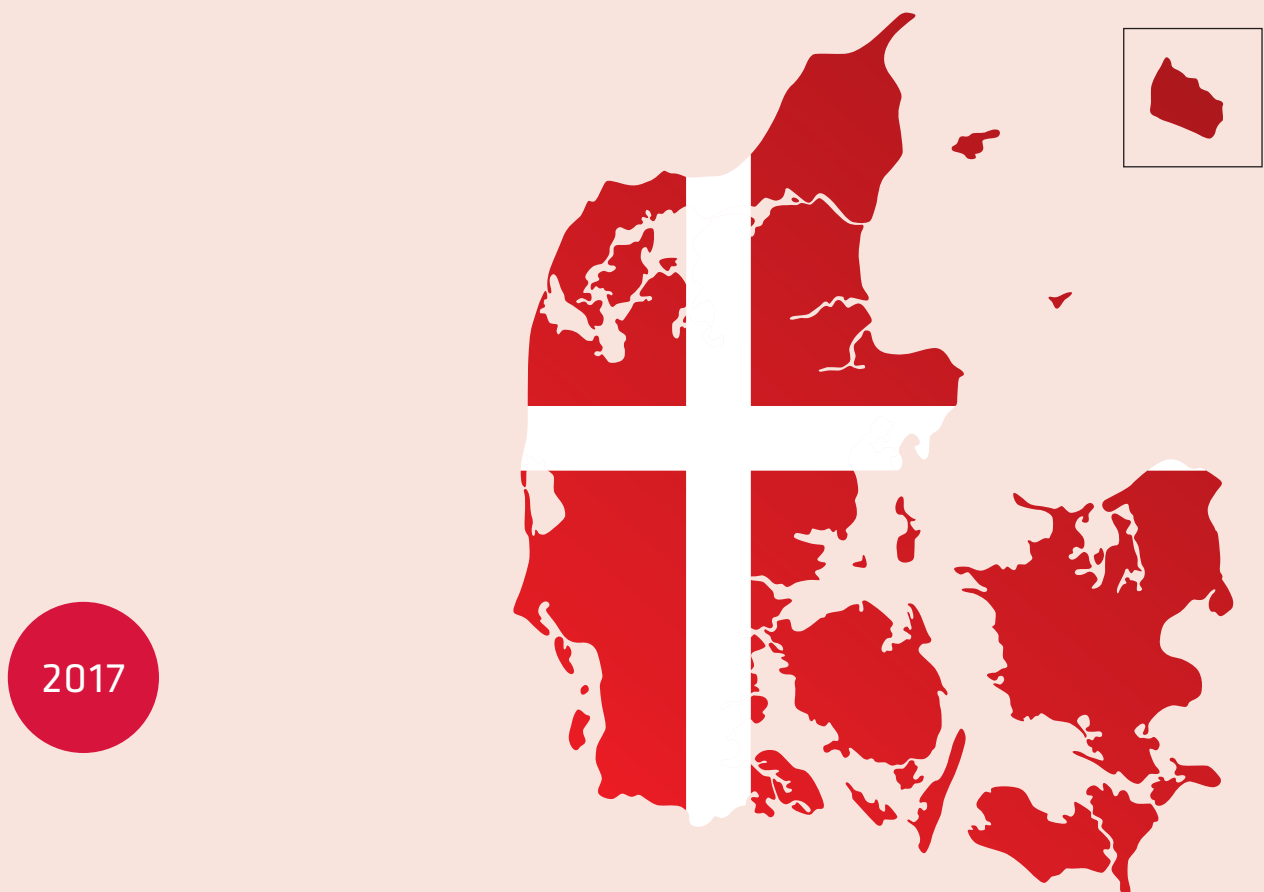




SUNDHEDSSTYRELSEN

Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv

– EN ANALYSE AF REGISTERDATA FRA ”SUNDHEDSPROFILEN 2010”



2017



SUNDHEDSSTYRELSEN

Betydning af dårlig mental sundhed for hel- bred og socialt liv – en analyse af registerdata fra ”Sundheds- profilen 2010”

© Sundhedsstyrelsen, 2016.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af
Statens Institut for Folkesundhed,
Syddansk Universitet ved Anne Ille-
mann Christensen, Michael Da-
vidsen, Vibeke Koushede og Knud
Juel.

Emneord: Mental sundhed, trivsel,
sundhedsmæssige konsekvenser,
sociale konsekvenser.

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 09.01.2017

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
januar 2017

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-
832-2

Indhold

1	Sammenfatning	4
2	Baggrund	8
3	Materiale og metode	14
4	Beskrivelse af populationen	18
5	Uddannelse	28
6	Civilstand	30
7	Beskæftigelse	32
8	Forældre	40
9	Kontakt til praktiserende læge	42
10	Kontakter i hospitalsvæsenet	46
11	Lægemedler	64
12	Dødelighed	74
13	Diskussion	78
14	Referenceliste	82
15	Bilagsfortegnelse	84

Sammenfatning

Mental sundhed er et vigtigt indsatsområde for forebyggelse og sundhedsfremme, og er i de senere år blevet genstand for stigende opmærksomhed i nationale og internationale sundhedsfaglige miljøer. Som et led i det igangværende arbejde med at forbedre vidensgrundlaget for mental sundhed har Sundhedsstyrelsen bedt Statens Institut for Folkesundhed om at gennemføre en registerbaseret opfølgning af personer med henholdsvis dårlig, moderat og god mental sundhed. Undersøgelsen gennemføres med henblik på at belyse sammenhængen mellem mental sundhed og en række helbredsmæssige og sociale udfald.

Mental sundhed er et bredt begreb, som inkluderer både positive aspekter som velbefindende og god psykosocial funktion og negative aspekter som psykisk mistrivsel. Der findes således også mange definitioner af mental sundhed. Denne rapport tager udgangspunkt i WHO's definition af mental sundhed 'som en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdagsudfordringer og stress, samt indgå i fællesskaber med andre mennesker' (WHO 2001). Definitionen rummer to hoveddimensioner – en oplevelsesdimension og en funktionsdimension. Oplevelsesdimensionen handler om at opleve at have det godt med sig selv og sit liv, hvor væsentlige elementer er livsglæde og selvværd. Funktionsdimensionen handler om, hvordan man fungerer i hverdagen, når man udsættes for belastninger, og hvordan man fungerer i relation til sig selv og sine omgivelser.

Der eksisterer flere forskellige spørgeskemaer eller skalaer til beskrivelse af selvrapporтерet helbredsstatus og helbredsrelateret livskvalitet. I denne rapport beskrives mental sundhed med udgangspunkt i SF-12. SF-12 står for Short Form og består af 12 spørgsmål, der belyser en persons helbredstilstand inden for de sidste fire uger. Der beregnes en samlet score for to generelle helbredskomponenter – henholdsvis en fysisk helbredskomponent (Physical Component Summary – PCS) og en mental helbredskomponent (Mental Component Summary – MCS). Der scores i intervallet 0 til 100 med 100 som udtryk for den bedst tænkelige helbredsstatus.

Personer med dårlig mental sundhed afgrænses til de 10 %, der scorer lavest på SF-12's mentale helbredskomponent (MCS). Personer med god mental sundhed er afgrænset til de 65 %, der scorer højest på den mentale helbredskomponent. Gruppen med moderat mental sundhed udgøres af de resterende 25 %. Datamaterialet stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010.

Der ses en tydelig sammenhæng mellem mental sundhed og en række helbredsmæssige og sociale udfald. Generelt er der blandt mænd og kvinder med dårlig mental sundhed en større risiko for at opleve negative helbredsmæssige hændelser, som f.eks. somatiske indlæggelser og død, og en lavere risiko for at opleve positive sociale hændelser som f.eks. progression i uddannelse, komme i beskæftigelse, blive gift og blive forældre. Målingen af mental sundhed ligger i alle tilfælde tidsmæssigt før vi måler de helbredsmæssige og sociale udfald. Vi kan dog ikke udelukke, at helbredsmæssige og sociale forhold også kan have påvirket den mentale sundhed.

Uddannelse

Blandt personer med dårlig mental sundhed er der generelt en mindre chance for progression i uddannelsesniveau fra grundskole til kort uddannelse sammenlignet med personer med god mental sundhed. Derudover er der blandt personer med dårlig mental sundhed generelt en mindre chance for progression i uddannelsesniveau fra kort uddannelse til mellemlang/lang videregående uddannelse sammenlignet med personer med god mental sundhed.

Civilstand

Der ses en sammenhæng mellem mental sundhed og civilstand. Således er der blandt gifte personer med dårlig mental sundhed eller moderat mental sundhed en højere risiko for at blive alene (skilt/enke) sammenlignet med gifte personer med god mental sundhed. Endvidere ses, at der blandt ugifte med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed generelt er en mindre chance for at blive gift end blandt ugifte med god mental sundhed.

Beskæftigelse

Der ses en sammenhæng mellem mental sundhed og beskæftigelse. Blandt personer i beskæftigelse med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed er der en højere risiko for at komme uden for arbejdsmarkedet sammenlignet med personer i beskæftigelse med god mental sundhed. Sammenhængen ses også, når der justeres for uddannelsesniveau og langvarig sygdom. Desuden er der blandt personer der er arbejdsløse, på dagpenge eller på kontanthjælp med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed en mindre chance for at komme i arbejde eller i uddannelse i forhold til personer der er arbejdsløse, på dagpenge eller på kontanthjælp med god mental sundhed. Sammenhængen ses også når der justeres for uddannelse, langvarig sygdom, og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet.

Forældre

Blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed er der en mindre chance for at blive forældre sammenlignet med personer med god mental sundhed. Sammenhængen ses også når der justeres for uddannelse.

Praktiserende læge

Der ses en sammenhæng mellem mental sundhed og kontakt til praktiserende læge. Således er der blandt personer med dårlig mental sundhed en øget risiko for kontakt til praktiserende læge i forhold til personer med god mental sundhed. Der ses samme mønster, når der justeres for uddannelse, langvarig sygdom samt rygning, BMI, fysisk inaktivitet og alkohol, men der sker en reduktion i risikoen i alle aldersgrupper for både mænd og kvinder. En væsentlig del af den øgede risiko kan således forklares ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse, langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Ser man på faktorerne en-

keltvis, er det især langvarig sygdom, der har betydning, og kan forklare en del af den øgede risiko. Efter justering ses der dog stadig en øget risiko for kontakt til praktiserende læge blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed.

Hospitalsvæsenet

Personer med dårlig mental sundhed og personer med moderat mental sundhed har en overrisiko for både indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg i forhold til personer med god mental sundhed. Dette gælder både somatiske og psykiatriske kontakter, men især overrisici for psykiatriske kontakter vejer tungt. Samme mønster ses, når der justeres for uddannelse, langvarig sygdom samt rygning, BMI, fysisk inaktivitet og alkohol, men der sker en reduktion i risikoen i alle aldersgrupper for både mænd og kvinder. Ser man på faktorerne enkeltvis, er det især langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet, der har betydning, og kan forklare en del af den øgede risiko. Efter justering ses der dog stadig en stærk sammenhæng mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for kontakter i hospitalsvæsenet.

Lægemidler

Der ses en sammenhæng mellem mental sundhed og brug af lægemidler. Således er der blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed en betydelig øget risiko for brug af antidepressiva og psykofarmaka og en let øget risiko for brug af andre former for medicamenter i forhold til personer med god mental sundhed. Der ses samme mønster, når der justeres for uddannelse, langvarig sygdom samt rygning, BMI, fysisk inaktivitet og alkohol. Ser man på faktorerne enkeltvis, er det især langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet der har betydning, og kan forklare en del af den øgede risiko. Efter justering ses der dog stadig en øget risiko for brug af lægemidler blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed.

Dødelighed

Blandt mænd i aldersgruppen 25-44 år med dårlig mental sundhed ses der en højere risiko for død end blandt mænd med god mental sundhed. Blandt kvinder i aldersgruppen 25-44 år er der kun få dødsfald, og forskellene er mindre tydelige. Dog ses samme tendens. I aldersgruppen 45-64 år er der blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed en højere dødelighed end blandt personer med god mental sundhed. Når der justeres for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet ses der samme mønster som i den ujusterede analyse, men der er sket en kraftig reduktion i overdødeligheden. Ser man på faktorerne enkeltvis, er det især langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet, der kan forklare en del af overdødeligheden. Efter justering ses der dog stadig en øget risiko for død blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed.

1 Baggrund

Mental sundhed er et vigtigt indsatsområde for forebyggelse og sundhedsfremme, og er i de senere år blevet genstand for stigende opmærksomhed i nationale og internationale sundhedsfaglige miljøer. I Danmark opfordres kommunerne eksempelvis til at arbejde med mental sundhed, blandt andet gennem Sundhedsstyrelsens rapport *Forebyggelsespakke – mental sundhed*, der har til formål at understøtte kommunernes arbejde med at fremme borgernes mentale sundhed og styrke den primære kommunale forebyggelsesindsats omkring mentale helbredsproblemer (Sundhedsstyrelsen 2012). Det øgede fokus hænger sammen med, at antallet af psykiske lidelser hen over en længere årrække har været støt stigende. Psykiske lidelser koster det danske samfund ca. 60 mia. kr. årligt og forventes i år 2020 at udgøre den største sygdomsbyrde på verdensplan (Whiteford HA 2013). Derudover er der en stigende politisk anerkendelse af og der er videnskabeligt evidens for, at mental sundhed har en afgørende betydning for helbred og sundhed på kort og lang sigt, for vores evne til at klare os godt socialt, uddannelsesmæssigt, arbejdsmæssigt og økonomisk, og dermed for vores evne til at bidrage på positiv vis til samfundet.

1.1 Undersøgelsens formål

Som et led i det igangværende arbejde med at forbedre vidensgrundlaget for mental sundhed har Sundhedsstyrelsen bedt Statens Institut for Folkesundhed om at foretage en registerbaseret opfølgning af personer med henholdsvis dårlig, moderat og god mental sundhed. Undersøgelsen gennemføres med henblik på at belyse sammenhængen mellem mental sundhed og en række helbredsmæssige og sociale udfald. Rapporten ligger i forlængelse af rapporten *Mental sundhed blandt voksne danskere* udarbejdet for Sundhedsstyrelsen (Christensen AI 2010). I rapporten blev der på baggrund af spørgsmålsbatteriet SF-12 udviklet en gruppering af befolkningen i tre grupper med henholdsvis dårlig, moderat og god mental sundhed. Rapporten beskrev efterfølgende fordelingen af mental sundhed i befolkningen med udgangspunkt i den udviklede inddeling. Arbejdet var baseret på data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005. Nærværende rapport er baseret på data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010. Analyserne gennemføres alene for aldersgruppen 16-64 år.

1.2 Definition af mental sundhed

Mental sundhed er et bredt begreb, som inkluderer både positive aspekter som velbefindende og god psykosocial funktion og negative aspekter som psykisk mistrivsel. Der findes således også mange definitioner af mental sundhed. Denne rapport tager udgangspunkt i WHO's definition af mental sundhed 'som en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, samt indgå i fællesskaber med andre mennesker' (WHO 2001). Definitionen rummer to hoveddimensioner – en oplevelsesdimension og en funktionsdimension. Oplevelsesdimensionen handler om at opleve at have det godt med sig selv og sit liv, hvor væsentlige elementer er livsglæde og selvværd. Funktionsdimensionen handler om, hvor-

dan man fungerer i hverdagen, når man udsættes for belastninger, og hvordan man fungerer i relation til sig selv og sine omgivelser.

Der hersker uenighed om, hvorvidt mental sundhed og psykisk sygdom hører til hver deres dimension. En forskningsgren taler for to dimensioner, det vil sige hvor det er muligt at have en psykisk sygdom og samtidig have god mental sundhed. En anden forskningsgren betragter mental sundhed og psykisk sygdom som hørende til en enkelt dimension, hvor hyppigt forekommende psykiske lidelser, eksempelvis angst og depression og god mental sundhed ligger i hver sin ende af samme spektrum. Inden for dette perspektiv ligger god mental sundhed i den ene ende af spektret – det man også kan kalde flourishing (at blomstre) – og psykisk sygdom i den anden. Denne rapport tager udgangspunkt i sidstnævnte forskningsgren, der betragter mental sundhed og psykiske lidelser ud fra én dimension, da det er svært at forestille sig, at man kan have en depression og samtidig opleve at have det godt med sig selv og sit liv og fungere godt i sin dagligdag (Koushede V 2015).

Som fysisk sundhed er også mental sundhed en kontinuerlig proces igennem livet. Man kan således opleve at bevæge sig frem og tilbage på spektret mellem god mental sundhed og psykisk sygdom og for eksempel både have perioder med god mental sundhed og perioder med mistrivsel, alt afhængigt af hvilke udfordringer man møder, og hvilke ressourcer man har til rådighed. I Danmark har vi desværre ingen oplysninger om, hvordan befolkningens mentale sundhed fordeles sig henover hele det mentale sundhedsspektrum, i og med fokus primært har været på psykiske lidelser og symptomer (Koushede V 2015).

1.3 Måling af mental sundhed

Der eksisterer flere forskellige spørgeskemaer eller skalaer til beskrivelse af selvrapporteret helbredsstatus og helbredsrelateret livskvalitet. I den tidligere gennemførte rapport *Mental sundhed blandt voksne danskere* udarbejdet for Sundhedsstyrelsen blev mental sundhed beskrevet med udgangspunkt i spørgsmålsbatteriet SF-12 (Christensen AI 2010). SF-12 står for Short Form og består af 12 spørgsmål, der belyser en persons helbredstilstand inden for de sidste fire uger (se bilag 1) (Ware JE 1995, Ware JE 1996). Der beregnes en samlet score for to generelle helbreds-komponenter – henholdsvis en fysisk helbreds-komponent (Physical Component Summary – PCS) og en mental helbreds-komponent (Mental Component Summary – MCS). Alle spørgsmål indgår i beregningen af såvel det fysiske som det mentale helbreds-komponentmål, men vægtningen af det enkelte spørgsmål er forskellig. Der scores i intervallet 0 til 100 med 100 som udtryk for den bedst tænkelige helbredsstatus. I den tidligere rapport blev alene den mentale helbreds-komponent anvendt. I rapporten blev gruppen med dårlig mental sundhed afgrænset til de 10 % med den laveste score på SF-12's mentale helbreds-komponent (MCS). De 65 % af befolkningen, der scorer højest på den mentale helbreds-komponent, udgør gruppen med god mental sundhed. Gruppen med moderat mental sundhed udgøres af de resterende 25 %. Nærværende rapport benytter samme definition og afgrænsning af mental sundhed. Der benyttes dog SF-12 version 2 frem for SF-12 version 1, som blev benyttet i den tidligere rapport. Begge versioner anvender de samme grundlæggende 12 spørgsmål til at måle den fysiske og mentale sundhedstilstand.

