har været en særlig stor stigning i antallet af børn og unge diagnosticeret med angst og belastningsreaktioner (58,4 procent) og med skizofreni (49,9 procent), adfærdsændringer som fx spiseforstyrrelser (48,8 procent) og psykiske udviklingsforstyrrelser som fx autisme (39,2 procent). Noget lavere, men dog stadig markante stigninger ses for adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser som fx ADHD (28,4 procent), affektive sindslidelser (23,2 procent) og personlighedsforstyrrelser (19,2 procent). Der ses den laveste stigning i misbrugsbetingede lidelser (10,0 procent). I forlængelse heraf stiger det samlede antal diagnoser pr. person blandt de unge fra 1,4 i 2013 til 1,6 i 2018.

Resultaterne viser en tilsvarende stigning blandt de voksne. For personer over 17 år stiger antallet med en diagnose fra 198.100 til 242.100 svarende til en stigning på 22 procent. Her sker langt den største stigning i antallet af personer med psykiske udviklingsforstyrrelser (111,5 procent), men der er også markante stigninger i antallet af personer med angst og belastningsreaktioner (36,1 procent), med adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser (32,0 procent) og med adfærdsændringer (31,8 procent). Herudover ses en stigning i antallet af voksne med personlighedsforstyrrelser (18,4 procent), med skizofreni (10,9 procent) og med affektive sindslidelser (9,2 procent). Sidst sker der en lille stigning i misbrugsbetingede lidelser på 1,1 procent. I perioden fra 2013 til 2018 ligger det samlede antal diagnoser pr. person konstant på 1,6.

### **5.1.3. Rapport fra sundhedsstyrelsen om børn og unge med angst, depression mv., 2017.**

Rapporten ”Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser” (Sundhedsstyrelsen/Sundhedsdatastyrelsen. 2017<sup>10</sup>) har i store træk samme ærinde som notatet fra KL gennemgået ovenfor, idet den har til hensigt at belyse udviklingen i diagnoser over tid. Den fokuserer dog udelukkende på børn og unge i alderen 0-18 år på perioden fra 2006 til 2016 og på udviklingen i diagnoserne ADHD, Angst eller depression og spiseforstyrrelser. Datagrundlaget er her aktions- og bidiagnoser stillet i det psykiatriske sygehusvæsen enten på et privat eller offentligt sygehus, og man medtager også børn og unge, der modtager medicin mod ADHD.

#### *Prævalens og incidens*

I rapporten fokuseres der separat på prævalens hhv. incidens. Prævalens angiver i den forbindelse antallet af eksisterende tilfælde – der i rapporten defineres som børn og unge, der indenfor de seneste fem år forinden

---

<sup>10</sup> [https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2018/psykiske-lidelser-boern\\_unge\\_06012018](https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2018/psykiske-lidelser-boern_unge_06012018)



opgørelsesåret er registreret med en given diagnose. Incidensen angiver antallet af nye tilfælde i opgørelsesåret fraregnet tilfælde blandt børn og unge, som har været registreret med den samme diagnose indenfor de foregående 5 år. Prævalensen vil derfor være større end incidensen.

Rapporten viser i den forbindelse en stigning i prævalensen af både ADHD, angst eller depression og spiseforstyrrelser fra 2006 til 2016. Prævalensen for ADHD stiger med en faktor 3,5 fra 7.186 unikke personer til 25.019 unikke personer, prævalensen for angst eller depression stiger med en faktor 3 fra 2.354 til 7.189, og prævalensen for spiseforstyrrelser stiger med en faktor 2,5 fra 1.118 til 2.551. Det skal dog bemærkes, at denne stigning i prævalens kan afspejle længere behandlingsforløb.

På tilsvarende vis viser rapporten en stigning i incidencen af alle tre diagnoser. For ADHD stiger antallet af incidente tilfælde med en faktor 1,8 fra 2.313 i 2006 til 4.128 i 2016, for angst eller depression ligger stigningen på 2,5 fra 897 i 2006 til 2.285 i 2016, og for spiseforstyrrelser ligger stigningen på 1,5, fra 397 i 2006 til 609 i 2016.

#### *Kontakter til psykiatrien*

Rapporten viser herudover udviklingen i kontakter til det psykiatriske sygehusvæsen for prævalente børn og unge mellem 0 og 18 år fra 2010 til 2016. Tallene viser, at en stigende andel børn og unge diagnosticeret med ADHD registreres med ambulante besøg fra 2010 til 2016 (45,6 procent mod 47,0 procent), mens andelen med indlæggelser er konstant. Andelen med ambulante besøg i forbindelse med angst eller depression er også stigende (fra 46,7 procent til 51,9 procent), mens andelen med indlæggelser er faldende (7,5 procent mod 7,4 procent). For børn og unge diagnosticeret med en spiseforstyrrelse har færre været på ambulante besøg (47,8 mod 44,6 procent), mens der har været en lille stigning i andelen med indlæggelser (8,8 mod 8,9 procent). Der har samtidig været en stigning i antallet af ambulante besøg, indlæggelser og sengedage indenfor alle grupper fra 2010 til 2016. Det kommer dog ikke entydigt til udtryk i en stigning i det gennemsnitlige antal af disse forskellige typer af kontakter pr. prævalent barn og ung; hvor der har været en stigning i det gennemsnitlige antal ambulante besøg og indlæggelser for grupperne af børn diagnosticeret med ADHD og angst eller depression, har der været et fald i det gennemsnitlige antal sengedage for disse to grupper. Omvendt ser vi et fald i antallet af ambulante besøg for børn og unge diagnosticeret med spiseforstyrrelser, en stigning i antal indlæggelser og et fald i antal sengedage. Den stigende prævalens og incidens fører altså til en stigning i det samlede antal kontakter til psykiatrien, men ikke til at hvert individ i gennemsnit har flere kontakter.

#### **5.1.4. Registerbaseret rapport om stress**

En sidste rapport, vi vil fremhæve her, er analyse udført af Deloitte og KRAKA i 2018, hvor man har forsøgt at beskrive udviklingen i stress i Danmark ved hjælp af registerdata. Man konstruerer i den forbindelse en stressindikator baseret på andelen af personer, der har fået en stressrelateret diagnose i hospitalsvæsenet og

andelen af personer, der er registreret med en sygemelding på 1-6 måneder, men som ikke har været i kontakt med den somatiske sundhedssektor i den forbindelse (dvs. de må kun have været i kontakt med egen læge og med en psykolog). I fraværet af sådanne kontakter til det somatiske sundhedssystem er det antagelsen, at deres sygemelding ikke kan skyldes et problem relateret til deres fysiske helbred og derfor må være et problem relateret til deres mentale helbred som fx stress.

Ved brug af denne indikator finder rapporten, at omfanget af stress har været moderat stigende i perioden fra 2005 til 2015. Fra 2005 steg andelen af beskæftigede med indikationer på stress (som defineret ovenfor) fra ca. 0,85 procent til ca. 1 procent svarende til en stigning på ca. 20 procent.<sup>11</sup> Rapporten finder herudover, at stress varierer med konjunkturerne således, at omfanget af stress stiger under højkonjunkturer og falder under lavkonjunkturer. Samtidig finder rapporten, at stigning har været større for kvinder end for mænd, større for unge end for gamle og større for ikke-beskæftigede end for beskæftigede. Stigningen har herudover været større for personer beskæftiget i det offentlige, selvom alle brancher og alle stillingstyper er blevet ramt.

#### **5.1.5. Opsummerende om udviklingen i brugen af mentale sundhedsydelse**

Den eksisterende viden om udviklingen i danskernes kontakter med psykiatriske sundhedsvæsen peger altså i retning af en stigende brug af systemet; flere voksne kommer i kontakt med systemet, ligesom det også er tilfældet for børn og unge. I det følgende vil vi præsentere vores egne beregninger for denne udvikling delt yderligere op på køn og alder for herigennem at undersøge, om udviklingen har været særlig markant i visse grupper. Formålet her er at undersøge, om vi ser samme alders- og kønsgradient i udviklingen i brugen af kontakter, som vi så det i udviklingen i selvrapporert helbred.

#### **5.2. Vores beregninger**

I det følgende vil vi belyse udviklingen i danskernes brug af mentale sundhedsydelse i to dimensioner. Den første dimension angår udviklingen i *brugen af sundhedsydelse* relateret til behandlingen af psykiske problemer og psykisk sygdom brudt ned på køn og alder. Med henblik på at dække det lidt bredere spektrum af tilstande der forbindes med dårlig mental sundhed, vil vi i denne første dimension både belyse udviklingen i kontakter til psykiatrien – som vi betragter som de mest alvorlige indikationer på dårlig mental sundhed – og udviklingen i brugen af praktiserende psykiatere og psykologer, en brug vi betragter som de mindre alvorlige indikationer på dårlig mental sundhed. Den anden dimension vedrører udviklingen i specifikke *diagnoser* stillet i forbindelse med alle typer af kontakter til det psykiatriske system samt forekomsten af selvmordshandlinger.

---

<sup>11</sup> Stigningen rapporteres i rapporten, men de faktiske tal er aflæst af graf og derfor upræcise.

I figurerne er prævalens og incidens delt op på alder og køn for at sikre sammenligneligheden med resultaterne fra spørgeskemaundersøgelserne. Disse opdelinger er samtidigt vigtige for at kunne afdække alders- og kønsspecifikke dynamikker i udviklingen.

Prævalens og incidens er defineret med udgangspunkt i en 10-årig latensperiode (og følger her praksissen fra Sundhedsstyrelsens rapport ”Sygdomsbyrden in Danmark” fra 2015). Dvs., at vi opgør prævalensen for fx angst som antallet af unikke personer indenfor hver alders- og kønskategori, som er blevet diagnosticeret med angst indenfor en 10-årige periode, der tæller fra 1/1 i opgørelsesåret (fx 2016) og 10 år tilbage i tid (dvs. til 1/1 2006). På tilsvarende vis er incidensen for angst opgjøret som antallet af unikke personer indenfor hver alders- og kønskategori, som er blevet diagnosticeret med angst i opgørelsesåret (fx 2016), men som ikke har fået en angstdiagnose i den foregående 10-årige periode (dvs. mellem 1/1 2006 og 31/12 2015). Bemærk, at disse personer godt kan have fået en anden diagnose i det psykiatriske system i perioden.<sup>12</sup> I tabel B5.1 i bilag 5 har vi beregnet forskellen i prævalens og incidensrater mellem de to yderår.

For besøg hos psykolog og psykiater anvender vi dog kun en latensperiode på 5 år pga. databegrænsninger, men incidens og prævalensrater er herudover beregnet efter samme princip som de øvrige rater præsenteret her i kapitlet.

Vi viser herudover udviklingen i selvmordshandlinger (ICD-10: X60-X84, Y870), som vi dog ikke opgør i prævalens og incidens, idet der ikke er tale om en psykisk diagnose. I stedet viser vi forekomsten af denne type selvskadende handling på årsniveau igen fordelt på køn og alder. Bemærk, at der ikke er enighed i litteraturen om, hvordan selvmordshandlinger kodes, og at vi har valgt en konservativ kodning.

### **5.2.1. Prævalens og incidens, kontakter til psykiatrien**

De to paneler af figur 5.2.1. nedenfor viser prævalens og incidens for kontakter til psykiatrien uanset diagnosen for hhv. mænd og kvinder fordelt på syv aldersgrupper. Y-aksen viser her antallet af unikke individer pr. 100.000 i hver aldersgruppe, som har modtaget en psykiatrisk diagnose. Som man kan se, er der ikke uvæsentlige forskelle mellem kønnene og mellem de forskellige aldersgrupper. For det første ligger prævalensen overordnet set højere for kvinder end for mænd. En undtagelse er dog individer i den yngste aldersgruppe, hvor prævalensen igennem hele observationsperioden er ca. dobbelt så højt for mænd som for kvinder.

De øvrige forskelle mellem mænd og kvinder er især tydelige for de aldersgrupper, der indeholder de 16-24-årige, de 25-34-årige og de 35-44-årige, hvor prævalensen for kvinder ligger et væsentligt stykke over

---

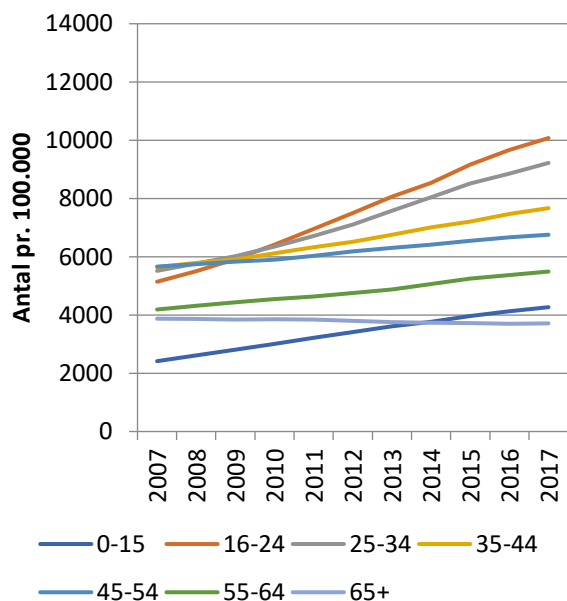
<sup>12</sup> Bemærk, at hvor der kan være forskellige måder at opgøre incidens og prævalens, svarer den metode, vi har valgt at bruge her, til den, der anvendes i Sundhedsstyrelsens rapport om sygdomsbyrden i Danmark fra 2015 (<https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~media/00C6825B11BD46F9B064536C6E7DFBA0.ashx>)

prævalensen for mænd. Vi kan også se, at hvor det er mænd i aldersgruppen 16-24 år, som har den højeste prævalens, er det blandt kvinderne de 25-34-årige, som har den højeste prævalens – og herefter er der et tydeligt mønster, der viser, at prævalensen falder monotont med alderen. På baggrund i vores viden om hvornår langt de fleste psykiske sygdomme debuterer, er dette fund dog ikke særlig bemærkelsesværdigt.

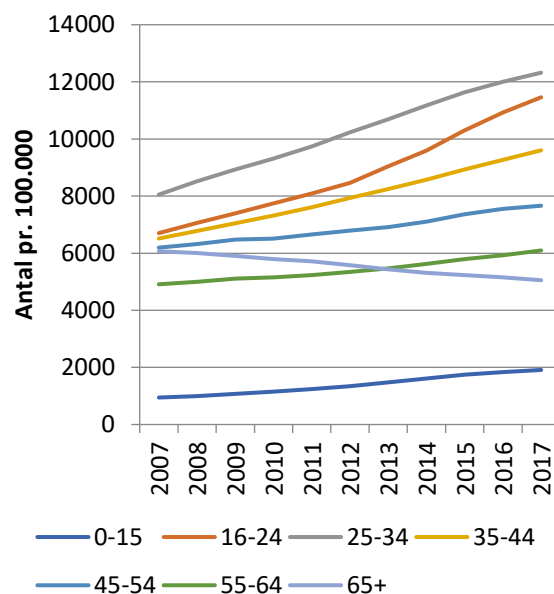
Som den tredje væsentlige pointe fra figur 5.2.1. står stigningen over tid i prævalens – igen primært for de yngre aldersgrupper, men dog også for flere af de ældre aldersgrupper. Således stiger prævalensen for unge kvinder i aldersgruppen 24-34-år fra ca. 8 procent til mere end 12 procent svarende til en stigning på en faktor 1,7. For mændene i aldersgruppen 16-24 år ser vi en tilsvarende stor stigning fra godt 5 procent til godt 10 procent svarende til en faktor 1,96. Dette sidste forhold hvor stigningen for mænd faktisk synes at være mere dramatisk end stigningen for kvinder, stemmer overens med det, vi fandt i forbindelse med de selvrapporterede mål for mentalt helbred diskuteret ovenfor. For de øvrige aldersgrupper stiger prævalensen mellem en faktor 1,2 og 1,8, en stigning der aftager med alderen for til sidst at blive til et fald for både mænd og kvinder over 65 år.

Figur 5.2.1: Overordnet prævalens for kontakter til psykiatrien, 2007-2017

A: Mænd



B: Kvinder



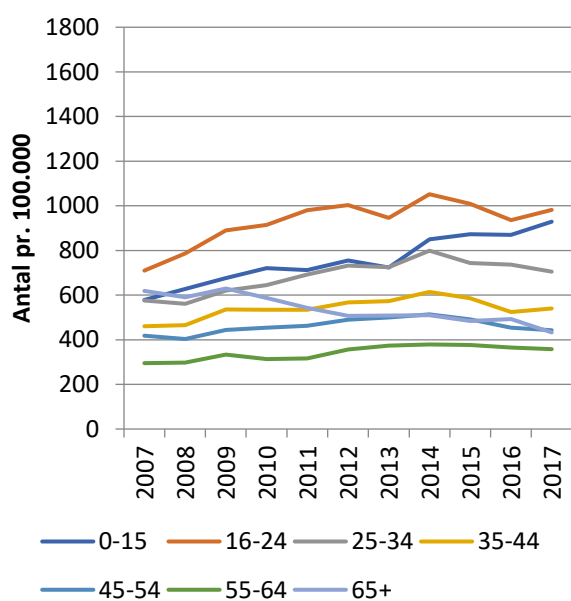
Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

I figur 5.2.2 nedenfor vises den overordnede incidens igen fordelt på køn og aldersgrupper. Figuren viser her kønsforskellen, som vi også så i foregående figur, hvor kvinder i samtlige aldersgrupper, med undtagelse af den yngste (0-15 år), ligger højere end mændene i de tilsvarende aldersgrupper. Og hvor vi også ser

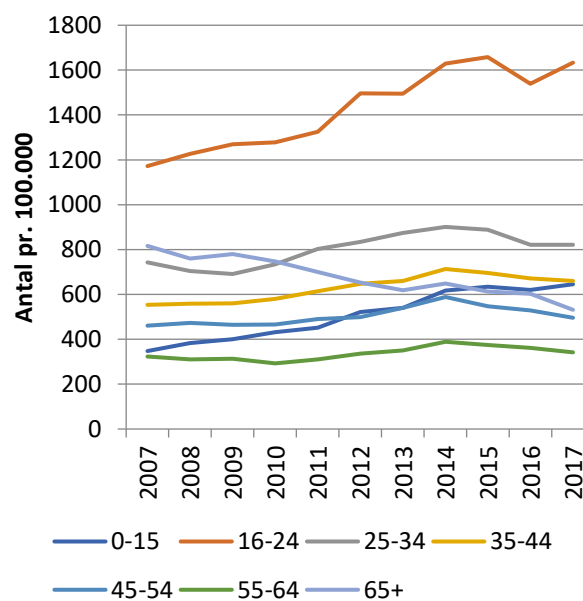
incidensen stige over tid – som vi så det for prævalensen – er udviklingen her lidt mere nuanceret; for både mænd og kvinder synes incidensen at toppe i 2014 for herefter at falde frem til 2016, hvorpå den igen stiger. Den største stigning i incidensen finder vi blandt de 0-15-årige med en faktor 1,9 for kvinder og en faktor 1,6 for mænd. For både mænd og kvinder mellem 16-og 24-år stiger incidensen med en faktor 1,4. Som med prævalensen finder vi, at også stigningen af incidensen aftager med alderen, og igen er der for den ældste aldersgrupper, de 65+-årige, tale om et decideret fald.

Figur 5.2.2: Overordnet incidens for kontakter til psykiatrien, 2007-2017

A: Mænd



B: Kvinder



Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

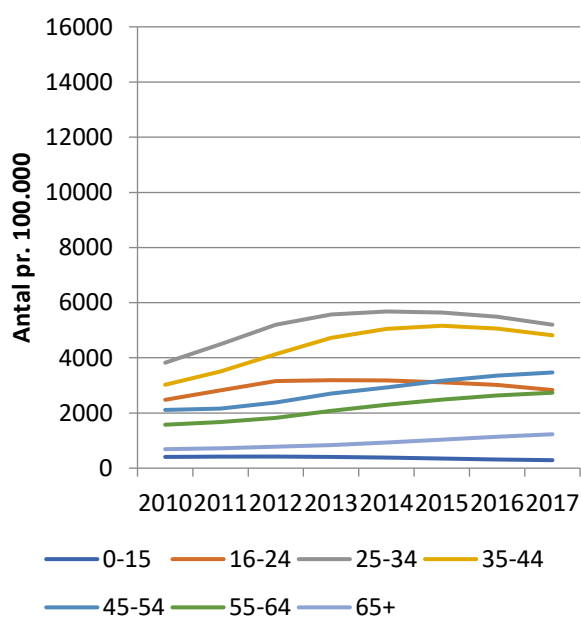
### 5.2.2. Udviklingen i brugen af psykolog og psykiater

De to paneler af figur 5.2.3. nedenfor viser prævalens og incidens for besøg hos psykolog for hhv. mænd og kvinder fordelt på syv aldersgrupper. Da vi som nævnt anvender registerdata, har vi kun adgang til oplysninger om psykologbesøg, som er omfattet af sygesikringssystemet, dvs., som har fundet sted med offentlig økonomisk støtte. Da vi således mangler hele den del af psykologaktiviteten, som er fuldt privat finansieret, er de tal, vi præsenterer her udtryk for et underestimat af danskernes brug af psykologhjælp. Bemærk, at vi på grund af databegrænsninger først kan observere prævalens og incidensrater for besøg hos psykolog og psykiater fra 2010 og ikke fra 2007 som i de øvrige figurer i dette kapitel. Af samme årsag er vores prævalens- og incidensberegninger kun baseret på en fem års latenstid, og ikke, som i kapitlets øvrige figurer, på en 10 års latenstid.

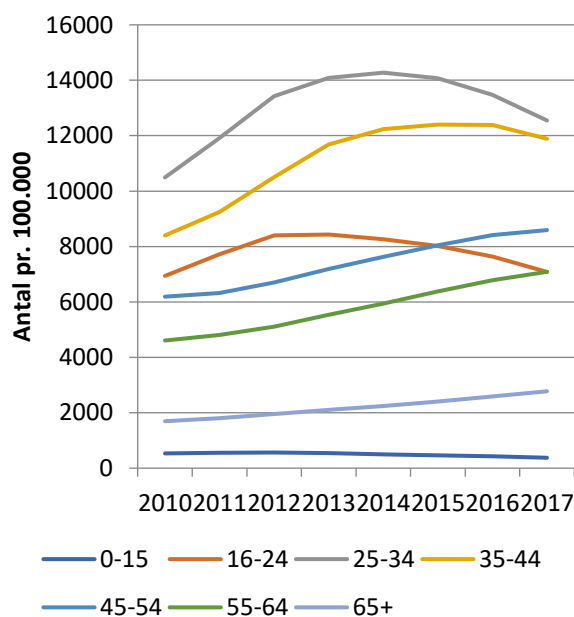
Som man kan se af figuren, sker der en markant stigning i prævalensen for psykologbesøg for både mænd og kvinder. Prævalens er højest for kvinder, men indenfor køn er den over hele perioden højest for både mænd og kvinder i aldersgrupperne 25-34 år, og 35-44 år. Alle aldersgrupper – undtagen de 0-15-årige - oplever stigninger i perioden fra 2010 til 2017, men størst er stigningen i de ældste aldersgrupper (her stiger prævalensen med en faktor >1,6). Det er dog værd at bemærke, at prævalensen topper omkring årene 2013 til 2014 for de grupper, der lå højest i starten af perioden (de 16-24-årige, de 25-34-årige og de 35-44-årige), mens den fortsat stiger for de grupper, som lå lavest i starten af perioden.

Figur 5.2.3: Prævalens, besøg hos psykolog, 2007-2017

A: Mænd



B: Kvinder

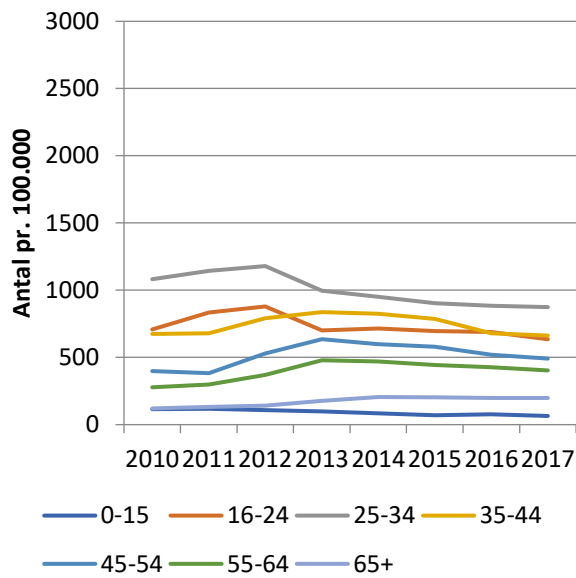


Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

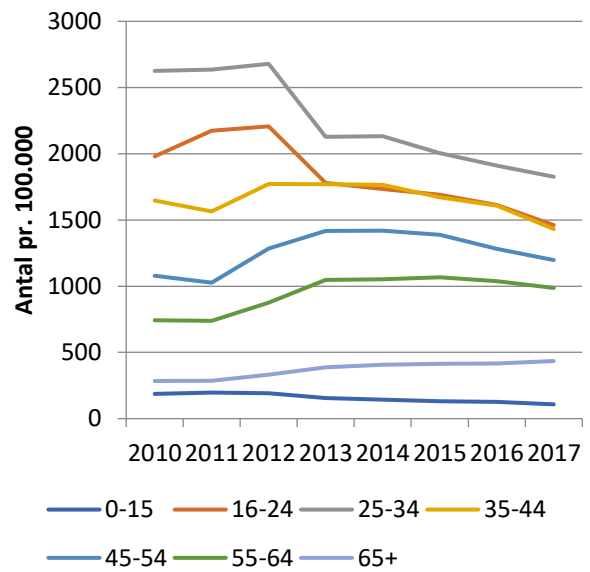
Figur 5.2.4 viser incidensen for psykologbesøg – altså hvor mange nye brugere, der er i systemet hvert år. Som man kan se, falder incidensen for de fire yngste aldersgrupper, og stiger for de tre ældste aldersgrupper. Dette fund er ikke overraskende i lyset af, hvad vi fandt i ovenstående figurer.

Figur 5.2.4: Incidens, besøg hos psykolog, 2007-2017

A: Mænd



B: Kvinder

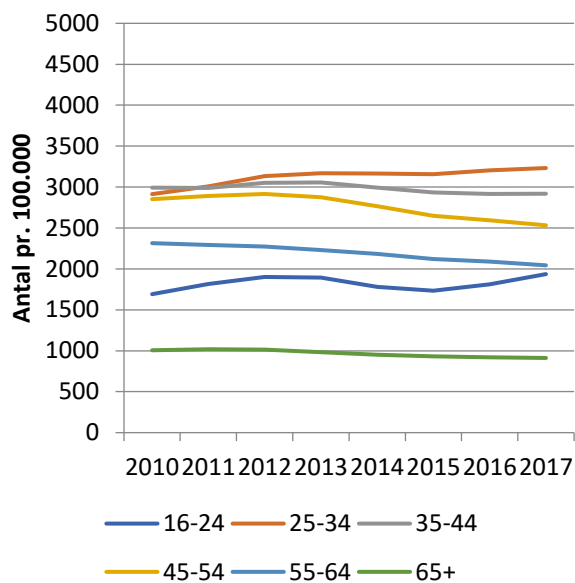


Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

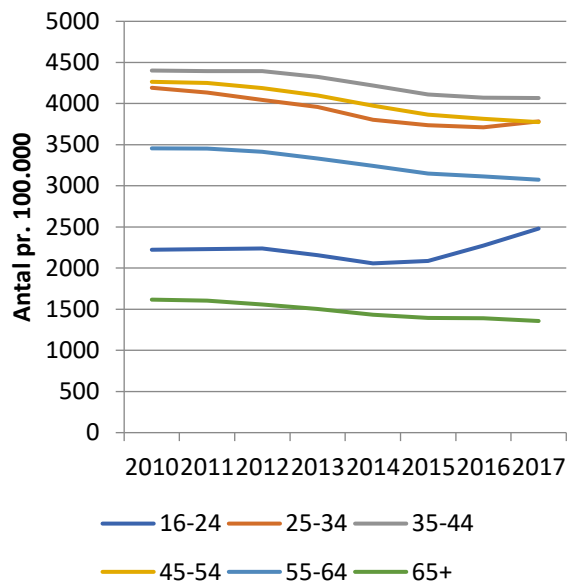
Figur 5.2.5 viser prævalensen for besøg hos psykiater. Her ser vi igen højere prævalensrater for kvinder, men i modsætning til hvad vi så under prævalensen for besøg hos psykolog, stiger raterne for de yngre aldersgrupper, men falder for de ældre. For alle aldersgrupper er der dog tale om meget begrænsede ændringer hen over perioden.

Figur 5.2.5: Prævalens, besøg hos psykiater. 2007-2017

A: Mænd



B: Kvinder



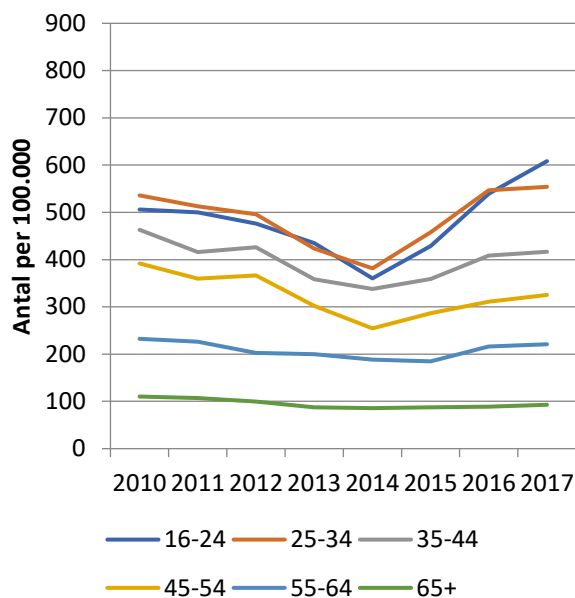
Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Figur 5.2.6 viser incidensraterne for besøg hos psykiater. Bemærk, at vi her ikke har medtaget incidensrater for den yngste aldersgruppe, da incidensen her er så lav, at vi ved at medtage dem vil forbryde os mod Danmarks Statistiks regler for afrapportering af resultater baseret på registerdata. Resultaterne her modsvarer resultaterne fra figur 5.2.5, idet vi også her kan se en stigning blandt de unge og et fald for de ældre aldersgrupper. Figuren har dog også et bemærkelsesværdigt knæk omkring år 2014, et knæk der især manifesterer sig for de fire yngste aldersgrupper.

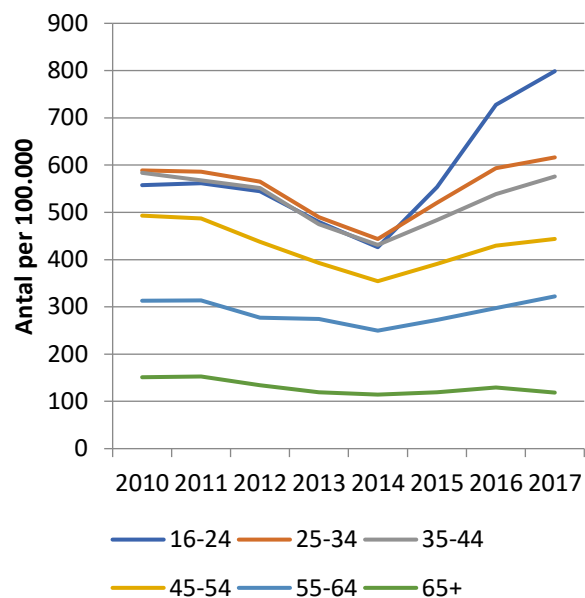


Figur 5.2.6: Incidens, besøg hos psykiater, 2007-2017

A: Mænd



B: Kvinder



Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Af ovenstående figurer er det tydeligt at se, at der sker noget med brugen af psykolog- og psykiaterhjælp i perioden fra 2010 til 2017, hvilket primært ses afspejlet i prævalensraterne for besøg hos psykolog og incidensraterne for besøg hos psykiater. Disse udviklinger kan afspejle et øget behov for denne type hjælp, men kan også, som vi senere vil diskutere, afspejle ændringer i tilskudsregler og behandlingsgarantier i systemet.

### 5.2.3. Prævalens og incidens, specifikke diagnoser

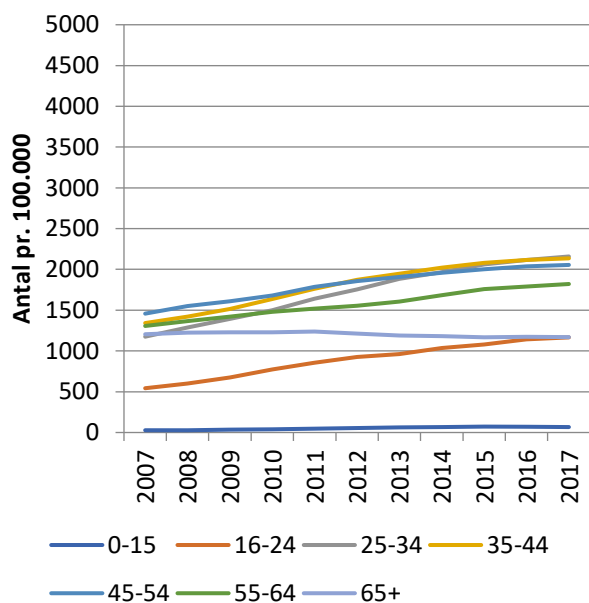
I det følgende vil vi præsentere en række figurer for udviklingen i prævalens og incidens indenfor bestemte diagnoser (både hoved- og bidiagnoser) givet i forbindelse med kontakter til psykiatrien, dvs. i forbindelse med ambulante besøg, del- eller heldøgnsindlæggelser på de psykiatriske hospitaler i Danmark. Vi kigger på udviklingen i perioden 2007 til 2017 i diagnoserne: Depression (ICD-10: F32, F33), angst (ICD-10: F40-F44), stress (ICD-10: F43), spiseforstyrrelser (ICD-10: F50) og ADHD (ICD-10: F90, F988C). Det er diagnoser, som fylder meget i den samlede sygdomsbyrde indenfor det mentale område (jf. rapporten Sygdomsbyrden i Danmark, 2015), og som mange betragter som tæt knyttet til de lidt mere subjektive begreber som mentalt velbefindende, som belyses i spørgeskemaundersøgelserne – dog uden at vi her vil postulere, at der er tale om forskellige grader af samme fænomen. Det er samtidig diagnoser, som man i hvert fald traditionelt har betragtet som mere afhængige af miljømæssige og kontekstuelle forhold end de noget tungere sindslidelser skizofreni, autisme og bipolare lidelser.

### 5.2.3.1. Prævalens og incidens, depression

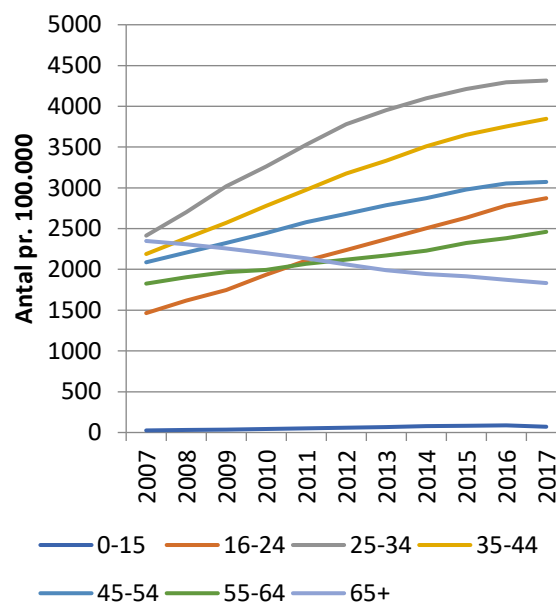
Figur 5.2.3 nedenfor viser prævalensen af depression for mænd hhv. kvinder i perioden fra 2007 til 2017. Vi genfinder her den velkendte forskel mellem mænd og kvinder, hvor kvindernes prævalens er væsentligt højere end – og i mange tilfælde næsten dobbelt så høj som – mændenes. Bemærk dog, at hvor den overordnede prævalens, som vi diskuterede ovenfor, var højest for de 16-24-årige mænd og de 25-32-årige kvinder, er den overordnede prævalens for depression højest for de 25-34-årige og de 35-44-årige og hermed for de lidt ældre unge. Stigningen mellem 2007 og 2017 er størst for de yngste aldersgrupper, idet prævalensen blandt kvinder mellem 0 og 15 år stiger med en faktor 2,8, mens prævalensen for mænd i samme aldersgruppe stiger med en faktor 2,5. For de 16-24-årige er stigningen på en faktor 2,0 for kvinder og 2,2 for mænd, mens den ligger på 1,8 for de 25-34-årige kvinder og mænd. Det er således ikke i de aldersgrupper, hvor vi har den højeste prævalens, at stigningen er mest markant.

Figur 5.2.3: Prævalens, depression, 2007-2017

A: Mænd



B: Kvinder

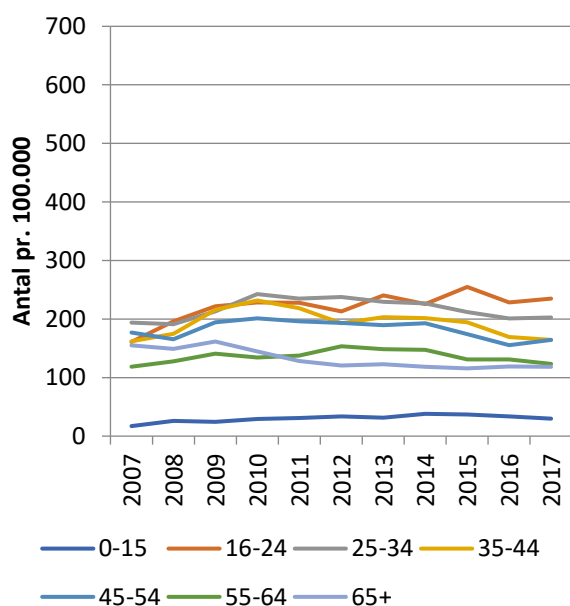


Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

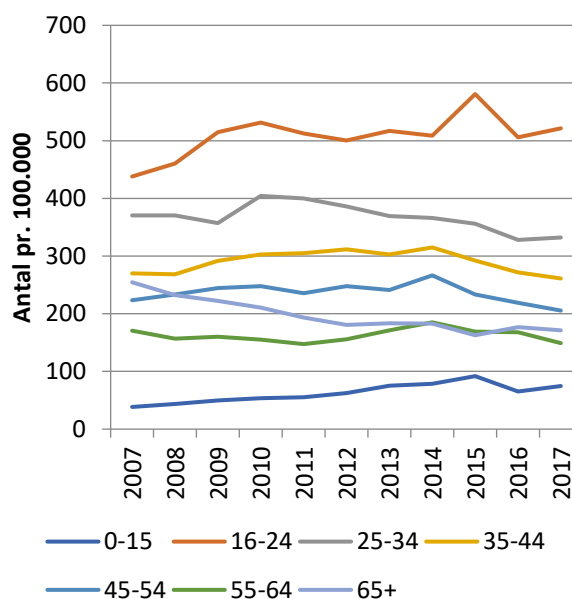
Figur 5.2.4 nedenfor viser incidens for depression for mænd og kvinder i de syv aldersgrupper. I tråd med hvad vi så i figur 5.2.3, er der heller ikke her tale om en dramatisk udvikling, hvor incidensen stiger voldsomt over tid. Faktisk er der tale om let faldende incidensrater for kvinder (hvor ændringerne består i en faktor 1 svarende et til konstant niveau) og svagt stigende rater for mænd (svarende til stigninger af en faktor 1,1). For de to yngste aldersgrupper (0-15-årige/16-24-årige) ser vi dog stigninger på en faktor 1,9/1,2 for kvinderne og 1,8/1,5 for mændene.

Figur 5.2.4: Incidens, depression, 2007-2017

A: Mænd



B: Kvinder



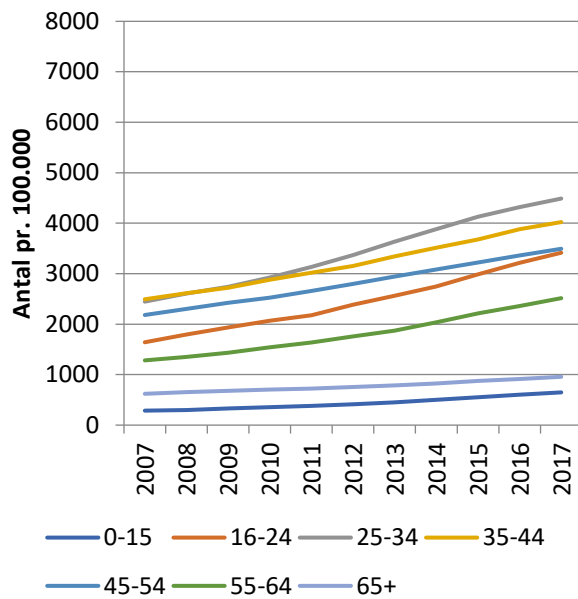
Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

### 5.2.3.2. Prævalens og incidens, angst

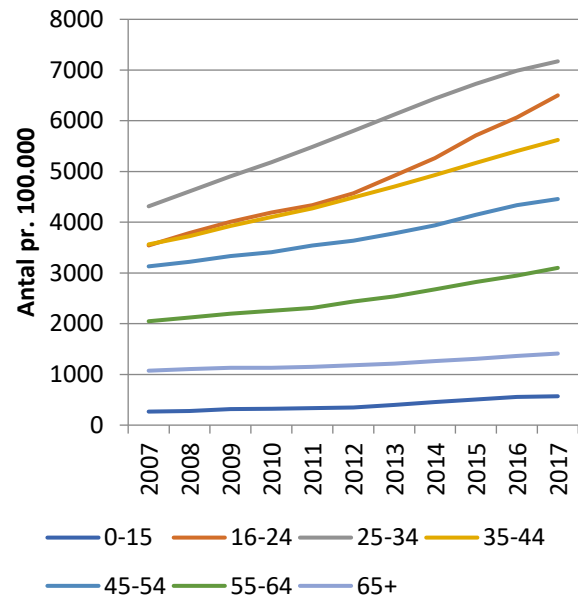
Figur 5.2.5 nedenfor viser udviklingen i prævalensen af angst fra 2007 til 2017. Sammenlignet med udviklingen i depression i figur 5.2.3 ovenfor ser vi her en mere lineær progression, hvor kurverne ikke på samme måde ser ud til at knække i de senere år. For de yngre mænd og yngre kvinder (0-15-årige og 16-24-årige) er der tale om, at prævalensen fordobles i perioden. For de lidt ældre unge – dem fra 25-34 år – og de voksne fra 35-44 år stiger prævalensen med en faktor 1,6-1,8. Det skal hermed bemærkes, at vi i denne henseende ikke har mindre grund til at være bekymret for de unge mænd end for de unge kvinder. For de øvrige aldersgrupper ligger stigningen mellem 2007 og 2017 på mellem 1,3 og 2,0, og igen ser vi de største stigninger blandt mændene.

Figur 5.2.5: Prævalens, angst, 2007-2017

A: Mænd



B: Kvinder

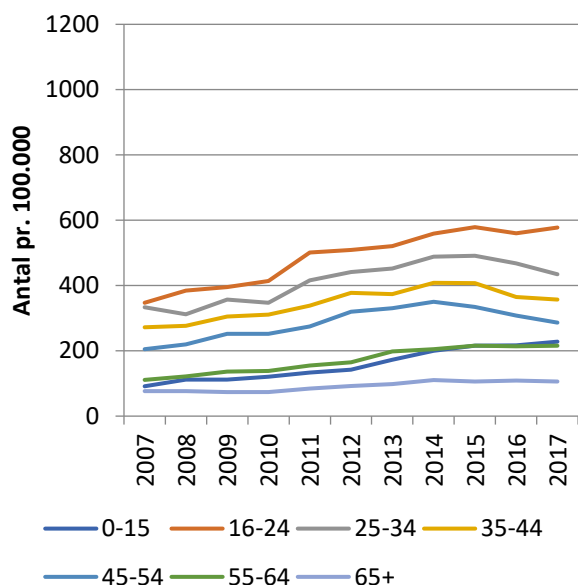


Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

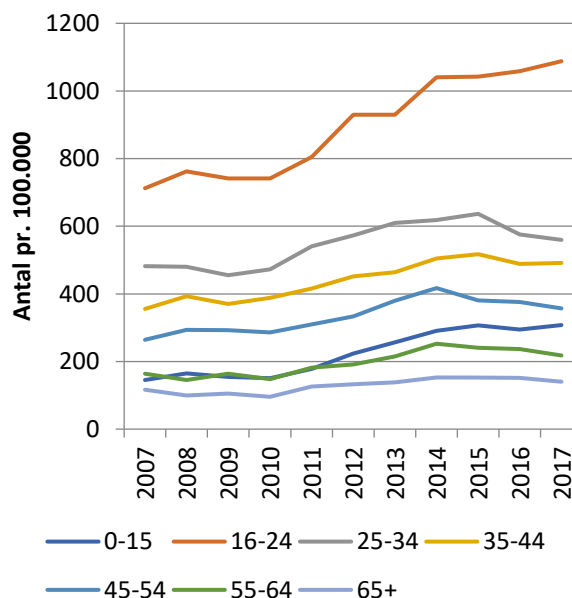
Figur 5.2.6 nedenfor viser udviklingen i incidens for angst, for mænd og kvinder. Som man kunne forvente på baggrund af den ovenstående figur 5.2.5 for prævalens, stiger også incidensen for denne psykiske lidelse i observationsperioden. Mest markant er udviklingen for de unge 16-24- og 25-34-årige, selvom også stigningen blandt de helt unge mellem 0 og 15 år er værd at bemærke. Kurverne knækker dog omkring 2014/2015, hvorfor den mest dramatiske stigning ser ud til at have fundet mellem 2010 og 2014/15 (dog især for det unge). Dog stiger kurverne for flere aldersgrupper igen fra 2016 til 2017, hvilket også er tilfældet for gruppen med den højeste prævalens for angst nemlig de 16-24-årige mænd og kvinder.

Figur 5.2.6: Incidens, angst, 2007-2017

A: Mænd



B: Kvinder



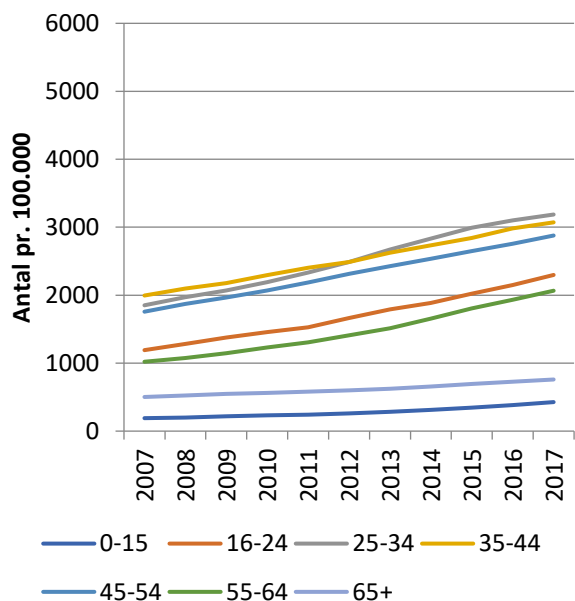
Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

### 5.2.3.3. Prævalens og incidens, stress

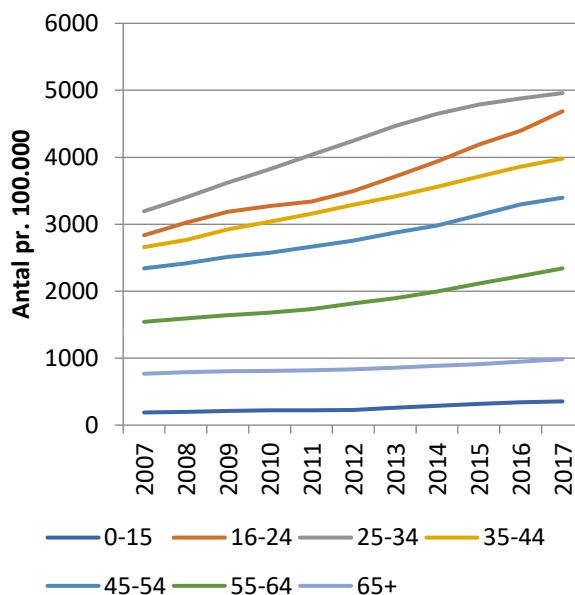
I de to paneler af nedenstående figur 5.7.2 ses prævalensen af stressdiagnoser i det psykiatriske system fra 2007 til 2017 for mænd og kvinder. Vi ser nærmest parallelle stigninger for alle aldersgrupper svarende til, at de fleste aldersgrupper oplever stigninger i prævalens på 50 procent eller derover (svarende til en faktor 1,5). Det er samtidig værd at bemærke, at stigningerne i alle tilfælde er størst for mændene (stigningen ligger mellem en faktor 1,5 for de 35-44-årige til en faktor 2,2 for de 0-15-årige), selvom den faktiske prævalens er højest for kvinderne. For kvinderne ligger stigningen på mellem 1,3 og 1,9. Det er samtidig værd at bemærke, at for både mænd og kvinder finder vi også stigninger blandt de lidt ældre aldersgrupper. De 55-64-årige kvinder oplever således en stigning i prævalens på 1,5, mens prævalensen stiger med en faktor 2,0 for mænd i samme aldersgruppe.

Figur 5.7.2: Prævalens, stress, 2007-2017

A: Mænd



B: Kvinder

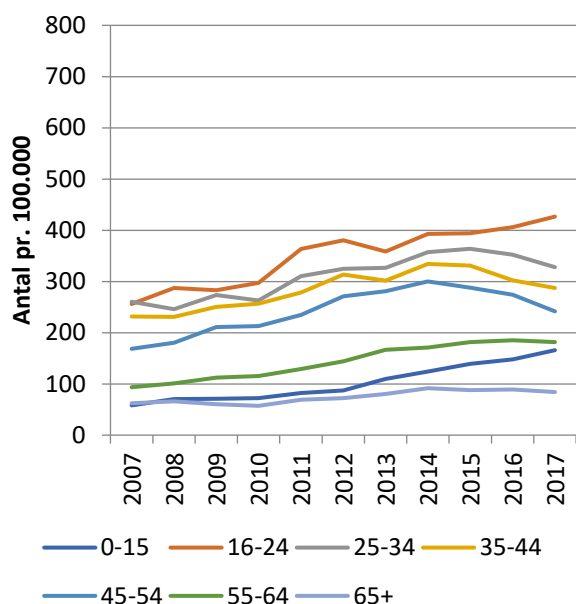


Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

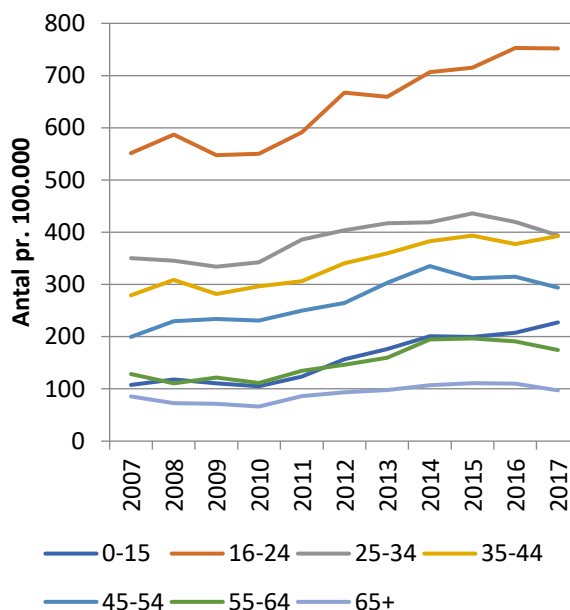
I figur 5.2.8 ses incidensraterne for stressdiagnoser i det psykiatriske system fra 2007 til 2017 for mænd og kvinder. Udviklingen følger på mange måder de udviklinger, vi har set i de foregående figurer, hvor der ser ud til at ske en stigning frem til 2014, hvorpå kurven knækker. Knækket er dog i dette tilfælde særligt tydeligt for mænd, men ikke-eksisterende for mænd i den yngste aldersgruppe. For kvinder er 2014-knækket mindre udtalt, især idet det ikke er markeret ved et efterfølgende fald i incidensrater, men snarere ved en flad kurve. Samtidig ser vi også her en fortsat stigning i incidensraterne for kvinder i aldersgrupperne 0-15 år og 16-24-år. Det er dog værd at bemærke, at hvor prævalensraterne for mænd steg kraftigere end prævalensraterne for kvinder, så er stigninger i incidensraterne for de to køn mere ens.

Figur 5.2.8: Incidens, stress, 2007-2017

A: Mænd



B: Kvinder



Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

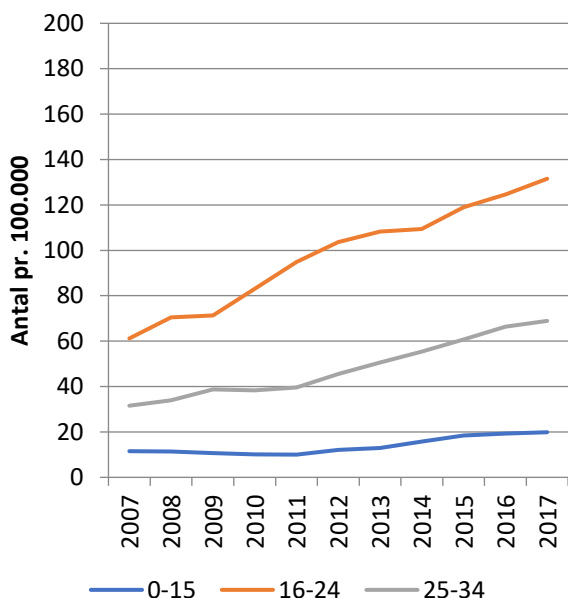
#### 5.2.3.4. Prævalens og incidens, spiseforstyrrelser

De næste figurer viser prævalens og incidens i spiseforstyrrelser, og bemærk, at vi her kun fokuserer på de yngste aldersgrupper. Denne fokus skyldes, at prævalens og incidensraterne i de øvrige aldersgrupper for denne diagnose er så lave, at tallene i nogle år afspejler grupper, der er for små til at kunne rapporteres (jf. Danmarks Statistiks regler for brug af registerdata til forskningsbrug).

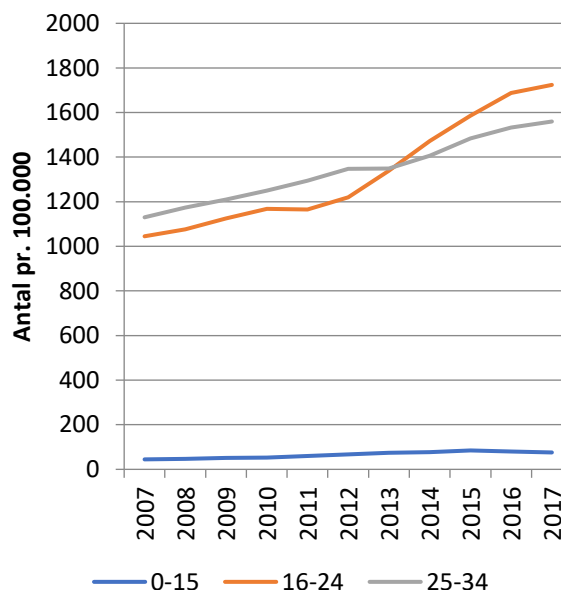
For de aldersgrupper vi kan vise, ligner udviklingen meget det, vi har set for de øvrige diagnoser, idet der sker en stigning i prævalensen fra 2007 til 2017 (figur 5.2.9), selvom det dog er værd at bemærke at kønsforskellene for denne diagnose er langt større end, hvad vi har set for de andre diagnoser. I 2017 er prævalensen højst for de 16-24-årige, hvilket stemmer udmærket overens med vores viden om debutalderen for denne sygdom. Det er dog samtidig værd at bemærke, at før 2013 ligger kvinder i aldersgruppen 25-34 år højst. Det kan samtidig bemærkes, at stigningen er mest dramatisk for de unge mænd (for mænd mellem 25- og 34-år stiger prævalensen med en faktor 2,2 fra 2007 til 2017), selvom den faktiske prævalens er markant højere for de unge kvinder. For kvinderne er stigningen i prævalensen størst blandt det 0-15-årige (faktor 1,7), og således aftager stigningen med alderen, mens den for mænd er lavest for de 0-15-årige (faktor 1,7) og stiger med alderen. Samtidig ser stigningen ud til at flade ud for kvinderne efter 2015, mens den fortsætter for mændene.

Figur 5.2.9: Prævalens, spiseforstyrrelser, 2007-2017

A: Mænd



B: Kvinder



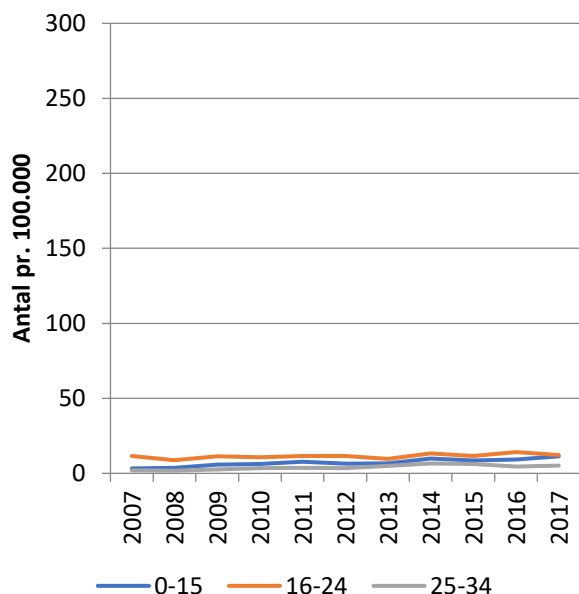
Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Incidensen for spiseforstyrrelser vises i figur 5.2.10. Bemærk, at der er så stor forskel på de to køns incidensrater, at det ikke giver mening at vise dem med samme y-akse, hvorfor y-akserne her er forskellige for mænd og kvinder. I figuren ser vi en noget ujævn stigning for mændene, der nok i højere grad afspejler lave rater end en uklar udvikling. For den yngste aldersgruppe af mænd er stigningen endda relativt markant og svarer til en tredobling hen over perioden (faktor 3,5). Samtidig er incidensraterne næsten konstante for mænd mellem 16 og 24 år (faktor 1,1). Udviklingen for kvinder vidner om en noget mindre stigning, idet incidensraterne for den yngste aldersgruppe stiger med en faktor 2, mens stigningen for de to andre aldersgrupper ligger på 1,3 hhv. 1,2. Herudover ser vi et stort fald fra 2015 til 2016 for de to ældste aldersgrupper. Igen skal man dog være varsom med tolkningen på grund af de lave incidensrater og den risiko for tilfældige fluktuationer i tallene, som de med stor sandsynlighed giver anledning til.

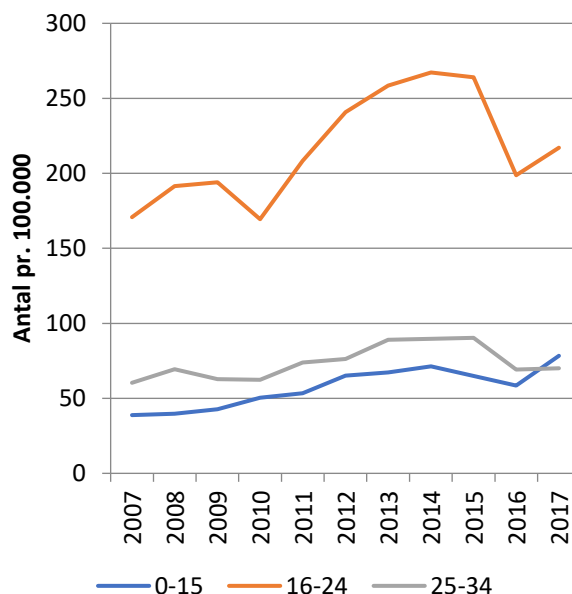


Figur 5.2.10: Incidens, spiseforstyrrelser, 2007-2017

A: Mænd



B: Kvinder



Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

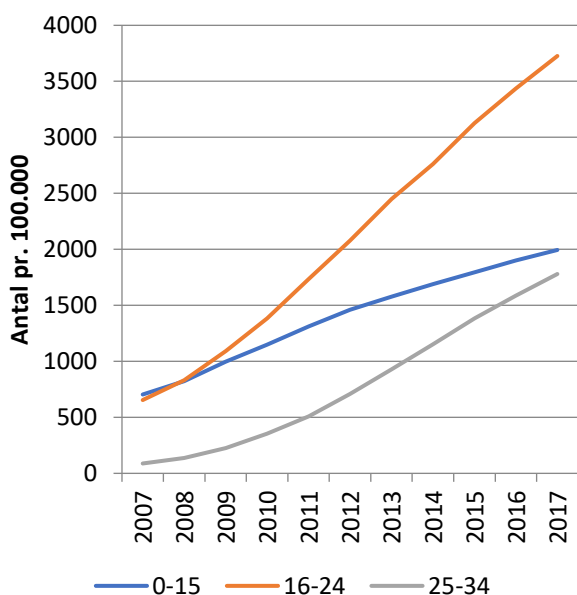
### 5.2.3.5. Prævalens og incidens, ADHD

De næste figurer viser udviklingen i prævalens og incidens for ADHD-diagnoser. Igen er det kun muligt at vise udviklingen for de tre yngste aldersgrupper af hensyn til Danmarks Statistiks regler for brug af registerdata. Med udgangspunkt i vores forståelse for debutalderen for ADHD giver det dog god mening at fokusere på netop disse aldersgrupper her.

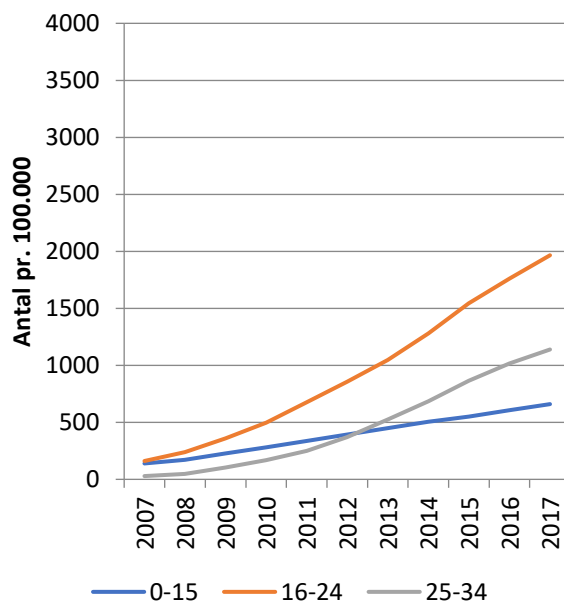
Som man kan se af nedenstående figur (5.2.11) stiger prævalensen af denne diagnose ret markant i hele perioden for både mænd og kvinder. Dette resultat stemmer meget godt overens med, at det var en diagnose, man først for alvor begyndte at bruge i starten af dette årtusinde, og som man først har kunne behandle medicinsk i de efterfølgende år (jf. kapitel 4). Men selvom niveauet overordnet set er størst for mænd, er stigningen i prævalens størst for kvinder. Således ligger stigningen i den yngste aldersgruppe på faktor 4,7 for kvinder og 2,8 for mænd og på en faktor 39,7 for kvinder og 20,2 for mænd i den ældste aldersgruppe (de 25-34-årige). Man bør dog bemærke, at stigningen ser ud til at aftage i de senere år især for den yngste og den ældste aldersgruppe blandt kvinderne og for den yngste aldersgruppe af mændene.

Figur 5.2.11: Prævalens, ADHD, 2007-2017

A: Mænd



B: Kvinder

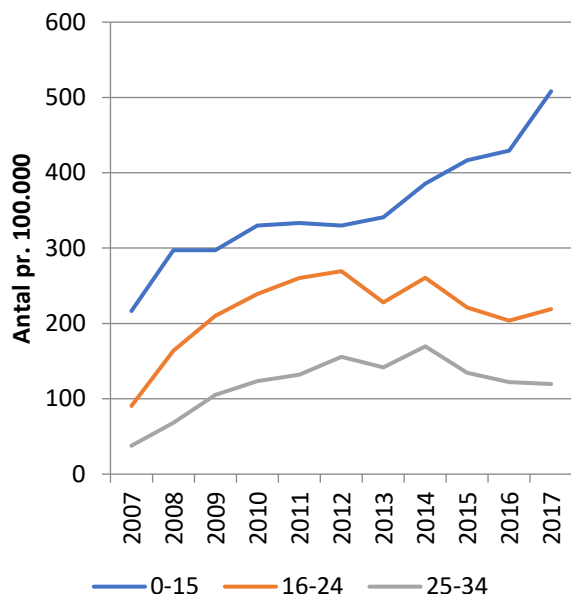


Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

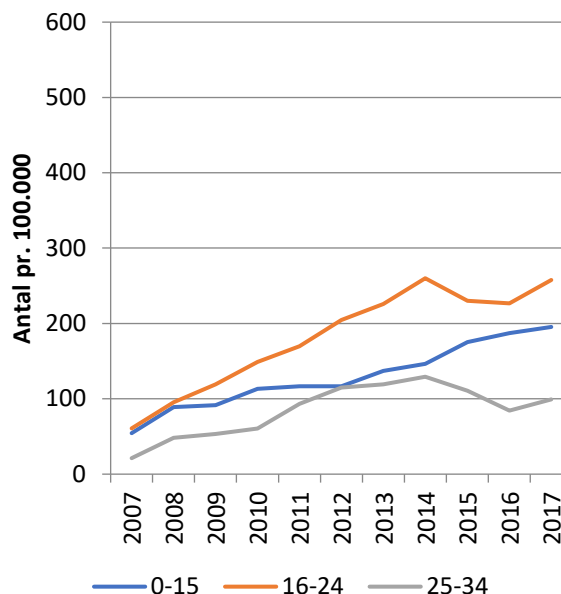
Figur 5.2.12 viser incidensen for ADHD, og figuren følger meget godt den udvikling, vi så i prævalensen for ADHD, selvom stigningerne her ikke er helt så voldsomme. For kvinderne stiger incidensraterne fra en faktor 3,6 for den yngste gruppe til en faktor 4,7 for den ældste aldersgruppe, og for mænd ligger stigningen på en faktor 2,4 for den yngste aldersgruppe og på en faktor 3,2 for den ældste aldersgruppe. Vi ser dog også her et ret tydeligt knæk i 2014, hvor incidensen begynder at falde for de to ældste aldersgrupper.

Figur 5.2.12: Incidens, ADHD, 2007-2017

A: Mænd



B: Kvinder



Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

### 5.2.3.6. Udviklingen i selvmordshandlinger

De sidste figurer, vi viser i dette afsnit, beskriver udviklingen i selvmordshandlinger fra 2007 til 2017. Vi bestemmer selvmord og selvmordshandlinger med udgangspunkt i data fra Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret og læner os op ad den definition, som anvendes af Center for Selvmordsforskning<sup>13</sup>. Vi bestemmer således selvmord og selvmordsforsøg som registreringerne med kontraktårsag 4/EUW samt diagnosekoderne X60-X84 og Y870.

Figur 5.2.13 viser i den forbindelse antallet af selvmordshandlinger blandt mænd hhv. kvinder, og vi medtager her både fatale og ikke-fatale handlinger. Bemærk, at tallene repræsenterer selvmordshandlinger, og ikke antallet af personer der begår handlingerne. Da nogle personer optræder med flere selvmordshandlinger, er antallet præsenteret her, større end det antal personer, der har begået handlingerne.

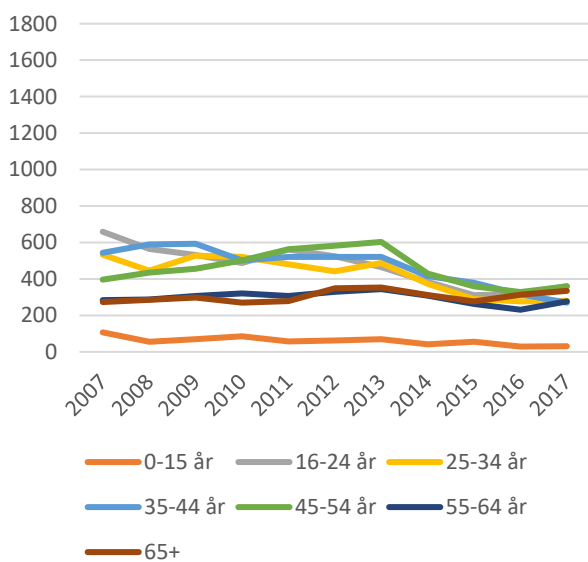
Som man kan se af figuren, ligger kvinder højere end mænd, og det er især kvinder mellem 16 og 24 år, som skiller sig ud. For kvinderne bør man dog også bemærke, at de helt unge (0-15 år) går fra at ligge i bund sammen med de to ældste aldersgrupper (55-64 år og 65+ år) til efter 2013 at ligge i midten sammen med de 25-34-årige, de 35-44-årige og de 45-54-årige. For mændene ligger de helt unge (0-15 år) konsistent i bund, mens de ældste aldersgrupper (55-64 og 65+) smelter sammen med de øvrige aldersgrupper efter år 2013 –

<sup>13</sup> <https://selvmordsforskning.dk/wp-content/uploads/sites/2/2020/02/Baggrund-for-data-i-Register-for-Selvmod-og-Register-for-Selvmodsforsog.pdf>

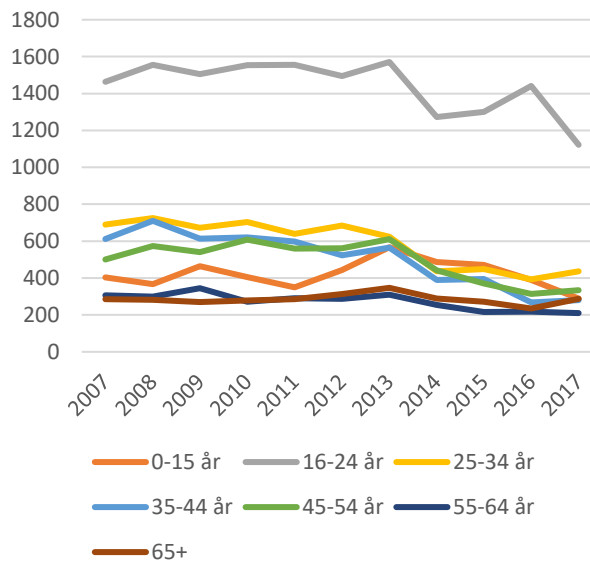
en udvikling der dog skyldes de øvrige aldersgruppers fald i selvmordshandlinger. Det udtalte knæk, som vi ser fra 2013 til 2014, skyldes med stor sandsynlighed ændringer i, hvordan smertestillende medicin pakkes og sælges, smertestillende medicin som traditionelt har været anvendt i forbindelse med selvmordshandlinger.

Figur 5.2.13: Selvmordshandlinger (fatale og ikke-fatale), 2007-2017

A: Mænd



B: Kvinder



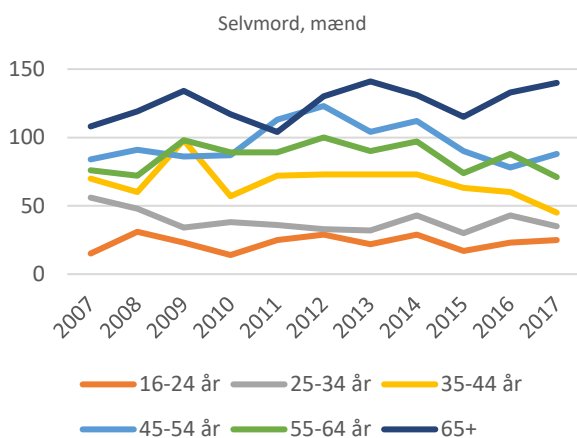
Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik, Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret.

Figur 5.2.14 nedenfor viser udviklingen i selvmord i perioden fra 2007 til 2017. Her er der altså tale om fatale selvmordshandlinger, og her er antallet af selvmord et givent år dermed lig med antallet af personer, der dør som følge af selvmord i det pågældende år. Bemærk, at vi i henhold til reglerne for brug af registerdata ikke viser antal fatale selvmord, hvor dette er lig med eller mindre end 5 i en gruppe (defineret ved køn og alder), og at vi derfor ikke viser udviklingen blandt de 0-15-årige og undlader at vise hele fordelingen for kvinder i de to yngste aldersgrupper (16-24 år og 25-34 år).

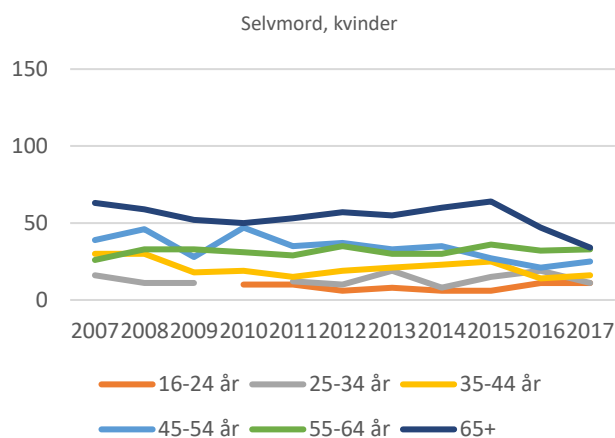
Som man kan se af figuren, ligger mænd nu højere end kvinder, og der er således flere fatale selvmord blandt mænd, selvom der er flere selvmordshandlinger blandt kvinderne. Vi kan også bemærke, at hvor der skete et markant fald i antallet af selvmordshandlinger hen over perioden fra 2007 til 2017 – med et udtalt knæk mellem 2013 og 2014 – synes antallet af fatale selvmordshandlinger at være mere konstant eller i hvert fald at udvise et mindre udtalt og mindre konsistent mønster over tid.

Figur 5.2.14: Selvmord, 2007-2017

Panel A: Mænd



Panel B: Kvinder



Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik, Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret.

På baggrund af ovenstående figurer ser selvmordshandlinger således ud til at have forskellig karakter for mænd og kvinder – noget der fx kan skyldes, at mænd og kvinder ikke anvender de samme metoder.

#### 5.2.4. Opsummerende om udviklingen i diagnoser

Som vi har illustreret ovenfor, er der parallelt med forværringen af især unge menneskers selvrapporterede mentale helbred også sket en stigning i prævalens og incidens af alle de psykiatiske diagnoser, vi har fokuseret på her med undtagelse af depression. Hvor kvinderne gennemgående set har de højeste prævalensrater, er stigningerne over tid størst for mændene (dog med undtagelse af ADHD), hvilket er et interessant fund, der stemmer godt overens med det, vi så for mændene under de selvrapporterede mål for mental sundhed (kapitel 2 og 3).

Samtidig synes incidensen i mange tilfælde at falde efter 2014, og antallet af selvmordshandlinger falder fx som følge af pakningsbegrænsninger i svage smertestillende midler. Udviklingen i diagnoser kan på den ene side skyldes, at flere borgere har fået det dårligere og på den anden side, at samfundets normer har ændret sig, så der er sket en afstigmatisering af psykiske problemer.

Det er dog vigtigt at holde sig for øje, at det, vi ser i de ovenstående figurer (med undtagelse af figurerne for selvmordshandlinger), er et udtryk for sundhedssystemets reaktion på – og muligheder for at reagere på – befolkningens behov for behandling. Hermed er den udvikling, vi ser i prævalens og incidens indenfor de psykiatiske diagnoser ikke udelukkende et udtryk for ændringer i befolkningens mentale sundhed. Udviklingen er også et udtryk for mulighederne for at blive behandlet i sundhedssystemet, altså sundhedssystemets kapacitet.

Hvor det kan være vanskeligt at afgøre, hvilken forklaring der vejer tungest, er det alligevel tankevækkende, at antallet af selvmordshandlinger falder i samme periode. En forsigtig tolkning på disse modsatrettede tendenser kan være, at den øgede behandling af personer med psykiske problemer øger deres mentale sundhed til et niveau, hvor behovet for at bruge selvmordshandlinger som et råb om hjælp reduceres. Samtidig sker faldet også hen over en periode, hvor pakningsbegrænsninger i forbindelse med smertestillende håndkøbsmedicin (som fx Pamol og Panodil) vanskeliggør en af de tidligere meget anvendte metoder til selvmordshandlinger.

### **5.3. Kan udviklingen skyldes andre forhold end øget forekomst af psykisk sygdom?**

Gennem de seneste 15 år har den del af sundhedssystemet, som har til formål at behandle psykisk sygdom blandt både børn og voksne, undergået en række forandringer. Forandringerne synes at være båret af ændringer i hvem, der har ansvaret for henvisninger og behandlinger og af mangel på og efterfølgende tilførsel (dog begrænset) af ressourcer til området. Sidst synes det også at være et område, hvor tilbuddene og patientrettighederne langt hen ad vejen har haltet efter tilbuddene på det somatiske område, og hvor man har forsøgt at stramme op med det somatiske område som forbillede, fx gennem indførelsen af udrednings- og behandlingsgaranti. Vi vil i det følgende skitsere disse ændringer i kronologisk rækkefølge dog uden at gå i detaljer.

