

Karakteristik af unge med dårlig mental sundhed og højt stressniveau

Status og udvikling fra 2010 til 2017

Sanne Pagh Møller
Tina Harmer Lassen
Michael Davidsen
Maja Bæksgaard Jørgensen

Karakteristik af unge med dårlig mental sundhed og højt stressniveau
Status og udvikling fra 2010 til 2017

Sanne Pagh Møller
Tina Harmer Lassen
Michael Davidsen
Maja Bæksgaard Jørgensen

Internt review: Janne S. Tolstrup, Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Copyright © 2023
Statens Institut for Folkesundhed,
SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig gengivelse.

Elektronisk ISBN: 978-87-7899-555-1

Statens Institut for Folkesundhed
Stu­diestræde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif

Forord

Rapporten *Karakteristik af unge med dårlig mental sundhed og højt stressniveau* belyser en række helbredsmæssige og sociale forhold blandt unge i alderen 16-24 år. Blandt disse unge med dårlig mental sundhed og højt stressniveau undersøges demografiske og sociale forhold, forældres karakteristika, brug af sundhedsvæsenet, livsstilsfaktorer, sociale relationer og sygdomme og helbredsproblemer.

I rapporten sammenlignes unge med dårlig mental sundhed og højt stressniveau med unge i den øvrige befolkning. Denne rapport benytter spørgeskemadata fra Den Nationale Sundhedsprofil fra 2010, 2013 og 2017 og registeroplysninger fra en række administrative registre.

Rapporten er tænkt som et opslagsværk og henvender sig til sundheds- og fagprofessionelle samt administration og beslutningstagere i staten, regioner og kommuner.

Rapporten er udarbejdet for Finansministeriet og gennemført af en projektgruppe fra Statens Institut for Folkesundhed, SDU, bestående af ph.d.-studerende Sanne Pagh Møller, forsker Tina Harmer Lassen, seniorforsker Michael Davidsen og forsker Maja Bæksgaard Jørgensen.

Undersøgelsen er finansieret af Finansministeriet.

Morten Hulvej Rod
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Indholdsfortegnelse

1	Rapportens mest markante fund	7
2	Sammenfatning	8
3	Baggrund	10
3.1	Formål.....	11
3.2	Definition af mental sundhed og stress.....	11
4	Datagrundlag	14
4.1	Den Nationale Sundhedsprofil.....	14
4.2	Nationale administrative registre	15
4.3	Deltagelse i Den Nationale Sundhedsprofil blandt 16-24-årige.....	18
5	Metode	20
5.1	Statistisk analyse	20
5.2	Læsevejledning.....	21
6	Demografiske og sociale forhold	23
	Sammenfatning.....	23
	Mental sundhed	25
6.1	Alder.....	25
6.2	Etnisk oprindelse	26
6.3	Region.....	26
6.4	Indkomstgrundlag.....	26
6.5	Grundskole som højest fuldførte uddannelse	27
6.6	Forebyggende foranstaltning	28
6.7	Anbringelse uden for hjemmet.....	28
6.8	Sigtelse	29
6.9	Udsat for kriminalitet.....	29
6.10	Grundskolekarakter	29
	Stress	33
6.11	Alder.....	33
6.12	Etnisk oprindelse	34
6.13	Region.....	34
6.14	Indkomstgrundlag.....	34
6.15	Grundskole som højest fuldførte uddannelse	35
6.16	Forebyggende foranstaltning	36

6.17	Anbringelse uden for hjemmet.....	36
6.18	Sigtelse	37
6.19	Udsat for kriminalitet.....	37
6.20	Grundskolekarakter	37
7	Karakteristika ved forældre.....	40
	Sammenfatning.....	40
	Mental sundhed	42
7.1	Socioøkonomisk status.....	42
7.2	Uddannelse	42
7.3	Familieindkomst	43
7.4	Brud mellem forældre	44
7.5	Forældres kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen	44
7.6	Forældres sigtelse.....	45
7.7	Mors fødselsalder.....	45
	Stress	48
7.8	Socioøkonomisk status.....	48
7.9	Uddannelse	48
7.10	Familieindkomst	49
7.11	Brud mellem forældre	50
7.12	Forældres kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen	50
7.13	Forældres sigtelse.....	51
7.14	Mors fødselsalder.....	51
	Samtidige faktorer i barndommen	54
8	Brug af sundhedsvæsenet.....	56
	Sammenfatning.....	56
	Mental sundhed	58
8.1	Praktiserende læge	58
8.2	Speciallæge	58
8.3	Sygehuskontakter.....	58
8.4	Psykisk sygdom.....	59
8.5	Psykofarmaka	61
	Stress	64
8.6	Praktiserende læge	64
8.7	Speciallæge	64
8.8	Sygehuskontakter.....	64
8.9	Psykisk sygdom.....	65
8.10	Psykofarmaka	67
	Samtidige sociale og psykiatriske faktorer.....	70

9	Livsstilefaktorer	72
	Sammenfatning.....	72
	Mental sundhed	74
	9.1 Rygning	74
	9.2 Alkohol	74
	9.3 Vægt	75
	Stress	77
	9.4 Rygning	77
	9.5 Alkohol	77
	9.6 Vægt	78
10	Sociale relationer	80
	Sammenfatning.....	80
	Mental sundhed	82
	10.1 Kontakt til familie og venner.....	82
	10.2 Manglende sociale relationer.....	82
	Stress	85
	10.3 Kontakt til familie og venner.....	85
	10.4 Manglende sociale relationer.....	85
11	Selvrapporterede sygdomme og helbredsproblemer.....	88
	Sammenfatning.....	88
	Mental sundhed	90
	11.1 Nedtrykthed.....	90
	11.2 Ængstelse	90
	11.3 Søvn.....	91
	11.4 Langvarig sygdom	91
	11.5 Specifikke sygdomme.....	92
	Stress	95
	11.6 Nedtrykthed	95
	11.7 Ængstelse	95
	11.8 Søvn.....	95
	11.9 Langvarig sygdom	96
	11.10 Specifikke sygdomme.....	96
12	Referencer	100
13	Bilag	104

1 Rapportens mest markante fund

Data fra Den Nationale Sundhedsprofil viser en stigning fra 2010 til 2017 i andelen af unge mænd og kvinder, der oplever dårlig mental sundhed og har et højt stressniveau. Denne rapport viser, at unge i alderen 16-24 år med dårlig mental sundhed eller højt stressniveau adskiller sig på langt de fleste af de helbredsmæssige og sociale faktorer, som er udvalgt til rapporten, når de sammenlignes med unge med moderat/god mental sundhed eller moderat/lavt stressniveau. De faktorer, hvor der ses mest markante forskelle i 2017, er fremhævet nedenfor.