1.4 Hvordan måles betydningen af dårlig mental sundhed?

Udviklingen af mental sundhed påvirkes af strukturelle, sociale, psykologiske og biologiske faktorer, hvoraf nogle er beskyttende faktorer, og andre er risikofaktorer. Både de beskyttende faktorer og risikofaktorerne kan inddeles i tre niveauer; individuelt, socialt og strukturelt niveau. Risikofaktorer på det individuelle niveau kan eksempelvis være lavt selvværd, manglende færdigheder til at håndtere stress og udfordringer. Eksempler på risikofaktorer på det sociale niveau kan eksempelvis være misbrug, vold og social eksklusion, mens eksempler på risikofaktorer på det strukturelle niveau er voldelige og kriminelle omgivelser; arbejdsløshed og manglende skolegang (Barry MM 2007, Sundhedsstyrelsen 2008). I figur 1.4.1 gengives Barry og Jenkins' model for determinanter for mental sundhed i oversigtsform.

Figur 1.4.1 Determinanter for mental sundhed. Barry og Jenkins' model (2007)

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

For alle udfald, der er inddraget i denne undersøgelse, på nær død, gælder, at de både kan påvirke den mentale sundhed positivt og negativt. For eksempel kan en indlæggelse være et resultat af dårlig mental sundhed, men en indlæggelse og fysisk sygdom kan også påvirke den mentale sundhed. Ligeledes kan manglende progression i uddannelsesforløb være et resultat af dårlig mental sundhed, men manglende progression i uddannelsesforløb kan også påvirke den mentale sundhed. For at kunne udtale sig om kausalitet, skal der kunne påvises sammenhæng mellem det pågældende udfald og den mentale sundhedstilstand. Påvisningen af sammenhænge kræver som minimum, at den tidsmæssige sammenhæng skal være fastslået. Kun såfremt ekspositionen, det vil sige den mentale sundhedstilstand, kommer før udfaldet, kan der være tale om kausale (årsagsforklarende) sammenhænge. Et andet kriterium for at kunne udtale sig om kausalitet er, at det ud fra et forebyggelsesmæssigt perspektiv skal være påvist, at risikoen for udfaldet formindskes, såfremt ekspositionen fjernes, det vil sige hvis den mentale sundhedstilstand forbedres skal risikoen for udfaldet formindskes. I nærværende undersøgelse kan det ikke udelukkes, at der kan være tilfælde af omvendt kausalitet, og undersøgelsen kan derfor ikke i alle tilfælde afklare, hvad der er årsag, og hvad der er virkning.

Der ses ofte en ophobning af sygdom og risikofaktorer hos enkeltindivider og i bestemte grupper i befolkningen. Dette viser sig eksempelvis ved en ophobning af langvarig sygdom samt risikofaktorer som rygning, alkohol, fysisk inaktivitet og svær overvægt hos enkeltindivider og i bestemte grupper i befolkningen. Når man undersøger sammenhængen mellem en eksposition som dårlig mental sundhed og helbredsrelateret, udfald er der derfor risiko for, at de sammenhænge, der findes, ikke alene skyldes den eksposition, man undersøger, men derimod en kombination af flere risikofaktorer relateret til sundhedsadfærd. Af denne grund justeres der ofte for de mest betydningsfulde og bedst dokumenterede faktorer med betydning for helbredsstatus og sygelighed for på den måde at opnå et mere retvisende billede af sammenhængen mellem ekspositionen og helbredsudfald.

Den tidligere gennemførte rapport *Mental sundhed blandt voksne danskere* og tidligere studier viser, at uddannelsesniveau, langvarig sygdom, rygning, alkohol, fysisk inaktivitet og svær overvægt har betydning for mange helbredsudfald og er ulige fordelt mellem grupperne af personer med henholdsvis dårlig, moderat og god mental sundhed. På den baggrund kan man argumentere for, at man bør justere for disse indikatorer, således at udfaldet relateret til dårlig mental sundhed ikke påvirkes af den ulige fordeling. Når der justeres, fjernes den forskel mellem grupperne, der kan forklares ved den ulige fordeling af disse indikatorer personer med henholdsvis dårlig, moderat og god mental sundhed. Dette forudsætter, at man betragter mental sundhed som en selvstændig risikofaktor som rent kausalt er på linje med de øvrige risikofaktorer for udfaldet, for eksempel død. Samtidigt antages ikke noget om, hvorvidt for eksempel rygning forårsager dårlig mental sundhed eller omvendt. I dette tilfælde vil det være relevant at justere for disse indikatorer, da dette vil give et mere retvisende billede af sammenhængen mellem mental sundhed og dødelighed.

Det kan dog også antages, at kausaliteten forekommer omvendt, hvor den mentale sundhedstilstand kan resultere i, at en person påtager sig en risikoadfærd, for eksempel at dårlig mental sundhed kan resultere i, at man starter med at ryge. Ud fra den betragtning er mental sundhed en underliggende determinant for disse risikofaktorer, og i så fald vil det ikke være korrekt at justere

re, da man således vil fjerne en del af dødeligheden, der reelt kan tilskrives dårlig mental sundhed.

Det er ikke muligt at fastslå, hvilken tilgang der er den mest korrekte, da der ikke er konsensus om, hvorvidt dårlig mental sundhed skal betragtes som en underliggende determinant for risikofaktorer, en risikofaktor i sig selv eller en blanding mellem disse to (Stewart-Brown S 1998). I konsekvens heraf vises resultater, der søger at belyse de forskellige antagelser om kausalitet. Det vil sige, at der i rapporten vises både ujusterede risikoestimer svarende til en antagelse om, at dårlig mental sundhed er den underliggende determinant, og justerede risikoestimer svarende til en antagelse om, at dårlig mental sundhed er en risikofaktor kausalt på linje med rygning, fysisk inaktivitet, for højt alkoholforbrug, overvægt, langvarig sygdom og uddannelse.

2 Materiale og metode

I dette kapitel gennemgås undersøgelsens datamateriale. Kapitlet afsluttes med en læsevejledning til rapporten.

2.1 Materiale

Datamaterialet stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, der er en spørgeskemaundersøgelse gennemført af de fem regioner, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet. Undersøgelsen er gennemført som en tværsnitsundersøgelse, der er nationalt, regionalt og kommunalt repræsentativ.

Formålet med Den Nationale Sundhedsprofil 2010 har været at beskrive forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed blandt unge og voksne i Danmark. Beskrivelsen omfatter forekomst og fordeling af sundhed og helbredsrelateret livskvalitet, sundhedsadfærd, sygelighed, kontakt til egen læge og sociale relationer.

Dataindsamlingen er baseret på et spørgeskema, som deltagerne havde mulighed for at besvare skriftligt eller elektronisk på internettet. Den samlede stikprøve udgjorde 298.550 personer på 16 år eller derover og bosiddende i Danmark pr. 1. januar 2010. I alt besvarede 177.639 personer spørgeskemaet, hvilket svarer til 59,5 % af de adspurgte. Nærværende rapport omfatter aldersgruppen 16-64 år. Her var stikprøven på 134.949 personer, hvoraf 58,6 % deltog.

2.2 Deltagelse

I tabel 2.2.1 er deltagelsen i aldersgruppen 16-64 år opgjort efter køn og alder, civilstand, etnicitet og region. Svarprocenten er højere blandt kvinder (64,5 %) end blandt mænd (52,8 %). Både blandt mænd og kvinder ses den laveste svarprocent i aldersgruppen 16-24 år. Det ses endvidere, at svarprocenten er lav blandt ugifte (49,4 %), blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (31,4 %), i Region Hovedstaden (51,9 %) og i Region Sjælland (53,4 %).

Tabel 2.2.1 Svarprocent fordelt på køn og alder, civilstand, etnisk baggrund og region. 16-64 år.

		Svarprocent	Antal inviterede
Danmark		58,6	134.949
Mænd	16-24 år	42,4	19.594
	25-44 år	48,6	43.034
	45-64 år	59,9	53.862
	Alle mænd	52,8	116.490
Kvinder	16-24 år	57,0	17.995
	25-44 år	62,4	43.086
	45-64 år	68,7	52.881
	Alle kvinder	64,5	113.962
Civilstand	Giftede	65,6	118.903
	Fraskilte	56,2	20.549
	Enkestand	62,1	3.440
	Ugifte	49,4	87.560
Etnicitet	Dansk	61,7	204.117
	Anden vestlig	39,5	9.264
	Ikke-vestlig	31,4	17.071
Region	Hovedstaden	51,9	80.636
	Sjælland	53,4	28.543
	Syddanmark	63,0	46.815
	Midtjylland	64,8	45.421
	Nordjylland	65,1	29.037

2.3 Statistisk analyse

Alle analyser i rapporten gennemføres særskilt for mænd og kvinder, og hvor muligt opdelt på aldersgrupperne 16-24 år, 25-44 år samt 45-64 år. Analyserne er hovedsageligt baseret på en Cox-

regressionsmodel med alder som underliggende tid. Modellen estimerer en såkaldt hazard funktion, der viser risikoen eller chancen for, at en person vil opleve en given hændelse i et givent tidsinterval, givet at personen endnu ikke har oplevet hændelsen. Sammenligner man hazardfunktionen i to eller flere grupper, estimeres en hazard ratio. Hazard ratioen vil i denne rapport blive omtalt som relativ risiko. Denne model benyttes til at beregne den relative risiko, når vi ser på overgang fra én tilstand til en anden (for eksempel fra levende til død eller fra ugift til gift).

For indlæggelser, ambulante kontakter, skadestuekontakter og kontakter til praktiserende læge, hvor der ofte er mere end en hændelse pr. person, analyseres ved en Poisson regressionsmodel med korrelerede observationer. Denne model estimerer en incidensrateratio, som i denne rapport omtales som relativ risiko.

Den relativ risiko kan populært fortolkes som en forøgelse/formindskelse af en risiko eller chance.

Jf. diskussionen om kausalitet i afsnit 1.4, beregnes der i analyserne både ujusterede relative risici og hvis relevant relative risici, som er justeret for uddannelse, langvarig sygdom samt rygning, alkohol, fysisk inaktivitet og BMI. Når der justeres, elimineres den risikoforøgelse, der kan 'forklares' af disse indikatorer. I disse tilfælde, præsenteres endvidere resultater, hvor der justeres for de nævnte indikatorer enkeltvis, således at det er muligt at se på, hvad justering for dem enkeltvist betyder.

2.4 Læsevejledning

Rapporten består af 11 kapitler udover sammenfatningen. Kapitel 1 omhandler baggrunden for undersøgelsen, undersøgelsens formål, samt problematikker omkring måling af mental sundhed. Kapitel 2 er et metodekapitel, hvor der bliver redegjort for undersøgelsens datamateriale og de anvendte statistiske analyser. Kapitel 3 beskriver populationen i forhold til køn og alder, samt uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, fysisk inaktivitet og BMI.

Kapitel 4-10 er resultatkapitler, som alle beskriver sammenhængen mellem mental sundhed og en række helbredsmæssige eller sociale forhold.

Kapitel 4 handler om sammenhængen mellem mental sundhed og progression i uddannelsesforløb. I kapitel 5 handler om på mental sundhed og civilstand. I kapitel 6 beskrives sammenhængen mellem mental sundhed og beskæftigelse, og i kapitel 7 beskrives sammenhængen mellem mental sundhed og det at blive forældre. Kapitel 8 handler om sammenhængen mellem mental sundhed og kontakt til praktiserende læge, og kapitel 9 handler om sammenhængen mellem mental sundhed og kontakter i hospitalsvæsenet. I kapitel 10 beskrives sammenhængen mellem mental sundhed og dødelighed. Da det kan være svært at bevare overblikket over de mange tal, afsluttes hvert resultatkapitel med en opsummering.

Rapporten afsluttes med kapitel 11, der rummer diskussion og perspektivering af de fundne resultater. Bilaget viser de spørgsmål, der indgår i SF-12.

Alle tabeller i rapportens resultatkapitler er opbygget identisk, og resultater for mænd og kvinder præsenteres særskilt, og hvor muligt opdelt på hver af aldersgrupperne 16-24 år, 25-44 år samt 45-64 år. Tabel 2.4.1 er et eksempel på en tabelopbygning, og viser den relative risiko for død blandt mænd og kvinder med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed.

I første søjle vises aldersgruppen, og anden søjle viser grupperne med henholdsvis god mental sundhed, moderat mental sundhed og dårlig mental sundhed. Dernæst følger tre kolonner, der indeholder de egentlige resultater. Den første viser antal tilfælde blandt mænd i løbet af opfølgningsperioden 2010-2014, i dette tilfælde antal dødsfald, i de enkelte gruppe af god, moderat og dårlig mental sundhed. Der ses eksempelvis, at der blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 25-44 år er 28 dødsfald i opfølgningsperioden. Den næste søjle indeholder den relative risiko (RR). Personer med god mental sundhed er valgt som referencegruppe, og den relative risiko står derfor som 1. Mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 25-44 år har således en ujusteret relativ risiko på 4,57 for død sammenlignet med mænd med god mental sundhed i samme aldersgruppe. Den sidste søjle angiver 95% sikkerhedsgrænser, der angiver inden for hvilken sikkerhedsmargin, at den relative risiko befinder sig. I dette tilfælde befinder den relative risiko sig

inden for en sikkerhedsmargin på 2,34 til 8,89. De sidste tre søjler indeholder de tilsvarende resultater for kvinder.

Tabel 2.4.1 Relativ risiko (RR) for død blandt gruppen med henholdsvis dårlig og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Ujusteret

Alder	Mental sundhed	Mænd			Kvinder		
		Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser
25-44 år	God	47	1	ref	20	1	ref
	Moderat	25	1,14	(0,55-2,37)	22	1,88	(0,92-3,85)
	Dårlig	28	4,57	(2,34-8,89)	6	1,65	(0,60-4,50)
45-64 år	God	397	1	ref	210	1	ref
	Moderat	176	1,75	(1,46-2,08)	112	1,65	(1,33-2,04)
	Dårlig	132	3,75	(3,05-4,61)	100	3,19	(2,49-4,07)

3 Beskrivelse af populationen

I nærværende rapport opgøres alle analyser køns- og aldersspecifikt. Dette kapitel beskriver derfor fordelingen af mental sundhed i forhold til køn og alder. Analyserne baseres på både ujusterede relative risici og relative risici, som er justeret for f.eks. uddannelse, langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Dette kapitel beskriver således også mental sundhed i forhold til disse indikatorer.

3.1 Køn og alder

I forhold til den anvendte definition beskrevet i kapitel 1, er andelen med dårlig mental sundhed størst i aldersgrupperne 16-24 år og 25-44 år blandt både mænd og kvinder (tabel 3.1.1). Tilsvarende er andelen med god mental sundhed størst i aldersgruppen 45-64 år blandt både mænd og kvinder.

Tabel 3.1.1 Mental sundhed blandt voksne i Danmark (16-64 år). Andel (%) fordelt efter køn og alder

		Mental sundhed			
		God	Moderat	Dårlig	Antal svarpersoner
Mænd	16-24 år	68,1	23,7	8,2	6.464
	25-44 år	67,1	24,3	8,6	17.211
	45-64 år	72,5	19,8	7,7	25.969
Kvinder	16-24 år	51,6	33,3	15,1	7.938
	25-44 år	57,8	29,2	13,0	22.336
	45-64 år	67,0	23,1	9,8	28.184

3.2 Rygning

Rygning er den risikofaktor, der har størst betydning for dødeligheden i Danmark. Tabel 3.2.1 viser sammenhængen mellem mental sundhed og rygning. Det fremgår, at der blandt både mænd og kvinder og i alle aldersgrupper er en større andel, der har dårlig mental sundhed, blandt smårygere og storrygere, end blandt personer, der aldrig har røget.

Tabel 3.2.1 Mental sundhed i forhold til rygning. Mænd og kvinder. Andel (%) fordelt efter køn og alder

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		God	Moderat	Dårlig	
Mænd					
16-24 år	Aldrig-ryger	71,9	21,7	6,4	4.559
	Eksryger	62,9	27,8	9,4	612
	Småryger	61,9	25,2	12,9	691
	Storryger	53,4	32,1	14,6	602
	I alt	68,1	23,7	8,2	6.464
25-44 år	Aldrig-ryger	71,1	22,3	6,6	9.810
	Eksryger	66,9	24,4	8,7	3.829
	Småryger	58,6	29,3	12,1	1.269
	Storryger	55,8	29,5	14,8	2.303
	I alt	67,1	24,3	8,6	17.211
45-64 år	Aldrig-ryger	77,3	17,5	5,2	10.061
	Eksryger	73,2	19,8	7,0	9.688
	Småryger	68,3	21,6	10,0	2.476
	Storryger	62,4	23,8	13,9	3.744
	I alt	72,5	19,8	7,7	25.969
Kvinder					
16-24 år	Aldrig-ryger	54,9	32,3	12,8	5.903
	Eksryger	46,6	36,2	17,2	731
	Småryger	41,4	36,7	21,9	834
	Storryger	38,3	34,7	27,1	470
	I alt	51,6	33,3	15,1	7.938
25-44 år	Aldrig-ryger	61,3	27,7	11,0	12.475
	Eksryger	57,6	30,4	12,1	5.865
	Småryger	51,5	31,1	17,4	2.048
	Storryger	43,0	33,4	23,6	1.948
	I alt	57,8	29,2	13,0	22.336
45-64 år	Aldrig-ryger	70,9	21,3	7,8	12.432
	Eksryger	69,1	22,5	8,5	9.556
	Småryger	61,7	26,2	12,1	2.991
	Storryger	52,7	28,8	18,5	3.205
	I alt	67,0	23,1	9,8	28.184

3.3 Alkohol

Personer med et stort alkoholforbrug har højere dødelighed og sygelighed end personer med moderat eller intet forbrug. Et stort forbrug af alkohol kan endvidere medføre psykiske problemer, ulykker, vold og selvmord. Af tabel 3.3.1 ses, at der blandt mænd og kvinder og i alle aldersgrupper er større andele, der har dårlig mental sundhed, blandt personer, der ikke har drukket alkohol, og blandt personer, der har overskredet Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse inden for den seneste uge, sammenholdt med personer, der drikker under højrisikogrænsen.