**Kommunalreformen:** En første forandring indenfor området er kommunalreformen i 2006. Forud for reformen varetog PPR og socialforvaltningerne en stor del af udrednings- og støttearbejdet indenfor børne- og ungeområdet, men reformen sætter disse institutioner under pres, og mange flere børn og unge henvises direkte til det psykiatriske system. Hermed overdrages en opgave, der før lå i kommunalt regi til det psykiatriske system, og det skaber øgede ventelister og et deraf følgende behov for kapacitetsudvidelser (Sundhedsstyrelsen, 2008).<sup>14</sup> Samtidig med kommunalreformen nedlægges amterne, og mange af amternes sundhedsrelaterede opgaver overgår til de fem nye regioner. Også denne overdragelse af opgaver fra den veletablerede amtsstruktur til den nyetablerede regionsstruktur kan have reduceret effektiviteten i sundhedssystemet (om ikke andet, så midlertidigt) og være en medvirkende faktor i forbindelse med de øgede ventelister.

**Nye sundhedslov i 2007:** Kort efter kommunalreformen i 2007 kommer den nye sundhedslov, hvor der blandt andet indføres en udvidet ret til undersøgelse og behandling i psykiatrien. Den udvidede ret gives, fordi man vurderer, at der finder en omfattende underbehandling sted i det psykiatriske system, en underbehandling der især rammer unge og resourcesvage borgere. I en rapport fra NFA fra 2010 vurderes

---

<sup>14</sup> <https://www.sst.dk/-/media/Viden/Specialplaner/Specialplan-for-børne--og-ungdomspsykiatri/Specialerapport-for-Boerne-og-ungdomspsykiatri.ashx?la=da&hash=E8227974E229EBCEEE4F1499B7D64C7E402F24D2>

det fx, at kun halvdelen af personer med psykiske lidelser kommer i behandling. Fordi den udvidede ret har til hensigt at få bugt med en underbehandling og ikke nødvendigvis afspejler et stigende behov for behandling, vil den udvidede behandlingsret i psykiatrien, såfremt den bliver imødekommet i systemet, øge prævalensen af psykisk sygdom i Danmark, uden at det afspejler en underliggende forværring af danskernes mentale sundhed (NFA, 2010; Sundhedsstyrelsen, 2008).<sup>15</sup> Indførelsen af behandlingsretten i 2007 modsvares meget godt af de stigende prævalens- og incidensrater, vi så i kontakter til psykiatrien i figur 5.2.1 og 5.2.2

**Flere specialeforløb indenfor psykiatrien:** Den udvidede ret til undersøgelse og behandling øger behovet for rekruttering og videreuddannelse af personale indenfor området på et tidspunkt, hvor dette område i forvejen lider af mangel på kvalificeret personale. Som reaktion på loven øger man allerede i 2008 antallet af uddannelsesforløb for speciallæger med speciale i børne- og ungdomspsykiatri, men fordi disse uddannelsesforløb tager tid, vil effekten af denne humankapitaludvidelse ske gradvist og først være fuldt udrullet i 2015 (Sundhedsstyrelsen, 2008). Den gradvise udrulning kan da også være en væsentlig faktor i at forstå, hvorfor prævalens- og incidensraterne for kontakter til psykiatrien udvikler sig jævnt over observationsperioden fra 2007 til 2017 (se figur 5.2.1 og 5.2.2), snarere end diskontinuert – man har simpelthen ikke mulighed for eller ressourcer til at ændre kapaciteten fra en ene dag til den anden. Det er dog samtidig værd at bemærke, at man siden 2007 løbende har nedlagt sengepladser i psykiatrien og således reduceret kapaciteten i den henseende.

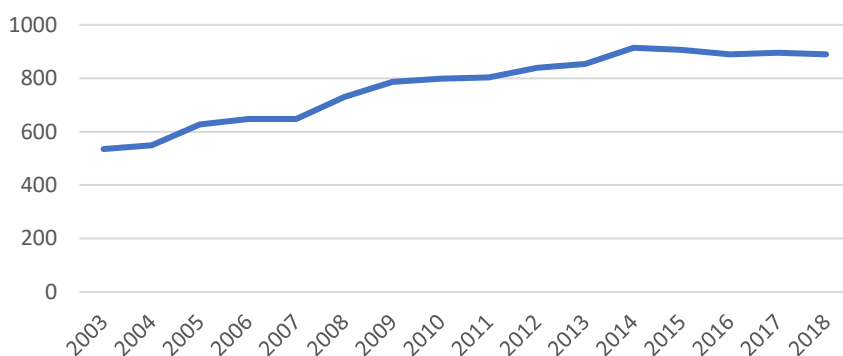
**Udvidelse af psykologordningen:** En anden vigtig forandring i, hvilke sundhedstilbud der er til rådighed for danskere med mentale sundhedsproblemer eller egentligt psykiske problemer, sker i 2008, hvor psykologordningen udvides til at omfatte let til moderat depression. I første omgang angår udvidelsen kun de 18-37-årige, men senere udvides ordningen til også at omfatte personer med angst (2011), og i 2012 blev ordningen udvidet til at omfatte alle over 18 år. Med psykologordningen kan man nu få offentligt tilskud gennem sygesikringen til psykologbehandling for disse lidelser, og det kan være forklaringen på, de stigende prævalensrater vi så i figur 5.2.3, for først aldersgrupperne 16-24, 25-34 og 35-44, og siden, fra 2012 for de ældre aldersgrupper. Med denne ordning kan man på den ene side forestille sig, at presset på det psykiatriske system letter, idet personer med let til moderat depression nu ikke dukker op i psykiatrien og ved, at den undergruppe af patienter, for hvem den lette til moderate depression kan udvikle sig til en tungere depression, nu bliver behandlet i tide. På den anden side kunne man dog også forestille sig, at ordningen kan øge belastningen på psykiatrien ved at flere måske herigennem bliver gjort bekendt med, at de har en depression eller angsttilstand, som kræver behandling i det psykiatriske system. Det er samtidig bemærkelsesværdigt, at hvor incidensraterne blandt mænd og kvinder over 35 år stiger med udvidelsen i 2012, knækker de for de 16-24-årige og de 25-34-årige (mænd og kvinder) fra 2012 til 2013 og altså lige

---

<sup>15</sup> <https://www.cabiweb.dk/media/1634/hvidbog-mentalt-helbred.pdf>

præcist på det tidspunkt, hvor alle nu er omfattet af tilskudsordningen. En forsigtig tolkning af dette mønster kan være, at man med den sidste udvidelse af psykologordningen i 2012 rammer den maksimale kapacitet blandt psykologer med ydernumre (dvs. som er omfattet af psykologordningen), og at ordningen ikke også fører til en udvidelse af denne kapacitet. Nedenstående figur 5.3.1 viser i den forbindelse udviklingen i antallet af ydernumre fra 2003 til 2018, og hvor vi kan se en stigning i antallet af psykologer med ydernummer fra 2003 til 2013, er kurven flad fra 2013 og frem. Så hvor psykologordningen i princippet kunne føre til væsentligt større efterspørgsel efter psykologbesøg, er udbuddet noget nær konstant. Det er på den baggrund vanskeligt at tolke ændringerne i andelen, der har besøgt en psykolog, som et udtryk for danskernes behov for psykologhjælp – og herigennem deres mentale sundhed - idet disse ændringer nok i højere grad er et udtryk for kapaciteten i systemet. Man skal dog i denne sammenhæng være opmærksom på, at vi her ikke har tal for besøg hos en psykolog, som ikke er omfattet af den offentlige tilskudsordning.

Figur 5.3.1: Udviklingen i antal psykologer med ydernummer, 2003-2018



Note: Figuren er sammenstykket af oplysninger fra "Kortlægning og analyse af tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren" (2015)<sup>16</sup> for årene 2003 til 2013, og "Faktaark for psykologerne"<sup>17</sup> fra regioner.dk for årene 2013-2018.

**Behandlingsgaranti:** Som en sidste væsentlig ændring indføres en egentlig behandlingsgaranti per 1. september 2014. Denne garanti medfører, at patienter nu har krav på at blive udredt indenfor 60 dage efter henvisning fra egen læge, og allerede fra 1. september 2015 blev behandlingsgarantien ændret til 30 dage (<https://www.regionssaelland.dk/nyheder/Sider/Ny-udredningsret-og-behandlingsgaranti-for-psykiatrien-er-traadt-i-kraft.aspx>). Der er med stor sandsynlighed denne behandlingsgaranti, vi ser afspejlet i den synlige stigning i incidensraterne fra 2013 til 2014 for kontakter til psykiatrien (figur 5.2.2), og i den kontinuerlige stigning i prævalensraterne (figur 5.2.1). Med garantien følger også retten til at blive udredt i privat regi, hvis

<sup>16</sup> <https://www.vive.dk/media/pure/8951/2041457>

<sup>17</sup> <https://www.regioner.dk/media/5450/faktaark-for-psykologerne-2017.pdf>



der opstår for lange ventetider i det offentlige system. Og som vi har nævnt tidligere i dette afsnit er det psykiatriske system allerede på dette tidspunkt presset af tidligere udvidelser af patienternes rettigheder indenfor området. Derfor er retten til at blive udredt privat en sandsynlig forklaring på den store stigning i incidensraterne for besøg hos psykiater fra 2014 og frem, som vi så i figur 5.2.6, idet de tidsmæssigt falder sammen med indførelsen af behandlingsgarantien.<sup>18</sup> Men uanset hvor mange, der opsuges i privat regi som følge af lange ventelister, er behandlingsgarantien en sandsynlig medvirkende faktor for stigningen i både prævalens og incidensraterne. Samtidig er det værd at bemærke, at selvom området har fået tilført flere ressourcer henover samme periode – fx i form af et permanent løft med den ekstraordinære satspuljeaftale fra 2014 på 300 millioner svarende til 3,5 procent af udgifterne i 2016 – så er udgifterne pr. patient faldet med knap 10 procent fra 2010 til 2016 (Lægeforeningen, 2017<sup>19</sup>). Hermed er det ikke givet, at behandlingsgaranti og flere speciallægeforløb giver bedre behandling for den enkelte patient.

*Ændret behov for diagnoser:* En relateret problematik, som ofte dukker op i diskussionerne om udviklingen i diagnoser, men som er vanskelig at tidsfæste, er, at der er sket en øget efterspørgsel efter at få en diagnose, fordi det at have en diagnose i stigende grad udløser en række rettigheder – idet fx det at blive diagnosticeret med skizofreni eller borderline personlighedsforstyrrelse kan have betydning for ens rettigheder til sociale ydelser. I tråd hermed er der flere, som peger på, at forældre i stigende grad presser på for at få deres børn udredt i det psykiatriske system (KL, 2019),<sup>20</sup> for på trods af at serviceloven ikke laver en direkte kobling mellem diagnoser og ret til hjælp, så letter en diagnose vejen til hjælp (Berlingske, 2019<sup>21</sup>; KL, 2018).<sup>22</sup> Andre nævner i den forbindelse, hvordan Inklusionsloven fra 2012 presser folkeskolen i en sådan grad, at en diagnose af de vanskeligste af børnene kan udløse flere ressourcer, hvilket kan give forældre, men måske især også skoler, et incitament til at opsøge en diagnose (Kristelig Dagblad, 2016<sup>23</sup>).

Indenfor de seneste 10-15 år har der således været fokus på at udvikle det psykiatriske sundhedssystem og på befolkningens behov for psykiatrisk behandling. Det har på den ene side ført til et øget pres på systemet i form af udrednings- og behandlingsgarantien og på den anden til øget tilførsel af ressourcer til området, dog uden at denne ressourcetilførsel til fulde har afspejlet det øgede behov. Det er således ikke entydigt, at de stigende prævalens- og incidensrater angivet ovenfor er et udtryk for, at flere og flere danskere har psykiske lidelser. Man må i stedet nøjes med at konkludere, at flere og flere danskere har fået mulighed for at komme

---

<sup>18</sup> <https://sum.dk/Sundhed/Patientrettigheder/Udredningsret-og-udvidet-frit-sygehusvalg.aspx>

<sup>19</sup> <https://www.laeger.dk/psykiatri>

<sup>20</sup> <https://www.kl.dk/media/18596/borgere-med-psykiatriske-hospitals-diagnoser-2013-og-2018.pdf>

<sup>21</sup> <https://www.berlingske.dk/danmark/boern-faar-i-dag-stillet-langt-flere-psykiske-diagnoser-end-tidligere>

<sup>22</sup> <https://www.kl.dk/nyhed/2018/april/andelen-af-boern-og-unge-med-en-psykiatrisk-diagnose-fordoblet-paa-faa-aar/>

<sup>23</sup> [https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/voldsom-stigning-i-antallet-af-boern-med-psykiatriske-diagnoser?utm\\_source=Kristeligt+Dagblads+nyhedsbreve&utm\\_campaign=acc981636e-1611240947&utm\\_medium=email&utm\\_term=0\\_58a9ab1b8d-acc981636e-123911557&mc\\_cid=acc981636e&mc\\_eid=a9fd78a35b](https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/voldsom-stigning-i-antallet-af-boern-med-psykiatriske-diagnoser?utm_source=Kristeligt+Dagblads+nyhedsbreve&utm_campaign=acc981636e-1611240947&utm_medium=email&utm_term=0_58a9ab1b8d-acc981636e-123911557&mc_cid=acc981636e&mc_eid=a9fd78a35b)

i behandling for psykiske lidelser. Det er i den forbindelse interessant at se, at udviklingen indenfor depression ikke ligner udviklingen indenfor de øvrige områder, idet udviklingen i prævalensen her er mere flad i observationsperioden. Dette kan skyldes psykologordningen fra 2008/2012, hvor personer med let til moderat depression kan få tilskud til behandling hos psykologer, og hermed vil denne patientgruppe måske i mindre omfang have behov for at blive opsuget af kapacitetsudvidelserne i det psykiatriske system.

Betydningen af den øgede sundhedspolitiske fokus på det psykiatriske sundhedssystem for prævalens- og incidensraterne understøttes af en rapport fra Danske Regioner fra 2017, hvor man sammenligner udviklingen i aktiviteterne indenfor psykiatrien i de fem regioner. Her ser man fx, at antallet af unikke patienter i børne- og ungdomspsykiatrien stiger mellem 2013 og 2017 og mest i Region Nordjylland. Stigningen tolkes som et resultat af, at man har haft held til at besætte flere ledige lægestillinger og hermed har kunnet behandle flere børn og unge. På tilsvarende vis tolkes en stigning i antallet af ambulante besøg i Region Syddanmark som et resultat af, at psykiatrien her har fået tilført flere ressourcer (Danske Regioner, 2017).<sup>24</sup> Tolkningen er altså ikke, at børn og unge i de to regioner har fået det dårligere og derfor har fået behov for mere behandling, men at den øgede behandling skyldes øget kapacitet i systemet.

Som en sidste interessant krølle på forståelse af udviklingen af incidens og prævalens tolker rapporten fra Danske Regioner ikke nedgangen i brugen af voksenpsykiatrien mellem 2015 og 2016 som et udtryk for, at den voksne del af befolkningen har oplevet en forbedring i deres mentale sundhed i perioden, men at implementeringen af sundhedsplatformene har beslaglagt medarbejderressourcer fx i forbindelse med kursusaktivitet. Denne indsigt passer meget vel med de gennemgående knæk i de incidensrater, som vi så i figurerne over incidens fra 2015 til 2016, og igen er dette aspekt altså med til at understøtte pointen om, at udviklingen i brugen af de mentale sundhedsydelser ikke kun er drevet af udviklingen i efterspørgslen, men også af systemlogikker.

---

<sup>24</sup> <https://www.regioner.dk/media/11396/benchmarking-af-psykiatrien-2017.pdf>

## Kapitel 6: International udvikling i den mentale sundhed

Den negative udvikling i selvrapporteret mental sundhed og/eller forbruget af mentale sundhedsydelse findes ikke kun i Danmark. I dette afsnit ser vi nærmere udviklingen i et internationalt perspektiv, som de rapporteres i WHO's rapporter samt mere specifikt i studier fra de nordiske lande, Tyskland, England, Canada, USA, Australien og New Zealand. Vi har søgt på følgende nøgleord "mental health" "depression" "anxiety" "mental disorder". For at kunne kommentere på udviklingen blandt både børn/unge og voksne er søgeordene sat sammen med "children", "adolescent" og "change", "development". Det har for alle lande været muligt at finde flere studier, der undersøger fremkomsten af dårlig mental sundhed, men som det vil fremgå, undersøger færre studier udviklingen i mental sundhed blandt børn og unge.

Ifølge WHO og som beskrevet indledningsvist er psykiske lidelsers andel af den samlede sygdomsbyrde samt absolutte antal på globalt plan stigende, og der er tale om en stigning med betydelige sociale, sundhedsmæssige, menneskeretslige og økonomiske konsekvenser. Her udnævnes især depression som den førende årsag til funktionsnedsættelse på verdensplan. Stigningen kan dog delvis forklares ved stigende befolkningstal, samt at mange somatiske sygdomme kan behandles bedre og bedre, hvorved de fylder mindre i det samlede sygdomsbillede relativt til de psykiske lidelser. Ifølge WHO's egne tal ser der faktisk ud til at have været et lille fald af psykiske lidelser over de seneste 30 år. Dette gælder også for Danmark (dog er faldene i forekomst så små, at det givet den statistiske usikkerhed i WHO's data ikke kan udelukkes, at forekomsten er uændret). WHO's tal for Danmark stammer bl.a. fra SHARE (Survey of Health, Aging and Retirement in Europe) (SHARE, 2020), Eurobarometer surveys (Eurobarometer, 2020) Skolebørnsundersøgelserne (Mette Rasmussen et al., 2018) samt rapporteringer i den videnskabelige litteratur.

WHO's tal og konklusioner stemmer også overens med den gennemgang af den internationale forskningslitteratur, som Det Norske Folkehelseinstituttet (FHI) har lavet (Reneflot et al., 2018). FHI angiver, at de fleste studier, som har sammenlignet forekomsten af psykiske lidelser i befolkningen over tid, *ikke* finder nogen stigning. FHI henviser bl.a. til Baxter (2013), der i sin konklusion skriver følgende om udviklingen både på verdensplan og i Vesteuropa:

*The perceived "epidemic" of common mental disorders is most likely explained by the increasing numbers of affected patients driven by increasing population sizes. Additional factors that may explain this perception include the higher rates of psychological distress as measured using symptom checklists, greater public awareness, and the use of terms such as anxiety and depression in a context where they do not represent clinical disorders.*

Som det fremgår af citatet, skelner Baxter (2013) mellem decidede psykiske lidelser (*mental disorders*) og psykisk mistrivsel (*psychological distress*), hvoraf kun sidstnævnte er blevet hyppigere over de seneste årtier

ifølge Baxter. Tilsvarende finder et nyere review af litteraturen kun små ændringer i den globale prævalens i andelen med dårligt mentalt helbred (Richter et al., 2019).

I det nedenstående afsnit gennemgås de studier, der undersøger udviklingen i mental sundhed i de nævnte lande. Studierne indbefatter både nationale rapporter såvel som forskningsartikler. I forhold til sidste skal det nævnes, at der er en risiko for det, man kalder ”publication bias”. Denne fejlkilde opstår, idet der kan være en tendens til, at forskningsartikler har større sandsynlighed for at blive publiceret i et tidsskrift, hvis studiet finder en ændring – i vores tilfælde i mental sundhed. Det betyder, at forskningsartikler, der ikke finder en ændring i mental sundhed, kan være underrepræsenteret. De forskellige studier er opsummeret i tabel 6.1. I fortolkningen af resultaterne, herunder den rapporterede udvikling i det mentale helbred, skal man være opmærksom på, at resultaterne fra de forskellige studier, ikke mindst de studier, der er baseret på selvrapporteret mentalt helbred, kan være påvirket af samme typer af fejlkilder, som vi selv har fremført i forhold til danske studier. Her tænker vi f.eks. på, at det ikke er tilfældigt, hvem der svarer på spørgeskemaundersøgelser. Hvis det generelt er mere mentalt velfungerende personer, der svarer, fås et for positivt indblik i den mentale sundhed og omvendt. Dette kan som udgangspunkt ikke opvejes af en vægning af data. Dette kompliceres yderligere af, at undersøgelserne er gennemført over en årrække, hvor selektionen/bortfaldet i forhold til at svare på spørgeskemaundersøgelserne/deltage i interviews kan variere. Som det vil fremgå, er det en tilbagevendende problemstilling for mange af de udenlandske studier. Som det fremgår af tabel 6.1., angives det, om undersøgelsen er repræsentativ for den befolkning eller befolkningsgruppe, som studiet repræsenterer. Men hvis intet andet er nævnt, er repræsentativiteten alene baseret på, om befolkningen på en række sociodemografiske karakteristika har samme fordeling som den befolkning, den skal repræsentere. Det tager i sagens natur ikke højde for, at fordelingen af mentalt helbred er repræsentativ. Tilsvarende skal man være opmærksom på, at der kan være andre metodemæssige vanskeligheder forbundet med ikke mindst de selvrapporterede mål for mentalt helbred, som kan påvirke fortolkningen af f.eks. en stigning i antallet af personer med dårligt mentalt helbred.

## **6.1. USA**

Der er gennem årene gennemført flere fortløbende studier af børn, unge, voksne og ældres mentale sundhed i USA. Resultaterne fra disse undersøgelser gennemgås nedenfor.

Med brug af data fra National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) gennemført i årene 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012, 2013-2014 og 2015-2016 af National Center for Health Statistics finder Brody mfl. (2018) ingen umiddelbare stigninger i prævalensen af selvrapporterede symptomer på depression for personer på 20 år eller derover (prævalensen ligger mellem 7,4-8,7 procent). Studiet inkluderer ikke personer, der er i høj risiko for at have depression, såsom personer på plejehjem og andre institutioner, men ellers er studiet repræsentativ. Der er anvendt vægte, der tager højde for selektion, manglende svar og

dækning i spørgeskemaundersøgelsen i forhold til at kunne kontakte folk via telefon, internet mv. Det skal dog pointeres, at der ifølge undersøgelsens hjemmeside og dokumentation for svarprocenter er sket et markant fald i svarprocent fra 78,4 procent i 2007-08 til 61,3 procent i 2015-16 (NHANES, 2020).

Resultater fra NHANES undersøgelser understøttes delvis af en repræsentativ spørgeskemaundersøgelse for personer, der ikke bor på en institution (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019), der gennemføres hvert år. Undersøgelsen viser en signifikant stigning i andelen af unge i alderen 12-17 år, der selvrapporterer symptomer på en svær depression i årene 2004-2018. I 2004 har 9 procent af de interviewede unge symptomer på en svær depression. Frem mod 2010 går andelen lidt op og ned, men derefter stiger den hvert år og ender på 14,4 procent i 2018. I aldersgruppen 18-25 år ses en tilsvarende stigning. I 2005 (ikke i 2004 som for de unge) har 8,8 procent symptomer på en svær depression. Andelen falder henimod 2009-11, hvorefter den stiger stødt frem mod 2018, hvor 13,8 procent har symptomer. Ændringen er signifikant. For aldersgrupperne 25-49 år og 50+ ligger andelen med symptomer på svær depression relativt stabilt, og der er ikke nogen signifikant tendens. Samme studie undersøger også udviklingen i andelen af personer, der har haft symptomer på minimum en mental sygdom (Any Mental Illness) det seneste år, defineret med udgangspunkt i en række sundhedsfaglige kriterier (se tabel 6.1.). Studiet finder ingen ændringer i andelen af den ældste aldersgruppe (50 år eller ældre), der har haft symptomer på minimum en mental sygdom i det foregående år i perioden 2008-2018. Andelen har ligget mellem 14,1 procent (2008), 15,8 procent (2012) og 14,0 procent (2018). Til gengæld er andelen steget blandt de 18-25 og 26-49-årige. I den første aldersgruppe er andelen 18,5 procent i 2008. Andelen falder til 18,1 procent i 2010, hvorefter den stiger til 26,3 procent i 2018. For aldersgruppen af de 26-49-årige er stigningen knap så drastisk om end stadig signifikant. I 2008 angiver 20,7 procent minimum en mental sygdom. Andelen går lidt op og ned, men er steget siden 2014 fra 20,4 procent til 22,5 procent i 2018. Endelige ser undersøgelsen også på udviklingen i borgernes selvrapporterede tanker og planer om selvmord og forsøg på selvmord. I forhold til tanker om selvmord er der for aldersgruppen 18-25 år en signifikant stigning fra 6,1 procent i 2009 og op til 11 procent i 2018. Særligt fra 2016-17 er der et markant hop på 1,7 procentpoint. For aldersgruppen 26-49 år går andelen lidt mere op og ned, men der er en svag tendens til, at andelen er steget fra 4,0 procent i 2013 til 4,7 procent i 2018. Estimatene for 2018 er signifikant større de fleste af de foregående år. Blandt den ældste aldersgruppe er tendensen den modsatte. Fra 2008 til 2013 steg andelen fra 2,3 procent til 2,7 procent, hvorefter den falder mere eller mindre jævnt til 2,1 procent i 2018. Estimatet for 2018 er signifikant mindre end for 2013.

Udviklingen i andelen i de enkelte aldersgrupper, der har rapporteret selvmordsplaner og forsøg på selvmord, følger ovenstående udvikling. Andelen er dog markant mindre. I gruppen af personer, der er 50 år eller derover, er der ingen signifikante ændringer fra 2008 til 2018. Andelen, der har planlagt og forsøgt selvmord, er henholdsvis i intervallerne 0,5-0,9 og 0,2-0,3 procent. For gruppen i alderen 26-49 år er der en

svag stigende tendens til at have planer om at begå selvmord, om end de estimerede andele går lidt op og ned. Fra 2008-2011 ligger andelen på omkring 1,0-1,1 procent. I 2013-2014 stiger andelen til 1,3 procent, hvorefter den falder til 1,1 procent og stiger til 1,4 procent i 2018. Estimatet i 2018 er større end de 1,1 procent i 2014-2015. Der er ingen tendenser i udviklingen af andelen, der har forsøgt selvmord. For den yngste (18-25 år) aldersgruppe er andelen, der har haft planer eller/og forsøgt selvmord været mere eller mindre stigende fra 2008 til 2018. I 2008-2011 havde 1,9-2,0 procent planer om selvmord, hvorefter andelen stiger stødt (på nær i 2014) frem mod 2018, hvor andelen er 3,4 procent. Udviklingen i andelen af unge mellem 18-25 år, der har forsøgt selvmord, er mere ujævn, men er siden 2014 steget fra 1,2 procent til 1,9 procent i 2018. Resultaterne er også afrapporteret i Twenge mfl. (2019), der anvender samme data. Twenge mfl. (2019) argumenterer for, at den negative udviklingen i det mentale helbred ikke synes at være relateret til cykler i økonomien, men derimod måske er relateret til stigningen i de digitale sociale kontakter, derunder introduktionen af smartphones og de øgede digitale muligheder på godt og ondt, det giver. Studiet diskuterer ikke betydningen selektion i forhold til at deltage i undersøgelsen hen over årene, som kan have påvirket resultaterne og gør meget lidt ud af at afrapportere forskelligheder i svarprocenter hen over undersøgelsesårene. Det har derfor været nødvendigt at tilgå afrapporteringen fra de enkelte undersøgelser, hvor de vægtede svarprocenter findes. Om end faldet i svarprocent ikke er lige så drastisk som i NHANES, er de vægtede svarprocenter dog faldet fra 74,2 procent i 2008 til 67,2 procent 2016. I den forbindelse gør Twenge (2019) opmærksom på, at der for senere kohorter kan være en øget "lyst" til at selvrapportere dårlig mental sundhed, men forholder sig ikke til om det kan være relateret til den faldende svarprocent.

Den negative udvikling blandt unge mennesker er også rapporteret i Duffy mfl. (2019), der analyserer selvrapporteret mentalt helbredsdata fra to større spørgeskemaundersøgelser, der er gennemført på amerikanske uddannelsesinstitutioner blandt unge i alderen 18-22 år. De to undersøgelser er gennemført i perioden 2007-2018 og 2011-2018 og er ikke repræsentative. Data fra den ene undersøgelse (National College Health Assessment, NCHA) peger entydigt på, at de unges mentale helbred er forringet fra 2011-18. I perioden er unge, der rapporterer om symptomer på depression og angst, selvskade, seriøse tanker om selvmord og selvmordsforsøg, steget med henholdsvis 35, 24, 47, 76 og 58 procent. Især de store stigninger i forhold til tanker om selvmord og forsøgt selvmord er i øjenfaldende. På nær for selvmord finder studiet større stigninger blandt unge kvinder end for mænd. Data fra den anden undersøgelse (Healthy Minds Study, HMS) finder sammenfaldende resultater. Unge, der selvrapporterer et lavt niveau af "flourishment", symptomer på depression og angst, rapporterer selvskade, seriøse tanker om selvmord, planer om selvmord og selvmordsforsøg, stiger markant for alle indikatorer hen over perioden og med et ekstra stor spring omkring/efter 2013. Fra 2007 (angst og flourishment fra 2013 og 2012) til 2018 stiger andelen af de unge, der har et lavt niveau af flourishment, har symptomer på depression og angst, rapporterer selvskade, tanker, planer og forsøg på selvmord med henholdsvis 119, 74, 92, 104, 81, 154 og 157 procent. Duffy mfl. (2019) diskuterer forskelle mellem de to studier i forhold til typer af spørgsmål og derunder, hvorfor udviklingen i

HMS er mere dramatisk end i NCHA. Konkret diskuterer forfatterne om, incitamentene til at svare mere troværdigt i HMS er større end i NCHA. En anden mulig forklaring kan være, at HMS-tallene er udregnet med brug af selektionsvægte, mens de ikke anvendes i udregningen af NCHA-tallene. Endelig diskuterer studiet, at i forhold til at svarprocenten over årene varierer mellem 22-43%, så kan der være kliniske forskelle i hvem, der svarer de enkelte år. Hvis det er tilfældet, påvirker det naturligvis studiets konklusioner, især da svarprocenten synes at være faldende hen over årene, hvor stigningen i dårlige mentalt helbred ses.

## **6.2. Canada**

I en repræsentativ undersøgelse fra Ontario undersøger Comeau mfl. (2019) udviklingen i andelen af børn og unge med symptomer på psykiske lidelser, og som er blevet vurderet til at have behov for professionel hjælp. De sammenligner svarene fra spørgeskemaundersøgelser sendt til forældre (barnets alder 4-16 år), lærere (barnet alder 4-11 år) og de ældre børn (barnets alder 12-16 år). Spørgeskemaundersøgelserne blev gennemført i 1983 og 2014. I spørgeskemaundersøgelsen spørges ind til diagnoser, så som adfærdsforstyrrelser, hyperaktivitet og følelsesforstyrrelser så som depression og angst.

Andelen af børn og unge med mentale problemer, der vurderes at have brug for professionel hjælp, er steget fra 6,8 procent i 1983 til 18,9 procent i 2014. I gruppen af piger i alderen 4-11 år er der små stigninger i andelen af børn med adfærdsforstyrrelser, hyperaktivitet og følelsesforstyrrelser, men ingen af dem er signifikante. For drenge er der derimod en signifikant stigning i andelen med hyperaktivitet (fra 8,9 procent til 15,7 procent) og/eller minimum en psykisk lidelse (mental disorder) (fra 17,3 procent til 24,2 procent). I gruppen af unge mellem 12-16 år er der et signifikant fald i andelen af børn med adfærdsforstyrrelser fra 7,2 procent til 2,5 procent, et fald der er særligt udtalt blandt drengene. Der er ingen signifikante ændringer i andelen med hyperaktivitet eller/og med en eller flere psykiske lidelser. Til gengæld er andelen af drenge med følelsesforstyrrelser steget signifikant fra 4,7 procent til 8,6 procent. Studiet gør opmærksom på, at en lavere svarprocent i 2014 kan have påvirket resultaterne i forhold til den afrapporterede mentale helbredsudvikling. Forfatterne argumenterer for, at brugen af vægte, der håndterer manglende svar, tager hånd om den potentielle fejlkilde.

I rapporten "Informing the Future: Mental Health Indicators for Canada" (Mental Health Commission of Canada, 2015) fokuseres der på indikatorer for mental sundhed for unge mellem 12 og 19 år. Analyserne er baseret på en lang række af kilder, men er ikke repræsentativ for Canada. Rapporten viser en stigning i andelen af unge, som angiver, at de har fået stillet en angst/humørforstyrrelser diagnose. I 2003 gjaldt det for knap 5 procent, mens det gradvis er steget til knap 7 procent i 2012. Der synes ikke at være en systematisk ændring i andelen af unge, der angiver, at de har et meget godt eller fremragende selvrapporteret mentalt helbred fra 2003 til 2012. Andelen ligger omkring 75 procent. Tilsvarende har andelen af unge mellem 15 og 19 år, der de seneste 12 måneder har haft tanker om at begå selvmord, ikke ændret sig fra 2003-2012. Andelen ligger omkring 7 procent. Der er heller ingen ændringer i andelen af gennemførte selvmord. Samme

studie peger på en stigning fra 2003 til 2012 i antallet af voksne mellem 20 og 64 år, der har angivet, at de er blevet diagnosticeret med angst/humørforstyrrelser (mood disorders). I 2003 var det gældende for lidt mere end 8 procent, mens det gradvis er steget til knap 12 procent i 2012. Samme tendenser synes at være gældende i forhold til de samme folks selvrapporterede mentale helbred. Der er andelen, som angiver et meget godt eller fremragende mentalt helbred faldet fra lidt mere end 74 procent til 72 procent. Faldet synes at skyldes et markant fald fra 2009/10-undersøgelsen til 2011/12-undersøgelsen. I forhold til selvrapporterede tanker om selvmord er der ingen ændringer mellem 2002 og 2012 (de to år indgår i data). Andelen ligger omkring 3,5 procent. Der er heller ingen ændringer i andelen af fatale selvmord, om end der er en faldende tendens.

Det argumenteres i Mental Health Commission of Canada (2015), at stigningen ikke nødvendigvis er et udtryk for en stigning i dårlige mentalt helbred, men at den også kan afspejle et sundhedsvæsen, ikke mindst praktiserende læger, der er blevet bedre til at opdage/diagnosticere unge. Reduktionen i andelen af unge med adfærdsforstyrrelser følger en global trend ifølge Comeau mfl (2019) og skyldes nok øgede offentlige investeringer i at hjælpe og støtte udsatte børn og unge i Canada. Rapporten forholder sig derimod ikke til, om udviklingen kan være påvirket af ikke-svar fejlkilder hen over årene eller andre metodiske fejlkilder.

### **6.3. Australien**

Et studie af Sawyer mfl. (2018) fra Australien undersøger udviklingen i symptomer på svær depression, ADHD og adfærdsforstyrrelser blandt australske børn og unge (6-17 år). Studiet anvender repræsentative data fra nationale spørgeskemaundersøgelser i 1998 og 2013, hvor forældrene svarer på vegne af børnene. Blandt piger i alderen 12-17 år stiger prævalensen (seneste 12 måneder) af unge, der har symptomer på en svær depression fra 3,1 procent i 1998 til 5,8 procent i 2013/14. Tilsvarende men ikke lige så store ændringer ses for drenge i alderen 12-17 år. Der er ingen signifikante forskelle blandt de yngre (6-11 år). For de yngste piger falder prævalensen for ADHD fra 8,3 procent til 5,0 procent. For drenge falder prævalensen med 16,7 procent til 12,3 procent. Der er ingen ændringer for den ældre aldersgruppe (12-17 år). Prævalensen af symptomer på adfærdsforstyrrelser har også ændret sig over årene. Blandt de yngre (6-11 år) drenge er prævalensen faldet fra 4,6 procent til 2,6 procent. Faldet er særlig stort blandt yngre drenge, der bor i en kernefamilie. Til gengæld er prævalensen steget fra 0 i 1998 til 4,1 i 2013 for ældre piger (12-17 år), der kun bor sammen med en forælder. Tilsvarende er prævalensen for samme pige-gruppe steget fra 0,5 procent til 3,9 procent i den laveste (25%) indkomstgruppe. Der er dog generelt tale om få observationer, ikke mindst for pigerne, hvorved resultaterne skal fortolkes med forsigtighed. Opfølgende analyser viser et generelt mønster, hvor børn, der vokser op i enkelt-forældre familier og i den laveste indkomstgrupper, udviser dårligere mental sundhed. Årsagen til de fundne forskelle forklares i artiklen med, at det ikke er alle grupper, som sundhedsmyndighederne og socialmyndighederne når ud til. Resultaterne peger på, at især de mest



udsatte grupper (familier med enlige forældre og lav indkomst) ikke modtager tilstrækkelig støtte. Som i nogle af de andre studier, ses der et fald i svarprocenten fra 1998 til 2013/14, hvilket betyder, at problematikken omkring systematisk faldende svarprocenter aktualiseres. Forfatterne nævner selv, at de faldende svarprocenter kan have påvirket prævalenceestimerne.

Blandt en tilfældig og repræsentativ stikprøve af personer i den sydlige del af Australien (15 år eller ældre) finder Goldney mfl. (2010) en signifikant stigning i andelen af personer med symptomer på en alvorlig depression (major depression). I 1998 havde 6,8 procent af de adspurgte symptomer på en alvorlig depression, mens det var steget til 10,3 procent i 2008. En opdeling på køn og alder i analyserne viser, at udviklingen kun er signifikant blandt mænd i alderen 15-29 år og kvinder i alderen 30-49 år. Også dette studier lider af en faldende svarprocent fra 1998 (82%) til 2008 (73%), hvilket studiet også anerkender. Der argumenteres dog for, at svarprocenterne i 2004 (76%) og 2008 (73%) er næsten ens, som er den periode stigningen i symptomer på depressioner er størst. Det bruger forfatterne som argument for, at de faldende svarprocenter er mindre problematiske. Dog påpeger de, at der er en sandsynlighed for, at personer med symptomer på depression pga. den generelle øgede fokus på det mentale helbred og mentale helbredskampanjer fra 1998 til 2008 kan have haft en relativ større svarprocent end personer uden symptomer. I så fald vil det have medført en stigning depressionstallene for 2008. Tilsvarende kan forskelle i sociodemografiske forhold hen over de tre år, hvor spørgeskemaundersøgelserne er gennemført, have påvirket resultaterne.

I en stikprøve af personer i den arbejdsdygtige alder (18-65 år) finder Harvey mfl. (2017) ændringer i prævalensen af personer med selvrapporterede "almindelige" mentale helbredsproblemer (common mental disorders). På tværs af alle aldersgrupper finder forfatterne ingen ændringer i prævalensen af personer med et højt niveau af angst/depressionssymptomer, mens der er et signifikant fald i prævalensen af personer med et meget højt niveau af angst/depressionssymptomer fra 13,3 procent i 2001 til 11,0 procent i 2011, hvorefter den stiger til lidt igen i 2014. Resultaterne fra de mentale sundhedsundersøgelser er i kontrast til andelen i befolkningen, der er på invalidepension på grund af mentale helbredsproblemer. Den andel er i perioden steget fra ca. 1 procent til 1,5 procent. Studiet kommer med flere forklaringer på udviklingen. Forskellen i udvikling mellem andelen af personer med symptomer og andelen af personer på invalidepension kan forklares med et historisk underslæb af personer, som fik tildelt denne type pension. Det diskuteres også, at andelen af personer med et højt eller meget højt niveau af symptomer kan være objektivt større, men at sundhedssystemet er blevet bedre til at behandle, og at medicinen er blevet forbedret uden, at det nødvendigvis påvirker arbejdsevnen meget. Det skal desuden nævnes, at svarprocent generelt er høj (>81%), men at forfatterne ikke angiver, hvor meget svarprocenten varierer hen over undersøgelsesårene.

#### **6.4. New Zealand**

Fleming mfl. (2014) undersøger udviklingen i mental sundhed blandt unge i New Zealand i "secondary school" svarende aldersmæssigt til 13-17 år. Studiet tager udgangspunkt i to repræsentative spørgeskemaundersøgelser, der er gennemført i 2007 og 2012. I spørgeskemaundersøgelserne blev der spurgt ind til de unges trivsel, symptomer på depression, periodevis dårligt humør, selvmordstanker, forsøgt selvmord og selvskade. Resultaterne peger på en general forværring af de unges selvrapporterede mentale sundhed. Gennemsnitlig falder andelen af unge med en "god trivsel" signifikant fra 78,5 procent i 2007 til 76,2 procent i 2012. Andelen af unge med depressionssymptomer er steget fra 10,6 procent i 2007 til 12,8 procent i 2012, mens andelen med perioder med dårligt humør er steget fra 27,0 procent i 2007 til 31,1 procent i 2012. Forskellene er signifikante. Til gengæld er antallet af selvmordshandlinger faldet signifikant fra 4,7 procent i 2007 til 4,5 i 2012, mens andelen med selvmordstanker er steget fra 14,0 procent til 15,7 procent, men stigningen er ikke signifikant. Studiet har faldende svarprocenter fra 2007 til 2012. I 2007 svarede 74 procent af deltagerne, mens det faldt til 68 procent i 2012. Forfatterne forholder sig ikke til, hvordan faldet i svarprocent påvirker resultaterne.

Blandt den voksne del af befolkningen har vi ikke kunne finde tal på udviklingen i mental sundhed.

#### **6.5. Norge**

FHI har i 2018 udgivet en grundig rapport om mental sundhed ("psykisk helse") i Norge (Reneflot et al., 2018), som vi også refererede til indledningsvist. Udviklingen i mental sundhed undersøges ved at beregne, hvor mange personer der registreres med en psykisk lidelse i den primære sundhedssektor og i specialsundhedssektoren<sup>25</sup>. Blandt børn og unge (0-17 år) er der set en stigning blandt piger i alderen 15-17 år, som får stillet en diagnose i forbindelse med kontakten til det mentale sundhedsvæsen (depression, angst, adfærdsforstyrrelser mv.) fra knap 5 procent i 2011 til omkring 7 procent i 2016. For andre alders- og kønsinddelinger er tallene stabile fra 2008-2017. Studiet undersøger også udviklingen i mentale diagnoser/kontakter hos egen læge eller vagtlæge. I analysen indgår også data for refusion i forbindelse med undersøgelser af psykiske lidelser, symptomer og sygdomme. Der er en overordnet stigning i antallet af kontakter til egen læge/vagtlæge på nær for de yngste børn (0-4 år). Igen ses en meget stor stigning for piger i alderen 15-17 år, som stiger fra en andel på lidt over 7 procent i 2008 til 10 procent i 2015. For samme grupper ser forfatterne en stor stigning i andelen, der får stillet en diagnose for depression. Fra 2008-2011 lå andelen af piger med en depressionsdiagnose omkring 1,5 procent. Den stiger op til lidt over 2,5 procent i 2014 og falder til lidt under 2,5 procent i 2016. Dette billede modsvarer af andelen af piger i alderen 15-17 år, som har fået antidepressiva i perioden 2007-2016. I samme gruppe har også en stigende andel fået en

---

<sup>25</sup> Primærhelsetjeneste og specialhelsetjeneste

angstdiagnose fra 1 procent i 2008, med en brat stigning efter 2011, til ca. 2,5 procent i 2016. Det kan bemærkes, at disse niveauer minder meget om, hvad vi finder for kvinder i tilsvarende aldersgrupper i Danmark (jf. figur 5.2.3 i kapitel 5). Rapporten undersøger også udviklingen i det mentale helbred blandt voksne. De finder en svag, men ikke signifikant stigning i antallet af voksne, der konsulterer en almen praktiserende læge eller speciallæge i forbindelse med en psykisk lidelse i perioden 2008-2015. I perioden 2008-16 ses der ingen ændringer i andelen, der får en depressionsdiagnose, angstdiagnose eller skizofrenidiagnose. Med baggrund i forskningslitteraturen (Layard, 2006; Moussavi et al., 2007; Torvik et al., 2018) diskuteres det i rapporten, at der er mange med en psykisk lidelse, som ikke registreres i sundhedssystemet. Tallene er derfor ikke nødvendigvis repræsentative for den faktiske udvikling i personer med en psykisk lidelse, der går til egen eller speciallæge. Rapporten ser også på udviklingen i medicinforbruget relateret til mental sundhed, og det konkluderes, at der overvejende har været et stabilt forbrug af medicin relateret til behandling af mentale sundhedsproblemer, omend ændringer er forekommet i forhold til skift mellem medicintyper i forhold til diagnose. Endelig afrapporteres udviklingen i selv vurderet psykisk helbred fra spørgeskemaundersøgelser gennemført af Norges Statistik i perioden 1998, 2002, 2005, 2008 og 2012.

## **6.6. Sverige**

Også i Sverige har der gennem de senere år været et tiltagende fokus på ”psykisk hälsa”. Rapporten *Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2019* (Folkhälsomyndigheten, 2020) fokuserer på udviklingen i selvrapporteret psykisk helbred og selvmord baseret på en repræsentativ spørgeskemaundersøgelse gennemført årligt fra 2006-2018. Rapporten ser således ikke på udviklingen i faktiske diagnoser eller psykisk sygdomsrelateret medicinforbrug. I rapporten fremgår det, at der i perioden 2006-2018 har været en svag stigning i andelen med nedsat selvrapporteret psykisk velbefindende med en lavere forekomst blandt mænd end blandt kvinder. Blandt unge (16-29 år) er forekomsten af tegn på dårlig mental sundhed dog steget mere tydeligt, især blandt kvinder. Denne aldersgruppe er også den, hvor nedsat psykisk velbefindende er mest udbredt. Gruppen af unge har dog ikke større sandsynlighed for at begå selvmord i samme periode.

I den svenske udgave af skolebørnsundersøgelsen (Folkhälsomyndigheten, 2018), der er repræsentativt for børn og unge i alderen 11, 13 og 15 år, har man set stigning i forekomsten af selvrapporteret psykisk mistrosvsel blandt 13- til 15-årige drenge og piger. Andelen af både drenge og piger, der har haft mindst to psykosomatiske symptomer<sup>26</sup> mere end en gang i de sidste seks måneder, er fordoblet fra 1985-2014. For pigerne er andelen steget fra 24-29 procent til 46-57 procent. For drenge er andelen steget fra 15 procent til 27-31 procent. Bemærk, at denne udvikling er langt mere markant end, hvad der blev fundet blandt respondenterne i den danske skolebørnsundersøgelse (se bilagstabel B2.2.2B og B2.2.2C – tallene er dog

---

<sup>26</sup> Disse inkluderer ”være ked af det”, ”været irriteret eller i dårligt humør”, ”føjte mig nervøs”, ”havde svært ved at falde i søvn”, ”havde hovedpine”, ”havde mavepine”, ”havde rygsmerter” og ”føjte mig svimmel”.

ikke direkte sammenlignelige). Tallene er afrapporteret i rapporten *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga?* (Folkhälsomyndigheten, 2018). Det skal bemærkes, at selvom svarprocenterne blandt eleverne i de skoler, som deltager i undersøgelsen, ligger relativt stabilt mellem 80-90 procent, så falder svarprocent blandt skolerne til under 50 procent (før lå den på 77-100%) i den seneste undersøgelse. Dvs., at mere end hver anden skole, som var udtaget til at deltage i den seneste undersøgelse, valgte ikke at deltage.

## **6.7. Finland**

Et af studierne, der undersøger udviklingen i mental sundhed i Finland, er Markkula mfl. (2015). Studiet sammenligner prævalensen af personer med depression baseret på en spørgeskemaundersøgelse kombineret med sundhedsinterview i 2000 og 2011 blandt et repræsentativt udsnit af befolkningen på 30 år eller derover. Studiet er et panelstudie. Studiet finder en stigning i prævalensen af personer med en eller anden type af depression fra 7,3 procent i 2000 til 9,6 procent i 2011. Ændringen er dog drevet af kvinder, hvoraf 9,5 procent havde en depression i 2002 mod 12,4 procent i 2011. Tilsvarende finder studiet, at andelen af kvinder med en svær depression er steget fra 8,0 procent i 2000 til 10,0 procent i 2011. Forfatterne gør selv opmærksom på, at svarprocenten faldt fra 75 procent i 2001 til 57 procent i 2011. Det kan have påvirket resultaterne. Ved brug af vægte og imputationer argumenterer forfatterne for, at der tages hånd om de faldende svarprocenter.

Et andet studie er Sourander mfl. (2016), der undersøger forekomsten af selvrapporterede psykiske problemer blandt 8-årige i Finland på fire forskellige tidspunkter; 1989, 1999, 2005 og 2013. Undersøgelsen er ikke repræsentativ for finske børn på 8 år. Både forældre og lærere er interviewet. Studiet fandt ingen substantielle ændringer i børns mentale sundhed i perioden. Der var fra 1989 til 2005 en stigning i forældrenes rapportering af pigers depressive symptomer. Forældre afrapporterer et fald i drenges adfærds- og følelsesforstyrrelser, ligesom andelen af piger med følelsesforstyrrelser er faldet. Disse tendenser kan ikke genfindes blandt svarene fra de interviewede lærere. Studiet undersøgte samtidigt brugen af sundhedsydelse relateret til mental sundhed, og her sås en stigning over hele perioden. I 1989 var 4,2 procent af drengene henvist til mentale sundhedsydelser. I 1999, 2005 og 2013 var de andele 7,1 12, 5 og 15,1 procent. Tilsvarende tal for pigerne er 0,9, 4,4, 3,8 og 6,1 procent. Stigningerne er signifikante. Forskerne konkluderer, at børnenes mentale sundhed har været nogenlunde konstant over hele perioden, men at det kan se ud til, at tærsklen for, hvornår børn og forældre søger hjælp, er blevet lavere. Svarprocenterne i studiet ligger mellem 95 procent (det første år) og 84-86 procent de efterfølgende år. Studiet synes således ikke at have de samme problemer med faldende svarprocenter som i mange af de studier, som der er gennemgået.

Mishina mfl. (2018) undersøger på tværs af tre spørgeskemaundersøgelser i 1998, 2008 og 2014 udviklingen i det mentale helbred blandt børn og unge i alderen 13-18 år. Svarprocenterne hen over de tre undersøgelsesår ligger mellem 88-91 procent, men undersøgelsens resultater er ikke repræsentative for finske børn i aldersgruppen. Data er baseret på selvrapporteret helbred ved brug af SDQ. Undersøgelsen fokuserer

på ændringer i følelses- og adfærdsforstyrrelser, hyperaktivitet og prosocial adfærd. Undersøgelser finder, at piger afrapporterer mindre hyperaktivitet og færre adfærdsforstyrrelser fra 1998 og til 2014, mens drenges prosociale adfærd stiger. Til gengæld rapporterer pigerne en stigning i flere symptomer på følelsesforstyrrelser.

I et nyere studie af Gyllenberg mfl. (2018) sammenlignes antallet (incidens) af psykiatriske og neurologiske diagnoser mellem to kohorter af unge, der er født den 1987 og 1997. Med brug af registerdata fra udvalgte hospitaler (et ikke-repræsentativt udsnit) sammenlignes de unge i en periode fra deres 12-års fødselsdag til deres 18-års fødselsdag. Forfatterne finder en stigning (på tværs af alle diagnoser) fra 9,8 procent til 14,9 procent blandt piger og fra 6,2 procent til 8,8 procent blandt drenge. Samtidig finder forfatterne en signifikant ( $<0,001$ ) stigning i 10 ud af 17 diagnosetyper blandt pigerne og 11 diagnoser blandt drengene. For alle typer af angst- og depressionsdiagnoser (unipolar og andre følelsesforstyrrelser, tvangslidelser, angst og andre følelsesforstyrrelser) ses en signifikant stigning for både drenge og piger. Samme billede gør sig gældende for udviklingen i neurologiske lidelser (intellektuelt handicap, autisme, læring- og koordinationsforstyrrelser, hyperaktivitet og tics). Derudover er der en stigning i piger med spiseforstyrrelser, en stigning for drenge og piger med bipolare lidelser, med adfærdsforstyrrelser og andre typer af neurotiske, personlige og ikke psykotiske forstyrrelser. Stigningerne forklares blandt andet med, at der er tilført flere ressourcer til sundhedsområdet, øget fokus fra læger på mentale diagnoser, øget behov for at få en diagnose for at kunne få støtte af staten, samt at befolkningen i højere grad har forståelse for det psykiatriske område. Det diskuteres også, at man skal være varsom med at konkludere, at unge mennesker har fået dårligere mentalt helbred.

## **6.8. Tyskland**

Med udgangspunkt i spørgeskemaundersøgelserne "German Health Interview and Examination Survey for Adults" indsamlet i perioden 2009-12 og "German National Health Interview and Examination Survey 1998" fra perioden 1997-1999 finder Bretschneider mfl. (2018) en stabil prævalens på 7,4 procent af personer med symptomer på en alvorlig depression (Major Depression Disorder). Studiet finder dog en stigning fra 8,8 procent til 15,6 procent blandt yngre kvinder i alderen 18-34 år, mens den faldt fra 9,8 procent til 5,0 procent i gruppen af kvinder over 49 år. For mænd er aldersforskellene ikke opgjort. Resultaterne er repræsentative for den tyske befolkning i aldersgrupper 18-79 år, der ikke bor på en institution. Studiet har høje svarprocenter i begge undersøgelser, der ligger på ca. 88 procent. Forfatterne gør selv opmærksomme på, at det kan være tale om underrapportering fra personer med meget dårligt mentalt helbred, men den problemstilling må antages at være den samme for begge undersøgelser. Forfatterne argumenterer dog for, at der er en risiko for, at det blandt de personer, som er inviteret til at være med i begge undersøgelser, kun er de mest raske fra 1997-1998-undersøgelsen, som vælger at deltage i 2009-12-undersøgelsen. Det vil naturligvis medføre et underestimat for det mentale helbred i 2009-12-undersøgelsen.

I et nyere studie, som er baseret på registerdata (indmeldingsdata) fra personer, der får stillet en depressionsdiagnose ambulant, finder Steffen mfl. (2020) en stigning i prævalensen af personer med depression fra 12,5 procent i 2009 til 15,7 procent in 2017. Selvom kvinder oftere diagnosticeres, stiger prævalensen mere for mænd end kvinder i perioden. I forhold til udviklingen på køn og alder, stiger prævalensen særlig meget for mænd i alderen 15-19 år og 20-25 år med hhv. 95 procent og 72 procent. Prævalensen stiger for alle aldersgrupper (15-109 år) for både mænd og kvinder. Undersøgelsen er repræsentativ for tyske borgere med en sundhedsforsikring svarende til 75 procent af befolkningen på 15+ år. Forfatterne diskuterer præcisionen af indmeldingsdata fra lægerne, men med mindre lægepraksis er ændret fra 2009 til 2017, må det antages, at fejlkilden er den samme for begge dataår.

Der er flere studier, der undersøger andelen af børn og unge med psykiske lidelser, se eksempelvis Ravens-Sieberer mfl. (2008), Sauer mfl. (2014) og Hintzpeter mfl. (2015). Studier, der undersøger *udviklingen* i psykiske lidelser blandt børn og unge i Tyskland, har til gengæld været svære at opspore. En undersøgelse (på tysk) fra 2018 baseret på anonyme forsikringsdata fandt, at andelen af 18- til 25-årige tyskere med en psykiatrisk diagnose er steget med 38 procent i perioden fra 2005-2016. Særligt blandt unge studerende finder Grobe mfl. (2018), at forekomsten af depression og angst er steget betragteligt.

## **6.9. England**

I England har man hvert 7. år siden 1993 foretaget en grundig undersøgelse af den voksne befolknings mentale helbred, kaldet *The Adult Psychiatric Morbidity Survey* (APMS). Undersøgelsen adskiller sig fra selvrapporterede spørgeskemaer ved, at alle deltagere underkastes en reel psykologisk undersøgelse i stedet for blot at svare på spørgsmål om, hvordan de selv oplever deres mentale sundhed. APMS giver derfor meget pålidelige estimater for forekomsten af diverse psykiske lidelser i den engelske befolkning. Sammenligninger af tallene fra de forskellige undersøgelsesår er derfor mere troværdige og lettere at fortolke end de mere udbredte selvrapporterede spørgeskemaer. Den seneste udgave af APMS er fra 2014 og afrapporteret af McManus mfl. (2016).

APMS-undersøgelserne viser en stigning i andelen af personer, der klassificeres som havende alvorlige, behandlingskrævende psykiske symptomer fra 6,9 procent i 1993 til 9,3 procent i 2014. Opdelinger på køn og alder peger på en generel stigning blandt kvinder, mens den er mere ujævn for mænd. Sammenligner man unge kvinder (16-24 år) med tilsvarende mænd, er forskellen mellem dem steget fra 1993-2014. Hvor 4 og knap 10 procent af mænd og kvinder havde alvorlige symptomer i 1993, er det steget til 4 procent og 15 procent i 2014. Man skal dog være opmærksom på, at der for nogle kombinationer af alder og køn er meget få personer. Ifølge McManus mfl. (2016) er psykiske lidelser mest udbredt blandt personer, der bor alene, har dårligt fysisk helbred og er uden for beskæftigelse. Studiet nævner det ikke selv, men APMS-undersøgelserne lider, lige som mange af de andre beskrevne undersøgelser, af faldende deltagelse. I 1993-undersøgelsen deltog 79 procent, det faldt til 69 procent i 2000 og 57 procent i 2007 og 2014.

En lignende repræsentativ undersøgelse, kaldet *Mental Health of Children and Young People in England*, er blevet foretaget i 1999, 2004 og 2017 og er senest afrapporteret af Sadler mfl. (2018). Den dækker befolkningen i alderen 5-15 år. Undersøgelserne viser en svag opadgående tendens i forekomsten af symptomer på emotionelle lidelser såsom angst og depression især mellem 2004 og 2017. Konkret havde 9,7 procent symptomer på depression i 1999-undersøgelsen, i 2004 og 2017 var det steget til henholdsvis 10,1 procent og 11,2 procent. Drengene har større risiko for at have symptomer end piger, men har samme stigende tendens. Tilsvarende er der en stigning andel af børn, der har symptomer på følelsesmæssige forstyrrelser, mens andelen af børn med symptomer på adfærdsforstyrrelser og hyperaktivitet er relativt stabile. De følelsesmæssige forstyrrelser er steget fra 4,3 procent i 1999 til 5,8 procent i 2017. Forekomsten af adfærdsmæssige forstyrrelser er derimod stort set uændret henover alle tre undersøgelsesår. Dette studie har også problemer med faldende svarprocenter fra 83 procent i 1999 undersøgelsen til 52 procent i 2017 undersøgelsen.

## **6.10. Sammenfatning**

Resultaterne fra rapporter og artikler peger på, at andelen med dårlig mental sundhed i Norge, Sverige, Finland, Tyskland, England, USA, Canada, New Zealand og Australien i mange tilfælde er blevet større, om end nogle resultater også indikerer et stabilt niveau. Hvor studierne specifikt undersøger udviklingen blandt børn og unge, afrapporteres generelt en stigning i andelen af unge med symptomer på dårlig mental sundhed i forskellige dimensioner. Dette giver et indtryk af, at den mentale sundhed er blevet forringet. Som det diskuteres i flere af rapporterne/artiklerne, kan stigningen i andelen af unge med dårlig mental sundhed dog ikke adskilles fra det faktum, at der i mange lande er tilført flere ressourcer til det mentale sundhedsområde, at lægerne er mere opmærksomme på børns mentale sundhed, at forståelsen for og accepten af at have dårlig mental sundhed er steget i befolkningen. Det vil sige, at fordi borgerne i de enkelte lande over tid kan være blevet mere opmærksomme på deres (dårlige) mentale sundhed, og at det over tid er blevet mere accepteret at have dårlig mental sundhed, så kan sandsynligheden for at selvrapportere dårlig mental sundhed være steget, selvom den objektive mentale sundhed ikke har ændret sig hen over årene. Endelig skal man også være opmærksom på, at en diagnosestilling kan være nødvendig for at få en række ydelser/service fra det offentlige, hvilket kan have været med til at øge efterspørgslen på diagnoser. Endelig og mindst lige så vigtigt lider mange af studierne af faldende svarprocenter i de selvrappede undersøgelser, hvilket potentielt kan have påvirket resultaterne og skabe usikkerhed, om ændringer i det selvrappede helbreds afspejler reelle ændringer, forskelle i hvem der deltager i undersøgelsen eller en kombination af begge.

Resultaterne for den voksne del af befolkningen er ikke helt så entydige. Nogle studier finder flere voksne med dårlig mental sundhed, mens andre studier ikke finder ændringer. Samlet set tyder det på, at andelen af voksne med dårlig mental sundhed nok er blevet lidt højere, men at udviklingen langt fra matcher udviklingen blandt børn og unge. Spørgeskemaundersøgelser blandt de ældre har også problemer med

faldende svarprocenter. En stringent sammenligning og konkluderende sammenfatning er desuden dog udfordret ved, at udviklingen i mental sundhed både indenfor de enkelte lande og mellem landene er målt ved brug af meget forskelligartede datakilder, såsom medicinforbrug, indlæggelser, lægediagnoser, selv vurderet mental helbred mv.



Tabel 6.1: Oversigt over internationale studier

USA	Mentalt helbredsindikator	Type	Evt. kode for helbredsindikator	Aldersgruppe	N	Repræsentativitet	Effekter
Brody mfl. 2018	Depression	Selvrapporteret NHANES survey	PHQ-9	20-39, 40-59 og 60+år	2007-8: 5995 2009-10: 6360 2011-12: 5615 2013-14: 5924 2015-16: 5735	Repræsentativ for borgere, der ikke er på institution	Ikke signifikant
Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2019)	Svær depression (major depression episode)  Mentalt dårligt helbred (Any mental illness)  Tanker om selvmord  Selvmordsplaner  Selvmordsforsøg	Selvrapporteret via interview gennemført af uddannet personale med viden om mentalt helbred  Substance Abuse and Mental Health Services survey	DSM-5  DSM-IV  Enkelt spørgsmål – ikke decideret udviklede spørgebatterier	12-17, 18-25, 26-49 og 50+ år	2004-2018: ca. 68.000 hvert år  2008-2018	Repræsentativ	Andelen af unge (12-17 år og 18-15 år) med svær depression er steget signifikant fra 2004-2018.  Andelen i de ældre aldersgrupper er relativt stabile.  Andelen med minimum en mental sygdom er steget i aldersgrupperne 18-25 og 26-49 år. Der er ingen signifikante ændringer i den ældste aldersgruppe.  Stigende andele med selvmordstanker, selvmordsplaner og forsøg på selvmord i aldersgruppen 18-25 år. I aldersgruppen 26-49 år er der en svag tendens til flere med tanker om selvmord og planer om selvmord. I den ældste aldersgruppe er der ingen tendens i udviklingen, måske en faldende tendens til at have haft tanker og planer om selvmord.
Duffy mfl. (2019)	Depression Humør Angst Selvmordstanker- og adfærd og selvskaede Positiv mental helbred	Selvrapporteret  National College Health Assessment survey  Healthy Minds Study survey	Blanding af enkelt spørgsmål og PHQ-9 GAD7 Flourishing Scale	18-22 år	2011-2018: 610,543  2007-2018: 177,692	Ikke repræsentativ – indsamlet på uddannelsesinstitutioner.	2007-2018
Twenge mfl. (2019)	Dårligt mentalt helbred  Svær depression  Selvmordsrelateret adfærd	Selvrapporteret  Selvrapporteret  Selvrapporteret  National Survey on Drug Use and Health survey	Kessler-6-distress scale  MDE-5  Tanker, planer og faktiske forsøg på selvmord	12-17 18+	12-17 år: 212.913 18+ år: 398.967	Repræsentativ	Finder stigninger i andelen med psykologisk nød, depression og tanker, planer og forsøg på selvmord. Ændringen især gældende for de yngre aldersgrupper (<26 år)

Canada	Mentalt helbredsindikator	Type	Evt. kode for helbredsindikator	Aldersgruppe	N	Repræsentativitet	Effekter
Comeau mfl. (2019)	Psykisk lidelse (mental disorder)  Brug for professionel hjælp	Selvurderet  4-11 år (forældre og lærere)  12-16 år (barn og forældre)  Ontario Child Health Study survey	DSM-III: Adfærd forstyrrelser Hyper aktivitet Følelsesforstyrrelser	4-16 år	3.294 (1983) 5.785 (2014)	Repræsentative for Ontario	4-16 år: Flere børn har brug for hjælp 4-11 år: Flere børn og især drenge er hyperaktive. Flere drenge har en eller flere psykiske lidelser 12-16 år: Færre børn har adfærd forstyrrelser. Flere drenge har følelsesforstyrrelser
Mental Health Commission of Canada (2015)	Angst/ humørforstyrrelser  Mentalt helbred  Tanker om selvmord  Gennemførte selvmord	Selvrapporteret diagnose af læge/sundhedspersonale Selvrapporteret  Selvrapporteret  Registerdata  Canadian Community Health Survey	      Faktiske selvmord	12-19 år  20-64 år  12-19 år 20-64 år  15-19 år 20-64 år  15-19 år 20-64 år	2003 – 2015: ca. 40-45.000 hvert år	Repræsentativ	I 2011/12 er der flere unge og voksne med en diagnose end i 2003 og 2005  Ingen ændringer i aldersgruppen 12-19 år, men en tendens til dårligere mentalt helbred fra 2005 i aldersgruppen 20-64 år.  Ingen ændringer i de to aldersgrupper.  Ingen ændringer i de to aldersgrupper.
Australien	Mentalt helbredsindikator	Type	Evt. kode for helbredsindikator	Aldersgruppe	N	Repræsentativitet	Effekter
Sawyer mfl. (2018).	12 måneders prævalens:  Svær depression ADHD Adfærd forstyrrelser	Selvurderet af forældrene  The National Survey of Mental Health and Wellbeing	DISC-IV	6-17 år	3.597(1998) 5.259 (2013-14)	Repræsentativ for Australien repræsentativ for Australien, men en overvægt af familier med små børn og familier med flere børn	Stigning i andel af børn i alderen 12-17 år med depressionssymptomer. Fald i andel af børn i alderen 6-11 der har ADHD.
Goldney mfl. (2010)	Svær depression de seneste 2 uger	Selvrapporteret  South Australian Health Omnibus surveys	PRIME-MD		1998: 3010 2004: 3015 2008: 3034	Repræsentativ for det sydlige Australien	Stigning i andel med svær depression.
Harvey mfl. (2017)	Almindelige depressionslidelser, så som symptomer på	Selvrapporteret  The National Health Survey	Kessler Psychological Distress Scale (K10)	18-65 år	2001: 15.792 2004: 19.501 2007: 15.792 2011: 15.475	Undersøger kun folk i den arbejdsdygtige alder	Finder ingen ændring i personer med højt niveau depression/angst symptomer, men et fald i andelen med et meget højt niveau af depression/angst symptomer

	depression og/eller angst	Australian Health Survey			2014: 14.732		
New Zealand	Mentalt helbredsindikator	Type	Evt. kode for helbredsindikator	Aldersgruppe	N	Repræsentativitet	Effekter
Fleming mfl. (2013)	Livskvalitet  Depression  Perioder med dårligt humør <sup>c</sup>  Tanker om selvmord <sup>d</sup>  Forsøgt selvmord <sup>e</sup>  Selvskade <sup>f</sup>  Trivsel	Selvrapporteret  Youth2000 surveys	WHO-5 Wellbeing Index  Reynolds Adolescent Depression Scale, Short Form (RADS-SF)  SDQ	13-17 år	2007: 9107 2012: 8500	repræsentativ	Færre unge med god trivsel Flere unger med depressionssymptomer Flere unge med perioder med dårligt humør Færre selvmordsforsøg
Finland	Mentalt helbredsindikator	Type	Evt. kode for helbredsindikator	Aldersgruppe	N	Repræsentativitet	Effekter
Markkula mfl. (2015)	Depression	Del 1: spørgeskema Del 2: Sundhedsinterview (M-CIDI)	M-CIDI		Panel studie 2000-2001: 6005 2011:4478	Repræsentativ for personer over 30+ år.	Stigning blandt kvinder i andel med en eller anden type af depression eller svær depression. Studiet finder ingen ændringen i andelen der lider af dystymi (langvarig nedtrykthed)ald
Sourander Mfl. (2016)	Depression Adfærdsproblemer Følelsesmæssige lidelser Forbrug af mentale sundhedsydelse	Interview af forældre og lærer  The Finnish childhood mental health time-trend study	CDI	Børn der er 8 år	1981: 1.038 1991: 1.035 1997: 1.010 2004: 1.114	Børn født nærheden af Turku universitetshospital	Forældre rapporterer et fald i andelen af drenge, der har adfærds og følelsesmæssige forstyrrelser og et fald i andelen af piger med følelsesmæssige forstyrrelser. Der er ingen tendenser i andelen med depression Stigning i andelen der henvises til mentale sundhedsydelse
Minisha mfl. (2016)	Hyperaktivitet Adfærdsforstyrrelser Følelsesforstyrrelser Prosocial adfærd	Selvrapporteret	SDQ	13-18 år	1998: 1449 2008: 1560 2014: 1499	Er ikke repræsentativ for børn og unge i Finland	Mindre hyperaktivitet og færre adfærdsforstyrrelser blandt piger og bedre sociale adfærd blandt drenge. Piger oplevede flere symptomer på følelses forstyrrelser.
Gyllenberg mfl. 2018	Kontakt (ambulant/indlæggelse) med psykiatrisk sundhedsvæsen  Skizofreni Andre psykoser bipolar Unipolar og andre følelsesforstyrrelser	Registerdata		12-18 år	1987: 29.240 1997: 29.884	Nej ikke data fra alle hospitaler	Generel stigning i andelen (incident) i blandt børn og unge mellem 12-18 år med en psykiatrisk/neurologist diagnose. Stigning i 10-11 diagnoser ud af 17 diagnosetyper

	Tvangslidelser Angst Andre følelsesforstyrrelser Intellektuel handicap Autisme Læring- og koordinationsforstyrrelser Hyperaktivitet Tiks Adfærds og oppositionslidelser Spiseforstyrrelser Andre neurotiske, person eller ikke-psykotiske lidelse						
Norge	Mentalt helbredsindikator	Type	Evt. kode for helbredsindikator	Aldersgruppe	N	Repræsentativitet	Effekter
Reneflot mfl. (2018)	Depression, angst adfærdsforstyrrelser, receptindløsning	Registerdata på recept, kontakter til den primære og specialiserede sundhedssektor.		Børn og unge (0-17 år) Voksne 18+ år	Ikke specificeret	Repræsentativ	Ingen ændringer i den voksne del af befolkningen Stigende kontakt til den primære sektor i forhold til psykiatriske lidelser. Særlig piger i alderen 15-17 år oplever øgede dårligere mental helbred
Sverige	Mentalt helbredsindikator	Type	Evt. kode for helbredsindikator	Aldersgruppe	N	Repræsentativitet	Effekter
Folkhälsomyndigheten (2020)	Nedsat psykisk velbefindende	Selvrapporteret Nationella folkhälsoenkäten	GHQ 4	16-84	2006:5.995 2007:5.738 2008:11.118 2009: 10.373 2010: 10.067 2011: 9.764 2012: 9.855 2013: 9.745 2014: 9.588 2015: 9.728 2016: 9.384 2018: 16.756	Repræsentativ	Øget nedsat psykisk velbefindende Ingen ændring i selvmord
Folkhälsomyndigheten (2018)	Livstilfredshed Psykosomatiske symptomer Ensomhed Angst uro	Selvrapporteret Skolbarnshälsovanor	Cantril latter SWEMWBS	11-13-15 år	1985/86: 2.933 1989/90: 3.553 1993/94: 3.584 1997/97: 3.802 2001/02: 3.926 2005/06: 4.421 2009/10: 6.880 2013/14: 7.867 2017/18: 4.294	Repræsentativ	Ingen ændringer i livstilfredshed Stigning i andel med minimum to psykosomatiske symptomer

Tyskland	Mentalt helbredsindikator	Type	Evt. kode for helbredsindikator	Aldersgruppe	N	Repræsentativitet	Effekter
Bretschneider mfl. (2018)	Svær depression	Selvrapporteret diagnose ved interview af læge/sundhedspersonale  German Health Interview and Examination Survey for Adults	CIDI	1997-99: 18-65 år 2009-12:18-79 år	1997-99:4176 2009-12:3295	Repræsentativ for personer der ikke er på institution	Ingen signifikant ændring i prævalensen af personer med symptomer for svær depression. Stigning i andelen blandt yngre kvinder og fald blandt ældre kvinder.
Steffen mfl. (2020)	Depression Enkelt episode Tilbagevendende depression	Diagnose stillet ambulant		15+ år	2009: 65 mio. 2017: 65 mio.	Repræsentativ for folk med sundhedsforsikring (87% af befolkningen ≥15 år)	Stigning i prævalensen blandt både mænd og kvinder. Størst stigning blandt mænd.
England	Mentalt helbredsindikator	Type	Evt. kode for helbredsindikator	Aldersgruppe	N	Repræsentativitet	Effekter
McManus mfl. (2016)	Depression Angst Panik Tvangstanker/handlinger Andre uspecificerede typer af mentale helbredsproblemer	Selvrapporteret diagnose ved interview af læge/sundhedspersonale  The Adult Psychiatric Morbidity Survey	CIS-R	16-64 år	1993: 8903 2000: 6175 2007: 5435 2014: 5295	Repræsentativ	Stigning i andelen der vurderes at have brug for medicin eller/og terapeutisk behandling. Forskelle mellem køn.
Sadler mfl. (2018)	General mental lidelse Følelsesmæssige lidelser Adfærdslidelser Hyperaktivitet	Selvrapporteret diagnose ved interview af læge/sundhedspersonale  Mental Health of Children and Young People in England survey	SDQ ICD-10	5-15 år	1999: 10.438 2004: 7.977 2017: 9.117	Repræsentativ	Stigning i andel med depressionssymptomer og følelsesforstyrrelser.

## **Kapitel 7: Opsummering, del 1**

I rapportens første del har vi sat fokus på den udvikling, der har fundet sted, indenfor området mental sundhed. Det har vi gjort ved brug af forskellige kilder. Vi har kigget undersøgelser baseret på selvrapporterede mål efter i sømmene og kigget på udviklingen i brugen af de lægemidler, der anvendes til behandling af mentale lidelser. Disse analyser er suppleret med at belyse udviklingen i befolkningens brug af mentale sundhedsydelser og udviklingen i diagnoser givet inden for det mentale sundhedssystem. Endelig har vi reviewet den eksisterende internationale litteratur fra konkrete lande på området og herunder kigget på, hvilke forklaringer disse eksisterende studier giver på udviklingen.

Vi indleder dog del 1 med en kort beskrivelse af, hvordan mental sundhed er kommet på den offentlige dagsorden i Danmark. I kapitel 1 beskriver vi, hvordan WHO sætter mental sundhed på dagsordenen i 2001, hvilket i en dansk sammenhæng følges op af Sundhedsstyrelsen i 2008. Dette fokus opstår som en konsekvens af, at psykisk sygdom på det tidspunkt – og stadig – står for en stor andel af den samlede sygdomsbyrde i verden. Som beskrevet er denne stigning blandt andet et mekanisk resultat af en generel forbedring af det fysiske helbred i verdens befolkning, hvormed den del af sygdomsbyrden, der kan henføres til fysisk sygdom falder med en tilsvarende stigning i andelen af psykisk sygdom til følge. Samtidig betyder befolkningstilvæksten på globalt plan, at der også i absolut forstand sker en stigning i antallet personer med psykiske diagnoser – ikke fordi hvert individ får flere diagnoser, men fordi der er flere individer til at få diagnoserne. Hermed kommer fokus på psykisk sygdom altså delvist på banen som følge af, at det forbedrede fysiske helbred i verdens befolkning frigiver ressourcer og opmærksomhed til at kaste sig over problemet. Men samtidig bliver det også klart, at området er præget af en omfattende underbehandling, og af at området i mange år har stået i skyggen af det somatiske område – og altså at mental sundhed er et område, der helt berettiget har behov for flere ressourcer og mere udvikling (Patel et al. 2018).

Som en sandsynlig konsekvens af denne fokus på mental sundhed, bliver emnet også i bredere forstand genstand for undersøgelser fx i form af spørgeskemaundersøgelserne ”Den nationale sundhedsprofil”, ”Skolebørnsundersøgelsen” osv. Tilsvarende kommer emnet sandsynligvis af samme årsag til at fylde i fx Børnerådets rapporter om børns trivsel, hvor det overtager pladsen fra emner som fx fedme og fysiske vilkår i skolen, der har præget dagsordenen hidtil. Hermed begynder man altså at måle på – og have mål for - subjektive indikatorer for trivsel og mistrivsel, og man begynder at tale om emnet og have tal- og forskningsmæssigt belæg for at tale om emnet.

Kapitel 2 går i dybden med resultaterne fra en række af de spørgeskemaundersøgelser, som undersøger mental sundhed. Hensigten er her at give et kort rids af resultaterne og diskutere præmisserne for disse fund med hensyn til datas kvalitet og de mål, der er anvendt, med henblik på at kunne vurdere om metodologiske forhold helt eller delvist kan forklare de opsigtsvækkende resultater. Men selvom undersøgelserne er præget

af en række metodologiske udfordringer fx med hensyn til bortfald og med hensyn til gennemsigtigheden af en række kodevalg, er det vanskeligt at afvise de fundne resultater og den bekymrende udvikling, som reminiscenser af disse udfordringer: Den bekymrende udvikling – især den vi ser blandt de unge – genfindes på tværs af både indikatorer og undersøgelser, og således synes den mentale sundhed blandt danskerne, og især blandt de unge danskere, at være blevet dårligere hen over det seneste årti. Dette resultat genfindes i kapitel 3, hvor vi foretager egne beregninger baseret på data fra NFA's undersøgelse af danskernes arbejdsmiljø.