Sammenlignet med unge med moderat/god mental sundhed eller moderat/lavt stressniveau ses, at unge med dårlig mental sundhed og højt stressniveau i højere grad:

- Er modtagere af offentlig forsørgelse
- Har grundskole som højest fuldførte uddannelse fra alderen 19 år og opefter
- Har fået tildelt en forebyggende støtteforanstaltning inden 18-årsalderen, særligt blandt kvinder
- Har været anbragt uden for hjemmet inden 18-årsalderen, særligt blandt kvinder
- Er storrygere
- Har psykisk sygdom
- Har anvendt psykofarmaka
- Er ofte uønsket alene
- Angiver at have sjældent eller ingen kontakt til venner
- Har aldrig eller næsten aldrig nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte
- Har selvrapporterede sygdomme og helbredsproblemer i form af nedtrykthed, ængstelse, dårlig søvn, migræne/hovedpine, langvarig sygdom og psykisk lidelse af kortere eller længere varighed

Der er for de fleste faktorer vedkommende samlet set ikke sket en entydig udvikling fra 2010 eller 2013 til 2017 i forskellen mellem unge med dårlig mental sundhed eller højt stressniveau og unge med moderat/god mental sundhed eller moderat/lavt stressniveau.

2 Sammenfatning

Data fra Den Nationale Sundhedsprofil viser en stigning fra 2010 til 2017 i andelen af unge, der oplever dårlig mental sundhed. Blandt mænd er andelen, der oplever dårlig mental sundhed, steget fra 8,3 % i 2010 til 12,9 % i 2017 og blandt kvinder fra 15,8 % til 23,8 %. Den samme stigning ses i forhold til oplevelsen af højt stressniveau, hvor andelen af mænd, der oplever højt stressniveau, er steget fra 15,6 % i 2013 til 23,4 % i 2017 og blandt kvinder fra 33 % til 40,5 %.

Status 2017

Overordnet set adskiller unge mænd og kvinder med dårlig mental sundhed eller højt stressniveau sig fra unge mænd og kvinder med moderat/god mental sundhed eller moderat/lavt stressniveau. Dette gælder for de fleste af de udvalgte faktorer, der belyses i rapporten. De mest markante forskelle ses for faktorerne grundskole som højest fuldførte uddannelse, offentligt forsørget, modtaget forebyggende social hjælpeforanstaltning, været anbragt uden for hjemmet, psykisk sygdom, at have brugt psykofarmaka, at have været uønsket alene, nedtrykthed, ængstelse, dårlig søvn, migræne eller hovedpine, langvarig sygdom og psykisk lidelse af kortere eller længere varighed. Disse faktorer er således markant hyppigere hos unge med enten dårlig mental sundhed eller højt stressniveau. Der ses en stor overensstemmelse mellem dårlig mental sundhed og højt stressniveau i, hvilke faktorer der adskiller sig mellem dem med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed og dem med højt og moderat/lavt stressniveau.

Demografiske og sociale faktorer

Generelt er unge med dårlig mental sundhed og højt stressniveau i højere grad af anden etnisk oprindelse end dansk, har fået tildelt en forebyggende støtteforanstaltning, har været anbragt uden for hjemmet, er blevet sigtet for kriminalitet, har været udsat for kriminalitet og har lidt lavere grundskolekarakter sammenlignet med unge med moderat/god mental sundhed eller moderat/lavt stressniveau. Sammenhængen mellem dårlig mental sundhed og etnisk oprindelse samt at have været udsat for kriminalitet ses imidlertid ikke blandt unge kvinder. En markant større andel af unge med dårlig mental sundhed eller højt stressniveau har grundskole som højest fuldførte uddannelse eller er modtagere af offentlig forsørgelse sammenlignet med unge med moderat/god mental sundhed eller moderat/lavt stressniveau.

Karakteristika ved forældre

Generelt har unge med dårlig mental sundhed eller højt stressniveau i højere grad forældre, der er på overførselsindkomst, har grundskole som højest fuldførte uddannelse, har en lav indkomst, er gået fra hinanden i løbet af barnets opvækst, har haft en psykiatrisk kontakt og er blevet sigtet for kriminalitet sammenlignet med unge med moderat/god mental sundhed eller moderat/lavt stressniveau. Der ses ingen signifikante forskelle for morens fødselsalder.

Brug af sundhedsvæsenet

Generelt har unge med dårlig mental sundhed eller højt stressniveau i højere grad brugt praktiserende læge, speciallæge, ambulans behandling og indlæggelse sammenlignet med unge med moderat/god mental sundhed eller moderat/lavt stressniveau. Dette er dog ikke entydigt på tværs af køn samt henholdsvis mental sundhed og stressniveau. En markant større andel af unge med dårlig mental sundhed eller højt stressniveau har haft psykisk sygdom eller brugt psykofarmaka sammenlignet med unge med moderat/god mental sundhed eller moderat/lavt stressniveau.

Livsstilefaktorer

Generelt er unge med dårlig mental sundhed eller højt stressniveau i højere grad svært overvægtige og undervægtige sammenlignet med unge med moderat/god mental sundhed eller moderat/lavt stressniveau. Unge kvinder med dårlig mental sundhed eller højt stressniveau har desuden i højere grad et højt alkoholindtag sammenlignet med unge kvinder med moderat/god mental sundhed eller moderat/lavt stressniveau. Dette ses ikke blandt unge mænd. En markant større andel af unge med dårlig mental sundhed eller højt stressniveau er storrygere sammenlignet med unge med moderat/god mental sundhed eller moderat/lavt stressniveau.

Sociale relationer

Generelt træffer unge med dårlig mental sundhed eller højt stressniveau i højere grad aldrig eller sjældent familie sammenlignet med unge med moderat/god mental sundhed eller moderat/lavt stressniveau. En markant større andel af unge med dårlig mental sundhed eller højt stressniveau er ofte uønsket alene, træffer aldrig eller sjældent venner og har aldrig eller sjældent nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, sammenlignet med unge med moderat/god mental sundhed eller moderat/lavt stressniveau.

Selvrapporterede sygdomme og helbredsproblemer

Generelt har unge med dårlig mental sundhed eller højt stressniveau i højere grad astma og allergi sammenlignet med unge med moderat/god mental sundhed eller moderat/lavt stressniveau. En markant større andel af unge med dårlig mental sundhed eller højt stressniveau oplever nedtrykthed, ængstelse, dårlig søvn, migræne eller hyppig hovedpine, langvarig sygdom og psykisk lidelse af kortere eller længere varighed sammenlignet med unge med moderat/god mental sundhed eller moderat/lavt stressniveau.