Tabel 3.3.1 Mental sundhed i forhold til alkoholforbrug. Andel (%) fordelt efter køn og alder

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		God	Moderat	Dårlig	
Mænd					
16-24 år	Intet forbrug	65,3	23,9	10,9	466
	Under højrisikogrænsen	69,7	22,6	7,6	4.651
	Over højrisikogrænsen	63,8	27,0	9,2	1.347
	I alt	68,1	23,7	8,2	6.464
25-44 år	Intet forbrug	53,5	29,9	16,7	746
	Under højrisikogrænsen	69,1	23,3	7,6	15.208
	Over højrisikogrænsen	54,4	31,4	14,2	1.257
	I alt	67,1	24,3	8,6	17.211
45-64 år	Intet forbrug	54,8	27,3	17,9	1.396
	Under højrisikogrænsen	75,4	18,8	5,9	21.129
	Over højrisikogrænsen	64,5	21,8	13,7	3.444
	I alt	72,5	19,8	7,7	25.969
Kvinder					
16-24 år	Intet forbrug	48,0	34,1	17,9	615
	Under højrisikogrænsen	53,0	32,8	14,2	6.037
	Over højrisikogrænsen	46,8	35,2	18,0	1.286
	I alt	51,6	33,3	15,1	7.938
25-44 år	Intet forbrug	48,8	30,5	20,7	2.352
	Under højrisikogrænsen	59,5	28,9	11,6	19.233
	Over højrisikogrænsen	47,8	33,2	19,0	751
	I alt	57,8	29,2	13,0	22.336
45-64 år	Intet forbrug	51,9	28,4	19,7	2.710
	Under højrisikogrænsen	69,8	22,1	8,1	23.091
	Over højrisikogrænsen	61,7	25,8	12,6	2.383
	I alt	67,0	23,1	9,8	28.184

3.4 Fysisk aktivitet

Fysisk inaktivitet øger risikoen for tidlig død og en lang række sygdomme. I denne rapport opgøres fysisk aktivitet i fritiden ved hjælp af selvrapporterede oplysninger fra et spørgeskema. Aktivitetsniveauer er defineret ud fra faste svarkategorier, der beskriver fire forskellige aktivitetsniveauer i fritiden. Spørgsmålet om fysisk aktivitet i fritiden omfatter her også havearbejde og fysisk aktivitet i forbindelse med transport til og fra arbejde.

Spørgsmålet, der er anvendt, lyder: 'Hvis vi ser på det sidste år, hvad vil du så sige passer bedst som beskrivelse på din fysiske aktivitet i fritiden?' med svarkategorierne:

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

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

Blandt både mænd og kvinder og i alle aldersgrupper stiger andelen, der har dårlig mental sundhed, med faldende fysisk aktivitetsniveau (tabel 3.4.1).

Tabel 3.4.1 Mental sundhed i forhold til fysisk aktivitet. Andel (%) fordelt efter køn og alder

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		God	Moderat	Dårlig	
Mænd					
16-24 år	Hård/moderat	72,2	21,6	6,1	3.757
	Let	64,9	25,7	9,4	1.889
	Stillesiddende	56,7	28,3	15,1	818
	I alt	68,1	23,7	8,2	6.464
25-44 år	Hård/moderat	72,9	21,3	5,8	7.305
	Let	65,9	25,5	8,6	7.580
	Stillesiddende	53,5	29,2	17,3	2.326
	I alt	67,1	24,3	8,6	17.211
45-64 år	Hård/moderat	79,6	16,1	4,3	7.777
	Let	72,6	20,4	7,0	14.992
	Stillesiddende	56,8	25,0	18,2	3.200
	I alt	72,5	19,8	7,7	25.969
Kvinder					
16-24 år	Hård/moderat	58,7	30,3	11,0	3.084
	Let	48,8	35,5	15,7	3.925
	Stillesiddende	40,1	33,6	26,3	929
	I alt	51,6	33,3	15,1	7.938
25-44 år	Hård/moderat	65,8	25,6	8,6	6.036
	Let	57,3	30,0	12,8	13.477
	Stillesiddende	43,6	33,3	23,1	2.823
	I alt	57,8	29,2	13,0	22.336
45-64 år	Hård/moderat	75,2	19,4	5,3	5.300
	Let	67,7	23,4	9,0	19.697
	Stillesiddende	51,2	27,2	21,6	3.187
	I alt	67,0	23,1	9,8	28.184

3.5 BMI

Svær overvægt øger risikoen for tidlig død og en lang række sygdomme. Sammenhængen mellem dødelighed og body mass index (BMI) beskrives generelt ved en J- eller U-formet kurve. Således finder flere studier, at den laveste dødelighed er ved et BMI inden for intervallet 20-25 kg/m², men dette varierer med alder, og det er generelt sundere at være en smule overvægtig som ældre. Forøgede helbredsrisici ses ligeledes blandt undervægtige (BMI<18,5).

BMI beregnes som kropsvægten i kilo divideret med kvadratet på højden målt i meter, kg/m². WHO definerer følgende vægtgrupper opdelt efter BMI:

Undervægt:	$\text{BMI} < 18,5$
Normalvægt:	$18,5 \leq \text{BMI} < 25,0$
Moderat overvægt:	$25,0 \leq \text{BMI} < 30,0$
Svær overvægt:	$\text{BMI} \geq 30,0$

Det fremgår af tabel 3.5.1, at andelen med dårlig mental sundhed er større blandt undervægtige, overvægtige og svært overvægtige sammenlignet med normalvægtige.

Tabel 3.5.1 Mental sundhed i forhold til BMI. Andel (%) fordelt efter køn og alder

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		God	Moderat	Dårlig	
Mænd					
16-24 år	Undervægt	64,4	26,9	8,7	1.163
	Normalvægt	69,4	23,1	7,5	3.735
	Moderat overvægt	67,9	22,7	9,4	1.221
	Svær overvægt	67,7	22,5	9,8	345
	I alt	68,1	23,7	8,2	6.464
25-44 år	Undervægt	56,7	27,0	16,4	391
	Normalvægt	67,9	24,5	7,6	7.397
	Moderat overvægt	68,3	23,4	8,3	7.100
	Svær overvægt	63,0	25,3	11,7	2.323
	I alt	67,1	24,3	8,6	17.211
45-64 år	Undervægt	55,2	24,7	20,1	366
	Normalvægt	73,2	19,6	7,2	8.900
	Moderat overvægt	74,0	19,0	7,0	12.375
	Svær overvægt	68,8	21,6	9,6	4.328
	I alt	72,5	19,8	7,7	25.969
Kvinder					
16-24 år	Undervægt	50,5	34,1	15,4	2.184
	Normalvægt	53,3	33,4	13,3	4.169
	Moderat overvægt	51,5	30,7	17,8	1.150
	Svær overvægt	41,5	35,1	23,4	435
	I alt	51,6	33,3	15,1	7.938
25-44 år	Undervægt	58,6	28,8	12,6	2.383
	Normalvægt	59,2	29,5	11,4	11.461
	Moderat overvægt	56,7	29,4	13,9	5.352
	Svær overvægt	53,6	28,3	18,1	3.140
	I alt	57,8	29,2	13,0	22.336
45-64 år	Undervægt	66,4	23,2	10,4	2.175
	Normalvægt	69,1	22,5	8,4	13.292
	Moderat overvægt	67,2	23,0	9,8	8.490
	Svær overvægt	60,6	25,2	14,2	4.227
	I alt	67,0	23,1	9,8	28.184

3.6 Langvarig sygdom

Forekomsten af langvarig sygdom er et væsentligt element i beskrivelsen af sundhedstilstanden.

Andelen af personer, der har én eller flere langvarige sygdomme, er belyst ved spørgsmålet: 'Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse? Med langvarig menes mindst 6 måneder'. Der er muligt at svare 'Ja' eller 'Nej'.

Det fremgår af tabel 3.6.1, at større andele blandt både mænd og kvinder med langvarig sygdom har dårlig mental sundhed sammenholdt med personer uden langvarig sygdom. Dette gælder i alle aldersgrupper.

Tabel 3.6.1 Mental sundhed i forhold til langvarig sygdom. Andel (%) fordelt efter køn og alder

		Mental sundhed			Antal svarpersoner
		God	Moderat	Dårlig	
Mænd					
16-24 år	Ja	60,8	26,0	13,2	1.185
	Nej	69,8	23,1	7,1	5.279
	I alt	68,1	23,7	8,2	6.464
25-44 år	Ja	56,7	27,8	15,6	4.058
	Nej	70,4	23,2	6,4	13.153
	I alt	67,1	24,3	8,6	17.211
45-64 år	Ja	61,2	25,0	13,8	9.222
	Nej	79,2	16,6	4,2	16.747
	I alt	72,5	19,8	7,7	25.969
Kvinder					
16-24 år	Ja	46,5	31,3	22,2	1.621
	Nej	52,9	33,8	13,3	6.317
	I alt	51,6	33,3	15,1	7.938
25-44 år	Ja	46,8	32,5	20,7	5.629
	Nej	61,7	28,1	10,2	16.707
	I alt	57,8	29,2	13,0	22.336
45-64 år	Ja	55,3	28,1	16,7	10.362
	Nej	74,5	20,0	5,5	17.822
	I alt	67,0	23,1	9,8	28.184

3.7 Uddannelsesniveau

Uddannelsesniveau er et udtryk for social position i samfundet. Det skyldes blandt andet, at uddannelse har indflydelse på muligheden for at få bestemte typer af jobs og dermed også på indkomstniveau og et givent niveau af materielle ressourcer. Samtidig kan uddannelsesniveau være en indikator for borgerens evne til at finde relevant information og tilegne sig viden. Gennem uddannelse tilegner den enkelte sig kompetencer, som har betydning for personens tilbøjelighed til at træffe hensigtsmæssige beslutninger, også i forbindelse med egen sundhed.

I nærværende rapport er oplysninger om uddannelsesniveaulet indhentet fra uddannelsesregistret. Uddannelsesregistret indeholder oplysninger om befolkningens påbegyndte og afsluttede uddannelser per 1. november hvert år. Registret dækker perioden 1977 og frem. I denne rapport benyttes variabelen for højest fuldførte uddannelse, som grupperes i tre uddannelseskategorier:

- Grundskole
- Kort uddannelse: Almen eller erhvervsgymnasial uddannelse, erhvervsfaglige praktik- og hovedforløb samt kort videregående uddannelse
- Mellemlang/lang uddannelse: Mellemlang videregående uddannelse, bacheloruddannelse, lang videregående uddannelse og forskeruddannelse

Det fremgår af tabel 3.7.1, at andelen med dårlig mental sundhed overordnet er størst blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelse. Dette gælder både blandt mænd og kvinder og i alle aldersgrupper med undtagelse af mænd, i aldersgruppen 16-24 år.

Tabel 3.7.1 Mental sundhed i forhold til uddannelsesnivea. Andel (%) fordelt efter køn og alder

		Mental sundhed			
		God	Moderat	Dårlig	Antal svarpersoner
Mænd					
16-24 år	Grundskole	67,5	23,8	8,6	4.249
	Kort	69,0	23,6	7,5	2.110
	Mellemlang/lang	69,0	21,1	10,0	105
	I alt	68,1	23,7	8,2	6.464
25-44 år	Grundskole	58,3	27,3	14,4	2.341
	Kort	68,2	23,6	8,2	10.009
	Mellemlang/lang	69,2	24,1	6,7	4.861
	I alt	67,1	24,3	8,6	17.211
45-64 år	Grundskole	68,1	21,9	10,1	5.151
	Kort	73,5	19,3	7,2	14.691
	Mellemlang/lang	74,0	19,1	6,9	6.127
	I alt	72,5	19,8	7,7	25.969
Kvinder					
16-24 år	Grundskole	47,8	34,6	17,7	4.702
	Kort	55,2	32,4	12,4	3.009
	Mellemlang/lang	64,7	24,7	10,6	227
	I alt	51,6	33,3	15,1	7.938
25-44 år	Grundskole	45,1	33,3	21,6	2.211
	Kort	57,9	28,9	13,2	10.880
	Mellemlang/lang	61,0	28,5	10,5	9.245
	I alt	57,8	29,2	13,0	22.336
45-64 år	Grundskole	61,9	25,0	13,1	6.452
	Kort	68,2	22,8	9,0	13.012
	Mellemlang/lang	69,3	22,2	8,5	8.720
	I alt	67,0	23,1	9,8	28.184

4 Uddannelse

Der er en stigende anerkendelse af, at mental sundhed har afgørende betydning for vores helbred og sundhed på kort og lang sigt, for vores evne til at klare os godt socialt, uddannelsesmæssigt, arbejdsmæssigt og økonomisk, og dermed for vores evne til at bidrage positivt til samfundet (Kirkwood TB 2008, Lehtinen V 2005, WHO 2005). Efterhånden er der således konsensus om, at mental sundhed påvirker børns og unges indlæringssevne og dermed deres muligheder for at klare sig godt i skolen. Mulige mekanismer handler blandt andet om dårlig søvn, koncentrationsbesvær, manglende tro på egen formåen og fravær (Kirkwood TB 2008, Meilstrup C 2016, Due P 2014). Forskningen peger dog både på, at mental sundhed har betydning for indlæring, og på at indlæringsvanskeligheder kan påvirke mental sundhed negativt (Kirkwood TB 2008).

Dette kapitel beskriver, om unge med dårlig mental sundhed eller moderat mental sundhed har en højere eller lavere risiko for at opleve progression i deres uddannelsesniveau sammenlignet med unge med god mental sundhed. Det vil sige, om unge med dårlig mental sundhed eller moderat mental sundhed i større eller mindre grad end unge med god mental sundhed går fra at have grundskole som højeste uddannelsesniveau til at have en kort uddannelse eller går fra at have en kort uddannelse til at have en mellemlang/lang videregående uddannelse i løbet af opfølgingsperioden 2010-2014.

Analyserne er baseret op uddannelsesregistret (Jensen VM 2011). Uddannelsesregistret indeholder oplysninger om befolkningens påbegyndte og afsluttede uddannelser per 1. november hvert år. Registret dækker perioden fra 1977 og frem. I denne rapport benyttes variabelen for højest fuldførte uddannelse, som grupperes i tre uddannelseskategorier: grundskole, kort uddannelse og mellemlang/lang videregående uddannelse. Analyserne gennemføres kun for unge i alderen 16-24 år, da størstedelen i de ældre aldersgrupper er færdiguddannet og derfor ikke oplever yderligere progression i uddannelsesniveaut.

4.1 Overgang fra grundskole til kort uddannelse

Det fremgår af tabel 4.1.1, at unge med dårlig mental sundhed har en mindre chance for progression i uddannelsesniveau fra grundskole til kort uddannelse sammenlignet med unge med god mental sundhed. Dette gælder både mænd og kvinder.

Tabel 4.1.1 Relativ risiko (RR) for progression i uddannelsesniveau fra grundskole til kort uddannelse blandt 16-24-årige med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn. Ujusteret

Mental sundhed	Mænd			Kvinder		
	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser
God	2.487	1	ref	1.674	1	ref
Moderat	851	1,02	(0,93-1,11)	1.223	1,05	(0,98-1,13)
Dårlig	229	0,72	(0,62-0,85)	513	0,87	(0,79-0,96)

4.2 Overgang fra kort uddannelse til mellemlang/lang videregående uddannelse

Det fremgår af tabel 4.2.1 at blandt kvinder med dårlig mental sundhed er der en signifikant mindre chance for progression i uddannelsesniveau fra kort uddannelse til mellemlang/lang videregående uddannelse sammenlignet med kvinder med god mental sundhed. Der ses samme tendens blandt mænd.

Tabel 4.2.1 Relativ risiko (RR) for progression i uddannelsesniveau fra kort uddannelse til mellemlang/lang videregående uddannelse blandt 16-24-årige med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn. Ujusteret

Mental sundhed	Mænd			Kvinder		
	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser
God	879	1	ref	1.066	1	ref
Moderat	316	1,14	(0,95-1,36)	599	0,98	(0,87-1,10)
Dårlig	79	0,84	(0,61-1,17)	189	0,75	(0,62-0,90)

4.3 Opsummering

Der ses en svag sammenhæng mellem mental sundhed og progression i uddannelsesniveau. Blandt både mænd og kvinder gælder, at blandt 16-24-årige med dårlig mental sundhed er der en lavere risiko for progression i uddannelsesniveau fra grundskole til kort uddannelse sammenlignet med 16-24-årige med god mental sundhed. Endvidere ses, at blandt kvinder med dårlig mental sundhed er der en lavere risiko for progression i uddannelsesniveau fra kort uddannelse til mellemlang/lang videregående uddannelse sammenlignet med kvinder med god mental sundhed. Samme tendens ses blandt mænd.

5 Civilstand

Sociale relationer har afgørende betydning for mental sundhed. Studier viser, at gode sociale relationer er beskyttende i forhold til at udvikle mentale sundhedsproblemer, blandt andet fordi de øger chancerne for, at man kan få følelsesmæssig og praktisk støtte. Samtidig påvirker mental sundhed vores evner og muligheder for at indgå positivt i forskellige sociale sammenhænge, blandt andet fordi dårlig mental sundhed er associeret med adfærdsproblemer (Kirkwood TB 2008, Lehtinen V 2005, WHO 2005).

Dette kapitel beskriver, hvorvidt gifte personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed har en højere eller lavere risiko for at blive alene (skilt eller enke) sammenlignet med personer med god mental sundhed. Endvidere belyses, om ugifte personer med dårlig mental sundhed eller moderat mental sundhed har en lavere risiko for at blive gift sammenlignet med personer med god mental sundhed. Analyserne er baseret på CPR-registeret, der indeholder oplysninger om personernes civilstand (Pedersen CB 2011). Hver person følges i CPR-registeret fra 2010 til og med 2014, og der ses på første gang, en person foretager en af de nævnte overgange.