I kapitel 4 undersøger vi ændringer over tid fra 1999 til 2018 i brugen af receptpligtig medicin, som anvendes til behandling af mentale sundhedsproblemer. Her finder vi, at brugen af antidepressiva og antipsykotisk medicin topper omkring 2010-2012 og falder herefter. Brugen af antipsykotisk medicin stiger dog igen i de senere år. Brugen af ADHD-medicin stiger – relativt voldsomt – frem mod 2010, hvorpå stigningen bliver mindre dramatisk. Brugen af angstdæmpende-medicin falder i store træk hen over hele perioden. Hvor brugen af visse typer af sovemedicin falder efter at være toppet midt i 00'erne, stiger brugen af andre typer især for de unge.

Disse resultater fra kapitel 4 overrasker, ikke blot set i lyset af resultaterne fra kapitel 2 og 3, der viser, at selvrapporterede mentale sundhedsproblemer er i vækst, men også i lyset af resultaterne fra kapitel 5, der viser konstante eller stigende prævalens- og incidensrater i kontakter til psykiatrien, besøg hos psykolog og psykiater (dog med visse undtagelser) og i en række specifikke diagnoser. Når flere mentale sundhedsproblemer dukker op til overfladen – og behandles i det etablerede sundhedssystem – skulle man tro, at det tilsvarende ville føre til en stigning i medicinforbruget, hvilket ikke synes at være tilfældet; selvom vi ser stigninger i brugen af visse medecintyper, ligner disse stigninger ikke dem, vi ser i aktiviteten indenfor psykiatrien og i de selvrapporterede mål for mental sundhed. Særligt bemærkelsesværdigt er det, at brugen af angstdæmpende medicin falder i samme periode, som vi ser en relativt stor stigning i både prævalensen og incidensen af angstdiagnoser.

En anden væsentlig pointe fra kapitel 5 er dog, at de stigende prævalens- og incidensrater skyldes forsøget på at få bugt med underbehandling indenfor det psykiatriske område fx gennem indførelsen af behandlingsgarantien, og hermed afspejler udviklingen her ikke kun en vækst i psykiske problemer. Faktisk er det vanskeligt på baggrund af talmaterialet at vurdere, hvor stor en del af den observerede udvikling, der skyldes ændringer i befolkningens mentale sundhed, og hvor stor en del der skyldes de omfattende ændringer, der har fundet sted indenfor området især med hensyn til patientrettigheder.

I kapitel 6 afrapporterer vi et omfattende litteraturreview af internationale studier om udviklingen i mental sundhed. Dette review viser, at den danske udvikling stemmer meget godt overens med, hvad man finder i den øvrige vestlige verden, og den viser, at man heller ikke i andre lande har noget sikkert bud på, hvad der driver denne udvikling. Fra litteraturreviewet ved vi dog, at man også i mange andre lande, sikkert også som

følge af udmeldingerne fra WHO, har tilført flere ressourcer til sikring af befolkningens mentale helbred og har haft øget bevågenhed om især børns mentale sundhed. I det perspektiv kan den parallelle udvikling, vi ser her og i udlandet i især unge menneskers mentale sundhed, også være drevet af den øgede fokus snarere end en egentlig forværring af de unges mentale sundhed.

Samlet set kommer vi med del 1 altså ikke i mål med at finde forklaringen på den udvikling, vi ser indenfor danskernes mentale sundhed. Der er i perioden, vi studerer, sket så mange ændringer indenfor området med hensyn til både øget fokus, nye patientrettigheder og ændrede anbefalinger til medicinering, at det reelt set vil være vanskeligt at isolere en forklaring og fx finde ud af, hvor meget af udviklingen der reelt set er drevet af en ændring i danskernes mentale sundhed.



## **DEL 2: RISIKOFAKTORER**

## Kapitel 8: Betydningen af baggrundskarakteristika

Som vi så det i rapportens del 1, rapporterer især unge danskere i stigende grad om psykisk mistrivsel, samtidig med, at der er sket en stigning i brugen af mentale sundhedsydelse i Danmark indenfor stort set alle aldersgrupper. Som diskuteret, er det ikke givet, at især den sidstnævnte udvikling skyldes en forværring af danskernes mentale sundhed. Det er dog alligevel af stor samfundsmæssig interesse at få greb om, hvem det er, der dukker op i systemet/hvem der rapporterer om psykisk mistrivsel, og om den udvikling, vi har set over tid, er drevet af, at nye grupper kommer på banen, eller af ændret aktivitet indenfor grupper der hele tiden har domineret feltet. Denne viden vil bringe os et spadestik dybere i forståelsen af hvad, der driver den observerede udvikling, og det er denne viden, som rapportens del 2 vil præsentere gennem fire kapitler.

Hensigten med dette første kapitel af del 2 er at vise sammenhængen mellem en række ”klassiske” baggrunds- eller risikofaktorer og de forskellige mål for mental sundhed, som vi fokuserer på her i rapporten. Formålet er at give en baseline for at forstå, hvilken betydning disse faktorer har for risikoen for reduceret mental sundhed (i dets forskellige former).

### 8.1. Design

De følgende 5 figurer viser resultaterne fra en række regressionsmodeller, der belyser betydningen af en række almindelige baggrundsfaktorer for risikoen for at udvikle dårligt mental sundhed i de 8 forskellige dimensioner, som rapporten hidtil har beskæftiget sig med. Det drejer sig om følgende 8 dimensioner, hvoraf de første 6 stammer fra registrene, og de sidste 2 stammer fra NFA data: 1) om man har besøgt en psykolog, 2) om man har besøgt en psykiater, 3) om man har haft kontakt til det psykiatriske sundhedssystem (enten ambulant, skadestue eller indlæggelse), 4) om man er blevet diagnosticeret med en depression (i det psykiatriske sundhedssystem), 5) diagnosticeret med angst (i det psykiatriske sundhedssystem), 6) om man har forsøgt selvmord, 7) om man lider af en svær depression (selvrapporteret), og 8) om man lider af dårligt mentalt helbred (selvrapporteret). Hver af de 8 indikatorer er bestemt indenfor et givent år (t), således at fx indikator 1 er en binær variabel for, om man har besøgt en psykolog i år t og er på den måde et meget simpelt mål for brug af mentale sundhedsydelse (relativt til fx en indikator baseret på et femårsinterval eller antallet af besøg). Vi har valgt denne kodning for at gøre analysen så simpel og gennemskuelig som muligt, men er selvfølgelig opmærksom på, at vi så herigennem går glip af nogle nuancer.

Hensigten med at inddrage alle disse 8 indikatorer – både i nærværende kapitel, og for så vidt muligt også i de følgende - er herigennem at forsøge at belyse betydningen af baggrundskarakteristika hen over hele spektret af mental sundhed. Fra de milde indikationer af mistrivsel som man kan fange i de selvrapporterede mål, over de lidt alvorligere hvor en person opsøger en psykolog, til de alvorligste hvor individet dukker op i psykiatrien. Valget af de 8 dimensioner beror altså ikke primært på, hvilken udvikling over tid vi har set indenfor den enkelte dimension, men på at vi ønsker at dække så meget som muligt af det spektrum af tilstande, der kan siges at falde under begrebet mental sundhed. Således kigger vi fx også på betydningen af

baggrundsfaktorer for sandsynligheden for, at man har besøgt en psykolog, selvom beregningerne præsenteret i kapitel 5 ikke peger i retning af, at det er her, problemerne er størst, eller stigningen er mest markant.

I figurerne har vi valgt kun at fokusere på de unge, hvilket for de registerbaserede dimensioner betyder de 20- og 28-årige (separat), og for de survey-baserede dimensioner vil sige de 18-24-årige og de 25-32-årige. Dette fokus skyldes, at det især er i disse aldersgrupper, den eksisterende litteratur og vores supplerende beregninger viser en særlig markant udvikling.

I modellerne inkluderer vi baggrundsfaktorer, der beskriver den unge selv, og som beskriver hans eller hendes forældrebaggrund målt, når den unge er 18 år gammel. Det drejer sig mere specifikt om følgende baggrundsfaktorer:

Tabel 8.1: Variabelbeskrivelse

Variabelnavn	Beskrivelse
Kvinde	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis individet er en kvinde
Indvandrer	Dummyvariabel, der tager værdien 1 hvis individet er registreret som indvandrer i Danmarks Statistiks Registre
Efterkommer	Dummyvariabel, der tager værdien 1 hvis individet er registreret som efterkommer i Danmarks Statistiks Registre
Dansk	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis individet har fået et gennemsnit på 10 eller derover i alle karakterer relateret til faget ”Dansk” i folkeskolens 9.klasse. Anvendes kun for den yngste aldersgruppe
Matematik	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis individet har fået et gennemsnit på 10 eller derover i alle karakterer relateret til faget ”Matematik” i folkeskolens 9.klasse. Anvendes kun for den yngste aldersgruppe
Indkomst, 24-årig	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis individet ligger øverste indkomst kvartil som 24-årig (blandt alle 24-årige). Anvendes kun til den ældste aldersgruppe
Uddannelse, 24-årig	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis individet har afsluttet en ungdomsuddannelse som 24-årig. Anvendes kun til den ældste aldersgruppe
Psykiatri, 17-årig	Dummyvariable, der tager værdien 1, hvis individet har været i kontakt med det psykiatriske hospitalsvæsen som 17-årig. Anvendes kun til den yngste aldersgruppe
Psykiatri, 20-årig	Dummyvariable, der tager værdien 1, hvis individet har været i kontakt med det psykiatriske hospitalsvæsen som 20-årig. Anvendes kun til den yngste aldersgruppe
Mors indkomst	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis individets mor ligger øverste indkomst kvartil, når individet er 18 år gammelt
Fars indkomst	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis individets far ligger øverste indkomst kvartil, når individet er 18 år gammelt
Mor, arbejdsløs	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis individets mor er dagpengemodtager, når individet er 18 år gammelt
Mor, førtidsp	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis individets mor er førtidspensionist, når individet er 18 år gammelt
Mor, kontanth	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis individets mor er kontanthjælpsmodtager, når individet er 18 år gammelt

Far, arbejdsløs	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis individets far er dagpengemodtager, når individet er 18 år gammelt
Far, førtidsp.	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis individets far er førtidspensionist, når individet er 18 år gammelt
Far, kontanth.	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis individets far er kontanthjælpsmodtager, når individet er 18 år gammelt
Mor, Udd	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis individets mor har afsluttet en ungdomsuddannelse når individet er 18 år gammelt
Far, Udd	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis individets far har afsluttet en ungdomsuddannelse når individet er 18 år gammelt
Mor, psyk	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis individets mor har været i kontakt med psykiatrien når individet er 18 år gammelt
Far, psyk	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis individets far har været i kontakt med psykiatrien når individet er 18 år gammelt
Kernefam.	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis individets forældre er samboende når individet er 18 år gammelt
Mor, missing	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis der ikke er oplysninger om mor i registrene
Far, missing	Dummyvariable, der tager værdien 1 hvis der ikke er oplysninger om far i registrene
Fødeår	År individet er født
Alder	Alder på interviewtidspunkt (kun for analyser baseret på data fra NFA)
Interview	År interviewet har fundet sted

Det skal bemærkes, at det er de samme variabler og variabelspecifikationer, der går igen i rapportens øvrige analyser (med mindre andet er specificeret).

Valget om også at fokusere på forældrebaggrund afspejler, at der er tale om relativt unge individer for hvem, vi kan forvente, at vilkår i opvæksten stadig spiller en direkte rolle (tabel B8.1 i bilag 8 viser fordelingen af disse baggrundskarakteristika for registeranalyserne, og tabel B8.2 viser fordelingen for analyserne baseret på NFA-data).

## 8.2. Brug af sundhedsydelser

Første figur, figur 8.2.1 viser betydningen af de udvalgte baggrundskarakteristika for de første tre dimensioner nævnt ovenfor for de 20- hhv. 28-årige (N, 20-årige=439.238; N, 28-årige=410.507). Man skal læse figuren således, at prikkerne udgør punkttestimaterne for de baggrundskarakteristika, der beskrives på y-aksen. Ligger punktet over 0 (dvs. til højre for den markerede linje), er der tale om en positiv effekt, hvor det pågældende baggrundskarakteristika øger risikoen for at have benyttet det mentale sundhedsvæsen i den dimension, der undersøges. Et punkt, der ligger under 0 (dvs. til venstre for den markerede linje), markerer omvendt en negativ effekt af det pågældende baggrundskarakteristika. De linjer, der gennemskærer punkterne, er estimaternes konfidensintervaller, og krydser de den markerede linje, er estimatet ikke signifikant forskellig fra 0.

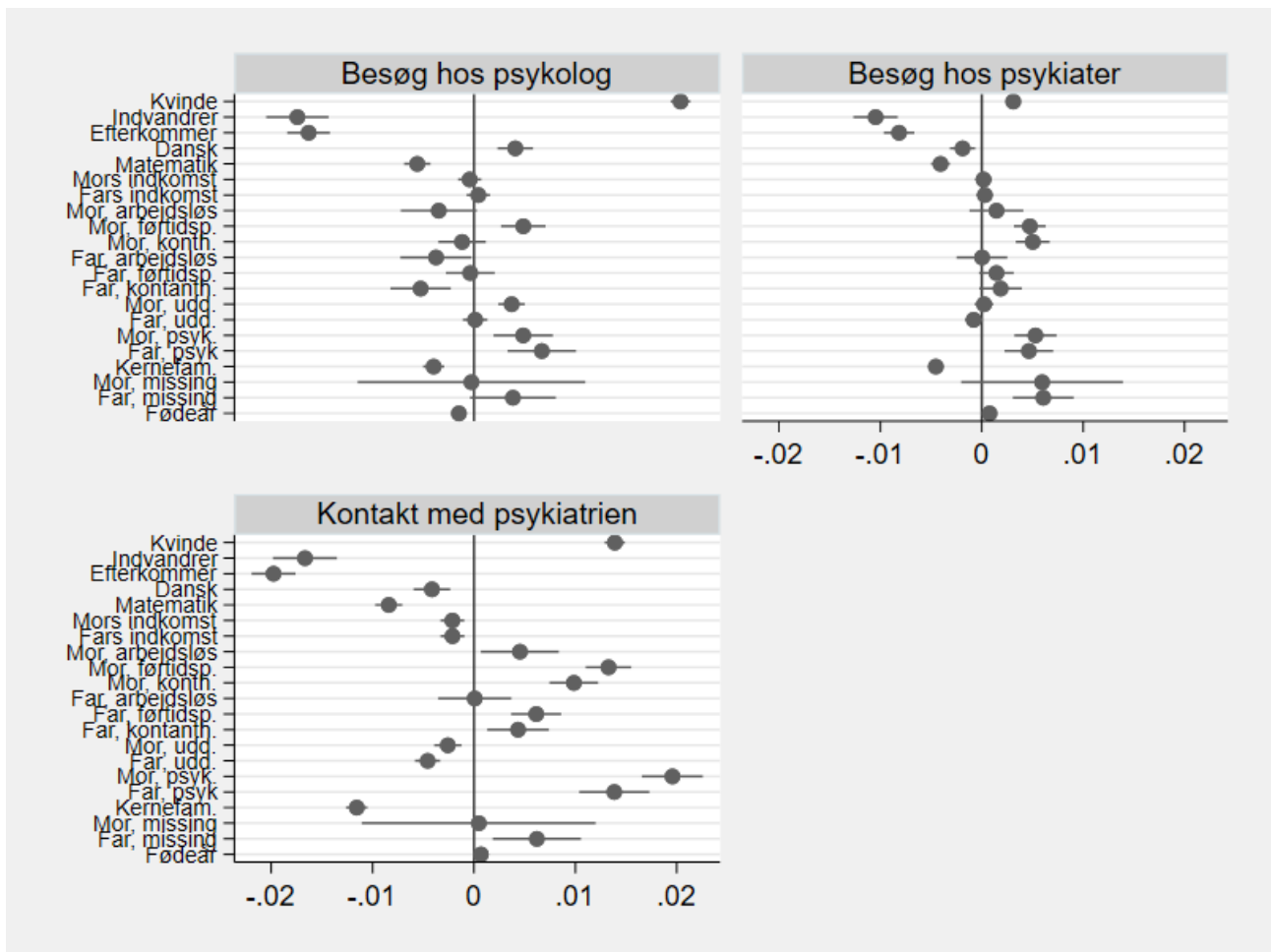
Af figuren kan man se et interessant mønster, hvor betydningen af de belyste baggrundskarakteristika for risikoen for, at man har besøgt en psykiater, eller for at man har været i kontakt med psykiatrien, enten som 20- eller 28-årig, følger et ret forventeligt mønster. Omvendt går betydningen af disse baggrundskarakteristika for risikoen for, at man har besøgt en psykolog i højere grad imod forventningerne.

Således har unge med indvandrerbaggrund (inklusive efterkommere), unge med gode karakterer i dansk og matematik, unge med veluddannede forældre og forældre, der ligger højt i indkomstfordelingen og unge, der er vokset op i en kernefamilie en formindsket risiko for have besøgt en psykiater eller været i kontakt med psykiatrien. Kvinder og unge med forældre, der har lav socioøkonomisk status, eller som har været i kontakt med psykiatrien, har en forøget risiko for at have benyttet disse dele af vores sundhedsvæsen.

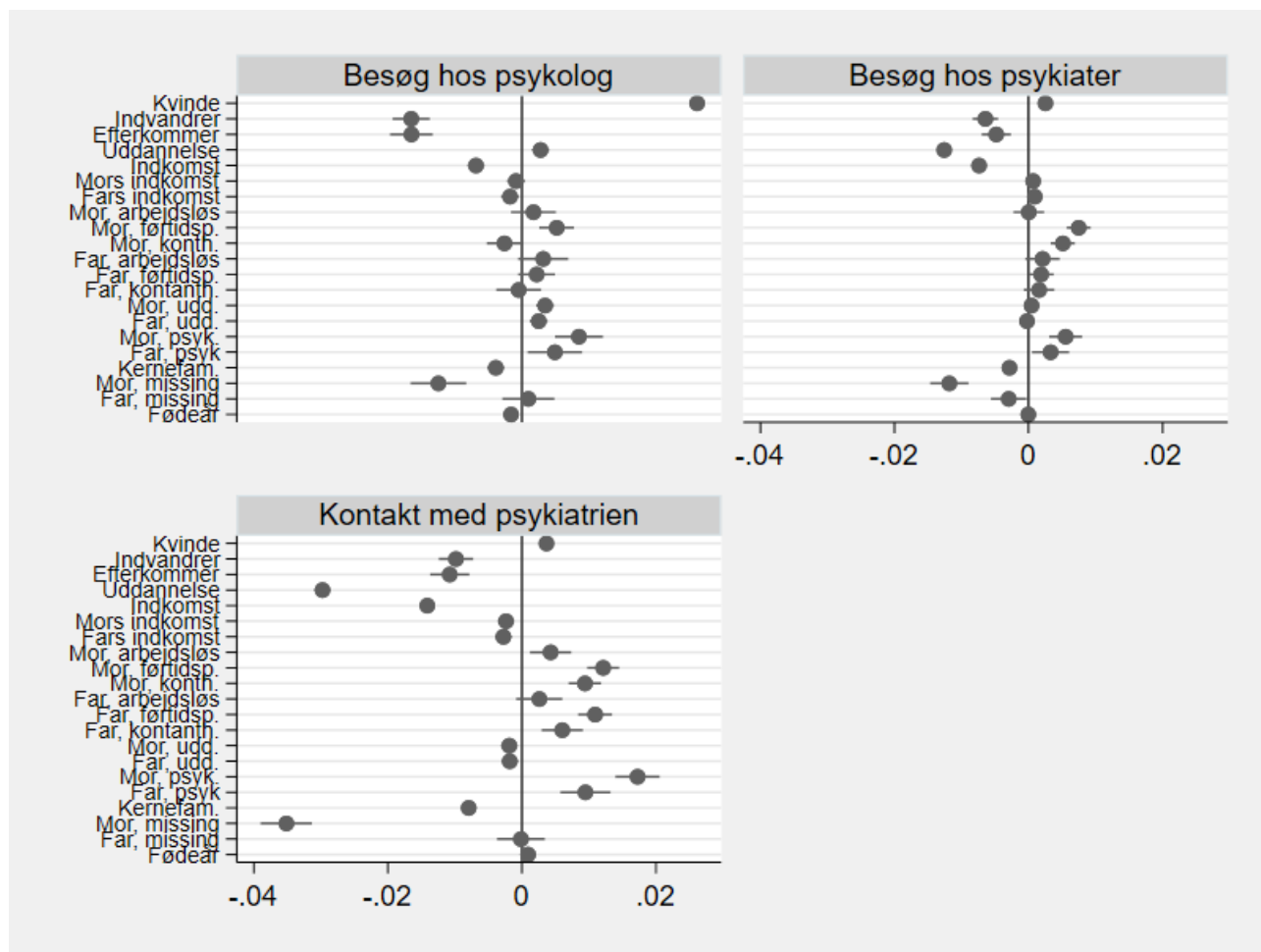
Vender vi i stedet blikket mod sammenhængen mellem de inkluderede baggrundskarakteristika og risikoen for, at man har besøgt en psykolog, enten som 20- eller som 28-årig, ser vi omvendt, at forældrenes lave socioøkonomiske status ser ud til at reducere denne risiko, mens fx mors uddannelse øger den. Vi genfinder dog den positive betydning af forældrenes kontakter med psykiatrien og den negative betydning af at være vokset op i en kernefamilie. Figurens panel B viser betydningen af de valgte baggrundskarakteristika for de tre dimensioner blandt de 28-årige, og som man kan se, er resultaterne meget ens.

Figur 8.2.1: Behandling (20- hhv. 28-årige, 2012-2017)

Panel A: I behandling som 20-årig



Panel B: I behandling som 28-årig



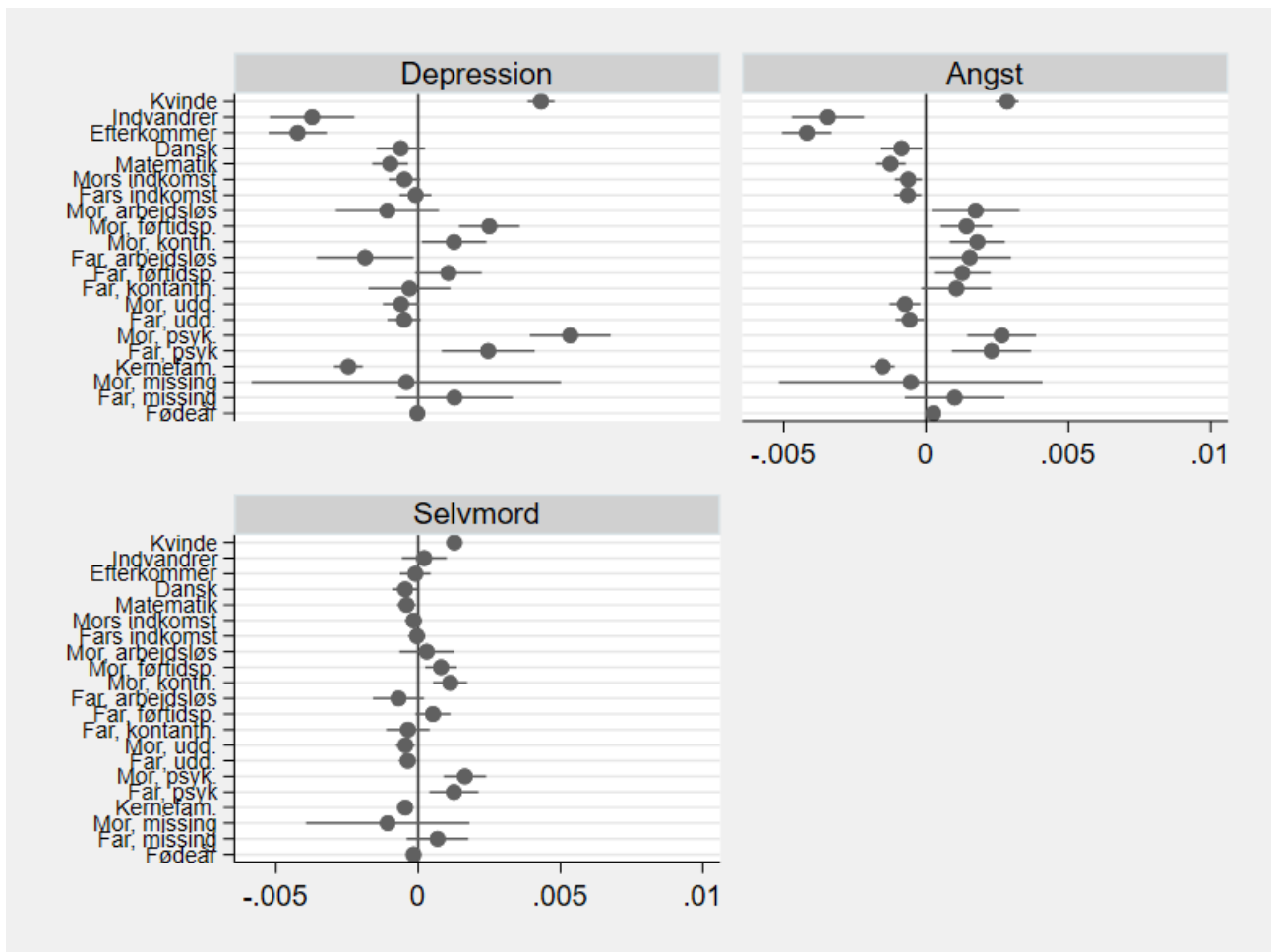
Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks statistik og Landspatientregisteret.

### 8.3. Diagnoser og selvmordshandlinger

Figur 8.3.1 viser sammenhængen mellem de valgte baggrundskarakteristika og risikoen for at blive diagnosticeret med angst eller depression i forbindelse med en kontakt med psykiatrien samt risikoen for at foretage en selvmordshandling. Betydningen af baggrundskarakteristika følger ret præcist det samme og forventelige mønster, som vi så det under psykiater/psykiatridimensionerne ovenfor, hvor mange ressourcer mindsker denne risiko, og få øger den. Betydningen af de forskellige baggrundskarakteristika er dog mindre udtalt for selvmordshandlinger. Resultaterne varierer ikke nævneværdigt på tværs af de to aldersgrupper.

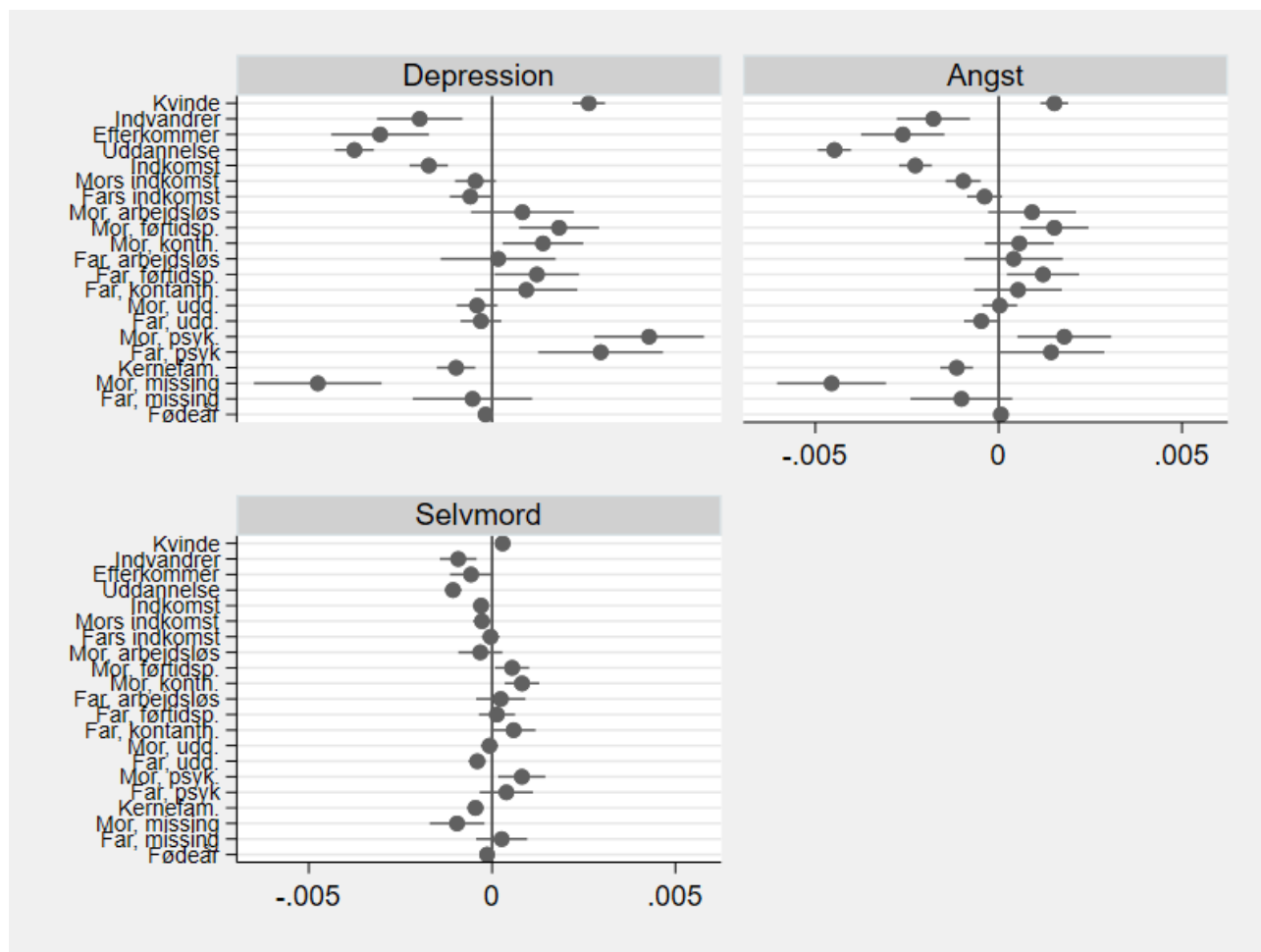
Figur 8.3.1. Diagnosticeret/selvmodshandlinger (20 og 28 år i 2012-2017)

Panel A: Diagnosticeret eller foretaget selvmodshandling som 20-årig





Panel B: Diagnosticeret eller foretaget en selvmordshandling som 28-årig



Note: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks statistik og Landspatientregisteret.

Samlet set viser de registerbaserede analyser således, at mange ressourcer er en beskyttelsesfaktor, mens få ressourcer er en risikofaktor. Samtidig er afvigelserne i resultaterne for risikoen for, at man har besøgt en psykolog, interessante. Man kunne således forestille sig, at det kræver ressourcer at kunne opsøge denne del af det mentale sundhedsvæsen - enten mentale eller økonomiske. Fordi denne type ydelse kræver ressourcer, bliver psykologhjælpen ikke nødvendigvis brugt af de grupper, der er dårligst stillede. De dukker i stedet først op i systemet, når det er gået så galt, at de har brug for en egentlig indlæggelse (eller hjælp fra en psykiater). En risikofaktor, som vi også har undersøgt, men som vi ikke har medtaget her, er naturligvis betydningen af tidligere at have været i behandling i det psykiatriske system.<sup>27</sup> Som man vil kunne se af de to

<sup>27</sup> Vi har valgt at udelade estimerne for betydningen af tidligere kontakter med psykiatrien i figurene præsenteret her, idet disse estimerne er så store, at de forstyrrer læsningen af de øvrige estimer.

paneler af figur B8.1 i bilag 8, øger sådan tidligere behandling markant risikoen for at opleve hvert af de fem dimensioner belyst ovenfor.

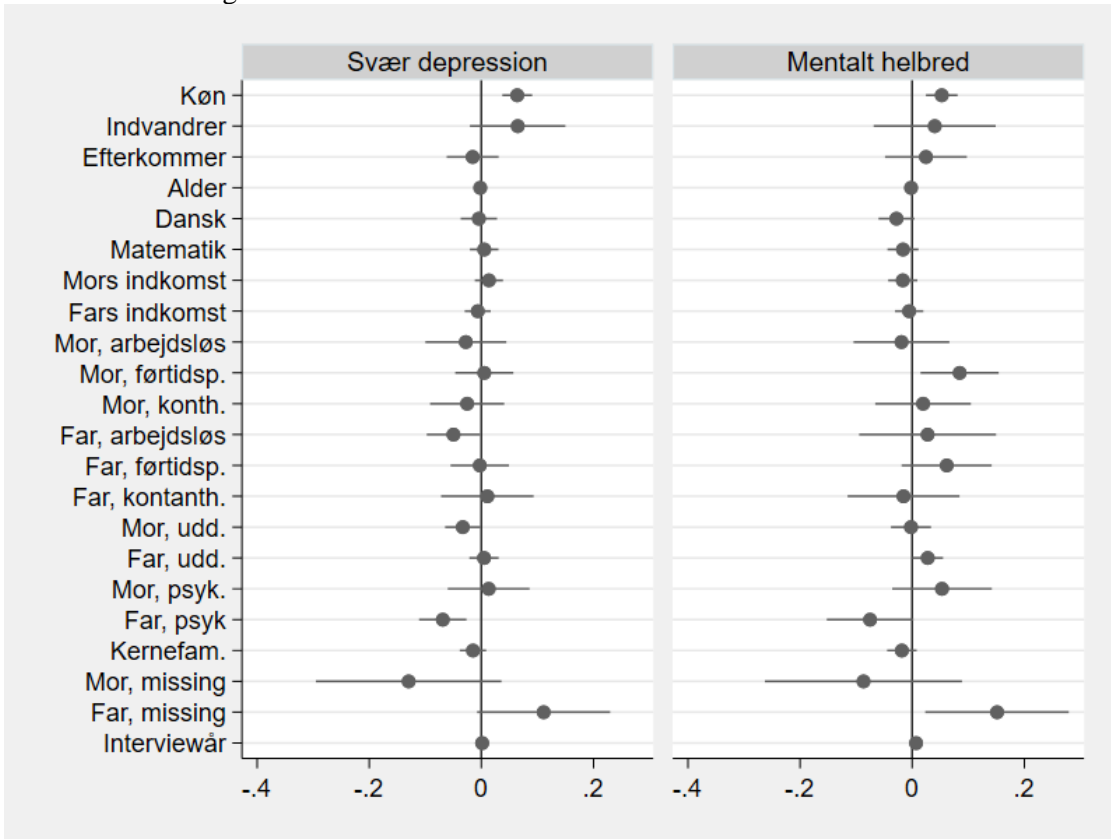
#### **8.4. Selvrapporterede mål for mental sundhed**

Den sidste figur, figur 8.4.1, vi vil præsentere her, viser betydningen af baggrundskarakteristika for risikoen for, at man rapporterer svær depression eller dårligt mentalt helbred i data fra NFA-undersøgelserne. Definitionen af dårligt mentalt helbred følger definitionen fra NATSUP, og respondenter med dårligt mentalt helbred er således dem, der ligger under 10 procentpercentilen på målet for mentalt helbred. Svær depression er defineret som havende en moderat til svær depression på depressionsskalaen. Vi fokuserer her ikke udelukkende på de 20- og 28-årige, da det vil give for begrænset et antal respondenter, men kigger i stedet på de 18-24-årige (N=5.532) hhv. de 25-32-årige (N=11.058).

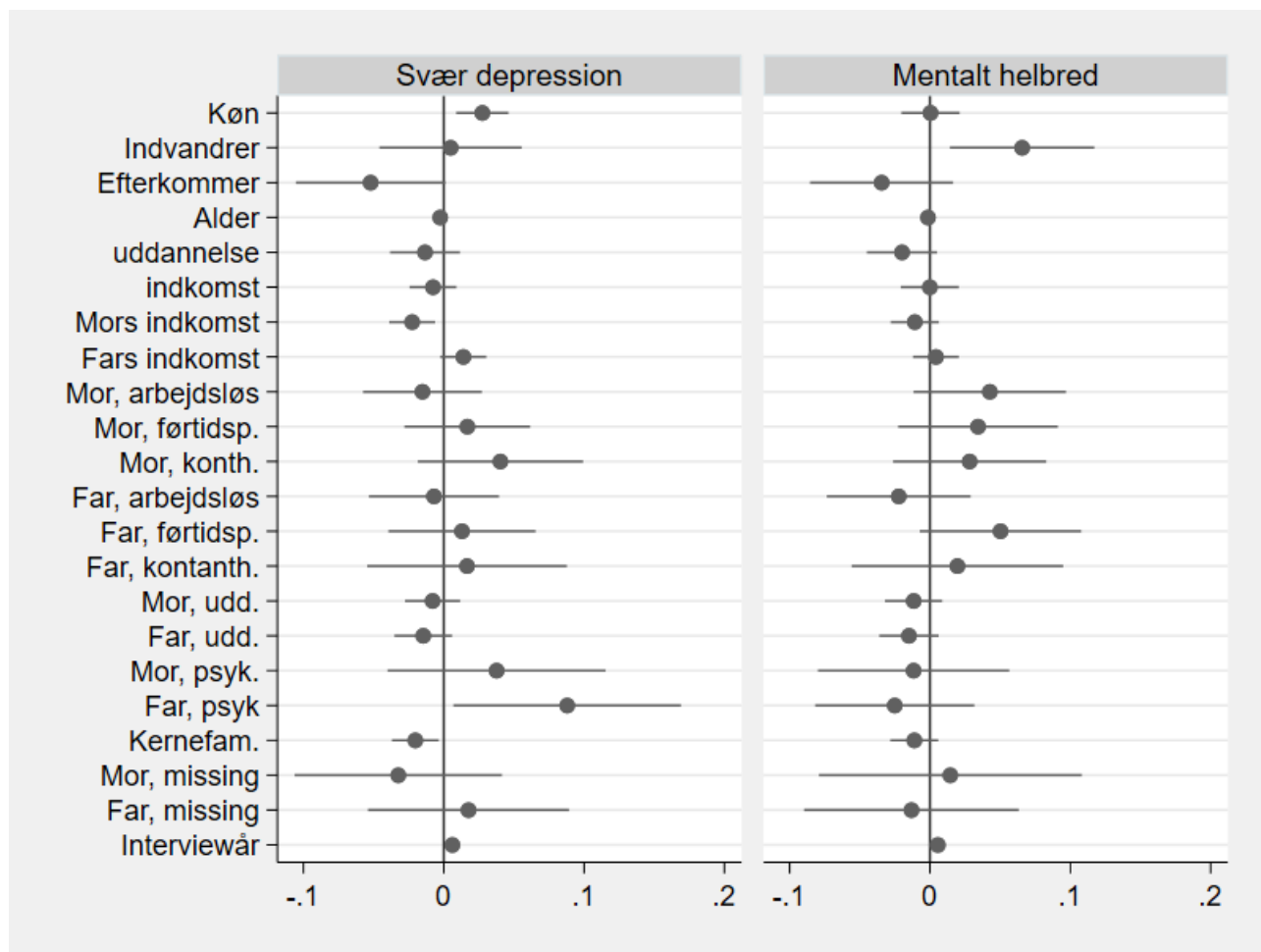
Man kan starte med at bemærke, at ikke mange estimater er signifikante. Selvom vi ikke har samme antal respondenter i NFA-undersøgelserne, som vi har individer i de registerbaserede analyser, er det svært at forestille sig, at den manglende signifikans skyldes for få respondenter. En forklaring på de usikre estimater kan være, at de to mål for mental sundhed er relativt usikkert bestemt, fx idet de er selvrapporterede. Og som man også kan læse ud af figurene, så følger resultaterne her ikke samme forventelige mønster, som vi fandt i en overvejende del af figurene præsenteret ovenfor. For selvom positive forældreressourcer, som fx indkomst og uddannelse ser ud til – i overvejende grad – at mindske risikoen, mens negative forældreressourcer, som fx lav socioøkonomisk status, øger risikoen for at rapportere om dårlig mental sundhed i de to former, vi undersøger her, så er der også undtagelser, som forstyrrer billedet. Det gælder fx for betydningen af fars kontakt med det psykiatriske system og fars arbejdsløshed for de 18-24-åriges risiko for at udvikle en svær depression. Samtidig har de forskellige baggrundskarakteristika ikke den samme betydning på tværs af de to mål og på tværs af aldersgrupperne. Det er således svært at se et egentligt mønster i hvem, der rapporterer om en svær depression eller om dårligt mentalt helbred i NFA-undersøgelserne.

Figur 8.4.1 Selvrapporeret mental sundhed (data fra NFA, 2012, 2014, 2016 og 2018)

Panel A: 18-24-årige



Panel B: 25-32-årige



Note: For at tage højde for at undersøgelserne har været præget af en del bortfald, har vi konstrueret vægte på baggrund af registerdata, der angiver hver respondents sandsynlighed for at indgå i NFA-data i et givent år. Vægtene er konstrueret indenfor alderskategorierne 18-24 år og 25-32 år og med udgangspunkt i de samme type baggrundskarakteristika, som anvendes i ovenstående figurer.

Egne beregninger baseret på data fra Danmarks statistik, Landspatientregistret og NFA.

Igen har vi ikke medtaget betydningen af tidligere kontakter til psykiatrien i figurerne, men estimerne for denne risikofaktor kan ses i figur B8.2 i bilag 8. Som man kan se her, har sådanne tidligere kontakter især betydning for risikoen for at rapportere om dårligt mentalt helbred for de ældste af de to aldersgrupper.

### 8.5. Opsummering

Overordnet set finder vi kun få overraskelser i resultaterne præsenteret i figurerne ovenfor, idet vi fx ser et forventeligt mønster, hvor de ressourcesvage grupper bruger sundhedsydelse og får angst- og depressionsdiagnoser i højere grad end de ressourcestærke grupper. Omvendt finder vi dog en række ikke-

ubetydelige afvigelser fra dette mønster, når outcomevariablen er besøg hos en psykolog, idet fx 20-årige og 28-årige af højtuddannede mødre har en øget sandsynlighed for at have besøgt en psykolog. Analyserne for sammenhængen mellem risikofaktorerne og de selvrapporterede mål for mental sundhed giver kun få signifikante resultater, og selvom nogle af punktestimaterne følger mønstret fra de registerbaserede undersøgelser, afviger andre. Dette resultat kan skyldes forskellige metodologiske udfordringer, som fx at datagrundlaget her er væsentligt mindre, eller at målene er mere usikkert bestemt, fx idet de er selvrapporterede.

## Kapitel 9: En dekomponering af udviklingen

I det foregående kapitel satte vi fokus på sammenhængen mellem en række baggrundskarakteristika og 8 forskellige mål for mental sundhed. I kapitlet tog vi dog ikke stilling til om denne sammenhæng er konstant over tid, eller om den udvikling, vi ser i danskernes mentale sundhed (i rapportens del 1), også kan skyldes en ændring over tid i betydningen af bestemte baggrundskarakteristika for risikoen for at udvikle mentale sundhedsproblemer. Samtidig kan befolkningssammensætningen også have ændret sig over den periode vi studerer, og det alene kan også drive en stor del af udviklingen.

I dette kapitel vil vi nærme os svaret på dette spørgsmål ved at foretage en dekomponering af de forskelle, vi ser i brugen af mentale sundhedsydelse og i selvrapporteret mental sundhed i de to yderår (2009 og 2017, hhv. 2012 og 2018) indenfor de aldersgrupper, vi også tidligere har fokuseret på (20 og 28-årige, hhv. 18-24-årige og 25-32-årige). Dekomponeringsanalysen har til formål at skille den del af udviklingen, som skyldes kompositionsændringer i befolkningen fra den del, der skyldes en ændring i sammenhængen mellem de forskellige baggrundskarakteristika og det outcome, man studerer – i vores tilfælde de forskellige mål for mental sundhed. Til dekomponeringen bruger vi de samme baggrundskarakteristika, som vi tidligere har fokuseret på (se kapitel 8) i en Blinder-Oaxaca dekomponering for lineære modeller.

I analyserne definerer vi brugen af det mentale sundhedssystem som 1) om man har besøgt en psykolog i året, 2) om man har besøgt en psykiater i året, og 3) om man har været i kontakt med det mentale sundhedssystem (dvs. været ambulant, skadestue- eller heldøgnspatient på psykiatriske hospitaler). Selvrapporteret dårlig mental sundhed er defineret som, 1) at man ligger under 10 procentpercentilen på målet for mentalt helbred, og 2) at man har en moderat til svær depression målt på depressionsskalaen.

### 9.1. Dekomponering af ændringen i de tre mentale sundhedsydelser

Tabel 9.1 viser resultatet af denne dekomponering for gruppen af 20-årige. Her viser de to første kolonner forskellen i brug af de mentale sundhedsydelser mellem 2009 og 2017 for 20-årige mænd hhv. kvinder. I overensstemmelse med hvad vi har set ovenfor, øges brugen af disse ydelser i periode. En undtagelse er dog andelen af 20-årige kvinder, som har besøgt en psykolog – her ser vi et signifikant fald i andelen fra 3,3 til 3 procent. Kolonne 3 viser forskellen i andelen mellem de to år. Her angiver en negativ værdi en stigning fra 2009 til 2017, mens en positiv værdi angiver et fald. Rigtig interessant bliver det dog i kolonne 4 ("Endowments"), der viser, hvilken del af forskellen mellem de to år, som kan tilskrives kompositionsforskelle – dvs. forskelle i karakteristika - mellem de to populationer (dvs. de 20-årige i 2009 relativt til de 20-årige i 2017). I forlængelse heraf viser kolonne 5 ("Coefficients"), hvilken del af forskellen, som kan tilskrives, at disse karakteristika har forskellig betydning for mental sundhed i de to år. Sidst viser

kolonne 6 ("Interaktion, E og C") hvor stor en andel af forskellen, som kan tilskrives kombinationen af forskelle i karakteristika og forskelle i betydningen af disse karakteristika.

Som man kan se, kan langt den største del af forskellen mellem de to år tilskrives ændringer i betydningen af karakteristika mellem de to år ("Coefficients"), idet alle koefficienter her, med en enkelt undtagelse, er signifikante – undtagelsen finder vi blandt mænds besøg hos en psykolog, hvor den rå forskel mellem de to år heller ikke i sig selv er signifikant. Det spiller altså en mindre rolle, at befolkningskompositionen har ændret sig fra 2009 til 2017, men det er i stedet ændringer i sammenhængen mellem bestemte karakteristika og brugen af de mentale sundhedsydelser, der har drevet det meste af udviklingen.

Tabel 9.1: Dekomponering, 20-årige, brug af mentale sundhedsydelser

	Gns. (std. err.), 2009	Gns. (std. err.), 2017	Forskel (std. err)	Endowments, Gns. (std.err)	Coefficients Gns. (std.err)	Interaktion, E og C Gns. (std.err)
<b>Mænd</b>						
Psykolog	0,0114 (0,0006)***	0,0128 (0,0006)***	-0,0013 (0,0009)	-0,0004 (0,0003)	-0,0014 (0,0010)	0,0005 (0,0005)
Psykiater	0,0089 (0,0006)***	0,0119 (0,0006)***	-0,0030 (0,0008)***	-0,0003 (0,0003)	-0,0034 (0,0009)***	0,0008 (0,0005)
Psykiatri	0,0137 (0,0007)***	0,0190 (0,0008)***	-0,0053 (0,0010)***	-0,0008 (0,0004)	-0,0040 (0,0011)***	-0,0005 (0,0006)
<b>Kvinder</b>						
Psykolog	0,0328 (0,0011)***	0,0298 (0,0010)***	0,0029 (0,0014)*	-0,0006 (0,0004)	0,0039 (0,0015)*	-0,0004 (0,0007)
Psykiater	0,0130 (0,0007)***	0,019 (0,0008)***	-0,0061 (0,0010)***	-0,0005 (0,0004)	-0,0052 (0,0011)***	-0,0003 (0,0005)
Psykiatri	0,0245 (0,0009)***	0,0392 (0,0011)***	-0,0147 (0,0014)***	-0,0031 (0,0006)***	-0,0110 (0,0015)***	-0,0007 (0,0007)

Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret. \*= $p < 0.05$ ; \*\*= $p < 0.01$ ; \*\*\*= $p < 0.001$

I bilag 9, tabel B9.1a og B9.1.a ses den fulde dekomponering for mænd hhv. kvinder – vi viser ikke tabellerne her pga. deres længde. Af de to tabeller kan man se, hvorledes hver af de 20 baggrundskarakteristika bidrager til hhv. den samlede "endowment" og den samlede "coefficients" koefficient. Fx viser tabellen, at selv om de overordnede resultater angiver, at det er ændringer i den samlede betydning af baggrundsfaktorerne ("coefficients"), som betyder mest for den udvikling, vi ser i brugen af de forskellige mentale sundhedsydelser fra 2009 til 2017, så sker der faktisk kompositionsændringer i populationen ("endowments"), hen over perioden, som hver især bidrager til den samlede ændring. Fx reducerer ændringer i andelen af efterkommere og i andelen, der scorer højt i matematik, forskellen mellem de to år, mens ændringer i andelen, der tidligere har været i kontakt med psykiatrien, og som er vokset op i en intakt familie, øger forskellen (på alle tre mål og for både mænd og kvinder). Herudover fører ændringer i andelen, hvor mor er på arbejdsløshedsdagpenge, på førtidspension og på kontanthjælp, og hvor hun har været i kontakt med psykiatrien, også til en øget forskel (dog mindre konsistent på tværs af køn og de tre

outcomemål). Væsentligt er det dog, at fordi disse ændringer viser modsatrettede tendenser, har de samlet set ikke nogen signifikant betydning for de udviklinger, vi ser.

Omvendt finder vi få signifikante selvstændige bidrag fra ændringer i betydningen af de 20 baggrundsfaktorer ("coefficients") – og der er samtidig ikke meget systematik over disse resultater. Fx finder vi, at betydningen af tidligere kontakter til psykiatrien for aktuelle kontakter ændres signifikant mellem de to år for både drenge og piger, men for drengene fører denne ændrede betydning til en formindsket forskel mellem de to år, mens ændringen fører til en forøget forskel for pigerne. For drengene finder vi også, at både en ændring i betydningen af fars førtidspension og af mors høje indkomst mellem de to år mindsker forskellen mellem de to år i andelen, der har besøgt en psykiater, svarende til at de sociale forskelle i brugen af denne ydelse mindskes. Men selvom der altså kun er få signifikante bidrag fra sådanne ændringer i betydningen af de forskellige baggrundsfaktorer, så er det altså det samlede bidrag fra disse ændringer, som ser ud til at drive udviklingen i brugen af de tre mentale sundhedsydelse.

Tabel 9.2 viser dekomponeringen for de 28-årige. Som man kan se af tabellen, har kompositionsændringer ("Endowments") bidraget signifikant til ændringen i andelen af mænd og kvinder, der har brugt alle tre mentale sundhedsydelse (også hvor den rå forskel mellem de to år ikke er signifikant). Ændringen indenfor kontakter til psykiatrien har dog også – og faktisk primært, givet koefficienternes størrelse - været drevet af en ændring i betydningen af baggrundskaraktistika ("Coefficients"). Til sidst ser vi en signifikant og positiv interaktionseffekt for samme ydelse for både mænd og kvinder, der fortæller, at kombinationen af de ændrede karakteristika i befolkningen og af den ændrede betydning af disse karakteristika faktisk har lagt en dæmper på stigningen i brugen af psykiatrien.

Tabel 9.2: Dekomponering, 28-årige, brug af mentale sundhedsydelse

	Gns. (std. err.), 2009	Gns. (std. err.), 2017	Forskel	Endowments Gns. (std.err)	Coefficients Gns. (std.err)	Interaktion, E og C Gns. (std.err)
<b>Mænd</b>						
Psykolog	0,0168 (0,0008)***	0,0179 (0,0007)***	-0,0010 (0,0011)	-0,0011 (0,0003)**	-0,0005 (0,0011)	0,0005 (0,0005)
Psykiater	0,0125 (0,0007)***	0,0152 (0,0007)***	-0,0027 (0,0010)**	-0,0013 (0,0003)***	-0,0015 (0,0010)	0,0000 (0,0004)
Psykiatri	0,0171 (0,0008)***	0,0290 (0,0009)***	-0,0119 (0,0012)***	-0,0049 (0,0005)***	-0,0103 (0,0013)***	0,0033 (0,0006)***
<b>Kvinder</b>						
Psykolog	0,0440 (0,0013)***	0,0441 (0,0012)	-0,0001 (0,0017)	-0,0011 (0,0005)*	-0,0002 (0,0018)	0,0012 (0,0007)
Psykiater	0,0187 (0,0008)***	0,0175 (0,0007)***	0,0012 (0,0011)	-0,0008 (0,0003)*	0,0021 (0,0012)	-0,0001 (0,0004)
Psykiatri	0,0217 (0,0009)***	0,0341 (0,0010)***	-0,0124 (0,0014)***	-0,0043 (0,0005)***	-0,0122 (0,0014)***	0,0041 (0,0006)***

Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret. \*= $p < 0.05$ ; \*\*= $p < 0.01$ ;

\*\*\*= $p < 0.001$



Tabel B9.2a og B9.2b i bilag 9 viser den fulde dekomponering. Resultaterne minder på mange måder om det, vi så for de 20-årige – en ændring i andelen af efterkommere mindsker forskellen mellem de to år, mens ændringer i andelen, der tidligere har været i kontakt med psykiatrien, øger forskellen. Vi genfinder også tendensen til, at ændringer i forældrebaggrund er med til at øge forskellen over tid, og samtidig ser vi, at ændringer i andelen, som har et højt uddannelses- og indkomstniveau som 24-årig, bidrager til en øget forskel mellem de to år. Retter vi herefter blikket mod ændringer i betydningen af baggrundskarakteristika ("coefficients"), finder vi også her, at tidligere kontakter til psykiatrien får en øget betydning over perioden for alle tre outcomemål.

På baggrund af ovenstående er det altså ikke muligt at konkludere, at udviklingen i brugen af mentale sundhedsydelse er drevet af kompositionsændringer frem for ændringer i betydningen af disse karakteristika – og det er heller ikke muligt at konkludere det omvendte. Resultatet afhænger af, hvilken sundhedsydelse man fokuserer på, og om man kigger på mænd eller kvinder.

## 9.2. Dekomponering af ændringen i selvrapporeret mental sundhed

Vi har også dekomponeret udviklingen i selvrapporeret mental sundhed med brug af NFA-data. I tabel 9.3 viser vi resultatet for de 18-24-årige, separat for mænd og kvinder. Her ser vi, at udviklingen for mænd primært er drevet af forskelle mellem de to år i betydningen af baggrundskarakteristika. Stigningen i dårligt selvrapporeret mental sundhed skyldes altså ikke kompositionsændringer i gruppen af unge mænd i samplet, men at sammenhængen mellem baggrundskarakteristika og risikoen for at rapportere dårlig mental sundhed har ændret sig over tid. For kvinderne er konklusionen ikke entydig, idet ingen af komponenterne ser ud til at bidrage signifikant til udviklingen. Numerisk set finder vi dog de største effekter i interaktionen mellem karakteristika og ændringer i betydningen af disse karakteristika, hvilket kan være et signal om, at det er den simultane effekt af ændringer i samplet og ændringer i betydningen af baggrundskarakteristika, der har været afgørende for den udvikling, vi ser blandt de unge kvinder.

Tabel 9.3: Dekomponering, 18-24-årige, selvrapporeret mental sundhed

	Gns. (std. err.), 2012	Gns. (std. err.), 2018	Forskel (std. err)	Endowments Gns. (std.err)	Coefficients Gns. (std.err)	Interaktion, E og C Gns. (std.err)
<b>Mænd</b>						
Svær depression	0,0275 (0,0065)***	0,0562 (0,0088)***	-0,0287 (0,0109)**	0,0027 (0,0051)	-0,0352 (0,0115)***	0,0039 (0,0064)
Mentalt helbred	0,0642 (0,0097)***	0,1124 (0,0120)***	-0,0481 (0,0155)**	-0,0007 (0,0072)	-0,0540 (0,0164)**	0,0066 (0,0093)
<b>Kvinder</b>						
Svær depression	0,1071 (0,0114)***	0,1104 (0,0115)***	-0,0032 (0,0162)	0,0005 (0,0062)	0,0172 (0,0199)	-0,0209 (0,0138)
Mentalt helbred	0,1495 (0,0131)***	0,1584 (0,0133)***	-0,0090 (0,0187)	0,0037 (0,0071)	0,0066 (0,0217)	-0,0119 (0,0136)

Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik, NFA og Landspatientregisteret. \*= $p < 0.05$ ; \*\*= $p < 0.01$ ;

\*\*\*= $p < 0.001$

Tabel B9.3a og B9.3b i bilag 9 viser den fulde dekomponering. Her finder vi kun et signifikant enkeltbidrag fra de 20 baggrundsfaktorer. Det drejer sig om en ændring i betydningen af, at far modtager kontakthjælp for kvinderne. Denne ændring reducerer forskellen mellem de to år i andelen, der rapporterer om svær depression, svarende til at de sociale forskelle mindskes.

I tabel 9.4 viser vi resultatet for de 25-32-årige, igen separat for mænd og kvinder. Her er der meget få signifikante komponenter, men en forsigtig tolkning af størrelsen på komponenterne kunne være, at ændringer fra 2012 til 2018 primært er drevet af en ændring i betydningen af baggrundskaraktistika. En del af forskellen mellem de to år kunne dog også stamme fra interaktionseffekten mellem de to komponenter.

Tabel 9.4: Dekomponering, 25-32-årige, selvrapporeret mental sundhed

	Gns. (std. err.), 2012	Gns. (std. err.), 2018	Forskel (std. err)	Endowments Gns. (std.err)	Coefficients Gns. (std.err)	Interaktion, E og C Gns. (std.err)
<b>Mænd</b>						
Svær depression	0,0356 (0,0059)***	0,0522 (0,0056)***	-0,0166 (0,0081)*	-0,0101 (0,0071)	-0,0219 (0,0097)*	0,0154 (0,089)
Mentalt helbred	0,0861 (0,0089)***	0,1081 (0,0078)***	-0,0221 (0,0119)	0,0047 (0,0100)	-0,0262 (0,0142)	-0,0005 (0,0127)
<b>Kvinder</b>						
Svær depression	0,0585 (0,0069)***	0,0877 (0,0065)***	-0,0293 (0,0095)**	0,0024 (0,0077)	-0,0192 (0,0122)	-0,0124 (0,0111)
Mentalt helbred	0,1085 (0,0093)***	0,1269 (0,0076)***	-0,0184 (0,0119)	0,0037 (0,0091)	-0,0108 (0,0147)	-0,0114 (0,0126)

Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik, NFA og Landspatientregisteret. \*= $p < 0.05$ ; \*\*= $p < 0.01$ ; \*\*\*= $p < 0.001$

Tabel B9.4a og B9.4b i bilag 9 viser den fulde dekomponering, og igen finder vi kun meget få signifikante enkeltbidrag. En ændret andel af mænd, der er vokset op med en mor, som ligger øverst i indkomstfordelingen, øger forskellen i andelen, der rapporterer om svær depression mellem de to år, mens en ændring i andelen af mænd, der er vokset op i en intakt familie, mindsker forskellen i andelen, der rapporterer om dårlig mentalt helbred. For kvinderne ser vi, at en ændret betydning af, at far modtager kontakthjælp og af at vokse op i en intakt familie, øger forskellen i andelen, der rapporterer om svær depression hhv. mentalt helbred mellem de to år.

Opsummerende synes der således ikke at være en entydig forklaring på ændringen i brugen af mentale sundhedsydelse og i selvrapporeret mental sundhed i den periode, vi studerer her. Resultaterne baseret på registermålene peger dog i retning af, at der er forskel på dynamikken i de to aldersgrupper, således at udviklingen blandt de 20-årige især er drevet af ændringer i betydningen af baggrundskaraktistika, mens den blandt de 28-årige især er drevet af kompositionsændringer – dog med undtagelse af ændringerne i kontakter til psykiatrien, der er drevet af begge faktorer, men dog primært af ændringer i betydningen af

baggrundskarakteristika. Overordnet set – og når vi medtager de få signifikante resultater fra analyserne baseret på de selvrappede mål - synes udviklingen at skyldes både ændringer i betydningen af baggrundsfaktorerne og kompositionsændringer i befolkningen.

## Kapitel 10: Er der forskel på udviklingen mellem forskellige grupper?

I kapitel 8 demonstrerede vi, hvordan det især er grupper med få ressourcer, som dukker op i det psykiatriske system – og det er i overvejende grad også dem, der besøger en psykolog, og som scorer højt på de selvrapporterede mål for dårlig mental sundhed (dog med de undtagelser som vi også diskuterede ovenfor). I kapitel 9 anvendte vi en Oaxaca-Blinder dekomponering med henblik på at forstå, om udviklingen over tid, i disse forskellige mål, primært var drevet af kompositionsændringer i befolkningen eller af ændringer i betydningen af baggrundskaraktistika. Og selvom det her var vanskeligt at få hold på, hvad der driver udviklingen, så pegede flere resultater i retningen af, at ikke mindst de forskellige baggrundskaraktistika, vi har inddraget, har fået en ændret betydning over tid.

I det følgende vil vi gå lidt i dybden med udviklingen i mental sundhed indenfor nogle af grupperne som defineret ved disse baggrundskaraktistika. Ambitionen er her at få en bedre forståelse for de udviklinger som dekomponeringsanalysen pegede på betydningen af – hvad betyder det egentligt, at sammenhængen mellem vores mål for mental sundhed og de forskellige baggrundskaraktistika har ændret sig over tid, og hvor store er kompositionsændringerne i befolkningen? Resultaterne, som vi præsenterer her, skal således ses, som en yderligere udfoldelse og illustration af de resultater, vi fik i kapitel 9 snarere end som et selvstændigt bidrag.

Til dette formål har vi udarbejdet en række grafer, der viser udviklingen for forskellige undergrupper indenfor de tre registerbaserede dimensioner i brugen af det mentale sundhedssystem som 20-årig og som 28-årig i perioden fra 2009 til 2017.<sup>28</sup> Brugen af det mentale sundhedssystem er her igen defineret som 1) om man har besøgt en psykolog i året, 2) om man har besøgt en psykiater i året, og 3) om man har været i kontakt med det mentale sundhedssystem (dvs. været ambulant, skadestue- eller heldøgnspatient på psykiatriske hospitaler). I bilagsfigur B10.1 ses baselineudviklingen indenfor disse indikatorer for de 20-årige hhv. 28-årige.

Vi har herudover udarbejdet grafer for udviklingen for undergrupper indenfor de selvrapporterede mål for mental sundhed i perioden fra første dataindsamling i 2012 til den seneste dataindsamling i 2018 for de 18-24-årige hhv. de 25-32-årige. Dårlig selvrapporteret mental sundhed bestemmes som en score på under 10 procentpercentilen på målet for mentalt helbred og som en moderat til svær depression målt på depressionsskalaen.

I definitionen af undergrupper vil vi her fokusere på nogle af de baggrundskaraktistika, som i særlig grad synes at have betydning for (udviklingen i) risikoen for at dukke op i statistikkerne for dårlig mental sundhed (som illustreret i figurene i kapitel 8 og resultaterne fra kapitel 9). Fordi vi fokuserer på de yngre

---

<sup>28</sup> Bemærk, at vi ikke præsenterer grafer for udviklingen i andelen, der er blevet diagnosticeret med angst eller depression, eller som har forsøgt selvmord, da andelen i visse tilfælde er så små, at vi ved at vise graferne vil forbyrde os mod reglerne for brug af registerdata.

aldersgrupper, er der tale om baggrundskarakteristika relateret til forældreressourcer, og vi vil i den forbindelse se på forskellen i udviklingen mellem unge af forældre hvor

- a) Både mor og far ligger over den øverste indkomstkvartil hhv. hvor en eller begge ligger under den øverste indkomstkvartil
- b) Både mor og far har mere end 12 års uddannelse hhv. en eller begge har mindre end 12 års uddannelse
- c) hvor en eller begge forældre modtager kontanthjælp hhv. ingen forældre modtager kontanthjælp
- d) hvor en eller begge forældre er på førtidspension hhv. ingen forældre er på førtidspension
- e) hvor en eller begge forældre har været i kontakt med psykiatrien

Bemærk, at vi har valgt at betragte oplysningerne for begge forældre under et for at sikre et tilstrækkeligt stort datagrundlag i alle undergrupper. De forskellige baggrundskarakteristika er i alle tilfælde målt, når den unge er 18 år gammel, og for især de ældre dele af den ældste aldersgruppe kan målingen af disse indikatorer ligge et godt stykke bagud i tid. Vi har dog valgt at benytte de samme indikatorer på tværs af begge aldersgrupper for at sikre konsistens. Det er samtidig vores antagelse, at forhold, der måles ved 18-årsalderen, giver et relativt godt billede af det unge menneskes generelle opvækstvilkår, som er vilkår, vi med relativt stor sikkerhed kan antage udgør en væsentlig ballast resten af livet, også selvom de ikke indgår som en egentlig, direkte ressource i starten af voksenlivet (Cunha & Heckman, 2007).

I tillæg til dette fokus på betydningen af forældrekarakteristika vil vi også kigge på ændringer i brugen af de tre mentale sundhedsydelser for undergrupper defineret ved individets egne karakteristika: i de to foregående kapitler så vi, at ændringer i både andelen af efterkommere og i andelen, der tidligere havde været i kontakt med psykiatrien, så ud til at spille ind på udviklingen i brugen af sundhedsydelserne, og vi vil derfor også kigge på udviklingen inden for undergrupper defineret ved disse karakteristika.

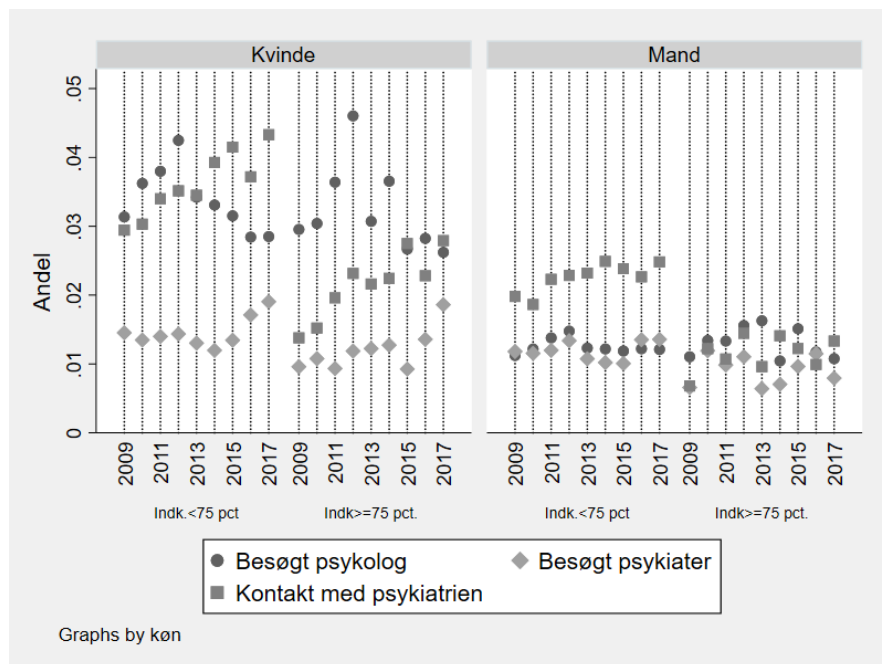
Vi starter med at kigge på udviklingen i brugen af de tre registerbaserede dimensioner, målt ved 20-årsalderen.

### **10.1. Brug af mentale sundhedsydelser som 20-årig**

Den første figur, figur 10.1.1, viser udviklingen i besøg hos psykolog og psykiater og i kontakter med psykiatrien fordelt på køn og på, om begge forældre lå i den øverste indkomstkvartil, da individet var 18 år gammelt. Vi kan starte med igen at konstatere, at de ressourcestærke grupper - og det er her dem, hvis forældre ligger over den øverste indkomstkvartil - i de fleste tilfælde bruger færrest mentale sundhedsydelser. Resultaterne præsenteret her bekræfter dog også, hvad vi så ovenfor. De ressourcestærke grupper bruger også psykologhjælp, og i visse tilfælde på samme niveau som de mindre ressourcestærke grupper. Hovedinteressen her ligger dog ikke i disse niveauforskelle - dem har vi allerede belyst i kapitel 8 - men vi er i stedet interesserede i, om der er forskelle i udviklingen over tid mellem grupper. Som illustreret i

nedestående figur, ser det ikke ud til at være tilfældet. Fx gælder det for kvinder med begge typer af forældrebaggrund, at besøg hos psykolog stiger frem til 2012 og falder – relativt markant – herefter. Vi kan også se en stigning for begge grupper af kvinder i kontakter til psykiatrien og i besøg hos psykiater. For de to grupper af mænd er der heller ikke væsentlige forskelle i udviklingerne.

Figur 10.1.1: Mor og far ligger over hhv. under den øverste indkomstkvarantil



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Med henblik på at give et mere tilbundsående indblik i hvilken udvikling der har fundet sted henover perioden fra 2009 til 2017, viser figur 10.1.2 forskellen i og forskelle i udviklingen i gennemsnitsværdier for de to yderår (2009 og 2017), fordelt på køn og forældres indkomst. Figur 10.1.2 viser for det første andelen i procent, der bruger psykolog, psykiater og som har været i kontakt med det psykiatriske system indenfor de to grupper (som defineret ved forældrenes indkomstniveau), fordelt på køn for 2009 hhv. 2017 (ved søjlerne med x-aksemærker "2009" og "2017"). Udover disse andele angiver søjlerne ved aksemærkerne "Ændring" forskellen i disse andele mellem de to år indenfor grupper (som defineret ved køn og forældrenes indkomstniveau), beregnet som andelen der har benyttet den givne sundhedsydelse i 2017 minus andelen, der har benyttet den givne sundhedsydelse i 2009. Sidst viser søjlerne ved aksemærkerne "Relativ ændring" den relative ændring indenfor gruppen, defineret som andelen indenfor gruppen der har benyttet den givne sundhedsydelse i 2017 divideret med andelen, der har benyttet den givne sundhedsydelse i gruppen med 2009. Er den relative forskel større end 1, er der sket en stigning i brugen af ydelsen mellem de to år, mens det omvendte er tilfældet, hvis den relative ændring er mindre end 1. Ved at sammenligne de relative ændringer over tid mellem de to grupper (som defineret ved forældrenes indkomstniveau) kan man vurdere,

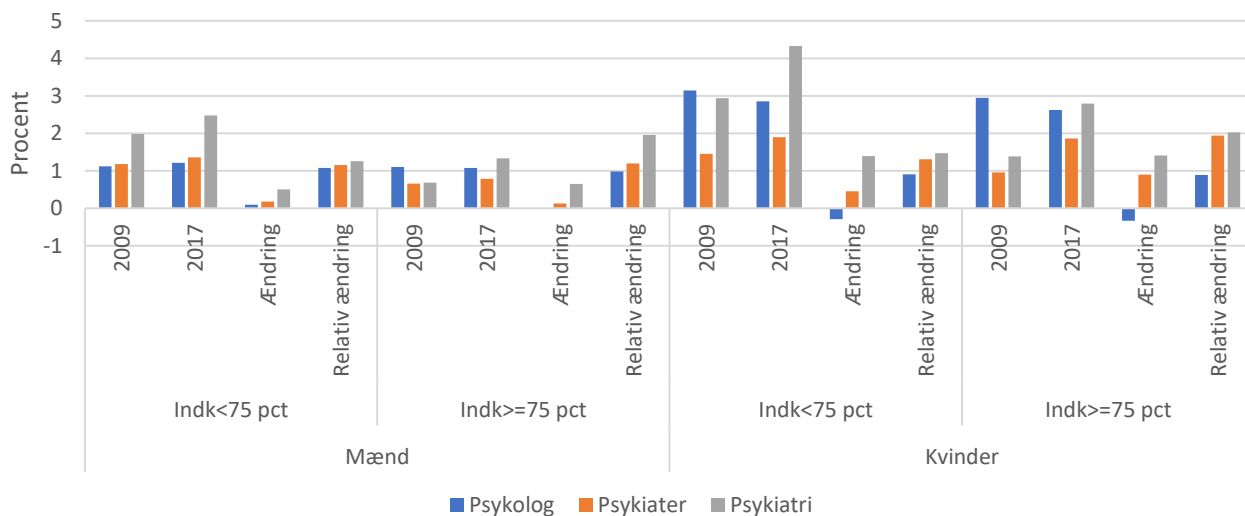
om ændringerne indenfor grupperne er forskellig og har betydet, at grupperne er blevet mere (eller mindre) forskellige over tid. Tallene bag figuren, inklusive signifikansniveauer kan ses i tabel B10.1.1 i bilag 10.

Kigger vi først på udviklingen for mændene, ser vi fx, at der kun er små forskelle mellem grupperne i ændringerne i brugen af psykologer og psykiatere over tid – der er en lille stigning i brugen af psykolog blandt mænd med forældre, der ikke ligger i den øverste indkomstkvar til og et lille fald blandt mænd af forældre, der ligger i den øverste indkomstkvar til. Ændringerne er dog ikke signifikante. Der er også parallelle stigninger i brugen af psykiater i begge grupper – en stigning, der dog kun er signifikant for mænd af forældre, der ligger under øverste indkomstkvar til. Sidst ser vi en stigning i begge grupper af mænd i andelen med kontakter til psykiatrien, og her er både den faktiske og den relative stigning størst blandt mænd af forældre i den øverste indkomst kvar til, selvom de rent niveaumæssigt ligger lavest.

For kvinderne er billedet lidt anderledes. Her ser vi et fald i brugen af psykolog for begge grupper – faldet er dog kun signifikant for kvinder af forældre, der ikke ligger i den øverste indkomstkvar til. Omvendt stiger brugen af psykiatere i begge grupper, men mest i gruppen af kvinder af forældre i den øverste indkomstkvar til, svarende til at de i 2017 ligger på niveau med kvinder af forældre, der ikke ligger i den øverste indkomstkvar til. På samme måde ser vi en større faktisk og relativ stigning i andelen med kontakter til psykiatrien blandt kvinder af forældre, der ligger i den øverste indkomstkvar til, selvom de rent niveaumæssigt ligger under kvinder af forældre, der ikke ligger i den øverste indkomstkvar til. Resultaterne præsenteret i figur 10.1.2 tyder altså på, at der har været en mere markant udvikling i kontakter til psykiatrien blandt kvinder fra de ressourcestærke grupper.

I tillæg til disse ændrede sammenhænge mellem brugen af mentale sundhedsydelser og forældrenes indkomstniveau fra 2009 til 2017 ser vi også et fald i andelen af 20-årige mænd og kvinder, hvor ingen af forældrene ligger i den øverste indkomstkvar til på 2 (for mænd) til 2,5 procentpoint (for kvinder) (se tabel B10.1.1).

Figur 10.1.2: Forskelle i brug af mentale sundhedsydelse fordelt på køn og forældres indkomst, 2009-2017

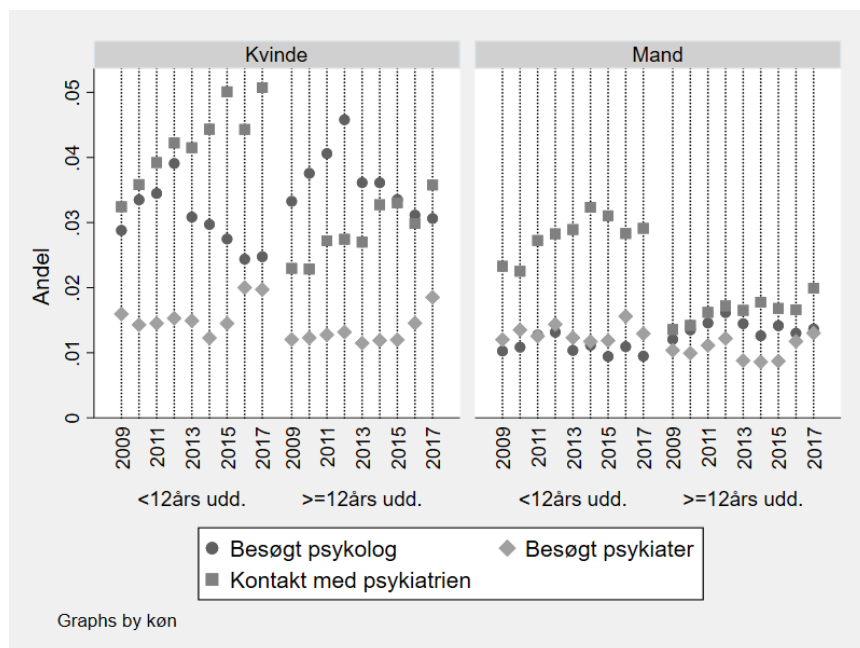


Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Figur 10.1.3 viser udviklingen i brugen af de tre typer af sundhedsydelser fordelt på køn og forældres uddannelsesopnåelse, hvor vi her skelner mellem 20-årige, hvor begge forældre har opnået 12 eller flere års uddannelse, og 20-årige hvor kun en eller ingen af forældrene har dette uddannelsesniveau. Billedet, der tegner sig her, minder meget om det, vi så ovenfor i figur 10.1.1, hvor det kun ser ud til at være andelen med kontakter til psykiatrien, som er forskellig mellem de to grupper, og hvor de øvrige udviklinger synes at være relativt ens. Igen kan man bemærke udviklingen i andelen af kvinder, der har besøgt en psykolog, idet også disse resultater viser, at mange kvinder med en ressourcestærk baggrund benytter denne sundhedsydelse – og at brugen af ydelsen stiger i årene omkring ændringerne i tilskudsreglerne til psykologhjælp.