Udvikling

Andelen af unge med dårlig mental sundhed er steget i perioden 2010 til 2017, og det samme er andelen med højt stressniveau i perioden 2013 til 2017. Ved at sammenligne forskellene på de undersøgte faktorer mellem dem med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed og dem med højt og moderat/lavt stressniveau er det belyst, om disse forskelle har udviklet sig i den undersøgte periode. For de fleste faktoreres vedkommende er der ikke sket en udvikling fra 2010 eller 2013 til 2017 i forskellen mellem unge med dårlig mental sundhed eller højt stressniveau og unge med moderat/god mental sundhed eller moderat/lavt stressniveau. Overordnet set kan det dog ses, at i de tilfælde, hvor der er sket en udvikling i forskelle mellem unge med dårlig mental sundhed eller højt stressniveau og unge med moderat/god mental sundhed eller moderat/lavt stressniveau, er forskellene hovedsageligt blevet større for de unge kvinders vedkommende, mens forskellene for de unge mænds vedkommende både er blevet større og mindre.

3 Baggrund

Dårlig mental sundhed er et udbredt folkesundhedsproblem blandt unge i Danmark. I perioden 2006 til 2016 er antallet af børn og unge (0-18 år) diagnosticeret med ADHD, angst, depression eller spiseforstyrrelser tredoblet (1). Samtidig peger flere undersøgelser på, at stadig flere unge har en oplevelse af stress, mistrivsel og psykiske vanskeligheder uden nødvendigvis at have en diagnose (2, 3).

Blandt elever på danske gymnasiale uddannelser oplever 6 % af drengene og 14 % af pigerne dagligt mindst ét psykisk symptom i form af nervøsitet, irritabilitet/dårligt humør eller nedtrykthed. Hver sjette dreng og mere end hver femte pige har haft selvmordstanker, og samtidig føler 8 % af drengene og 15% af pigerne på de gymnasiale uddannelser sig dagligt stresset (4).

Endvidere ses det, at 15 % af danske børn/unge været i behandling for en psykisk lidelse før 18-årsalderen (5), og det estimeres, at psykiske lidelser samlet set udgør et af de største bidrag til sygdomsbyrden for børn og unge fra 10 til 24 år (6).

Den udbredte forekomst og udvikling i dårlig mental sundhed blandt unge i Danmark er bekymrende, da god mental sundhed er et vigtigt fundament for en positiv helbredsmæssig, social og læringsmæssig udvikling (7). Omvendt kan dårlig mental sundhed få konsekvenser for unges mulighed for at fastholde og gennemføre en uddannelse og senere få fodfæste på arbejdsmarkedet (8, 9).

Forskning har vist, at påvirkninger i de tidlige børneår og fostertilværelsen samt genetisk disposition spiller en vigtig rolle i udviklingen af mentale helbredsproblemer hos børn og unge. Eksempelvis ses en øget risiko for psykiske helbredsproblemer blandt børn og unge, der er vokset op med forældre med psykisk lidelse eller misbrug, hvis barnet/den unge har været udsat for omsorgssvigt, overgreb eller mishandling, eller hvis barnet selv eller familien har været udsat for mange sociale belastninger og voldsomme livshændelser (10).

Baggrunden for stigningen i antallet børn og unge med diagnosticerede psykiske lidelser er imidlertid uvis. En del af forklaringen er givetvis et øget fokus på området samt tidligere opsporing og bedre diagnosticering, men udviklingen er sandsynligvis også udtryk for en reel stigning i forekomsten af børn og unge med mentale helbredsproblemer (10).

En række forskellige teorier er blevet foreslået som mulige forklaringer på udviklingen i mentale sundhedsproblemer. Forklaringerne omhandler eksempelvis ændringer i individets sårbarhed (for eksempel stigninger i søvnproblemer), ændringer i og uden for familielivet (for eksempel stigning i skilsmisser, mobning, bekymring om skolepræstationer) samt bredere samfundsmæssige og kulturelle forhold (for eksempel stigning i social ulighed). Der findes ikke en simpel årsagsforklaring, og udviklingen er formentlig et resultat af et samspil mellem mange faktorer, som hver især påvirker den enkeltes risiko for at udvikle mentale sundhedsproblemer (11).

Ungdomsårene og overgangen til voksenlivet er en sårbar periode forbundet med store forandringer både fysisk, mentalt og socialt. I denne periode skabes nye vaner og adfærd, der ofte føres med ind i voksenlivet (10). Endvidere ses det, at størstedelen af psykiske sygdomme debuterer i ungdomsårene og det tidlige voksenliv (12, 13). Ungdomsårene er derfor en vigtig periode til at forebygge og begrænse mentale sundhedsproblemer. Denne undersøgelse kan bidrage til at pege på, hvad der karakteriserer unge med dårlig mental sundhed og højt stressniveau, med henblik på fremadrettede forebyggelsesindsatser.

3.1 Formål

Formålet med undersøgelsen er at beskrive, hvad der karakteriserer unge med dårlig mental sundhed og højt stressniveau målt på en række helbredsmæssige og sociale forhold. Endvidere beskrives det, hvordan disse forhold har udviklet sig over tid. Datagrundlaget for dette projekt er baseret på data fra Den Nationale Sundhedsprofil fra 2010, 2013 og 2017 samt en række administrative registre.

3.2 Definition af mental sundhed og stress

Nedenfor beskrives, hvorledes henholdsvis mental sundhed og stress er defineret og måles i denne undersøgelse.

Mental sundhed

Der findes en række forskellige definitioner af begrebet mental sundhed. Trods de forskellige opfattelser er det dog et gennemgående træk, at begrebet indbefatter mere end blot fravær af psykisk sygdom (7). Dette gør sig også gældende for WHO's definition af mental sundhed, som Sundhedsstyrelsen beskriver som 'en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker' (14). Fokus i denne definition er dels på oplevelsen af velbefindende, dels på hvordan man fungerer i hverdagen, når man udsættes for belastninger, samt hvordan man fungerer i relation til sig selv og sine omgivelser.

Der hersker forskellige opfattelser af, om mental sundhed og psykisk sygdom hører til hver deres dimension eller ej. Det vil sige, om det for eksempel er muligt at have en psykisk sygdom og samtidig have god mental sundhed, eller om god mental sundhed og psykisk sygdom ligger i hver sin ende af samme spektrum (15).

For den enkelte er mental sundhed under løbende forandring livet igennem. Det er således muligt at bevæge sig frem og tilbage mellem god mental sundhed og psykisk sygdom og have perioder med god mental sundhed og perioder med mistrivsel (15).

Der eksisterer mange forskellige skalaer og spørgeskemaer til at beskrive selvrapporeret helbredsstatus og helbredsrelateret livskvalitet. I denne undersøgelse defineres mental sundhed med udgangspunkt i SF-12-skalaen. SF-12 er en række spørgsmål til at beskrive helbredsstatus og består af 12 spørgsmål, der belyser svarpersonens helbredstilstand inden for de sidste fire uger. På baggrund af besvarelserne beregnes en samlet score for henholdsvis en fysisk helbredskomponent (Physical Component Summary – PCS) og en mental sundhedskomponent (Mental Component

Summary – MCS). For begge helbredskomponenter gælder, at jo højere score, jo bedre sundhedstilstand (16, 17). Der er således anvendt et selvrapporeret mål for oplevet mental sundhed.