5.1 Overgang fra gift til alene (skilt eller enke)

Denne overgang belyses kun for aldersgrupperne 25-44 år og 45-64 år, da der er meget få overgange fra gift til alene i aldersgruppen 16-24 år. Det fremgår af tabel 5.1.1, at der blandt gifte personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed er en højere risiko for at blive alene sammenlignet med gifte personer med god mental sundhed. Dette gælder både blandt mænd og kvinder og i begge aldersgrupper.

Tabel 5.1.1 Relativ risiko (RR) for at blive alene (skilt eller enke) blandt gifte personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Ujusteret

Alder	Mental sundhed	Antal tilfælde	Mænd		Kvinder		
			RR	95% sikkerhedsgrænser	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser
25-44 år	God	738	1	ref	736	1	ref
	Moderat	346	1,56	(1,36-1,78)	479	1,50	(1,35-1,67)
	Dårlig	137	2,15	(1,77-2,61)	262	2,25	(1,97-2,58)
45-64 år	God	587	1	ref	639	1	ref
	Moderat	247	1,71	(1,50-1,94)	319	1,60	(1,43-1,79)
	Dårlig	110	2,60	(2,16-3,12)	163	2,23	(1,91-2,59)

5.2 Overgang fra ugift til gift

I tabel 5.2.1 fremgår chancen for at blive gift blandt ugifte personer med henholdsvis dårlig og moderat mental sundhed sammenlignet med personer med god mental sundhed. Generelt ses, at der blandt ugifte med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed, er en mindre chance for at blive gift, end blandt ugifte med god mental sundhed.

Tabel 5.2.1 Relativ risiko (RR) for at blive gift blandt ugifte personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Ujusteret

Alder	Mental sundhed	Antal tilfælde	Mænd		Kvinder		
			RR	95% sikkerhedsgrænser	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	425	1	ref	453	1	ref
	Moderat	129	0,84	(0,67-1,06)	273	0,99	(0,86-1,15)
	Dårlig	50	0,76	(0,54-1,09)	117	0,77	(0,62-0,96)
25-44 år	God	1.951	1	ref	1.316	1	ref
	Moderat	542	0,68	(0,61-0,76)	623	0,87	(0,79-0,96)
	Dårlig	121	0,42	(0,35-0,52)	203	0,60	(0,52-0,70)
45-64 år	God	179	1	ref	93	1	ref
	Moderat	42	0,68	(0,50-0,92)	36	0,77	(0,56-1,06)
	Dårlig	26	0,49	(0,31-0,80)	7	0,50	(0,30-0,83)

5.3 Opsummering

Der ses en sammenhæng mellem mental sundhed og civilstand. Således er der blandt gifte personer med dårlig mental sundhed eller moderat mental sundhed en betydelig højere risiko for at blive alene (skilt eller enke) sammenlignet med gifte personer med god mental sundhed. Endvidere ses, at der blandt ugifte med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed er en betydelig mindre chance for at blive gift end blandt ugifte med god mental sundhed.

6 Beskæftigelse

Dette kapitel beskriver, hvorvidt personer i beskæftigelse med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed har en højere eller lavere risiko for at komme uden for arbejdsmarkedet (arbejdsløs, dagpenge, førtidspension eller kontanthjælp) sammenlignet med personer med god mental sundhed. Endvidere belyses, om personer, der er arbejdsløse, på dagpenge eller på kontanthjælp, og som har henholdsvis dårlig mental sundhed eller moderat mental sundhed, har en højere eller lavere risiko for at komme i beskæftigelse eller under uddannelse sammenlignet med personer med god mental sundhed. Analyserne er baseret på indkomstregistret. Registret indeholder oplysninger om løn, dagpenge, kontanthjælp, sociale pensioner samt arbejdsmarkeds- og privatpensioner. Analyserne gennemføres kun for aldersgruppen 25-59 år.

6.1 Overgang fra at være i beskæftigelse til at komme uden for arbejdsmarkedet (arbejdsløs, dagpenge, førtidspension eller kontanthjælp)

Det fremgår af tabel 6.1.1, at der blandt personer i beskæftigelse med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed er en højere risiko for at komme uden for arbejdsmarkedet sammenlignet med personer i beskæftigelse med god mental sundhed. Dette gælder både blandt mænd og kvinder og i begge aldersgrupper.

Tabel 6.1.1 Relativ risiko (RR) for at komme uden for arbejdsmarkedet (arbejdsløs, dagpenge, førtidspension eller kontanthjælp) blandt personer i beskæftigelse med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Ujusteret

Alder	Mental sundhed	Antal tilfælde	Mænd		Kvinder		
			RR	95% sikkerhedsgrænser	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser
25-44 år	God	642	1	ref	898	1	ref
	Moderat	453	2,03	(1,76-2,35)	680	1,54	(1,39-1,71)
	Dårlig	230	3,74	(3,10-4,51)	473	3,24	(2,88-3,65)
45-59 år	God	687	1	ref	544	1	ref
	Moderat	293	1,64	(1,44-1,87)	368	1,85	(1,65-2,08)
	Dårlig	210	3,64	(3,11-4,26)	213	3,58	(3,11-4,11)

De indledende analyser i kapitel 3 viste, at der var forskel på grupperne med henholdsvis god, moderat og dårlig mental sundhed i forhold til uddannelse og langvarig sygdom. Det antages, at uddannelse og langvarig sygdom kan påvirke sammenhængen mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for at komme uden for arbejdsmarkedet blandt personer i beskæftigelse. Da der ikke er konsensus om, hvorvidt dårlig mental sundhed skal betragtes som en underliggende determinant for disse indikatorer eller en risikofaktor i sig selv, beregnes der således også justerede risikoestimer jævnt før afsnit 1.4.

I tabel 6.1.2 er risikoen for personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed justeret for uddannelse og langvarig sygdom. Der ses samme mønster som i den ujusterede analyse (tabel 6.1.1), men der sker en reduktion i den relative risiko for at komme uden for arbejdsmarkedet blandt personer i beskæftigelse i alle aldersgrupper for både mænd og kvinder. En del af den øgede risiko kan således forklares ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse og langvarig sygdom. Efter justering ses der dog stadig en markant øget risiko for at komme uden for at komme uden for arbejdsmarkedet blandt personer i beskæftigelse med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed.

Tabel 6.1.2 Relativ risiko (RR) for at komme uden for arbejdsmarkedet (arbejdsløs, dagpenge, førtidspension eller kontanthjælp) blandt personer i beskæftigelse med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Justeret for henholdsvis uddannelse og langvarig sygdom

Alder	Mental sundhed	Mænd		Kvinder	
		RR	95% sikkerhedsgrænser	RR	95% sikkerhedsgrænser
25-44 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	1,91	(1,65-2,21)	1,44	(1,30-1,60)
	Dårlig	3,20	(2,65-3,86)	2,79	(2,48-3,14)
45-59 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	1,58	(1,39-1,80)	1,74	(1,55-1,96)
	Dårlig	3,32	(2,83-3,89)	3,13	(2,72-3,61)

Af tabel 6.1.3 fremgår den relative risiko for at komme uden for arbejdsmarkedet blandt personer i beskæftigelse med henholdsvis dårlig og moderat mental sundhed, når der justeres for ovenstående faktorer enkeltvis. Der ses, at uddannelse forklarer mindst af den øgede relative risiko, mens langvarig sygdom forklarer lidt mere. Blandt mænd i aldersgruppen 25-44 år reduceres den relative risiko for at komme uden for arbejdsmarkedet blandt personer i beskæftigelse med dårlig mental sundhed eksempelvis kun fra 3,74 til 3,61, når der justeres for uddannelse, mens den reduceres fra 3,74 til 3,33, når der justeres for langvarig sygdom. Langvarig sygdom ser således ud til at forklare lidt af den øgede relative risiko. Den samme tendens ses blandt kvinder (tabel 6.1.4).

Tabel 6.1.3 Relativ risiko (RR) for at komme uden for arbejdsmarkedet (arbejdsløs, dagpenge, førtidspension eller kontanthjælp) blandt mænd i beskæftigelse med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse og langvarig sygdom

Mænd		RR			
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Fuldt justeret
25-44 år	God	1	1	1	1
	Moderat	2,03	2,00	1,94	1,91
	Dårlig	3,74	3,61	3,33	3,20
45-59 år	God	1	1	1	1
	Moderat	1,64	1,65	1,56	1,58
	Dårlig	3,64	3,69	3,28	3,32

Tabel 6.1.4 Relativ risiko (RR) for at komme uden for arbejdsmarkedet (arbejdsløs, dagpenge, førtidspension eller kontanthjælp) blandt kvinder i beskæftigelse med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse og langvarig sygdom

Kvinder		RR			
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Fuldt justeret
25-44 år	God	1	1	1	1
	Moderat	1,54	1,50	1,94	1,44
	Dårlig	3,24	3,06	3,33	2,79
45-59 år	God	1	1	1	1
	Moderat	1,85	1,89	1,56	1,74
	Dårlig	3,58	3,61	3,28	3,13

6.2 Overgang fra at være arbejdsløs, på dagpenge eller på kontanthjælp til at være i arbejde eller i uddannelse

Blandt personer der er arbejdsløse, på dagpenge eller på kontanthjælp, med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed, er der en mindre chance for at komme i arbejde eller i uddannelse sammenlignet med personer der er arbejdsløse, på dagpenge eller på kontanthjælp med god mental sundhed (tabel 6.2.1).

Tabel 6.2.1 Relativ risiko (RR) for at komme i arbejde eller i uddannelse blandt personer der er arbejdsløse, på dagpenge eller på kontanthjælp med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Ujusteret

Alder	Mental sundhed	Antal tilfælde	Mænd		Kvinder		
			RR	95% sikkerhedsgrænser	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser
25-44 år	God	398	1	ref	469	1	ref
	Moderat	218	0,73	(0,60-0,90)	331	0,71	(0,61-0,83)
	Dårlig	150	0,39	(0,31-0,50)	192	0,35	(0,29-0,42)
45-59 år	God	281	1	ref	149	1	ref
	Moderat	115	0,57	(0,46-0,72)	103	0,54	(0,42-0,69)
	Dårlig	79	0,33	(0,25-0,44)	50	0,29	(0,22-0,39)

De indledende analyser i kapitel 3 viste, at der var forskel på grupperne med henholdsvis god, moderat og dårlig mental sundhed i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Det antages, at disse indikatorer kan påvirke sammenhængen mellem den mentale sundhedstilstand og chancen for at komme i arbejde eller i uddannelse blandt personer der er arbejdsløse, på dagpenge eller på kontanthjælp. I forhold til rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet er det nok ikke adfærden i sig selv, men nærmere den stigmatisering der kan være forbundet med adfærden der kan påvirke chancen. Da der ikke er konsensus om, hvorvidt dårlig mental sundhed skal betragtes som en underliggende determinant for disse indikatorer, eller en risikofaktor i sig selv, beregnes der således også justerede risikoestimer jævnfør afsnit 1.4.

I tabel 6.2.2 er den relative risiko for at komme i arbejde eller i uddannelse blandt personer der er arbejdsløse, på dagpenge eller på kontanthjælp med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, BMI, fysisk inaktivitet og alkohol. Der ses samme mønster som i den ujusterede analyse (tabel 6.2.1), men der sker en øgning i chancen i alle aldersgrupper for både mænd og kvinder. En del af den mindre chance kan således forklares ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Efter justering ses der dog stadig en mindre chance for at komme i arbejde eller i uddannelse blandt personer der er arbejdsløse, på dagpenge eller på kontanthjælp med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed.

Tabel 6.2.2 Relativ risiko (RR) for at komme i arbejde eller i uddannelse blandt personer der er arbejdsløse, på dagpenge eller på kontanthjælp med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Alder	Mental sundhed	Mænd			Kvinder	
		RR	95% sikkerhedsgrænser	RR	95% sikkerhedsgrænser	
25-44 år	God	1	ref	1	ref	
	Moderat	0,82	(0,66-1,00)	0,83	(0,71-0,96)	
	Dårlig	0,56	(0,44-0,72)	0,47	(0,39-0,58)	
45-59 år	God	1	ref	1	ref	
	Moderat	0,74	(0,58-0,94)	0,62	(0,49-0,80)	
	Dårlig	0,50	(0,38-0,67)	0,43	(0,32-0,59)	

Af tabel 6.2.3 fremgår chancen for at komme i arbejde eller i uddannelse blandt personer der er arbejdsløse, på dagpenge eller på kontanthjælp med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed, når der justeres for ovenstående faktorer enkeltvis. Der ses, at uddannelse generelt bidrager mindst til den mindre chance, mens langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet bidrager lidt mere. Eksempelvis øges chancen for at komme i arbejde eller i uddannelse blandt mænd med dårlig mental sundhed der er arbejdsløse, på dagpenge eller på kontanthjælp i aldersgruppen 45-64 år kun fra 0,33 til 0,34, når der justeres for uddannelse. Derimod øges chancen for at komme i arbejde eller i uddannelse blandt mænd med dårlig mental sundhed der er arbejdsløse, på dagpenge eller på kontanthjælp i aldersgruppen 45-64 år fra 0,33 til 0,43, når der justeres for langvarig sygdom. Langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet ser således ud til at forklare den største del af den mindre chance. Den samme tendens ses i blandt kvinder (tabel 6.2.4).

Tabel 6.2.3 Relativ risiko (RR) for at komme i arbejde eller i uddannelse blandt mænd der er arbejdsløse, på dagpenge eller på kontanthjælp med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Mænd		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	0,73	0,78	0,75	0,78	0,82
	Dårlig	0,39	0,44	0,45	0,49	0,56
45-59 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	0,57	0,57	0,67	0,66	0,74
	Dårlig	0,33	0,34	0,43	0,40	0,50

Tabel 6.2.4 Relativ risiko (RR) for at komme i arbejde eller i uddannelse blandt kvinder der er arbejdsløse, på dagpenge eller på kontanthjælp med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Kvinder		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	0,71	0,77	0,74	0,78	0,83
	Dårlig	0,35	0,39	0,39	0,42	0,47
45-59 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	0,54	0,54	0,58	0,56	0,62
	Dårlig	0,29	0,30	0,34	0,36	0,43

6.3 Opsummering

Der ses en stærk sammenhæng mellem mental sundhed og tilknytning til arbejdsmarkedet. Blandt personer i beskæftigelse med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed er der en højere risiko for at komme uden for arbejdsmarkedet sammenlignet med personer i beskæftigelse med god mental sundhed. Sammenhængen er stadig stærk, når der justeres for uddannelse og langvarig sygdom, men især justering for langvarig sygdom har betydning og reducerer risikoestimerne.

Endvidere er der blandt personer der er arbejdsløse, på dagpenge eller på kontanthjælp med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed en betydelig lavere risiko for at komme i arbejde eller i uddannelse i forhold til personer der er arbejdsløse, på dagpenge eller på kon-

tanthjælp med god mental sundhed. Sammenhængen er stadig betydelig, når der justeres for uddannelse, langvarig sygdom, og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet, men især justering for langvarig sygdom har betydning og reducerer risikoestimerne.

7 Forældre

Dette kapitel beskriver, hvorvidt personer med dårlig mental sundhed eller moderat mental sundhed har en højere eller lavere risiko for at blive forældre sammenlignet med personer med god mental sundhed i løbet af opfølgningsperioden. Analyserne er baseret på CPR-registeret (Pedersen CB 2011). En person er defineret som være blevet forældre, første gang personen er registreret som forældre til en 0-årig efter 1. januar 2010. Der tages ikke hensyn til, om man har andre børn eller får flere i opfølgningsperioden 2010-2014. Der tages ikke hensyn til adoption af børn i aldre over 0 år. Analyserne gennemføres kun for aldersgrupperne 16-24 år og 25-44 år, da der er meget få, der bliver forældre i aldersgruppen 45-64 år.

Det fremgår af tabel 7.1, at der blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed er en mindre chance for at blive forældre sammenlignet med personer med god mental sundhed. Dette gælder både blandt mænd og kvinder og i begge aldersgrupper. Eksempelvis har mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 25-44 år en relativ risiko på 0,56 for at blive forældre i forhold til mænd i samme aldersgruppe med god mental sundhed.

Tabel 7.1 Relativ risiko (RR) for at blive forældre blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Ujusteret

Alder	Mental sundhed	Antal tilfælde	Mænd		Kvinder		
			RR	95% sikkerhedsgrænser	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	644	1	ref	815	1	ref
	Moderat	211	0,79	(0,66-0,95)	457	0,87	(0,78-0,98)
	Dårlig	66	0,65	(0,49-0,88)	214	0,84	(0,72-0,98)
25-44 år	God	4.366	1	ref	3.400	1	ref
	Moderat	1.425	0,82	(0,76-0,88)	1.516	0,79	(0,75-0,85)
	Dårlig	366	0,56	(0,49-0,64)	620	0,68	(0,62-0,74)

De indledende analyser i kapitel 3 viste, at der var forskel på grupperne med henholdsvis god, moderat og dårlig mental sundhed i forhold til uddannelse. Det antages, at uddannelse kan påvirke sammenhængen mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for at blive forældre. Der beregnes således også justerede risikoestimer jævnfør afsnit 1.4.

I tabel 7.2 er den relative risiko for at blive forældre blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed justeret for uddannelse. Der ses stort set de samme estimer som i den ujusterede analyse (tabel 7.1), og den mindre chance for at blive forældre blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed kan således ikke forklares ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse.

Tabel 7.2 Relativ risiko (RR) for at blive forældre blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Justeret for uddannelse

Alder	Mental sundhed	Mænd		Kvinder	
		RR	95% sikkerhedsgrænser	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	0,78	(0,65-0,94)	0,87	(0,78-0,98)
	Dårlig	0,64	(0,47-86)	0,83	(0,72-0,87)
25-44 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	0,83	(0,77-0,89)	0,81	(0,76-0,86)
	Dårlig	0,59	(0,52-0,67)	0,73	(0,66-0,80)

7.1 Opsummering

Blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed er der en betydelig mindre chance for at blive forældre sammenlignet med personer med god mental sundhed. Når der justeres for uddannelses ses stort set de samme estimater som i den ujusterede analyse. Den lavere relative risiko for at blive forældre blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed kan således ikke forklares ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse.