Figur 10.1.3: Mor og far har begge mere end 12 års uddannelse

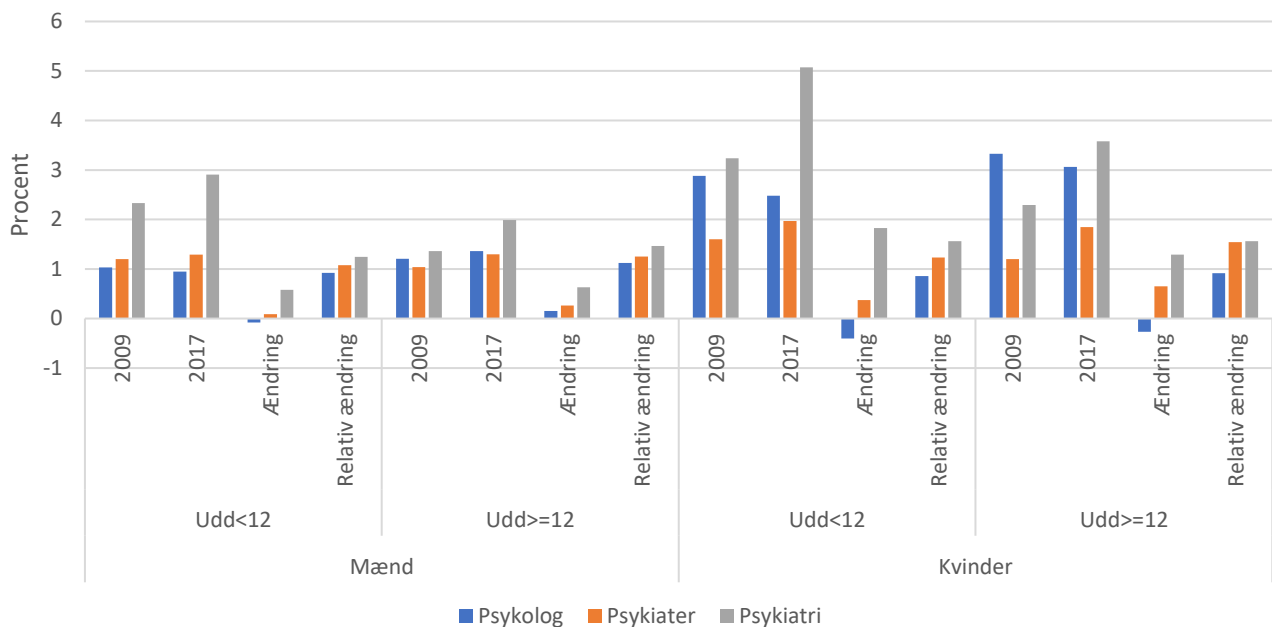


Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Figur 10.1.4 rummer samme informationer som figur 10.1.2 og går lidt mere i detaljer med udviklingen (se tal bag figuren i bilagstabel B10.1.2). Som man kan se, falder andelen der har besøgt en psykolog i alle grupper, med undtagelse af mænd af forældre med mere end 12 års uddannelse. Faldet er dog kun signifikant blandt kvinder af forældre, hvor den ene eller begge har mindre end 12 års uddannelse. Omvendt sker der en stigning i andelen, der har besøgt en psykiater blandt alle grupper – dog er stigningen ikke signifikant i gruppen af mænd af forældre, hvor den ene eller begge har mindre end 12 års uddannelse. Stigningen er mest markant blandt kvinder af forældre med 12 års uddannelse eller mere. På tilsvarende vis ser vi en signifikant stigning i andelen af både mænd og kvinder, der har været i kontakt med psykiatrien. Stigningen – både den faktiske og den relative - er størst blandt kvinder af lavt uddannede forældre, og det er også denne gruppe, der har det højeste faktiske niveau for brugen af denne ydelse.

I samme periode ser vi også en stigning på cirka 7 procentpoint i andelen af 20-årige mænd og kvinder, hvor begge forældre har 12 års uddannelse eller mere (se bilagstabel B10.1.2).

Figur 10.1.4: Forskelle i brug af mentale sundhedsydelser fordelt på køn og forældres uddannelsesniveau, 2009-2017

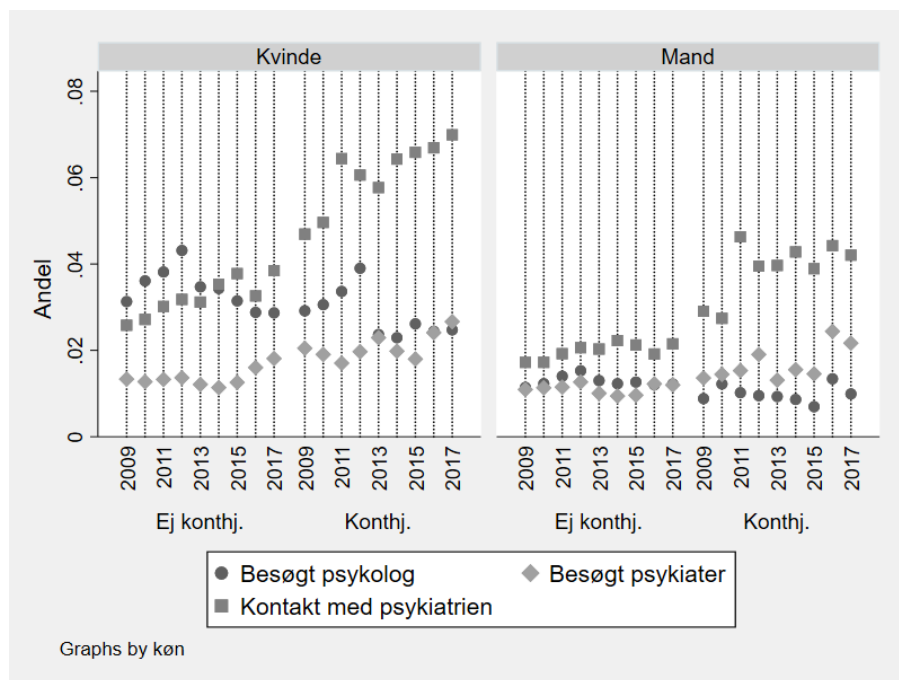


Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Med ovenstående resultater har vi haft til hensigt at belyse forskelle i udviklingen i brugen af sundhedsydelser blandt unge med ressourcestærke forældre relativt til øvrige unge. Som man kan se, er der væsentlige niveauforskelle i brugen af ydelser i disse to grupper af unge, men faktisk er udviklingen hen over perioden ikke så forskellig – stigningen i brugen af ydelser går i store træk igen i de to grupper.

I det følgende retter vi i stedet blikket mod unge med en ressourcsvg forældrebaggrund for at se, om denne gruppe skiller sig ud relativt til de øvrige unge. Nedenstående figur 10.1.5 belyser forskellen i udviklingen blandt mænd og kvinder, hvor en eller begge forældre modtager kontanthjælp, relativt til mænd og kvinder hvor ingen af forældrene modtager kontanthjælp. Igen kan vi se de velkendte niveauforskelle, hvor flere unge med ressourcsvg forældrebaggrund har været i kontakt med psykiatrien. Vi kan her også spore en tendens til, at flere af de ressourcsvage har besøgt en psykiater - mens flere af de ikke-ressourcsvage har besøgt en psykolog.

Figur 10.1.5: Mor eller far modtager kontanthjælp

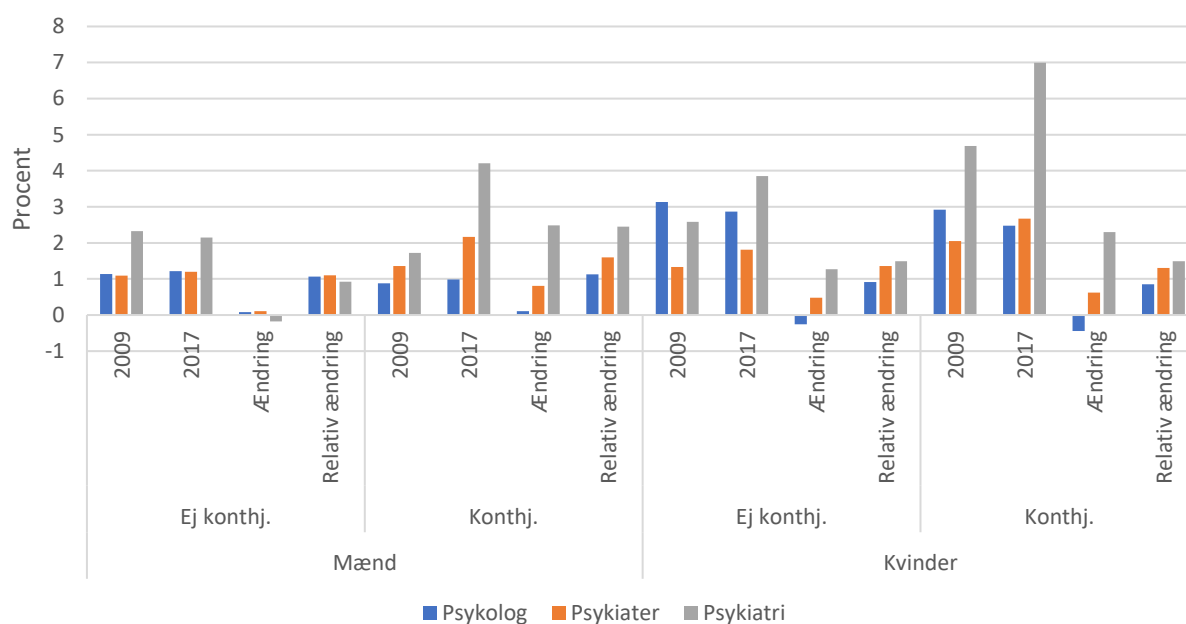


Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Figur 10.1.6 går i dybden med udviklingen mellem 2009 og 2017 og viser, som figur 10.1.2 og 10.1.4 de faktiske og de relative ændringer (se tallene bag figuren in bilagstabel B8.1.3). Som man kan se, stiger brugen af psykolog for begge grupper af mænd og falder for begge grupper af kvinder, men dog ikke signifikant i nogen af tilfældene. Vi ser stigninger i besøg hos psykiater for alle grupper, men stigningen er dog kun signifikant for mænd, hvor den ene eller begge forældre modtager kontanthjælp og for kvinder, hvor ingen af forældrene modtager denne ydelse. På tilsvarende vis ser vi en stigning i begge grupper for begge køn i andelen med kontakter til psykiatrien, og stigningerne er i alle tilfælde signifikant. Den største faktiske stigning ser vi blandt unge kvinder, hvor den ene eller begge forældre er på kontanthjælp, og det er samtidig denne gruppe, der har det højeste niveau for andelen af kontakter. Den relative stigning i gruppen er dog på niveau med stigningen i gruppen af unge kvinder, hvor ingen forældre modtager kontanthjælp.

I samme periode ser vi en stigning i andelen af både mænd og kvinder, hvor en eller begge forældre modtager kontanthjælp. For mændene stiger andelen fra 8 til 10,2 procent, og for kvinder stiger andelen fra 7,9 til 10,4 procent (se bilagstabel B10.1.3).

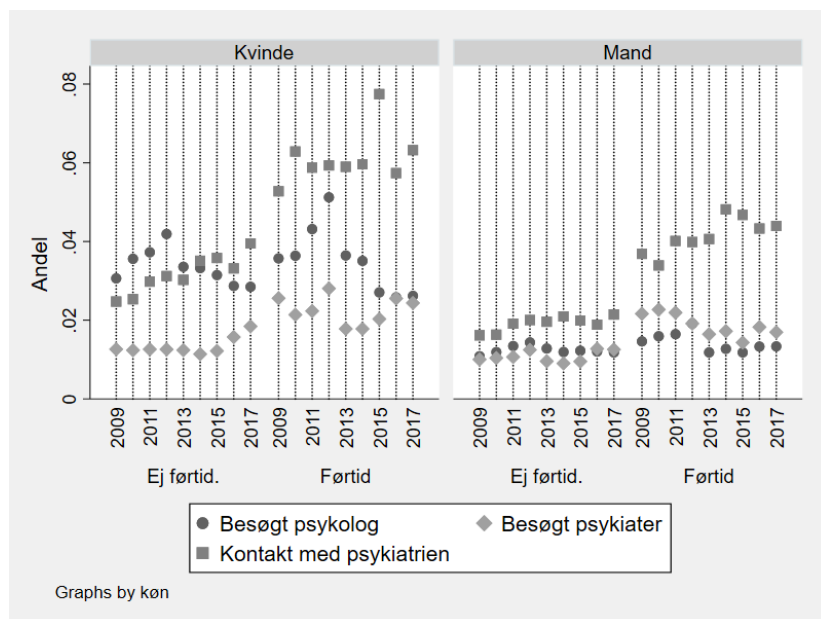
Figur 10.1.6: Forskelle i brug af mentale sundhedsydelser fordelt på køn og forældres modtagelse af kontanthjælp, 2009-2017



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Næste figur belyser forskelle i udviklingen blandt 20-årige mænd og kvinder, hvor ingen eller begge/den ene af forældrene er førtidspensionist. Forskellene i udviklingerne her minder meget om det, vi så i figur 10.1.7. En undtagelse er dog, at unge mænd og kvinder af forældre, som modtager førtidspension (enten begge eller den ene), ligger over de øvrige unge på alle parametre og således besøger psykolog og psykiater i højere grad end øvrige unge. De er også i højere grad end øvrige unge i kontakt med psykiatrien. Dog ser mønstrene i udviklingen ikke væsensforskellige ud.

Figur 10.1.7: Mor eller far er førtidspensionist

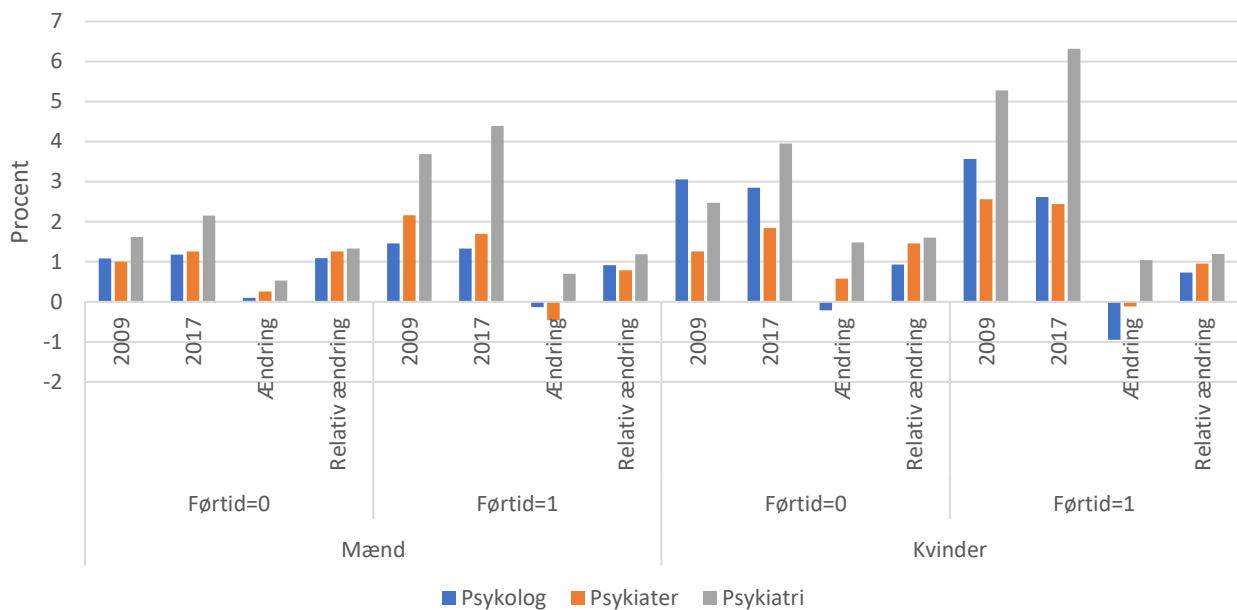


Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Figur 10.1.8 går i dybden med udviklingen i yderårene (se de faktiske tal i bilagstabel B10.1.4). Her ser vi, at der er sket et relativt stort fald på knap 1 procent i andelen, der har besøgt en psykolog, i gruppen af kvinder, hvor en eller begge forældre modtager førtidspension. Vi ser også ændringer i de øvrige grupper, men de er langt mindre og ikke signifikante. Der er også forskelle mellem grupperne, når det kommer til udviklingen i besøg hos psykiater. Her ser vi nemlig, at andelen stiger – signifikant - i grupper af mænd og kvinder, hvor hverken far eller mor modtager førtidspension. Det kan bemærkes, at der er tale om relativt store stigninger på 26 (mænd) hhv. 46 procent (kvinder). For unge mænd og kvinder hvor den ene eller begge forældre modtager førtidspension, sker der et lille, insignifikant fald. Retter vi blikket mod kontakter til psykiatrien, er billedet på visse måder det samme; her ser vi signifikante og relativt store stigninger blandt unge, der ikke har en ressourcsvg baggrund, men insignifikante ændringer blandt unge med en ressourcsvg baggrund. Væsentligt er det dog i denne forbindelse, at disse insignifikante ændringer peger i retning af en stigning og ikke et fald, som vi så det under indikatoren for andelen med besøg hos en psykiater.

Andelen af unge mænd og kvinder, hvor en eller begge forældre er førtidspensionister, er stort set konstant i perioden og ligger på mellem 9,4 og 9,8 procent (se de faktiske tal i bilagstabel B10.1.4).

Figur 10.1.8: Forskelle i brug af mentale sundhedsydelser fordelt på køn og forældres modtagelse af førtidspension, 2009-2017

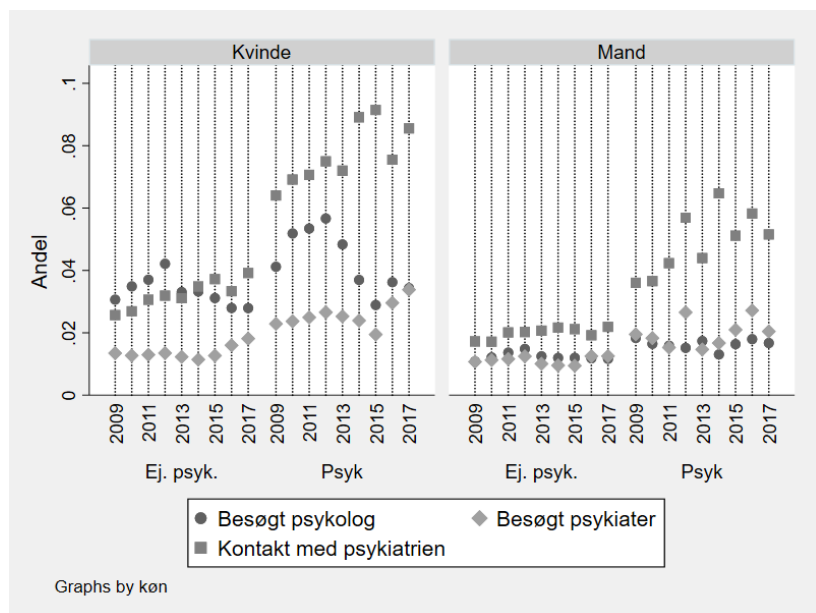


Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Med de to ovenstående figurer og tabeller har vi haft til hensigt at belyse forskelle i udviklingen i brugen af sundhedsydelser blandt unge med ressourcetsvage forældre relativt til øvrige unge. Som man kan se, er der væsentlige niveauforskelle i brugen af ydelser i disse to grupper af unge, men faktisk peger udviklingen hen over perioden indenfor grupper ikke nogen entydig retning. Det er ikke kun unge med en ressourcetsvag baggrund – eller det omvendte – som har oplevet signifikante ændringer.

Som den sidste baggrundsparemeter på forældreniveau har vi valgt at kigge på forskellen i udviklingen mellem unge, hvis forældre har hhv. ikke har været i kontakt med psykiatrien. I figur 10.1.9 kan vi se, at både besøg og kontakter ligger højere for mænd og kvinder, hvis forældre har været i kontakt med psykiatrien. I figurerne ser vi, som forventet, at flere mænd og kvinder af forældre, som har været i kontakt med psykiatrien, har besøgt en psykolog/psykiater samt været i kontakt med psykiatrien. Det ser også ud til, at stigningen i andelen med kontakter til psykiatrien er større i denne gruppe, end i gruppen af mænd og kvinder hvis forældre ikke har været i kontakt med psykiatrien.

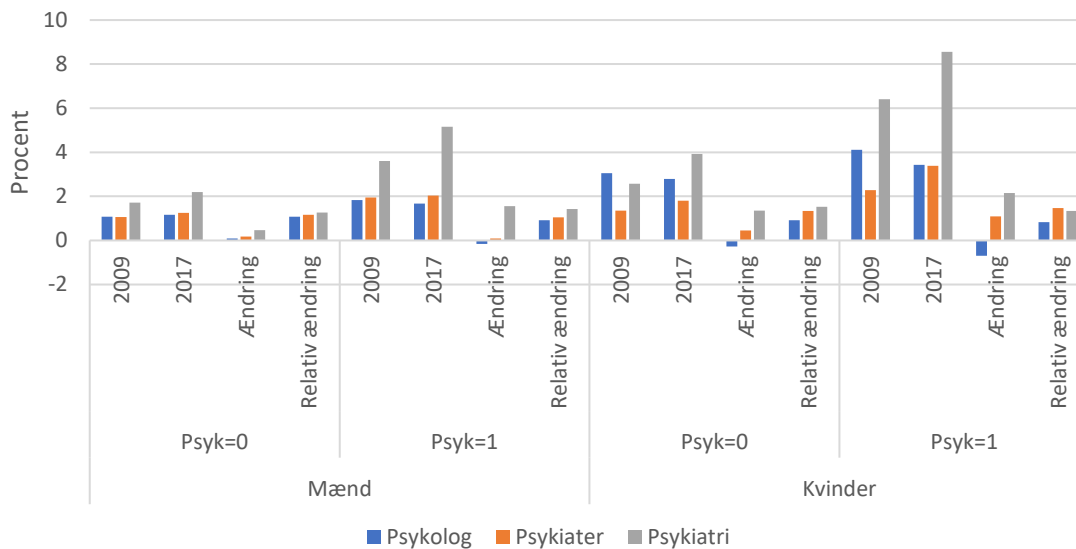
Figur 10.1.9: Mor eller far har været i kontakt med psykiatrien



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Figur 10.1.10 bekræfter dog ikke helt denne læsning af figuren; nok kan vi se, at stigningen i andelen med kontakter til psykiatrien har været størst blandt unge mænd og kvinder, hvis forældre har været i kontakt med psykiatrien. Men relativt set skiller disse stigninger sig dog ikke ud, idet vi ser den største relative stigning blandt kvinder, hvis forældre ikke har været i kontakt med psykiatrien. I tillæg hertil finder vi kun signifikante ændringer i besøg hos psykolog og psykiater blandet mænd og kvinder, hvis forældre ikke har været i kontakt med psykiatrien. Igen kan vi altså spore forskelle mellem grupper baseret på deres forældrebaggrund, men forskellene er ikke helt entydige. I samme periode sker der en stigning i andelen af unge mænd og kvinder med forældre, som har været i kontakt med psykiatrien fra 5,0 til 5,8 procent for mændene og fra 4,7 til 5,5 for kvinderne (se de faktiske tal i bilagstabel B10.1.5).

Figur 10.1.10: Forskelle i brug af mentale sundhedsydelser fordelt på køn og forældrenes kontakter til psykiatrien, 2009-2017



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

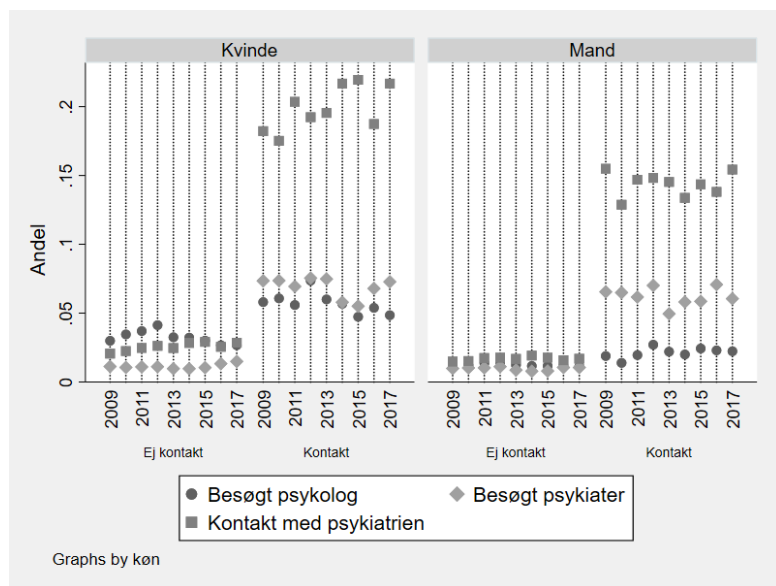
Opsummerende viser resultaterne præsenteret i ovenstående figurer således, at udviklingen i brugen af mentale sundhedsydelser ikke entydigt er drevet af hverken de ressourcetsvage eller de ressourcestærke grupper. Selvom der er markante niveauforskelle mellem grupperne, er udviklingerne indenfor grupper i mange tilfælde bemærkelsesværdigt ens. I det omfang udviklingen afspejler det gradvist udvidede systems evne til at absorbere den psykiske sygdoms mørketal, synes dette mørketal således ikke at have været skævt fordelt på tværs af socioøkonomiske grupper. Det skal samtidig bemærkes, at der synes at være sket en øget social polarisering blandt de grupper, vi studerer over perioden fra 2009 til 2017. Flere af de unge har ressourcestærke forældre (målt ved indkomst og uddannelse), og flere har ressourcetsvage forældre (målt ved modtagelse af kontanthjælp og kontakter til psykiatrien). Hermed synes den stigning, vi ser i dårlig mental sundhed, således at være sket i en periode, hvor der også har fundet en øget social polarisering sted.

### 10.1.1. Betydningen af egne karakteristika

Dette afsnit viser forskelle i udviklingen på undergrupper defineret ved dem af de 20-årige egne karakteristika, som dekomponeringen pegede på betydningen af, nemlig egne kontakter til psykiatrien og status som efterkommer. Figur 10.1.11 viser her først udviklingen i brugen af de tre mentale sundhedsydelser for 20-årige, der har hhv. ikke har været i kontakt med psykiatrien som 17-årige. Som man kan se, er der væsentlige niveauforskelle i brugen af de tre ydelser – dog med undtagelse af andelen af mænd, der har besøgt en psykolog. Det er sværere at få øje på store forskelle i udviklingen, idet det kun er kontakter til psykiatrien blandt kvinder, der var i kontakt med psykiatrien som 17-årige, som synes at stige.



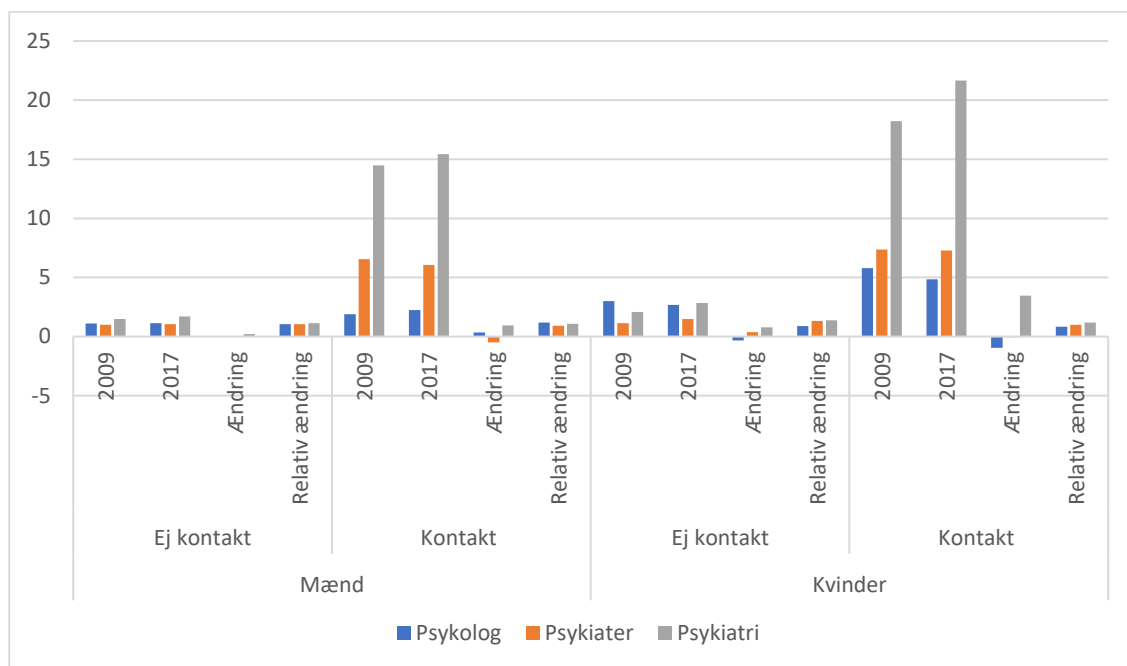
Figur 10.1.11: Kontakt med psykiatrien som 17-årig



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Figur 10.1.12 går i dybden med udviklingerne og viser forskellen i brugen af de tre mentale sundhedsydelser mellem de to yderår (se også bilagstabel B10.1.6 for de faktiske tal). Figuren her bekræfter dog billedet fra figur 10.1.11 om meget få forskelle i ændringerne over tid mellem grupperne. Omvendt er der væsentlige ændringer i andelen af 20-årige mænd og kvinder, som har været i kontakt med psykiatrien som 17-årige. For mænd stiger andelen fra 2,3 til 4,9 procent og for kvinder, sker der en stigning fra 4,2 til 7,0 procent (se bilagstabel B10.1.6).

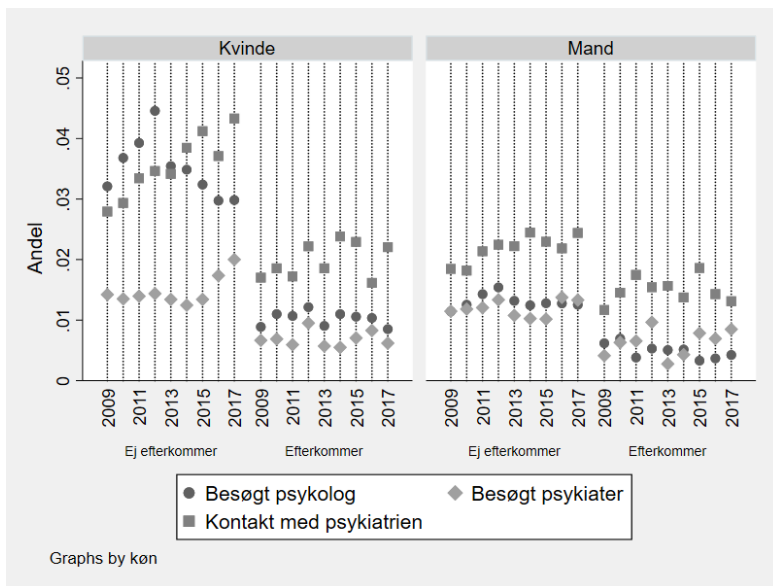
Figur 10.1.12: Forskelle i brug af mentale sundhedsydelser fordelt på køn og egen kontakt til psykiatrien, 2009-2017



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Figur 10.1.13 viser ændringer i brugen af de tre mentale sundhedsydelser i undergrupper defineret med efterkommerstatus. Her ser vi, at niveauerne for brugen af alle tre ydelser er meget forskellige, idet efterkommerne i alle tilfælde er mindre tilbøjelige til at have brugt ydelserne i sammenligning med ikke efterkommerne. Og hvor det ser ud til, at de kvindelige efterkommeres brug er mere stabil over tid, sammenlignet med de øvrige kvinder, er udviklingerne mere ens for mændene, uanset efterkommerstatus.

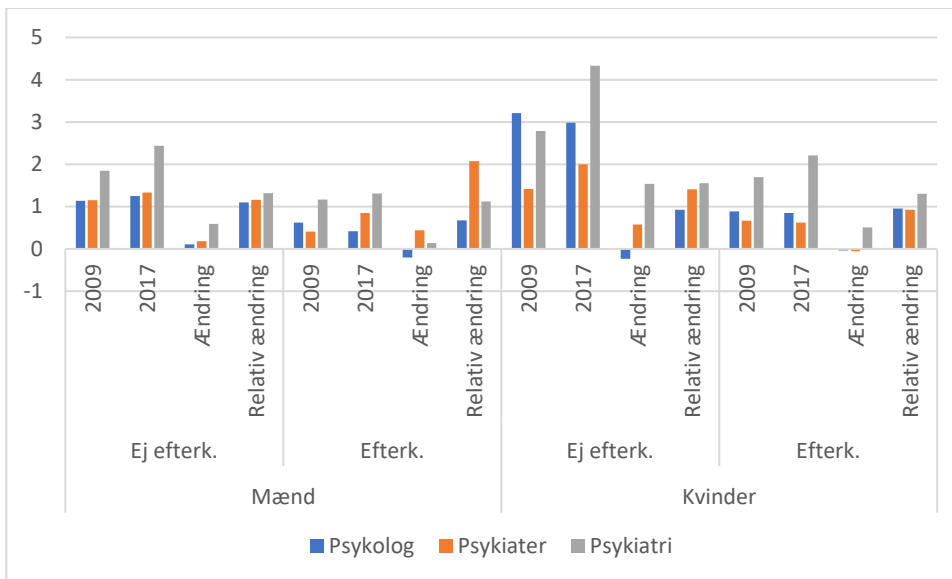
Figur 10.1.13: Efterkommere



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Figur 10.1.14 går i dybden med udviklingen og viser ændringerne mellem de to yder år. Her kan vi se, at der sker ændringer i alle grupper – dog ikke kun i retning af stigende brug. For mændene oplever efterkommerne en fordobling i brugen af psykiater mellem de to år (relativ ændring), mens de kvindelige efterkommeres udvikling er mere stabil end udviklingen blandt kvinder, som ikke er efterkommere. Omvendt stiger efterkommerens andel af befolkningen fra 4,3 til 6,9 procent for mændene og fra 4,2 til 7,3 procent for kvinderne (se tabel B10.1.7 i bilag 10).

Figur 10.1.14: Forskelle i brug af mentale sundhedsydelser fordelt på køn og status som efterkommer, 2009-2017



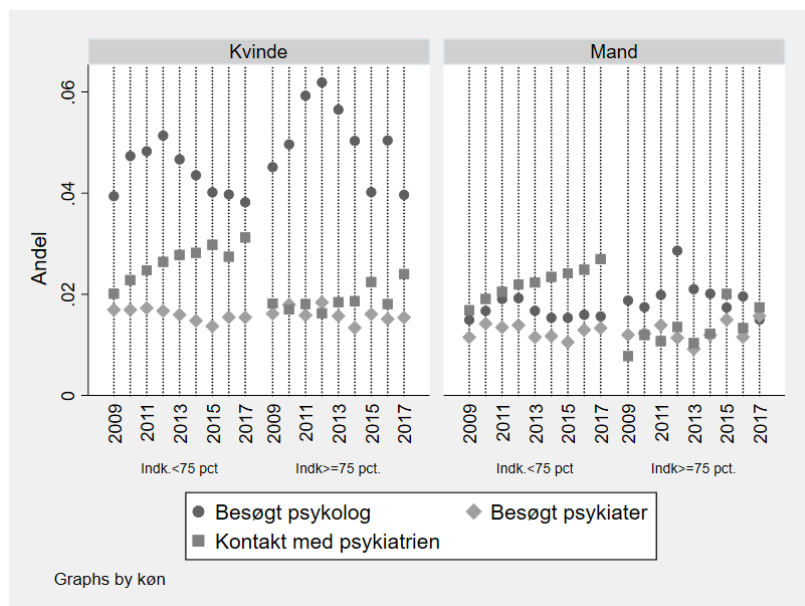
Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Samlet set er det således svært at få øje på store ændringer over tid i betydningen af de baggrundskarakteristika, vi har sat fokus på her. Omvendt sker der væsentlige ændringer i andelen med disse baggrundskarakteristika, ændringer som i et vist omfang, og som vi så det med indikatorerne for forældrebaggrund, også peger i retning af en øget polarisering i gruppen. Disse resultater modsiger de overordnede resultater fra dekomponeringsanalysen for de 20-årige, som pegede på, at forskelle mellem de to yderår afspejlede en ændret betydning af baggrundskarakteristika. Dog stemmer disse nye resultater alligevel nogenlunde overens med den betydning, vi fandt i dekomponeringsanalysen af hver enkelt komponent.

## 10.2. Brug af mentale sundhedsydelser som 28-årig

I dette afsnit retter vi blikket mod udviklingen i de tre sundhedsydelser blandt de 28-årige, fordelt på de fem forskellige baggrundskarakterer. Figur 10.2.1 nedenfor viser i den forbindelse udviklingen blandt mænd hhv. kvinder for grupper, hvor mor og far ligger i den øverste indkomst kvartil, hhv. hvor kun den ene eller begge forældre ligger i den øverste indkomstkvartil. Figuren ligner på mange måder den tilsvarende figur for de 20-årige (10.1.1), hvor en større andel af kvinder med en ressourcestærk baggrund har besøgt en psykolog, hvor udviklingen i psykiaterbesøgene er ens på tværs af grupperne, mens de ressourcestærke grupper har færre kontakter med psykiatrien.

Figur 10.2.1: Mor og far ligger i den øverste indkomstkvarantil

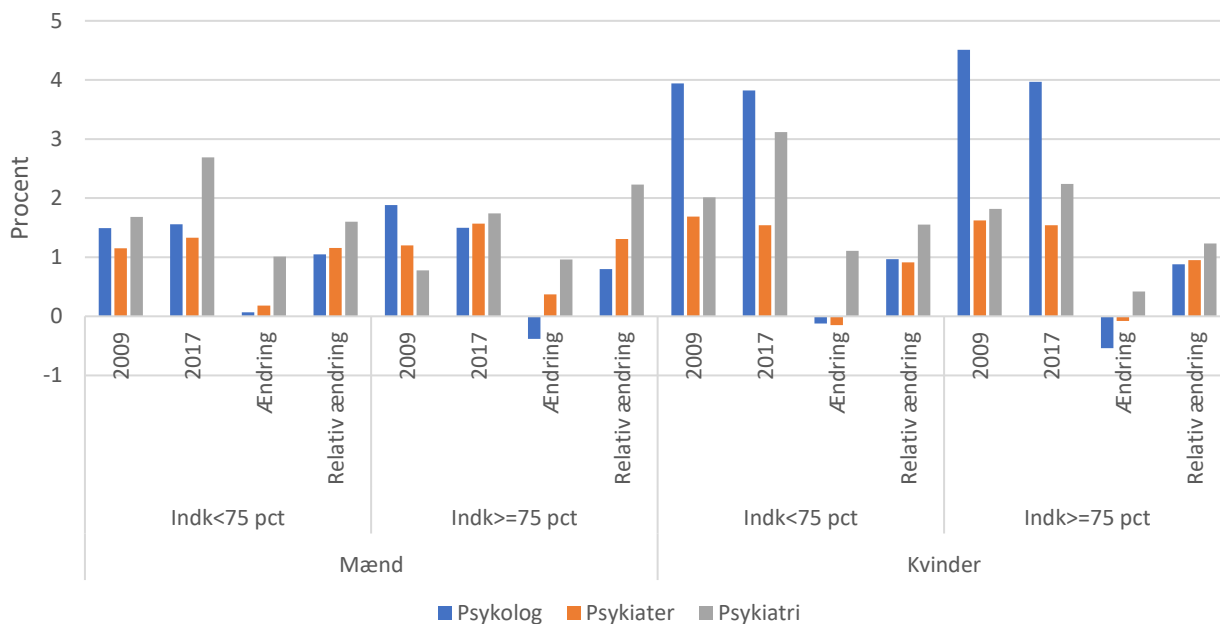


Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

I figur 10.2.2 kigger vi lidt nærmere på de faktiske tal, som de ser ud i yderårene (se også bilagstabel B10.2.1). Her tegner der sig et billede af meget konstante niveauer indenfor alle grupper på indikatorerne for besøg hos psykologer og psykiatere. Vi kan kun identificere én signifikant ændring, nemlig for mænd af forældre hvor den ene eller begge ligger under den øverste indkomstkvarantil. For denne gruppe stiger andelen, der har besøgt en psykiater med ca. 16 procent fra 2009 til 2017. For den tredje indikator – kontakter med psykiatrien – ser vi stigninger for 3 ud af 4 grupper, og den største relative stigning finder vi i gruppen med det laveste startniveau, dvs. mænd af forældre, som begge ligger i øverste indkomstkvarantil. Stigningen blandt kvinder af forældre, som begge ligger i øverste indkomstkvarantil, er ikke signifikant.

I perioden fra 2009 til 2017 stiger andelen af 28-årige mænd, hvor ingen af forældrene ligger i øverste indkomstkvarantil fra 10,0 til 10,8 procent, mens andelen falder for de 28-årige kvinder fra 12,5 til 10,7 procent (se bilagstabel B10.2.1 i bilag 10).

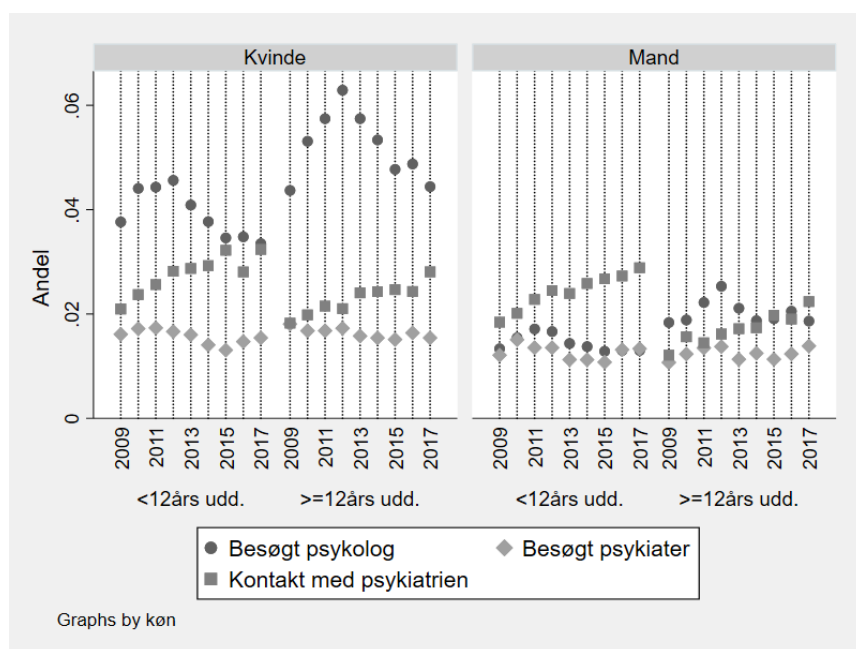
Figur 10.2.2: Forskelle i brug af mentale sundhedsydelser fordelt på køn og forældres indkomst, 2009-2017



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Figur 10.2.3 viser forskelle i udviklingen i de tre indikatorer mellem 28-årige mænd og kvinder af forældre med forskelligt uddannelsesnivea. Figuren minder på mange måder om den tilsvarende figur for de 20-årige, idet vi også her ser nogenlunde parallelle udviklinger mellem grupperne.

Figur 10.2.3: Mor og far har begge mere end 12 års uddannelse

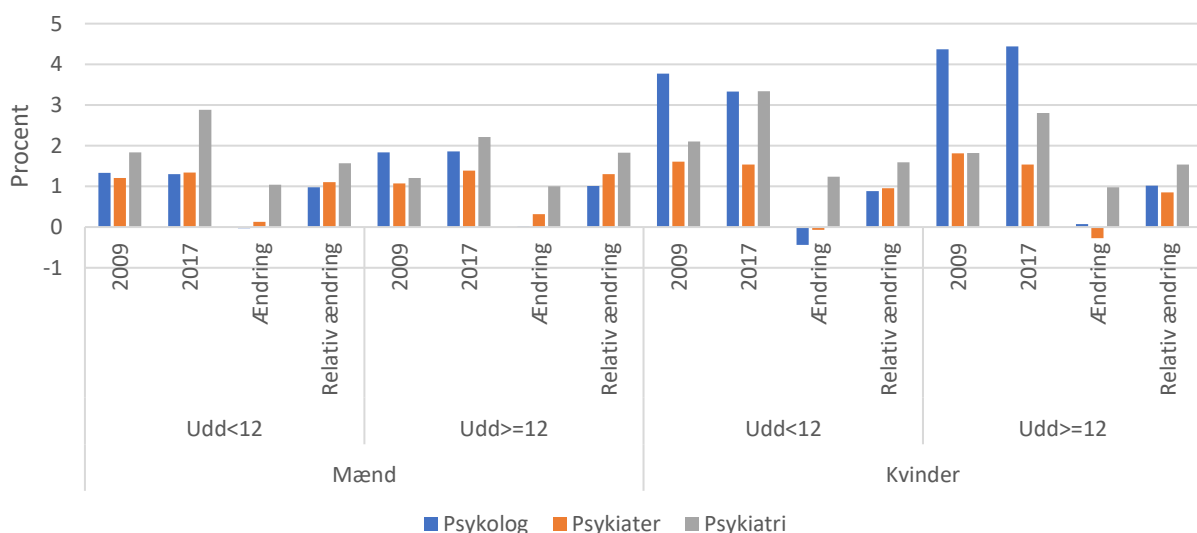


Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Figur 10.2.4 viser andelen i de to yderår, 2009 og 2017 (se også bilagstabel B10.2.2), og her kan vi se, at der kun er få signifikante ændringer mellem de to år, indenfor grupperne, i andelen, der har besøgt en psykolog eller psykiater. Det drejer sig om kvinder med lavt uddannede forældre – hvor der er sket et signifikant fald i andelen med psykologbesøg – og blandt mænd af forældre med mere end 12 års uddannelse, som har oplevet en signifikant stigning i andelen, som har besøgt en psykolog. Herudover oplever alle grupper en stigning på cirka et procentpoint i andelen, der har været i kontakt med psykiatrien – den største relative stigning sker blandt mænd af højtuddannede, som også er den gruppe, der havde det laveste udgangsniveau.

I samme periode sker der en stigning i andelen af 28-årige mænd og kvinder, hvor begge forældre har 12 års uddannelse eller mere fra 39,4 til 45,2 procent for mændene og fra 38,1 til 44,5 procent for kvinderne (se bilagstabel B10.2.2).

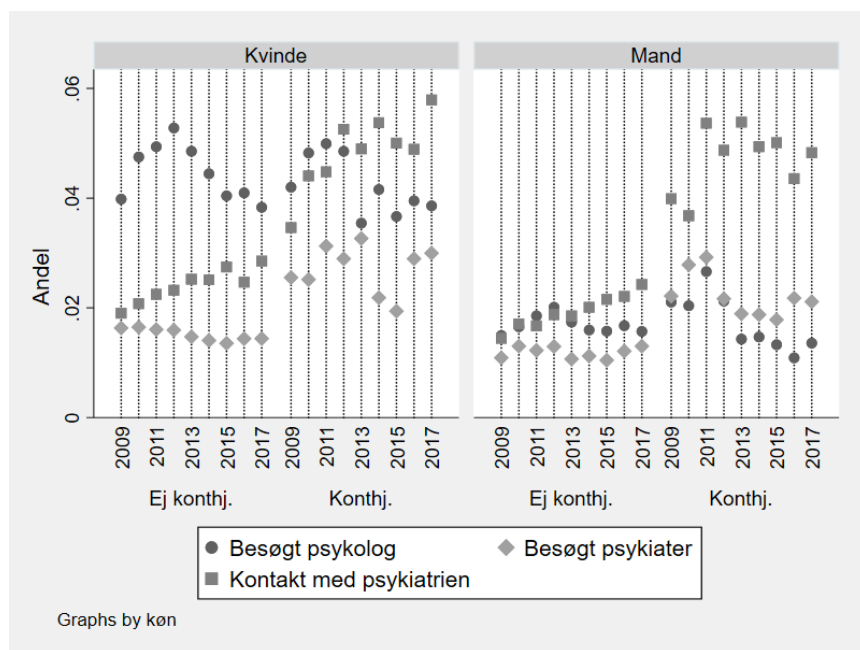
Figur 10.2.4: Forskelle i brug af mentale sundhedsydelser fordelt på køn og forældres uddannelsesniveau, 2009-2017



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Fra mænd og kvinder med en ressourcestærk forældrebaggrund retter vi nu blikket mod mænd og kvinder med en resourcesvag baggrund, målt i form af forældrenes modtagelse af kontanthjælp og førtidspensionering. Først viser figur 10.2.5 forskelle i udviklingen i brugen af det mentale sundhedssystem mellem mænd og kvinder, hvor ingen af forældrene modtager kontanthjælp, og hvor en eller begge modtager kontanthjælp. Også her ser vi et mønster svarende til mønsteret fra de 20-årige (figur 10.1.5), hvor en større andel af de resourcesvage grupper har været i kontakt med psykiatrien og besøgt en psykiater, mens det er vanskeligere at se en forskel i andelen, der har besøgt en psykolog. Udviklingen over tid er dog ikke bemærkelsesværdigt forskellig mellem grupperne.

Figur 10.2.5: Mor eller far modtager kontanthjælp



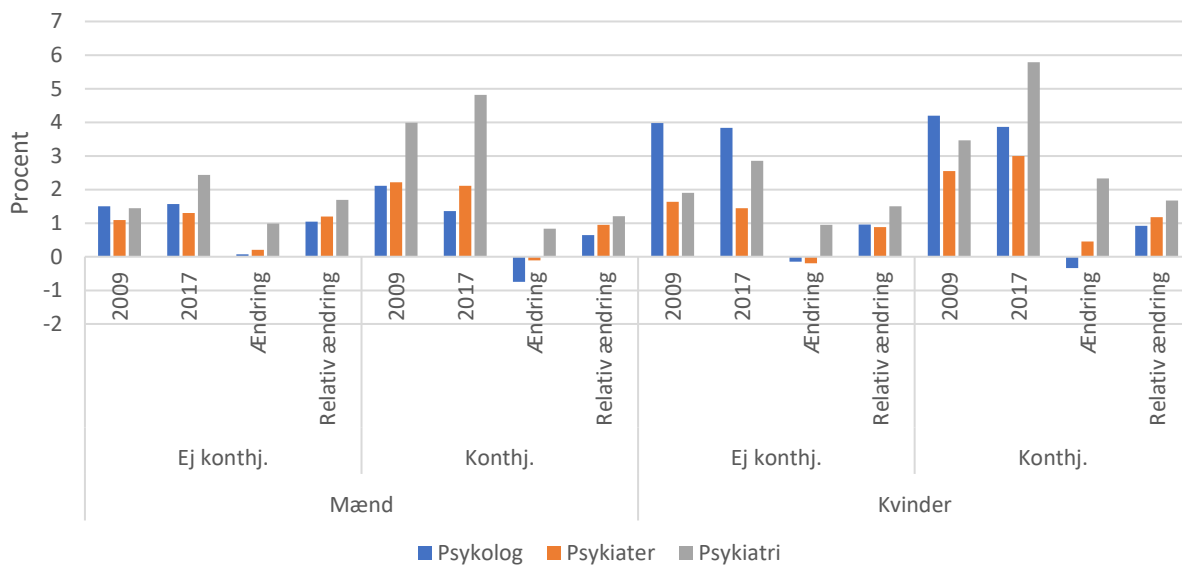
Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Figur 10.2.6 viser ændringerne mellem yderårene indenfor grupperne (se bilagstabel B10.2.3 for faktiske tal incl. signifikansniveauer). Her ser vi igen kun få signifikante ændringer i andelen, der har besøgt en psykolog eller psykiater. Flere mænd, hvis forældre ikke er på kontanthjælp, har besøgt en psykiater, mens det er tilfældet for færre kvinder med samme baggrund. Og igen ser vi de mest konsistente effekter i andelen med kontakter til psykiatrien – her sker der en stigning for alle grupper (dog ikke signifikant for mænd, hvis forældre modtager kontanthjælp). De signifikante stigninger har samme relative niveau, men den største faktiske stigning sker for kvinder af forældre på kontanthjælp.

I perioden sker der en ændring i andelen af 28-årige mænd og kvinder, hvor en eller begge forældre modtager kontanthjælp fra 5,9 til 6,9 procent for mændene og fra 4,3 til 6,6 procent for kvinderne (se bilagstabel B10.2.3).



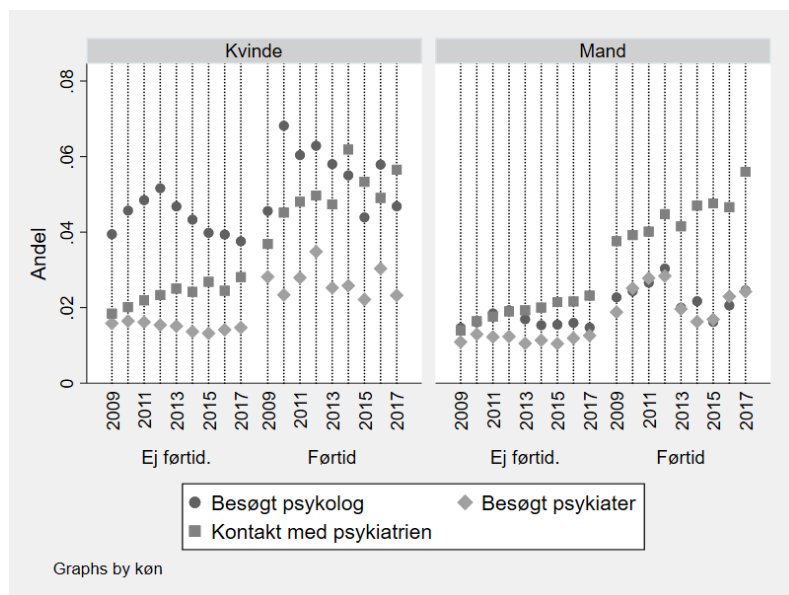
Figur 10.2.6: Forskelle i brug af mentale sundhedsydelser fordelt på køn og forældres modtagelse af kontanthjælp, 2009-2017



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

I næste figur, figur 10.2.7, ser vi på forskellen i udviklingen mellem mænd og kvinder, hvis forældre er førtidspensionister (den ene eller begge) hhv. ikke førtidspensionister. Mønstret her er på mange måder en gentagelse af mønstret fra ovenstående figur og fra den tilsvarende figur for de 20-årige – der er tale om relativt parallelle stigninger og om, at en større andel af de ressourcesvage grupper bruger de belyste sundhedsydelser.

Figur 10.2.7: Mor eller far er førtidspensionist

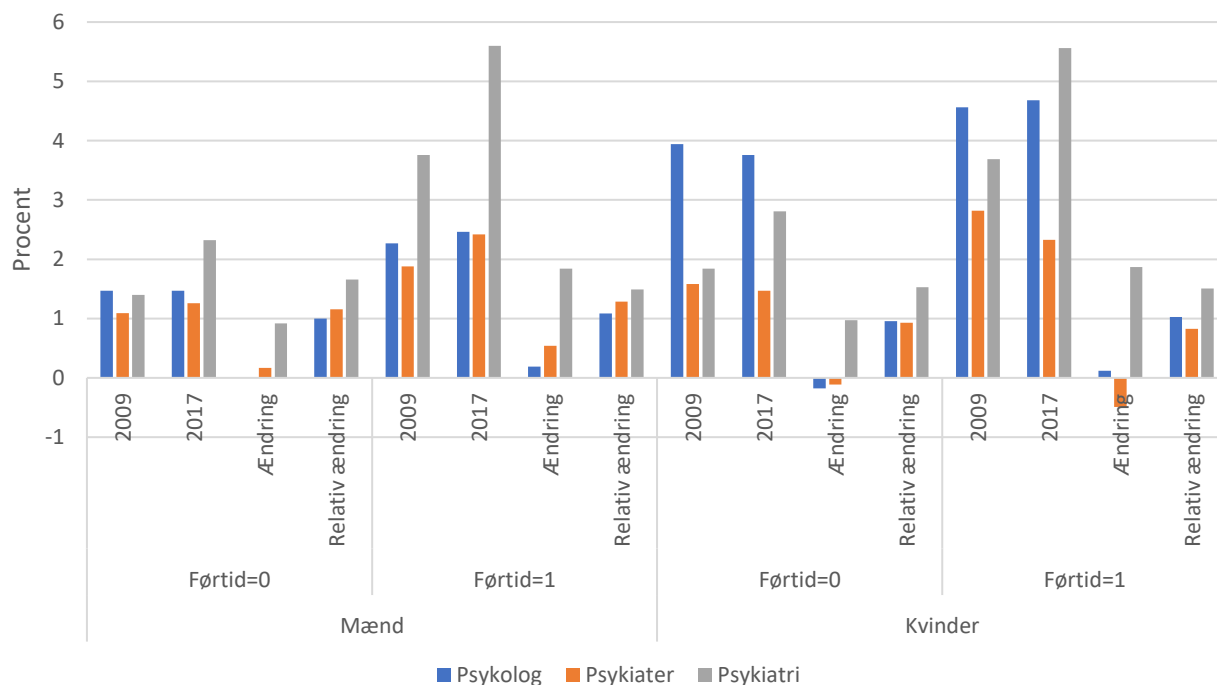


Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Også når vi dykker ned i tallene, synes der ikke at være store forskelle mellem grupperne. Som man kan se af figur 10.2.8 (og bilagstabel B10.2.4), sker der en signifikant stigning i andelen af mænd af forældre, som ikke er på førtidspension, som har besøgt en psykiater – svarende til cirka 0,2 procentpoint og 16 procent. Omvendt har både flere mænd og kvinder været i kontakt med psykiatrien. Vi ser de største faktiske stigninger blandt dem, hvis forældre er på førtidspension (cirka 2 procentpoint), men den relative stigning er forholdsvis ens på tværs af grupper (cirka 50-60 procent). Resultatet afspejler, at mænd og kvinder med en resourcesvag baggrund havde et højere niveau i 2009.

Som vi så det for de 20-årige, sker der ikke de store ændringer i andelen af 28-årige mænd og kvinder, hvis forældre var førtidspensionister (fra 8,3 til 8,4 procent for mændene og fra 8,2 til 8,4 for kvinderne).

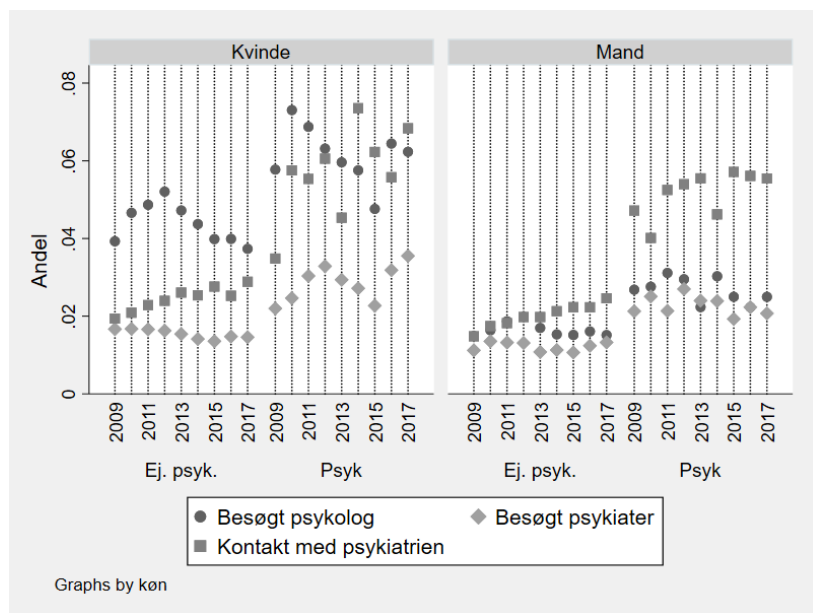
Figur 10.2.8: Forskelle i brug af mentale sundhedsydelse fordelt på køn og forældres modtagelse af førtidspension, 2009-2017



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Det sidste sæt af figurer angiver forskelle i udviklingen mellem mænd og kvinder, hvis forældre har været i kontakt med psykiatrien. Mønsteret vi ser i første figur, figur 10.2.9, er ikke væsens forskelligt fra det, vi har set i de øvrige figurer, og det er også her vanskeligt at pege på markante forskelle mellem gruppernes udvikling.

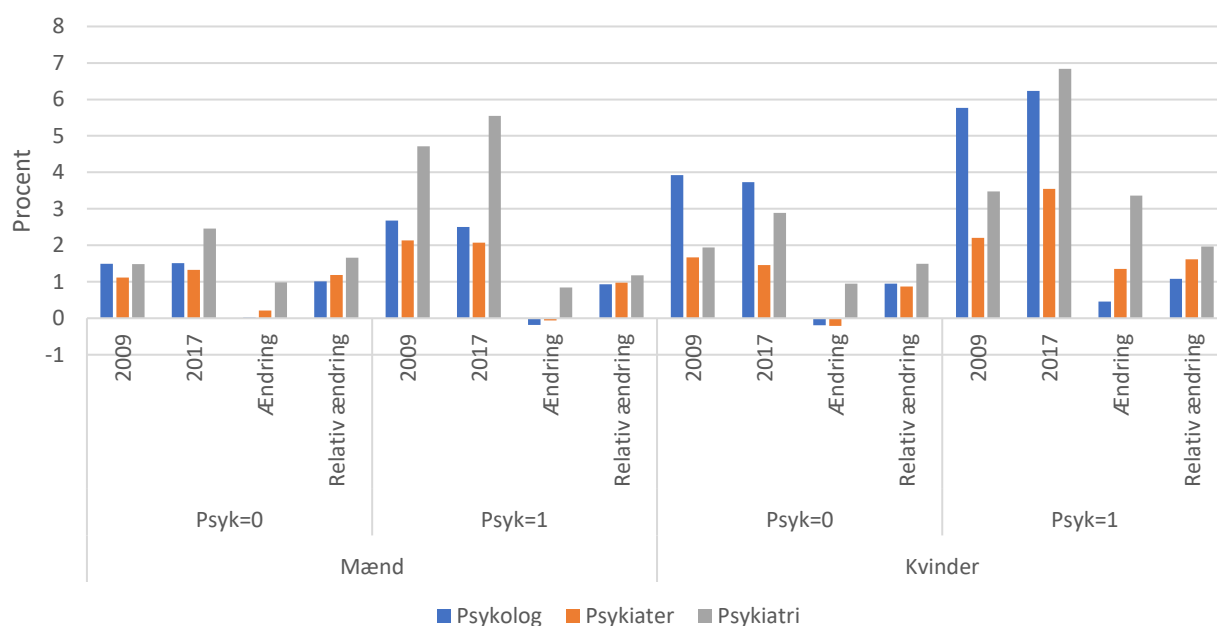
Figur 10.2.9: Mor eller far har været i kontakt med psykiatrien



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Det samme billede tegner sig, når vi fokuserer på værdierne i yderårene, 2009 og 2017, i figur 10.2.10 (med tilhørende bilagstabel B10.2.5). Der er ingen signifikante ændringer i andelen, der har besøgt en psykolog. For alle grupper undtagen for mænd, hvis forældre har været i kontakt med psykiatrien, er der sket en signifikant stigning i andelen, der selv har været i kontakt med psykiatrien. Den faktiske stigning er størst – og ganske stor! – for gruppen af kvinder, hvis forældre har været i kontakt med psykiatrien, og det er også her, vi finder den største relative stigning. Stigningen har dog også været betragtelig blandt mænd og kvinder, hvis forældre ikke har været i kontakt med psykiatrien (1 procentpoint eller 49-66 procent). I samme periode sker der små stigninger i andelen af 28-årige mænd og kvinder med forældre, der har været i kontakt med psykiatrien. For mænd stiger andelen fra 3,5 til 4,3 procent, og for kvinderne stiger andelen fra 3,6 til 4,0 procent.

Figur 10.2.10: Forskelle i brug af mentale sundhedsydelse fordelt på køn og forældres kontakter til psykiatrien, 2009-2017



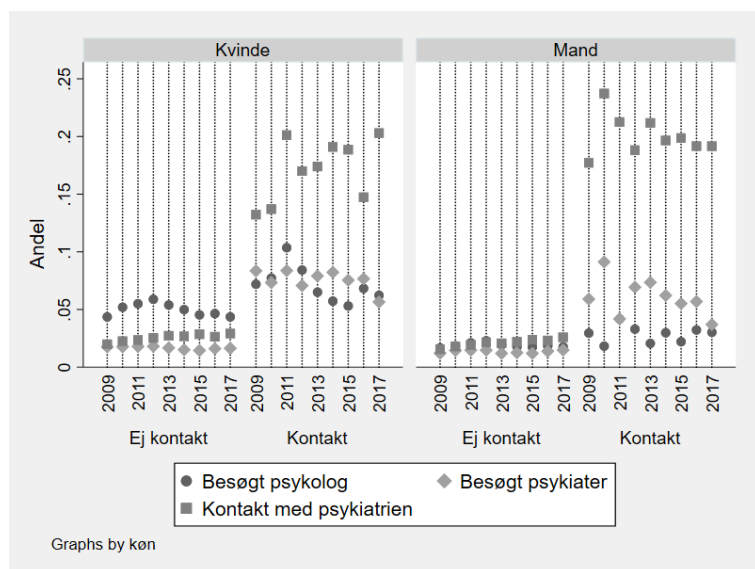
Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Opsummerende viser resultaterne for de 28-årige på mange måder samme billede som resultaterne for de 20-årige. De overordnede udviklinger, vi ser i brugen af mentale sundhedsydelser, synes ikke entydigt at være drevet af hverken de ressourcetsvage eller de ressourcestærke grupper. Godt nok er der markante niveauforskelle mellem grupperne, men udviklingerne indenfor grupper er i mange tilfælde bemærkelsesværdigt ens. Niveauforskellene er dog ikke uvæsentlige i forhold til at forstå udviklingen: For hvis der sker fx en fordobling i andelen med kontakter til psykiatrien i en gruppe, der i forvejen har en høj andel kontakter, vil det have en langt større betydning for den overordnede udvikling i andelen med kontakter, end hvis en sådan fordobling sker i en gruppe, hvor kun en lille andel har sådanne kontakter i forvejen. Og i kombination med at vi også her blandt de 28-årige ser en tendens til en øget social polarisering – som i øvrigt understøtter resultatet fra dekomponeringsanalysen - således at de ressourcetsvage grupper andel af befolkningen er i vækst, så vil disse ændringer samlet set kunne bidrage væsentligt til udviklingen. Hermed kan vi ikke banalisere udviklingen i de ressourcetsvage grupper med henvisning til, at den ligner udviklingen i de ressourcestærke grupper, fordi de samfundsøkonomiske og folkesundhedsmæssige konsekvenser af fordoblingen her er langt mere omfattende.

### 10.2.1. *Betydningen af egne karakteristika*

I dette afsnit viser forskelle i udviklingen på undergrupper defineret ved de af de 28-årige egne karakteristika, som dekomponeringen pegede på betydningen af, nemlig egne kontakter til psykiatrien og status som efterkommer. Figur 10.2.11 viser her først udviklingen i brugen af de tre mentale sundhedsydelser for 28-årige, der har hhv. ikke har været i kontakt med psykiatrien som 20-årige. Som man kan se, minder resultaterne her meget om de tilsvarende resultater for de 20-årige, idet der er væsentlige niveauforskelle i brugen af de tre ydelser – undtagen for mænd, der har besøgt en psykolog. Igen er det svært at få øje på store forskelle i udviklingen, idet det kun er kontakter til psykiatrien blandt kvinder, der var i kontakt med psykiatrien som 20-årige, som synes at stige.

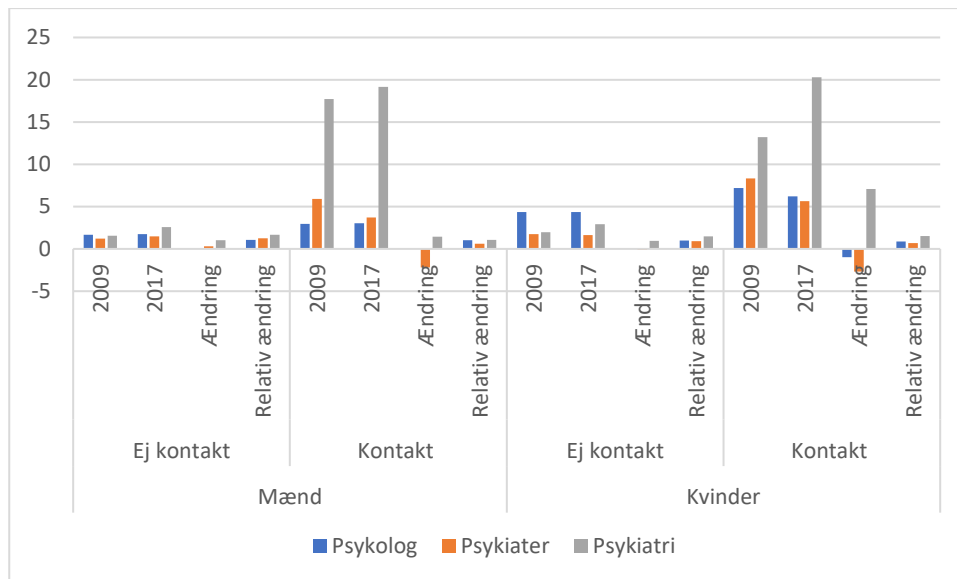
Figur 10.2.11: Kontakt med psykiatrien som 28-årig



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret

Figur 10.2.12 går i dybden med udviklingerne og viser forskellen i brugen af de tre mentale sundhedsydelser mellem de to yderår. Figuren her bekræfter dog billedet fra figur 10.2.11 om meget få forskelle i ændringerne over tid mellem grupperne (se også tabel B10.2.6 i bilag 10). Omvendt ser vi en stigning i andelen af både 28-årige mænd og kvinder, som har været i kontakt med psykiatrien fra 2009 til 2017. For mændene er der tale om en stigning fra 0,9 til 1,8 procent, og for kvinderne er der tale om en stigning fra 1,6 til 2,8. Selvom vi taler om små stigninger i procentpoint, er der store procentuelle stigninger.

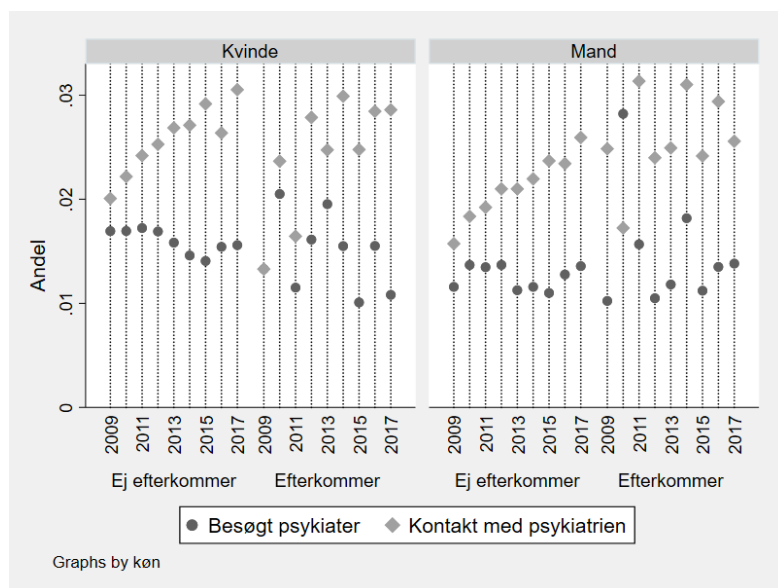
Figur 10.2.12: Forskelle i brug af mentale sundhedsydelser fordelt på køn og egne kontakter til psykiatrien, 2009-2017



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret

Figur 10.2.13 viser ændringer i brugen af de tre mentale sundhedsydelser i undergrupper defineret med efterkommerstatus. Bemærk, at vi her har udeladt besøg hos psykolog, fordi andelene her er for små til, at de må afrapporteres. For de to andre ydelser viser figuren meget ens niveauer blandt kvinderne, men flere kontakter til psykiatrien blandt de mandlige efterkommere.

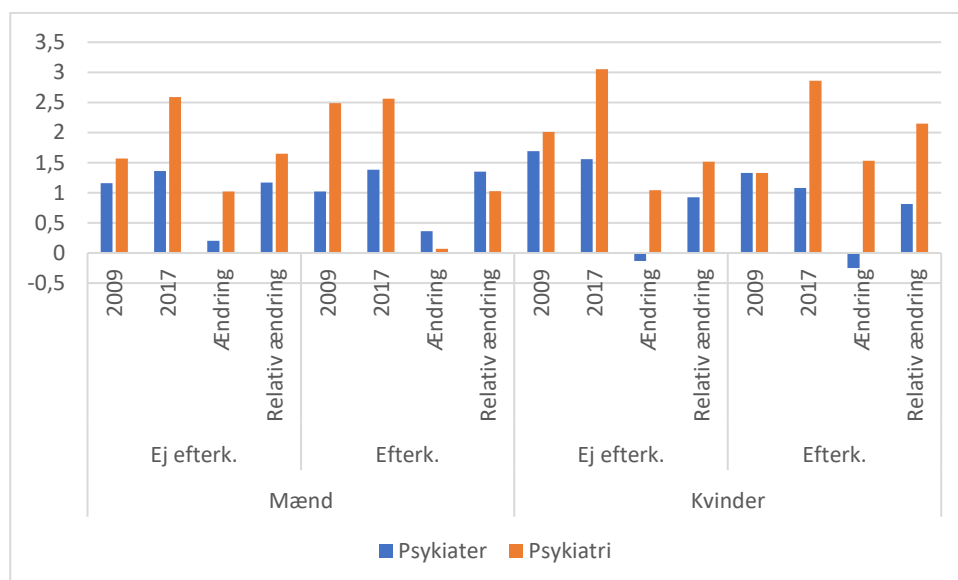
Figur 10.2.13: Efterkommere



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Figur 10.2.14 går i dybden med udviklingerne og viser forskellen i brugen af de tre mentale sundhedsydelse mellem de to yderår. Figuren her bekræfter billedet fra figur 10.2.13 om meget få forskelle i ændringerne over tid mellem grupperne og nærmest ingen niveauforskelle mellem grupperne. Man bør dog bemærke den store relative stigning blandt kvindelige efterkommere i kontakter til psykiatrien. Ændringen svarer til en stigning på cirka 100 procent, men den tilsvarende stigning blandt de øvrige kvinder er på cirka 50 procent. Som vi så det for de 20-årige, gælder det også for de 28-årige, at andelen af efterkommere stiger – for kvinderne stiger andelen fra 2,2 til 3,5 procent, og for mændene stiger andelen fra 2,1 til 3,8 procent (se tabel B10.2.7).

Figur 10.2.14: Forskelle i brug af mentale sundhedsydelse fordelt på køn og efterkommerstatus, 2009-2017



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Opsummerende synes der således ikke at være sket de store ændringer i betydningen af individets egne baggrundskarakteristika over perioden, men omvendt ser vi også blandt de 28-årige en tendens til en øget social polarisering, der kan være medvirkende til at drive udviklingen.

### 10.3. Selvrapporert mental sundhed, 18-24-årig<sup>29</sup>

I dette afsnit ser vi på udviklingen i selvrapporert mental sundhed fordelt på de samme baggrundskarakteristika, som vi har anvendt ovenfor. Til det formål bruger vi igen data fra NFA's

<sup>29</sup> Det skal bemærkes, at analyserne i dette og det følgende afsnit ikke er baseret på vægtede data, da det ikke er muligt at applicere vægte i typer af analyser, vi anvender her.



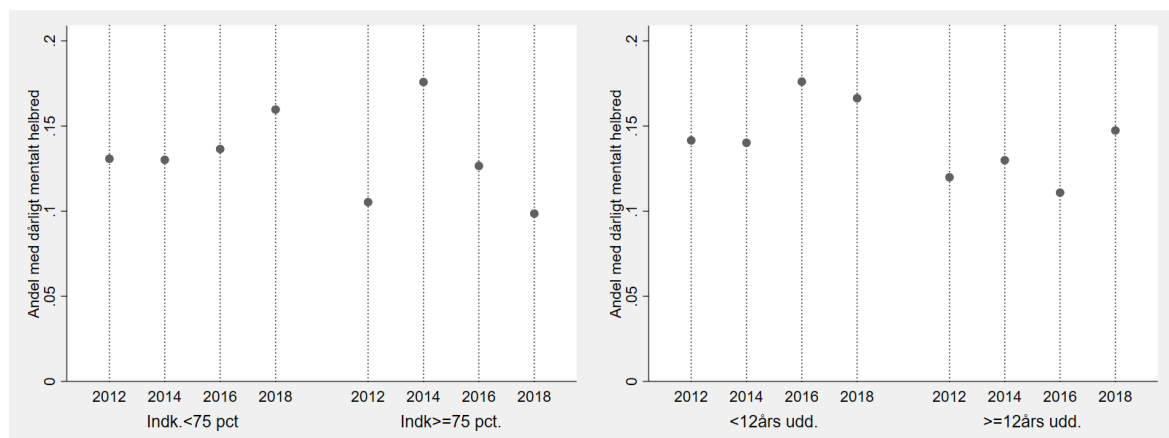
undersøgelser. Vi fokuserer på de samme to mål for mental sundhed, som vi har anvendt tidligere, og vi ser på udviklingen indenfor de samme to aldersgrupper som tidligere (de 18-24-årige hhv. de 25-32-årige). Da dette datamateriale er relativt begrænset, vil en underopdeling på køn og de belyste baggrundskarakteristika betyde, at vi kommer til at forbyrde os mod Danmarks Statistiks regler for brug af registerdata, der blandt andet specificerer, at man ikke må vise gennemsnit for grupper med mindre end fem individer. Vi har derfor valgt ikke at opdele analyserne på køn, og vi har slået de to indikatorer for selvrapporert mental sundhed sammen. Samtidig kan vi heller ikke belyse forskelle i udviklingen mellem grupper som defineret ved respondenternes egne karakteristika, idet undergrupperne her vil blive for små. Vi holder os altså udelukkende til opdeling på grupper defineret ved forældrekarakteristika.