Gruppen af unge med dårlig mental sundhed defineres ud fra en standardafgrænsning anvendt i Den Nationale Sundhedsprofil 2010. På baggrund af en gennemgang af relevant litteratur og statistiske analyser blev personer med dårlig mental sundhed afgrænset til de 10 % af svarpersonerne, der havde scoret lavest på SF-12's mentale helbredskomponent (MCS) (18, 19). Dette svarer til en score på 35,76 eller derunder i MCS, og gælder for både mænd og kvinder. Denne standardafgrænsning på 35,76 point er også anvendt i denne rapport, og da der er tale om en på forhånd fastlagt grænseværdi, er det ikke meningsfuldt at fokusere på de absolutte forekomster af dårlig mental sundhed blandt unge, men derimod på forskelle mellem grupper og udviklingen over tid. Det vil sige, at fokus er ikke på, om eksempelvis andelen af mænd med dårlig mental sundhed i 2017 i sig selv er høj eller lav, men derimod om den er forskellig fra andelen af kvinder med dårlig mental sundhed, eller om den er forskellig fra andelen i 2010 og 2013. Gruppen af unge med moderat til god mental sundhed inkluderer den resterende del af deltagerne, det vil sige defineret som de personer, der har en MCS-score, der ligger over standardafgrænsningen på 35,76 point.

Af tabel 3.1 ses antallet og andelen med dårlig og moderat/god mental sundhed blandt 16-24-årige, der har deltaget i Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 eller 2017. Af tabellen fremgår det, at andelen med dårlig mental sundhed alle tre år er højere blandt unge kvinder end unge mænd. I 2017 havde 12,9 % af de unge mænd dårlig mental sundhed, mens det gjorde sig gældende for 23,8 % af de unge kvinder. For henholdsvis mænd og kvinder er der sket en stigning i andelen med dårlig mental sundhed fra 2010 til 2017 på henholdsvis 4,6 og 8,0 procentpoint.

Tabel 3.1: Mental sundhed blandt unge i alderen 16-24 år, fordelt efter år og køn. 2010, 2013 og 2017. Antal og procent.

	2010		2013		2017	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Mænd						
Dårlig mental sundhed	591	8,3	525	8,2	898	12,9
Moderat/god mental sundhed	7.241	91,7	6.493	91,8	6.844	87,1
Kvinder						
Dårlig mental sundhed	1.446	15,8	1.525	17,5	2.262	23,8
Moderat/god mental sundhed	8.232	84,2	7.666	82,5	7.567	76,2

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017.

Stress

Stress kan defineres som en tilstand af anspændthed og ulyst og kan opstå som et resultat af en uoverensstemmelse mellem de krav og udfordringer, der stilles til en person, og de ressourcer, som vedkommende oplever at have til rådighed. Stress kan være af både kortere og længere varighed. Kortvarig stress kan være en hensigtsmæssig reaktion til at håndtere en kortvarig stressende faktor som f.eks. en eksamen (20). Langvarig stress kan imidlertid nedsætte livskvaliteten og øge risikoen for en lang række negative tilstande og sygdomme såsom depression, angst, dårlig søvnkvalitet og hjerte-kar-sygdom (20) (21, 22) (23).

Stressniveauet er i denne undersøgelse målt ved Cohens Perceived Stress Scale (PSS) (24). PSS er en valideret stressskala bestående af 10 spørgsmål, der retter sig imod, i hvilket omfang svarpersonen inden for de sidste fire uger har oplevet sit liv som uforudsigeligt, ukontrollerbart eller belastende, samt om svarpersonen har følt sig stresset eller nervøs (25). Der er således anvendt et selvrapporeret mål for oplevet stress.

I denne undersøgelse er gruppen af unge med højt stressniveau defineret ud fra en afgrænsning anvendt i en tidligere dansk undersøgelse (26). Her blev højt stressniveau defineret som de 20 % af mænd og kvinder, der rapporterede det højeste niveau af oplevet stress. I overensstemmelse hermed blev der i den landsdækkende Sundheds- og sygelighedsundersøgelse 2010 defineret en standardafgrænsning ved at tage de 20 % af svarpersonerne, der rapporterede det højeste niveau af oplevet stress, hvilket svarer til en score på 18 eller derover (27). Denne afgrænsning på en score på 18 gælder for både mænd og kvinder, og det er også denne afgrænsning, der er anvendt i denne undersøgelse. Der er ligesom ved dårlig mentalt sundhed tale om en absolut grænseværdi. Det vil sige, at fokus er ikke på, om eksempelvis andelen af mænd med højt stressniveau i 2017 i sig selv er høj eller lav, men derimod om den er forskellig fra andelen af kvinder med højt stressniveau, eller om den er forskellig fra andelen i 2013. Gruppen af unge med moderat til lavt stressniveau inkluderer den resterende del af deltagerne, det vil sige defineret som de personer, der har en PSS-score på under 18. Da det kun er en mindre delmængde af svarpersoner i Den Nationale Sundhedsprofil 2010, der har besvaret spørgsmålene i PSS, vil der i denne undersøgelse kun blive belyst stress blandt unge, der har deltaget i Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og 2017.

Tabel 3.2 viser antallet og andelen med højt og moderat/lavt stressniveau blandt 16-24-årige, der har deltaget i Den Nationale Sundhedsprofil 2013 eller 2017. Der ses en højere andel med højt stressniveau blandt unge kvinder end blandt unge mænd. I 2017 havde 40,5 % af de unge kvinder således et højt stressniveau, mens det gjorde sig gældende for 23,4 % af de unge mænd. For både mænd og kvinder ses en stigning i forekomsten af højt stressniveau fra 2013 til 2017 på henholdsvis 7,8 og 7,5 procentpoint.

Tabel 3.2: Stressniveau blandt unge i alderen 16-24 år, fordelt efter år og køn. 2013 og 2017. Antal og procent.

	2013		2017	
	Antal	%	Antal	%
Mænd				
Højt stressniveau	1.026	15,6	1.614	23,4
Moderat/lavt stressniveau	5.867	84,4	5.871	76,6
Kvinder				
Højt stressniveau	2.884	33,0	3.798	40,5
Moderat/lavt stressniveau	6.244	67,0	5.820	59,5

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og 2017.

4 Datagrundlag

Til at beskrive, hvad der karakteriserer unge med dårlig mental sundhed og højt stressniveau på en række helbredsmæssige og sociale forhold over tid, anvendes data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 samt en række administrative registre. Nedenfor er de anvendte datakilder yderligere beskrevet.