8 Kontakt til praktiserende læge

Oplysning om kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med dårlig, moderat og god mental sundhed er opgjort på baggrund af Sygesikringsregisteret (Andersen JS 2011). Sygesikringsregisteret indeholder registrering af alle ydelser refunderet af den offentlige sygesikring fra praktiserende læger, praktiserende speciallæger, tandlæger og psykologer. Registret indeholder alle kontakter siden 1990. I denne rapport benyttes kontakter registreret i perioden 2010-2014. Til kontakterne er knyttet oplysninger om blandt andet yderens speciale, modtagerens personnummer, tidspunkt for ydelse og yderens honorar.

Tabel 8.1 viser den relative risiko for kontakt til alment praktiserende læge blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed i forhold til personer med god mental sundhed. Det fremgår, at personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed har en højere risiko for kontakt til alment praktiserende læge i forhold til personer med god mental sundhed. Dette gælder både blandt mænd og blandt kvinder og i alle aldersgrupper.

Tabel 8.1 Relativ risiko (RR) for kontakt til alment praktiserende læge blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Ujusteret

Alder	Mental sundhed	Mænd			Kvinder		
		Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	86.921	1	ref	159.503	1	ref
	Moderat	35.760	1,18	(1,12-1,24)	113.296	1,11	(1,08-1,15)
	Dårlig	15.783	1,53	(1,40-1,67)	61.757	1,30	(1,24-1,35)
25-44 år	God	255.296	1	ref	480.083	1	ref
	Moderat	120.270	1,30	(1,25-1,35)	292.461	1,20	(1,17-1,22)
	Dårlig	58.599	1,79	(1,70-1,90)	165.424	1,52	(1,47-1,57)
45-64 år	God	469.183	1	ref	542.071	1	ref
	Moderat	163.126	1,33	(1,29-1,36)	241.771	1,29	(1,26-1,32)
	Dårlig	87.516	1,86	(1,78-1,95)	135.125	1,72	(1,66-1,78)

De indledende analyser i kapitel 3 viste, at der var forskel på grupperne med henholdsvis god, moderat og dårlig mental sundhed i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Det antages, at de indikatorer kan påvirke sammenhængen mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for kontakt til praktiserende læge. Da der ikke er konsensus om, hvorvidt dårlig mental sundhed skal betragtes som en underliggende determinant for disse indikatorer eller en risikofaktor i sig selv, beregnes der således også justerede risikoestimer jævnfør af snit 1.4.

I tabel 8.2 er den relative risiko for kontakt til alment praktiserende læge blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed justeret for uddannelse, langvarig sygdom

dom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Der ses samme mønster som i den ujusterede analyse (tabel 8.1), men der sker en reduktion i den relative risiko for kontakt til alment praktiserende læge i alle aldersgrupper for både mænd og kvinder. En væsentlig del af den øgede risiko kan således forklares ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Det er dog en tendens til, at den relative risiko reduceres mere i den ældste aldersgruppe (45-64 år) end i den yngste aldersgruppe (16-24 år), når der justeres. Efter justering ses der dog stadig en øget risiko for kontakt til alment praktiserende læge blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed.

Tabel 8.2 Relativ risiko (RR) for kontakt til alment praktiserende læge blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Alder	Mental sundhed	Mænd		Kvinder	
		RR	95% sikkerhedsgrænser	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	1,13	(1,08-1,19)	1,09	(1,05-1,12)
	Dårlig	1,37	(1,26-1,49)	1,20	(1,15-1,25)
25-44 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	1,21	(1,17-1,25)	1,14	(1,12-1,17)
	Dårlig	1,47	(1,39-1,55)	1,33	(1,29-1,37)
45-64 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	1,17	(1,13-1,20)	1,17	(1,14-1,19)
	Dårlig	1,43	(1,36-1,50)	1,38	(1,33-1,42)

Af tabel 8.3 fremgår den relative risiko for kontakt til alment praktiserende læge blandt mænd med henholdsvis dårlig og moderat mental sundhed i forhold til personer med god mental sundhed, når der justeres for ovenstående faktorer enkeltvis. Der ses, at uddannelse bidrager mindst til den øgede risiko, mens langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet bidrager mere. Eksempelvis reduceres den relative risiko for kontakt til alment praktiserende læge blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år kun fra 1,86 til 1,84, når der justeres for uddannelse. Derimod reduceres den relative risiko for kontakt til alment praktiserende læge blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år fra 1,86 til 1,54, når der justeres for langvarig sygdom. Langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet ser således ud til at forklare mest af den øgede risiko for kontakt til alment praktiserende læge blandt personer med dårligt mental sundhed og personer med moderat mental sundhed. Den samme tendens ses blandt kvinder (tabel 8.4).

Tabel 8.3 Relativ risiko (RR) for kontakt til alment praktiserende læge blandt mænd med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed blandt mænd fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Mænd		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
16-24 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,18	1,16	1,16	1,16	1,13
	Dårlig	1,53	1,49	1,43	1,48	1,37
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,30	1,28	1,24	1,25	1,21
	Dårlig	1,79	1,73	1,57	1,65	1,47
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,33	1,32	1,21	1,26	1,17
	Dårlig	1,86	1,84	1,54	1,65	1,43

Tabel 8.4 Relativ risiko (RR) for kontakt til alment praktiserende læge blandt kvinder med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed blandt kvinder fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Kvinder		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
16-24 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,11	1,10	1,10	1,10	1,09
	Dårlig	1,30	1,27	1,25	1,26	1,20
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,20	1,19	1,16	1,18	1,14
	Dårlig	1,52	1,48	1,38	1,43	1,33
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,29	1,28	1,20	1,24	1,17
	Dårlig	1,72	1,70	1,47	1,55	1,38

8.1 Opsummering

Der ses en sammenhæng mellem mental sundhed og kontakt til praktiserende læge. Således er der blandt personer med dårlig mental sundhed en øget risiko for kontakt til praktiserende læge i forhold til personer med god mental sundhed. Der ses samme mønster, når der justeres for uddannelse, langvarig sygdom samt rygning, BMI, fysisk inaktivitet og alkohol, men der sker en reduktion i risikoen i alle aldersgrupper for både mænd og kvinder. En væsentlig del af den øgede risiko kan således forklares ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse, langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Ser man på faktorerne enkeltvis, er det især langvarig sygdom, der har betydning, og kan forklare en del af den øgede risiko. Efter justering ses der dog stadig en øget risiko for kontakt til alment praktiserende læge blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed.

9 Kontakter i hospitalsvæsenet

Oplysning om kontakter i hospitalsvæsenet blandt personer med dårlig, moderat og god mental sundhed er opgjort på baggrund af Landspatientregisteret (Lyng E 2011). Landspatientregisteret indeholder data om sygehuskontakter til danske offentlige og private hospitaler. I denne rapport er der opgjort både somatiske og psykiatriske indlæggelser, ambulante hospitalskontakter og skadestuekontakter. Registret er anvendt således, at alle kontakter i perioden 2010-2014 er medtaget, ligesom der er medtaget besøg fra både afsluttede og uafsluttede kontakter. I alle opgørelser er kontakter i forbindelse med normal fødsel, provokeret abort, sterilisation og for rask ledsager frasorteret.

9.1 Somatiske indlæggelser

Blandt personer med dårlig mental sundhed er der en højere risiko for somatiske indlæggelser i forhold til personer med god mental sundhed (tabel 9.1.1). Dette gælder i alle aldersgrupper. I aldersgrupperne 25-44 år og 45-64 år ses der ligeledes en højere risiko for somatiske indlæggelser blandt personer med moderat mental sundhed sammenlignet med personer med god mental sundhed.

Tabel 9.1.1 Relativ risiko (RR) for somatiske indlæggelser blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Ujusteret

Alder	Mental sundhed	Antal tilfælde	Mænd		Kvinder		
			RR	95% sikkerhedsgrænser	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	2.203	1	ref	2.499	1	ref
	Moderat	923	1,15	(0,86-1,54)	1.649	1,03	(0,87-1,22)
	Dårlig	377	1,46	(1,04-2,05)	1.135	1,48	(1,24-1,76)
25-44 år	God	6.253	1	ref	8.153	1	ref
	Moderat	2.696	1,23	(1,09-1,39)	5.512	1,3	(1,19-1,41)
	Dårlig	1.540	2,01	(1,70-2,37)	3.129	1,7	(1,52-1,89)
45-64 år	God	16.208	1	ref	12.441	1	ref
	Moderat	6.010	1,46	(1,35-1,57)	6.076	1,4	(1,28-1,52)
	Dårlig	3.474	2,26	(2,03-2,52)	3.778	2,11	(1,92-2,31)

De indledende analyser i kapitel 3 viste, at der var forskel på grupperne med henholdsvis god, moderat og dårlig mental sundhed i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Det antages, at disse indikatorer kan påvirke sammenhængen mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for somatiske indlæggelse. Da der ikke er konsensus om, hvorvidt dårlig mental sundhed skal betragtes som en underliggende determinant for disse indika-

torer eller en risikofaktor i sig selv, beregnes der således også justerede risikoestimer jævnt af snit 1.4.

I tabel 9.1.2 er den relative risiko for somatiske indlæggelser blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Der ses samme mønster som i den ujusterede analyse (tabel 9.1.1), men der sker en reduktion i den relative risiko i alle aldersgrupper for både mænd og kvinder. En væsentlig del af den øgede risiko kan således forklares ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Efter justering ses der dog stadig en øget risiko for somatiske indlæggelser blandt personer med dårlig mental sundhed og delvis blandt personer med moderat mental sundhed.

Tabel 9.1.2 Relativ risiko (RR) for somatiske indlæggelser blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Alder	Mental sundhed	Mænd		Kvinder	
		RR	95% sikkerhedsgrænser	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	1,05	(0,82-1,34)	0,96	(0,81-1,12)
	Dårlig	1,10	(0,80-1,51)	1,12	(0,93-1,35)
25-44 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	1,07	(0,96-1,21)	1,18	(1,08-1,28)
	Dårlig	1,38	(1,17-1,63)	1,29	(1,16-1,43)
45-64 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	1,19	(1,11-1,29)	1,15	(1,06-1,25)
	Dårlig	1,46	(1,31-1,63)	1,38	(1,24-1,53)

Af tabel 9.1.3 fremgår den relative risiko for somatiske indlæggelser blandt mænd med henholdsvis dårlig og moderat mental sundhed i forhold til personer med god mental sundhed, når der justeres for ovenstående faktorer enkeltvis. Der ses, at uddannelse bidrager mindst, mens langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet bidrager væsentlig mere. Eksempelvis reduceres den relative risiko for somatisk indlæggelse blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år kun fra 2,26 til 2,22, når der justeres for uddannelse. Derimod reduceres den relative risiko for somatisk indlæggelse blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år fra 2,26 til 1,75, når der justeres for langvarig sygdom, og fra 2,26 til 1,78, når der justeres for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet ser således ud til at forklare mest af den øgede risiko. Den samme tendens ses blandt kvinder (tabel 9.1.4).

Tabel 9.1.3 Relativ risiko (RR) for somatisk indlæggelse blandt mænd med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Mænd		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
16-24 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,15	1,14	1,08	1,11	1,05
	Dårlig	1,46	1,44	1,18	1,34	1,10
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,23	1,21	1,14	1,14	1,07
	Dårlig	2,01	1,88	1,61	1,69	1,38
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,46	1,44	1,28	1,33	1,19
	Dårlig	2,26	2,22	1,75	1,78	1,46

Tabel 9.1.4 Relativ risiko (RR) for somatisk indlæggelse blandt kvinder med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Kvinder		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
16-24 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,03	1,01	1,00	0,98	0,96
	Dårlig	1,48	1,35	1,30	1,32	1,12
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,30	1,27	1,21	1,25	1,18
	Dårlig	1,70	1,61	1,42	1,50	1,29
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,40	1,38	1,24	1,27	1,15
	Dårlig	2,11	2,05	1,65	1,66	1,38

9.2 Somatiske ambulante hospitalsbesøg

Blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed er der en øget risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg i forhold til personer med god mental sundhed (tabel 9.2.1). Den relative risiko er størst for mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år.

Tabel 9.2.1 Relativ risiko (RR) for somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Ujusteret

Alder	Mental sundhed	Antal tilfælde	Mænd		Kvinder		
			RR	95% sikkerhedsgrænser	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	20.309	1	ref	33.100	1	ref
	Moderat	6.661	0,96	(0,83-1,11)	21.216	1,02	(0,93-1,11)
	Dårlig	3.292	1,36	(1,09-1,69)	11.704	1,2	(1,07-1,35)
25-44 år	God	65.053	1	ref	137.660	1	ref
	Moderat	26.440	1,12	(1,03-1,23)	76.788	1,09	(1,04-1,15)
	Dårlig	13.550	1,64	(1,44-1,87)	40.990	1,32	(1,24-1,40)
45-64 år	God	150.633	1	ref	157.933	1	ref
	Moderat	51.911	1,39	(1,29-1,49)	68.894	1,26	(1,20-1,33)
	Dårlig	26.455	1,91	(1,74-2,09)	35.714	1,62	(1,51-1,73)

De indledende analyser i kapitel 3 viste, at der var forskel på grupperne med henholdsvis god, moderat og dårlig mental sundhed i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Det antages, at disse indikatorer kan påvirke sammenhængen mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for somatiske ambulante hospitalsbesøg. Da der ikke er konsensus om, hvorvidt dårlig mental sundhed skal betragtes som en underliggende determinant for disse indikatorer eller en risikofaktor i sig selv, beregnes der således også justerede risikoestimer jævnfør afsnit 1.4.

I tabel 9.2.2 er den relative risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, BMI, fysisk inaktivitet og alkohol. Der ses samme mønster som i den ujusterede analyse (tabel 9.2.1), men der sker en reduktion i risikoen i alle aldersgrupper for både mænd og kvinder. En væsentlig del af den øgede risiko kan således forklares ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Efter justering ses der dog stadig en øget risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt personer med dårlig mental sundhed og delvis blandt personer med moderat mental sundhed.

Tabel 9.2.2 Relativ risiko (RR) for somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Alder	Mental sundhed	Mænd		Kvinder	
		RR	95% sikkerhedsgrænser	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	0,90	(0,78-1,04)	0,97	(0,89-1,05)
	Dårlig	1,12	(0,91-1,38)	0,99	(0,88-1,12)
25-44 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	1,00	(0,91-1,09)	1,03	(0,99-1,08)
	Dårlig	1,17	(1,01-1,36)	1,12	(1,05-1,19)
45-64 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	1,14	(1,06-1,22)	1,10	(1,04-1,15)
	Dårlig	1,28	(1,16-1,40)	1,19	(1,11-1,28)

Af tabel 9.2.3 fremgår den relative risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd med henholdsvis dårlig og moderat mental sundhed i forhold til personer med god mental sundhed, når der justeres for ovenstående faktorer enkeltvis. Der ses, at uddannelse bidrager mindst til den øgede risiko, mens langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet bidrager væsentlig mere. Eksempelvis reduceres den relative risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år kun fra 1,91 til 1,89, når der justeres for uddannelse. Derimod reduceres den relative risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år fra 1,91 til 1,40, når der justeres for langvarig sygdom. Langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet ser således ud til at forklare mest af den øgede risiko. Den samme tendens ses blandt kvinder (tabel 9.2.4).

Tabel 9.2.3 Relativ risiko (RR) for somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Mænd		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
16-24 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	0,96	0,96	0,91	0,94	0,90
	Dårlig	1,36	1,34	1,13	1,32	1,12
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,12	1,11	1,02	1,08	1
	Dårlig	1,64	1,58	1,25	1,5	1,17
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,39	1,38	1,19	1,29	1,14
	Dårlig	1,91	1,89	1,40	1,63	1,28

Tabel 9.2.4 Relativ risiko (RR) for somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Kvinder		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
16-24 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,02	1,01	0,99	0,99	0,97
	Dårlig	1,20	1,16	1,07	1,11	0,99
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,09	1,09	1,03	1,09	1,03
	Dårlig	1,32	1,31	1,12	1,28	1,12
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,26	1,26	1,12	1,21	1,10
	Dårlig	1,62	1,59	1,27	1,44	1,19

9.3 Somatiske skadestuekontakter

I aldersgruppen 16-24 år er der blandt kvinder med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed en højere risiko for somatiske skadestuekontakter i forhold til kvinder med god mental sundhed (tabel 9.3.1). Blandt mænd ses ikke samme tendens. I aldersgrupperne 25-44 år og 45-64 år ses der en højere risiko for somatiske skadestuekontakt blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed sammenlignet med personer med god mental sundhed. Dette gælder blandt både mænd og kvinder.

Tabel 9.3.1 Relativ risiko (RR) for somatisk skadestuekontakt blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Ujusteret

Alder	Mental sundhed	Antal tilfælde	Mænd		Kvinder		
			RR	95% sikkerhedsgrænser	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	5.348	1	ref	2.599	1	ref
	Moderat	1.810	0,97	(0,89-1,07)	2.044	1,16	(1,05-1,28)
	Dårlig	606	0,94	(0,80-1,10)	1.285	1,54	(1,37-1,74)
25-44 år	God	7.351	1	ref	4.637	1	ref
	Moderat	2.911	1,10	(1,02-1,18)	2.765	1,15	(1,08-1,23)
	Dårlig	1.212	1,29	(1,17-1,42)	1.636	1,52	(1,40-1,66)
45-64 år	God	6.855	1	ref	5.204	1	ref
	Moderat	2.437	1,28	(1,16-1,42)	2.340	1,27	(1,19-1,36)
	Dårlig	1.218	1,67	(1,51-1,83)	1.321	1,66	(1,52-1,81)

De indledende analyser i kapitel 3 viste, at der var forskel på grupperne med henholdsvis god, moderat og dårlig mental sundhed i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Det antages, at disse indikatorer kan påvirke sammenhængen mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for somatiske skadestuekontakter. Da der ikke er konsensus om, hvorvidt dårlig mental sundhed skal betragtes som en underliggende determinant for disse indikatorer eller en risikofaktor i sig selv, beregnes der således også justerede risikoestimer jævnt af afsnit 1.4.

I tabel 9.3.2 er den relative risiko for somatiske skadestuekontakter blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Der ses samme mønster som i den ujusterede analyse (tabel 9.3.1), men der sker en reduktion i den relative risiko i alle aldersgrupper for både mænd og kvinder. En væsentlig del af den øgede risiko kan således forklares ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Efter justering ses der dog stadig en øget risiko for somatiske skadestuekontakter blandt personer med dårlig mental sundhed og delvis blandt personer med moderat mental sundhed.