I de fire paneler i figur 10.3.1 ser vi en tendens til, at unge af forældre med mange ressourcer – i form af relativt høj indkomst og længerevarende uddannelser – er mindre tilbøjelige til at score højt på den samlede indikator for dårlig mental sundhed. Udviklingstendenserne indenfor de to grupper er dog uklare, så det er svært at konkludere, om der er tale om samme tendens indenfor de to grupper. I forlængelse heraf er unge af forældre med få ressourcer, defineret som forældre som er ydelsesmodtagere, eller som har været i kontakt med psykiatrien, mere tilbøjelige til at score højt på målet for dårlig mental sundhed. Forskellene ser dog ud til at være relativt små.

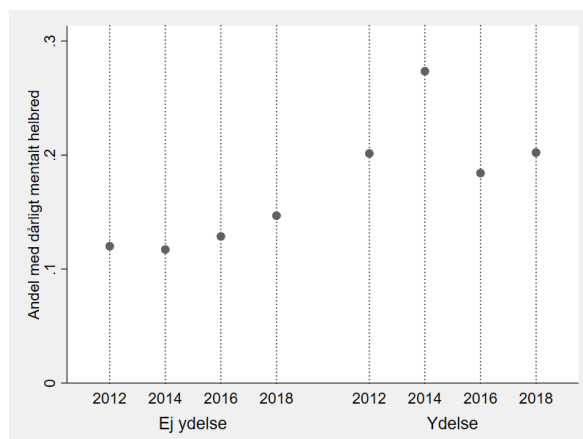
Figur 10.3.1: Andel med dårlig mental sundhed (selvrapporert) fordelt på baggrundskarakteristika, 18-24-årige

A: Forældres indkomst

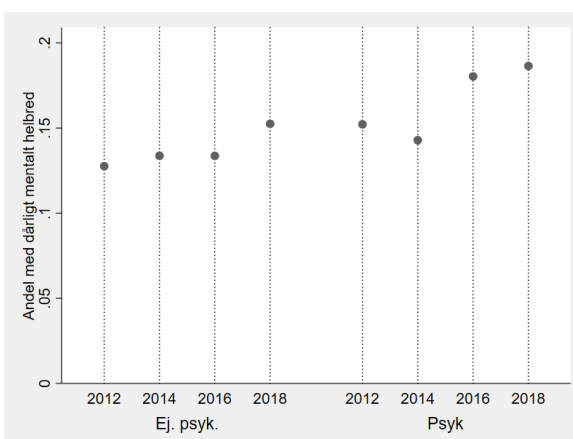
B: Forældres uddannelse



C: Forældre, ydelser



D: Forældre, kontakt med psykiatrien

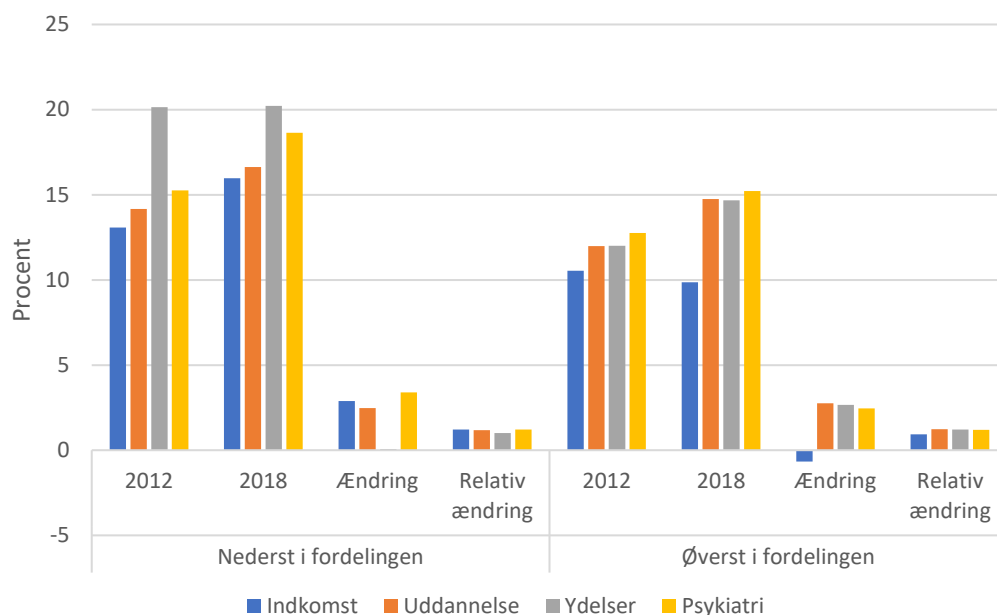


Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik, Landspatientregisteret og NFA.

Da det kan være vanskeligt helt at gennemskue og sammenligne udviklingerne i figuren, viser figur 10.3.2 nedenfor i stedet udviklingen fra den første og den (foreløbigt) sidste interviewrunde (2012 og 2018) (se bilag B10.3.1 for de faktiske talværdier). Vi har valgt at opdele resultaterne efter, om respondenterne ligger nederst eller øverst i fordelingen på de fire baggrundskarakteristika. Konkret ligger man nederst i fordelingen mht. indkomst, hvis ens forældre ligger under 75-procentspercentilen; mht. uddannelse, hvis ens forældre har mindre end 12 års uddannelse; mht. ydelser, hvis forældrene modtager førtidspension eller kontanthjælp; og mht. psykiatri, hvis forældrene har været i kontakt med psykiatrien. Omvendt ligger en respondent øverst i fordelingen mht. indkomst, hvis forældrene ligger over 75-procentspercentilen; øverst mht. uddannelse, hvis forældrene har 12 års uddannelse eller mere; øverst mht. ydelser, hvis forældrene ikke har modtaget førtidspension eller kontanthjælp; og øverst mht. psykiatri, hvis forældrene ikke har været i kontakt med psykiatrien. Figuren viser fx, at andelen, der rapporterer om dårlig mental sundhed, stiger for stort set alle grupper – med undtagelse af respondenter hvis forældre ligger i øverste indkomstkvartil. I tråd hermed er den relative ændring omtrent den samme i alle grupper, idet den ligger på ca. 20 procent. Der er dog i mange tilfælde ikke tale om signifikante ændringer, hvilket kan skyldes det begrænsede datagrundlag. På baggrund af resultaterne præsenteret her, synes der ikke at være de store forskelle i udviklingstendenserne mellem de forskellige grupper – selvom niveauerne er forskellige – og der er altså ikke her tale om, at visse grupper i højere grad end andre bærer den udvikling, vi ser.

Som vi også så det under analyserne for brugen af de mentale sundhedsydelser, sker der også en social polarisering i respondentgruppen over tid – flere har forældre i højindkomstgruppen og med lange uddannelser og har forældre, som har modtaget ydelser, og som har været i kontakt med psykiatrien (se tabel B10.3.1).

Figur 10.3.2: Forskelle i selvrapporeret mental sundhed fordelt på forældrebaggrund, 2012-2018, 18-24-årige



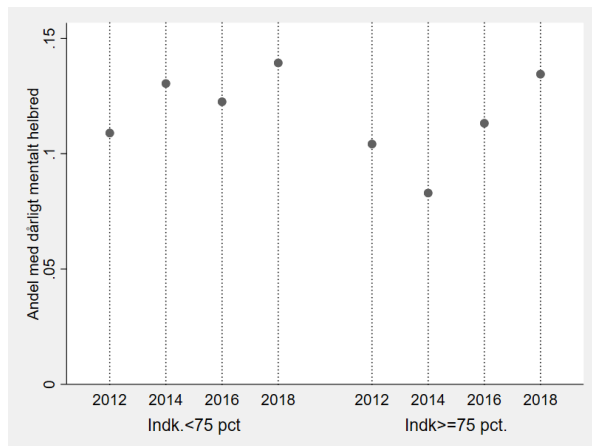
Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik, Landspatientregisteret og NFA.

#### 10.4. Selvrapporeret mental sundhed, 25-32-årig

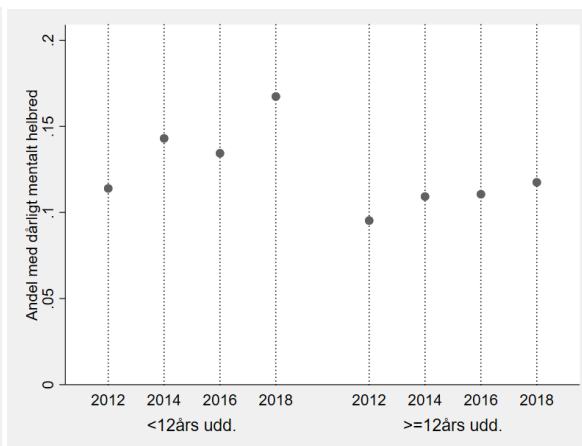
Figur 10.4.1 viser det samme som figur 10.3.1 blot for de 25-32-årige. Figuren viser samme tendens, som vi så før, hvor respondenter af ressourcestærke forældre (målt i form af indkomst og uddannelsesniveau) scorer lavere på det samlede mål for dårlig mental sundhed end de øvrige respondenter, og hvor respondenter af resourcesvage forældre scorer lavere.

Figur 10.4.1: Andel med dårlig mental sundhed (selvrapporteret) fordelt på baggrundskarakteristika, 25-32-årige

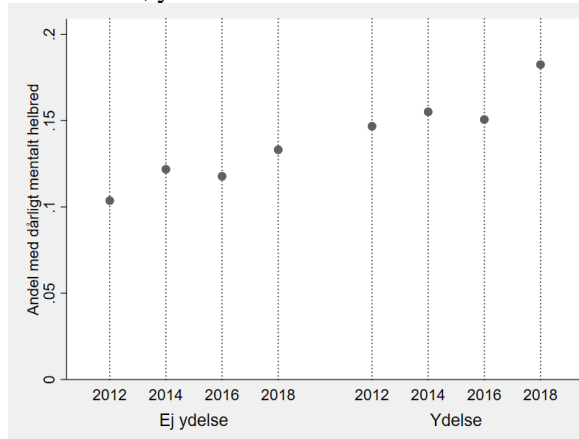
A: Forældres indkomst



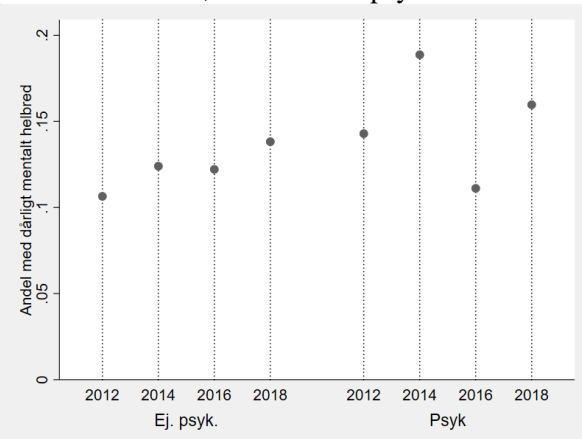
B: Forældres uddannelse



C: Forældre, ydelser



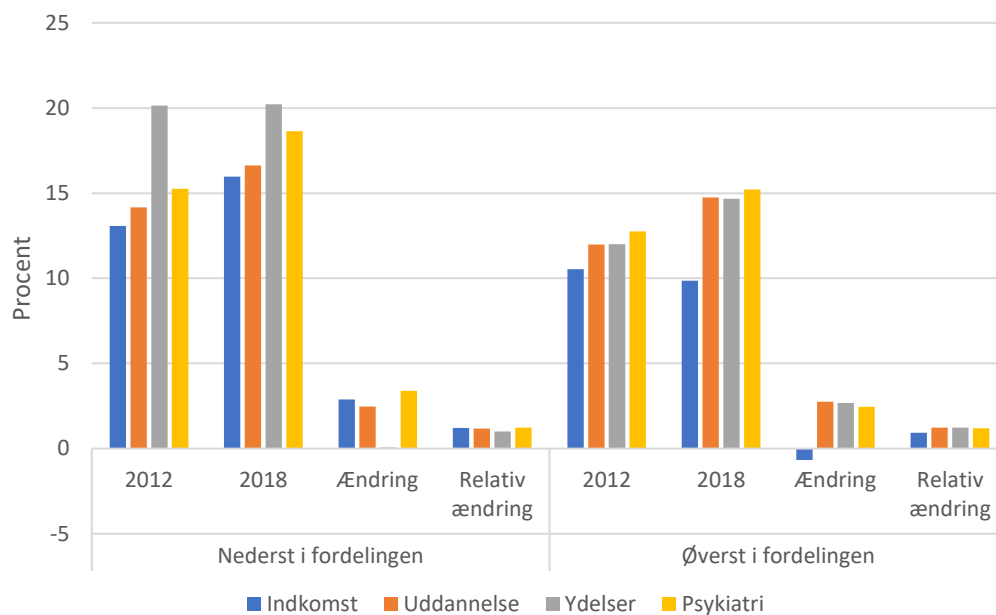
D: Forældre, kontakt med psykiatrien



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik, Landspatientregisteret og NFA.

Som i figur 10.3.2 viser tabel 10.4.2 nedenfor ændringer mellem yderårene, 2012 og 2018 (se også bilagstabel B10.4.1). Figuren viser, at der har været en stigning i andelen, som rapporterer om dårlig mental sundhed indenfor alle grupperne, og at omfanget af stigningerne er relativt identiske. Det er kun cirka halvdelen af stigningerne, der er signifikante, men det kan igen skyldes det relativt begrænsede datamateriale. Kigger vi sidst på udviklingen i undergruppernes andel af respondentgruppen, ser vi også her, som før, en tendens til en øge polarisering – dog med den undtagelse, at andelen af 25-32-årige, hvis forældre ligger i højindkomstgruppen, falder markant (se bilagstabel B10.4.1).

Figur 10.4.2: Forskelle i selvrapporteret mental sundhed fordelt forældrebaggrund, 2012-2018, 25-32-årige



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik, Landspatientregisteret og NFA

Opsummerende må man altså konstatere, at forværringen af de unges mentale sundhed synes at være et bredt samfundsmæssigt fænomen, som ikke er drevet af bestemte underpopulationer eller subgrupper. Omvendt synes kompositionsændringer i respondentgruppen at kunne bære en del af udviklingen. Dette resultat stemmer overens med udviklingen i de registerbaserede mål belyst i afsnit 10.1 og 10.2.

## 10.5. Samlet opsummering

Hensigten med kapitel 10 har været at gå yderligere i kødet på spørgsmålet om, hvorvidt den udvikling, vi har set over tid i de forskellige mål for mental sundhed, er drevet af bestemte grupper og deres andel i befolkningen som bestemt ved forældrebaggrund og egne karakteristika. Analyserne viser overordnet set, at den observerede udviklingen ikke synes at være drevet af bestemte grupper – hverken af ressourcetsvage eller ressourcestærke grupper (selvom der dog er undtagelser). Den relative ændring i vores indikatorer for mental sundhed er således bemærkelsesværdig ens på tværs af grupper. Samtidig er den relative forskel mellem grupperne (som defineret ved forældrenes ressourcer) i overvejende grad stabil over tid, hvorved overrepræsentationen af unge med ressourcetsvag baggrund blandt individer med dårlig mental sundhed er nogenlunde den samme i 2009 og 2017 for de registerbaserede mål og i 2012 og 2018 for de selvrapporterede mål. Et væsentligt yderligere element i denne sammenhæng er dog, at vi i den periode, vi studerer, også ser en øget social polarisering, hvor flere har mange ressourcer, og flere har få ressourcer. Givet de niveauforskelle der er mellem grupperne i mental sundhed, er sådanne kompositionsændringer nok en del af forklaringen på den udvikling, vi ser i de forskellige indikatorer for mental sundhed.

## **Kapitel 11: Er der noget særligt på spil for 12-talspigerne (M/K)?**

I kølvandet på opmærksomheden omkring mental sundhed og stigningen i forekomsten af dårlig mental sundhed i befolkningen, er der opstået en bekymring om, at udviklingen er drevet af et usundt samfundsmæssigt fokus på præstationer – i skolen, på de sociale medier og i samfundet generelt. I den forbindelse er begrebet ”12-tals-pigerne” blevet nævnt igen og igen. Man har antaget, at en del af den negative udvikling i mental sundhed er sket i gruppen af unge, der klarer sig særligt godt i uddannelsessystemet – ikke fordi de klarer sig godt, men fordi det, at de klarer sig godt, er en indikator for, at de har presset sig selv til det yderste for at ligge i top på karakterskalaen. Vi vil i det følgende gå i kødet på denne bekymring og belyse udviklingen i brugen af de tre mentale sundhedsydelse samt i de selvrapporterede mål for mentalt sundhed blandt 20-årige unge, der scorer højt hhv. lavt på karakterskalaen, samt blandt 28-årige unge der klarer sig godt hhv. skidt i uddannelsessystemet og på arbejdsmarkedet som 24-årige.<sup>30</sup>

### **11.1. Brugen af mentale sundhedsydelse blandt 12-talspigerne (M/K)**

Til at belyse ændringer i brugen af mentale sundhedsydelse udvælger vi et sample af 20-årige i årene 2010 til 2016, som er registeret med en eller flere standpunktskarakterer i dansk eller matematik for 9. klasse, (N, dansk: 439.762, N, matematik: 439.164). For dette sample konstruerer vi tre binære indikatorer for, om de har over eller 10 eller derover i a) dansk, b) matematik, og c) samlet for dansk og matematik. Herefter konstruerer vi en binær indikator for, om de har besøgt en psykolog som 20-årig, og en for om de har besøgt enten en psykolog eller en psykiater, eller om de har været i kontakt med det psykiatriske sundhedssystem som 20-årig. Når vi ikke anvender indikatorer for hver af de tre typer af mentale sundhedsydelse (som har været praksis i det ovenstående) skyldes det, at antallet af personer, der har besøgt en psykiater, er så små i visse undergrupper, at vi ved at præsentere tallene her vil forbyde os mod Danmarks Statistiks regler for brug af registerdata.

Figur 11.1.1 nedenfor viser udviklingen i brugen af de mentale sundhedsydelse for personer, der har fået over hhv. under 10 i gennemsnit i dansk eller matematik eller samlet i de to fag. Som man kan se, er der en svag tendens til, at både drenge og piger med topkarakterer i lidt mindre omfang har besøgt en psykolog, end drenge og piger som ikke har fået topkarakterer. Forskellen mellem de to grupper er dog langt mere markant, når vi kigger på det samlede forbrug af mentale sundhedsydelse; her viser tallene et klart mønster, hvor 12-talspigerne (m/k) ligger betydeligt under de øvrige unge. Dette mønster stemmer meget godt overens med, hvad vi så under forskelle i brugen af mentale sundhedsydelse fordelt på forældrenes ressourcer. Her er der

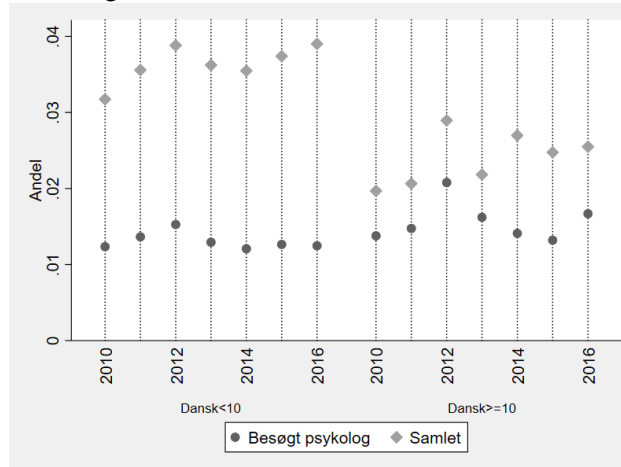
---

<sup>30</sup> Vi er selvfølgelig opmærksomme på, at der kan være en særlig helbredsmæssig omkostning forbundet med at stræbe efter de gode resultater, men ikke opnå dem, hvorfor det ikke kun er blandt 12-talspigerne (M/K), men også de, der ligger i midtergruppen, vi kan forvente at se de negative konsekvenser af præstationskulturen.

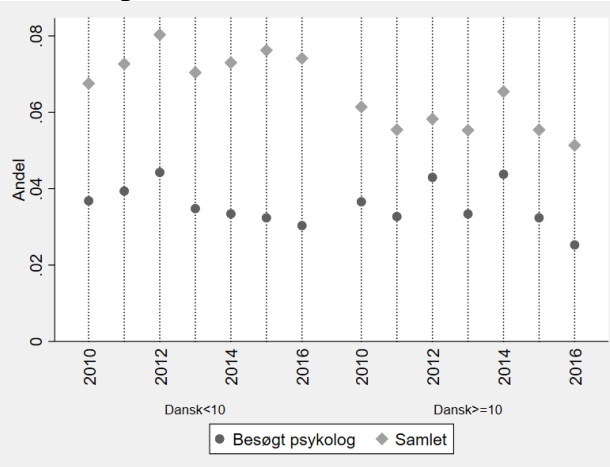
en lille og i mange tilfælde ubetydelig forskel på brugen af psykologhjælp mellem 12-talspigerne, men store forskelle i det samlede mål for brugen af de øvrige mentale sundhedsydelser.

Figur 11.1.1: Gennemsnit på 10 eller derover, 20-årige

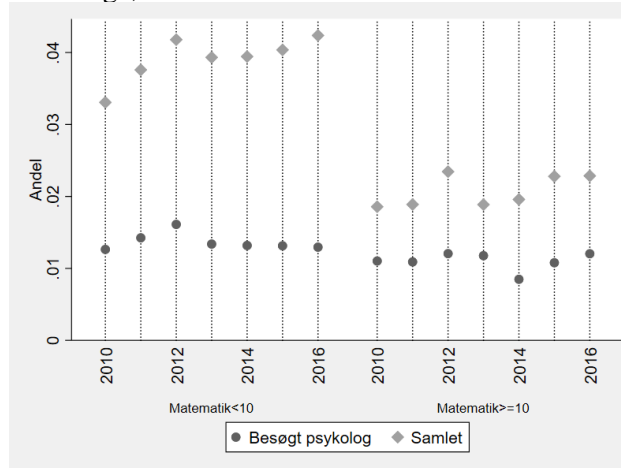
A: Drengene, dansk



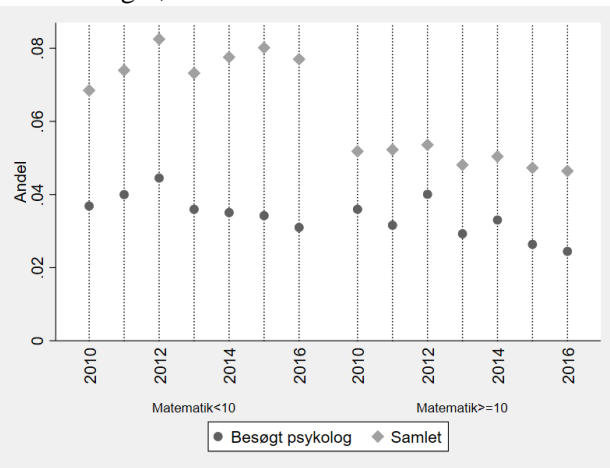
B: Piger, dansk



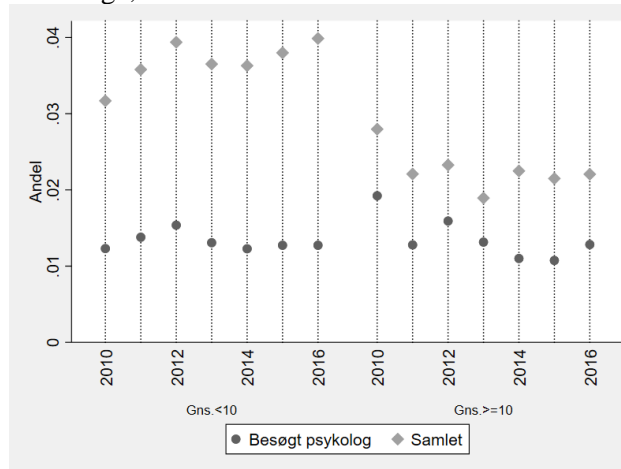
C: Drengene, matematik



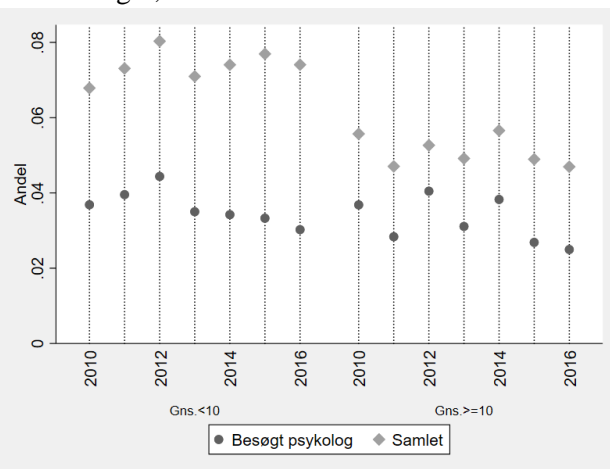
D: Piger, matematik



E: Drengene, samlet



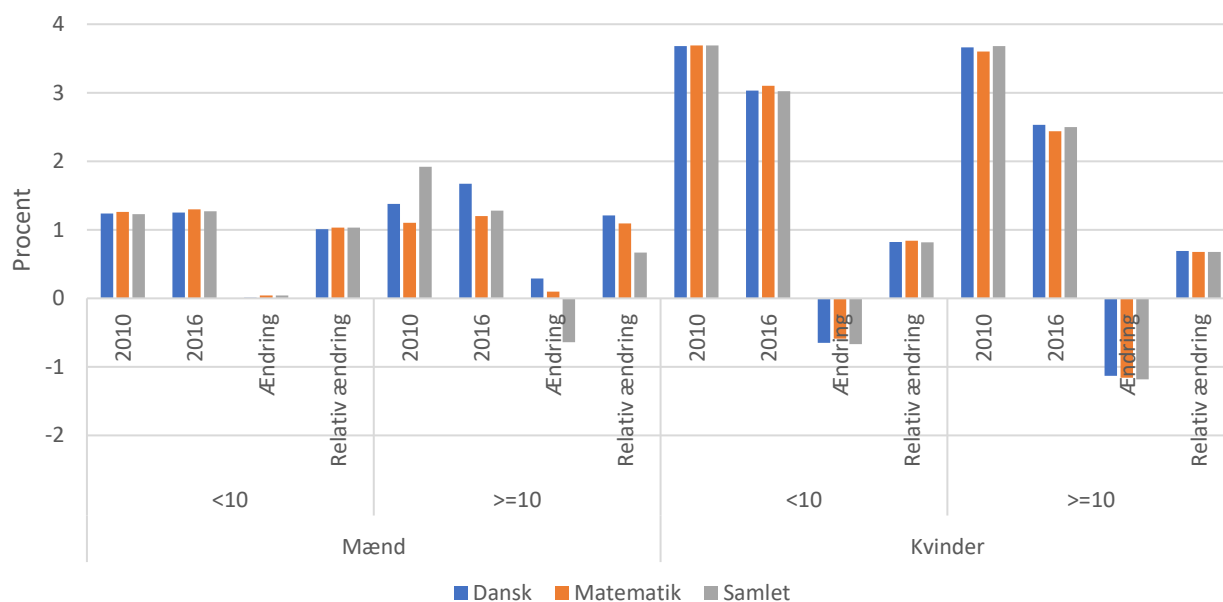
F: Piger, samlet



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Som i kapitel 10 går vi også her lidt i dybden med forskellene i brugen af sundhedsydelserne mellem de to yderår. I den forbindelse viser figur 11.1.2 forskellene i andelen af 20-årige med og uden topkarakterer, der har besøgt en psykolog i 2010 hhv. 2016 (se bilagstabel B11.1.1 for de eksakte tal og signifikansniveauer). Der er få og in-signifikante forskelle mellem grupperne for drenge – hverken indenfor grupperne som defineret ved deres karaktergennemsnit eller mellem disse grupper. For piger med og uden topkarakter ser vi en signifikant forskel, idet topscorere i matematik er mindre tilbøjelige til at besøge en psykolog i 2016 end ikke-topscore i samme år. Omvendt har piger i alle grupper (dvs. med og uden topkarakterer) oplevet et signifikant fald i brugen af psykologhjælp fra 2012 til 2016. Faldet er dog størst i gruppen af piger med topkarakterer.

Figur 11.1.2: Forskelle i andelen der har været på besøg hos en psykolog fordelt på karaktergennemsnit, 20-årige

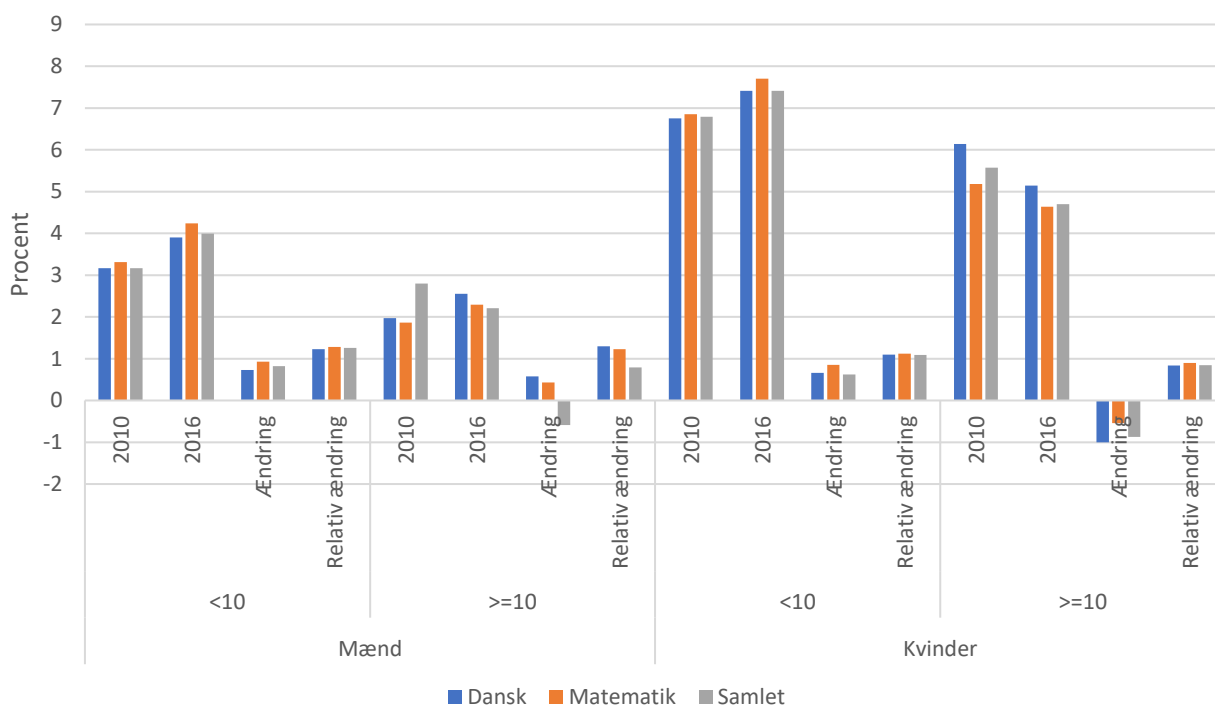


Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Figur 11.1.3 viser forskellen i brugen af mentale sundhedsydelser (det samlede mål) mellem 2010 og 2016, og her er billedet lidt anderledes (se også bilagstabel B11.1.2). For det første ses en signifikant stigning i brugen af disse ydelser i alle grupper af unge, som ikke har fået topkarakterer i dansk eller/og matematik. Vi ser også stigninger blandt unge mænd med topkarakterer – disse stigninger er ikke signifikante, hvilket muligvis kan afspejle, at grupperne her er noget mindre. For pigerne er billedet noget anderledes. Her finder vi signifikante stigninger i andelen af ikke-topscore, som har haft kontakt til det mentale sundhedsvæsen. Der er desuden fald – dog ikke signifikante, men alligevel væsentlige – i andelen, blandt topscorerne, som har haft disse kontakter. Hermed øges forskellen mellem kvindelige topscorere og ikke-topscore fra 2010 til 2016.



Figur 11.1.3: Forskelle i andelen der har benyttet en mental sundhedsydelse fordelt på karaktergennemsnit, 20-årige



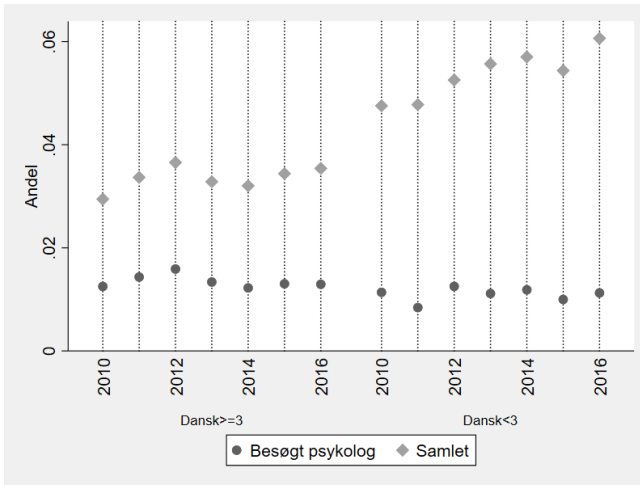
Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

De, der bliver ramt af præstationskulturen, er dog ikke blot de, der formår at efterleve kulturen. Også personer, som ikke har evner eller personlige ressourcer til at efterleve kravene i en sådan kultur, men som forventes at gøre det, kan tænkes at lide under den. På den baggrund har vi derfor fundet det relevant også at kigge på udviklingen i brugen af mentale sundhedsydelser blandt dem, der scorer lavt på karakterskalaen – her defineret som 20-årige der fik under 3 i standpunktskarakterer i dansk eller matematik i 9. klasse. Bemærk, at gruppen af unge, som slet ikke formår at få standpunktskarakterer i 9. klasse, og som med stor sandsynlighed vil være langt mere ressourcetsvage end de, der ”blot” får en dårlig karakter, ikke er medtaget her.

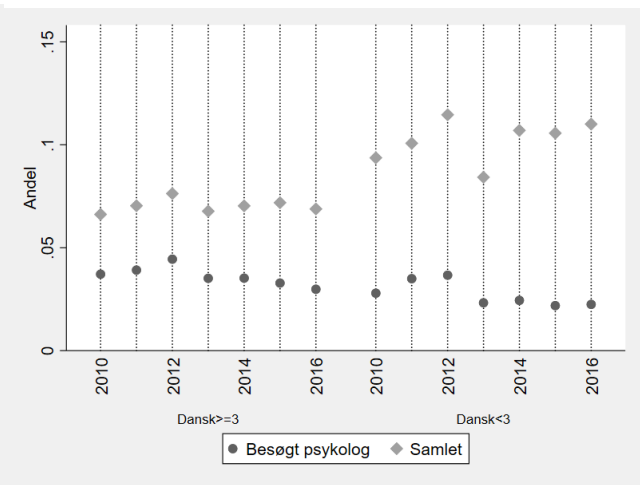
Figur 11.1.4 viser udviklingen i brugen af de mentale sundhedsydelser for 20-årige i 2010-2016, der fik over eller under 3 i dansk, matematik eller begge fag i 9. klasse. Igen ser vi kun små forskelle i andelen, der har besøgt en psykolog. Det ser her faktisk ud til, at andelen af unge med bundkarakterer, som har besøgt en psykolog, er en anelse lavere end den tilsvarende andel blandt de øvrige unge. Omvendt har en langt større andel unge med bundkarakterer i alle tre specifikationer modtaget mentale sundhedsydelser.

Figur 11.1.4: Gennemsnit under 3, 20-årige

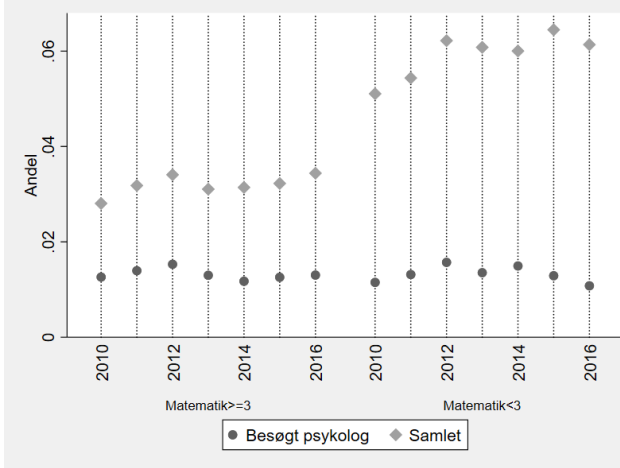
A: Drengene, dansk



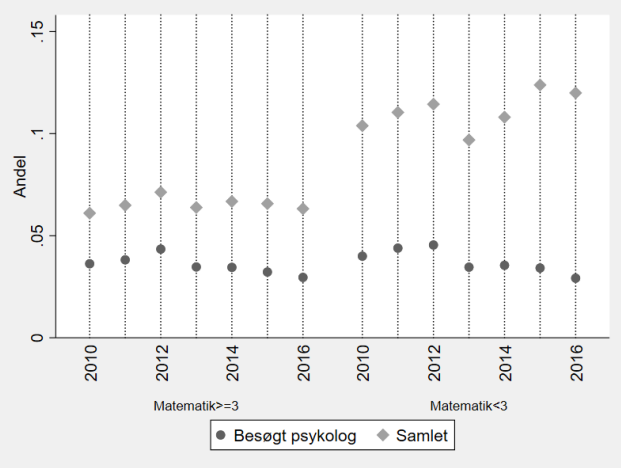
B: Piger, dansk



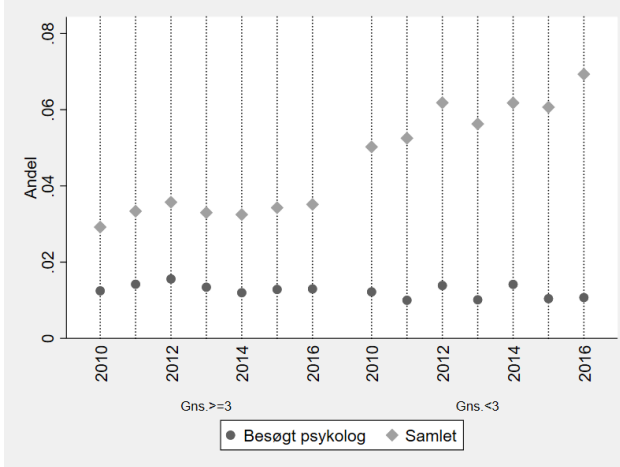
C: Drengene, matematik



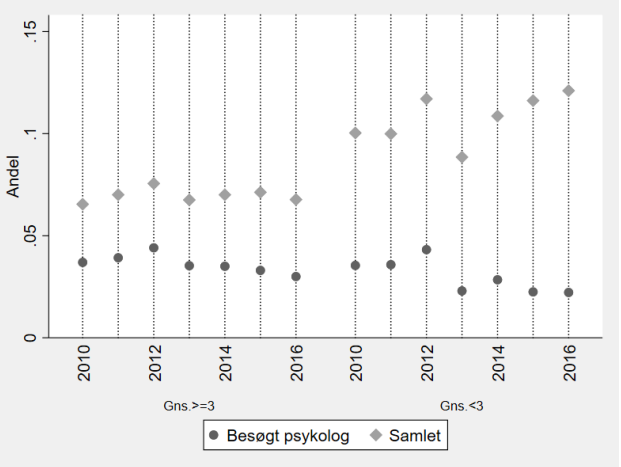
D: Piger, matematik



E: Drengene, samlet



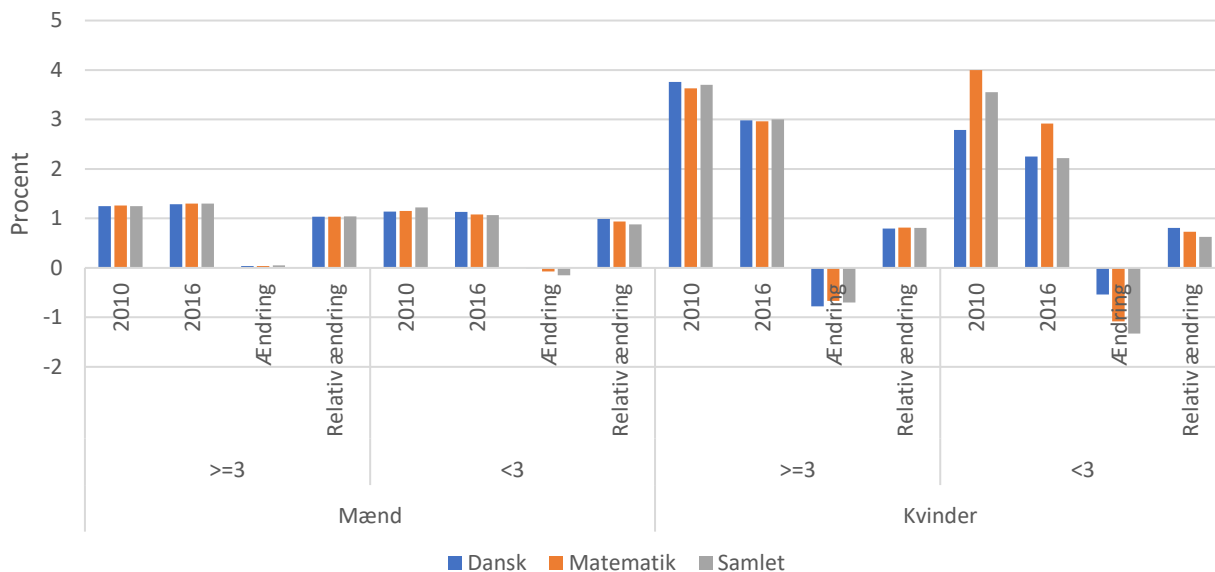
F: Piger, samlet



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Figur 11.1.5 viser forskellen i andelen i de to yderår, 2010 og 2016, i andelen, der har besøgt en psykolog. Igen finder vi ingen forskelle blandt drengene i brugen af psykologhjælp, hverken mellem grupper defineret ved deres karakterniveau eller indenfor grupper på tværs af år. For pigerne ser vi derimod en signifikant nedgang i begge grupper (bundkarakter vs. ikke-bundkarakterer), der besøgt en psykolog i 2016 relativt til 2010. Forskellen mellem de to grupper er dog ret konstant hen over årene (se også tabel B11.1.3).

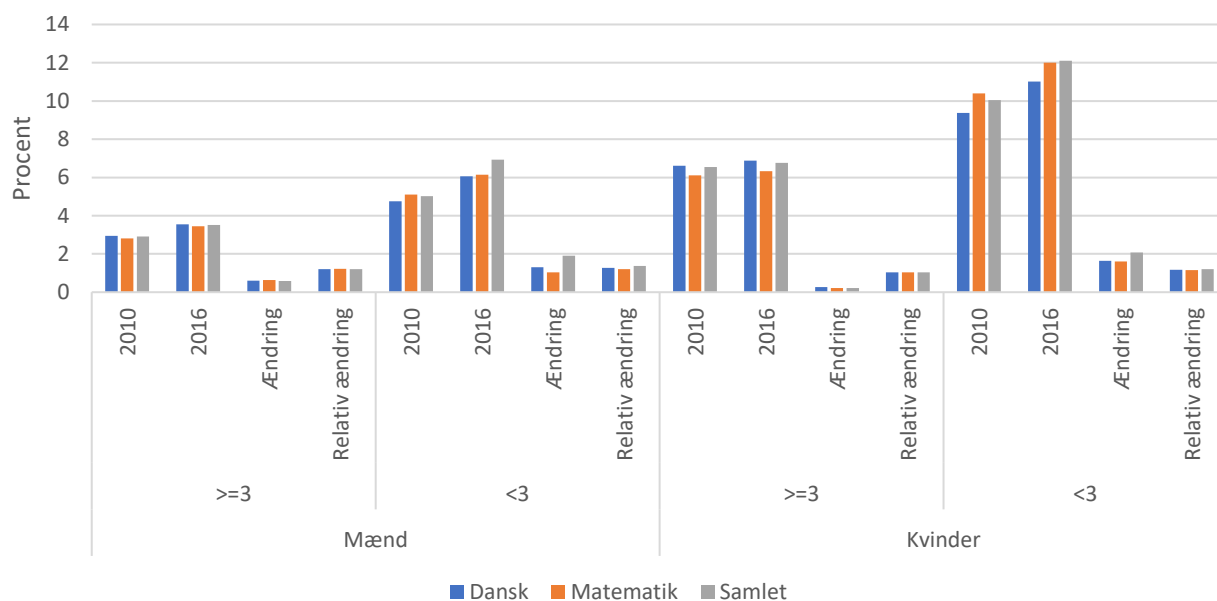
Figur 11.1.5: Forskelle i andelen der har besøgt en psykolog fordelt på karaktergennemsnit, 20-årige



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Figur 11.1.6 viser udviklingen i andelen, der har benyttet en eller flere af de tre mentale sundhedsydelse i de to yderår. Her er forskellene større og i mange tilfælde signifikante – især for drengene (se også bilagstabel B11.1.4). Der er blandt andet en stigning i andelen, som har benyttet en mental sundhedsydelse indenfor både gruppen af drenge med bundkarakterer og indenfor gruppen af drenge uden bundkarakterer – og den relative ændring er stort set den samme i begge grupper. Samtidig ser vi signifikante forskelle i andelen med ydelser mellem drenge med og uden bundkarakterer i 2010 hhv. 2016. Den procentvise forskel mellem de to grupper er større i 2016 end i 2010, men de relative forskelle i de to år er næsten de samme, svarende til at forskellene mellem grupperne ikke udjævnes over tid, selvom andelen i grupperne har ændret sig. Igen er der altså ikke noget, der tyder på, at det mørketal, som kapacitetsudvidelsen af det mentale sundhedssystem skulle have – og forhåbentligt har – fået bugt med, primært fandtes blandt de udsatte grupper.

Figur 11.1.6: Forskelle i andelen der har været benyttet en mental sundhedsydelse fordelt på karaktergennemsnit, 20-årige



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Samlet set er der således ikke noget, der tyder på, at udviklingen i brugen af mentale sundhedsydelser er mere markant blandt 12-talspigerne (M/K) eller blandt dem, der klarer sig dårligst i skolesystemet end blandt øvrige grupper af unge.

## 11.2. Dynamikken blandt de 28-årige

For den lidt ældre aldersgruppe, de 28-årige, er det mindre relevant at fokusere på forskellen mellem grupper som defineret ved deres karaktergennemsnit fra folkeskolen, da det for manges vedkommende ligger et godt stykke tilbage i tiden. Vi kigger i stedet på betydningen af at være arbejdsløs og af uddannelsesniveau, målt ved 24-års alderen. Vi deler her grupperne op alt efter, om de er arbejdsløse eller ej (ifølge Danmarks Statistiks novembermåling), og efter om de har 12 års uddannelse. Vi skelner her igen mellem de tre forskellige sundhedsydelser (besøg hos psykolog eller psykiater, og kontakter til det mentale sundhedssystem), idet datagrundlaget nu er tilstrækkeligt omfattende.

Figur 11.2.1 viser resultaterne af disse beregninger. I panel A ser vi forskellen mellem kvinder hhv. mænd, som er arbejdsløse hhv. ikke-arbejdsløse. Som man kan se, er der markante forskelle mellem de to grupper. Færre personer i arbejde har besøgt en psykiater, og væsentligt færre har været i kontakt med psykiatrien. Og tilsvarende det, vi også har set i vidt omfang i det foregående, finder vi også her, at den ressourcestærke

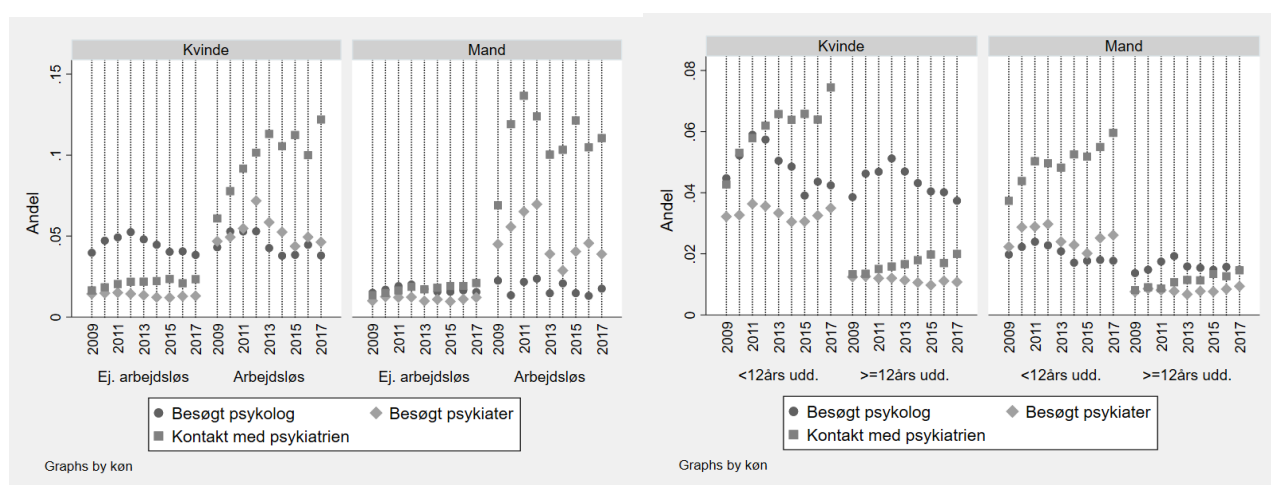
gruppe (dvs. personer, som ikke er arbejdsløse) besøger psykologer i samme omfang som den mindre ressourcerstærke gruppe.

I panel B ser vi forskellen i udviklingen mellem grupper, der har mere eller mindre end 12 års uddannelse som 24-årige. Udviklingen her minder mere om, hvad vi har set i det foregående, idet færre mænd og kvinder med 12 års uddannelse eller mere har besøgt en psykiater og været i kontakt med psykiatrien i sammenligning med mænd og kvinder med mindre end 12 års uddannelse, mens forskellene i andelen, der har besøgt en psykolog, er sværere at få øje på.

Figur 11.2.1: Mentalt helbred fordelt på eget indkomst- og uddannelsesniveau, 28-årige

A: Ej arbejdsløs/arbejdsløs

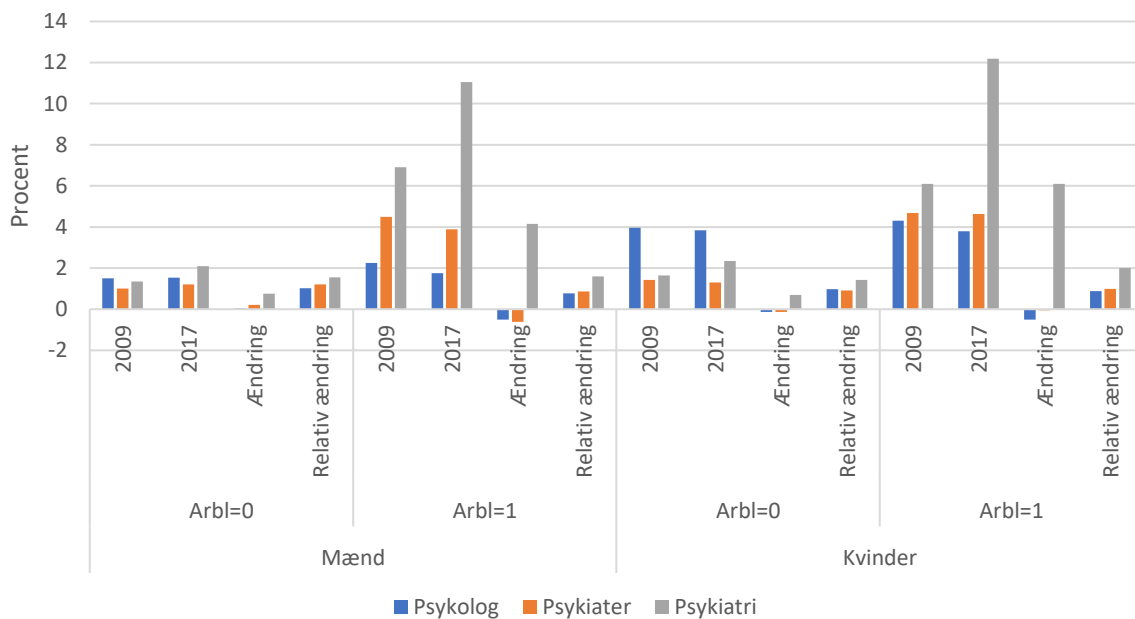
B: Mere eller mindre end 12 års uddannelse



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Figur 11.2.2 viser forskellene mellem personer, der er arbejdsløse hhv. ikke arbejdsløse, i de faktiske andele, som bruger en af de tre mentale sundhedsydelser i de to yderår (2009 hhv. 2017) – se også bilagstabel B11.2.1. Som man kan forvente, er der store niveauforskelle mellem de to grupper – de arbejdsløse hhv. de ikke-arbejdsløse – blandt både mænd og kvinder. Det er dog interessant, at vi atter ikke finder de store forskelle i de relative ændringer indenfor grupperne fra 2009 til 2017. I det omfang, der er forskelle i de relative ændringer, er disse ændringer i de arbejdsløses favør, forstået således at de arbejdsløse oplever mindre relative ændringer end de ikke-arbejdsløse.

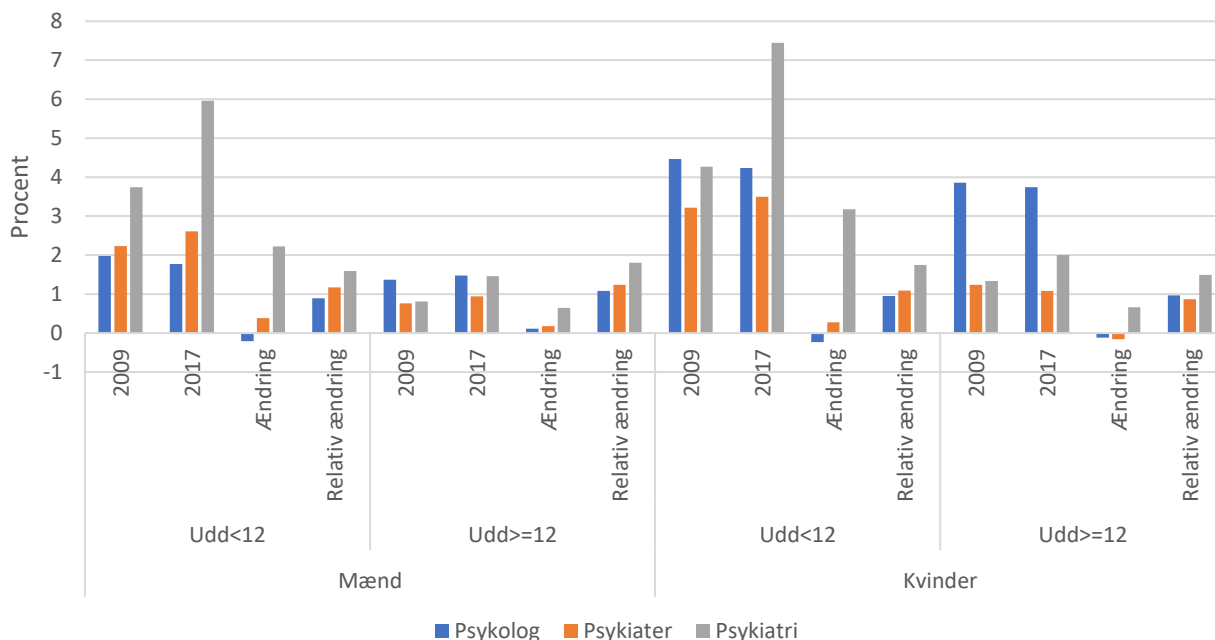
Figur 11.2.2: Forskelle i brug af mentale sundhedsydelser fordelt på køn og arbejdsmarkedstilknytning målt som 24-årig, 2009-2017



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Figur 11.2.3 svarer til figur 11.2.2, men her har vi kigget på forskelle fordelt på uddannelsesniveau (se også bilagstabel B11.2.2). Som man kan se, er der store niveauforskelle i brugen af de tre mentale sundhedsydelser mellem personer med og uden 12 års uddannelse, ligesom at der er forskel på de faktiske ændringerne indenfor de to grupper fra 2009 til 2017. Interessant er det dog, at vi også her finder stort samme niveau for de relative ændringer for alle ydelser og alle grupper.

Figur 11.2.3: Forskelle i brug af mentale sundhedsydelser fordelt på køn og uddannelsesniveau målt som 24-årig, 2009-2017



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

### 11.3. Karaktergennemsnit og selvrapporteret mental sundhed<sup>31</sup>

I det følgende belyser vi sammenhængen mellem karaktergennemsnit og selvrapporteret mental sundhed. Vi anvender i denne forbindelse data fra NFA koblet med registeroplysninger om karaktergennemsnit i dansk og matematik. Med henblik på at overholde Danmarks Statistiks regler for brug af registerdata, anvender vi her igen den samlede indikator for vores to selvrapporterede mentale sundhedsmål (der tager værdien 1, hvis man scorer 1 på indikatoren for svær depression eller på indikatoren for dårligt mentalt helbred), og vi præsenterer samlede resultater for mænd og kvinder. Bemærk også, at vi her ikke præsenterer resultater for det samlede karaktergennemsnit, fordi grupperne i visse år er for små til, at vi har lov til at offentliggøre deres gennemsnitlige selvrapporterede mentale sundhed.

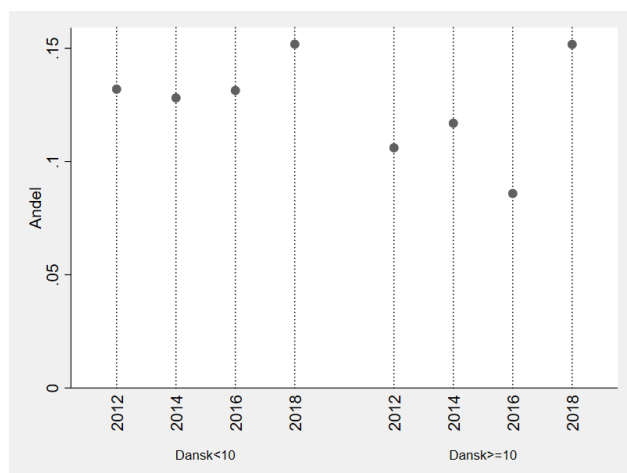
Resultaterne ses i de fire paneler af figur 11.3.1, hvor vi viser forskelle i udviklingen i selvrapporteret mental sundhed for personer, der scorer over hhv. under 10 i dansk og matematik, og for personer der scorer over hhv. under 3 i dansk og matematik. Som man kan se, er udviklingen indenfor grupper over år relativt ujævn.

<sup>31</sup> Det skal bemærkes, at analyserne i dette og det følgende afsnit ikke er baseret på vægtede data, da det ikke er muligt at applicere vægte i typer af analyser, vi anvender her.

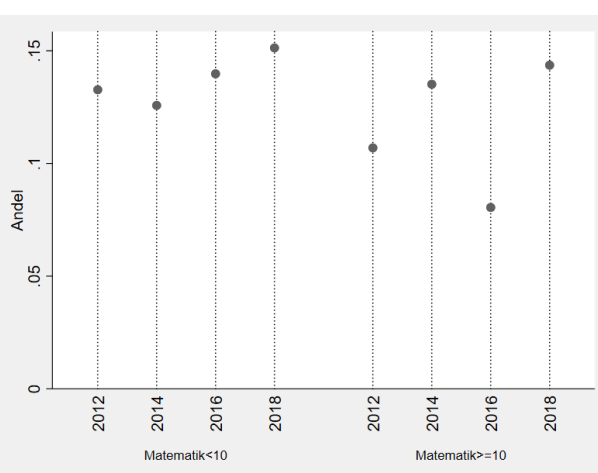
Der er dog en svag tendens til, at en lavere andel blandt personer med høje karaktergennemsnit får værdien 1 på den samlede indikator for dårligt selvrapporeret mental sundhed. Tendensen er mere uklar, når det gælder forskellen mellem personer, der scorer over hhv. under 3 på både dansk og matematik.

Figur 11.3.1: Selvrapporeret mental sundhed og karaktergennemsnit

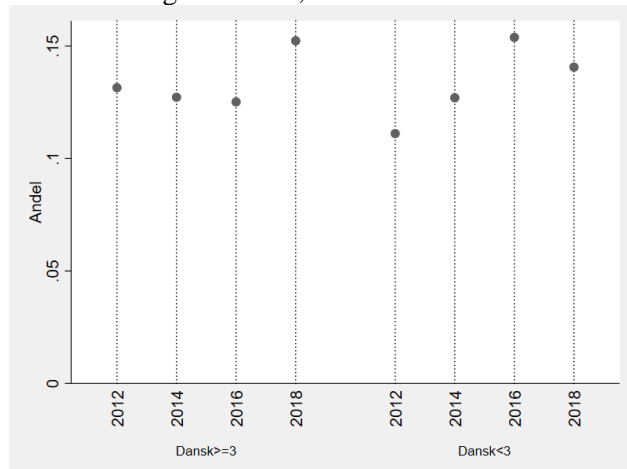
A: Over 10 i gennemsnit, dansk



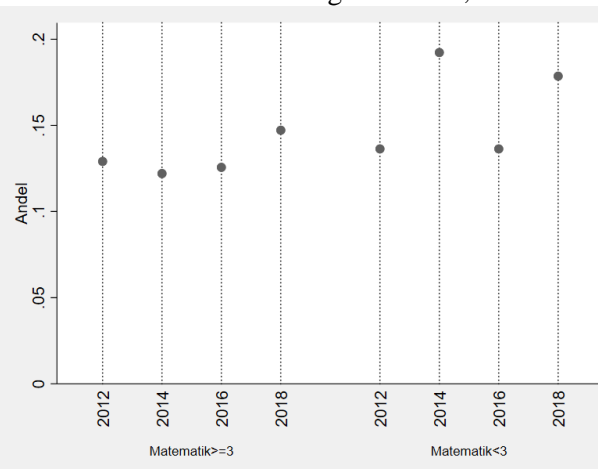
B: Over 10 i gennemsnit, matematik



C: Under 3 i gennemsnit, dansk



D: Under 3 i gennemsnit, matematik



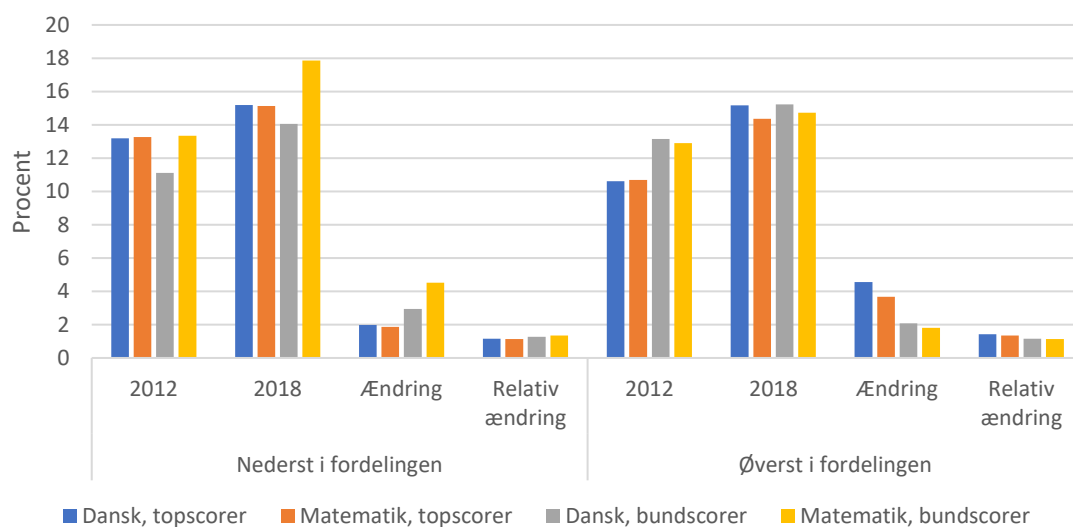
Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik, Landspatientregisteret og NFA.

For at give et lidt simplere billede på udviklingen indenfor og mellem grupper viser figur 11.3.2 andelene, der rapporterer om dårligt mental sundhed på mindst en af de to indikatorer i de to yderår, 2012 og 2018 (se også bilagstabel B11.3.1). Figuren skal læses sådan, at søjlernes farve angiver, hvilken indikator en bestemt andel angår – fx ”Dansk, topscorer”, og sektionen ”nederst i fordelingen” hhv. ”øverst i fordelingen” angiver, om andelen angår de, der ligger øverst i fordelingen (dvs. blandt topscorerne) eller nederst i fordelingen (dvs. blandt ikke-topscorene). For indikatoren ”Dansk, bundscorer” angiver ”nederst i fordelingen”, at andelen angår bundscorene, mens ”øverst i fordelingen” angår ikke-bundscorene. Af



figuren kan man se, at der blandt dem, der ligger øverst i fordelingen for indikatorerne ”Dansk, topscorer” hhv. ”Matematik, topscorer”, er en lavere andel, som rapporterer om dårlig mental sundhed i sammenligning med de, der ligger nederst i fordelingen (dvs. blandt dem, der scorer under 10). Ingen af forskellene er dog signifikante. Omvendt ser vi en lavere andel med dårligt selvrapporeret mental sundhed blandt dem, der scorer under 3 i dansk, men en større andel blandt dem, der scorer under 3 i matematik. Igen er ingen af forskellene signifikante, og den relative ændring fra 2012 til 2018 er bemærkelsesværdig ens på tværs af grupper.

Figur 11.3.2: Forskelle i andel med dårlig mental sundhed fordelt på karaktergennemsnit, 2012 og 2018



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik, Landspatientregisteret og NFA.

#### 11.4. Arbejdsløshed, uddannelse og selvrapporeret mental sundhed

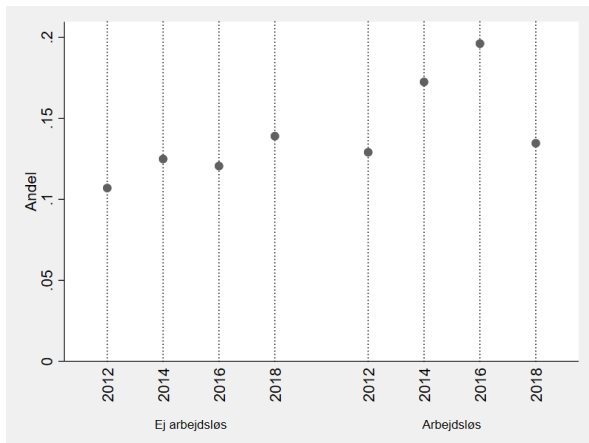
Sidst zoomer vi atter ind på den ældre aldersgruppe (25-32-årige) og belyser forskellen i selvrapporeret mental sundhed mellem dem, der er arbejdsløse hhv. ikke-arbejdsløse som 24-årige, og mellem dem der har 12 års uddannelse eller mere, og de der ikke har 12 års uddannelse, igen målt når de er 24 år gamle. Bemærk, at datagrundlaget her er stort nok til, at vi kan foretage analyserne opdelt på mænd og kvinder for uddannelsesindikatoren (men ikke for arbejdsløshedsindikatoren). Datagrundlaget er dog ikke så stort, at vi kan belyse udviklingen i de to indikatorer separat.

Panel A i figur 11.4.1 viser forskellen i selvrapporeret mental sundhed mellem arbejdsløse og ikke-arbejdsløse mænd og kvinder. Som man kan se, er der en tendens til, at flere blandt de arbejdsløse rapporterer om dårlig mental sundhed, men dog primært i årene 2014 og 2016. Omvendt synes der at være store forskelle i selvrapporeret mental sundhed mellem mænd og kvinder, der har 12 års uddannelse eller

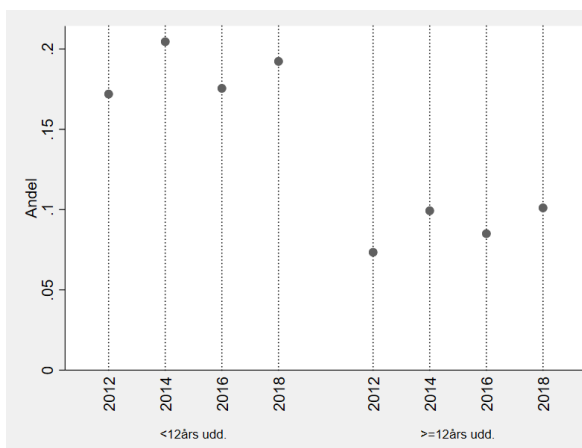
mere, og mænd og kvinder der har mindre end 12 års uddannelse (panel B og C) – færre mænd og kvinder med 12 års uddannelse eller mere rapporterer om dårlig mental sundhed.

Figur 11.4.1: Selvrapporeret mental sundhed, arbejdsløshed og uddannelse

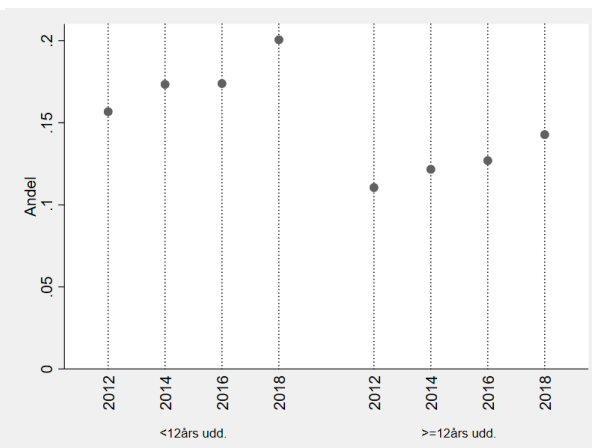
A: Arbejdsløshed



B: Mænd, uddannelse



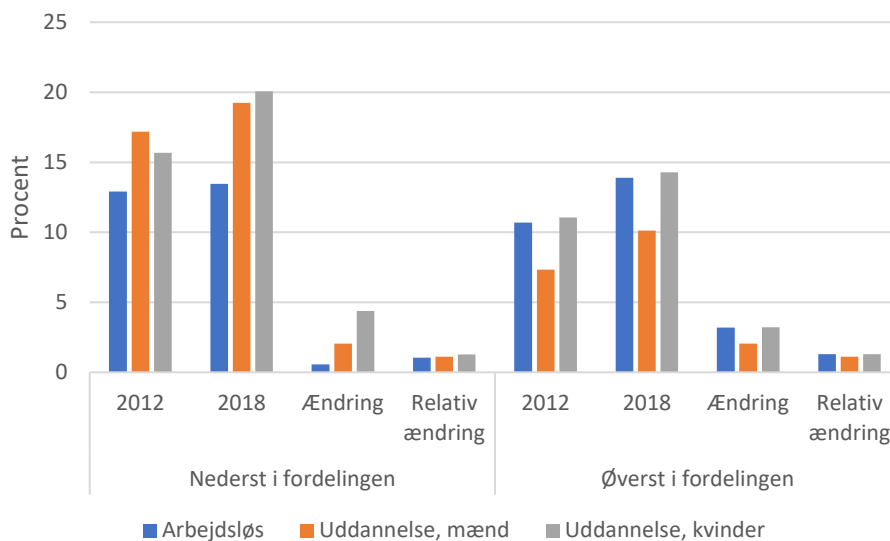
C: Kvinder, uddannelse



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik, Landspatientregisteret og NFA.

Figur 11.4.2 viser forskellene i andelen i de to yderår, 2012 og 2018, fordelt på køn (se også bilagstabel B11.4.1). Figuren skal læses som figur 11.3.2, idet ”Nederst i fordelingen” angiver, at man har den ufavorable score på indikatoren (dvs. er arbejdsløs eller har et uddannelsesniveau under 12 år), mens ”Øverst i fordelingen” angiver, at man har en favorabel score (dvs. ikke er arbejdsløs eller har et uddannelsesniveau på 12 år eller derovre). Som man kan se, er der væsentlige forskelle i andelen med dårligt selvrapporeret mental sundhed mellem arbejdsløse hhv. ikke-arbejdsløse (som dog ikke er signifikante). Omvendt finder vi store (og signifikante – se tabel B11.4.1) forskelle mellem grupperne, når disse defineres med udgangspunkt i uddannelsesniveau (dog med undtagelse af kvinder i 2012). De relative forskelle mellem grupperne er dog ganske ens.

Figur 11.4.2: Forskelle i andel med dårligt mental sundhed, fordelt på arbejdsmarkedstilknytning/uddannelsesniveau, 2012 og 2018



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik, Landspatientregisteret og NFA.

Opsummerende ser vi altså også i disse analyser, hvor fokus har været på de unge menneskers egne præstationer og kendetegn, at færre blandt de ressourcestærke grupper bruger de mentale sundhedsydelser, og færre rapporterer om dårlig mental sundhed.

### 11.5. Opsummering

I dette kapitel har vi beskæftiget os med forskelle i udviklingen i brugen af mentale sundhedsydelser hhv. andelen med dårlig selvrapporert mental sundhed, for individer der har klaret sig godt ved folkeskolens afgangsprøve hhv. på arbejdsmarkedet/i uddannelsessystemet i de tidlige voksenår. Hermed har kapitlet spillet ind i samme problematik som kapitel 10 om, hvorvidt bestemte grupper driver den observerede udvikling. Men kapitlet har dog primært haft det selvstændige formål at undersøge, om den udvikling, vi ser i disse mål for mental sundhed, er drevet af grupper, der har responderet på en samfundsmæssig præstationskultur ved fx at klare sig særlig godt i folkeskolen, eller grupper der ikke har kunne leve op til denne norm. Hvor det igennem kapitlet har været tydeligt at se, at de grupper, der klarer sig godt i uddannelsessystemet og på arbejdsmarkedet, har bedre mental sundhed end de grupper, der har klaret sig mindre godt, er der ikke særligt belæg for at konkludere, at udviklingen på tværs af grupper har været forskellig.

## Kapitel 12: Opsummering, del 2

I rapportens anden del har vi gennem fire kapitler undersøgt, hvad der kendetegner befolkningsgrupper, der har særlig stor risiko for at lide af dårligt mentalt helbred. I den forbindelse har vi blandt andet anvendt dekomponeringsanalyser til at undersøge, om udviklingen er drevet af ændringer i befolkningens komposition, eller om den er drevet af en ændret betydning af baggrundskarakteristika for risikoen for at udvikle problemer med den mentale sundhed. På baggrund af resultaterne fra dekomponeringsanalysen er vi gået i dybden med, om den udvikling, der har fundet sted, har været særlig udtalt blandt visse befolkningsgrupper. Vi har herunder været interesseret i, om unge mennesker, der har klaret sig særlig godt – eller særlig skidt – i stigende grad har problemer med den mentale sundhed. Fordi den negative udvikling i mental sundhed, som vi beskrev i rapportens del 1, primært fandt sted blandt de yngre aldersgrupper, har vi i rapportens del 2 udelukkende fokuseret på netop disse aldersgrupper.

Resultaterne af vores analyser viser for det første en forventelig systematik mellem brugen af mentale sundhedsydelser og de inkluderede baggrundskarakteristika. Vi finder, at det især er de ressourcetsvage grupper, som bruger de mentale sundhedsydelser (kapitel 8). Som en væsentlig undtagelse finder vi en mindre entydig sammenhæng mellem baggrundskarakteristika og besøg hos en psykolog, idet sådanne besøg i visse tilfælde er negativt korrelerede med fraværet af ressourcer og positivt korrelerede med tilstedeværelsen af ressourcer – og forskellen mellem grupper kan faktisk være meget større, end vi ser i vores tal, fordi vi ikke har oplysninger om brug af private tilbud, der ikke støttes af offentlige midler. Dette resultat er interessant, fordi det på den ene side kan pege i retning af særlige problemer hos de ressourcestærke grupper, som kræver psykologbistand, men på den anden side afspejler indretningen af systemet, hvor denne type ydelse i et vist omfang kræver brugerbetaling, samtidig med at den måske kræver, at man selv aktivt søger hjælp. Det er særlig interessant, hvis de ressourcetsvage, evt. pga. af frygt for stigmatisering eller andre barrierer, først opsøger det mentale sundhedsvæsen, når det mentale helbred har en karakter, hvor en psykolog ikke længere kan hjælpe, og der er behov for psykiatrisk ekspertise. Interessant er det da også, at sammenhængen mellem baggrundskarakteristika og risikoen for at få en diagnose for angst eller depression følger samme forventelige mønster som besøg hos psykiater og kontakter til psykiatrien. Igen er det de ressourcetsvage grupper, som har en særlig risiko for at få stillet disse diagnoser. Resultaterne fra vores analyser viser dog en mindre klar sammenhæng mellem sandsynligheden for selv at rapportere om dårligt mentalt helbred i NFA-undersøgelserne og de inkluderede baggrundskarakteristika. Der er meget få signifikante og ganske usystematiske sammenhænge, som enten kan afspejle et lidt begrænset datamateriale indsamlet blandt en selekteret gruppe (borgere i arbejde), eller at målene, fx idet de er selvrapporterede, er mere usikkert bestemt.