4.1 Den Nationale Sundhedsprofil

Den Nationale Sundhedsprofil er en nationalt repræsentativ befolkningsundersøgelse, som er gennemført i årene 2010, 2013 og 2017 i et samarbejde mellem de fem regioner, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet (2, 18, 28). Undersøgelsen er baseret på en stikprøve fra hver af de fem regioner samt en national stikprøve. Studiepopulationen består af personer på 16 år og derover, som har bopæl i Danmark.

Alle personer udtrukket til stikprøven får tilsendt et introduktionsbrev samt et spørgeskema, som kan besvares skriftligt eller elektronisk online. Introduktionsbrevet informerer om, at deltagelse i undersøgelsen er frivillig, og at svarpersonen er sikret fuld anonymitet. Spørgeskemaet indeholder spørgsmål om svarpersonens sundhed, sygdom og trivsel, og inkluderer 52 fælles kernespørgsmål, som sendes til alle seks stikprøver. Kernespørgsmålene er i vid udstrækning enslydende i hver af de tre undersøgelser.

I Den Nationale Sundhedsprofil 2017 besvarede 183.372 personer spørgeskemaet (59 % af de inviterede). I 2013 og 2010 besvarede henholdsvis 162.283 (54 % af de inviterede) og 177.639 (60 % af de inviterede) personer spørgeskemaet. Den Nationale Sundhedsprofil er udformet som en tværsnitsundersøgelse. Der er således få personer, som har deltaget i mere end én af de tre undersøgelser. Nærværende undersøgelse er afgrænset til de 16-24-årige, der har deltaget i Den Nationale Sundhedsprofil 2017 (18.913 personer), 2013 (17.006 personer) og 2010 (18.567 personer).

Anvendte spørgsmål fra Den Nationale Sundhedsprofil

Nedenfor beskrives de spørgsmål fra Den Nationale Sundhedsprofil, der indgår i denne undersøgelse.

Ryging: Deltagere er blevet spurgt om, hvorvidt de ryger, og dagligrygere er desuden blevet spurgt om, hvor meget de i gennemsnit ryger om dagen. Der er lavet opgørelse af andelen af storrygere, defineret som personer, der ryger 15 cigaretter eller flere om dagen.

Alkohol: Deltagere er blevet spurgt om, hvorvidt de har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder. Svarpersoner, der har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, er herefter blevet spurgt om, hvor mange genstande de typisk drikker på hver af ugens dage for hver kategori af alkohol (øl/alkoholcider, vin/hedvin og spiritus/alkoholsodavand). Der er lavet opgørelse af andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag i løbet af en uge. Højrisikogrænsen er for mænd 21 genstande om ugen og for kvinder 14 genstande om ugen.

Vægt: Deltagere er blevet spurgt til vægt og højde. Oplysningerne anvendes til at beregne Body Mass Index (BMI), som udregnes som vægten i kilogram divideret med kvadratet af højden i meter. Der er lavet opgørelse af andelen, der er svært overvægtig ($BMI \geq 30$) og undervægtig ($BMI < 18,5$).

Kontakt til familie og venner: Deltagere er blevet spurgt til, hvor ofte de er i kontakt med venner, bekendte og familie, som de ikke bor sammen med. Dette belyser den såkaldt strukturelle dimension af sociale relationer. Der er lavet opgørelse af andelen, der har svaret, at de aldrig eller sjældnere end én gang om måneden har kontakt med henholdsvis familie og venner.

Manglende sociale relationer: Deltagere er blevet spurgt, om de nogensinde er alene, selvom de har mest lyst til at være sammen med andre. De er desuden blevet spurgt, om de har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte. Disse spørgsmål belyser den såkaldte funktionelle dimension af sociale relationer. Der er lavet opgørelse af andelen, der har svaret, at de henholdsvis ofte er uønsket alene og aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte.

Nedtrykthed: Deltagere er blevet spurgt til, om de har været generet af nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig inden for de seneste 14 dage. Der er lavet opgørelse af andelen, der har været meget generet af nedtrykthed, deprimeret og ulykkelig inden for de seneste 14 dage.

Ængstelse: Deltagere er blevet spurgt til, om de har været generet af ængstelse, nervøsitet og uro inden for de seneste 14 dage. Der er lavet opgørelser af andelen, der har været meget generet af heraf inden for de seneste 14 dage.

Søvn: Deltagere blevet spurgt til, om de har været generet af søvnbesvær eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. Der er lavet opgørelse af andelen, der har været meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage.

Langvarig sygdom: Deltagere er blevet spurgt til, om de nogensinde har haft en langvarig sygdom af mindst seks måneders varighed. Der er lavet opgørelse af andelen, der svarede ja til dette spørgsmål.

Specifikke sygdomme: Deltagere blevet spurgt, om de på tidspunktet for undersøgelsen har specifikke sygdomme eller eftervirkninger af tidligere sygdom. Der er lavet opgørelse for andelen, der har svaret, at de aktuelt har en given sygdom eller et givent helbredsproblem, eller har eftervirkninger efter sygdommen eller helbredsproblemet. Der præsenteres resultater for astma, allergi, migræne eller hyppig hovedpine, psykisk lidelse kortere end seks måneder og psykisk lidelse længere end seks måneder. Resultater for psykisk lidelse kortere end seks måneder eller længere end seks måneder i 2010 fremgår ikke, da svarpersoner fra 2010 ikke er blevet spurgt om dette.

4.2 Nationale administrative registre

Til denne undersøgelse er der anvendt data fra en række nationale administrative registre, som beskrives nedenfor.

Det Centrale Personregister

Det Centrale Personregister (CPR-registeret) indeholder oplysninger om blandt andet personnummer, statsborgerskab, slægtskab og civilstand for alle personer, som efter den 2. april 1968 har boet

i Danmark og været tilmeldt en dansk kommune (29). Til denne undersøgelse er CPR-registeret blandt andet anvendt til at identificere de inkluderede personers forældre, familiestatus, alder, etnicitet, region, fødselsalder hos moderen og køn. Baseret på oplysninger fra CPR-registeret om forældres civilstand og familietype er deltagere med forældre, der har skiftet status fra gift eller samlevende til enlig, mens deltageren var 0-17 år, opgjort i opgørelser om "Brud mellem forældre".

FAIK – familieindkomster

Danmarks Statistiks register "FAIK – familieindkomster" indeholder oplysninger om indkomster for familier, hvor mindst ét af familiens medlemmer er fuldt skattepligtige, minimum 15 år og har været bosat i Danmark hele det pågældende år (30). Til denne undersøgelse er variabelen "ækvivaleret disponibel indkomst for familien" fra FAIK anvendt. Denne variabel er vægtet i forhold til antallet af personer i familien med henblik på at kunne sammenligne indkomst og levevilkår for familier med forskellig størrelse (31). Variabelen er opdelt i fire lige store grupper (kvartiler) for hvert år, der opgøres. Disse oplysninger er i denne undersøgelse anvendt til opgørelsen af familieindkomst opdelt i kvartiler året inden deltagelse.