Tabel 9.3.2 Relativ risiko (RR) for somatisk skadestuekontakt blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Alder	Mental sundhed	Mænd		Kvinder	
		RR	95% sikkerhedsgrænser	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	0,94	(0,85-1,03)	1,12	(1,01-1,23)
	Dårlig	0,85	(0,73-1,00)	1,32	(1,16-1,49)
25-44 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	1,04	(0,97-1,12)	1,10	(1,03-1,17)
	Dårlig	1,11	(1,00-1,23)	1,30	(1,19-1,42)
45-64 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	1,16	(1,05-1,28)	1,17	(1,10-1,25)
	Dårlig	1,32	(1,20-1,46)	1,37	(1,26-1,50)

Af tabel 9.3.3 fremgår den relative risiko for somatiske skadestuekontakter blandt mænd med henholdsvis dårlig og moderat mental sundhed i forhold til personer med god mental sundhed, når der justeres for ovenstående faktorer enkeltvis. Der ses, at uddannelse bidrager mindst, mens langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet bidrager væsentlig mere. Eksempelvis reduceres den relative risiko for somatiske skadestuekontakter blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år kun fra 1,67 til 1,65, når der justeres for uddannelse. Derimod reduceres den relative risiko for somatiske skadestuekontakter blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år fra 1,67 til 1,44, når der justeres for langvarig sygdom, og fra 1,67 til 1,48, når der justeres for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet ser således ud til at forklare mest af den øgede risiko for somatiske skadestuekontakter. Den samme tendens ses blandt kvinder (tabel 9.3.4).

Tabel 9.3.3 Relativ risiko (RR) for somatisk skadestuekontakt blandt mænd med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Mænd		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
16-24 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	0,97	0,96	0,96	0,95	0,94
	Dårlig	0,94	0,91	0,89	0,90	0,85
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,10	1,09	1,07	1,06	1,04
	Dårlig	1,29	1,24	1,19	1,20	1,11
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,28	1,28	1,20	1,23	1,16
	Dårlig	1,67	1,65	1,44	1,48	1,32

Tabel 9.3.4 Relativ risiko (RR) for somatisk skadestuekontakt blandt kvinder med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Kvinder		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
16-24 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,16	1,14	1,14	1,14	1,12
	Dårlig	1,54	1,45	1,44	1,45	1,32
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,15	1,14	1,11	1,13	1,10
	Dårlig	1,52	1,47	1,38	1,42	1,30
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,27	1,27	1,20	1,23	1,17
	Dårlig	1,66	1,65	1,46	1,52	1,37

9.4 Psykiatriske indlæggelser

Blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed er der en højere risiko for psykiatriske indlæggelser i forhold til personer med god mental sundhed (tabel 9.4.1). Dette gælder i alle aldersgrupper, men sammenhængen er stærkest blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år. Analyserne er ikke gennemført for mænd i aldersgrupperne 16-24 år, da der er meget få tilfælde i denne gruppe.

Tabel 9.4.1 Relativ risiko (RR) for psykiatriske indlæggelser blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Ujusteret

Alder	Mental sundhed	Antal tilfælde	Mænd		Kvinder		
			RR	95% sikkerhedsgrænser	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	-	-	-	59	1	ref
	Moderat	-	-	-	392	9,88	(3,80-25,71)
	Dårlig	-	-	-	396	24,76	(11,52-53,21)
25-44 år	God	218	1	Ref	229	1	ref
	Moderat	242	3,33	(2,07-5,36)	311	2,47	(1,52-4,03)
	Dårlig	232	10,22	(6,17-16,94)	418	7,93	(4,99-12,60)
45-64 år	God	160	1	Ref	190	1	ref
	Moderat	261	4,35	(2,64-7,17)	147	1,95	(1,02-3,72)
	Dårlig	265	13,43	(8,10-22,27)	267	9,25	(4,88-17,51)

De indledende analyser i kapitel 3 viste, at der var forskel på grupperne med henholdsvis god, moderat og dårlig mental sundhed i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Det antages, at disse indikatorer kan påvirke sammenhængen mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for psykiatriske indlæggelse. Da der ikke er konsensus om, hvorvidt dårlig mental sundhed skal betragtes som en underliggende determinant for disse indikatorer eller en risikofaktor i sig selv, beregnes der således også justerede risikoestimer jævnt af snit 1.4.

I tabel 9.4.2 er den relative risiko for psykiatriske indlæggelser blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Der ses samme mønster som i den ujusterede analyse (tabel 9.4.1), men der sker en væsentlig reduktion i den relative risiko i alle aldersgrupper for både mænd og kvinder. En væsentlig del af den øgede risiko kan således forklares ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Efter justering ses der dog stadig en stærk sammenhæng mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for psykiatriske indlæggelser.

Tabel 9.4.2 Relativ risiko (RR) for psykiatriske indlæggelser blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Alder	Mental sundhed	Mænd		Kvinder	
		RR	95% sikkerhedsgrænser	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	-	-	1	ref
	Moderat	-	-	7,98	(3,48-18,33)
	Dårlig	-	-	13,85	(4,75-40,39)
25-44 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	2,65	(1,60-4,39)	1,87	(1,15-3,04)
	Dårlig	5,56	(3,10-9,99)	3,89	(2,39-6,34)
45-64 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	3,29	(2,05-5,28)	1,51	(0,84-2,72)
	Dårlig	7,06	(4,35-11,46)	5,19	(3,15-8,55)

Af tabel 9.4.3 fremgår den relative risiko for psykiatriske indlæggelser blandt mænd med henholdsvis dårlig og moderat mental sundhed i forhold til personer med god mental sundhed, når der justeres for ovenstående faktorer enkeltvis. Der ses, at uddannelse bidrager mindst, mens langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet bidrager væsentlig mere. Eksempelvis reduceres den relative risiko for psykiatriske indlæggelse blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år kun fra 13,43 til 13,28, når der justeres for uddannelse. Derimod reduceres den relative risiko for psykiatriske indlæggelse blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år fra 13,43 til 9,68, når der justeres for langvarig sygdom, og fra 13,43 til 9,13, når der justeres for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet ser således ud til at forklare mest af den øgede risiko. Den samme tendens ses blandt kvinder (tabel 9.4.4).

Tabel 9.4.3 Relativ risiko (RR) for psykiatriske indlæggelse blandt mænd med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Mænd		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	3,33	3,17	2,99	2,91	2,65
	Dårlig	10,22	8,68	7,49	7,53	5,56
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	4,35	4,33	3,69	3,76	3,29
	Dårlig	13,43	13,28	9,68	9,13	7,06

Tabel 9.4.4 Relativ risiko (RR) for psykiatriske indlæggelse blandt kvinder med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Kvinder		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
16-24 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	9,88	9,38	9,40	8,69	7,98
	Dårlig	24,76	18,33	19,64	19,60	13,85
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	2,47	2,39	2,11	2,14	1,87
	Dårlig	7,93	7,21	5,31	5,45	3,89
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,95	1,94	1,64	1,74	1,51
	Dårlig	9,25	9,15	6,43	6,95	5,19

9.5 Psykiatriske ambulante hospitalsbesøg

Blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed er der en markant øget risiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg i forhold til personer med god mental sundhed (tabel 9.5.1).

Tabel 9.5.1 Relativ risiko (RR) for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Ujusteret

Alder	Mental sundhed	Antal tilfælde	Mænd		Kvinder		
			RR	95% sikkerhedsgrænser	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	352	1	ref	319	1	ref
	Moderat	400	3,20	(2,27-4,51)	956	4,51	(3,33-6,10)
	Dårlig	504	11,10	(7,79-15,80)	1.221	13,20	(9,95-17,77)
25-44 år	God	496	1	ref	807	1	ref
	Moderat	738	4,23	(3,12-5,73)	1.147	2,73	(2,18-3,42)
	Dårlig	787	15,05	(10,97-20,66)	1.671	9,52	(7,73-11,71)
45-64 år	God	337	1	ref	412	1	ref
	Moderat	355	3,50	(2,55-4,82)	421	2,96	(2,22-3,96)
	Dårlig	571	14,85	(11,00-20,05)	547	9,68	(7,24-12,94)

De indledende analyser i kapitel 3 viste, at der var forskel på grupperne med henholdsvis god, moderat og dårlig mental sundhed i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Det antages, at disse indikatorer kan påvirke sammenhængen mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Da der ikke er konsensus om, hvorvidt dårlig mental sundhed skal betragtes som en underliggende determinant for disse indikatorer eller en risikofaktor i sig selv, beregnes der således også justerede risikoestimer jævnt før afsnit 1.4.

I tabel 9.5.2 er den relative risiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, BMI, fysisk inaktivitet og alkohol. Der ses samme mønster som i den ujusterede analyse (tabel 9.5.1), men der sker en reduktion i risikoen i alle aldersgrupper for både mænd og kvinder. En væsentlig del af den øgede risiko kan således forklares ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Efter justering ses der dog stadig en stærk sammenhæng mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg.

Tabel 9.5.2 Relativ risiko (RR) for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Alder	Mental sundhed	Mænd			Kvinder	
		RR	95% sikkerhedsgrænser	RR	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	1	ref	1	ref	
	Moderat	2,70	(1,90-3,82)	3,91	(2,91-5,26)	
	Dårlig	6,80	(4,62-9,99)	8,58	(6,33-11,63)	
25-44 år	God	1	ref	1	ref	
	Moderat	3,40	(2,48-4,66)	2,29	(1,83-2,86)	
	Dårlig	8,48	(5,93-12,13)	5,86	(4,72-7,27)	
45-64 år	God	1	ref	1	ref	
	Moderat	2,61	(1,89-3,59)	2,38	(1,78-3,17)	
	Dårlig	7,77	(5,61-10,78)	5,86	(4,36-7,86)	

Af tabel 9.5.3 fremgår den relative risiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd med henholdsvis dårlig og moderat mental sundhed i forhold til personer med god mental sundhed, når der justeres for ovenstående faktorer enkeltvis. Der ses, at uddannelse bidrager mindst til den øgede risiko, mens langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet bidrager væsentlig mere. Eksempelvis reduceres den relative risiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år kun fra 14,85 til 14,54, når der justeres for uddannelse. Derimod reduceres den relative risiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år fra 14,85 til 10,46, når der justeres for langvarig sygdom, og fra 14,85 til 10,20 når der justeres for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet ser således ud til at forklare mest af den øgede risiko. Den samme tendens ses blandt kvinder (tabel 9.5.4).

Tabel 9.5.3 Relativ risiko (RR) for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Mænd		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
16-24 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	3,20	3,07	3,05	2,81	2,70
	Dårlig	11,10	9,95	9,34	8,24	6,80
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	4,23	4,07	3,80	3,71	3,40
	Dårlig	15,05	13,17	11,01	11,33	8,48
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	3,50	3,47	2,94	3,01	2,61
	Dårlig	14,85	14,54	10,46	10,20	7,77

Tabel 9.5.4 Relativ risiko (RR) for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Kvinder		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
16-24 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	4,51	4,34	4,34	4,10	3,91
	Dårlig	13,20	11,27	11,24	10,82	8,58
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	2,73	2,62	2,43	2,54	2,29
	Dårlig	9,52	8,53	7,05	7,70	5,86
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	2,96	2,96	2,51	2,72	2,38
	Dårlig	9,68	9,67	6,79	7,70	5,86

9.6 Psykiatriske skadestuekontakter

Blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed er der en højere risiko for psykiatriske skadestuekontakter i forhold til personer med god mental sundhed (tabel 9.6.1). Dette gælder i alle aldersgrupper, men sammenhængen er stærkest blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år. Analyserne er ikke gennemført for mænd i aldersgrupperne 16-24 år, da der er meget få tilfælde i denne gruppe.

Tabel 9.4.1 Relativ risiko (RR) for psykiatriske skadestuekontakter blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Ujusteret

Alder	Mental sundhed	Antal tilfælde	Mænd		Kvinder		
			RR	95% sikkerhedsgrænser	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	-	-	-	55	1	ref
	Moderat	-	-	-	423	9,33	(4,01-21,73)
	Dårlig	-	-	-	340	17,98	(9,72-33,25)
25-44 år	God	241	1	Ref	215	1	ref
	Moderat	201	2,69	(1,42-5,09)	279	2,47	(1,52-4,01)
	Dårlig	200	8,28	(4,89-14,03)	258	5,62	(3,46-9,12)
45-64 år	God	130	1	Ref	130	1	ref
	Moderat	196	4,05	(2,40-6,85)	124	2,62	(1,37-5,00)
	Dårlig	249	15,89	(9,76-25,87)	185	9,05	(5,25-15,59)

De indledende analyser i kapitel 3 viste, at der var forskel på grupperne med henholdsvis god, moderat og dårlig mental sundhed i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Det antages, at disse indikatorer kan påvirke sammenhængen mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for psykiatriske skadestuekontakter. Da der ikke er konsensus om, hvorvidt dårlig mental sundhed skal betragtes som en underliggende determinant for disse indikatorer eller en risikofaktor i sig selv, beregnes der således også justerede risikoestimer jævnfør afsnit 1.4.

I tabel 9.6.2 er den relative risiko for psykiatriske skadestuekontakter blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Der ses samme mønster som i den ujusterede analyse (tabel 9.6.1), men der sker en væsentlig reduktion i den relative risiko i alle aldersgrupper for både mænd og kvinder. En væsentlig del af den øgede risiko kan således forklares ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Efter justering ses der dog stadig en stærk sammenhæng mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for psykiatriske skadestuekontakter.

Tabel 9.6.2 Relativ risiko (RR) for psykiatriske skadestuekontakter blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Alder	Mental sundhed	Mænd		Kvinder	
		RR	95% sikkerhedsgrænser	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	-	-	1	ref
	Moderat	-	-	7,36	(3,80-14,25)
	Dårlig	-	-	8,96	(3,51-22,87)
25-44 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	2,33	(1,16-4,65)	2,01	(1,22-3,31)
	Dårlig	5,41	(2,97-9,85)	3,36	(1,97-5,72)
45-64 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	3,17	(1,89-5,30)	2,12	(1,14-3,95)
	Dårlig	9,24	(5,56-15,36)	5,52	(3,47-8,80)

Af tabel 9.6.3 fremgår den relative risiko for psykiatriske skadestuekontakter blandt mænd med henholdsvis dårlig og moderat mental sundhed i forhold til personer med god mental sundhed, når der justeres for ovenstående faktorer enkeltvis. Der ses, at uddannelse bidrager mindst, mens langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet bidrager væsentlig mere. Eksempelvis reduceres den relative risiko for psykiatriske skadestuekontakter blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år kun fra 15,89 til 15,63, når der justeres for uddannelse. Derimod reduceres den relative risiko for psykiatriske skadestuekontakter blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år fra 15,89 til 11,92, når der justeres for langvarig sygdom, og fra 15,89 til 11,77, når der justeres for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet ser således ud til at forklare mest af den øgede risiko. Den samme tendens ses blandt kvinder (tabel 9.6.4).

Tabel 9.4.3 Relativ risiko (RR) for psykiatriske indlæggelse blandt mænd med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Mænd		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	2,69	2,57	2,49	2,48	2,33
	Dårlig	8,28	7,19	6,65	6,74	5,41
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	4,05	4,02	3,52	3,60	3,17
	Dårlig	15,89	15,63	11,92	11,77	9,24

Tabel 9.4.4 Relativ risiko (RR) for psykiatriske indlæggelse blandt kvinder med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Kvinder		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
16-24 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	9,33	8,86	8,89	8,00	7,36
	Dårlig	17,98	13,67	14,27	12,94	8,96
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	2,47	2,42	2,21	2,21	2,01
	Dårlig	5,62	5,29	4,21	4,28	3,36
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	2,62	2,61	2,27	2,37	2,12
	Dårlig	9,05	9,04	6,70	6,96	5,52

9.7 Opsummering

Der ses en sammenhæng mellem den mentale sundhedstilstand og kontakter i hospitalsvæsenet. Det gælder både somatiske og psykiatriske kontakter. Således er der blandt personer med dårlig mental sundhed en betydelig øget risiko for både somatiske indlæggelser, somatiske ambulante hospitalsbesøg og somatiske skadestuekontakter i forhold til personer med god mental sundhed. Denne sammenhæng ses delvis også blandt personer med moderat mental sundhed. I forhold til psykiatriske kontakter ses en markant øget risiko for psykiatriske indlæggelser, psykiatriske ambulante hospitalsbesøg og psykiatriske skadestuekontakter blandt personer med henholdsvis dårlig og moderat mental sundhed i forhold til personer med god mental sundhed. For både somatiske og psykiatriske kontakter ses det samme mønster, når der justeres for uddannelse, langvarig sygdom samt rygning, BMI, fysisk inaktivitet og alkohol, men der sker en reduktion i risikoen i alle aldersgrupper for både mænd og kvinder. En væsentlig del af den øgede risiko kan således forklares ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Ser man på faktorerne enkeltvis, er det især langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet, der har betydning, og kan forklare en del af den øgede risiko. Efter justering ses der dog stadig en sammenhæng mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for kontakter i hospitalsvæsenet.

10 Lægemedler

Oplysninger om brug af lægemidler blandt personer med dårlig, moderat og god mental sundhed er opgjort på baggrund af lægemiddelstatistikregisteret (Kildemoes H 2011). Lægemiddelstatistikregisteret indeholder oplysninger om alle indløste recepter på danske apoteker. Registret dækker perioden fra 1995 og fremefter. I denne rapport er anvendt data fra perioden 2010-2014. For hver indlæst recept er der tilknyttet oplysninger om blandt andet typen af medicin (efter ATC-kodesystemet), dosis, personnummer for modtager, dato for indløsning og pris. En person er defineret som havende brugt lægemidlet, hvis der indløst mindst én recept. I opgørelsen indgår ikke information om udlevering af håndkøbsmedicin.

10.1 Brug af antidepressiva

Brug af antidepressiva er defineret som brug af lægemidler med ATC-kode N06A. I alle aldersgrupper er der blandt mænd og kvinder med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed en højere risiko for brug af antidepressiva i forhold til mænd og kvinder med god mental sundhed (tabel 10.1.1).