De simple korrelationer vist i kapitel 8 fortæller os desværre ikke meget om, hvad der driver udviklingen over tid i danskernes mentale sundhed. I kapitel 9 foretager vi derfor en dekomponeringsanalyse, som kan

skille betydningen af ændringer i betydningen af baggrundskarakteristika over tid fra betydningen af kompositionsændringer i befolkning: Udviklingen kan nemlig skyldes, at visse grupper i stigende (eller faldende) grad bruger de mentale sundhedsydelser eller rapporterer om dårlig mental sundhed, men den kan også skyldes, at de grupper, der slår ud på disse indikatorer, vokser som andel af befolkningen.

Dekomponeringsanalysen viser i den forbindelse, at udviklingen i brugen af mentale sundhedsydelser blandt de 20-årige især skyldes ændringer i betydningen af baggrundskarakteristika, mens udviklingen blandt de 28-årige i højere grad ser ud til at kunne tilskrives kompositionsændringer i befolkningen. Udviklingen over tid i kontakter til psykiatrien blandt både de 20-årige kvinder og de 28-årige mænd og kvinder, ser dog ud til at være drevet af begge faktorer. Kigger vi på betydningen af enkeltfaktorer, kan vi se, at der især finder kompositionsændringer sted mht. egne, tidligere kontakter til psykiatrien, efterkommerstatus og forældrenes ressourcer. Ændringerne i sandsynligheden for at rapportere om dårlig mental sundhed på de to mål fra NFA-undersøgelserne ser i overvejende grad ud til at skyldes ændringer i betydningen af baggrundskarakteristika – men dog kun for mænd. For kvinderne kan dekomponeringsanalysen ikke pege på nogen statistisk signifikant årsag til observerede udvikling.

I del 2's sidste to kapitler går vi yderligere ind i spørgsmålet om sammenhængen mellem baggrundskarakteristika og brugen af mentale sundhedsydelser hhv. udviklingen i selvrapporteret mental sundhed. Resultaterne fra vores analyser viser her, at udviklingen over tid i brugen af de mentale sundhedsydelser – besøg hos psykolog, besøg hos psykiater og kontakter til psykiatrien – ikke i særlig grad synes at være drevet af bestemte grupper (kapitel 10). Selvom vi fx ser en relativt markant udvikling i andelen med kontakter til psykiatrien blandt unge mennesker af forældre, der ligger i den øverste indkomstkvarartil, er sammenhængen mellem øvrig forældrebaggrund og udviklingen over tid i brugen af de mentale sundhedsydelser ikke entydig. Hermed kan det godt være, at de ressourcetsvage grupper har et højere niveau for brug af ydelserne, men udviklingen blandt dem, i brugen af ydelser, er ikke mere markant end, hvad vi ser i mere ressourcestærke grupper. Dog viste vi også i dette kapitel, hvordan der er sket en øget social polarisering henover den undersøgte periode, idet der er kommet flere unge med både ressourcestærk og ressourcetsvag baggrund – et resultat der stemmer godt overens med indsigterne fra dekomponeringsanalyserne, der også pegede på betydningen af kompositionsændringer for udviklingen.

I modsætning til dette "ikke-resultat" viser analyserne fra kapitel 11, at udviklingen i brugen af mentale sundhedsydelser *ikke* er drevet af 12-talspigerne (M/K) eller af andre unge, der har held med at klare sig godt i slutningen af ungdomsårene og starten af voksenlivet. Hvor vi dog igen finder ganske små forskelle i andelen, der har været hos besøg hos en psykolog mellem 12-talspigerne og de øvrige unge, er der markante forskelle i disse to gruppers samlede brug af mentale sundhedsydelser. Den samme systematik gør sig i øvrigt gældende, når vi kigger på dem, der klarer sig særligt skidt i præstationskulturen. De, der får de laveste karakterer i folkeskolen, eller har mindst succes på arbejdsmarkedet eller i uddannelsessystemet i

ungdomsårene, er også de, der i mest udtalt grad gør brug af de mentale sundhedsydelser. Det, vi dog atter har været særligt interesserede i her er, om udviklingen i brugen af de mentale sundhedsydelser har været forskellig mellem de forskellige grupper – det ser ikke ud til at være tilfældet. Den relative ændring er i store træk den samme på tværs af grupperne, og således har 12-talspigerne (M/K) – og altså de, der har klaret sig særligt godt i de sene ungdomsår og tidlige voksenår – bevaret deres relative forspring; udviklingerne har været parallelle. Resultater baseret på de selvrapporterede mål for mental sundhed er i overvejende grad ikke signifikante.

## **DEL 3: FREMTIDSUDSIGTER**

## **Kapitel 13: De langsigtede konsekvenser af dårlig mental sundhed**

Et af de sidste spørgsmål, vi vil undersøge i denne rapport, er, om der er sket en ændring over tid i, hvordan personer, der har været i kontakt med det mentale sundhedsvæsen, eller som har rapporteret om dårlig mental sundhed, klarer sig på den lidt længere lange bane med hensyn til arbejdsmarkedstilknytning og uddannelse. Spørgsmålet er ikke blot interessant og relevant i sig selv, men dets svar kan også give en indikation af, om konsekvenserne af at lide af lav mental sundhed har ændret sig over tid. I tilfælde af, at sammenhængen mellem mental sundhed og fx dårlige arbejdsmarkedsoutcomes er blevet svagere over en periode, hvor flere dukker op i det psykiatriske system, kan det fx være en indikation af, at de nye grupper, der kommer ind i systemet, er mindre belastede.

For at belyse denne problemstilling har vi foretaget en række regressionsanalyser, som beskriver a) sammenhængen mellem at have været i kontakt med det mentale sundhedsvæsen som 20-årig hhv. 28-årig i årene 2006 og 2016 og sandsynligheden for at være arbejdsløs, sygemeldt eller under uddannelse som 21-årig hhv. 29-årige, samt for at ligge i den øverste indkomstkvartil på samme alderstrin, og b) hvorvidt denne sammenhæng har ændret sig over tid.

### **13.1. De langsigtede konsekvenser af at have været i kontakt med det mentale sundhedsvæsen**

Resultaterne for de 20-årige kan aflæses af figur 13.1 nedenfor fordelt på sundhedsydelse; I panel A er den mentale sundhedsydelse besøg hos en psykolog, i panel B er det besøg hos en psykiater, og i panel C er det kontakter med psykiatrien. I figuren angiver de første fire punkter betydningen af at have brugt disse sundhedsydelser for senere outcomes for begge kohorter af 20-årige (dvs. 2006 og 2016). De næste fire punkter angiver hovedeffekterne af ydelserne på de fire outcomevariabler i en model, hvor der også inkluderes interaktionseffekter mellem den pågældende sundhedsydelse og en binær indikator for, at man er 20 år i 2016 (de sidste fire punkter). Interaktionseffekterne viser hermed forskellen i betydningen af den pågældende sundhedsydelse for de fire outcomes mellem 20-årige i 2006 og 2016. Disse interaktionseffekter har hermed til formål at hjælpe os med at besvare spørgsmålet om, hvorvidt det er blevet mere eller mindre alvorligt at have mentale udfordringer over tid.

Man kan starte med at konstatere, at det at have modtaget en eller flere mentale sundhedsydelser som 20-årig overordnet set øger risikoen for at blive arbejdsløs eller komme på sygedagpenge året efter, mens det mindsker sandsynligheden for at ligge i den øverste indkomstkvartil, og, i 2 ud af 3 tilfælde for at være under uddannelse. Vi kan også se, at disse effekter ikke ændres væsentligt, når vi inkluderer interaktionseffekterne – sammenhængen mellem hovedeffekterne og outcomevariablerne følger stort set samme mønster.

Vi finder herudover signifikante interaktionseffekter i flere af modellerne. Fx er der signifikante, negative interaktionseffekter mellem alle tre typer af sundhedsydelser og den binære indikator for, at man er 20 år i

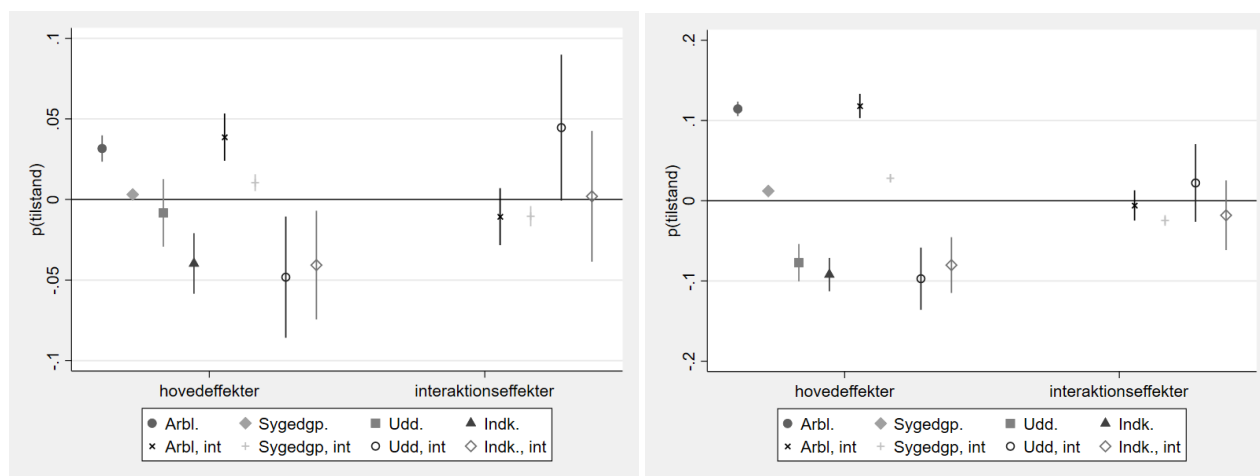


2016 i modellen, hvor vores outcomevariabel er, at man modtager sygedagpenge som 21-årig. Disse interaktionseffekter betyder, at den positive sammenhæng mellem brugen af mentale sundhedsydelser og modtagelse af sygedagpenge er mindre – og endda gående mod nul - for dem, der er 20 år i 2016 i sammenligning med dem, der er 20 år i 2006. Vi ser også positive, signifikante interaktionseffekter i to af de modeller, der har uddannelse som outcomevariabel. Interaktionseffekterne fortæller, at den negative sammenhæng, der er mellem på den ene side besøg hos en psykiater og kontakter med psykiatrien og på den anden side uddannelsesdeltagelse som 21-årig, er mindre udtalt for de 20-årige i 2016 i sammenligning med de 20-årige i 2006. Dette resultat kan afspejle uddannelsespålæg for unge i kontanthjælpssystemet. Sidst finder vi signifikante og negative interaktionseffekter mellem kontakter med psykiatrien og vores kohortedummy for både risikoen for at være arbejdsløs og for sandsynligheden for at ligge i øverste indkomstkvartil (panel C). Disse interaktionseffekter betyder, at der er en større risiko for arbejdsløshed og en mindre sandsynlighed for at ligge i øverste indkomstkvartil for 20-årige, der har været i kontakt med psykiatrien i 2016 i sammenligning med 20-årige, der har været i kontakt med psykiatrien i 2006. Hermed er konsekvenserne af at have benyttet en eller flere af de tre sundhedsydelser altså blevet mindre alvorlige over observationsperioden (over tid), når det gælder risikoen for at komme på sygedagpenge og sandsynligheden for at være i uddannelse, men mere alvorlige når det gælder risikoen for arbejdsløshed og sandsynligheden for at ligge godt i indkomstfordelingen. En del af denne forskel mellem de to kohorter på disse parametre kan dog afspejle, at ungdomsarbejdsløsheden stadig ikke i 2017 er faldet tilbage til niveauet fra før finanskrisen.

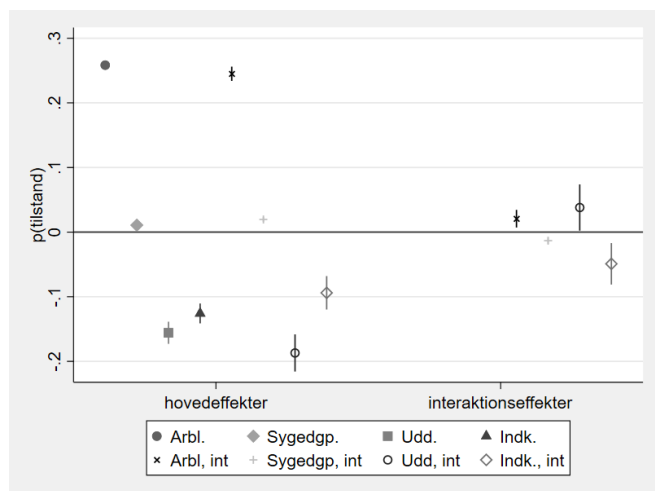
Figur 13.1: Outcomes året efter ydelse i det mentale sundhedssystem, 20-årige

Panel A: Besøg hos en psykolog

Panel B: Besøg hos en psykiater



Panel C: Kontakt til psykiatrien



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik.

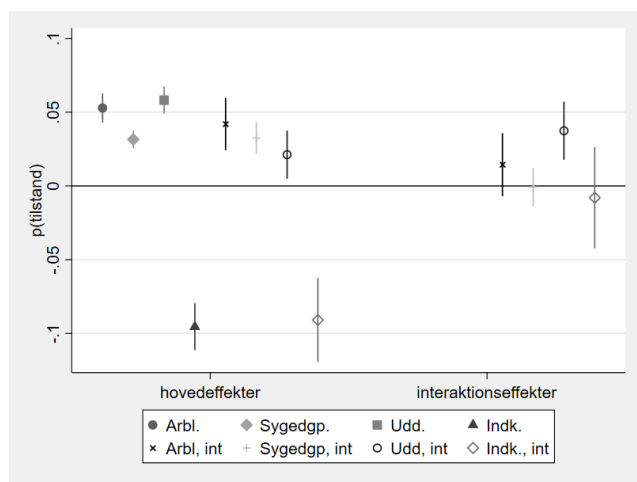
Figur 13.2 viser de samme modeller, men nu baseret på de 28-årige. Panelerne skal læses på samme vis som ovenfor. De første fire punkter angiver betydningen af at have brugt de tre sundhedsydelse for senere outcomes for begge kohorter af 28-årige (dvs. 28-årige i 2006 og 2016). De næste fire punkter angiver hovedeffekterne af ydelserne på de fire outcomevariabler i en model, hvor der også inkluderes interaktionseffekter mellem den pågældende sundhedsydelse og en binær indikator for, at man er 28 år i 2016 (de sidste fire punkter).

Som man kan se, er der en gennemgående forskel mellem resultaterne her og de tilsvarende resultater for de 20-årige, idet brugen af alle tre sundhedsydelser her øger sandsynligheden for at være under uddannelse i det efterfølgende år (når individerne er 29 år gamle). Hermed er besøg hos psykologer og psykiatere og kontakter til psykiatrien positivt korreleret med risikoen for at blive arbejdsløs, modtage sygedagpenge og

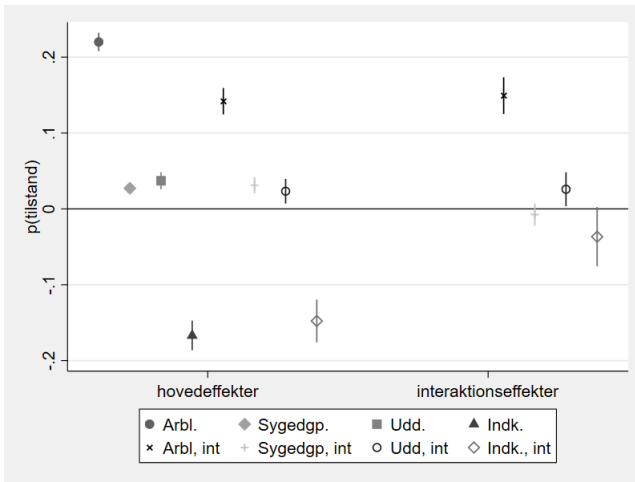
være under uddannelse og negativt korreleret med sandsynligheden for at ligge i den øverste indkomstkvartil. Dette overordnede mønster ændres ikke, når vi inkluderer interaktionseffekter, selvom punktestimaterne i mange tilfælde bliver mindre. Vi får dog samtidig nogle interessante interaktionseffekter; fx ser det ud til at de 28-årige i 2016, som har besøgt en psykiater, eller som har været i kontakt med psykiatrien, har en større risiko for at blive arbejdsløse og en mindre sandsynlighed for at ligge i øverste indkomstkvartil i sammenligning med tilsvarende unge i 2006. Samtidig har de 28-årige i 2016, som har besøgt en psykolog eller psykiater en større sandsynlighed for at være under uddannelse. Igen kan efterdønningerne af finanskrisen spille ind på disse resultater.

Figur 13.2: Outcomes året efter ydelse i det mentale sundhedssystem, 28-årige

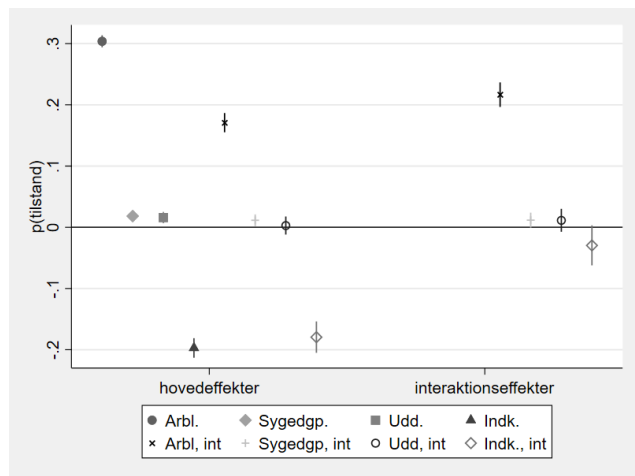
Panel A: Besøg hos en psykolog



Panel B: Besøg hos en psykiater



Panel C: Kontakt til psykiatrien



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik.

Det ser altså på mange måder ud som om, konsekvenserne af at have været i kontakt med det mentale sundhedssystem er blevet mildere for de 20-årige mellem 2006 og 2016, men stærkere for de 28-årige i samme periode. De præsenterede modeller indeholder ingen kontrolvariabler eller lignende. Men som man kan se af figur B13.1.1-B13.1.4 i bilag 11 er resultaterne robuste, når vi inkluderer laggede outcomevariabler og en række kontrolvariabler.

### **13.2. De langsigtede konsekvenser af at lide af selvrapporteret dårlig mental sundhed**

Vi har også foretaget de samme beregninger, hvor vi bruger de selvrapporterede mål for dårlig mental sundhed fra NFA-undersøgelserne som vores forklarende variabel. Igen har vi, for at undgå for små grupper, slået de to mål (svær depression og dårligt mentalt helbred) sammen, og vi anvender respondenter fra undersøgelserne i 2012 og 2016. Figur 13.3 viser resultaterne og skal aflæses som de to foregående figurer (13.1 og 13.2). Panel A viser resultaterne for den yngre aldersgruppe – de 18-24-årige – og her kan vi se, at der er en begrænset sammenhæng mellem at rapportere dårlig mental sundhed og risikoen for at blive arbejdsløs eller blive sygedagpengemodtager. Der er samtidig ingen signifikante effekter på sandsynligheden for at være under uddannelse eller ligge i øverste indkomstkvartil. Når vi inkluderer interaktionseffekter, ændres billedet dog en smule. Nu øger selvrapporteret dårlig mental sundhed sandsynligheden for at være under uddannelse, men kun for de 18-24-årige i 2012, idet interaktionseffekten er negativ og stor nok til at udligne den positive hovedeffekt. Det betyder, at de 18-24-årige respondenter i 2016, som rapporterer om dårlig mental sundhed, har en reduceret sandsynlighed for at være under uddannelse i 2017. Samtidig er der en signifikant interaktionseffekt for sygedagpengemodtagelse, der betyder, at de unge, der rapporterer om dårlig mental sundhed i 2016, har en større sandsynlighed for at være sygedagpengemodtagere end de tilsvarende unge fra 2012-undersøgelsen. Begge disse resultater peger på, at de, der rapporterer om dårlig mental sundhed i 2016, klarer sig dårligere end de, der rapporterer om dårlig mental sundhed i 2012. Omvendt ser vi, at hvor vi i de modeller, der inkluderer interaktionseffekter, får en signifikant negativ hovedeffekt af selvrapporteret dårlig mental sundhed på sandsynligheden for at ligge i øverste indkomstkvartil, så er interaktionseffekten positiv og stor, svarende til at respondenter med dårlig selvrapporteret mental sundhed i 2016 har en større chance for at ligge i øverste indkomstkvartil. Der er altså igen tale om en tvetydig udvikling i sammenhængen mellem mental sundhed og senere outcomes.

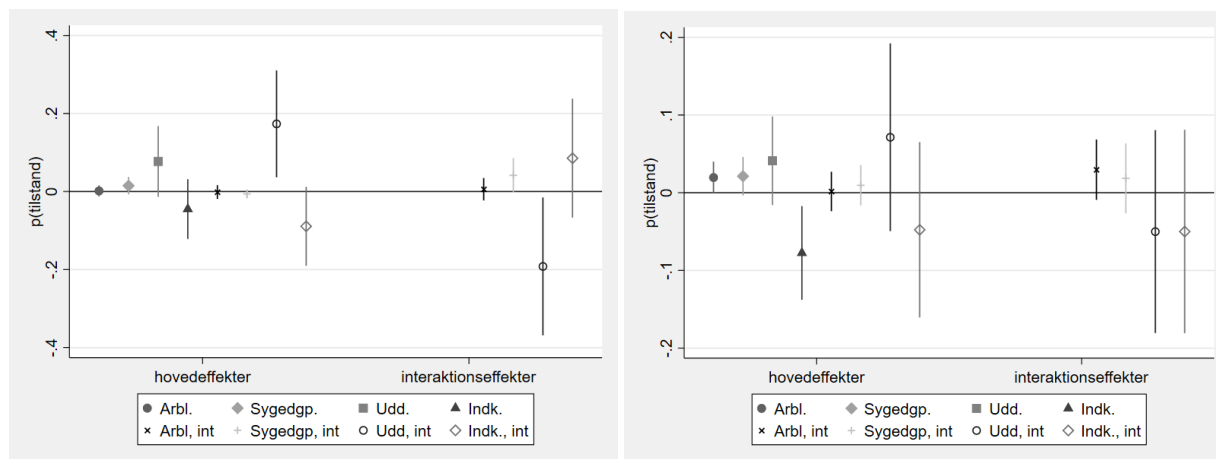
Resultaterne for de 25-32-årige, som er angivet i figurens panel B, tegner et lidt andet billede. Nu ser vi en positiv sammenhæng mellem dårlig selvrapporteret mental sundhed og risikoen for både arbejdsløshed og sygedagpengemodtagelse og en negativ sammenhæng mellem dette mål og sandsynligheden for at ligge i øverste indkomst kvartil. Dette mønster ændrer sig kun lidt, når vi inkluderer interaktionseffekterne. Samtidig bliver kun én interaktionseffekt signifikant; den viser, at den positive sammenhæng mellem dårlig selvrapporteret mental sundhed og risikoen for arbejdsløshed stiger fra 2012 til 2016. Hermed har dårlig

selvrapporteret mental sundhed fået endnu større negative konsekvenser for risikoen for arbejdsløshed over tid.

Figur 13.3: Outcomes året efter selvrapporteret dårlig mental sundhed

Panel A: 18-24-årige

Panel B: 25-32-årige



Note: For at tage højde for at NFA-undersøgelserne har været præget af en del bortfald, har vi konstrueret og anvendt vægte på baggrund af registerdata, der angiver hver respondents sandsynlighed for at indgå i NFA-data i et givent år. Vægtene er konstrueret indenfor alderskategorierne 18-24 år og 25-32 år, og med udgangspunkt i de samme type baggrundskarakteristika som anvendes i kapitel 8. Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og NFA.

De præsenterede modeller indeholder ingen kontrolvariabler eller lignende. Men som man kan se af figur B13.2.1 og B13.2.2 i bilag 11, er resultaterne robuste, når vi inkluderer laggede outcomevariabler og en række kontrolvariabler.

### 13.3. Opsummering

Opsummerende er det ikke helt entydigt, hvordan dårlig mental sundhed – identificeret enten som brugen af mentale sundhedsydelser eller som dårlig selvrapporteret mental sundhed – hænger sammen med efterfølgende dårlige outcomes på arbejdsmarkedet eller i uddannelsessystemet, eller mere specifikt hvordan sammenhængen har ændret sig over tid. For de registerbaserede mål for betydningen af brugen af mentale sundhedsydelser finder vi modsatrettede tendenser for de to aldersgrupper, idet de negative konsekvenser af at lide af dårlig mental sundhed for de 20-årige synes at være konstante eller være blevet mindre over tid, mens de over tid er blevet større for de 28-årige. Det betyder, at de unge på 20 år, der har kontakt til det mentale sundhedsvæsen, klarer sig bedre over tid, mens de unge på 28 år klarer sig værre. Resultatet for de 28-årige kan afspejle de kompositionsændringer, vi så i den del af gruppen, der kommer ind i systemet (kapitel 11), idet vi ikke kan påvise ændrede sammenhænge mellem baggrundskarakteristika og brugen af disse ydelser (kapitel 11) og på tilsvarende vis ej heller forskellige udviklinger i brugen af ydelserne mellem forskellige socioøkonomiske grupper (kapitel 12).

Konklusionen bliver ikke mere entydig, når vi kigger betydningen af de selvrappede mål for mental sundhed. Resultaterne for den yngste aldersgruppe peger i overvejende grad på, at sammenhængen mellem dårlig mental sundhed og dårlige outcomes forstærkes over tid. For den ældste aldersgruppe er dårlig mental sundhed positivt korreleret med efterfølgende arbejdsløshed og modtagelse af sygedagpenge, men også med høj uddannelsesopnåelse – et resultat vi også fandt for den ældste aldersgrupper på de registerbaserede mål. Samtidig er dårlig mental sundhed negativt korreleret med lav indkomst. Der er dog intet, der tyder på, at sammenhængen for den ældste aldersgruppe ændrer sig over tid, og således er det ikke blevet mere alvorligt at lide af dårligt mentalt helbred mellem 2012 og 2016. På trods af den manglende udvikling kunne man dog mene, at der stadig er grund til bekymring; for når flere rapporterer om dårlig mentalt sundhed over tid, og sammenhængen mellem mental sundhed og diverse outcomemål er konstant over tid, så vil følgevirkningerne af dårlig mental sundhed over tid stige på samfundsmæssigt plan. Og sammenholdt med resultaterne fra de registerbaserede mål giver det samlet set anledning til bekymring for, hvordan det skal gå de ældre grupper af de unge, som i stigende grad dukker op i det mentale sundhedssystem, og som i stigende grad rapporterer om dårlig mental sundhed.

## **Kapitel 14: Sammenhæng over tid og på tværs af spektret**

Med rapportens fokus på ikke blot mental sundhed, men også på udviklingen indenfor brugen af mentale sundhedsydelse, vil vi sidst forholde os til spørgsmålet om, hvorvidt og i hvilket omfang de forskellige områder hænger sammen, og om de hænger sammen over tid.

Først vil vi forsøge at besvare spørgsmålet om, hvorvidt individer, som har dårlig selvrapporert mental sundhed, også er særligt disponerede for at udvikle alvorlig behandlingskrævende psykisk sygdom, eller om der er tale om to afsondrede fænomener? Dette spørgsmål er relevant, hvis vi skal vurdere langtidskonsekvenserne af den udvikling, vi har set i selvrapporert mental sundhed.

Herefter vil vi undersøge, om risikoen for gentagne kontakter til det psykiatriske system har ændret sig over tid. Hvis der sker en ændring i, hvor mange der oplever gentagne kontakter over tid, kan det være en indikation af, at belastningsgraden for de, der indlægges, ændres – stigende rater kan således være et udtryk for, at de, der indlægges, bliver relativt mere belastede over tid. Men en ændring kan også afspejle ændringer i kvaliteten af den behandling, der gives: hvis det øgede pres, som udrednings- og behandlingsgarantien lægger på psykiatrien, har haft negative konsekvenser for kvaliteten af behandlingen – jf. fx de faldende udgifter per patient nævnt i afsnit 5.3 – kan det komme til udtryk som en stigning i antallet af gentagne kontakter. Hermed er spørgsmålet om genindlæggelser relevant for at forstå, om de stigende incidens- og prævalensrater også kan afspejle en ressourcemangel indenfor det psykiatriske sundhedssystem, der på næsten mekanisk vis genererer øget efterspørgsel i fremtiden.

### **14.1. Selvrapporert mental sundhed og senere indlæggelser**

Først undersøger vi spørgsmålet om sammenhængen mellem dårligt selvrapporert mental sundhed og senere risiko for at komme i kontakt med psykiatrien. De fleste steder, hvor dette forhold bliver diskuteret, er holdningen klar; trivsel og psykisk sygdom er to forskellige fænomener. De to områder kan overlappe, således at et individ både kan lide af alvorlig psykisk sygdom og dårlig mental trivsel, men de kan også være helt uafhængige, fx idet en velmediceret person med skizofreni kan have høj livskvalitet og dermed god mental trivsel. Men selvom man kan argumentere for, at der her er tale om to forskellige fænomener, kan man dog ikke ignorere de sammenfald, der er i risikofaktorer bag dårlig mental trivsel og risikofaktorer bag udviklingen af psykisk sygdom. Fælles for personer, der udvikler psykisk sygdom og personer, der oplever psykisk mistrivsel, er nemlig, at begge grupper ofte bærer på tunge sociale problemer og er vokset op under vanskelige kår. Spørgsmålet er derfor, hvor forskellige de to fænomener kan være, når nu de ser ud at være betinget af de samme risikofaktorer? Og uanset om der er tale om to forskellige fænomener eller om forskellig alvorsgrad af det samme fænomen, er det interessant at undersøge, om de hænger sammen, ikke mindst i lyset af de udviklinger vi har set indenfor hele spektret af mental sundhed i de seneste 10-15 år.

Denne belysning vil hjælpe os til at forstå, om og hvor bekymrede vi skal være over den aktuelle udvikling i mental sundhed.

I dette kapitel vil vi derfor kigge på korrelationen mellem på den ene side de to selvrapporterede mål for mental sundhed, som vi har fra NFA-undersøgelserne ("svær depression" og "mentalt helbred"), og på den anden registerbaserede mål for forskellige typer af kontakter til det mentale sundhedsvæsen (kontakt til psykiatrien, besøg hos psykolog, besøg hos psykiater, diagnosticeret med en depression i forbindelse med en kontakt til psykiatrien og diagnosticeret med angst, ligeledes i forbindelse med en kontakt til psykiatrien). Vi vil her også kigge på, om der sker en ændring i korrelationen over tid, hvilket er et interessant og relevant spørgsmål, der kan hjælpe os til at forstå, om alvoren af at rapportere om dårlig mental sundhed stiger eller falder over tid. Hvis korrelationen falder i takt med stigningen i selvrapporteret dårlig mental sundhed, kan det være et signal om, at stigningen ikke afspejler en reel – eller i hvert fald behandlingskrævende - forværring af danskernes mentale sundhed, men snarere blot en ændret rapporteringstendens. I så fald kan vi fortsat være bekymret for, hvad der skaber denne stigning, dog uden at være bekymret for at den skaber et øget pres på vores sundhedsvæsen.

I det følgende vil vi udelukkende fokusere på de yngste aldersgrupper – dvs. de 18-24-årige og de 25-32-årige – idet det var her, vi så den mest markante udvikling i de to selvrapporterede mål. Samtidig vil vi udelukkende kigge på korrelationen på den helt korte bane ved at se på de personer, der rapporterer om svær depression i år  $t$ , dukker op i det mentale sundhedsvæsen i år  $t+1$ . Det skyldes, at vi ønsker at se, om korrelationen ændrer sig over tid, og at de seneste interviewrunder ligger så sent, at der endnu ikke er registerdata til at følge dem i en længere periode. Af samme årsag kan vi kun bruge respondenter fra de første tre interviewrunder (2012, 2014 og 2016) og for overskuelighedens skyld, vælger vi udelukkende at fokusere på respondenter fra 2012 og 2016.<sup>32</sup>

### 14.1.1 Analyser

Nedenstående figurer viser resultaterne fra korrelationsanalyserne af sammenhængen mellem på den ene side de to selvrapporterede mål for mental sundhed ("Svær depression" og "Mentalt helbred") fra NFA-undersøgelserne og på den anden side et samlet mål for brugen af det mentale sundhedsvæsen (kontakt til psykiatrien, besøg hos psykolog, og besøg hos psykiater).

Vi præsenterer her resultaterne fra en simpel model (figur 14.1.1), hvor outcomevariablerne tager værdien 1 hvis personen har været i kontakt med det mentale sundhedsvæsen i år  $t+1$  (dvs. hhv. 2013 og 2017) – enten i form af besøg hos en psykolog eller psykiater, eller i form af en kontakt til det psykiatriske hospitalsvæsen - og den forklarende variabel er en samlet indikator for om man har rapporteret om svær depression hhv.

---

<sup>32</sup> N18-24-årige: 2,960; N25-32-årige: 5,345



dårligt mentalt helbred i år t (dvs. hhv. 2012 og 2016).<sup>33</sup> I hver figur viser vi herudover betydningen af at interagere den forklarende variabel med en dummyvariabel for interviewtidspunktet (0=2012 og 1=2016) for herigennem at kunne vurdere, om korrelationen er forskellig for respondenter interviewet i 2012 og respondenter interviewet i 2016.

Det første datapunkt ved x-aksemærket ”hovedeffekter” i figur 14.1.1 viser resultaterne af den helt simple model, hvor vi ikke tager højde for interviewtidspunktet (punkttestimat og konfidensintervaller, markeret som en linje). For begge aldersgrupper er koefficienten positiv, svarende til at selvrapporeret dårlig mental sundhed i år t øger risikoen for at benytte de mentale sundhedsydelse i år t+1.

Det næste datapunkt under x-aksemærket ”hovedeffekter” viser, hvad der sker med hovedeffekten, når vi inkluderer en interaktion mellem hovedeffekt og interviewåret. Interaktionen præsenteres med det datapunkt, der har fået tilføjelsen ”, int” i legenden. Som man kan se, peger datapunkterne for hovedeffekterne i samme retning, som de gjorde det i den helt simple model, men for de 18-24-årige er koefficienten nu både noget mindre og in-signifikant, mens de for de 25-32-årige er numerisk større, og fortsat signifikant (dog med et bredere konfidensinterval, svarende til at koefficienterne er mindre sikkert bestemt).

Ved x-aksemærket ”interaktionseffekter” kan vi se estimerne for interaktionen mellem dummyvariablen for interviewår og det selvrapporerede mål for mental sundhed. For de 18-24-årige finder vi en positiv interaktionseffekt – der er signifikant på et 10 procentsniveau ( $p=0,065$ ) - og i sammenhæng med den insignifikante hovedeffekt fra denne model peger resultaterne altså i retning af, at det er blevet mere alvorligt at lide af selvrapporeret dårlig mental sundhed mellem de to interviewår for den yngre aldersgruppe.

For de 25-32-årige ændrer inklusionen af interaktionsleddet ikke på den overordnede konklusion, idet der for den ældre gruppe af respondenter fortsat ser ud til at være en ikke ubetydelig korrelation – nu på 8 procent - for at bruge en af de mentale sundhedsydelse, hvis man rapporterer om svær depression eller dårligt mentalt helbred, uanset interviewåret. Interaktionseffekten er negativ, hvilket kan være et signal om, at korrelationen svækkes over tid. Den er dog samtidig insignifikant, og vi kan således ikke tillægge den nogen substantiel tolkning. I bilagsfigur B14.1.1 og B14.1.2 i bilag 14 tester vi, om resultaterne er robuste, når vi kontrollerer for tidligere kontakter til psykiatrien (såkaldte laggede outcomevariabler), og når vi kontrollerer for en række baggrundskarakteristika. For den yngre aldersgruppe er resultaterne konsistente på tværs af specifikationer,

---

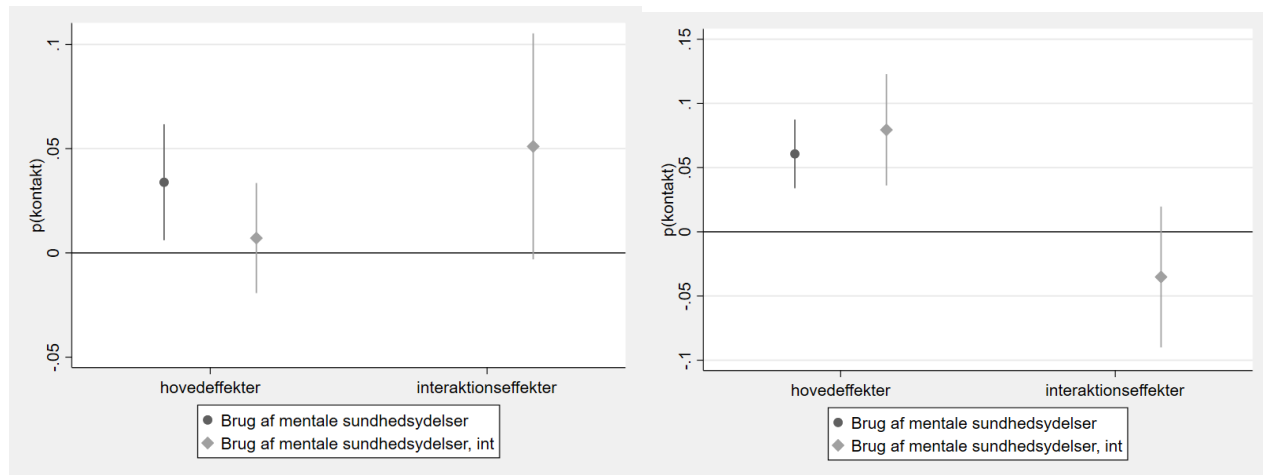
<sup>33</sup> Bemærk, at det hermed er antagelsen i modellerne, at det selvrapporerede helbred går forud i tid for kontakter til det mentale sundhedsvæsen. Denne antagelse er konsistent med vores interesse for at undersøge, om den observerede udvikling i selvrapporeret mentalt helbred kan føre til et øget pres på det mentale sundhedsvæsen, men den medvirker ikke til at belyse en række andre relevante spørgsmål som fx den omvendte sammenhæng eller et tidsligt sammenfald mellem dårligt selvrapporeret mentalt helbred og kontakter til det mentale sundhedsvæsen.

men omvendt bliver den negative interaktionseffekt for den ældste aldersgruppe signifikant på et 10 procentsniveau ( $p=0,084$ ) i modellen, hvor vi inkluderer det fulde sæt baggrundskarakteristika

Figur 14.1.1: Simple modeller for sammenhængen mellem dårligt selvrapporeret mental sundhed og senere kontakter til det mentale sundhedsvæsen

A: 18-24-årige

B: 25-32-årige



Note: For at tage højde for at NFA-undersøgelserne har været præget af en del bortfald, har vi konstrueret og anvendt vægte på baggrund af registerdata, der angiver hver respondents sandsynlighed for at indgå i NFA-data i et givent år. Vægtene er konstrueret indenfor alderskategorierne 18-24 år og 25-32 år, og med udgangspunkt i de baggrundskarakteristika som anvendes i kapitel 8. Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik, Landspatientregisteret og NFA

Opsummerende synes der altså at være en sammenhæng mellem de to selvrapporerede mål for dårlig mental sundhed og sandsynligheden for, at man senere dukker op i behandlingssystemet. Samtidig er det noget, der tyder på, at denne sammenhæng ændres - og ændres forskelligt for de to aldersgrupper - over tid. For den ældste aldersgruppe reduceres sammenhængen over tid, således at der er en mindre risiko for at dukke op i det mentale sundhedsvæsen for de der selvrapporerer om dårlig mental sundhed i 2016 relativt til 2012. For de unge er det omvendt: For dem ser vi en stærkere sammenhæng mellem selvrapporeret dårlig mental sundhed og brugen af det mentale sundhedsvæsen blandt respondenter fra 2016, relativt til respondenterne fra 2012. Igen er dette resultat dog bekymrende nok i lyset af stigningen i andelen, der rapporterer om dårlig mental sundhed.

## 14.2. Gentagne kontakter

Til at undersøge hvorvidt der er sket en ændring i omfanget af gentagne kontakter over tid, anvender vi de registerbaserede oplysninger for, om man har været i kontakt med psykiatrien, samt for hvilken diagnose man har fået. Med udgangspunkt i dette data konstruerer vi for hvert år tre dummyvariabler, der tager

værdien 1 (og 0 ellers), hvis en person i registeret har a) været kontakt med det psykiatriske hospitalsvæsen, uanset diagnosen, b) har fået en diagnose for depression eller c) fået en diagnose for angst. I en række regressionsanalyser bestemmer vi herefter den simple korrelation mellem at have været i kontakt med det psykiatriske hospitalsvæsen i år t (fx 2013) og år t+2 (fx år 2015), den simple korrelation mellem at være blevet diagnosticeret med en depression i år t (fx 2013) og år t+2 (fx år 2015) og mellem at være blevet diagnosticeret med angst i år t (fx 2013) og år t+2 (fx år 2015). Igen fastholder vi fokus på de yngste aldersgrupper, men viser dog ikke kun resultater for de 20-hhv. 28-årige, men i stedet for aldersgrupperne 0-15, 16-24 og 25-34 svarende til de tre yngste aldersgrupper, som vi fokuserede på i figurerne for prævalens- og incidensrater præsenteret i kapitel 5. Udviklingen for de ældre aldersgrupper kan dog findes i figur B14.2.1 i bilag 14.

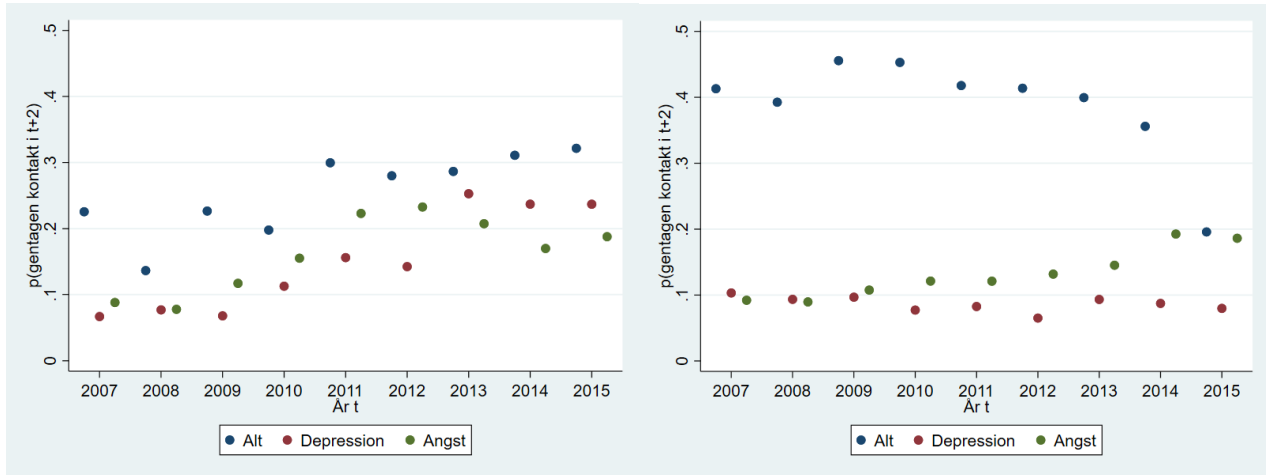
Resultaterne af disse analyser kan ses af nedenstående figur 14.2.1. Som man kan se af figurens panel A, forstærkes sammenhængen mellem kontakter til psykiatrien (blå punkter), en depressionsdiagnose (røde punkter) og en angstdiagnose (grønne punkter) i år t og år t+2 for den yngste aldersgruppe fra 0-15 år. Stigningen er ikke jævn og synes at aftage i de sidste tre år. Men overordnet set øges sandsynligheden for at være i kontakt med det psykiatriske hospitalsvæsen med to års mellemrum med cirka 10 procentpoint, fra cirka 23 procent i t=2007 til cirka 32 procent i t=2015 (dog med et markant dyk i 2008 til cirka 13 procent). Samtidig sker der hen over perioden en fordobling af sandsynligheden for, med to års mellemrum, at dukke op i systemet med en angstdiagnose – fra cirka 10 procent til cirka 20 procent. Der sker mere end en tredobling af sandsynligheden for at få en depressionsdiagnose med to års mellemrum – fra cirka 7 procent i t=2007 til cirka 24 procent i t=2015.

Udviklingen ser dog noget anderledes ud, når vi fokuserer på aldersgrupperne 16-24-årige og 25-34-årige. Her er der tale om deciderede fald i sandsynligheden for gentagne kontakter, både når det drejer sig om alle kontakter – hvor fx andelen af de 16-24-årige med gentagne kontakter halveres fra cirka 40 procent i t=2007 til cirka 20 procent i t=2017 - og når det drejer sig om kontakter, der udløser en depressionsdiagnose. Her ser vi fx, at andelen af 25-34-årige med gentagne kontakter i forbindelse med en depressionsdiagnose falder fra knap 20 procent i t=2007 til godt 13 procent i t= 2015. Andelen med gentagne kontakter i forbindelse med en angstdiagnose stiger dog i perioden for begge aldersgrupper – for de 16-24-årige er der tale om en fordobling fra 10 procent i t=2007 til 20 procent i t=2015. For de 25-34-årige er der tale om en forøgelse på cirka 50 procent, fra cirka 10 procent i t=2007 til cirka 15 procent i 2015.

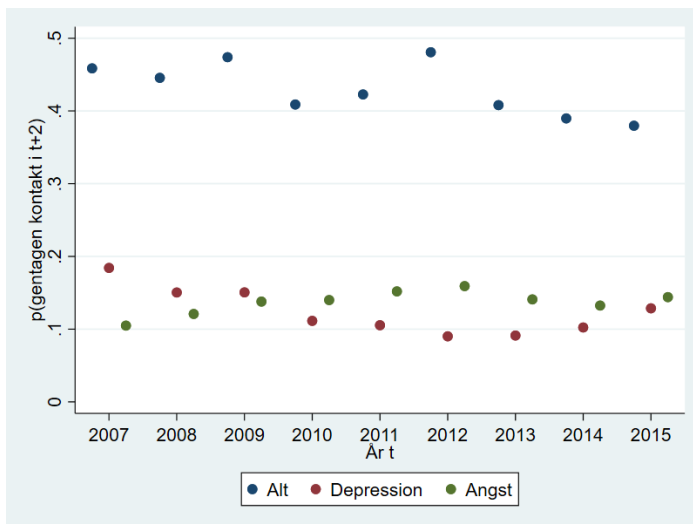
Figur 14.2.1: Simple modeller for sammenhængen mellem kontakter til psykiatrien/depressions-/angstdiagnoser i t og t+2. De tre yngste aldersgrupper

A: 0-15-årige

B: 16-24-årige



C: 25-34-årige



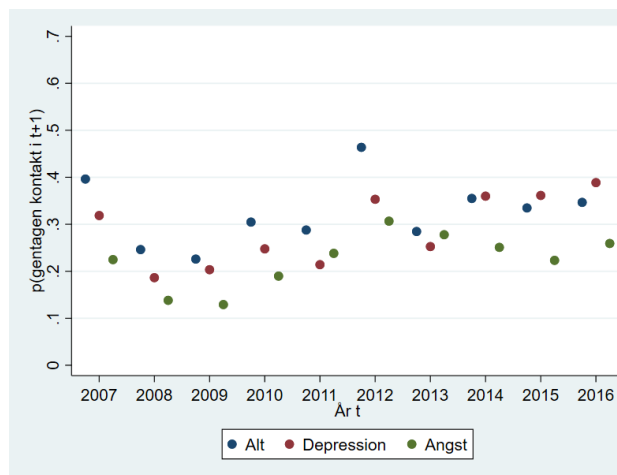
Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Man kan selvfølgelig diskutere, om en gentagen kontakt efter 2 år er det mest relevante tidsinterval at fokusere på, når man er interesseret i tilbagefald. Samtidig betyder databegrænsninger – og især det forhold at vi kun har data for kontakter til psykiatrien til og med 2017 – at det kan være svært at undersøge den fulde effekt af behandlingsgarantien på kvaliteten af den behandling, patienterne modtager: Det forhold vedrørende de faldende udgifter pr. patient, som vi nævnte i kapitlets indledning, begynder først at gøre sig gældende for alvor efter 2013 og rammer derved kun de sidste to år af vores dataperiode. De tre paneler af figur 14.2.2 nedenfor viser derfor udviklingen for de tre yngste aldersgrupper, når opfølgningstiden er 1 år i stedet for 2 (se bilagstabel B14.2.2 i bilag 14 for udviklingen i de 4 ældste aldersgrupper). Vi genfinder

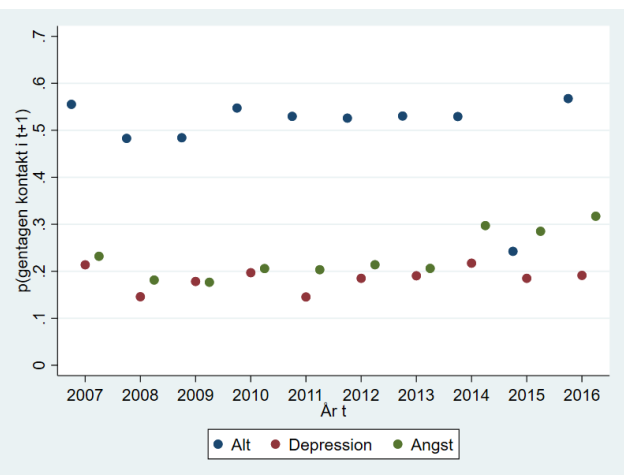
stigningen i gentagne kontakter for den yngste aldersgruppe - i hvert fald når man fokuserer på ændringen mellem  $t=2008$  og  $t=2016$ . Stigningen er dog mindre markant, end vi så det i ovenstående figur. Tilsvarende er faldet i gentagne kontakter, uanset diagnosen, mindre udtalt for de ældre aldersgrupper, mens stigningen i gentagne kontakter relateret til en angstdiagnose er cirka den samme. I tråd med spørgsmålet om hvornår betydningen af de faldende udgifter pr. patient sætter ind, bør man dog nok hæfte sig ved udviklingen over årene 2014-2016 for de to ældste aldersgrupper, hvor andelen med gentagne kontakter for alle diagnoser varierer markant.

Figur 14.2.2: Simple modeller for sammenhængen mellem kontakter til psykiatrien/depressions-/angstdiagnoser i  $t$  og  $t+1$ . De tre yngste aldersgrupper

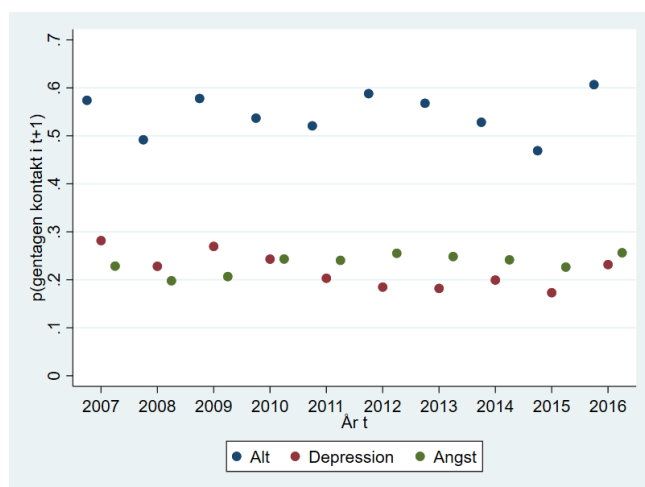
A: 0-15-årige



B: 16-24-årige



C: 25-34-årige



Note: Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik og Landspatientregisteret.

Med udgangspunkt i ovenstående figurer synes andelen af personer, der oplever gentagne kontakter altså ikke overordnet set at være i vækst. På baggrund af ovenstående analyser er der altså ikke belæg for at konkludere, at det øgede indtag af patienter i psykiatrien, som er konsekvensen af udrednings- og behandlingsgarantien, og som potentielt kan føre til en kvalitetsforringelse i systemet, har konsekvenser for den enkelte patient. Samtidig har vi heller ikke belæg for at påstå, at de, der indlægges, bliver relativt mere/mindre belastede over tid og derfor er vanskeligere/nemmere at behandle og har brug for flere/færre gentagne kontakter. Vi bør dog ikke udelukke muligheden for, at der kan være modsatrettede mekanismer på spil; hvis de dalende udgifter pr. patient fører til en forringelse af kvaliteten af behandlingen – med flere gentagne kontakter til følge – men udrednings- og behandlingsgarantien samtidig betyder, at man tager relativt mindre belastede patienter ind – som har en lavere initial risiko for gentagne kontakter – vil der være tale om to modsatrettede tendenser, som kan ”nette” hinanden ud. Dette er dog et lidt større spørgsmål, end vi har til hensigt at belyse her.

Men med sådanne overordnede betragtninger bør man dog ikke overse udviklingen blandt den yngste aldersgruppe. Her er andelen med gentagne kontakter i vækst, og det kan være et signal om, at systemet i stigende grad slipper de helt unge patienter, inden de er helt færdigbehandlet. I forståelsen af denne del af resultaterne er det også vigtigt at huske på, at man i forbindelse med nogle af de første omlægninger i det psykiatriske system, som vi omtalte i kapitel 5 – den der skete i forbindelse med kommunalreformen og med den nye sundhedslov i 2007 - faktisk havde fokus på de unge, hvorfor det er for den yngste aldersgruppe, vi har den længste observationsperiode for betydningen af de nye tiltag.

### **14.3. Samlet opsummering**

Opsummerende finder vi således både en sammenhæng mellem de to selvrapporterede mål for dårlig mental sundhed, og sandsynligheden for at man senere dukker op i behandlingssystemet, og mellem sandsynligheden for at være i kontakt med psykiatrien i et givet år, og igen i 1 til 2 år efter. Der er dog mindre entydigt hvorvidt disse sammenhænge ændrer sig over tid, hvilket både kan skyldes, at der ikke er nogen tidstrend, eller at der er flere modsatrettede tidstrends på spil.

## Kapitel 15: Opsummering, del 3

Her i rapportens sidste del har fokus ligget på de langsigtede konsekvenser af at have problemer med den mentale sundhed, som identificeret på baggrund af en række forskellige og forskelligartede indikatorer. Fokus i analyserne har ligget på sammenhængen mellem mental sundhed og senere outcomes på arbejdsmarkedet og i uddannelsessystemet, på selvrapporeret mental sundhed og sandsynligheden for senere at bruge en mental sundhedsydelse og på ændringer over tid i risikoen for gentagne kontakter med det psykiatriske sundhedssystem. Den samlede ambition med disse to kapitler har været at undersøge de mere vidtrækkende konsekvenser af dårlig mental sundhed og hermed af den udvikling, vi nu ser indenfor området.

Overordnet set – og med visse undtagelser - peger resultaterne præsenteret i de to foregående kapitler i retning af, at dårlig mental sundhed hænger sammen med mindre favorable livsforløb, at der er en sammenhæng mellem selvrappede mål for mental sundhed og senere brug af mentale sundhedsydelser, og at mange patienter dukker op flere gange i systemet. Der er en tendens til, at sammenhængen mellem sådanne mindre favorable livsforløb og brugen af mentale sundhedsydelser er konstant for de unge på 20 år, men at sammenhængen forstærkes over tid for den ældre gruppe, således at de 28-årige, der er i kontakt med det mentale sundhedsvæsen i 2016, har dårligere outcomes end de 28-årige, der var i kontakt med det mentale sundhedsvæsen i 2006. Vi ser dog kun begrænsede tidstrends i opgørelserne over gentagne kontakter for de tilsvarende aldersgrupper.

Denne forskel mellem de to aldersgrupper genfindes da også kun til en vis grad i de selvrappede mål for dårlig mental sundhed, idet vi her ser større variation over tid for de unge, fx idet de unge, der rapporterer om dårligt mental sundhed i 2012, har en større chance for at være i uddannelse i det efterfølgende år, end de unge der rapporterer om dårligt mental sundhed i 2016. De har samtidig mindre risiko for at være på sygedagpenge, og således forværres livschancerne over tid for denne gruppe (kapitel 13). Dette resultat spiller sammen med resultaterne fra kapitel 14, der peger på, at sammenhængen mellem dårlig mental sundhed og senere brug af mentale sundhedsydelser i denne aldersgruppe forstærkes med tiden. For den ældre gruppe af respondenter er sammenhængene mere konstante over tid, dog ser dårlig mental sundhed ud til at være stærkere korrelerede med risikoen for at blive arbejdsløs i 2016 end i 2012. I tråd hermed finder vi en konstant sammenhæng over tid mellem dårlig mental sundhed og senere brug af mentale sundhedsydelser for denne gruppe.

Hermed synes de negative konsekvenser af de selvrappede mål at blive forstærket over tid for de unge, samtidig med at de negative konsekvenser af sundhedsydelserne er konstante, mens det for de ældre gælder, at de negative konsekvenser af de selvrappede mål er nogenlunde konstante over tid, mens de negative konsekvenser af sundhedsydelserne stiger.

## **Kapitel 16: Samlet konklusion**

Gennem 15 kapitler har nærværende rapport a) dokumenteret den udvikling, der har fundet sted indenfor danskernes mentale sundhed over de seneste 10-15 år og diskuteret dens mulige forklaringer, b) undersøgt hvilke grupper, der i særlig grad har båret denne udvikling og c) belyst konsekvenserne af udviklingen. Vi vil her ikke gå i detaljer med resultaterne fra rapportens tre dele – og henviser i den forbindelse til opsummeringerne i kapitel 7, 12 og 15. I denne samlede konklusion vil vi i stedet forsøge at trække de lidt større linjer på tværs af de tre dele.

I rapporten har vi først og fremmest dokumenteret, at stigningen over tid i andelen af især unge danskere, som rapporterer om dårlig mental sundhed, ikke kun angår de unge kvinder, men i høj grad også angår de unge mænd. Vi har også påvist en stigning i brugen af mentale sundhedsydelser – dog i mindre grad i brugen af psykologhjælp for alle aldersgrupper - men dog igen især for de unge.

Der er to mulige forklaringer på disse stigninger: En forklaring kan være, at danskernes mentale sundhed er blevet forværret indenfor de seneste årtier. En sådan forværring på samfundsmæssigt niveau kan afspejle, at hver borger eller grupper af borgere faktisk har fået det værre. Men forværringen kan også afspejle, at der er sket en stigning i den relative andel af de typer af borgere, som oplever problemer med deres mentale sundhed. Hvis fx kvinder i 20'erne har et konstant højt niveau af mentale sundhedsproblemer, og denne gruppes andel af populationen fordobles fra 10 procent til 20 procent over den tiårige periode, så vil det samfundsmæssige niveau af problemer med mental sundhed stige, uden at der er sket en forværring på individniveau - der er blot tale om, at der er blevet flere af de borgere, der har problemer.

En anden forklaring kan være, at de mål, vi bruger for danskernes mentale sundhed, har ændret karakter over tid. Et eksempel på sidstnævnte forklaring er, hvis barren for, hvornår danskerne rapporterer om dårligt mentalt helbred, har flyttet sig, hvis vi behandler nye grupper af borgere i det mentale sundhedssystem, eller hvis vi behandler borgere tidligere i et potentielt sygdomsforløb. Vi har i nærværende rapport præsenteret og diskuteret forskellige indikationer på denne anden og tredje forklaring og har fx diskuteret, hvordan WHO's fokus på mental sundhed har betydet, at vi er begyndt at snakke mere om psykisk sygdom og, måske afledt heraf, om lettere former for psykisk mistrivsel. Samtidig er der sket en række ændringer af det mentale sundhedssystem med henblik på at udvide øge aktiviteten fx gennem en udvidelse af patientrettighederne. Hermed synes en del af stigningen her at afspejle disse ændrede rettigheder, hvilket er et forhold, der også synes at gøre sig gældende i resten af verden.

Men der er samtidig ikke ubetydelige indikationer af, at også den første forklaring spiller en rolle. Fx er det tankevækkende, at vi i samme periode, hvor stigningerne finder sted, også ser et konstant eller stigende niveau for dårlige outcomes på arbejdsmarkedet for personer, som har været i kontakt med psykiatrien. Dette resultat hænger dårligt sammen med en tro på, at den stigende aktivitet i psykiatrien udelukkende afspejler de



udvidede patientrettighederne i den del af systemet. Fx må man forvente, at det mørketal, som den øgede aktivitet har fået bugt med, udgøres af patientgrupper med mindre alvorlige symptomer, end de patientgrupper som behandles før denne udvidelse. Hermed skulle man altså, i modsætning til hvad vi ser, forvente, at de gennemsnitlige outcomes for patienter i det mentale helbredssystem skulle blive forbedret over tid. Det er, som beskrevet, ikke tilfældet.

Samtidig har rapporten også påvist kompositionsændringer i befolkningen, som kan medvirke til at forklare ændringerne i brugen af de mentale sundhedsydelse. Fx synes sådanne kompositionsændringer især at være en medvirkende forklaring på udviklingen i brugen af mentale sundhedsydelse blandt de 28-årige mænd og kvinder, og det betyder, at den stigning, vi ser, ikke nødvendigvis afspejler øgede problemer på individniveau, selvom den medfører øgede problemer på samfundsmæssigt niveau.

Omvendt gør det sig dog gældende for den yngre aldersgruppe – de 20-årige. Her ser vi en ændring i betydningen af baggrundskarakteristika for, om man benytter sig af de mentale sundhedsydelse, og hermed er der således sket en ændring i brugen af – og behovet for – mentale sundhedsydelse, der betyder, at den ændring, vi ser på det samfundsmæssige niveau, afspejler ændringer på individniveau.

Når vi kobler disse observationer med rapportens afsluttende pointe om, at de langsigtede konsekvenser af at lide af dårlig mental sundhed enten har været konstante eller er blevet forværret over den periode, vi her har studeret, så er der grund til bekymring. Når sammenhængen mellem outcomes på arbejdsmarkedet og mental sundhed ikke ændres over en periode, hvor vi ser en stigning i brugen af mentale sundhedsydelse og selvrapporeret dårligt mentalt helbred, så er det svært at finde gode argumenter for, at de samfundsmæssige og individuelle omkostninger forbundet med danskernes mentale sundhed vil falde. Tvært imod, så peger vores analyser på, at hvis vi i den nære fremtid forsat har en stigning i brugen af mentale sundhedsydelse og selvrapporeret dårligt mentalt helbred, så vil fremtiden, uanset hvad der driver denne stigning, være præget af øgede og måske endda fortsat stigende samfundsmæssige og individuelle omkostninger forbundet med danskernes mentale sundhed.

## **BILAG**

## Bilag 2

De 12 spørgsmål som indgår i SF-12:

1. Hvordan synes De, Deres helbred er alt i alt [1: Fremragende...5: Dårligt]
2. Er de på grund af deres helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?
  - a. Lettere aktiviteter, såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle [1: Ja, meget begrænset....3: Nej, slet ikke begrænset]
  - b. At gå flere etager op ad trapper [1: Ja, meget begrænset....3: Nej, slet ikke begrænset]
3. Har de indenfor de sidste 4 uger haft nogen af følgende problemer med Deres arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af Deres fysiske helbred?
  - a. Jeg har nået mindre end jeg gerne ville [1: Ja, 2: Nej]
  - b. Jeg har været begrænset i, hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre [1: Ja, 2: Nej]
4. 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
  - a. Jeg har nået mindre end jeg gerne ville [1: Ja, 2: Nej]
  - b. Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end jeg plejer [1: Ja, 2: Nej]
5. Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort Deres daglige arbejde (både arbejde udenfor hjemmet og husarbejde)? [1: Slet ikke ....5: Virkelig meget]
6. 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:
  - a. Har de følt Dem rolig og afslappet? [1: Hele tiden....6: På intet tidspunkt]
  - b. Har de været fuld af energi? [1: Hele tiden....6: På intet tidspunkt]
  - c. Har De følt Dem trist til mode? [1: Hele tiden....6: På intet tidspunkt]
7. 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.)? [1: Hele tiden ....5: På intet tidspunkt]

Tabel B2.1.1: Vægtninger brugt i forbindelse med SF-12

**TABLE 4.1. WEIGHTS USED TO SCORE PHYSICAL (PCS-12) AND MENTAL (MCS-12) SCALES**

<b>Item Response Choice(s)</b>	<b>Indicator Variable (i/o)</b>	<b>Physical Weight</b>	<b>Mental Weight</b>
<b><u>Moderate Activities (PF02)</u></b>			
Limited a lot	PF02_1	-7.23216	3.93115
Limited a little	PF02_2	-3.45555	1.86840
<b><u>Climbing Several Flights of Stairs (PF04)</u></b>			
Limited a lot	PF04_1	-6.24397	2.68282
Limited a little	PF04_2	-2.73557	1.43103
<b><u>Accomplish less than you would like (RP2)</u></b>			
Yes	RP2_1	-4.61617	1.44060
<b><u>Limited in the kind of activities (RP3)</u></b>			
Yes	PR3_1	-5.51747	1.66968
<b><u>Pain interferes with normal work (BP2)</u></b>			
Extremely	BP2_1	-11.25544	1.48619
Quite a bit	BP2_2	-8.38063	1.76691
Moderately	BP2_3	-6.50522	1.49384
A little bit	BP2_4	-3.80130	0.90384
<b><u>In general, would you say your health is (GH1)</u></b>			
Poor	GH1_1	-8.37399	-1.71175
Fair	GH1_2	-5.56461	-0.16891
Good	GH1_3	-3.02396	0.03482
Very good	GH1_4	-1.31872	-0.06064
<b><u>Have a lot of energy (VT2)</u></b>			
None of the time	VT2_1	-2.44706	-6.02409
A little of the time	VT2_2	-2.02168	-4.88962
Some of the time	VT2_3	-1.61850	-3.29805
A good bit of the time	VT2_4	-1.14387	-1.65178
Most of the time	VT2_5	-0.42251	-0.92057
<b><u>Health interferes w/social activities (SF2)</u></b>			
All the time	SF2_1	-0.33682	-6.29724
Most of the time	SF2_2	-0.94342	-8.26066
Some of the time	SF2_3	-0.18043	-5.63286
A little of the time	SF2_4	0.11038	-3.13896
<b><u>Accomplish less than you would like (RE2)</u></b>			
Yes	RE2_1	3.04365	-6.82672
<b><u>Didn't do activities as carefully as usual RE3)</u></b>			
Yes	RE3_1	2.32091	-5.69921
<b><u>Felt calm and peaceful (MH3)</u></b>			
None of the time	MH3_1	3.46638	-10.19085
A little of the time	MH3_2	2.90426	-7.92717
Some of the time	MH3_3	2.37241	-6.31121
A good bit of the time	MH3_4	1.36689	-4.09842
Most of the time	MH3_5	0.66514	-1.94949
<b><u>Felt downhearted and blue (MH4)</u></b>			
All of the time	MH4_1	4.61446	-16.15395
Most of the time	MH4_2	3.41593	-10.77911
A good bit of the time	MH4_3	2.34247	-8.09914
Some of the time	MH4_4	1.28044	-4.59055
A little of the time	MH4_5	0.41188	-1.95934
<b>Constant</b>	-	<b>56.57706</b>	<b>60.75781</b>

Tabel B2.2.1: Deltagende skoler og elever i skolebørnsundersøgelsen

	1984/ 85	1988	1911	1994	1998	2002	2006	2010	2014	2018
Antal inviterede skoler	10	25	23	50	64	78	100	137	168	200
Antal deltagende skoler	10	18	19	45	55	69	80	73	48	45
Svarprocent på skoleniveau	100%	72%	83%	90%	86%	88%	80%	53%	29%	23%
Antal deltagende elever	679	1.671	1.860	4.046	5.205	4.824	6.269	4.922	4.534	3.660
Svarprocent på elevniveau (procent af indskrevne elever i de deltagende klasser)	90 %	94%	91%	91%	91%	91%	89%	86%	87%	85%

Tabel B2.2.2A: Udviklingen i psykiske symptomer, 11-årige, fra rapporten ”Skolebørnsundersøgelsen 2018”

Symptom	2002	2006	2010	2014	2018
<b>Hovedpine</b>					
Dreng	19	17	15	19	16
Piger	27	21	21	24	26
<b>Mavepine</b>					
Dreng	10	9	9	12	10
Piger	18	14	15	20	18
<b>Ondt i ryggen</b>					
Dreng	14	13	15	19	15
Piger	14	14	16	19	15
<b>Ked af det</b>					
Dreng	22	17	15	22	22
Piger	36	29	26	35	32
<b>Irritabel</b>					
Dreng	34	27	25	30	32
Piger	37	30	27	40	36
<b>Nervøs</b>					
Dreng	22	17	16	25	26
Piger	24	20	24	28	31
<b>Søvnproblemer</b>					
Dreng	34	33	34	39	36
Piger	36	38	39	41	42
<b>Svimmel</b>					
Dreng	10	8	8	12	9
Piger	15	10	11	14	14
<b>Mindst 1 symp.</b>					
Dreng	23	22	22	21	21
Piger	29	27	29	30	30

Tabel B2.2.2B: Udviklingen i psykiske symptomer, 13-årige, fra rapporten ”Skolebørnsundersøgelsen 2018”

Symptom	2002	2006	2010	2014	2018
<b>Hovedpine</b>					
Dreng	16	17	17	17	19
Pige	32	28	31	30	37
<b>Mavepine</b>					
Dreng	19	16	19	20	20
Pige	8	10	8	8	10
<b>Ondt i ryggen</b>					
Dreng	20	17	19	19	20
Pige	21	19	20	24	27
<b>Ked af det</b>					
Dreng	12	11	10	11	12
Pige	35	29	29	36	36
<b>Irritabel</b>					
Dreng	36	32	26	30	33
Pige	47	40	39	45	48
<b>Nervøs</b>					
Dreng	20	17	21	24	27
Pige	29	27	28	37	42
<b>Søvnproblemer</b>					
Dreng	29	30	37	32	36
Pige	35	37	44	46	45
<b>Svimmel</b>					
Dreng	12	11	12	11	15
Pige	18	14	18	20	24
<b>Mindst 1 symp.</b>					
Dreng	17	20	22	19	18
Pige	29	27	30	31	31

Tabel B2.2.2C: Udviklingen i psykiske symptomer, 15-årige, fra rapporten ”Skolebørnsundersøgelsen 2018”

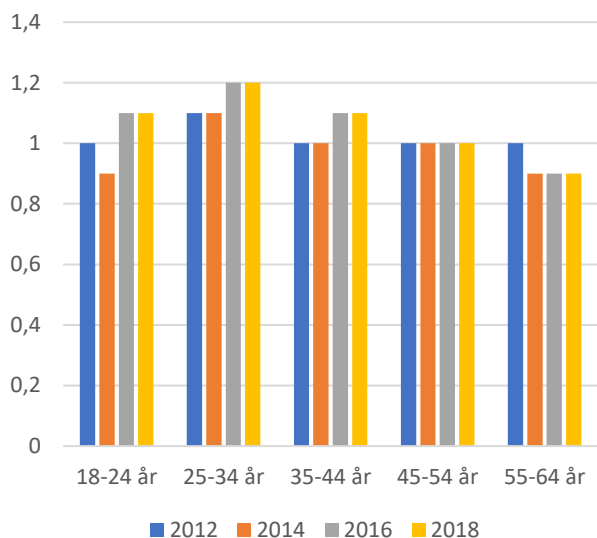
Symptom	2002	2006	2010	2014	2018
<b>Hovedpine</b>					
Dreng	15	15	20	18	21
Pige	31	33	33	37	42
<b>Mavepine</b>					
Dreng	6	6	10	7	9
Pige	13	18	13	18	19
<b>Ondt i ryggen</b>					
Dreng	23	27	26	24	27
Pige	25	28	27	28	31
<b>Ked af det</b>					
Dreng	9	9	9	14	14
Pige	33	34	26	38	40
<b>Irritabel</b>					
Dreng	35	32	34	35	38
Pige	44	46	41	53	58

Nervøs					
Dreng	17	21	18	29	28
Piger	20	25	23	39	43
Søvnproblemer					
Dreng	26	29	37	37	38
Piger	32	37	39	44	46
Svimmel					
Dreng	11	11	15	12	16
Piger	17	18	15	21	22
Mindst 1 symp.					
Dreng	13	17	23	19	19
Piger	21	28	26	31	30

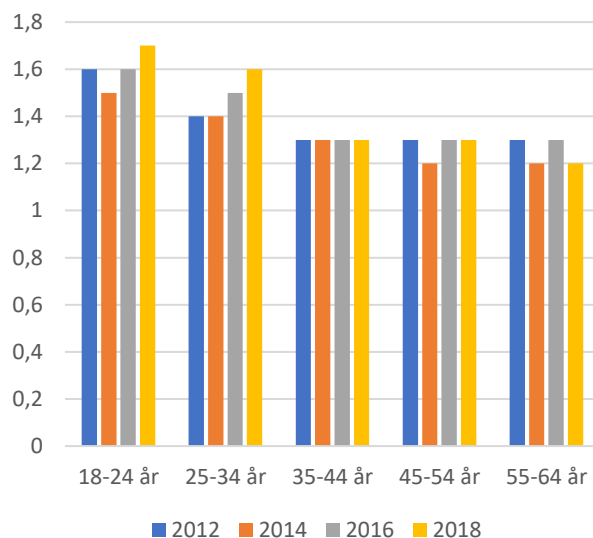
Bilag 3:

Figur B3.1.1: Gennemsnitligt antal angstsymptomer, 2012-2018, fordelt på køn og alder, vægtede NFA-data

Panel A: Mænd

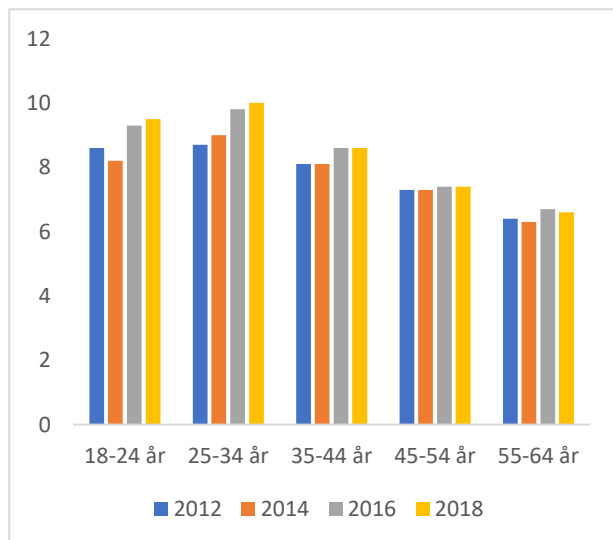


Panel B: Kvinder

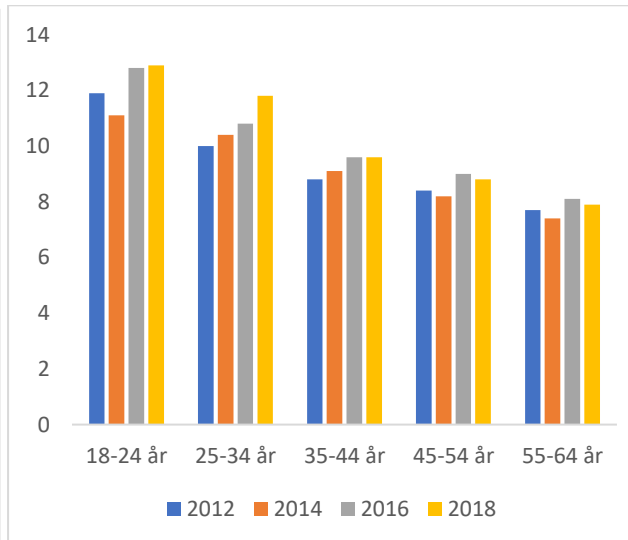


Figur B3.1.2: Gennemsnitlig score på MDI, 2012-2018, fordelt på køn og alder, vægtede NFA-data

Panel A: Mænd



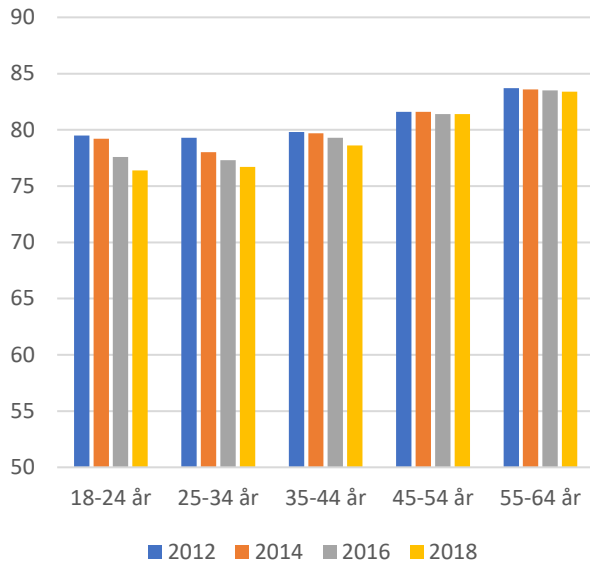
Panel B: Kvinder



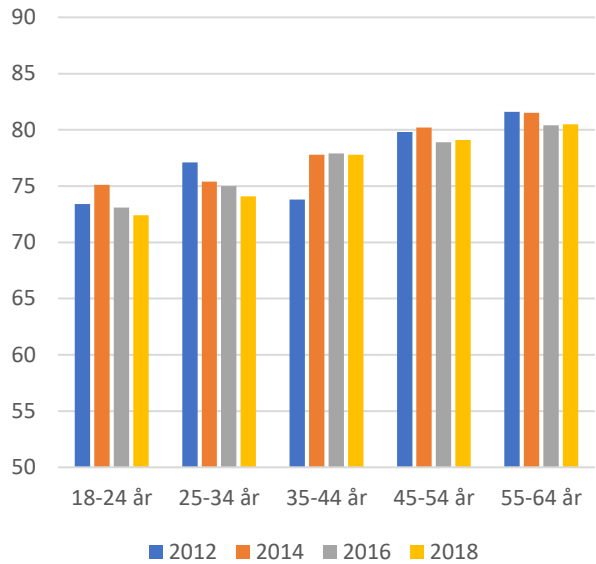


Figur B3.1.3: Mental sundhed: Udviklingen fordelt på alder, vægtede NFA-data

Panel A: Mænd

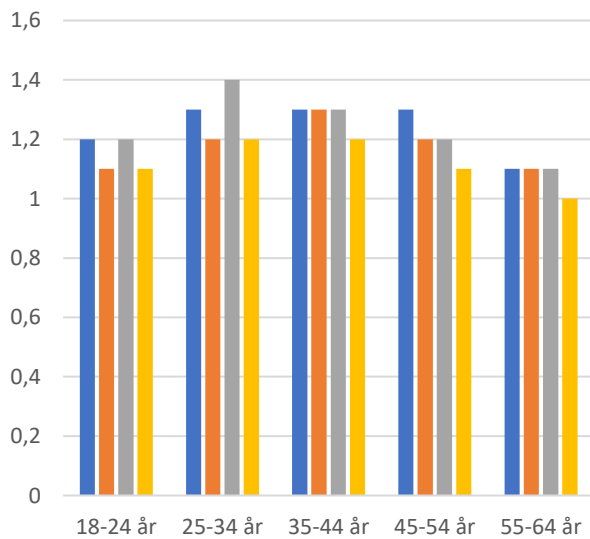


Panel B: Kvinder

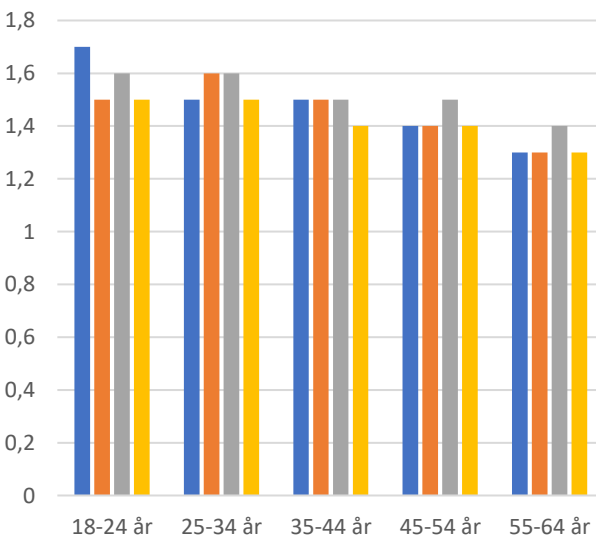


Figur B3.1.4: Gennemsnitlig stressscore, 2012-2018, fordelt på køn og alder, vægtede NFA-data

Panel A: Mænd



Panel B: Kvinder



## Bilag 5

Tabel B5.1a: Udviklingen i prævalens- og incidensrater, mænd, 2007/2017\*

Område	Mænd						
	0-15 år	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65+ år
<b>PRÆVALENS</b>							
Alle diagnoser	1,77	1,96	1,67	1,36	1,19	1,31	0,96
Psykolog*	0,71	1,15	1,36	1,59	1,64	1,74	1,79
Psykiater*	0,07	1,14	1,11	0,97	0,89	0,88	0,91
Angst	2,26	2,08	1,84	1,61	1,60	1,96	1,54
Depression	2,46	2,15	1,84	1,59	1,41	1,39	0,97
Stress	2,24	1,93	1,72	1,54	1,64	2,02	1,51
Spiseforstyrrelse	1,72	2,15	2,18	NA	NA	NA	NA
ADHD	2,83	5,69	20,23	NA	NA	NA	NA
<b>INCIDENS</b>							
Alle diagnoser	1,61	1,38	1,22	1,17	1,06	1,21	0,70
Psykolog*	0,57	0,90	0,81	0,98	1,24	1,45	1,66
Psykiater*	NA	1,20	1,03	0,90	0,83	0,95	0,84
Angst	2,50	1,67	1,30	1,31	1,40	1,84	1,68
Depression	1,75	1,46	1,04	1,02	0,93	1,04	0,76
Stress	2,85	1,67	1,26	1,24	1,43	1,94	1,35
Spiseforstyrrelse	3,47	1,05	2,53	NA	NA	NA	NA
ADHD	2,35	2,42	3,17	NA	NA	NA	NA

Udviklingen er beregnet som prævalens hhv. incidens i 2017, divideret med prævalens hhv. incidens i 2007.