DREAM-databasen

Forløbsdatabasen DREAM indeholder oplysninger om samtlige personer, der har modtaget offentlige overførselsindkomster. Databasen administreres af Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, og er baseret på data fra Beskæftigelsesministeriet, Undervisningsministeriet, CPR-registeret og SKAT. Oplysninger om forsørgelsesydelse angives for den enkelte person på ugebasis, eksempelvis om personen har været ledig, på orlov, syg, på kontanthjælp, gået på en SU-berettiget uddannelse eller i aktivering (32). Til denne undersøgelse er data fra DREAM-databasen anvendt til konstruktion af en socioøkonomisk gruppering af de unge i henholdsvis "Under uddannelse", "Lønmodtager" og "Offentlig forsørget".

Uddannelsesregisteret

Danmarks Statistiks uddannelsesregister indeholder oplysninger om den danske befolknings påbegyndte og afsluttede uddannelser baseret på årlige opgørelser (33). Til denne undersøgelse er der inkluderet oplysninger om højest fuldførte uddannelse for deltageren og vedkommendes forældre. Oplysninger om grundskolekarakterer fra 9. eller 10. klasse er hentet fra Danmarks Statistiks register "UDKF – Grundskolekarakterer" (34), som er dækkende tilbage til 2002. Til denne undersøgelse beregnes et gennemsnit for alle fag med karakterer (årskarakterer, skriftlige og mundtlige eksamenskarakterer) fra 9. eller 10. klasse.

Arbejdsklassifikationsmodulet AKM

Arbejdsklassifikationsmodulet AKM fra Danmarks Statistik indeholder en opdeling af personer i en socioøkonomisk status (SOCIO), en hovedaktivitetsstatus (BESKST) samt en arbejdsfunktion for erhvervsaktive (DISCO). Dette gøres på baggrund af en række oplysninger om personlig indkomst, uddannelsesoplysninger, arbejdsstedsbranche, a-kasseoplysninger samt indberetninger fra private virksomheder (35). I denne undersøgelse anvendes variabelen SOCIO13 til dannelse af en socioøkonomisk gruppering af de unge i henholdsvis "Under uddannelse", "Lønmodtager" og "Offentlig forsørget" i opgørelse af indkomstgrundlaget. Da en del af deltagerne ikke kunne kategoriseres til en af de tre grupper baseret på oplysninger om socioøkonomisk klassifikation, blev der for disse suppleret med oplysninger fra DREAM-databasen (se evt. beskrivelse ovenfor) for de seneste seks måneder inden deltagelse. Desuden opgøres forældres socioøkonomiske gruppe opgjort året inden den unges deltagelse i fire kategorier: 1) lønmodtager: minimum én forælder er lønmodtager, 2) førtidspension: ingen forældre er lønmodtagere, og minimum én forælder er førtidspensionist, 3)

kontanthjælp: ingen forældre er lønmodtagere eller førtidspensionister, og minimum én forælder er kontanthjælpsmodtager, og 4) andet: ingen forældre er lønmodtagere, førtidspensionister eller kontanthjælpsmodtagere.

Kriminalstatistik

Kriminalstatistikregisteret fra Danmarks Statistik er baseret på data fra Det Centrale Kriminalregister og indeholder oplysninger om blandt andet anmeldelser, sigtelser, afgørelser og fængslinger i Danmark (36). I denne undersøgelse er data fra Danmarks Statistiks register "KRSI – Kriminalstatistik sigtelser" anvendt til opgørelser om unge og deres forældre, der har været sigtet for at have begået en strafbar handling efter straffelove og særlove. Der er ikke inkluderet oplysninger om sigtelser efter færdselsloven. I opgørelser om sigtelser blandt forældrene til de unge anvendes oplysninger tilbage til 1985. Endvidere er der anvendt data fra registeret "KROF – Ofre for straffelovsforbrydelser" til at beskrive unge, der har været ofre for personfarlig eller personorienteret kriminalitet, hvilket omfatter seksual- og voldsforbrydelser, udvalgte kategorier af ejendomsforbrydelser, herunder taske- eller lommetryeri, samt andre straffelovsforbrydelser, hvor offeret har været konfronteret direkte med lovovertræderen (36).

Udsatte børn og unge

Til at beskrive andelen af unge anbragt uden for hjemmet er der anvendt data fra Danmarks Statistiks register "BUAF – Børn og Unge anbragte, forløbsregister" (37). Registeret indeholder oplysninger om anbringelser tilbage til 1980 og er baseret på kommunale data. Endvidere er der anvendt data fra registeret "BUFO – Børn og Unge forebyggende foranstaltninger" fra Danmarks Statistik, der omhandler forebyggende, sociale hjælpeforanstaltninger givet til børn og unge med behov for særlig støtte. Støtten gives efter Lov om Social Service, og de forebyggende foranstaltninger omfatter eksempelvis aflastningsophold for børn/unge med ophold i eget hjem samt tilknytning af en personlig rådgiver eller en fast kontaktperson for den unge. Registeret indeholder oplysninger tilbage til 1977 og er baseret på kommunalt indberettede oplysninger (38). I denne undersøgelse medtages kun anbringelser og forebyggende, sociale hjælpeforanstaltninger før det fyldte 18. år.

Landspatientregisteret

Landspatientregisteret (LPR) indeholder registreringer på al kontakt til danske hospitaler, hvilket omfatter indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg på somatiske og psykiatriske hospitaler. Registeret blev etableret i 1977 (39). LPR indeholder psykiatriske kontakter fra og med 1995. Registreringerne i LPR har tilknyttet en hoveddiagnose (aktionsdiagnose) samt eventuelle bi-diagnoser, som er opgjort ved ICD (International Classification of Diseases) diagnosekoder. Til denne undersøgelse anvendes oplysninger om kontakt til somatiske sygehuse blandt de unge samt kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen blandt de unge og disses forældre.

Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister

Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister indeholder oplysninger om samtlige psykiatriske indlæggelser siden 1969. I 1995 overgik registeret til at blive en del af Landspatientregisteret (40). Til denne undersøgelse anvendes data fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister til oplysninger om kontakter i forbindelse med psykiatriske indlæggelser før 1995 blandt de unge og deres forældre.