Tabel 10.1.1 Relativ risiko (RR) for brug af antidepressiva blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Ujusteret

Alder	Mental sundhed	Mænd			Kvinder		
		Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	264	1	ref	345	1	ref
	Moderat	214	2,40	(1,95-2,95)	395	1,86	(1,60-2,15)
	Dårlig	199	7,02	(5,65-8,73)	466	5,62	(4,87-6,49)
25-44 år	God	870	1	ref	1.383	1	ref
	Moderat	825	2,75	(2,48-3,06)	1.562	2,32	(2,15-2,49)
	Dårlig	709	7,79	(6,96-8,74)	1.318	5,51	(5,11-5,95)
45-64 år	God	1.293	1	ref	1.828	1	ref
	Moderat	941	2,85	(2,63-3,09)	1.375	2,35	(2,20-2,50)
	Dårlig	770	7,48	(6,83-8,19)	1.110	5,83	(5,44-6,24)

De indledende analyser i kapitel 3 viste, at der var forskel på grupperne med henholdsvis god, moderat og dårlig mental sundhed i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Det antages, at disse indikatorer kan påvirke sammenhængen mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for brug af antidepressiva. Da der ikke er konsensus om, hvorvidt dårlig mental sundhed skal betragtes som en underliggende determinant for disse indikatorer eller en risikofaktor i sig selv, beregnes der således også justerede risikoestimer jævnt af snit 1.4.

I tabel 10.1.2 er den relative risiko for brug af antidepressiva blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Der ses samme mønster som i den ujusterede analyse (tabel 10.1.1), men der sker en reduktion i den relative risiko i alle aldersgrupper for både mænd og kvinder. En del af den øgede risiko kan således forklare ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Efter justering ses der dog stadig en markant øget risiko for brug af antidepressiva blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed.

Tabel 10.1.2 Relativ risiko (RR) for brug af antidepressiva blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Alder	Mental sundhed	Mænd		Kvinder	
		RR	95% sikkerhedsgrænser	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	2,14	(1,74-2,63)	1,69	(1,46-1,96)
	Dårlig	4,92	(3,92-6,18)	4,48	(3,86-5,19)
25-44 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	2,41	(2,16 -2,68)	2,05	(1,90-2,20)
	Dårlig	5,49	(4,87-6,19)	4,05	(3,74-4,38)
45-64 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	2,32	(2,14-2,52)	1,99	(1,87-2,12)
	Dårlig	4,72	(4,29-5,20)	4,03	(3,75-4,34)

Af tabel 10.1.3 fremgår den relative risiko for brug af antidepressiva blandt mænd med henholdsvis dårlig og moderat mental sundhed i forhold til personer med god mental sundhed, når der justeres for ovenstående faktorer enkeltvis. Der ses, at uddannelse bidrager mindst, mens langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet bidrager væsentlig mere. Eksempelvis reduceres den relative risiko for brug af antidepressiva blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år kun fra 7,48 til 7,35, når der justeres for uddannelse. Derimod reduceres den relative risiko for brug af antidepressiva blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år fra 7,48 til 4,72, når der justeres for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet ser således ud til at forklare mest af den øgede risiko for brug af antidepressiva. Den samme tendens ses blandt kvinder (tabel 10.1.4).

Tabel 10.1.3 Relativ risiko (RR) for brug af antidepressiva blandt mænd med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Mænd		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
16-24 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	2,40	2,36	2,33	2,17	2,14
	Dårlig	7,02	6,74	6,20	5,59	4,92
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	2,75	2,71	2,60	2,52	2,41
	Dårlig	7,79	7,29	6,52	6,51	5,49
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	2,85	2,82	2,51	2,57	2,32
	Dårlig	7,48	7,35	5,81	5,77	4,72

Tabel 10.1.4 Relativ risiko (RR) for brug af antidepressiva blandt kvinder med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Kvinder		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
16-24 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,86	1,84	1,82	1,73	1,69
	Dårlig	5,62	5,47	5,23	4,84	4,48
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	2,32	2,27	2,18	2,16	2,05
	Dårlig	5,51	5,18	4,72	4,62	4,05
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	2,35	2,32	2,12	2,15	1,99
	Dårlig	5,83	5,71	4,73	4,72	4,03

10.2 Brug af psykofarmaka

Brug af psykofarmaka er defineret som brug af lægemidler med ATC-kode N05 og ACT-kode N06A. I alle aldersgrupper er der blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed en højere risiko for brug af psykofarmaka i forhold til personer med god mental sundhed (tabel 10.2.1). Dette gælder både mænd og kvinder.

Tabel 10.2.1 Relativ risiko (RR) for brug af psykofarmaka blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Ujusteret

Alder	Mental sundhed	Mænd			Kvinder		
		Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	428	1	ref	524	1	ref
	Moderat	314	2,27	(1,91-2,68)	523	1,68	(1,48-1,90)
	Dårlig	238	5,66	(4,68-6,84)	523	4,27	(3,77-4,85)
25-44 år	God	1.500	1	ref	2.216	1	ref
	Moderat	1.191	2,31	(2,13-2,52)	2.044	1,96	(1,85-2,08)
	Dårlig	885	5,89	(5,35-6,48)	1.581	4,39	(4,11-4,69)
45-64 år	God	2.697	1	ref	3.843	1	ref
	Moderat	1.471	2,23	(2,09-2,37)	2.190	1,92	(1,83-2,01)
	Dårlig	1.012	5,29	(4,92-5,70)	1.440	4,17	(3,94-4,41)

De indledende analyser i kapitel 3 viste, at der var forskel på grupperne med henholdsvis god, moderat og dårlig mental sundhed i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Det antages, at disse indikatorer kan påvirke sammenhængen mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for brug af psykofarmaka. Da der ikke er konsensus om, hvorvidt dårlig mental sundhed skal betragtes som en underliggende determinant for disse indikatorer eller en risikofaktor i sig selv, beregnes der således også justerede risikoestimer jævnfør af snit 1.4.

I tabel 10.2.2 er den relative risiko for brug af psykofarmaka blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Der ses samme mønster som i den ujusterede analyse (tabel 10.2.1), men der sker en reduktion i den relative risiko i alle aldersgrupper for både mænd og kvinder. En del af den øgede risiko kan således forklares ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Efter justering ses der dog stadig en markant øget risiko for brug af psykofarmaka blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed.

Tabel 10.2.2 Relativ risiko (RR) for brug af psykofarmaka blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Alder	Mental sundhed	Mænd		Kvinder	
		RR	95% sikkerhedsgrænser	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	1,97	(1,66-2,34)	1,54	(1,36-1,74)
	Dårlig	3,84	(3,15-4,67)	3,45	(3,03-3,93)
25-44 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	2,04	(1,88-2,23)	1,77	(1,67-1,88)
	Dårlig	4,28	(3,87-4,73)	3,38	(3,16-3,61)
45-64 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	1,90	(1,79-2,02)	1,69	(1,61-1,77)
	Dårlig	3,67	(3,40-3,97)	3,14	(2,96-3,33)

Af tabel 10.2.3 fremgår den relative risiko for brug af psykofarmaka blandt mænd med henholdsvis dårlig og moderat mental sundhed i forhold til personer med god mental sundhed, når der justeres for ovenstående faktorer enkeltvis. Der ses, at uddannelse bidrager mindst, mens langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet bidrager væsentlig mere. Eksempelvis reduceres den relative risiko for brug af psykofarmaka blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år kun fra 5,29 til 5,23, når der justeres for uddannelse. Derimod reduceres den relative risiko for brug af psykofarmaka blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år fra 5,29 til 3,67, når der justeres for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet ser således ud til at forklare mest af den øgede risiko for brug af psykofarmaka. Den samme tendens ses blandt kvinder (tabel 10.2.4).

Tabel 10.2.3 Relativ risiko (RR) for brug af psykofarmaka blandt mænd med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Mænd		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
16-24 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	2,27	2,23	2,20	2,00	1,97
	Dårlig	5,66	5,38	5,06	4,34	3,84
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	2,31	2,29	2,20	2,12	2,04
	Dårlig	5,89	5,59	5,06	4,95	4,28
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	2,23	2,21	2,02	2,05	1,90
	Dårlig	5,29	5,23	4,35	4,30	3,67

Tabel 10.2.4 Relativ risiko (RR) for brug af psykofarmaka blandt kvinder med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Kvinder		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
16-24 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,68	1,66	1,65	1,57	1,54
	Dårlig	4,27	4,14	4,01	3,71	3,45
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,96	1,93	1,86	1,85	1,77
	Dårlig	4,39	4,18	3,84	3,79	3,38
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,92	1,91	1,77	1,80	1,69
	Dårlig	4,17	4,12	3,51	3,59	3,14

10.3 Brug af andre former for medikamenter

Brug af andre former for medikamenter er defineret som alle lægemidler med undtagelse af lægemidler med ATC-kode N05 og ACT-kode N06A. I alle aldersgrupper er der blandt mænd og kvinder med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed en højere risiko for brug af andre former for medikamenter i forhold til mænd og kvinder med god mental sundhed (tabel 10.3.1). Blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år med dårlig mental sundhed er sammenhængen dog ikke signifikant.

Tabel 10.3.1 Relativ risiko (RR) for brug af andre former for medikamenter blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Ujusteret

Alder	Mental sundhed	Antal tilfælde	Mænd		Kvinder		
			RR	95% sikkerhedsgrænser	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	5.667	1	ref	4.455	1	ref
	Moderat	2.012	1,11	(1,04-1,17)	2.886	1,11	(1,06-1,16)
	Dårlig	689	1,19	(1,08-1,31)	1.316	1,06	(0,99-1,12)
25-44 år	God	14.417	1	ref	13.269	1	ref
	Moderat	5.287	1,10	(1,06-1,14)	6.747	1,09	(1,06-1,12)
	Dårlig	1.899	1,24	(1,17-1,31)	3.020	1,13	(1,09-1,18)
45-64 år	God	16.229	1	ref	14.666	1	ref
	Moderat	4.480	1,14	(1,10-1,17)	5.118	1,15	(1,11-1,18)
	Dårlig	1.782	1,41	(1,34-1,49)	2.194	1,30	(1,24-1,35)

De indledende analyser i kapitel 3 viste, at der var forskel på grupperne med henholdsvis god, moderat og dårlig mental sundhed i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Det antages, at disse indikatorer kan påvirke sammenhængen mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for brug af andre former for medikamenter. Da der ikke er konsensus om, hvorvidt dårlig mental sundhed skal betragtes som en underliggende determinant for disse indikatorer eller en risikofaktor i sig selv, beregnes der således også justerede risikoestimer jævnt før afsnit 1.4.

I tabel 10.3.2 er den relative risiko for brug af andre former for medikamenter blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Der ses samme mønster som i den ujusterede analyse (tabel 10.3.1), men der sker en lille reduktion i den relative risiko i alle aldersgrupper for både mænd og kvinder. En lille del af den øgede risiko kan således forklares ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet.

Tabel 10.3.2 Relativ risiko (RR) for brug af andre former for medikamenter blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Alder	Mental sundhed	Mænd		Kvinder	
		RR	95% sikkerhedsgrænser	RR	95% sikkerhedsgrænser
16-24 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	1,10	(1,04-1,17)	1,10	(1,05-1,15)
	Dårlig	1,12	(1,02-1,24)	1,05	(0,98-1,12)
25-44 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	1,07	(1,03-1,10)	1,06	(1,03-1,09)
	Dårlig	1,12	(1,06-1,19)	1,05	(1,00-1,09)
45-64 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	1,05	(1,02-1,08)	1,07	(1,04-1,10)
	Dårlig	1,16	(1,10-1,22)	1,11	(1,06-1,16)

Af tabel 10.3.3 fremgår den relative risiko for brug af andre former for medikamenter blandt mænd med henholdsvis dårlig og moderat mental sundhed i forhold til personer med god mental sundhed, når der justeres for ovenstående faktorer enkeltvis. Der ses, at uddannelse bidrager mindst, mens langvarig sygdom bidrager væsentlig mere. Eksempelvis reduceres den relative risiko for brug af andre former for medikamenter blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år kun fra 1,41 til 1,40, når der justeres for uddannelse. Derimod reduceres den relative risiko for brug af andre former for medikamenter blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år fra 1,41 til 1,18, når der justeres for langvarig sygdom. Langvarig sygdom ser således ud til at forklare mest af den øgede risiko for brug af andre former for medikamenter. Den samme tendens ses blandt kvinder (tabel 10.3.4). Efter justering ses der dog stadig en øget risiko for brug af andre former for medikamenter blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed.

Tabel 10.3.3 Relativ risiko (RR) for brug af andre former for medikamenter blandt mænd med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Mænd		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
16-24 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,11	1,11	1,09	1,11	1,10
	Dårlig	1,19	1,20	1,11	1,19	1,12
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,10	1,10	1,07	1,09	1,07
	Dårlig	1,24	1,23	1,13	1,22	1,12
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,14	1,14	1,06	1,11	1,05
	Dårlig	1,41	1,40	1,18	1,34	1,16

Tabel 10.3.4 Relativ risiko (RR) for brug af andre former for medikamenter blandt kvinder med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Kvinder		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
16-24 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,11	1,11	1,10	1,11	1,10
	Dårlig	1,06	1,08	1,03	1,04	1,05
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,09	1,09	1,07	1,08	1,06
	Dårlig	1,13	1,13	1,06	1,10	1,05
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,15	1,14	1,08	1,12	1,07
	Dårlig	1,30	1,29	1,14	1,23	1,11

10.4 Opsummering

Der ses en sammenhæng mellem mental sundhed og brug af lægemidler. Således er der blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed en betydelig øget risiko for brug af antidepressiva og psykofarmaka samt en lidt øget risiko for andre former for medikamenter i forhold til personer med god mental sundhed. Der ses samme mønster, når der justeres for uddannelse, langvarig sygdom samt rygning, BMI, fysisk inaktivitet og alkohol, men der sker en reduktion i risikoen i alle aldersgrupper for både mænd og kvinder. En del af den øgede risiko kan således forklares ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Ser man på faktorerne enkeltvis, er det især langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet, der har betydning, og kan forklare en del af den øgede risiko. Efter justering ses der dog stadig en stærk sammenhæng mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for af lægemidler.

11 Dødelighed

Oplysninger om dødsfald stammer fra CPR-registeret (Pedersen CB 2011). Analyserne er alene gennemført for personer i aldersgrupperne 25-44 år og 45-64 år, da der er meget få dødsfald i den yngste aldersgruppe (16-24 år).

Det fremgår af tabel 11.1, at der i aldersgruppen 25-44 år er en højere dødelighed blandt mænd med dårlig mental sundhed end blandt mænd med god mental sundhed. Blandt kvinder i aldersgruppen 25-44 år er der kun få dødsfald, og forskellene er mindre tydelige. Der ses dog samme tendens. I aldersgruppen 45-64 år ses der en højere dødelighed blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed end blandt personer med god mental sundhed. Dette gælder både mænd og kvinder.

Tabel 11.1 Relativ risiko (RR) for død blandt gruppen med henholdsvis dårlig og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Ujusteret

Alder	Mental sundhed	Antal tilfælde	Mænd		Kvinder		
			RR	95% sikkerhedsgrænser	Antal tilfælde	RR	95% sikkerhedsgrænser
25-44 år	God	47	1	ref	20	1	ref
	Moderat	25	1,14	(0,55-2,37)	22	1,88	(0,92-3,85)
	Dårlig	28	4,57	(2,34-8,89)	6	1,65	(0,60-4,50)
45-64 år	God	397	1	ref	210	1	ref
	Moderat	176	1,75	(1,46-2,08)	112	1,65	(1,33-2,04)
	Dårlig	132	3,75	(3,05-4,61)	100	3,19	(2,49-4,07)

De indledende analyser i kapitel 3 viste, at der var forskel på grupperne med henholdsvis god, moderat og dårlig mental sundhed i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Det antages, at disse indikatorer kan påvirke sammenhængen mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for død. Da der ikke er konsensus om, hvorvidt dårlig mental sundhed skal betragtes som en underliggende determinant for disse indikatorer eller en risikofaktor i sig selv, beregnes der således også justerede risikoestimer jævnt for afsnit 1.4.

I tabel 11.2 er den relative risiko for død blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed derfor justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Der ses samme mønster som i den ujusterede analyse (tabel 11.1), men der er sket en kraftig reduktion i den øgede dødelighed i alle aldersgrupper for både mænd og kvinder. En væsentlig del af den højere dødelighed kan således forklares ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Efter justering ses der dog stadig en øget risiko for død blandt personer med dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed.

Tabel 11.2 Relativ risiko (RR) for død blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter køn og alder. Justeret for uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Alder	Mental sundhed	Mænd		Kvinder	
		RR	95% sikkerhedsgrænser	RR	95% sikkerhedsgrænser
25-44 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	0,88	(0,42-1,84)	1,61	(0,78-3,32)
	Dårlig	2,33	(1,13-4,81)	1,02	(0,36-2,89)
45-64 år	God	1	ref	1	ref
	Moderat	1,29	(1,07-1,54)	1,23	(0,99-1,52)
	Dårlig	1,83	(1,47-2,28)	1,65	(1,27-2,13)

Af tabel 11.3 fremgår den relative risiko for død blandt mænd med henholdsvis dårlig og moderat mental sundhed, når der justeres for ovenstående faktorer enkeltvis. Der ses, at uddannelse bidrager mindst til dødeligheden. Eksempelvis reduceres den relative risiko for død blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år kun fra 3,75 til 3,64, når der justeres for uddannelse. Det ses, at langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet bidrager væsentlig mere. Eksempelvis reduceres den relative risiko for død blandt mænd med dårlig mental sundhed i aldersgruppen 45-64 år fra 3,75 til 2,33, når der justeres for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet ser således ud til at forklare mest af den øgede dødelighed. Den samme tendens ses blandt kvinder (tabel 11.4).