\*For besøg hos psykolog og psykiater angives udviklingen fra 2010 til 2017 pga. databegrænsninger

Tabel B5.1b: Udviklingen i prævalens- og incidensrater, kvinder, 2007/2017\*

Område	Kvinder						
	0-15 år	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65+ år
<b>PRÆVALENS</b>							
Alle diagnoser	2,02	1,71	1,53	1,47	1,24	1,24	0,83
Psykolog*	0,71	1,02	1,20	1,42	1,39	1,54	1,64
Psykiater*	0,06	1,12	0,90	0,82	0,89	0,89	0,84
Angst	2,14	1,84	1,66	1,58	1,42	1,51	1,32
Depression	2,79	1,96	1,79	1,76	1,47	1,35	0,78
Stress	1,88	1,65	1,55	1,50	1,45	1,52	1,28
Spiseforstyrrelse	1,69	1,65	1,38	NA	NA	NA	NA
ADHD	4,73	12,21	39,68	NA	NA	NA	NA
<b>INCIDENS</b>							
Alle diagnoser	1,86	1,39	1,11	1,19	1,08	1,06	0,65
Psykolog*	0,58	0,74	0,70	0,87	1,11	1,33	1,53
Psykiater*	NA	1,43	1,05	0,99	0,90	1,03	0,79
Angst	2,12	1,53	1,16	1,38	1,35	1,33	1,20
Depression	1,94	1,19	0,90	0,97	0,92	0,87	0,67
Stress	2,12	1,36	1,12	1,41	1,47	1,36	1,13
Spiseforstyrrelse	2,02	1,27	1,16	NA	NA	NA	NA
ADHD	3,59	4,24	4,68	NA	NA	NA	NA

Udviklingen er beregnet som prævalens hhv. incidens i 2017, divideret med prævalens hhv. incidens i 2007.

\*For besøg hos psykolog og psykiater angives udviklingen fra 2010 til 2017 pga. databegrænsninger

Bilag 8

Tabel B8.1: Deskriptiv statistik, registerbaserede analyser

	20-årige	28-årige
Psykolog, 20-årig	0,023 (0,148)	
Psykiater, 20-årig	0,13 (0,114)	
Psykiatri, 20-årig	0,030 (0,171)	
Psykolog, 28-årig		0,030 (0,171)
Psykiater, 28-årig		0,014 (0,117)
Psykiatri, 28-årig		0,026 (0,158)
Kvinde	0,486 (0,500)	0,492 (0,500)
Indvandrere	0,069 (0,254)	0,194 (0,396)
Efterkommer	0,063 (0,242)	0,060 (0,169)
Dansk >=10	0,101 (0,301)*	
Matematik >=10	0,212 (0,409)*	
Indkomst, 24-årig		0,250 (0,433)
Uddannelse, 24-årig		0,622 (0,433)
Psykiatri, 17-årig	0,023 (0,151)	
Psykiatri, 20-årig		0,023 (0,150)
Mor, øverste indkomstkvarantil	0,250 (0,433)	0,250 (0,433)
Far, øverste indkomstkvarantil	0,250 (0,433)	0,250 (0,433)
Mor, dagpenge	0,017 (0,130)	0,026 (0,158)
Mor, førtidspension	0,063 (0,242)	0,047 (0,212)
Mor, kontanthjælp	0,060 (0,238)	0,054 (0,225)
Far, dagpenge	0,020 (0,139)	0,020 (0,141)
Far, førtidspension	0,052 (0,221)	0,042 (0,200)
Far, kontanthjælp	0,033 (0,180)	0,030 (0,170)
Mor, Udd=>12 år	0,745 (0,436)	0,568 (0,495)
Far, Udd=>12 år	0,695 (0,460)	0,568 (0,495)
Mor, psykiatri	0,031 (0,174)	0,023 (0,149)
Far, psykiatri	0,023 (0,150)	0,018 (0,131)
Intakt familie	0,586 (0,493)	0,545 (0,498)
Mor, missing	0,035 (0,184)	0,153 (0,360)
Far, missing	0,051 (0,219)	0,168 (0,374)
N	439.238	410.507

Note: \* N=384.247 for dansk og 383.511 for matematik

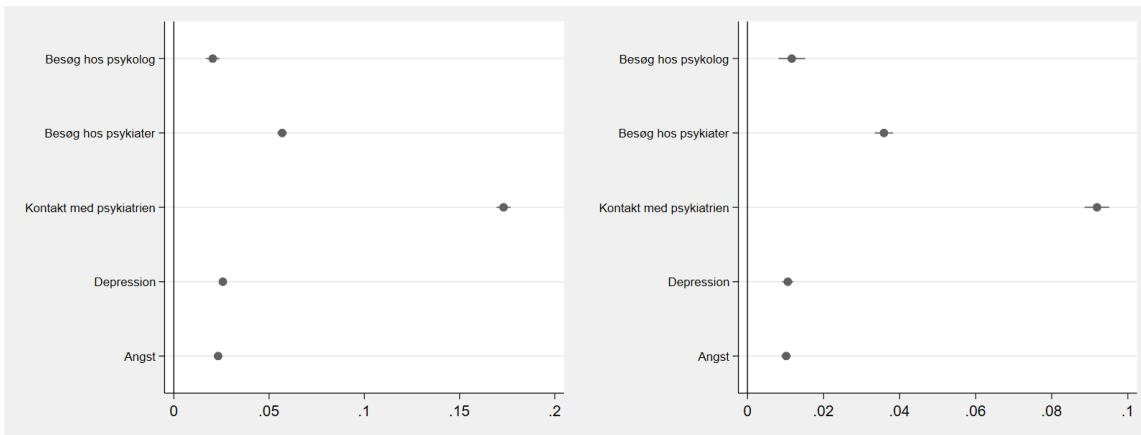
Tabel B8.2: Deskriptiv statistik, analyser baseret på NFA-data

	18-24-årige	25-32-årige
Svær depression	0,106 (0,308)	0,106 (0,308)
Dårligt mentalt helbred	0,120 (0,325)	0,111 (0,314)
Køn	0,529 (0,499)	0,534 (0,499)
Indvandrer	0,044 (0,206)	0,103 (0,304)
Efterkommer	0,029 (0,168)	0,014 (0,116)
Alder på interviewtidspunktet	21,355 (1,909)	28,863 (2,261)
Dansk >=10	0,169 (0,374)	
Matematik >=10	0,275 (0,447)	
Indkomst, 24-årig		0,805 (0,396)
Uddannelse, 24-årig		0,250 (0,433)
Psykiatri, 17-årig	0,021 (0,142)	
Psykiatri, 20-årig		0,026 (0,161)
Mor, øverste indkomstkvartil	0,254 (0,435)	0,240 (0,427)
Far, øverste indkomstkvartil	0,259 (0,438)	0,248 (0,432)
Mor, dagpenge	0,011 (0,106)	0,020 (0,140)
Mor, førtidspension	0,037 (0,188)	0,033 (0,178)
Mor, kontanthjælp	0,026 (0,160)	0,021 (0,143)
Far, dagpenge	0,013 (0,113)	0,017 (0,129)
Far, førtidspension	0,029 (0,169)	0,022 (0,148)
Far, kontanthjælp	0,013 (0,114)	0,013 (0,113)
Mor, Udd=>12 år	0,806 (0,395)	0,661 (0,473)
Far, Udd=>12 år	0,782 (0,413)	0,681 (0,466)
Mor, psykiatri	0,021 (0,142)	0,015 (0,122)
Far, psykiatri	0,016 (0,124)	0,015 (0,120)
Intakt familie	0,693 (0,461)	0,615 (0,487)
Mor, missing	0,027 (0,162)	0,085 (0,279)
Far, missing	0,037 (0,189)	0,092 (0,290)
N	5.532	11.058

Figur B8.1: Betydningen af tidligere kontakter med psykiatrien

Panel A: 20-årige

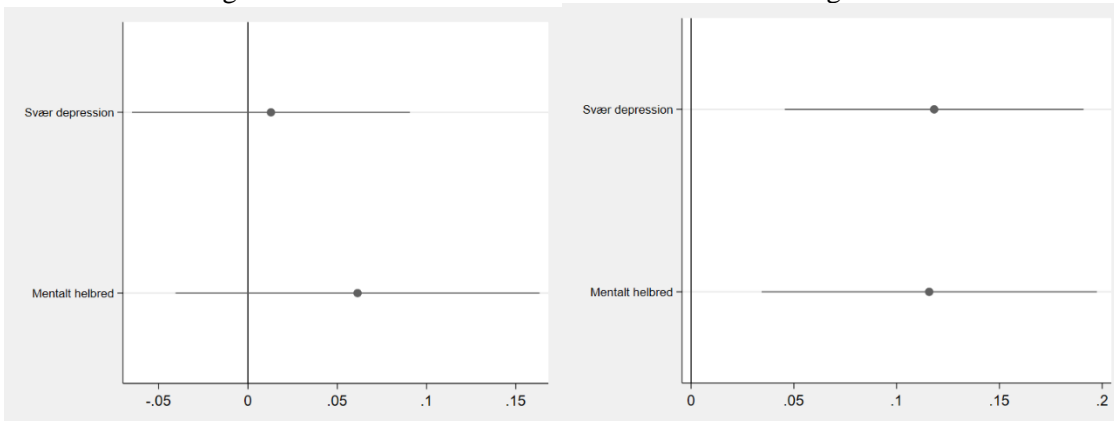
Panel B: 28-årige



Figur B8.2: betydningen af tidligere kontakter med psykiatrien (NFA-populationen)

Panel A: 18-24-årige

Panel B: 25-32-årige



BILAG 9

Tabel B9.1a: Dekomponering, 20-årige mænd, 2009-2017

	Psykolog		Psykiater		Psykiatri	
	Koef.	Std. fejl	Koef.	Std. fejl	Koef.	Std. fejl
<b>overall</b>						
2009	0,0114***	0,0006	0,0089***	0,0006	0,0137***	0,0007
2017	0,0128***	0,0006	0,0119***	0,0006	0,0190***	0,0008
Forskel	-0,0013	0,0009	-0,0030***	0,0008	-0,0053***	0,0010
endowments	-0,0004	0,0003	-0,0003	0,0003	-0,0008	0,0004
coefficients	-0,0014	0,0010	-0,0034***	0,0009	-0,0040***	0,0011
interaction	0,0005	0,0005	0,0008	0,0005	-0,0005	0,0006
<b>Endowments</b>						
Indvandrer	-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0001	-0,0000	0,0001
Efterkommer	0,0002**	0,0001	0,0001*	0,0001	0,0005***	0,0001
Dansk>=10	-0,0007***	0,0002	-0,0002	0,0002	-0,0001	0,0002
Matematik>=10	0,0009**	0,0003	0,0014***	0,0003	0,0019***	0,0004
Psykiatri, 17-årig	-0,0002***	0,0001	-0,0012***	0,0001	-0,0024***	0,0002
Mor, øverste indkomstkvarartil	-0,0000	0,0001	-0,0000	0,0001	-0,0001	0,0001
Far, øverste indkomstkvarartil	-0,0001	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	0,0001
Mor, dagpenge	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Mor, førtidspension	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0001*	0,0000
Mor, kontanthjælp	0,0000	0,0000	-0,0001**	0,0000	-0,0001*	0,0001
Far, dagpenge	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Far, førtidspension	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Far, kontanthjælp	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Mor, Udd=>12 år	-0,0004**	0,0001	-0,0000	0,0001	-0,0001	0,0002
Far, Udd=>12 år	-0,0000	0,0001	-0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Mor, psykiatri	-0,0001*	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0001*	0,0000
Far, psykiatri	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Intakt familie	-0,0000	0,0000	-0,0001**	0,0000	-0,0003***	0,0001
Mor, missing	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Far, missing	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
<b>Coefficients</b>						
Indvandrer	-0,0000	0,0002	0,0000	0,0002	-0,0003	0,0002
Efterkommer	0,0001	0,0003	-0,0001	0,0003	0,0004	0,0003
Dansk>=10	-0,0057	0,0034	-0,0029	0,0031	-0,0002	0,0039
Matematik>=10	0,0014	0,0033	-0,0009	0,0030	-0,0019	0,0037
Psykiatri, 17-årig	-0,0001	0,0002	-0,0005*	0,0002	0,0010***	0,0003
Mor, øverste indkomstkvarartil	0,0001	0,0006	0,0003	0,0005	0,0003	0,0007

Far, øverste indkomstkvartil	0,0005	0,0006	0,0001	0,0005	-0,0015*	0,0007
Mor, dagpenge	0,0000	0,0001	0,0001	0,0001	0,0002	0,0001
Mor, førtidspension	-0,0001	0,0002	0,0004	0,0002	-0,0002	0,0003
Mor, kontanthjælp	-0,0000	0,0003	-0,0004	0,0003	-0,0002	0,0003
Far, dagpenge	-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Far, førtidspension	0,0000	0,0002	0,0005*	0,0002	-0,0000	0,0002
Far, kontanthjælp	-0,0001	0,0002	-0,0001	0,0002	-0,0003	0,0002
Mor, Udd=>12 år	-0,0026	0,0020	0,0037*	0,0018	0,0004	0,0022
Far, Udd=>12 år	0,0016	0,0017	-0,0029	0,0016	0,0007	0,0019
Mor, psykiatri	0,0000	0,0002	-0,0001	0,0002	0,0002	0,0002
Far, psykiatri	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	-0,0002	0,0002
Intakt familie	-0,0011	0,0012	0,0014	0,0011	0,0015	0,0014
Mor, missing	0,0000	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,0001	0,0000
Far, missing	-0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0003	0,0001
_cons	0,0049	0,0034	-0,0016	0,0031	-0,0043	0,0039
<b>Interaktion, Endowments og Coefficients</b>						
Indvandrer	-0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	-0,0001	0,0001
Efterkommer	-0,0000	0,0001	0,0001	0,0001	-0,0001	0,0001
Dansk>=10	0,0005	0,0003	0,0002	0,0003	0,0000	0,0003
Matematik>=10	-0,0002	0,0005	0,0001	0,0005	0,0003	0,0006
Psykiatri, 17-årig	0,0001	0,0001	0,0003*	0,0001	-0,0006***	0,0002
Mor, øverste indkomstkvartil	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001
Far, øverste indkomstkvartil	0,0001	0,0001	0,0000	0,0001	-0,0002*	0,0001
Mor, dagpenge	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0001	0,0001
Mor, førtidspension	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Mor, kontanthjælp	0,0000	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Far, dagpenge	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Far, førtidspension	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Far, kontanthjælp	0,0000	0,0001	0,0000	0,0000	0,0001	0,0001
Mor, Udd=>12 år	0,0002	0,0002	-0,0003*	0,0002	-0,0000	0,0002
Far, Udd=>12 år	-0,0001	0,0001	0,0002	0,0001	-0,0000	0,0001
Mor, psykiatri	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Far, psykiatri	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Intakt familie	-0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Mor, missing	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Far, missing	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
N	60603		60603		60603	

Tabel B9.1b: Dekomponering, 20-årige kvinder, 2009-2017

	Psykolog		Psykiater		Psykiatri	
	Koef.	Std. fejl	Koef.	Std. fejl	Koef.	Std. fejl
<b>overall</b>						
2009	0,0328***	0,0011	0,0130***	0,0007	0,0245***	0,0009
2017	0,0298***	0,0010	0,0190***	0,0008	0,0392***	0,0011
Forskel	0,0029*	0,0014	-0,0061***	0,0010	-0,0147***	0,0014
endowments	-0,0006	0,0004	-0,0005	0,0004	-0,0031***	0,0006
coefficients	0,0039**	0,0015	-0,0052***	0,0011	-0,0110***	0,0015
interaction	-0,0004	0,0007	-0,0003	0,0005	-0,0007	0,0007
<b>Endowments</b>						
Indvandrer	-0,0003***	0,0001	-0,0002*	0,0001	-0,0002*	0,0001
Efterkommer	0,0007***	0,0001	0,0005***	0,0001	0,0008***	0,0002
Dansk>=10	-0,0013***	0,0003	0,0005*	0,0002	-0,0001	0,0003
Matematik>=10	0,0010***	0,0002	0,0006**	0,0002	0,0018***	0,0003
Psykiatri, 17-årig	-0,0004***	0,0001	-0,0016***	0,0001	-0,0051***	0,0003
Mor, øverste indkomstkvartil	-0,0001	0,0001	0,0000	0,0001	0,0002	0,0001
Far, øverste indkomstkvartil	0,0001	0,0001	0,0000	0,0001	-0,0000	0,0001
Mor, dagpenge	-0,0000	0,0001	-0,0001	0,0001	0,0001*	0,0001
Mor, førtidspension	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Mor, kontanthjælp	-0,0000	0,0001	-0,0000	0,0001	-0,0003**	0,0001
Far, dagpenge	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Far, førtidspension	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Far, kontanthjælp	0,0001	0,0001	-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0001
Mor, Udd=>12 år	-0,0001	0,0002	-0,0001	0,0002	-0,0002	0,0002
Far, Udd=>12 år	0,0000	0,0001	-0,0000	0,0001	0,0004**	0,0001
Mor, psykiatri	-0,0001	0,0000	-0,0001*	0,0000	-0,0001**	0,0000
Far, psykiatri	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Intakt familie	-0,0001*	0,0001	-0,0001*	0,0001	-0,0002**	0,0001
Mor, missing	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Far, missing	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
<b>Coefficients</b>						
Indvandrer	0,0002	0,0003	-0,0001	0,0002	0,0001	0,0003
Efterkommer	-0,0003	0,0005	0,0003	0,0004	0,0007	0,0005
Dansk>=10	0,0073	0,0071	0,0118*	0,0050	0,0050	0,0068
Matematik>=10	-0,0152**	0,0056	-0,0075	0,0039	-0,0023	0,0053
Psykiatri, 17-årig	0,0010*	0,0004	0,0000	0,0003	-0,0012**	0,0004
Mor, øverste indkomstkvartil	0,0004	0,0009	-0,0003	0,0006	-0,0016	0,0009
Far, øverste indkomstkvartil	-0,0018	0,0009	-0,0002	0,0007	-0,0012	0,0009



Mor, dagpenge	-0,0000	0,0002	0,0001	0,0001	-0,0002	0,0002
Mor, førtidspension	0,0001	0,0004	0,0005	0,0003	0,0003	0,0004
Mor, kontanthjælp	0,0001	0,0005	-0,0000	0,0003	-0,0005	0,0005
Far, dagpenge	0,0004*	0,0002	0,0001	0,0001	0,0001	0,0002
Far, førtidspension	-0,0000	0,0003	0,0002	0,0002	0,0005	0,0003
Far, kontanthjælp	-0,0001	0,0003	-0,0000	0,0002	-0,0004	0,0003
Mor, Udd=>12 år	0,0041	0,0031	-0,0004	0,0022	0,0012	0,0030
Far, Udd=>12 år	0,0024	0,0026	-0,0024	0,0019	0,0064*	0,0026
Mor, psykiatri	-0,0002	0,0003	-0,0001	0,0002	-0,0003	0,0003
Far, psykiatri	0,0003	0,0002	-0,0000	0,0002	-0,0004	0,0002
Intakt familie	-0,0005	0,0019	-0,0015	0,0014	-0,0009	0,0019
Mor, missing	0,0000	0,0001	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0001
Far, missing	-0,0001	0,0002	-0,0001	0,0001	0,0002	0,0002
_cons	0,0059	0,0061	-0,0054	0,0043	-0,0162**	0,0059
Interaktion, Endowments og Coefficients						
Indvandrer	0,0001	0,0001	-0,0000	0,0001	0,0000	0,0001
Efterkommer	0,0001	0,0002	-0,0001	0,0002	-0,0003	0,0002
Dansk>=10	-0,0005	0,0005	-0,0008*	0,0003	-0,0003	0,0005
Matematik>=10	0,0011**	0,0004	0,0006	0,0003	0,0002	0,0004
Psykiatri, 17-årig	-0,0005*	0,0002	-0,0000	0,0001	0,0006**	0,0002
Mor, øverste indkomstkvartil	0,0001	0,0002	-0,0001	0,0001	-0,0003	0,0002
Far, øverste indkomstkvartil	-0,0003	0,0002	-0,0000	0,0001	-0,0002	0,0002
Mor, dagpenge	-0,0000	0,0001	0,0001	0,0001	-0,0001	0,0001
Mor, førtidspension	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Mor, kontanthjælp	-0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	0,0001
Far, dagpenge	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Far, førtidspension	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Far, kontanthjælp	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	0,0001
Mor, Udd=>12 år	-0,0004	0,0003	0,0000	0,0002	-0,0001	0,0003
Far, Udd=>12 år	-0,0001	0,0002	0,0001	0,0001	-0,0004*	0,0002
Mor, psykiatri	0,0000	0,0001	0,0000	0,0000	0,0001	0,0001
Far, psykiatri	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Intakt familie	-0,0000	0,0001	-0,0001	0,0001	-0,0000	0,0001
Mor, missing	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Far, missing	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
N	59917		59917		59917	

Tabel B9.2a: Dekomponering, 28-årige mænd, 2009-2017

	Psykolog		Psykiater		Psykiatri	
	Koef.	Std. fejl	Koef.	Std. fejl	Koef.	Std. fejl
<b>overall</b>						
2009	0,0168***	0,0008	0,0125***	0,0007	0,0171***	0,0008
2017	0,0179***	0,0007	0,0152***	0,0007	0,0290***	0,0009
Forskel	-0,0010	0,0011	-0,0027**	0,0010	-0,0119***	0,0012
endowments	-0,0011**	0,0003	-0,0013***	0,0003	-0,0049***	0,0005
coefficients	-0,0005	0,0011	-0,0015	0,0010	-0,0103***	0,0013
interaction	0,0005	0,0005	0,0001	0,0004	0,0033***	0,0006
<b>Endowments</b>						
Indvandrер	0,0001	0,0000	0,0001*	0,0000	0,0001	0,0000
Efterkommer	0,0002**	0,0001	0,0001*	0,0001	0,0003**	0,0001
Uddannelse, 24 år	-0,0000	0,0000	0,0001	0,0000	0,0002	0,0001
Indkomst, 24 år	-0,0007***	0,0002	-0,0011***	0,0002	-0,0024***	0,0003
Psykiatri, 20-årig	-0,0002	0,0001	-0,0002*	0,0001	-0,0026***	0,0002
Mor, øverste indkomstkvartil	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Far, øverste indkomstkvartil	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Mor, dagpenge	-0,0000	0,0001	0,0001	0,0001	-0,0000	0,0001
Mor, førtidspension	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0001	0,0000
Mor, kontanthjælp	-0,0000	0,0000	-0,0001*	0,0000	-0,0001	0,0000
Far, dagpenge	0,0001	0,0001	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0001
Far, førtidspension	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Far, kontanthjælp	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Mor, Udd=>12 år	-0,0005*	0,0002	-0,0000	0,0002	0,0001	0,0003
Far, Udd=>12 år	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0001
Mor, psykiatri	-0,0001**	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0001*	0,0000
Far, psykiatri	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Intakt familie	-0,0001	0,0001	-0,0002*	0,0001	-0,0003***	0,0001
Mor, missing	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Far, missing	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,0001*	0,0000
<b>Coefficients</b>						
Indvandrер	-0,0001	0,0004	0,0009**	0,0003	0,0003	0,0004
Efterkommer	-0,0000	0,0003	0,0001	0,0002	0,0005	0,0003
Dansk>=10	-0,0039*	0,0018	-0,0002	0,0016	0,0057**	0,0020
Matematik>=10	0,0022	0,0017	0,0012	0,0015	0,0033	0,0019
Psykiatri, 17-årig	-0,0002	0,0001	-0,0002*	0,0001	-0,0026***	0,0002
Mor, øverste indkomstkvartil	0,0020**	0,0008	0,0004	0,0007	0,0004	0,0009
Far, øverste indkomstkvartil	0,0004	0,0008	0,0004	0,0007	0,0005	0,0009

Mor, dagpenge	0,0000	0,0002	-0,0001	0,0001	0,0003	0,0002
Mor, førtidspension	-0,0005	0,0003	-0,0001	0,0003	-0,0003	0,0003
Mor, kontanthjælp	0,0005	0,0003	0,0000	0,0003	0,0005	0,0004
Far, dagpenge	-0,0001	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	0,0002
Far, førtidspension	0,0002	0,0003	-0,0002	0,0002	-0,0002	0,0003
Far, kontanthjælp	0,0002	0,0002	0,0000	0,0002	0,0003	0,0002
Mor, Udd=>12 år	-0,0017	0,0018	0,0005	0,0016	-0,0018	0,0020
Far, Udd=>12 år	0,0009	0,0017	0,0005	0,0015	0,0012	0,0019
Mor, psykiatri	-0,0001	0,0002	-0,0000	0,0002	-0,0001	0,0002
Far, psykiatri	0,0002	0,0002	0,0002	0,0002	0,0007**	0,0002
Intakt familie	-0,0012	0,0015	0,0003	0,0013	0,0019	0,0017
Mor, missing	0,0001	0,0002	-0,0001	0,0001	0,0002	0,0002
Far, missing	0,0000	0,0002	0,0002	0,0002	-0,0004	0,0003
_cons	0,0006	0,0037	-0,0053	0,0033	-0,0207***	0,0042
<b>Interaktion, Endowments og Coefficients</b>						
Indvandrer	0,0000	0,0000	-0,0001*	0,0000	-0,0000	0,0001
Efterkommer	0,0000	0,0001	-0,0000	0,0001	-0,0002	0,0001
Uddannelse, 24 år	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Indkomst, 24 år	0,0004	0,0003	0,0002	0,0003	0,0006	0,0003
Psykiatri, 20-årig	0,0002	0,0001	0,0002*	0,0001	0,0026***	0,0002
Mor, øverste indkomstkvartil	-0,0001*	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Far, øverste indkomstkvartil	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Mor, dagpenge	0,0000	0,0001	-0,0000	0,0001	0,0002	0,0001
Mor, førtidspension	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Mor, kontanthjælp	-0,0001	0,0001	-0,0000	0,0000	-0,0001	0,0001
Far, dagpenge	-0,0001	0,0001	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001
Far, førtidspension	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Far, kontanthjælp	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Mor, Udd=>12 år	0,0003	0,0003	-0,0001	0,0003	0,0003	0,0003
Far, Udd=>12 år	-0,0000	0,0001	-0,0000	0,0001	-0,0000	0,0001
Mor, psykiatri	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0001
Far, psykiatri	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0002**	0,0001
Intakt familie	-0,0001	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	0,0001
Mor, missing	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Far, missing	-0,0000	0,0001	-0,0000	0,0000	0,0001	0,0001
N	59482		59482		59482	

Tabel B9.2b: Dekomponering, 28-årige kvinder, 2009-2017

	Psykolog		Psykiater		Psykiatri	
	Koef.	Std. fejl	Koef.	Std. fejl	Koef.	Std. fejl
<b>overall</b>						
2009	0,0440***	0,0013	0,0187***	0,0008	0,0217***	0,0009
2017	0,0441***	0,0012	0,0175***	0,0007	0,0341***	0,0010
Forskel	-0,0001	0,0017	0,0012	0,0011	-0,0124***	0,0014
endowments	-0,0011*	0,0005	-0,0008*	0,0003	-0,0043***	0,0005
coefficients	-0,0002	0,0018	0,0021	0,0012	-0,0122***	0,0014
interaction	0,0012	0,0007	-0,0001	0,0004	0,0041***	0,0006
<b>Endowments</b>						
Indvandrer	-0,0001	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Efterkommer	0,0004***	0,0001	0,0002*	0,0001	0,0002	0,0001
Uddannelse, 24 år	-0,0001	0,0001	0,0004***	0,0001	0,0008***	0,0001
Indkomst, 24 år	-0,0002*	0,0001	-0,0002**	0,0001	-0,0006***	0,0001
Psykiatri, 20-årig	-0,0005*	0,0002	-0,0008***	0,0001	-0,0043***	0,0002
Mor, øverste indkomstkvartil	0,0000	0,0001	-0,0000	0,0000	-0,0001	0,0000
Far, øverste indkomstkvartil	0,0001*	0,0001	0,0000	0,0000	0,0001	0,0001
Mor, dagpenge	-0,0001	0,0001	-0,0000	0,0001	0,0001	0,0001
Mor, førtidspension	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Mor, kontanthjælp	0,0000	0,0000	-0,0001*	0,0000	-0,0001*	0,0000
Far, dagpenge	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	-0,0001	0,0001
Far, førtidspension	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Far, kontanthjælp	-0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Mor, Udd=>12 år	-0,0006	0,0004	-0,0001	0,0002	0,0003	0,0003
Far, Udd=>12 år	-0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001
Mor, psykiatri	-0,0001*	0,0000	-0,0001*	0,0000	-0,0001*	0,0000
Far, psykiatri	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0001	0,0000
Intakt familie	-0,0000	0,0001	-0,0001	0,0001	-0,0003***	0,0001
Mor, missing	-0,0001	0,0001	0,0000	0,0000	-0,0001	0,0001
Far, missing	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
<b>Coefficients</b>						
Indvandrer	-0,0000	0,0005	0,0008*	0,0004	0,0001	0,0004
Efterkommer	-0,0000	0,0004	0,0002	0,0003	-0,0001	0,0003
Uddannelse, 24 år	-0,0049	0,0034	0,0008	0,0022	0,0075**	0,0026
Indkomst, 24 år	0,0001	0,0034	-0,0036	0,0022	0,0024	0,0027
Psykiatri, 20-årig	-0,0005*	0,0002	-0,0008***	0,0001	-0,0043***	0,0002
Mor, øverste indkomstkvartil	0,0007	0,0012	-0,0007	0,0008	-0,0015	0,0010

Far, øverste indkomstkvartil	0,0021	0,0012	0,0008	0,0008	0,0014	0,0010
Mor, dagpenge	0,0003	0,0002	-0,0001	0,0002	-0,0002	0,0002
Mor, førtidspension	-0,0007	0,0005	-0,0002	0,0003	-0,0002	0,0004
Mor, kontanthjælp	0,0001	0,0005	-0,0010**	0,0003	-0,0005	0,0004
Far, dagpenge	-0,0001	0,0002	-0,0002	0,0001	-0,0000	0,0002
Far, førtidspension	0,0003	0,0004	0,0012***	0,0003	0,0002	0,0003
Far, kontanthjælp	-0,0002	0,0003	0,0004	0,0002	0,0002	0,0003
Mor, Udd=>12 år	-0,0054	0,0029	0,0025	0,0018	0,0023	0,0023
Far, Udd=>12 år	0,0032	0,0028	-0,0000	0,0018	-0,0022	0,0022
Mor, psykiatri	-0,0003	0,0003	-0,0004*	0,0002	-0,0002	0,0002
Far, psykiatri	-0,0000	0,0003	-0,0003	0,0002	-0,0004	0,0002
Intakt familie	-0,0054*	0,0024	-0,0011	0,0016	0,0023	0,0019
Mor, missing	-0,0002	0,0003	-0,0003	0,0002	0,0000	0,0002
Far, missing	0,0000	0,0004	0,0002	0,0003	0,0002	0,0003
_cons	0,0105	0,0065	0,0038	0,0042	-0,0192***	0,0051
Interaktion, Endowments og Coefficients						
Indvandrer	-0,0000	0,0000	0,0001	0,0000	0,0000	0,0000
Efterkommer	0,0000	0,0002	-0,0001	0,0001	0,0000	0,0001
Uddannelse, 24 år	0,0001	0,0001	-0,0000	0,0001	-0,0002**	0,0001
Indkomst, 24 år	0,0000	0,0002	-0,0002	0,0001	0,0001	0,0001
Psykiatri, 20-årig	0,0005*	0,0002	0,0008***	0,0001	0,0043***	0,0002
Mor, øverste indkomstkvartil	-0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	0,0001
Far, øverste indkomstkvartil	-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0001
Mor, dagpenge	0,0002	0,0002	-0,0000	0,0001	-0,0002	0,0001
Mor, førtidspension	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Mor, kontanthjælp	-0,0000	0,0001	0,0001*	0,0001	0,0001	0,0001
Far, dagpenge	-0,0000	0,0001	-0,0001	0,0001	-0,0000	0,0001
Far, førtidspension	-0,0000	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,0000	0,0000
Far, kontanthjælp	0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0000
Mor, Udd=>12 år	0,0010	0,0005	-0,0005	0,0003	-0,0004	0,0004
Far, Udd=>12 år	-0,0002	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	0,0001
Mor, psykiatri	0,0000	0,0000	0,0001	0,0000	0,0000	0,0000
Far, psykiatri	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0001	0,0000
Intakt familie	-0,0003*	0,0001	-0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Mor, missing	-0,0000	0,0001	-0,0001	0,0001	0,0000	0,0001
Far, missing	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
N	57071	57071	57071	57071	57071	57071

Tabel B9.3a: Dekomponering, 18-24-årige mænd, 2012-2018

	Svær depression		Mentalt helbred	
	Koef.	Std. fejl	Koef.	Std. fejl
<b>overall</b>				
2009	0,0275***	0,0065	0,0642***	0,0097
2017	0,0562***	0,0088	0,1124***	0,0120
Forskel	-0,0287**	0,0109	-0,0481**	0,0155
endowments	0,0027	0,0051	-0,0007	0,0072
coefficients	-0,0352**	0,0115	-0,0540***	0,0164
interaction	0,0039	0,0064	0,0066	0,0093
<b>Endowments</b>				
Indvandrer	-0,0019	0,0026	-0,0009	0,0016
Efterkommer	0,0000	0,0014	-0,0036	0,0022
Alder	0,0016	0,0016	0,0015	0,0021
Dansk >=10	-0,0027	0,0021	-0,0034	0,0027
Matematik >=10	0,0027	0,0027	0,0055	0,0038
Psykiatri, 17-årig	-0,0008	0,0008	-0,0007	0,0008
Mor, øverste indkomstkvartil	-0,0003	0,0005	-0,0006	0,0011
Far, øverste indkomstkvartil	-0,0001	0,0003	-0,0003	0,0009
Mor, dagpenge	-0,0002	0,0006	-0,0008	0,0011
Mor, førtidspension	-0,0004	0,0006	0,0006	0,0009
Mor, kontanthjælp	0,0002	0,0006	-0,0002	0,0007
Far, dagpenge	-0,0001	0,0003	0,0004	0,0008
Far, førtidspension	0,0004	0,0008	-0,0008	0,0012
Far, kontanthjælp	-0,0000	0,0003	0,0000	0,0004
Mor, Udd=>12 år	0,0013	0,0013	0,0019	0,0018
Far, Udd=>12 år	-0,0000	0,0004	-0,0002	0,0006
Mor, psykiatri	0,0001	0,0004	0,0004	0,0007
Far, psykiatri	-0,0004	0,0007	-0,0011	0,0013
Intakt familie	-0,0011	0,0017	-0,0003	0,0023
Mor, missing	0,0047	0,0031	0,0060	0,0041
Far, missing	-0,0003	0,0021	-0,0044	0,0033
<b>Coefficients</b>				
Indvandrer	-0,0030	0,0054	0,0048	0,0076
Efterkommer	-0,0035	0,0035	-0,0087	0,0052
Alder	0,0932	0,1252	0,0492	0,1764
Dansk >=10	-0,0502	0,0379	-0,0666	0,0537
Matematik >=10	0,0228	0,0380	0,0428	0,0540
Psykiatri, 17-årig	-0,0024	0,0021	-0,0001	0,0027

Mor, øverste indkomstkvartil	0,0028	0,0064	0,0111	0,0091
Far, øverste indkomstkvartil	-0,0021	0,0063	-0,0008	0,0088
Mor, dagpenge	0,0001	0,0010	0,0013	0,0014
Mor, førtidspension	-0,0028	0,0025	-0,0015	0,0035
Mor, kontanthjælp	0,0026	0,0025	-0,0007	0,0036
Far, dagpenge	-0,0008	0,0015	0,0013	0,0021
Far, førtidspension	0,0025	0,0026	0,0001	0,0037
Far, kontanthjælp	0,0008	0,0014	-0,0006	0,0020
Mor, Udd=>12 år	0,0433	0,0247	0,0671	0,0347
Far, Udd=>12 år	-0,0068	0,0196	-0,0075	0,0277
Mor, psykiatri	0,0016	0,0018	0,0040	0,0027
Far, psykiatri	0,0001	0,0011	0,0019	0,0017
Intakt familie	0,0192	0,0170	-0,0182	0,0240
Mor, missing	0,0045	0,0060	-0,0019	0,0084
Far, missing	-0,0055	0,0054	-0,0079	0,0077
_cons	-0,1516	0,1336	-0,1233	0,1882
<hr/>				
Interaktion, Endowments og Coefficients				
Indvandrer	0,0005	0,0011	-0,0008	0,0016
Efterkommer	0,0024	0,0025	0,0060	0,0038
Alder	-0,0014	0,0019	-0,0007	0,0026
Dansk>=10	0,0027	0,0024	0,0036	0,0034
Matematik>=10	-0,0020	0,0033	-0,0037	0,0048
Psykiatri, 17-årig	0,0014	0,0014	0,0001	0,0016
Mor, øverste indkomstkvartil	0,0002	0,0005	0,0006	0,0012
Far, øverste indkomstkvartil	-0,0001	0,0003	-0,0000	0,0003
Mor, dagpenge	0,0001	0,0006	0,0008	0,0012
Mor, førtidspension	0,0008	0,0010	0,0004	0,0011
Mor, kontanthjælp	-0,0008	0,0010	0,0002	0,0010
Far, dagpenge	0,0002	0,0004	-0,0003	0,0007
Far, førtidspension	-0,0011	0,0012	-0,0001	0,0015
Far, kontanthjælp	-0,0000	0,0003	0,0000	0,0003
Mor, Udd=>12 år	-0,0015	0,0015	-0,0024	0,0023
Far, Udd=>12 år	-0,0002	0,0005	-0,0002	0,0007
Mor, psykiatri	-0,0004	0,0007	-0,0011	0,0015
Far, psykiatri	0,0000	0,0007	0,0012	0,0015
Intakt familie	0,0024	0,0022	-0,0023	0,0031
Mor, missing	-0,0023	0,0031	0,0010	0,0043
Far, missing	0,0029	0,0030	0,0041	0,0043

N	1366	1366
---	------	------

Tabel B9.3b: Dekomponering, 18-24-årige kvinder, 2012-2018

	Svær depression		Mentalt helbred	
	Koef.	Std. fejl	Koef.	Std. fejl
<b>overall</b>				
2009	0,1071***	0,0114	0,1495***	0,0131
2017	0,1104***	0,0115	0,1584***	0,0133
Forskel	-0,0032	0,0162	-0,0090	0,0187
endowments	0,0005	0,0062	-0,0037	0,0071
coefficients	0,0172	0,0199	0,0066	0,0217
interaction	-0,0209	0,0138	-0,0119	0,0136
<b>Endowments</b>				
Indvandrere	-0,0002	0,0010	0,0007	0,0014
Efterkommer	0,0001	0,0003	-0,0002	0,0005
Alder	-0,0001	0,0024	-0,0040	0,0030
Dansk >=10	0,0011	0,0026	-0,0028	0,0032
Matematik >=10	0,0031	0,0036	0,0065	0,0045
Psykiatri, 17-årig	-0,0012	0,0011	-0,0014	0,0012
Mor, øverste indkomstkvartil	-0,0001	0,0007	-0,0001	0,0006
Far, øverste indkomstkvartil	-0,0000	0,0005	-0,0001	0,0006
Mor, dagpenge	-0,0002	0,0008	-0,0000	0,0001
Mor, førtidspension	0,0010	0,0015	0,0026	0,0021
Mor, kontanthjælp	-0,0011	0,0014	-0,0013	0,0016
Far, dagpenge	0,0001	0,0003	0,0002	0,0005
Far, førtidspension	0,0000	0,0006	0,0000	0,0006
Far, kontanthjælp	0,0009	0,0013	0,0006	0,0015
Mor, Udd=>12 år	-0,0013	0,0019	-0,0025	0,0024
Far, Udd=>12 år	-0,0004	0,0010	-0,0008	0,0013
Mor, psykiatri	0,0001	0,0013	0,0001	0,0009
Far, psykiatri	0,0004	0,0011	0,0002	0,0013
Intakt familie	-0,0015	0,0017	-0,0019	0,0020
Mor, missing	-0,0002	0,0009	0,0001	0,0006
Far, missing	0,0000	0,0005	0,0003	0,0008
<b>Coefficients</b>				
Indvandrere	-0,0002	0,0042	0,0017	0,0049
Efterkommer	0,0041	0,0032	0,0031	0,0037
Alder	-0,1959	0,1838	-0,2991	0,2144
Dansk >=10	0,1151	0,0724	-0,0019	0,0845



Matematik>=10	-0,0437	0,0592	0,0088	0,0691
Psykiatri, 17-årig	0,0289**	0,0112	0,0225*	0,0101
Mor, øverste indkomstkvartil	0,0030	0,0100	0,0010	0,0117
Far, øverste indkomstkvartil	0,0103	0,0097	0,0175	0,0113
Mor, dagpenge	-0,0033	0,0022	-0,0005	0,0022
Mor, førtidspension	0,0008	0,0022	-0,0001	0,0026
Mor, kontanthjælp	-0,0057	0,0042	-0,0082	0,0050
Far, dagpenge	0,0017	0,0021	0,0033	0,0026
Far, førtidspension	-0,0026	0,0028	0,0005	0,0032
Far, kontanthjælp	0,0090*	0,0043	0,0025	0,0043
Mor, Udd=>12 år	-0,0376	0,0368	-0,0213	0,0430
Far, Udd=>12 år	-0,0276	0,0332	-0,0082	0,0388
Mor, psykiatri	-0,0040	0,0028	-0,0032	0,0032
Far, psykiatri	0,0010	0,0033	-0,0005	0,0038
Intakt familie	-0,0166	0,0237	-0,0463	0,0277
Mor, missing	0,0013	0,0038	-0,0070	0,0048
Far, missing	0,0030	0,0048	0,0073	0,0058
_cons	0,1761	0,2015	0,3348	0,2351

---

Interaktion, Endowments og  
Coefficients

---

Indvandrer	-0,0001	0,0013	0,0005	0,0016
Efterkommer	-0,0004	0,0012	-0,0003	0,0009
Alder	0,0036	0,0035	0,0055	0,0042
Dansk>=10	-0,0062	0,0044	0,0001	0,0045
Matematik>=10	0,0040	0,0055	-0,0008	0,0063
Psykiatri, 17-årig	-0,0207	0,0107	-0,0161	0,0090
Mor, øverste indkomstkvartil	0,0000	0,0003	0,0000	0,0001
Far, øverste indkomstkvartil	0,0008	0,0012	0,0013	0,0018
Mor, dagpenge	0,0003	0,0015	0,0000	0,0003
Mor, førtidspension	0,0007	0,0018	-0,0001	0,0021
Mor, kontanthjælp	0,0032	0,0026	0,0046	0,0033
Far, dagpenge	-0,0003	0,0008	-0,0006	0,0014
Far, førtidspension	-0,0000	0,0008	0,0000	0,0002
Far, kontanthjælp	-0,0067	0,0037	-0,0019	0,0033
Mor, Udd=>12 år	0,0025	0,0026	0,0014	0,0029
Far, Udd=>12 år	0,0011	0,0015	0,0003	0,0016
Mor, psykiatri	-0,0001	0,0013	-0,0001	0,0011
Far, psykiatri	-0,0006	0,0020	0,0003	0,0023
Intakt familie	-0,0016	0,0023	-0,0044	0,0031

Mor, missing	0,0001	0,0006	-0,0006	0,0027
Far, missing	-0,0005	0,0011	-0,0012	0,0022
N	1526		1526	

Tabel B9.4a: Dekomponering, 25-32-årige mænd, 2012-2018

	Svær depression		Mentalt helbred	
	Koef.	Std. fejl	Koef.	Std. fejl
<b>overall</b>				
2009	0,0356***	0,0059	0,0861***	0,0089
2017	0,0522***	0,0056	0,1081***	0,0078
Forskel	-0,0166*	0,0081	-0,0221	0,0119
endowments coefficients	-0,0101	0,0071	0,0047	0,0100
interaction	-0,0219*	0,0097	-0,0262	0,0142
<b>Endowments</b>				
Indvandrer	0,0008	0,0010	-0,0012	0,0014
Efterkommer	-0,0000	0,0004	0,0000	0,0003
Alder	0,0000	0,0001	0,0000	0,0002
Uddannelse, 24 år	-0,0003	0,0005	-0,0002	0,0004
Indkomst, 24 år	-0,0003	0,0011	-0,0015	0,0016
Psykiatri, 20-årig	-0,0005	0,0006	-0,0004	0,0006
Mor, øverste indkomstkvarartil	-0,0055*	0,0026	-0,0019	0,0036
Far, øverste indkomstkvarartil	0,0009	0,0028	0,0017	0,0039
Mor, dagpenge	-0,0008	0,0008	-0,0011	0,0010
Mor, førtidspension	-0,0009	0,0006	-0,0007	0,0006
Mor, kontanthjælp	-0,0012	0,0007	-0,0007	0,0008
Far, dagpenge	-0,0006	0,0005	-0,0010	0,0007
Far, førtidspension	0,0000	0,0003	-0,0006	0,0007
Far, kontanthjælp	-0,0004	0,0005	0,0003	0,0006
Mor, Udd=>12 år	0,0007	0,0040	0,0067	0,0056
Far, Udd=>12 år	-0,0029	0,0032	0,0001	0,0044
Mor, psykiatri	0,0000	0,0003	0,0001	0,0004
Far, psykiatri	-0,0002	0,0003	0,0000	0,0004
Intakt familie	0,0015	0,0018	0,0057*	0,0026
Mor, missing	0,0004	0,0011	0,0002	0,0015
Far, missing	-0,0011	0,0012	-0,0009	0,0014
<b>Coefficients</b>				

Indvandrere	0,0025	0,0072	-0,0088	0,0105
Efterkommer	0,0006	0,0011	-0,0015	0,0016
Alder	0,0028	0,1272	0,0302	0,1867
Uddannelse, 24 år	-0,0021	0,0392	-0,0189	0,0573
Indkomst, 24 år	0,0115	0,0147	-0,0003	0,0214
Psykiatri, 20-årig	-0,0005	0,0011	-0,0006	0,0016
Mor, øverste indkomstkvartil	0,0077	0,0053	0,0015	0,0077
Far, øverste indkomstkvartil	-0,0051	0,0053	-0,0074	0,0078
Mor, dagpenge	0,0007	0,0008	0,0008	0,0011
Mor, førtidspension	-0,0034	0,0018	-0,0018	0,0026
Mor, kontanthjælp	-0,0032	0,0019	-0,0048	0,0028
Far, dagpenge	-0,0018	0,0013	-0,0014	0,0019
Far, førtidspension	0,0025	0,0015	0,0004	0,0021
Far, kontanthjælp	-0,0011	0,0014	0,0020	0,0021
Mor, Udd=>12 år	-0,0050	0,0155	-0,0080	0,0225
Far, Udd=>12 år	-0,0118	0,0155	-0,0012	0,0225
Mor, psykiatri	0,0011	0,0013	0,0025	0,0019
Far, psykiatri	-0,0024	0,0014	-0,0009	0,0020
Intakt familie	-0,0076	0,0135	0,0173	0,0198
Mor, missing	0,0014	0,0097	-0,0056	0,0142
Far, missing	-0,0082	0,0098	0,0075	0,0144
_cons	-0,0007	0,1374	-0,0274	0,2014
Interaktion, Endowments og Coefficients				
Indvandrere	-0,0005	0,0015	0,0018	0,0024
Efterkommer	0,0000	0,0002	-0,0000	0,0005
Alder	-0,0000	0,0000	-0,0000	0,0001
Uddannelse, 24 år	-0,0000	0,0003	-0,0001	0,0005
Indkomst, 24 år	0,0013	0,0016	-0,0000	0,0023
Psykiatri, 20-årig	0,0001	0,0003	0,0001	0,0004
Mor, øverste indkomstkvartil	0,0058	0,0040	0,0012	0,0058
Far, øverste indkomstkvartil	-0,0041	0,0043	-0,0059	0,0062
Mor, dagpenge	0,0007	0,0009	0,0009	0,0013
Mor, førtidspension	0,0011	0,0009	0,0006	0,0009
Mor, kontanthjælp	0,0018	0,0012	0,0028	0,0018
Far, dagpenge	0,0008	0,0007	0,0006	0,0009
Far, førtidspension	-0,0007	0,0007	-0,0001	0,0006
Far, kontanthjælp	0,0006	0,0008	-0,0011	0,0012

Mor, Udd=>12 år	0,0018	0,0058	0,0030	0,0083
Far, Udd=>12 år	0,0036	0,0048	0,0004	0,0069
Mor, psykiatri	-0,0004	0,0006	-0,0010	0,0010
Far, psykiatri	0,0008	0,0008	0,0003	0,0007
Intakt familie	0,0016	0,0029	-0,0036	0,0042
Mor, missing	-0,0002	0,0018	0,0010	0,0027
Far, missing	0,0014	0,0019	-0,0013	0,0026
N	2602		2602	

Tabel B9.4b: Dekomponering, 25-32-årige kvinder, 2012-2018

	Svær depression		Mentalt helbred	
	Koef.	Std. fejl	Koef.	Std. fejl
<b>overall</b>				
2009	0,0585***	0,0069	0,1085***	0,0091
2017	0,0877***	0,0065	0,1269***	0,0076
Forskel	-0,0293**	0,0095	-0,0184	0,0119
endowments	0,0024	0,0077	0,0037	0,0091
coefficients	-0,0192	0,0122	-0,0108	0,0147
interaction	-0,0124	0,0111	-0,0114	0,0126
<b>Endowments</b>				
Indvandrer	-0,0007	0,0009	0,0007	0,0009
Efterkommer	0,0004	0,0005	0,0007	0,0006
Alder	-0,0006	0,0006	0,0002	0,0004
Uddannelse, 24 år	0,0001	0,0002	-0,0000	0,0002
Indkomst, 24 år	-0,0000	0,0002	-0,0001	0,0003
Psykiatri, 20-årig	0,0000	0,0002	0,0001	0,0002
Mor, øverste indkomstkvarantil	-0,0033	0,0036	-0,0001	0,0042
Far, øverste indkomstkvarantil	0,0029	0,0032	0,0042	0,0038
Mor, dagpenge	0,0003	0,0004	-0,0005	0,0006
Mor, førtidspension	0,0005	0,0007	0,0011	0,0008
Mor, kontanthjælp	-0,0001	0,0002	-0,0006	0,0007
Far, dagpenge	0,0000	0,0001	-0,0000	0,0000
Far, førtidspension	0,0003	0,0004	-0,0001	0,0003
Far, kontanthjælp	-0,0014	0,0008	-0,0009	0,0007
Mor, Udd=>12 år	0,0077	0,0042	0,0014	0,0049
Far, Udd=>12 år	-0,0034	0,0035	0,0037	0,0041
Mor, psykiatri	0,0001	0,0004	-0,0001	0,0004
Far, psykiatri	-0,0000	0,0002	0,0001	0,0003
Intakt familie	-0,0009	0,0023	-0,0040	0,0027

Mor, missing	0,0009	0,0011	-0,0005	0,0009
Far, missing	-0,0005	0,0008	-0,0013	0,0016

---

Coefficients

---

Indvandrer	0,0041	0,0072	0,0188*	0,0093
Efterkommer	0,0035*	0,0017	0,0030	0,0021
Alder	0,1745	0,1442	-0,0349	0,1854
Uddannelse, 24 år	-0,0200	0,0490	0,0565	0,0623
Indkomst, 24 år	0,0313	0,0185	-0,0097	0,0236
Psykiatri, 20-årig	0,0115*	0,0055	0,0078	0,0047
Mor, øverste indkomstkvartil	0,0020	0,0062	-0,0027	0,0079
Far, øverste indkomstkvartil	-0,0063	0,0061	-0,0059	0,0078
Mor, dagpenge	-0,0004	0,0015	-0,0036	0,0020
Mor, førtidspension	0,0020	0,0025	0,0027	0,0032
Mor, kontanthjælp	-0,0007	0,0016	-0,0027	0,0021
Far, dagpenge	0,0010	0,0012	0,0016	0,0016
Far, førtidspension	-0,0001	0,0018	0,0008	0,0023
Far, kontanthjælp	-0,0041*	0,0018	0,0001	0,0020
Mor, Udd=>12 år	0,0167	0,0178	-0,0006	0,0225
Far, Udd=>12 år	0,0089	0,0174	0,0272	0,0221
Mor, psykiatri	-0,0013	0,0016	-0,0009	0,0020
Far, psykiatri	0,0011	0,0014	0,0015	0,0018
Intakt familie	-0,0229	0,0153	-0,0384*	0,0195
Mor, missing	0,0031	0,0076	-0,0052	0,0097
Far, missing	-0,0060	0,0076	-0,0158	0,0097
_cons	-0,2172	0,1597	-0,0103	0,2050

---

Interaktion, Endowments og Coefficients

---

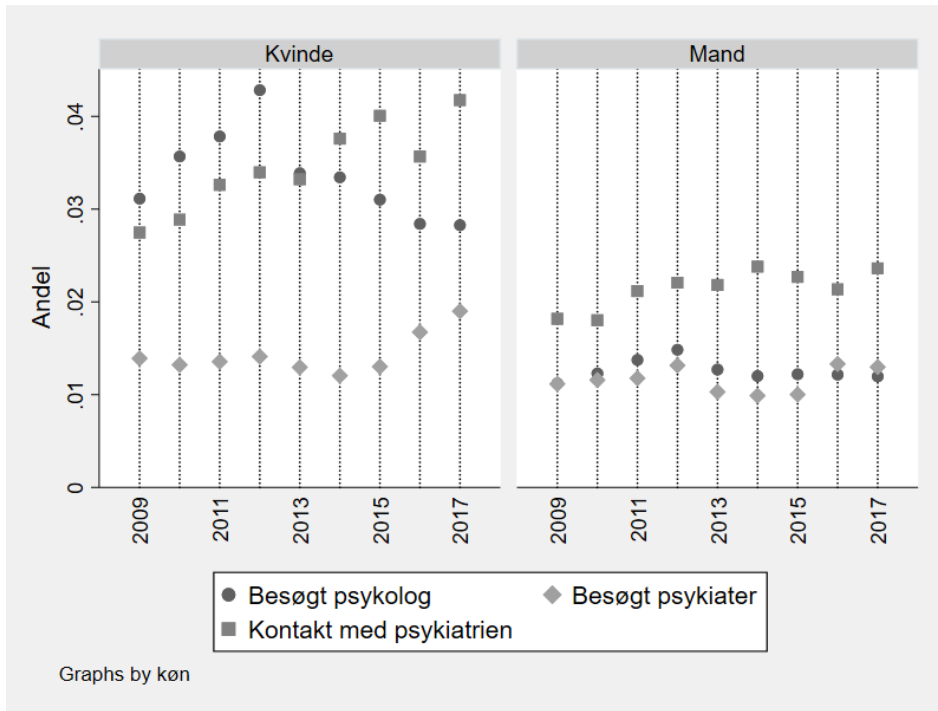
Indvandrer	-0,0005	0,0009	-0,0021	0,0023
Efterkommer	-0,0017	0,0011	-0,0015	0,0012
Alder	0,0007	0,0008	-0,0001	0,0008
Uddannelse, 24 år	-0,0001	0,0003	0,0003	0,0007
Indkomst, 24 år	-0,0005	0,0007	0,0002	0,0004
Psykiatri, 20-årig	-0,0064	0,0053	-0,0043	0,0039
Mor, øverste indkomstkvartil	0,0018	0,0055	-0,0024	0,0070
Far, øverste indkomstkvartil	-0,0051	0,0050	-0,0047	0,0063
Mor, dagpenge	0,0001	0,0004	0,0009	0,0010
Mor, førtidspension	-0,0009	0,0011	-0,0012	0,0015
Mor, kontanthjælp	0,0001	0,0004	0,0006	0,0008
Far, dagpenge	0,0000	0,0003	0,0000	0,0005

Far, førtidspension	0,0000	0,0004	-0,0002	0,0006
Far, kontanthjælp	0,0024	0,0014	-0,0000	0,0012
Mor, Udd=>12 år	-0,0058	0,0061	0,0002	0,0078
Far, Udd=>12 år	-0,0027	0,0054	-0,0084	0,0069
Mor, psykiatri	0,0005	0,0007	0,0004	0,0008
Far, psykiatri	-0,0003	0,0005	-0,0005	0,0007
Intakt familie	0,0055	0,0038	0,0093	0,0049
Mor, missing	-0,0004	0,0010	0,0006	0,0013
Far, missing	0,0006	0,0010	0,0016	0,0020
<hr/>				
N	3095		3095	
<hr/>				

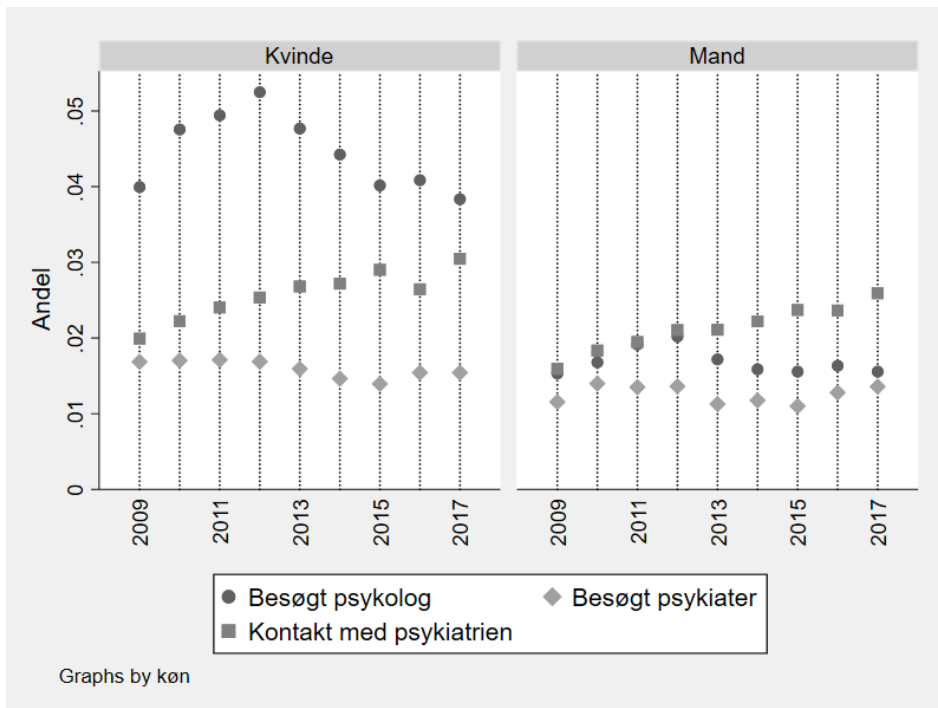
BILAG 10

Figur B10.1: Udviklingen i de 3 markører fra 2009 til 2017

Panel A: 20-årige



Panel B: 28-årige



Tabel B10.1.1: Andele med besøg/kontakter i 2009 hhv. 2017, fordelt på forældres indkomst, 20-årige

		Mand		% forsk.Indk.=0	Rel. forsk.Indk.=1	Kvinde		% forsk.Indk.=0	Rel. forsk.Indk.=1
		Indk.=0	Indk.=1			Indk.=0	Indk.=1		
Psykolog	2009	1,12	1,10	0,02	0,98	3,14	2,95	0,18	0,94
	2017	1,21	1,08	0,13	0,89	2,85	2,62	0,23	0,92
% Ændring		0,08	0,02			0,29*	0,33		
Relativ ænd.		1,08	0,98			0,91	0,89		
Psykiater	2009	1,18	0,66	0,05**	0,56	1,45	0,96	0,49	0,66
	2017	1,36	0,79	0,56**	0,58	1,90	1,86	0,04	0,98
% Ændring		0,18*	0,13			0,45***	0,90***		
Relativ ænd.		1,15	1,20			1,31	1,94		
Psykiatri	2009	1,98	0,68	1,30***	0,34	2,94	1,38	1,57***	0,47
	2017	2,48	1,33	1,15***	0,54	4,33	2,79	1,54***	0,64
% Ændring		0,50***	0,65**			1,38***	1,41***		
Relativ ænd.		1,25	1,96			1,47	2,02		
N, 2009		29635	4255			28221	4062		
N, 2017		33526	3902			31713	3547		

Tabel B10.1.2: Andele med besøg/kontakter i 2009 hhv. 2017, fordelt på forældres uddannelsesniveau, 20-årige

		Mand		% forsk.Udd<12	Rel. forsk.Udd>=12	Kvinde		% forsk.Udd<12	Rel. forsk.Udd>=12
		Udd<12	Udd>=12			Udd<12	Udd>=12		
Psykolog	2009	1,03	1,21	0,18	1,17	2,88	3,33	0,45*	1,16
	2017	0,95	1,36	0,42***	1,43	2,48	3,06	0,59**	1,23
% Ændring		0,07	0,15			0,40*	0,26		
Relativ ænd.		0,92	1,12			0,86	0,92		
Psykiater	2009	1,20	1,04	0,16	0,87	1,60	1,20	0,39**	0,75
	2017	1,29	1,30	0,01	1,01	1,97	1,85	0,12	0,94
% Ændring		0,09	0,26**			0,38*	0,65***		
Relativ ænd.		1,08	1,25			1,23	1,54		
Psykiatri	2009	2,33	1,36	0,97***	0,58	3,24	2,29	0,95***	0,71
	2017	2,91	1,99	0,92***	0,68	5,07	3,58	1,50***	0,71
% Ændring		0,058**	0,63***			1,83***	1,28***		
Relativ ænd.		1,25	1,46			1,56	1,56		
N, 2009		16060	17830			15418	16865		
N, 2017		15083	22345			14097	21163		



Tabel B10.1.3: Andele med besøg/kontakter i 2009 hhv. 2017, fordelt på forældres kontanthjælp, 20-årige

		Mand		% forskel	Rel. forskel	Kvinde		% forskel	Rel. forskel
		Konthj.=0	Konthj.=1			Konthj.=0	Konthj.=1		
Psykolog	2009	1,14	0,88	0,26	0,77	3,13	2,92	0,21	0,93
	2017	1,22	0,99	0,23	0,81	2,87	2,48	0,39	0,86
% Ændring		0,07	0,11			0,26	0,44		
Relativ ænd.		1,07	1,13			0,92	0,85		
Psykiater	2009	1,09	1,36	0,27	1,25	1,33	2,05	0,72**	1,54
	2017	1,20	2,17	0,97***	1,80	1,81	2,67	0,85***	1,48
% Ændring		0,11	0,08**			0,48***	0,62		
Relativ ænd.		1,10	1,60			1,36	1,30		
Psykiatri	2009	1,72	2,91	1,18***	1,69	2,58	4,69	2,11***	1,82
	2017	2,15	4,21	2,05***	1,96	3,85	6,99	3,14***	1,82
% Ændring		0,42***	1,30**			1,27***	2,30***		
Relativ ænd.		1,25	1,45			1,49	1,49		
N, 2009		31172	2718			29746	2537		
N, 2017		33600	3828			31584	3676		

Tabel B10.1.4: Andele med besøg/kontakter i 2009 hhv. 2017, fordelt på forældres førtidspension, 20-årige

		Mand		% forskel	Rel. forskel	Kvinde		% forskel	Rel. forskel
		Førtid=0	Førtid=1			Førtid=0	Førtid=1		
Psykolog	2009	1,08	1,46	0,37*	1,35	3,06	3,57	0,51	1,17
	2017	1,18	1,33	0,15	1,13	2,85	2,62	0,23	0,91
% Ændring		0,10	0,13			0,21	0,95*		
Relativ ænd.		1,09	0,91			0,93	0,73		
Psykiater	2009	1,00	2,16	1,16***	2,16	1,26	2,56	1,30***	2,03
	2017	1,26	1,70	0,44*	1,35	1,84	2,44	0,59*	1,33
% Ændring		0,26**	0,47			0,58***	0,12		
Relativ ænd.		1,26	0,79			1,46	0,95		
Psykiatri	2009	1,62	3,69	2,07***	2,28	2,47	5,28	2,80***	2,14
	2017	2,15	4,39	2,25***	2,04	3,95	6,32	2,37***	1,60
% Ændring		0,53***	0,71			1,48***	1,05		
Relativ ænd.		1,33	1,19			1,60	1,20		
N, 2009		30609	3281			29118	3165		
N, 2017		33832	3596			31938	3322		

Tabel B10.1.5: Andele med besøg/kontakter i 2009 hhv. 2017, fordelt på forældres kontakter til psykiatrien, 20-årige

		Mand		%	Rel.	Kvinde		%	Rel.
		Psyk.=0	Psyk.=1	forskel	forskel	Psyk.=0	Psyk.=1	forskel	forskel
Psykolog	2009	1,08	1,83	0,75**	1,69	3,06	4,12	1,05*	1,35
	2017	1,17	1,67	0,50*	1,43	2,79	3,43	0,64	1,23
% Ændring		0,08	0,16			0,27*	0,69		
Relativ ænd.		1,08	0,91			0,91	0,83		
Psykiater	2009	1,07	1,95	0,88***	1,82	1,35	2,29	0,94**	1,70
	2017	1,25	2,04	0,79**	1,63	1,81	3,38	1,57***	1,87
% Ændring		0,18*	0,09			0,47***	1,09		
Relativ ænd.		1,67	1,05			1,34	1,48		
Psykiatri	2009	1,72	3,61	1,88***	2,10	2,57	6,41	3,74***	2,49
	2017	2,19	5,16	2,96***	2,36	3,92	8,56	4,64***	2,18
% Ændring		0,46***	1,55*			1,35***	2,15*		
Relativ ænd.		1,27	1,43			1,52	1,34		
N, 2009		32198	1692			30753	1530		
N, 2017		35275	2153			33308	1952		

Tabel B10.1.6: Andele med besøg/kontakter i 2009 hhv. 2017, fordelt på kontakt med psykiatrien som 17-årig. 20-årige

		Mand		%	Rel.	Kvinde		%	Rel.
		Ej Kontakt	Kontakt	forskel	forskel	Ej Kontakt	Kontakt	forskel	forskel
Psykolog	2009	1,10	1,89	0,79*	1,72	2,99	5,80	2,81***	1,94
	2017	1,14	2,24	1,09**	1,96	2,67	4,85	2,18***	1,82
% Ændring		0,04	0,34			0,32*	0,95		
Relativ ænd.		1,04	1,19			0,89	0,84		
Psykiater	2009	0,99	6,55	5,56***	6,62	1,13	7,35	6,22***	6,50
	2017	1,05	6,05	5,00***	5,76	1,49	7,28	5,78***	4,89
% Ændring		0,06	0,50			0,37**	0,07		
Relativ ænd.		1,06	0,92			1,32	0,99		
Psykiatri	2009	1,49	15,49	14,00***	10,40	2,07	18,22	16,15***	8,80
	2017	1,69	15,43	13,74***	9,13	2,85	21,67	18,82***	7,60
% Ændring		0,20*	0,06			0,79**	3,45*		
Relativ ænd.		1,13	1,00			1,38	1,19		
N, 2009		33096	794			30922	1361		
N, 2017		35594	1834			32787	2473		

Tabel B10.1.7: Andele med besøg/kontakter i 2009 hhv. 2017, fordelt på efterkommer hhv. ikke-efterkommere, 20-årige

		Mand		%	Rel.	Kvinde		%	Rel.
		Ej eft.	Efterk.	forskel	forskel	Ej eft.	Efterk.	forskel	forskel
Psykolog	2009	1,14	0,62	0,53	0,54	3,21	0,89	2,32**	0,28
	2017	1,25	0,42	0,83**	0,34	2,98	0,85	2,13**	0,29
% Ændring		0,11	0,19			0,23	0,04		
Relativ ænd.		1,10	0,68			0,93	0,96		
Psykiater	2009	1,15	0,41	0,73*	0,36	1,42	0,67	0,76*	0,47
	2017	1,33	0,85	0,48*	0,64	2,00	0,62	1,38**	0,31
% Ændring		0,19*	0,44			0,58***	0,04		
Relativ ænd.		1,16	2,07			1,41	0,93		
Psykiatri	2009	1,85	1,17	0,68	0,63	2,79	1,70	1,09*	0,61
	2017	2,44	1,31	1,13**	0,54	4,33	2,21	2,12***	0,51
% Ændring		0,59***	0,14			1,54	0,50		
Relativ ænd.		1,32	1,12			1,55	1,30		
N, 2009		32435	1455			30932	1351		
N, 2017		34836	2592			32676	2584		

Tabel B10.2.1: Andele med besøg/kontakter i 2009 hhv. 2017, fordelt på forældres indkomst, 28-årige

		Mand		%	Rel.	Kvinde		%	Rel.
		Indk.=0	Indk.=1	forskel	forskel	Indk.=0	Indk.=1	forskel	forskel
Psykolog	2009	1,49	1,88	0,38	1,26	3,94	4,51	0,57	1,14
	2017	1,56	1,50	0,06	0,96	3,82	3,97	0,15	1,04
% Ændring		0,07	0,38			0,12	0,55		
Relativ ænd.		1,05	0,80			0,97	0,88		
Psykiater	2009	1,15	1,20	0,05	1,04	1,69	1,62	0,07	0,96
	2017	1,33	1,57	0,24	1,18	1,54	1,54	0,00	1
% Ændring		0,18*	0,37			0,15	0,08		
Relativ ænd.		1,16	1,31			0,91	0,95		
Psykiatri	2009	1,68	0,78	0,91***	0,46	2,01	1,82	0,19	0,91
	2017	2,69	1,74	0,95***	0,65	3,12	2,24	0,72**	0,71
% Ændring		1,00***	0,96***			1,11***	0,58		
Relativ ænd.		1,60	2,23			1,55	1,23		
N, 2009		27718	3089			27694	3969		
N, 2017		34289	4137			33044	3959		

Tabel B10.2.2: Andele med besøg/kontakter i 2009 hhv. 2017, fordelt på forældres uddannelsesniveau, 28-årige

		Mand		%	Rel.	Kvinde		%	Rel.
		Udd<12	Udd>=12	forskel	forskel	Udd<12	Udd>=12	forskel	forskel
Psykolog	2009	1,33	1,84	0,50***	1,38	3,77	4,37	0,60**	1,16
	2017	1,30	1,86	0,56***	1,43	3,33	4,44	1,09***	1,33
% Ændring		0,03	0,02			0,42*	0,07		
Relativ ænd.		0,98	1,01			0,88	1,02		
Psykiater	2009	1,21	1,07	0,14	0,88	1,61	1,81	0,20	1,12
	2017	1,34	1,39	0,05	1,04	1,54	1,54	0,00	1,00
% Ændring		0,12	0,31*			0,06	0,26		
Relativ ænd.		1,11	1,30			0,96	0,85		
Psykiatri	2009	1,84	1,21			2,10	1,82	0,27	0,87
	2017	2,88	2,24			3,34	2,80	0,43**	0,84
% Ændring		1,04***	1,03***	0,63***	0,99	1,14***	0,98***		
Relativ ænd.		1,57	1,85	0,65***	1,18	1,59	1,54		
N, 2009		18667	12140			18991	11672		
N, 2017		21043	17383			20544	16459		

Tabel B10.2.3: Andele med besøg/kontakter i 2009 hhv. 2017, fordelt på forældres kontanthjælp, 28-årige

		Mand		%	Rel.	Kvinde		%	Rel.
		Konthj.=0	Konthj.=1	forskel	forskel	Konthj.=0	Konthj.=1	forskel	forskel
Psykolog	2009	1,50	2,11	0,61*	1,43	3,98	4,20	0,23	1,06
	2017	1,57	1,36	0,21	0,87	3,83	3,86	0,03	1,01
% Ændr.		0,07	0,75			0,15	0,34		
Rel. ænd.		1,05	0,64			0,96	0,92		
Psykiater	2009	1,09	2,22	1,13***	2,04	1,63	2,55	0,92**	1,56
	2017	1,30	2,11	0,81***	1,62	1,44	3,00	1,56***	2,08
% Ændr.		0,21*	0,11			0,20*	0,44		
Rel. ænd.		1,19	0,95			0,88	1,18		
Psykiatri	2009	1,44	3,99	2,54***	2,77	1,90	3,46	1,56**	1,82
	2017	2,43	4,82	2,40***	1,41	2,85	5,79	2,94***	2,03
% Ændr.		0,98***	0,84			0,95***	2,32***		
Rel. ænd.		1,69	1,21			1,5	1,67		
N, 2009		29002	1805			38901	1762		
N, 2017		35775	2651			34568	2435		

Tabel B10.2.8: Andele med besøg/kontakter i 2009 hhv. 2017, fordelt på forældres førtidspension, 28-årige