Lægemedeldatabasen

Lægemedeldatabasen fra Danmarks Statistik, som er Danmarks Statistiks version af Sundhedsdatastyrelsens Lægemedelstatistikregister, indeholder oplysninger om indløste recepter på danske apoteker siden 1995 (41). Registeret indeholder oplysninger om blandt andet dato for indløsning af

recepten, personnummer for modtager, typen af medicin (efter Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC)), dosis og pris. Til denne undersøgelse er der inkluderet oplysninger om indløste recepter på psykofarmaka defineret på baggrund af Sundhedsdatastyrelsens afgrænsning (medstat.dk): Antidepressive lægemidler (ATC gruppe N06A, bortset fra duloxetin N06AX21 i styrken 20 og 40 mg og bupropion N06AX12), antipsykotiske lægemidler og lithium (ATC-gruppe N05A), centralstimulerende lægemidler (ATC-gruppe N06BA og guanfacin C02AC02), benzodiazepiner, benzodiazepinlignende lægemidler og melatonin (ATC-grupperne N05BA, N05CD, N03AE, N05CF, N05CH01) (42).

Sygesikringsregisteret

Sygesikringsregisteret indeholder oplysninger om ydelser støttet af den offentlige sygesikring fra alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, psykologer, fysioterapeuter m.fl. Data er tilgængelig fra 1990 og frem (43). Til denne undersøgelse er der anvendt data om kontakter til alment praktiserende læger og speciallæger.

4.3 Deltagelse i Den Nationale Sundhedsprofil blandt 16-24-årige

Tabel 4.1 viser deltagelsen i Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 for 16-24-årige opgjort efter køn, alder, region, etnicitet og kontakt til psykiatrien (ambulant kontakt, indlæggelse eller psykiatrisk skadestue). Det fremgår, at svarprocenten blandt alle inviterede er 49,4 % i 2010, 41,0 % i 2013, og 45,2 % i 2017. De unge kvinder har en højere svarprocent end de unge mænd. Det gælder i alle tre år og i alle aldersgrupper. I 2017 ses således en svarprocent på 51,9 % for de unge kvinder, mens svarprocenten blandt de unge mænd er 39,0 %. For både kvinder og mænd gælder det, at svarprocenten aftager med stigende alder. Eksempelvis har de 16-18-årige mænd i 2017 en svarprocent på 44,5 %, mens de 22-24-årige mænd har en svarprocent på 34,3 %.

Derudover ses i alle tre år en lave svarprocent i Region Hovedstaden og i Region Sjælland sammenlignet med de tre øvrige regioner. Svarprocenten blandt unge med anden herkomst end dansk er i alle tre år betydeligt lavere sammenlignet med unge med dansk herkomst (2017: 27,6 % versus 48,6 %). I 2017 ses kun en meget lille forskel i svarprocent mellem de unge, der har haft kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen, og unge, der ikke har haft kontakt (43,1 % versus 45,6 %). I 2010 og 2013 ses en lidt lavere svarprocent blandt unge med kontakt til psykiatrien sammenlignet med unge uden kontakt (2013: 34,1 % versus 41,7 %; 2010: 43,2 % versus 49,9 %). I kapitel 5 beskrives nærmere, hvorledes data vægtes for de manglende besvarelser med henblik på at sikre nationalt repræsentative resultater.

Tabel 4.1: Inviterede, svarpersoner og svarprocent blandt unge i alderen 16-24 år 2017 samt svarprocenter blandt unge i alderen 16-24 år 2010 og 2013. Fordelt efter år, køn, alder, region, etnicitet og kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen. Antal og procent*.

Den Nationale Sundhedsprofil					
	2017			2013	2010
	Antal inviterede	Antal svarpersoner	Svarprocent	Svarprocent	Svarprocent
Mænd	41.804	18.913	45,2	41,0	49,4
16-18 år	7.218	3.213	44,5	39,6	48,1
19-21 år	4.824	1.929	40,0	33,2	41,6
22-24 år	9.558	3.279	34,3	30,3	37,3
Mænd i alt	21.600	8.421	39,0	34,3	42,4
Kvinder					
16-18 år	6.841	3.880	56,7	54,1	61,7
19-21 år	4.457	2.318	52,0	45,7	54,8
22-24 år	8.906	4.294	48,2	44,3	53,6
Kvinder i alt	20.204	10.492	51,9	48,1	57,0
Region					
Hovedstaden	15.439	5.923	38,4	32,0	42,8
Sjælland	4.572	1.872	40,9	33,6	41,1
Syddanmark	8.283	4.558	55,0	53,6	54,7
Midtjylland	8.227	4.227	51,4	48,2	55,4
Nordjylland	5.283	2.333	44,2	40,9	57,1
Etnicitet					
Dansk herkomst	35.069	17.057	48,6	44,6	53,2
Anden herkomst end dansk	6.735	1.856	27,6	20,6	26,7
Kontakt til psykiatrien*					
Ja	5.654	2.435	43,1	34,1	43,2
Nej	36.150	16.478	45,6	41,7	49,9

* Nogensinde haft kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen enten i form af psykiatrisk skadestuebesøg, ambulant kontakt eller indlæggelse. Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017. Landspatientregisteret. Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister

5 Metode

5.1 Statistisk analyse

Formålet med rapporten er at beskrive, hvad der karakteriserer unge med dårlig mental sundhed og højt stressniveau. Ingen af resultaterne kan tolkes som udtryk for årsagssammenhænge (kausalitet). Dette skyldes, at mental sundhed samt stressniveau og mange af faktorerne er målt på samme tid og dermed giver et øjebliksbillede af forekomsten af faktorerne i grupperne. Således kan der ikke konkluderes på, om det eksempelvis er den mentale sundhedstilstand, der påvirker, hvorvidt man ofte er uønsket alene, eller om det ofte at være uønsket alene påvirker den mentale sundhedstilstand. Endvidere er der ikke taget højde for øvrige faktorer, der kan forklare de præsenterede sammenhænge, hvorfor der heller ikke for sammenhænge ved faktorer målt før måling af mental sundhed kan konkluderes på årsagssammenhænge.

Til at karakterisere 16-24-åriges mentale sundhed beregnes frekvensopgørelser (procent) for udvalgte indikatorer i gruppen af unge med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed. Endvidere er der for hver indikator beregnet en forskel i procent mellem gruppen af unge med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed. Specifikt beregnes forskellen som procenten i gruppen af unge med dårlig mental sundhed minus procenten i gruppen af unge med moderat/god mental sundhed, og udtrykkes således i procentpoint. Desuden beregnes tilhørende 95 % sikkerhedsgrænser.

Med henblik på at undersøge, om der forekommer en udvikling over tid i forskellen mellem dårlig og moderat/god mental sundhed, testes der med lineær regression, om forskellene hen over år kan siges at være ens. Den samme tilgang til statistisk analyse er anvendt til at karakterisere unges stressniveau.