Tabel 11.3 Relativ risiko (RR) for død blandt mænd med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Mænd		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,14	1,07	1,05	0,95	0,88
	Dårlig	4,57	3,74	3,58	3,06	2,33
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,75	1,71	1,49	1,46	1,29
	Dårlig	3,75	3,64	2,73	2,33	1,83

Tabel 11.4 Relativ risiko (RR) for død blandt kvinder med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed fordelt efter alder. Justeret for henholdsvis uddannelse, langvarig sygdom og rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet

Kvinder		RR				
Alder	Mental sundhed	Ujusteret	Justeret for uddannelse	Justeret for langvarig sygdom	Justeret for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet	Fuldt justeret
25-44 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,88	1,77	1,73	1,76	1,61
	Dårlig	1,65	1,39	1,32	1,29	1,02
45-64 år	God	1	1	1	1	1
	Moderat	1,65	1,61	1,40	1,38	1,27
	Dårlig	3,19	3,03	2,34	2,09	1,64

11.1 Opsummering

Blandt mænd i aldersgruppen 25-44 år med dårlig mental sundhed ses der en højere risiko for død end blandt mænd med god mental sundhed. Blandt kvinder i aldersgruppen 25-44 år er der kun få dødsfald, og forskellene er mindre tydelige. Dog ses samme tendens. I aldersgruppen 45-64 år er der blandt personer med henholdsvis dårlig mental sundhed og moderat mental sundhed en betydelig højere dødelighed end blandt personer med god mental sundhed. Når der justeres for uddannelse, langvarig sygdom samt rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet ses der samme mønster som i den ujusterede analyse, men der er sket en kraftig reduktion i den øgede dødelighed. En væsentlig del af den højere dødelighed kan således forklares ved en forskel mellem grupperne i forhold til uddannelse, langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet. Ser man på faktorerne enkeltvis, er det især langvarig sygdom, rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet, der kan forklare en del af overdødeligheden. Efter justering ses der dog stadig en stærk sammenhæng mellem den mentale sundhedstilstand og risikoen for død.

12 Diskussion

I nærværende rapport ses, at der er en større andel kvinder end mænd, der angiver at have dårlig mental sundhed. Endvidere ses en ulige fordeling af uddannelsesniveau, langvarig sygdom, rygning, alkohol, fysisk inaktivitet og svær overvægt mellem grupperne af personer med henholdsvis dårlig, moderat og god mental sundhed. Således ses der en ophobning af personer med kort uddannelse, langvarig sygdom og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i gruppen med dårlig mental sundhed. Der ses en sammenhæng mellem mental sundhed og en række helbredsmæssige og sociale udfald. Generelt er der blandt mænd og kvinder med dårlig mental sundhed en større risiko for at opleve negative helbredsmæssige hændelser, som f.eks. somatiske indlæggelser, somatiske ambulante hospitalsbesøg og død, og en lavere risiko for at opleve positive sociale hændelser, som f.eks. progression i uddannelse, komme i beskæftigelse, blive gift og blive forældre. Dette gælder til en vis grad også blandt personer med moderat mental sundhed.

Sammenfattende er gruppen med dårlig mental sundhed og delvist gruppen med moderat mental sundhed således en udsat gruppe, og resultaterne vidner om, at personer med dårlig mental sundhed ikke blot har det dårligt i dette aspekt, men også i forhold til fysisk sundhed og i forhold til sociale forhold, der påvirker ens livssituation.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at nærværende undersøgelse kun påviser sammenhænge, men ikke kan fastslå årsagsrelationer. Det er derfor uafklaret, hvad der er årsag, og hvad der er virkning i de mange fundne sammenhænge. Det er samtidig vigtigt at være opmærksom på, at der med denne rapport dokumenteres et behov for yderligere forskning for at kvalificere vores viden om mental sundhed, dels i form af uddybende beskrivelser og analyser, dels i form af validering af resultaterne.

Ligeledes er det heller ikke muligt at afklare, hvad de tilgrundliggende årsager er til, at nogle personer har dårlig mental sundhed. Der er således behov for en videre afklaring af begrebet mental sundhed, for dermed at styrke forskningen om de faktorer, der former unge og voksnes mentale sundhed. I forlængelse heraf er der behov for systematisk afprøvning af metoder til at fremme mental sundhed.

12.1 Fortolkning af resultater

Med data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010 anvendes en relativ kort opfølgningstid (fra tidspunkt for deltagerens besvarelse af SF-12 spørgsmål til eksempelvis tidspunkt for kontakt med sundhedsvæsenet). Med en længere opfølgningstid ville der være større risiko for, at deltagerne ændrer mental sundhedsstatus, hvorved risikoestimerne mindskes.

I Den Nationale Sundhedsprofil 2010 var der en deltagelse på 58,6 % i aldersgruppen 16-64 år. Der er fundet statistisk signifikante forskelle mellem deltagere og ikke-deltagere i sociodemografiske faktorer, brug af sundhedsvæsenet samt årsagsspecifik sygdom og dødelighed (Christensen AI 2012, Christensen AI 2015). Det er altså muligt, at der blandt ikke-deltagere – eller blandt deltagere, der ikke har besvaret alle 12 spørgsmål i spørgsmålsbatteriet SF-12 – er en højere forekomst af

dårlig mental sundhed end blandt deltagere, hvilket giver konservative estimater, det vil sige en underestimering af sammenhængen.

Ved tolkningen af resultaterne skal der tages forbehold for risikoen for omvendt kausalitet, således at det ikke nødvendigvis er en persons dårlige mentale sundhed, der er forklaringen på de fundne sammenhænge, men at det også eksempelvis kan være, at en persons helbredsproblemer og kontakt til sundhedssystemet har indvirkninger på den mentale sundhedstilstand. For eksempel sammenkædes dårlig mental sundhed med dårligt fysisk helbred, og dårlig mental sundhed kan være en direkte konsekvens af fysisk sygdom i stedet for det omvendte.

12.2 Sammenligning med andre studier

Der findes ingen internationale anerkendte afgrænsninger af dårlig mental sundhed. I studier benyttes forskellige begreber og skalaer til at definere mental status, og det er ofte psykiatriske sygdomme eller tilstande såsom stress, der benyttes som mål for personers mentale sundhed, hvilket gør det vanskeligt at sammenligne resultaterne i nærværende rapport med anden litteratur på området.

Et studie fra 2014 finder, at personer med dårlig mental sundhed (depression og psykose) har højere risiko for fysisk sygdom (diabetes og hjertekarsygdom), at de diagnosticeres senere, og at de har højere dødelighed. Det omvendte findes også, nemlig at personer med fysisk sygdom (hjertekarsygdom, diabetes og kræft) har større risiko for udviklingen af mentale problemer (Doherty AM 2014). Vi finder i lighed med ovenstående, at større andele blandt både mænd og kvinder med langvarig sygdom har dårlig mental sundhed sammenholdt med personer uden langvarig sygdom.

I et nyligt studie fra 2015 af 719.671 kvinder blev den direkte sammenhæng mellem lykke og død, iskæmisk hjertesygdom og kræft undersøgt (Liu B 2015). Overordnet ses det, at 39 % kvinder er lykkelige det meste af tiden, 44 % er som regel lykkelige, mens 17 % ikke er lykkelige. Dårligt selvvurderet helbred ved baseline er stærkt sammenhængende med ikke at føle sig lykkelig, og ses der på kvinder, der ikke føler sig lykkelige (kun lykkelige engang imellem, sjældent eller aldrig), i forhold til kvinder, der er lykkelige det meste af tiden, er der en aldersjusteret overrisiko for død (RR=1,29). Efter justering ses ingen sammenhænge mellem lykke og henholdsvis død (RR=0,98), iskæmisk hjertesygdom (RR=0,97) eller kræft (RR=0,98) (Liu B 2015).

En metaanalyse af 35 studier undersøger sammenhængen mellem psykisk velbefindende og dødelighed. I både en rask og syg population ses en lavere dødelighed med risikoestimer på henholdsvis 0,82 og 0,98, og de konkluderer, at psykisk velbefindende har en gunstig effekt på overlevelsen i begge populationer (Chida Y 2008). I denne rapport findes justerede relative risici for død i intervallet 1,83-2,33 for mænd og 1,02-1,65 for kvinder afhængig af aldersgruppe.

SF-12, der benyttes i nærværende rapport, er en forkortet udgave af SF-36. I et lidt ældre studie fra 2004 ses blandt andet, at for hvert 5-points fald i den mentale komponent i SF-36 var der en overrisiko for død på 1,09 og 1,10 i henholdsvis en ujusteret model og en justeret model (Fan VS 2004). Endvidere blev det fundet, at personer, hvis score i den mentale komponent af SF-36 faldt med på mere end 10 point inden for et år, havde en øget dødelighed i forhold til personer, der ikke ændrede deres score (OR=1,68 og OR=1,56 for henholdsvis den ujusterede og justerede model).

12.3 Operationalisering af mental sundhed

I denne rapport betragtes mental sundhed som mere og andet end fravær af psykisk sygdom, hvilket er i overensstemmelse med WHO's definition. Definitionen rummer to hoveddimensioner – en oplevelsesdimension og en funktionsdimension. Oplevelsesdimensionen handler om at opleve at have det godt med sig selv og sit liv, hvor væsentlige elementer er livsglæde og selvværd. Funktionsdimensionen handler om, hvordan man fungerer i hverdagen, når man udsættes for belastninger, og hvordan man fungerer i relation til sig selv og sine omgivelser. Der er endnu ikke konsensus blandt forskere eller i praksis i forhold til, hvad der er mest væsentligt at undersøge i forhold til mental sundhed, og der er derfor også mange forskellige bud på, hvad man bør måle, når det handler om mental sundhed.

SF-12 er et udbredt og anerkendt generisk helbredsstatusmål, og SF-12 indgår i Den Nationale Sundhedsprofil 2010. Det var derfor naturligt at benytte samme operationalisering i denne rapport. SF-12 indgår desuden i de nationale sundhedsprofiler i 2013 og 2017 hvilket gør det muligt at følge udviklingen i befolkningens mentale sundhedstilstand.

Udenlandske undersøgelser har vist høj validitet af SF-12 (Gandek B 1998, Kontodimopoulos N 2007, Sanderson K 2002, Gill SC 2007). Personer med psykiske lidelser scorer markant lavere på SF-12 end personer uden psykiske lidelser, og det samme mønster ses i relation til mindre alvorlige psykiske lidelser og symptomer. I fremtidige undersøgelser kunne det være interessant med et detaljeret udviklingsarbejde på et dansk materiale, for eksempel ved at sammenligne resultater fra SF-12 med andre generiske helbredsstatusmål. Dels for at belyse validiteten af SF-12 på et dansk materiale, og dels for at vurdere hvorledes de forskellige skalaer håndterer overlappet mellem mental sundhed og psykisk sygdom.

Den mentale helbreds-komponent (MCS) beregnes som en score mellem 0 og 100. Jo højere score, des bedre sundhedstilstand. Sædvanligvis præsenteres MCS ved denne score – men ønsket om at kunne identificere en målgruppe med dårlig mental sundhed nødvendiggør en yderligere opdeling i eksempelvis tre eller flere grupper. I den tidligere rapport *Mental sundhed blandt voksne danskere* blev der således arbejdet med at definere en sådan inddeling (Christensen AI 2010). Afgrænsningen af de tre grupper af mental sundhed blev baseret på eksplorative analyser. På baggrund af dette arbejde blev gruppen med dårlig mental sundhed afgrænset til de 10 % med den laveste score på den mentale helbreds-komponent. De 65 % af befolkningen, der scorer bedst på den mentale helbreds-komponent, udgør gruppen med god mental sundhed. Gruppen med moderat mental sundhed udgøres af de resterende 25 %. I nærværende rapport benyttes samme inddeling. Afgrænsningen af de tre grupper af mental sundhed kan naturligvis diskuteres, og i nær tilknytning hertil også antallet af kategorier. For en mere detaljeret diskussion af kategoriseringen henvises til den tidligere udarbejdede rapport.

Der er ikke konsensus blandt forskere eller i praksis i forhold til, hvad der er mest væsentligt at undersøge i forhold til mental sundhed. I 2015 kom de førende europæiske eksperter i mental sundhed med en række anbefalinger til forskning på området (Forsman AK 2015). En af de primære anbefalinger var, at vi skal blive bedre til at identificere, hvad der fremmer mental sundhed, og hvordan vi måler positive aspekter af mental sundhed. En ulempe ved SF-12 kan netop være, at det først og fremmest måler reduktion i mental sundhed og ikke inddrager de salutogene aspekter, altså de processer og forhold, der skaber, udvikler og fastholder sundhed hos det enkelte menneske, i grupper og/eller i samfundet. En fremtidig undersøgelse af mental sundhed kan med fordel udvides

hermed. Fremadrettet vurderes det derfor som vigtigt, at der udvikles, valideres og inkorporeres gode mål for mental sundhed, for eksempel i de nationale sundhedsprofiler og i forbindelse med indsatser, der har til formål at fremme mental sundhed, sådan at vi i fremtiden kan undersøge og forstå, hvad der virker, for hvem, hvordan og under hvilke omstændigheder, og dermed få mulighed for at øge andelen med høj mental sundhed i befolkningen.

13 Referenceliste

1. **Andersen JS, Olivarius ND, Krasnik A.** The Danish National Health Service Register, *Scand J Public Health*; 2011; 39: 34-37.
2. **Barry MM, Jenkins R.** Implementing Mental Health Promotion. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2007
3. **Chida Y, Steptoe A.** Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom Med*; 2008;70(7):741-56
4. **Christensen AI, Davidsen M, Kjølner M, Juel K.** Mental sundhed blandt voksne danskere. Sundhedsstyrelsen; 2010
5. **Christensen AI, Ekholm O, Glumer C, Andreassen AH, Hvidberg MF, Kristensen PL, et al.** The Danish National Health Survey 2010. Study design and respondent characteristics. *Scand J Public Health*; 2012;40(4):391-7.
6. **Christensen AI, Ekholm O, Kristensen PL, Larsen FB, Vinding AL, Glumer C, et al.** The effect of multiple reminders on response patterns in a Danish health survey. *Eur J Public Health*; 2015;25(1):156-61.
7. **Doherty AM, Gaughran F.** The interface of physical and mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 2014;49(5):673-82
8. **Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A.** Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2014
9. **Fan VS, Au DH, McDonnell MB, Fihn SD.** Intraindividual change in SF-36 in ambulatory clinic primary care patients predicted mortality and hospitalizations. *J Clin Epidemiol*; 2004;57(3):277-83
10. **Forsman AK, Wahlbeck K, Aarø LE, Alonso J, Barr MM.** Research priorities for public mental health in Europe: recommendations of the ROAMER project. *Eur J Public Health*; 2015; 25(2):249-54
11. **Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al.** Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol*; 1998 Nov;51(11):1171-8.
12. **Gill SC, Butterworth P, Rodgers B, Mackinnon A.** Validity of the mental health component scale of the 12-item Short-Form Health Survey (MCS-12) as measure of common mental disorders in the general population. *Psychiatry Res*; 2007 Jul 30;152(1):63-71.
13. **Jensen VM, Rasmussen A W.** Danish education registers, *Scand J Public Health* 2011; 39: 91-94.
14. **Kildemoes HW, Sorensen HT, Hallas J.** The Danish National Prescription Registry. *Scand J Public Health* 2011; 39: 38-41.
15. **Kirkwood TB, J ; May, C; McKeith, I ; Teh, M;.** Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Mental capital through life: Future challenges. London: The Government Office for Science; 2008.
16. **Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Tountas Y.** Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health and Quality of Life Outcomes*; 2007;5(55).
17. **Koushede V.** For mental sundhed - et nyt perspektiv. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015
18. **Lehtinen V, Ozamiz A, Underwood L, Weiss M.** The intrinsic value of mental health. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collection with the Victorian Health Promotion Foundation and University of Melbourne. Genève: WHO, 2005. p. 46-58.
19. **Liu B, Floud S, Pirie K, Green J, Peto R, Beral V.** Does happiness itself directly affect mortality? The prospective UK Million Women Study. *The Lancet*; 2016; 27;387(10021):874-81
20. **Lynge E, Sandegaard JL, Rebolj M.** The Danish National Patient Register, *Scand J Public Health*; 2011; 39: 30-33.
21. **Meilstrup C, Thygesen LC, Nielsen L, Koushede V, Cross D, Holstein BE.** Does self-efficacy mediate the association between socioeconomic background and emotional symptoms among schoolchildren? *Int J Public Health*; 2016; 61(4):505-12
22. **Pedersen CB.** The Danish Civil Registration System, *Scand J Public Health* 2011; 39: 22-25.

23. **Sanderson K, Andrews G.** The SF-12 in the Australian population: cross-validation of item selection. *Aust N Z J Public Health*; 2002 Aug;26(4):343-5.
24. **Stewart-Brown S.** Emotional wellbeing and its relation to health. Physical disease may well result from emotional distress. *BMJ* 1998;317:1608
25. **Sundhedsstyrelsen.** Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
26. **Sundhedsstyrelsen.** Forebyggelsespakke – mental sundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2012
27. **Ware JE, Kosinski M, Keller SD.** How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales. 2nd ed. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center; 1995.
28. **Ware JE, Kosinski M, Keller SD.** A 12-item Short-Form Health Survey. Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Med Care* 1996;34:220-33.
29. **Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al.** Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*; 2013; 382(9904):1575-86
30. **WHO.** Mental health: new understanding, new hope. *World Health Report 2001*. Geneva: WHO; 2001
31. **WHO.** Mental health action plan for Europe: Facing the challenges, building solutions. Copenhagen: WHO; 2005

14 Bilagsfortegnelse

Bilag 1:

SF-12

14.1 Bilag 1: SF-12

1. Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

(Kun ét X)

Fremragende	<input type="checkbox"/>
Vældig godt	<input type="checkbox"/>
Godt	<input type="checkbox"/>
Mindre godt	<input type="checkbox"/>
Dårligt	<input type="checkbox"/>

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

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja, meget begrænset	Ja, lidt begrænset	Nej, slet ikke begrænset
--	---------------------	--------------------	--------------------------

<u>Lettere aktiviteter</u> , såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At gå <u>flere</u> etager op ad trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
--	------------	--------------------	----------------	---------------	--------------------

Jeg har <u>nået mindre</u> , end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været begrænset i hvilken <u>slags</u> arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har <u>nået mindre</u> , end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre <u>omhyggeligt</u> , end jeg plejer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?

(Kun ét X)

Slet ikke	<input type="checkbox"/>
Lidt	<input type="checkbox"/>
Noget	<input type="checkbox"/>
En hel del	<input type="checkbox"/>
Virkelig meget	<input type="checkbox"/>

6. Disse spørgsmål handler om, hvordan du har haft det i de sidste 4 uger. For hvert spørgsmål, vælg venligst det svar, som bedst beskriver, hvordan du har haft det. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger...

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
har du følt dig rolig og afslappet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du været fuld af energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du følt dig trist til mode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Kun ét X)

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