		Mand		%	Rel.	Kvinde		%	Rel.
		Førtid=0	Førtid.=1	forskel	forskel	Førtid=0	Førtid.=1	forskel	forskel
Psykolog	2009	1,47	2,27	0,81**	1,54	3,94	4,56	0,62	1,16
	2017	1,47	2,46	0,98***	1,67	3,76	4,68	0,93**	1,24
% Ændring		0,00	0,18			0,19	0,12		
Relativ ænd.		1,00	1,09			0,95	1,03		
Psykiater	2009	1,09	1,88	0,79***	1,72	1,58	2,82	1,23***	1,78
	2017	1,26	2,42	1,16***	1,92	1,47	2,33	0,85***	1,59
% Ændring		0,17*	0,54			0,11	0,49		
Relativ ænd.		1,16	1,29			0,93	0,83		
Psykiatri	2009	1,40	3,76	2,36***	2,69	1,84	3,69	1,84***	2,01
	2017	2,32	5,60	3,28***	2,41	2,81	5,65	2,84***	2,01
% Ændring		0,92***	1,84**			0,97***	1,96***		
Relativ ænd.		1,66	1,49			1,53	1,53		
N, 2009		28255	2552			28141	2522		
N, 2017		35210	3216			33907	3096		

Tabel B10.2.5: Andele med besøg/kontakter i 2009 hhv. 2017, fordelt på forældres kontakter til psykiatrien, 28-årige

		Mand		%	Rel.	Kvinde		%	Rel.
		Psyk.=0	Psyk.=1	forskel	forskel	Psyk.=0	Psyk.=1	forskel	forskel
Psykolog	2009	1,49	2,68	1,19**	1,80	3,92	5,77	1,85**	1,47
	2017	1,51	2,50	0,98**	1,66	3,73	6,23	2,50***	1,67
% Ændring		0,02	0,18			0,20	0,45		
Relativ ænd.		1,01	0,93			0,95	1,08		
Psykiater	2009	1,12	2,13	1,01**	1,90	1,67	2,20	0,53	1,32
	2017	1,33	2,07	0,75*	1,56	1,46	3,55	2,09***	2,43
% Ændring		0,21*	0,05			0,21*	1,36*		
Relativ ænd.		1,19	0,97			0,87	1,61		
Psykiatri	2009	1,48	4,71	3,24***	3,18	1,94	3,48	1,55***	1,79
	2017	2,46	5,55	3,09***	2,26	2,89	6,84	3,95***	2,37
% Ændring		0,98***	0,83			0,95***	3,35***		
Relativ ænd.		1,66	1,18			1,49	1,97		
N, 2009		29726	1081			29572	1091		
N, 2017		36785	1641			35511	1492		

Tabel B10.2.6: Andele med besøg/kontakter i 2009 hhv. 2017, fordelt på kontakt med psykiatrien som 20-årig. 28-årige

		Mand Ej Kontakt	Kontakt	% forskøl	Rel. forskøl	Kvinde Ej Kontakt	Kontakt	% forskøl	Rel. forskøl
Psykolog	2009	1,67	2,95	1,28	1,77	4,36	7,19	2,84*	1,65
	2017	1,76	3,02	1,26*	1,72	4,36	6,23	1,87*	1,43
% Ændring		0,09	0,07			0,00	0,96		
Relativ ænd.		1,05	1,02			1,00	0,87		
Psykiater	2009	1,20	5,90	4,70***	4,92	1,76	8,35	6,59***	4,74
	2017	1,49	3,70	2,21**	2,48	1,64	5,65	4,02***	3,45
% Ændring		0,29**	2,20			0,12	2,70		
Relativ ænd.		1,24	0,63			0,93	0,68		
Psykiatri	2009	1,56	17,71	16,15***	11,32	1,98	13,23	11,24***	6,68
	2017	2,59	19,16	16,57***	7,40	2,92	20,30	17,38***	6,95
% Ændring		1,03***	1,45			0,93***	7,07***		
Relativ ænd.		1,66	1,08			1,48	1,53		
N, 2009		26922	271			26024	431		
N, 2017		31762	595			29820	867		

Tabel B10.2.7: Andele med besøg/kontakter i 2009 hhv. 2017, fordelt på efterkommer hhv. ikke-efterkommere, 28-årige

		Mand Ej eft.	Efterk.	% forskøl	Rel. forskøl	Kvinde Ej eft.	Efterk.	% forskøl	Rel. forskøl
Psykiater	2009	1,16	1,02	0,14	0,88	1,69	1,33	0,36	0,79
	2017	1,36	1,38	0,02	1,01	1,56	1,08	0,48	0,69
% Ændring		0,20*	0,36			0,13	0,25		
Relativ ænd.		1,17	1,35			0,92	0,81		
Psykiatri	2009	1,57	2,49	0,91	1,59	2,01	1,33	0,68	0,66
	2017	2,59	2,56	0,04	0,99	3,05	2,86	0,19	0,94
% Ændring		1,02***	0,07			1,04***	1,53***		
Relativ ænd.		1,65	1,03			1,52	2,15		
N, 2009		30123	684			29986	677		
N, 2017		36979	1442			35709	1294		

Tabel B10.3.1. Andele med dårligt mentalt helbred i 2009 hhv. 2017, fordelt på forældrebaggrund, 18-24-årige

	2012	2018	% Ænd.	Rel. Ændr.	N, 2012	N, 2018
<b>Indkomst</b>						
<75 pct	13,08	15,97	2,89*	1,22	1,277	1,340
>=75 pct.	10,53	9,86	0,67	0,95	133	142
% forskel	2,55	6,11				
Relativ forskel	0,81	0,62				
<b>Uddannelse</b>						
<12 år	14,16	16,63	2,47	1,17	551	505
>=12 år	11,99	14,74	2,75†	1,23	859	977
% forskel	2,17	1,89				
Relativ forskel	0,85	0,89				
<b>Ydelser</b>						
Nej	12,01	14,68	2,67*	1,23	1266	1294
Ja	20,14	20,21	0,07	1,00	144	188
% forskel	8,13**	5,52*				
Relativ forskel	1,68	1,38				
<b>Kontakt med psykiatri</b>						
Nej	12,76	15,21	2,45†	1,20	1364	1423
Ja	15,25	18,64	3,39	1,21	46	59
% forskel	2,46	3,39				
Relativ forskel	1,20	1,23				

Tabel B10.4.1. Andele med dårligt mentalt helbred i 2012 hhv. 2018, fordelt på forældrebaggrund, 25-32-årige

	2012	2018	% Ænd.	Rel. Ændr.	N, 2012	N, 2018
<b>Indkomst</b>						
<75 pct	10,90	13,94	0,030**	1,28	1.404	3.164
>=75 pct.	10,42	13,45	0,031	1,30	787	342
% forskel	0,48	0,49				
Relativ forskel	0,96	0,95				
<b>Uddannelse</b>						
<12 år	11,40	16,73	0,053***	1,46	1.404	1.506
>=12 år	9,53	11,75	0,023†	1,24	787	2.000
% forskel	1,87	4,98***				
Relativ forskel	0,84	0,70				
<b>Ydelser</b>						
Nej	10,36	13,31	0,029**	1,28	2.007	3.095
Ja	14,67	18,25	0,036	1,25	184	411
% forskel	4,31	4,94**				
Relativ forskel	1,42	1,37				
<b>Kontakt med psykiatri</b>						
Nej	10,64	13,82	0,032***	1,30	2,142	3.387
Ja	14,28	15,97	0,017	1,12	49	119
% forskel	3,64	2,15				
Relativ forskel	1,34	1,16				

## BILAG 11

**Tabel B11.1.1: Besøg hos psykolog, 20-årige**

	2010	2016	% Ændr.	Rel. Ændr.	N, 2010	N, 2016
<b>Dreng</b>						
<b>Dansk</b>						
<10	1,24	1,25	0,01	1,01	29.304	20.059
>=10	1,38	1,67	0,29	1,21	508	2.157
% forskel	0,14	0,42				
Relativ forskel	1,11	1,34				
<b>Matematik</b>						
<10	1,26	1,30	0,04	1,03	26.422	24.779
>=10	1,10	1,20	0,10	1,09	3.446	7.392
% forskel	0,16	0,09				
Relativ forskel	0,87	0,92				
<b>Samlet</b>						
<10	1,23	1,27	0,40	1,03	29.414	29.900
>=10	1,92	1,28	0,64	0,67	572	2.493
% forskel	0,69	0,01				
Relativ forskel	1,56	1,01				
<b>Piger</b>						
<b>Dansk</b>						
<10	3,68	3,03	0,65***	0,82	28.159	26.534
>=10	3,66	2,53	1,13*	0,69	1.531	4.983
% forskel	0,02	0,50				
Relativ forskel	0,99	0,83				
<b>Matematik</b>						
<10	3,69	3,10	0,59***	0,84	26.312	24.394
>=10	3,60	2,44	1,15**	0,68	3.281	6.955
% forskel	0,09	0,65**				
Relativ forskel	0,98	0,79				
<b>Samlet</b>						
<10	3,69	3,02	0,66***	0,82	28.643	27.538
>=10	3,68	2,50	1,19*	0,68	1.113	4.045
% forskel	0,01	0,53				
Relativ forskel	1,00	0,83				



**Tabel B11.1.2: Samlede kontakter til det mentale sundhedsvæsen, 20-årige (andele)**

	2010	2016	% Ændr.	Rel. Ændr.	N, 2010	N, 2016
<b>Drenge</b>						
<b>Dansk</b>						
<10	3,17	3,90	0,73***	1,23	29.304	30.059
>=10	1,97	2,55	0,58	1,29	508	2.157
% forskel	1,21	1,35**				
Relativ forskel	0,62	0,65				
<b>Matematik</b>						
<10	3,31	4,24	0,93***	1,28	26.422	24.779
>=10	1,86	2,29	0,43	1,23	3.446	7.392
% forskel	1,45***	1,95***				
Relativ forskel	0,56	0,54				
<b>Samlet</b>						
<10	3,17	3,99	0,82***	1,26	29.414	29.900
>=10	2,80	2,21	0,59	0,79	572	2.493
% forskel	0,37	1,78***				
Relativ forskel	0,88	0,55				
<b>Piger</b>						
<b>Dansk</b>						
<10	6,75	7,41	0,66**	1,10	28.159	26.534
>=10	6,14	5,14	1,00	0,84	1.531	4.983
% forskel	0,61	2,28***				
Relativ forskel	0,91	0,69				
<b>Matematik</b>						
<10	6,85	7,70	0,85***	1,14	26.312	24.394
>=10	5,18	4,64	0,54	0,90	3.281	6.955
% forskel	1,67***	3,05***				
Relativ forskel	0,76	0,60				
<b>Samlet</b>						
<10	6,79	7,41	0,62**	1,09	28.643	27.538
>=10	5,57	4,70	0,87	0,84	1.113	4.045
% forskel	1,22	2,71***				
Relativ forskel	0,82	0,63				

Tabel B11.1.3: Besøg hos psykolog, 20-årige

		2010	2016	% Ændr.	Rel. Ændr.	N, 2010	N, 2016
<b>Drenge</b>							
<b>Dansk</b>							
	>=3	1,25	1,29	0,04	1,03	26.384	28.753
	<3	1,14	1,13	0,01	0,99	3.428	3.462
% forskel		0,11	0,17				
Relativ forskel		0,91	0,88				
<b>Matematik</b>							
	>=3	1,26	1,30	0,04	1,03	25.520	27.999
	<3	1,15	1,08	0,07	0,94	4.348	4.172
% forskel		0,11	0,22				
Relativ forskel		0,91	0,83				
<b>Samlet</b>							
	>=3	1,25	1,30	0,0005	1,04	26.543	29.219
	<3	1,22	1,07	0,0015	0,88	3.443	3.174
% forskel		0,03	0,23				
Relativ forskel		0,98	0,82				
<b>Piger</b>							
<b>Dansk</b>							
	>=3	3,76	2,98	0,0073***	0,80	28.580	30.227
	<3	2,79	2,25	0,0054	0,81	1.110	1.290
% forskel		0,92	0,74				
Relativ forskel		0,74	0,76				
<b>Matematik</b>							
	>=3	3,63	2,96	0,0067***	0,82	25.743	27.481
	<3	4,00	2,92	0,0108**	0,73	3.850	3.868
% forskel		0,37	0,04				
Relativ forskel		1,10	0,99				
<b>Samlet</b>							
	>=3	3,70	3,00	0,0070***	0,81	28.092	29.873
	<3	3,55	2,22	0,0132**	0,63	1.664	1.710
% forskel		0,15	0,78				
Relativ forskel		0,96	0,74				

Tabel B11.1.4: Samlede kontakter til det mentale sundhedsvæsen, 20-årige

		2010	2016	% Ændr.	Rel. Ændr.	N, 2010	N, 2016
<b>Drenge</b>							
<b>Dansk</b>							
	>=3	2,94	3,54	0,0060***	1,20	26.384	28.753
	<3	4,75	6,06	0,0131**	1,28	3.428	3.462
% forskel		1,81***	2,52***				
Relativ forskel		1,62	1,71				
<b>Matematik</b>							
	>=3	2,81	3,44	0,0063***	1,22	25.520	27.999
	<3	5,11	6,14	0,0103*	1,20	4.348	4.172
% forskel		2,30***	2,70***				
Relativ forskel		1,82	1,78				
<b>Samlet</b>							
	>=3	2,92	3,51	0,0060***	1,20	26.543	29.219
	<3	5,02	6,93	0,0191**	1,38	3.443	3.174
% forskel		2,10***	3,42***				
Relativ forskel		1,72	1,97				
<b>Piger</b>							
<b>Dansk</b>							
	>=3	6,62	6,88	0,0026	1,04	28.580	30.227
	<3	9,37	11,01	0,0164	1,18	1.110	1.290
% forskel		2,75***	4,12***				
Relativ forskel		1,42	1,60				
<b>Matematik</b>							
	>=3	6,11	6,32	0,0022	1,03	25.743	27.481
	<3	10,39	12,00	0,016*	1,15	3.850	3.868
% forskel		4,28***	5,67***				
Relativ forskel		1,70	1,90				
<b>Samlet</b>							
	>=3	6,55	6,77	0,0023	1,03	28.092	29.873
	<3	10,04	12,11	0,0207*	1,21	1.664	1.710
% forskel		3,49***	5,33***				
Relativ forskel		1,53	1,79				

Tabel B11.2.1: Andele med besøg/kontakter i 2009 hhv. 2017, fordelt på ledighedsstatus

		Mand		% forskel	Rel. forskel	Kvinde		% forskel	Rel. forskel
		Arbl.=0	Arbl.=1			Arbl.=0	Arbl.=1		
Psykolog	2009	1,50	2,25	0,75*	1,50	3,97	4,31	0,34	1,09
	2017	1,54	1,75	0,21	1,14	3,84	3,80	0,04	0,99
% Ændring		0,04	0,50			0,13	0,51		
Relativ ænd.		1,03	0,78			0,97	0,88		
Psykiater	2009	1,00	4,50	3,50***	4,50	1,43	4,68	3,25***	3,27
	2017	1,21	3,89	2,68***	3,21	1,30	4,63	3,32***	3,56
% Ændring		0,21**	0,61			0,13	0,05		
Relativ ænd.		1,21	0,86			0,91	0,99		
Psykiatri	2009	1,35	6,90	5,55***	5,11	1,64	6,09	4,45***	3,71
	2017	2,10	11,05	8,95***	5,26	2,34	12,19	9,86***	5,21
% Ændring		0,75***	4,15**			0,70***	6,10***		
Relativ ænd.		1,56	1,60			1,43	2,00		
N, 2009		29474	1333			28249	2414		
N, 2017		36317	2109			34346	2657		

Tabel B11.2.2: Andele med besøg/kontakter i 2009 hhv. 2017, fordelt på eget uddannelsesniveau

		Mand		% forskel	Rel. forskel	Kvinde		% forskel	Rel. forskel
		Udd<12	Udd>=12			Udd<12	Udd>=12		
Psykolog	2009	1,98	1,37	0,61***	0,69	4,47	3,86	0,62*	0,86
	2017	1,77	1,48	0,29*	0,84	4,24	3,74	0,50*	0,88
% Ændring		0,20	0,11			0,23	0,12		
Relativ ænd.		0,89	1,08			0,95	0,97		
Psykiater	2009	2,23	0,76	1,47***	0,34	3,22	1,24	1,98***	0,39
	2017	2,61	0,94	1,67***	0,36	3,50	1,08	2,42***	0,31
% Ændring		0,38	0,18*			0,28	0,17		
Relativ ænd.		1,17	1,24			1,09	0,87		
Psykiatri	2009	3,74	0,81	2,92***	0,22	4,27	1,34	2,93***	0,31
	2017	5,96	1,46	4,50***	0,24	7,45	2,00	5,45***	0,27
% Ændring		2,22***	0,65***			3,18***	0,66***		
Relativ ænd.		1,59	1,80			1,74	1,49		
N, 2009		8256	22562			6861	23802		
N, 2017		9647	28779			7118	29885		

Tabel B11.3.1. Andele med dårligt mentalt helbred i 2012 hhv. 2018, fordelt på karaktergns., 18-24-årige

	2012	2018	% Ændr.	Rel. Ændr.	N, 2012	N, 2018
<b>Dansk</b>						
<10	13,19	15,18	1,99	1,15	1243	1999
>=10	10,61	15,17	4,56	1,43	66	178
% forskel	2,59	0,01				
Relativ forskel	0,80	0,99				
<b>Matematik</b>						
<10	13,27	15,13	1,86	1,14	1153	985
>=10	10,69	14,36	3,67	1,34	159	383
% forskel	2,58	0,77				
Relativ forskel	0,81	0,95				
<b>Dansk</b>						
>=3	13,15	15,23	2,08	1,16	1255	1313
<3	11,11	14,06	2,95	1,27	54	64
% forskel	2,03	1,17				
Relativ forskel	0,84	0,92				
<b>Matematik</b>						
>=3	12,91	14,72	1,81	1,14	1224	1284
<3	13,34	17,86	4,22	1,34	88	84
% forskel	0,73	3,14				
Relativ forskel	1,03	1,21				

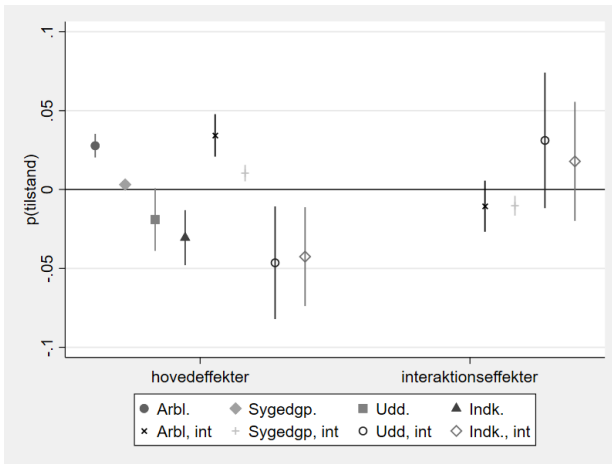
Tabel B11.4.1: Selvrapporteret mentalt helbred og egen indkomst og uddannelse, 28-årige

	2012	2018	% Ændr.	Rel. Ændr.	N, 2012	N, 2018
<b>Arbejdsløshed</b>						
Ikke arbejdsløs	10,69	13,89	3,20***	1,30	2160	3454
Arbejdsløs	12,90	13,46	0,56	1,04	31	52
% forskel	2,21	0,44				
Relativ forskel	1,21	0,97				
<b>Uddannelse</b>						
<b>Mænd</b>						
<12 år	17,19	19,23	2,04	1,12	221	364
>=12 år	7,34	10,11	2,76*	1,38	790	1227
% forskel	9,85***	9,12***				
Relativ forskel	0,43	0,53				
<b>Kvinder</b>						
<12 år	15,68	20,06	4,38	1,28	185	339
>=12 år	11,06	14,28	3,22*	1,29	995	1576
% forskel	4,62	5,78**				
Relativ forskel	0,71	0,71				

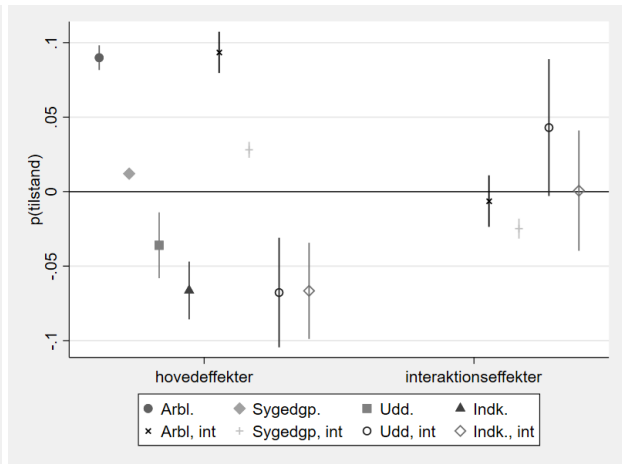
BILAG 13

Figur B13.1.1: Outcomes året efter ydelse i det mentale sundhedssystem, 20-årige, inkl. laggede outcomevariabler

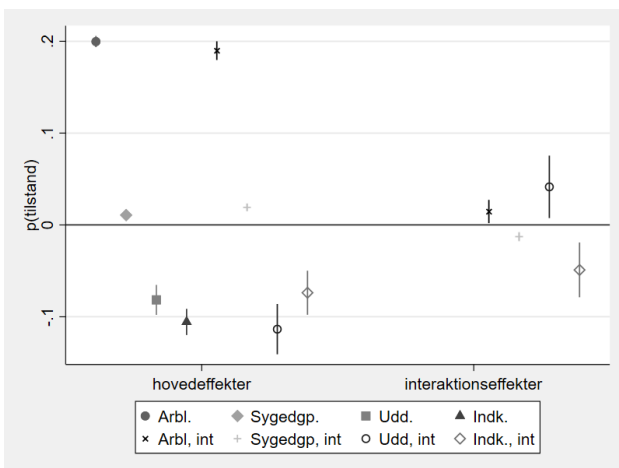
Panel A: Besøg hos en psykolog



Panel B: Besøg hos en psykiater



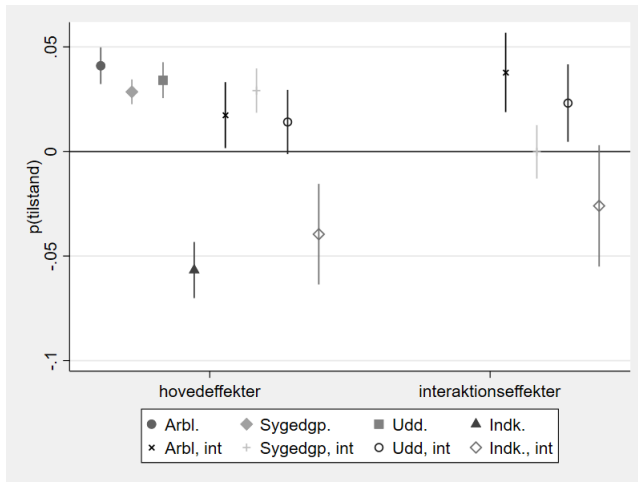
Panel C: Kontakt til psykiatrien



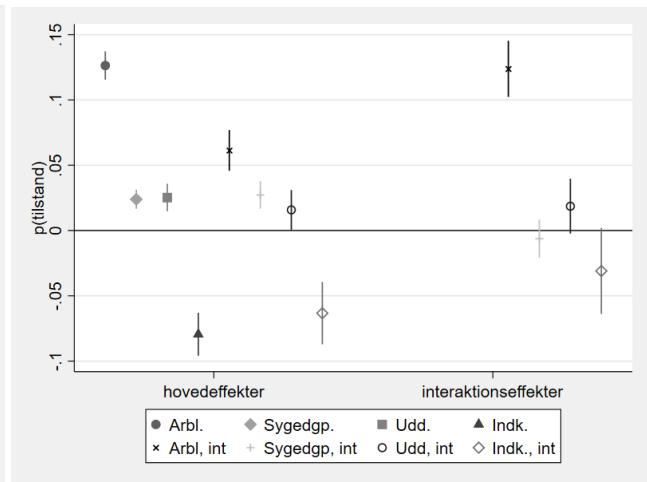
Note: Det laggede outcome er målt som 19-årig.

Figur B13.1.2: Outcomes året efter ydelse i det mentale sundhedssystem, 28-årige, inkl. laggede outcomevariabler

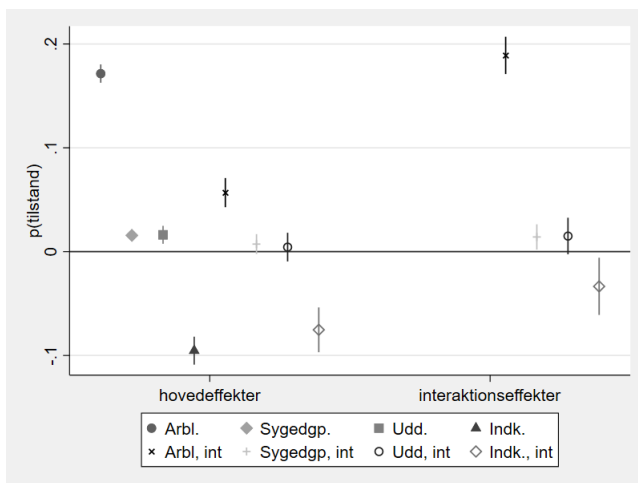
Panel A: Besøg hos en psykolog



Panel B: Besøg hos en psykiater



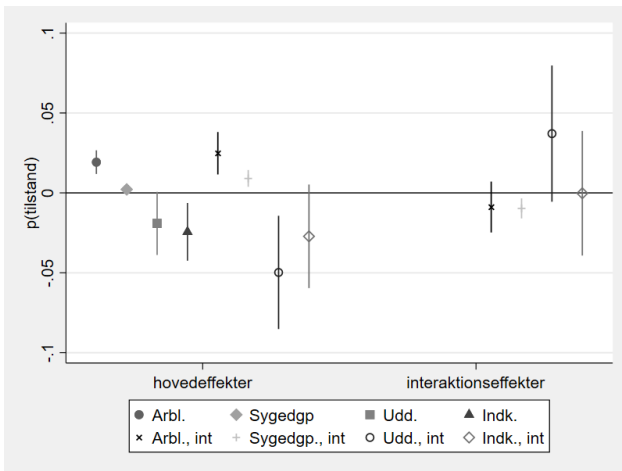
Panel C: Kontakt til psykiatrien



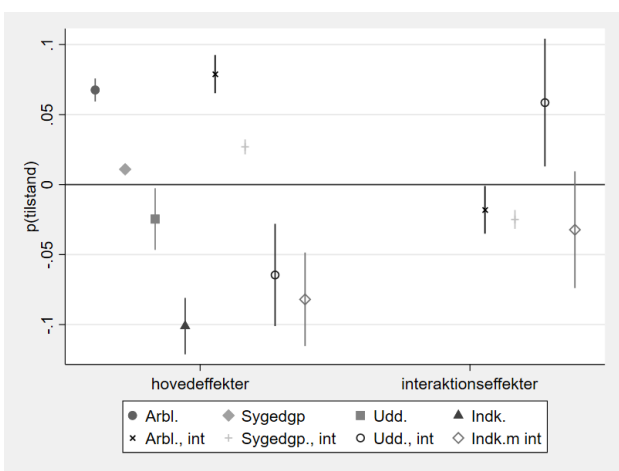
Note: Det laggede outcome er målt som 27-årig.

Figur B13.1.3: Outcomes året efter ydelse i det mentale sundhedssystem, 20-årige, inkl. kontrolvariabler

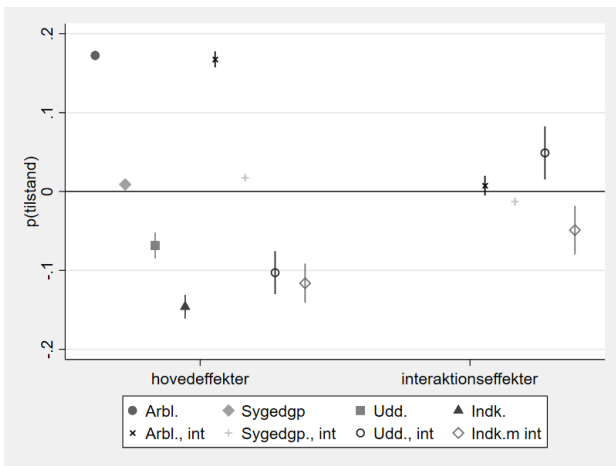
Panel A: Besøg hos en psykolog



Panel B: Besøg hos en psykiater



Panel C: Kontakt til psykiatrien

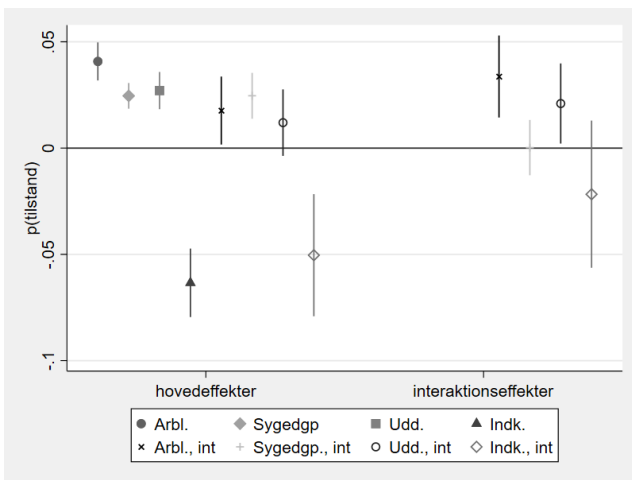


Note: De inkluderede kontrolvariabler er de samme som anvendes i de øvrige analyser med kontrolvariabler.

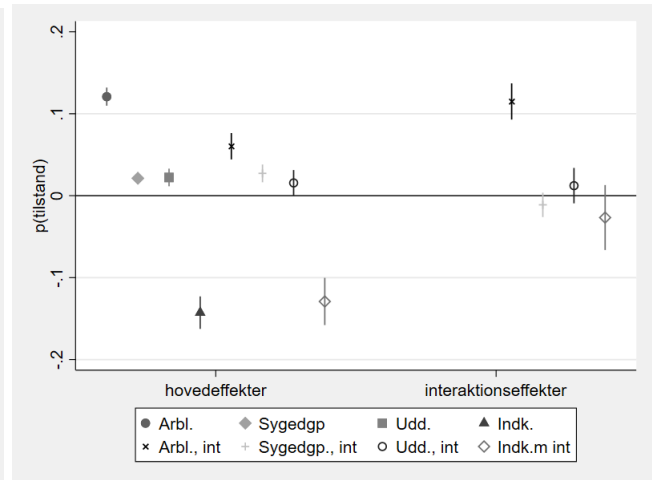


Figur B13.1.4: Outcomes året efter ydelse i det mentale sundhedssystem, 28-årige, inkl. kontrolvariabler

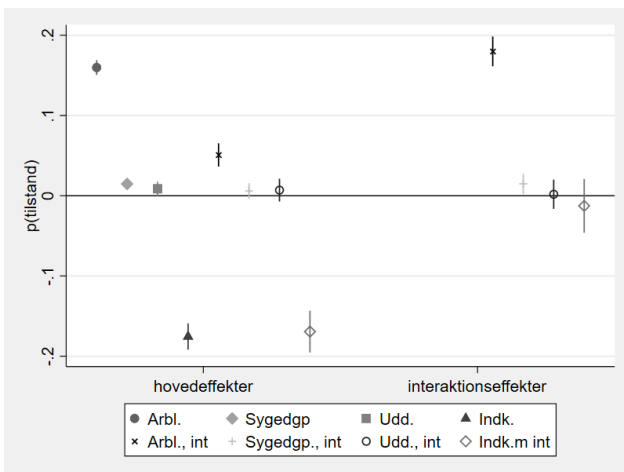
Panel A: Besøg hos en psykolog



Panel B: Besøg hos en psykiater



Panel C: Kontakt til psykiatrien

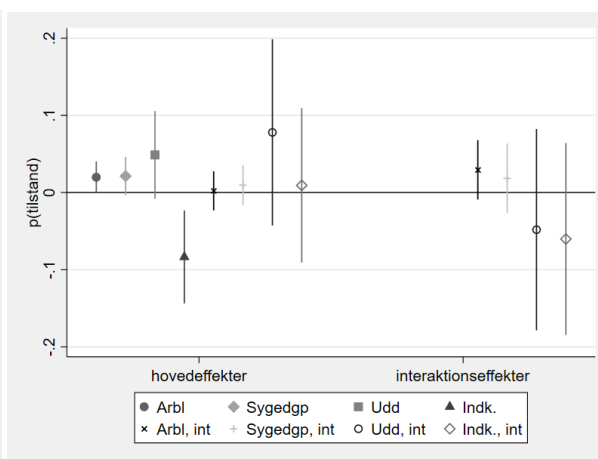
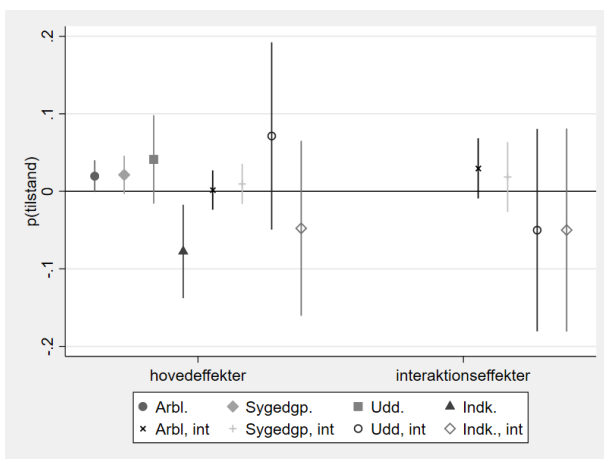
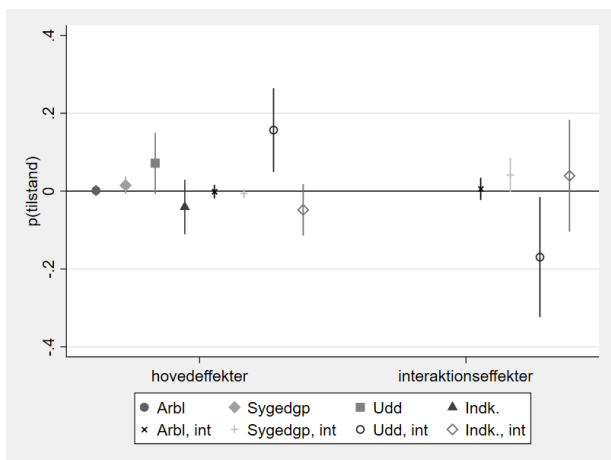


Note: De inkluderede kontrolvariabler er de samme som anvendes i de øvrige analyser med kontrolvariabler.

Figur B13.2.1: Outcomes året efter selvrapporeret dårligt mentalt helbred, inkl. laggede outcomevariabler

Panel A: 18-24-årige

Panel B: 25-32-årige

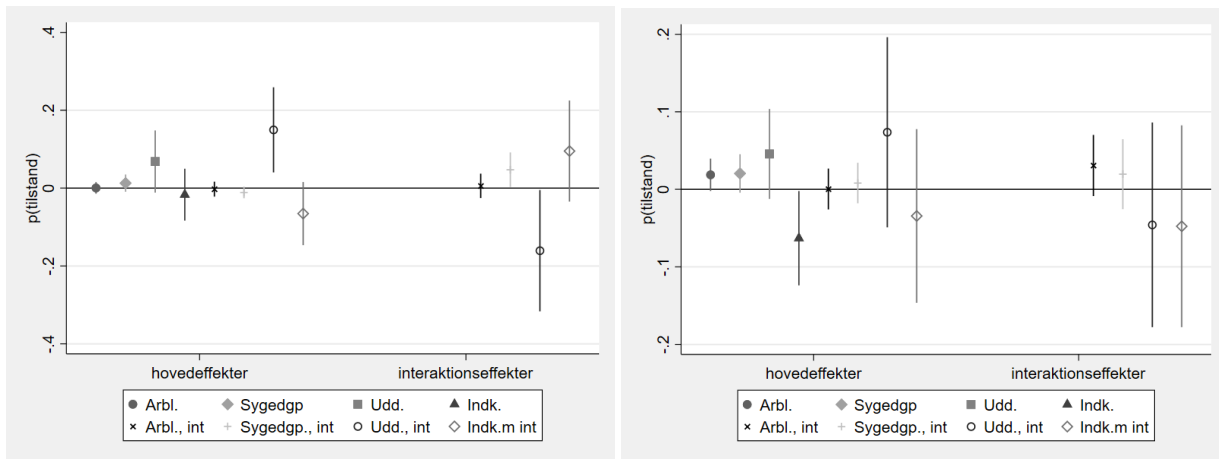


Note: For at tage højde for at NFA undersøgelserne har været præget af en del bortfald, har vi konstrueret og anvendt vægte på baggrund af registerdata, der angiver hver respondents sandsynlighed for at indgå i NFA data i et givent år. Vægtene er konstrueret indenfor alderskategorierne 18-24 år og 25-32 år, og med udgangspunkt i de samme type baggrundskarakteristika som anvendes i ovenstående figurer.

Figur B13.2.2: Outcomes året efter selvrapporeret dårligt mentalt helbred, inkl. kontrolvariabler

Panel A: 18-24-årige

Panel B: 25-32-årige



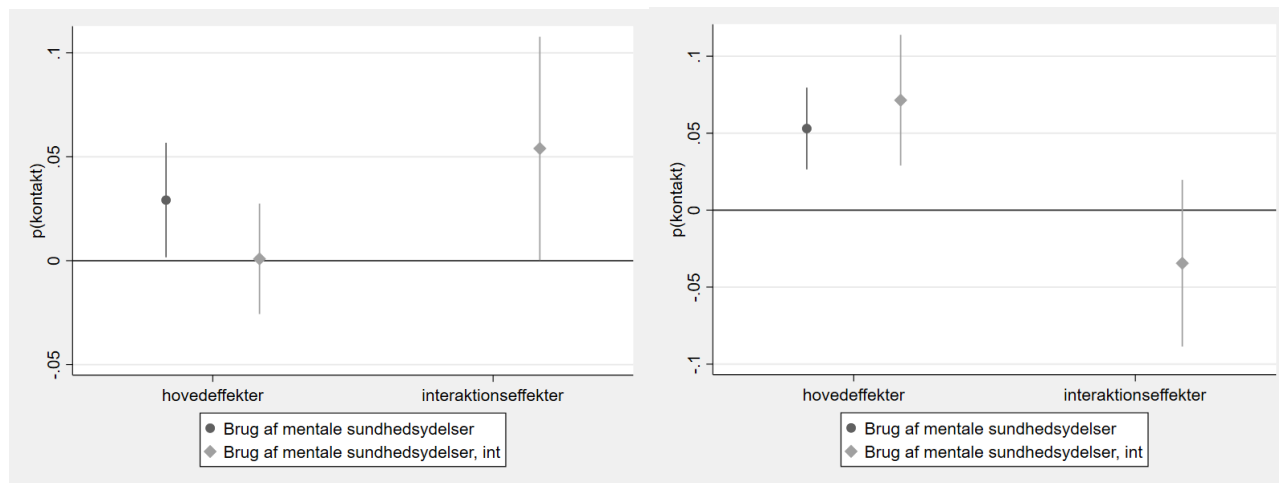
Note: For at tage højde for at NFA undersøgelserne har været præget af en del bortfald, har vi konstrueret og anvendt vægte på baggrund af registerdata, der angiver hver respondents sandsynlighed for at indgå i NFA data i et givent år. Vægtene er konstrueret indenfor alderskategorierne 18-24 år og 25-32 år, og med udgangspunkt i de samme type baggrundskarakteristika som anvendes i ovenstående figurer.

## BILAG 14

Figur B14.1.1: Kontrol for laggede kontakter

A: 18-24-årige

B: 25-32-årige

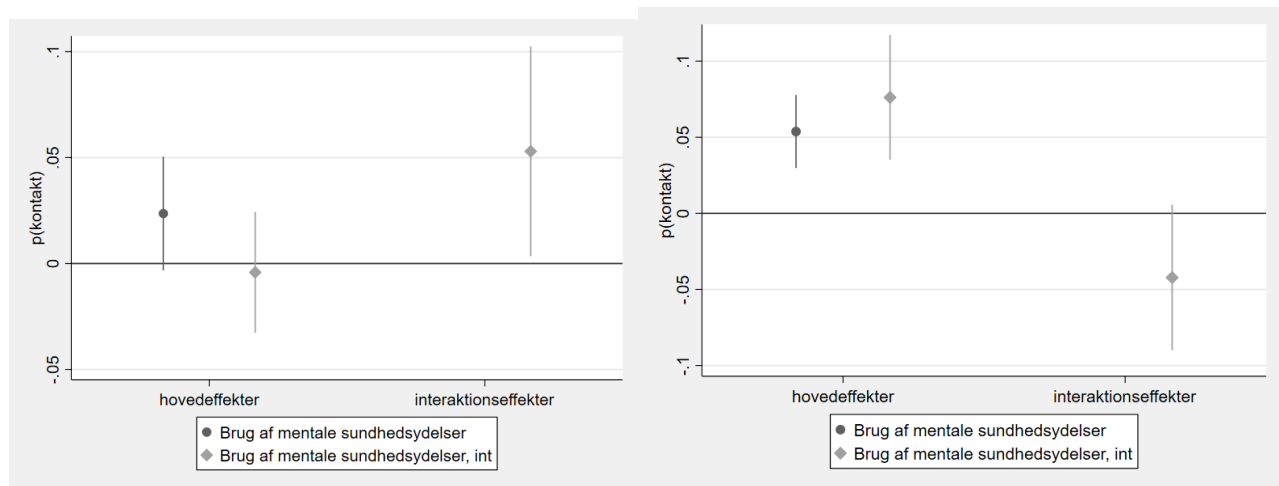


Note: For at tage højde for at NFA-undersøgelserne har været præget af en del bortfald, har vi konstrueret og anvendt vægte på baggrund af registerdata, der angiver hver respondents sandsynlighed for at indgå i NFA data i et givent år. Vægtene er konstrueret indenfor alderskategorierne 18-24 år og 25-32 år, og med udgangspunkt i de baggrundskarakteristika som anvendes i kapitel 5. Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik, Landspatientregisteret og NFA

Figur B14.1.2: Kontrol for laggede kontakter og baggrundskarakteristika

A: 18-24-årige

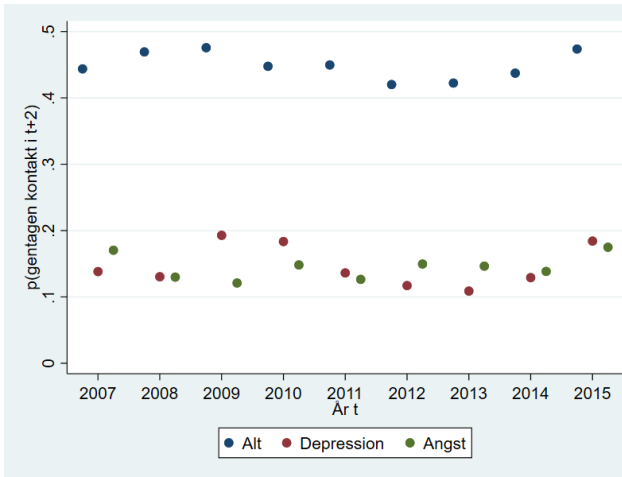
B: 25-32-årige



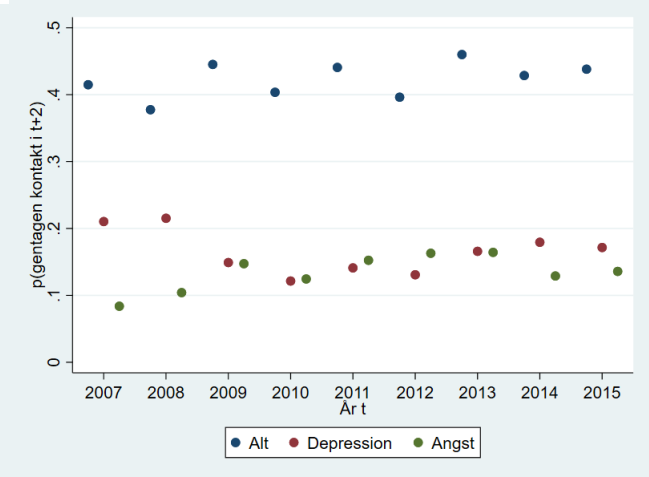
Note: For at tage højde for at NFA-undersøgelserne har været præget af en del bortfald, har vi konstrueret og anvendt vægte på baggrund af registerdata, der angiver hver respondents sandsynlighed for at indgå i NFA data i et givent år. Vægtene er konstrueret indenfor alderskategorierne 18-24 år og 25-32 år, og med udgangspunkt i de baggrundskarakteristika som anvendes i kapitel 8. Egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik, Landspatientregisteret og NFA

Figur B14.2.1: Simple modeller for sammenhængen mellem kontakter til psykiatrien/depressions-/angstdiagnoser i t og t+2. De fire ældste aldersgrupper

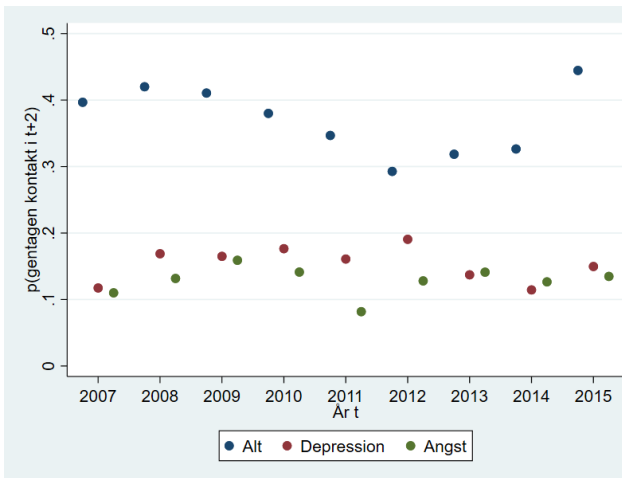
A: 35-44-årige



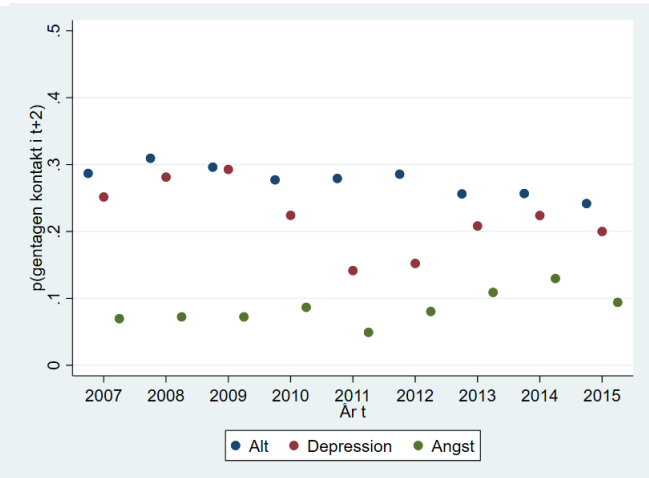
B: 45-54-årige



A: 55-64-årige

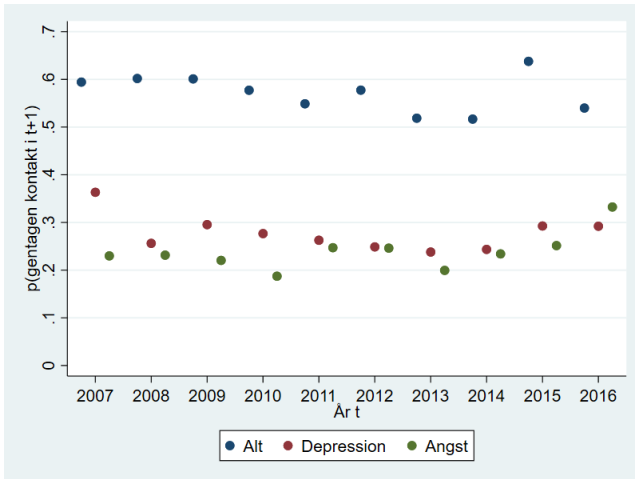


B: 65+-årige

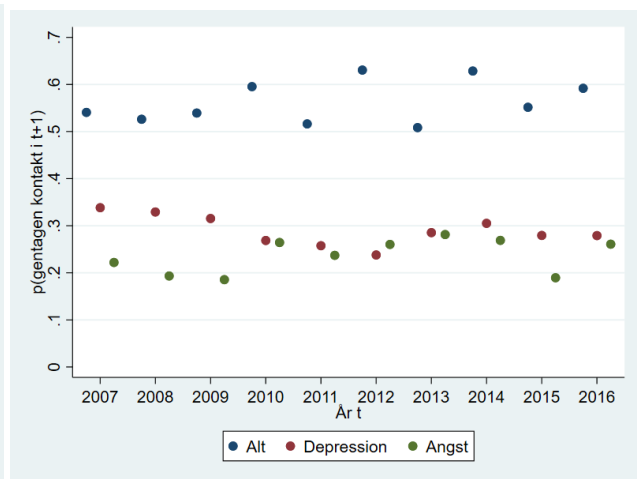


Figur B14.2.2: Simple modeller for sammenhængen mellem kontakter til psykiatrien/depressions-/angstdiagnoser i t og t+1. De tre yngste aldersgrupper

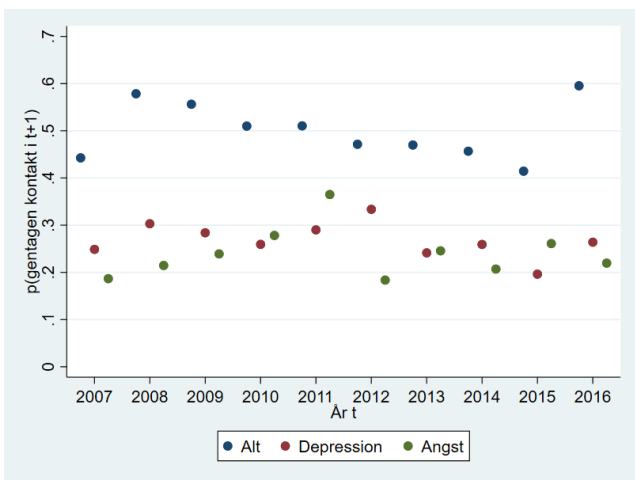
A: 35-44-årige



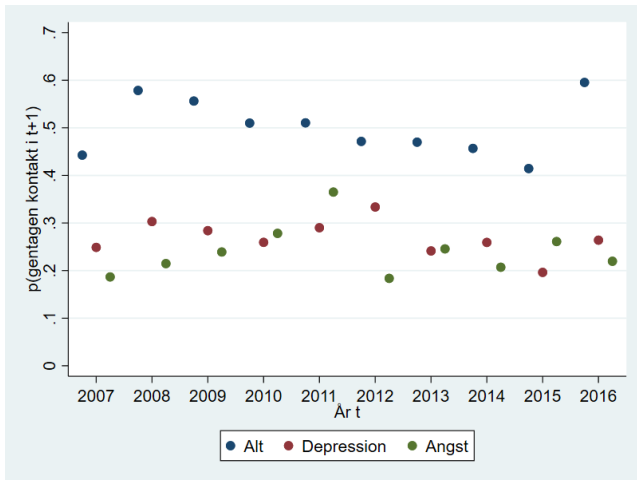
B: 45-54-årige



F: 55-64-årige



G: 65+-årige



## Referencer

- Andersen, Berit. 2018. "Laveste Antal i Ti År På Antidepressiva." *Medicinsk Tidsskrift*, March, 1.
- Bachmann, Christian J., Lise Aagaard, Mehmet Burcu, Gerd Glaeske, Luuk J. Kalverdijk, Irene Petersen, Catharina C. M. Schuiling-Veninga, Linda Wijlaars, Julie M. Zito, and Falk Hoffmann. 2016. "Trends and Patterns of Antidepressant Use in Children and Adolescents from Five Western Countries, 2005-2012." *European Neuropsychopharmacology* 26(3).
- Baxter, A. J., K. M. Scott, T. Vos, and H. A. Whiteford. 2013. "Global Prevalence of Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Regression." *Psychological Medicine* 43(5).
- Berlingske (2019): Børn får i dag stillet langt flere psykiske diagnoser end tidligere. Fundet 28/9-2020 på <https://www.berlingske.dk/danmark/boern-faar-i-dag-stillet-langt-flere-psykiske-diagnoser-end-tidligere>
- Bjerrum, L. (2004). Benzodiazepiner: Hvad er et rationelt brug? *Rationel Farmakoterapi*, 9. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2004/Manedsbld-Rationel-farmakoterapi/Manedsbld-rationel-farmakoterapi-9-2004.ashx?la=da&hash=0896E4DC26755C3296C81D4DDD26A47F4CFAD11C>
- Bjerrum, L (2007). Benzodiazepiner: Hvordan reduceres forbruget? *Rationel Farmakoterapi*, 1. <https://www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/maanedsbldet/2007/~/-/media/6EBE91917E67C59EAF8B4538B7F53804.ashx>
- Bonke, Jens, and Anders E. W. Christensen. 2018. *Hvordan Bruger Danskerne Tiden*.
- Børnerådet. (1997a). *Årsberetning 1996 -1997*. Børnerådet.
- Børnerådet. (1997b). *Fortrolighedsrummet - om børns ret til fortrolighed*. Børnerådet.
- Børnerådet. (1999a). *Debatoplæg: Særligt truede unge fra etniske minoritetsgrupper*. <https://www.boerneraadet.dk/media/28360/Truede-etniske-unge-1999.pdf>
- Børnerådet. (1999b). *Debatoplæg: Seksuelt misbrug af børn - Børnerådets forslag til national strategi*. Børnerådet.
- Børnerådet. (1999c). *Det handler om værdighed - Børnerådets bud på en offentlig mobbepolitik*. Børnerådet.
- Børnerådet. (1999d). *Moppedreng*. Børnerådet.
- Børnerådet. (2000a). *"Det er ikke rummet som sådan der er rart" - rapport om børns fysiske skolemiljø*. Børnerådet. <https://www.boerneraadet.dk/media/30345/Det-er-ikke-rummet-som-saadan.pdf>
- Børnerådet. (2000b). *Børn og computerspil*. <https://www.boerneraadet.dk/media/30342/Computerspil-fylder.pdf>
- Børnerådet. (2001). *Nul tobak til unge*. Børnerådet. <https://www.boerneraadet.dk/materialer/materialer-inddelt-efter-aarstal/2001>

- Børnerådet. (2003). *Teenagere og alkohol*. Børnerådet.  
[https://www.boerneraadet.dk/media/30432/Teenagere\\_og\\_alkohol-2003.pdf](https://www.boerneraadet.dk/media/30432/Teenagere_og_alkohol-2003.pdf)
- Børnerådet. (2005a). *Årsberetning 2005*. Børnerådet. <https://www.boerneraadet.dk/media/20496/Årsberetning-2005.pdf>
- Børnerådet. (2005b). *Sundhed i 8. klasse*. Børnerådet. <https://www.boerneraadet.dk/media/30426/Sundhed-i-8klasse.pdf>
- Børnerådet. (2006). *Årsberetning og visioner 2006-2007*. Børnerådet.  
<https://www.boerneraadet.dk/media/20508/Årsberetning-og-visioner-2006-2007.pdf>
- Børnerådet. (2009). *Mental sundhed 2009 - at føle at man er noget værd*. Børnerådet.  
<https://www.boerneraadet.dk/media/30378/Mental-sundhed-2009.pdf>
- Børnerådet. (2014). *Det er bare almindelige mennesker, der har en sårbarhed*. Børnerådet.
- Børnerådet. (2016a). *Analyse: Unge og risikoadfærd for spiseforstyrrelser*. Børnerådet.  
[file:///C:/Users/jla/Documents/RFF projekter/Mental  
helbred/BRD\\_Boerneindblik\\_Nr516\\_Spiseforstyrrelser\\_3korrektur.pdf](file:///C:/Users/jla/Documents/RFF projekter/Mental%20helbred/BRD_Boerneindblik_Nr516_Spiseforstyrrelser_3korrektur.pdf)
- Børnerådet. (2016b). *Analyse: Unge og selvskade*.  
[https://www.boerneraadet.dk/media/175878/BRD\\_Boerneindblik\\_Nr416\\_Selvskade.pdf](https://www.boerneraadet.dk/media/175878/BRD_Boerneindblik_Nr416_Selvskade.pdf)
- Børnerådet. (2018a). *Analyse fra Børnerådet: De pressede unge trives dårligere end de andre unge*.  
[https://www.boerneraadet.dk/media/227929/BRD\\_Boerneindblik\\_Nr2\\_2018\\_Jeg\\_ville\\_oenske\\_at\\_jeg\\_var\\_mere\\_glad.pdf](https://www.boerneraadet.dk/media/227929/BRD_Boerneindblik_Nr2_2018_Jeg_ville_oenske_at_jeg_var_mere_glad.pdf)
- Børnerådet. (2018b). *Analyse fra Børnerådet: Pres på ungdomslivet*. Børnerådet.
- Børnerådet, Råd, D. K. P., & Barnet, R. (2003). *Chat: En del af børns virkelighed - Udbredelse og brug af chat i 7. klasse*. Børnerådet.
- Bretschneider, Julia, Silke Janitza, Frank Jacobi, Julia Thom, Ulfert Hapke, Tobias Kurth, and Ulrike E. Maske. 2018. "Time Trends in Depression Prevalence and Health-Related Correlates: Results from Population-Based Surveys in Germany 1997–1999 vs. 2009–2012." *BMC Psychiatry* 18(1).
- Brody, Debra J., Laura A. Pratt, and Jeffery P. Hughes. 2018. *Prevalence of Depression Among Adults Aged 20 and Over: United States, 2013-2016*.
- Caspi, Avshalom & Terrie, Moffitt (2018): All for One and One for All: Mental Disorders in One Dimension. *American Journal of Psychiatry*, 175(9): 831-844
- Christensen, A. I., M. Davidsen, M. Kjølner, and K. Juel. 2010. *Mental Sundhed Blandt Voksne Danskere*. København.
- Comeau, JINETTE, Katholiki Georgiades, Laura Duncan, Li Wang, and Michael H. Boyle. 2019. "Changes in the Prevalence of Child and Youth Mental Disorders and Perceived Need for Professional Help between 1983 and 2014: Evidence from the Ontario Child Health Study." *Canadian Journal of Psychiatry* 64(4).
- Cunha, flavio & Heckman, James (2007): The Technology of Skill Formation. *NBER Working Paper* 12840



- Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil, 2017.* Sundhedsstyrelsen, 2018
- Danske Regioner: *Benchmarking af psykiatrien, 2017*, fundet 28/9-2020 på <https://www.regioner.dk/media/11396/benchmarking-af-psykiatrien-2017.pdf>
- Deloitte - Kraka. Analyse (2018): Hvad er omfanget af stress i Danmark? En registerbaseret tilgang. Fundet 28/9-2020 på: [http://kraka.dk/sites/default/files/public/hvad\\_er\\_omfanget\\_af\\_stress\\_i\\_danmark.pdf](http://kraka.dk/sites/default/files/public/hvad_er_omfanget_af_stress_i_danmark.pdf)
- Due, P., & Holstein, B. E. (1997). *Sundhed og trivsel blandt børn og unge. Danmarks bidrag til en international undersøgelse.* FADL's forlag.
- Due, P., Holstein, B. E., & Borup, I. K. (1992). *Danske skoleelever 1991 - trivsel, helbred og sundhedsvaner.*
- Duffy, Mary E., Jean M. Twenge, and Thomas E. Joiner. 2019. "Trends in Mood and Anxiety Symptoms and Suicide-Related Outcomes Among U.S. Undergraduates, 2007–2018: Evidence From Two National Surveys." *Journal of Adolescent Health* 65(5):590–98.
- Eplov, Lene Falgaard, and Sigurd Lauridsen. 2008. *Fremme Af Mental Sundhed – Baggrund, Begreb Og Determinanter.*
- Eriksen, L., M. Davidsen, H. A. R. Jensen, J. T. Ryd, L. Strøbæk, E. D. White, J. Sørensen, and K. Juel. 2016. *Sygdomsbyrden i Danmark - Risikofaktorer.*
- Eurobarometer. 2020. "Eurobarometer Surveys." Retrieved September 3, 2020 (<https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm>).
- Faktaark for psykologer. Fundet 28/9-2020 på <https://www.regioner.dk/media/5450/faktaark-for-psykologerne-2017.pdf>
- Flachs, E. M., Eriksen, L., Koch, M. B., Ryd, J. T., Dibba, E., Skov-Ettrup, L., & Juel, K. (2015). *Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme.* [https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~/\\_media/00C6825B11BD46F9B064536C6E7DFBA0.ashx](https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~/_media/00C6825B11BD46F9B064536C6E7DFBA0.ashx)
- Fleming, Theresa M., Terryann Clark, Simon Denny, Pat Bullen, Sue Crengle, Roshini Peiris-John, Elizabeth Robinson, Fiona V. Rossen, Janie Sheridan, and Mathijs Lucassen. 2014. "Stability and Change in the Mental Health of New Zealand Secondary School Students 2007-2012: Results from the National Adolescent Health Surveys." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 48(5).
- Folkhälsomyndigheten. 2018. *Varför Har Den Psykiska Ohälsan Ökat Bland Barn Och Unga i Sverige? Utvecklingen under Perioden 1985–2014.*
- Folkhälsomyndigheten. 2020. *Folkhälsans Utveckling, Årsrapport 2020.*
- Gill, S. S., Bronskill, S. E., Normand, S. L. T., Anderson, G. M., Sykora, K., Lam, K., Bell, C. M., Lee, P. E., Fischer, H. D., Herrmann, N., Gurwitz, J. H., & Rochon, P. A. (2007). Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Annals of Internal Medicine*, 146(11). <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-11-200706050-00006>

- Goldney, Robert D., Kerena A. Eckert, Graeme Hawthorne, and Anne W. Taylor. 2010. "Changes in the Prevalence of Major Depression in an Australian Community Sample between 1998 and 2008." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 44(10).
- Grobe, Thomas G. Steinmann, Susanne, and Szecsenyi Joachim. 2018. *Arztreport 2018: Schriftenreihe Zur Gesundheitsanalyse*.
- Gyllenberg, David, Mikko Marttila, Reijo Sund, Elina Jokiranta-Olkonemi, André Sourander, Mika Gissler, and Tiina Ristikari. 2018. "Temporal Changes in the Incidence of Treated Psychiatric and Neurodevelopmental Disorders during Adolescence: An Analysis of Two National Finnish Birth Cohorts." *The Lancet Psychiatry* 5(3).
- Hart, Susan. 2009. "Er Tiden Moden Til En Mere Nuanceret Forståelse Af ADHD?" *Sundhedsplejersken* 4.
- Harvey, Samuel B., Mark Deady, Min Jung Wang, Arnstein Mykletun, Peter Butterworth, Helen Christensen, and Philip B. Mitchell. 2017. "Is the Prevalence of Mental Illness Increasing in Australia? Evidence from National Health Surveys and Administrative Data, 2001-2014." *Medical Journal of Australia* 206(11).
- Hintzpeter, Birte, Fionna Klasen, Gerhard Schön, Catharina Voss, Heike Hölling, and Ulrike Ravens-Sieberer. 2015. "Mental Health Care Use among Children and Adolescents in Germany: Results of the Longitudinal BELLA Study." *European Child and Adolescent Psychiatry* 24(6).
- Holstein, B.E. Damsgaard, M.T. Henriksen, P. W., C. Kjær, C. Meilstrup, M. K. Nelausen, L. Nielsen, S. B. Rayce, and P. Due. 2011. *Psykisk Mistrivsel Blandt 11-15-Årige*.
- Jørgensen, Martin Balslev, Poul Videbech, and Merete Osler. 2017. "Benzodiazepiner Har Fortsat En Plads i Moderne Psykiatrisk Behandling." *Ugeskrift for Læger* 179(24).
- Kaguelidou, Florentia, Jakob Holstiege, Tania Schink, Irene Bezemer, Elisabetta Poluzzi, Giampiero Mazzaglia, Lars Pedersen, Miriam Sturkenboom, and Gianluca Trifirò. 2020. "Use of Antipsychotics in Children and Adolescents: A Picture from the ARITMO Population-Based European Cohort Study." *Epidemiology and Psychiatric Sciences*.
- Kalverdijk, Luuk J., Christian J. Bachmann, Lise Aagaard, Mehmet Burcu, Gerd Glaeske, Falk Hoffmann, Irene Petersen, Catharina C. M. Schuiling-Veninga, Linda P. Wijlaars, and Julie M. Zito. 2017. "A Multi-National Comparison of Antipsychotic Drug Use in Children and Adolescents, 2005-2012." *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 11(1).
- Karlstad, Øystein, Helga Zoëga, Kari Furu, Shahram Bahmanyar, Jaana E. Martikainen, Helle Kieler, and Anton Pottgård. 2016. "Use of Drugs for ADHD among Adults—a Multinational Study among 15.8 Million Adults in the Nordic Countries." *European Journal of Clinical Pharmacology* 72(12).
- Kjøller, M., N. K. Rasmussen, L. Keiding, H. C. Petersen, and G. A. Nielsen. 1995. *Sundhed Og Sygelighed i Danmark 1994 – Og Udviklingen Siden 1987. Apport Fra DIKEs Repræsentative Undersøgelse Blandt Voksne Danskere*. København: DIKE.
- KL Analysenotat (2019): Borgere med psykiatriske (hospitals)diagnoser (2013 og 2018). Fundet 28/9 2020:

<https://www.kl.dk/media/18596/borgere-med-psykiatriske-hospitals-diagnoser-2013-og-2018.pdf>

KL Analysenotat (2018): Børns diagnoser og skoletyper. Fundet 28/9-2020 på <https://www.kl.dk/media/14395/ojyf-ezrxvgiuwyfuxvd.pdf>

KORA (2015): Kortlægning og analyse af tilskydsordningen for psykologbehandling i praksissektoren. Slutrapport. Fundet 28/9-2020 på <https://www.vive.dk/media/pure/8951/2041457>

Kristeligt Dagblad (2016): Voldsom stigning i antallet af børn med psykiatriske diagnoser. Fundet 28/9-2020 på [https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/voldsom-stigning-i-antallet-af-boern-med-psykiatriske-diagnoser?utm\\_source=Kristeligt+Dagblads+nyhedsbreve&utm\\_campaign=acc981636e-1611240947&utm\\_medium=email&utm\\_term=0\\_58a9ab1b8d-acc981636e-123911557&mc\\_cid=acc981636e&mc\\_eid=a9fd78a35b](https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/voldsom-stigning-i-antallet-af-boern-med-psykiatriske-diagnoser?utm_source=Kristeligt+Dagblads+nyhedsbreve&utm_campaign=acc981636e-1611240947&utm_medium=email&utm_term=0_58a9ab1b8d-acc981636e-123911557&mc_cid=acc981636e&mc_eid=a9fd78a35b)

Layard, Richard. 2006. "The Case for Psychological Treatment Centres." *British Medical Journal* 332(7548).

Lichtenberg, E. 2018. *Flere Stressramte, Flere Psykisk Overbelastede*.

Markkula, Niina, Jaana Suvisaari, Samuli I. Saarni, Sami Pirkola, Sebastian Peña, Suoma Saarni, Kirsi Ahola, Aino K. Mattila, Satu Viertiö, Jens Strehle, Seppo Koskinen, and Tommi Härkänen. 2015. "Prevalence and Correlates of Major Depressive Disorder and Dysthymia in an Eleven-Year Follow-up - Results from the Finnish Health 2011 Survey." *Journal of Affective Disorders* 173.

McManus, S., P. Bebbington, R. Jenkins, and T. Brugha. 2016. *Mental Health and Wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014*. Leeds: NHS Digital.

*Psychiatric Morbidity Survey 2014*.

Mental Health Commission of Canada. (2015). *Informing the Future: Mental Health Indicators for Canada*.

[https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Informing%252520the%252520Future%252520-%252520Mental%252520Health%252520Indicators%252520for%252520Canada\\_0.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Informing%252520the%252520Future%252520-%252520Mental%252520Health%252520Indicators%252520for%252520Canada_0.pdf)

Mishina, Kaisa, Elina Tiiri, Lotta Lempinen, Lauri Sillanmäki, Kim Kronström, and Andre Sourander. 2018. "Time Trends of Finnish Adolescents' Mental Health and Use of Alcohol and Cigarettes from 1998 to 2014." *European Child and Adolescent Psychiatry* 27(12).

Moussavi, Saba, Somnath Chatterji, Emese Verdes, Ajay Tandon, Vikram Patel, and Bedirhan Ustun. 2007.

"Depression, Chronic Diseases, and Decrements in Health: Results from the World Health Surveys." *Lancet* 370(9590).

NHANES. (2020). *NHANES Response Rates and Population Totals*. NHANES Response Rates and Population Totals

Nielsen, L., T. Curtis, M. Grønbaek, and N. H. Rod. 2007. *Forebyggelse Og Behandling Af Stress i Danmark*.

NFA. 2010. *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde*. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, København

Ottosen, Mai Heide, Andresen, Asger Graa, Dahl, Karen Margrethe, Hestbæk, Anne-Dorte, Lausten, Mette & Rayce,

- Signe Lynne Boe (2018): *Børn og Unge i Danmark - Velfærd og Trivsel*. VIVE, København
- Pagsberg, Anne Katrine, and Per Hove Thomsen. 2017. "Off-Label-Brug Af Psykofarmaka Til Børn Og Unge i Danmark." *Ugeskrift for Læger* 179(23).
- Pottegård, Anton, Bine Kjølner Bjerregaard, Dorte Glintborg, Jesper Hallas, and Søren Ilsøe Moreno. 2012. "The Use of Medication against Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Denmark: A Drug Use Study from a National Perspective." *European Journal of Clinical Pharmacology* 68(10).
- Pottegård, Anton, Helga Zoëga, Jesper Hallas, and Per Damkier. 2014. "Use of SSRIs among Danish Children: A Nationwide Study." *European Child and Adolescent Psychiatry* 23(12).
- Rasmussen, M., Due, P., & Holstein, B. E. (2000). *Skolebørnsundersøgelsen 1998. Sundhed, sundhedsvaner og sociale forhold*.
- Rasmussen, M., T. P. Pedersen, and P. Due, eds. 2015. *Skolebørnsundersøgelsen 2014*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Rasmussen, Mette, and Pernille Due, eds. 2007. *Skolebørnsundersøgelsen 2006*. Forskningsgruppen for Børn og Unges Sundhed Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.
- Rasmussen, Mette, and Pernille Due, eds. 2011. *Skolebørnsundersøgelsen 2010*. Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed (FoBUS) Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Rasmussen, Mette, Lene Kierkegaard, Stine Vork Rosenwein, Bjørn Evald Holstein, Mogens Trab Damsgaard, and Pernille Due, eds. 2018. *Skolebørnsundersøgelsen 2018: Helbred, Trivsel Og Sundhedsadfærd Blandt 11-, 13- Og 15-Årige Skoleelever i Danmark*.
- Rasmussen, N. K., M. V. Groth, S. R. Bredkjær, M. Madsen, and F. Kamper-Jørgensen. 1987. *Sundhed Og Sygelighed i Danmark 1987*. København, DIKE.
- Ravens-Sieberer, Ulrike, Nora Wille, Michael Erhart, Susanne Bettge, Hans Ulrich Wittchen, Aribert Rothenberger, Beate Herpertz-Dahlmann, Franz Resch, Heike Hölling, Monika Bullinger, Claus Barkmann, Michael Schulte-Markwort, and Manfred Döpfner. 2008. "Prevalence of Mental Health Problems among Children and Adolescents in Germany: Results of the BELLA Study within the National Health Interview and Examination Survey." *European Child and Adolescent Psychiatry* 17(SUPPL. 1).
- Regeringen. 2002. *Sund Hele Livet 2002-2010*. København.
- Regeringen. 2018. *Vi Løfter i Fællesskab – En Samlet Handleplan for Psykiatrien Frem Mod 2025*.
- Reneflot, Anne, Leif Edvard Aarø, Heidi Aase, Ted Reichborn-Kjennerud, Kristian Tambs, and Simon Øverland, eds. 2018. *Psykisk Helse i Norge*. Folkehelseinstituttet.
- Retsinformation. (2013). *Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler*.  
<https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2014/9009>
- Retsinformation. (2014). *Vejledning om behandling af voksne med antidepressive lægemidler*.

<https://www.retsinformation.dk/api/pdf/165423>

Retsinformation. (2018). *Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler.*

<https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2018/9166>

Retsinformation. (2019). *Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler.*

<https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9523>

Richter, D., A. Wall, A. Bruen, and R. Whittington. 2019. "Is the Global Prevalence Rate of Adult Mental Illness Increasing? Systematic Review and Meta-Analysis." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 140(5).

Sadler, Katharine, Tim Vizard, Tamsin Ford, Anna Goodman, Robert Goodman, and Sally McManus. 2018. *Mental Health of Children and Young People in England, 2017 Trends and Characteristics.*

Sauer, Kristin, Claus Barkmann, Fionna Klasen, Monika Bullinger, Gerd Glaeske, and Ulrike Ravens-Sieberer. 2014. "How Often Do German Children and Adolescents Show Signs of Common Mental Health Problems? Results from Different Methodological Approaches - A Cross-Sectional Study." *BMC Public Health* 14(1).

Sawyer, Michael G., Christy E. Reece, Alyssa C. P. Sawyer, Sarah E. Johnson, and David Lawrence. 2018. "Has the Prevalence of Child and Adolescent Mental Disorders in Australia Changed Between 1998 and 2013 to 2014?" *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 57(5).

SHARE. 2020. "SHARE." Retrieved September 3, 2020 (<http://www.share-project.org/home0.html>).

Skovlund, Charlotte Wessel, Lars Vedel Kessing, Lina Steinrud Mørch, and Øjvind Lidegaard. 2017. "Increase in Depression Diagnoses and Prescribed Antidepressants among Young Girls. A National Cohort Study 2000–2013." *Nordic Journal of Psychiatry* 1–8.

Sourander, André, Lotta Lempinen, and Anat Brunstein Klomek. 2016. "Changes in Mental Health, Bullying Behavior, and Service Use Among Eight-Year-Old Children Over 24 Years." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 55(8).

Steffen, Annika, Julia Thom, Frank Jacobi, Jakob Holstiege, and Jörg Bätzing. 2020. "Trends in Prevalence of Depression in Germany between 2009 and 2017 Based on Nationwide Ambulatory Claims Data." *Journal of Affective Disorders* 271.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2019. *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health.* Rockville, MD.

Sundhedsdatastyrelsen. (2010). *Mere end ti dobling i antallet af personer i behandling med medicin mod ADHD på ti år.*

Sundhedsdatastyrelsen. 2017. *Medicinforbrug - Indblik: Færre Starter i Behandling Med Antidepressiv Medicin.* Sundhedsstyrelsen, København

Sundhedsstyrelsen. 2005. *Forbruget Af Antipsykotiske Lægemidler Blandt Ældre.* Sundhedsstyrelsen, København

Sundhedsstyrelsen. 2008. *Fremme af mental sundhed - baggrund, begreb og determinanter.* Sundhedsstyrelsen,

København

Sundhedsstyrelsen. 2008. *Rapport for specialet: Børne- og ungdomspsykiatri*. Sundhedsstyrelsen, København

Sundhedsstyrelsen. 2010. *Mental sundhed blandt voksne danskere*. Sundhedsstyrelsen, København

Sundhedsstyrelsen. (2011). *Nyhed fra Sundhedsstyrelsen maj 2011: Specialistopgave at behandle børn med antidepressiv medicin*. <https://mypresswire.com/dk/pressroom/27299/pressrelease/48957>

Sundhedsstyrelsen. (2016a). *Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv – EN ANALYSE AF REGISTERDATA FRA "SUNDHEDSPROFILEN 2010"*. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/-/media/Udgivelser/2017/Betydning-af-darlig-mental-sundhed-for-helbred-og-socialt-liv.ashx>

Sundhedsstyrelsen. (2016b). *National klinisk retningslinje for behandling af angst hos børn og unge*. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/NKR-behandling-af-angst-hos-børn-og-unge/NK>

Sundhedsstyrelsen. 2018. *Forebyggelsespakke: Mental Sundhed*. Sundhedsstyrelsen, København

Sundhedsstyrelsen. 2018. *Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser*. Sundhedsstyrelsen, København

Sundhedsstyrelsen. 2019. *Børn Og Unges Sundhed Og Trivsel: Anbefalinger Til Kommuner*. Sundhedsstyrelsen, København

Tan, Florence Chia Chin, Mikkel Bring Christensen, Frans Waldorff, Casper Larsen, and Hanne Pedersen. 2018. "Behandling Med Antipsykotisk Medicin Er Sjældent Indiceret Til Personer Med Demens." *Rationel Farmakoterapi* 11:1–5.

Torvik, F. A., E. Ystrom, K. Gustavson, T. H. Rosenström, J. G. Bramness, N. Gillespie, S. H. Aggen, K. S. Kendler, and T. Reichborn-Kjennerud. 2018. "Diagnostic and Genetic Overlap of Three Common Mental Disorders in Structured Interviews and Health Registries." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 137(1).

Twenge, Jean M., A. Bell Cooper, Thomas E. Joiner, Mary E. Duffy, and Sarah G. Binau. 2019. "Age, Period, and Cohort Trends in Mood Disorder Indicators and Suicide-Related Outcomes in a Nationally Representative Dataset, 2005-2017." *Journal of Abnormal Psychology* 128(3).

Ware, John E., Kosinski, M. A & Keller, S. D (1998): *SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental tHealth Summary Scales*. The Health Institute, New England Medical Center, Boston, Massachusetts.

WHO (2001): *The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, Switzerland, World Health Organization