Vægtning

Da svarprocenterne i tabel 4.1 varierer for både køn, alder, region og etnicitet, adskiller de 16-24-årige deltagere i Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 sig som gruppe betragtet på en række områder fra unge 16-24-årige i hele Danmark (2, 18, 28). Det har imidlertid stor betydning for resultaterne, at svarpersonerne afspejler unge 16-24-årige i den danske befolkning i forhold til køn, alder og andre sociodemografiske karakteristika. Som følge heraf er der foretaget en vægtning af data med henblik på at sikre, at resultaterne er nationalt repræsentative.

Tallene i undersøgelsens tabeller og figurer er således vægtet for non-respons. Hver besvarelse tildeles en vægt, som beregnes ud fra sandsynligheden for at få en besvarelse fra en person med samme køn, alder, bopælskommune og andre sociodemografiske karakteristika (2).

5.2 Læsevejledning

Resultaterne til beskrivelse af unge med henholdsvis dårlig mental sundhed og højt stressniveau præsenteres i kapitel 6-11, der omhandler hvert sit område af beskrivelsen af de unge. De seks kapitler omhandler demografiske og sociale forhold, karakteristika ved forældre, brug af sundheds-væsen, livsstilsfaktorer, sociale relationer samt sygdomme og helbredsproblemer. De tre førstnævnte kapitler er baseret på registeroplysninger, mens de tre sidstnævnte er baseret på selvrapporterede oplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil.

Resultater for henholdsvis mental sundhed og stress hos unge 16-24-årige præsenteres i adskilte tabeller. For hver indikator præsenteres resultaterne opdelt på unge med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed og højt og moderat/lavt stressniveau. Resultaterne for mental sundhed præsenteres for årene 2010, 2013 og 2017, mens resultaterne for stress præsenteres for årene 2013 og 2017. Alle tabellerne er opbygget ens med visning af "%" og "Procentpoint" for hvert af undersøgelsesårene samt en samlet "p-værdi" for udvikling over årene.

Procent, procentpoint og p-værdi

Søjlen "%" (procent) angiver andelen af unge med den pågældende indikator, mens søjlen "procentpoint" angiver forskellen i andelen med den pågældende indikator mellem unge med dårlig og moderat/god mental sundhed og højt og moderat/lavt stressniveau. En markering med "*" ved resultaterne for procentpoint viser, at forskellen mellem unge med dårlig og moderat/god mental sundhed eller højt og moderat/lavt stressniveau i det pågældende år er statistisk signifikant. Søjlen "p-værdi" viser resultatet af den statistiske test for forskellige værdier i søjlerne "procentpoint" i hvert af undersøgelsesårene, det vil sige, om forskellene mellem grupperne med dårlig og moderat/god mental sundhed eller højt og moderat/lavt stressniveau er forskellige i årene 2010, 2013 og 2017. I denne rapport anses p-værdier mindre end 0,05 for at være udtryk for statistisk signifikans.

Eksempel på kommentering

Der kommenteres på resultaterne for procentpointforskel mellem grupperne med dårlig og moderat/god mental sundhed eller højt og moderat/lavt stressniveau i 2017. Tilsvarende resultater for 2010 og 2013 vises i tabellen, men de kommenteres ikke. Endvidere kommenteres der på udviklingen i forskellen mellem unge med dårlig og moderat/god mental sundhed fra 2010 til 2017. For stress kommenteres der på udviklingen i forskellen mellem unge med højt og moderat/lavt stressniveau fra 2013 til 2017.

I nedenstående tabel er vist, hvorledes resultaterne i tabellen skal aflæses.

Nedenfor er vist et eksempel (uddrag) på en tabel. I tabellen præsenteres andelen med langvarig sygdom blandt unge med dårlig og moderat/god mental sundhed i 2010, 2013 og 2017.

Tabel x.x: Langvarig sygdom blandt unge med dårlig og moderat/god mental sundhed i alderen 16-24 år, fordelt efter køn. 2010, 2013 og 2017. Procent, procentpoint og p-værdi.

	2010			2013			2017			Udvikling
	Dårlig mental sundhed	Moderat/god mental sundhed	Forskel ^a	Dårlig mental sundhed	Moderat/god mental sundhed	Forskel ^a	Dårlig mental sundhed	Moderat/god mental sundhed	Forskel ^a	
	%	%	Procent point	%	%	Procent point	%	%	Procent point	
Mænd										
Langvarig sygdom	29,7	17,3	12,4*	34,5	19,1	15,4*	29,3	17,4	11,9*	0,033
Kvinder										
Langvarig sygdom	30,4	18,7	11,7*	35,1	21,6	13,5*	32,8	20,8	12,1*	0,411

^a Forskel i andel mellem unge med dårlig mental sundhed og moderat/god mental sundhed. ^b Test af, om forskelle i forekomst mellem unge med dårlig og moderat/god mental sundhed er statistisk forskellige i 2010, 2013 og 2017. * Statistisk signifikant forskel på grupperne med dårlig og moderat/god mental sundhed.

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017.

Tallet angiver, at 29,3 % af unge mænd med dårlig mental sundhed i 2017 har angivet også at have langvarig sygdom.

Tallet angiver, at 17,4 % af unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017 har angivet også at have langvarig sygdom.

Tallet angiver, at andelen med langvarig sygdom er 11,9 procentpoint større blandt unge mænd med dårlig mental sundhed sammenlignet med unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Stjernen angiver, at denne forskel er statistisk signifikant.

Tallet angiver p-værdien for det statistiske test af, om forskellene mellem grupperne med dårlig og moderat/god mental sundhed er forskellige i årene 2010, 2013 og 2017. Værdier mindre end 0,05 anses som udtryk for statistisk signifikans og altså udtryk for, at udviklingen er forskellig mellem grupperne med dårlig og moderat/god mental sundhed.

Ud over de beskrevne tabeller er udvalgte resultater desuden illustreret i figurer.

6 Demografiske og sociale forhold

Sammenfatning

Mental sundhed

Mænd

Sammenlignet med unge mænd med moderat/god mental sundhed gælder det, at unge mænd med dårlig mental sundhed i 2017 i højere grad:

- modtager offentlig forsørgelse
- har grundskole som højest fuldførte uddannelse
- har fået tildelt en forebyggende støtteforanstaltning
- har været anbragt uden for hjemmet
- er blevet sigtet for kriminalitet
- har været udsat for kriminalitet
- har fået lavere grundskolekarakter
- er ældre
- har en anden etnisk oprindelse end dansk
- er fra Region Hovedstaden

Mellem 2010 og 2017 er forskellen i andelen, der er blevet sigtet for kriminalitet, mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed blevet mindre. Forskellen i andelen, der har grundskole som højest fuldførte uddannelse, er blevet større mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed blandt de 19-21-årige og mindre blandt de 22-24-årige.

Kvinder

Sammenlignet med unge kvinder med moderat/god mental sundhed gælder det, at unge kvinder med dårlig mental sundhed i 2017 i højere grad:

- modtager offentlig forsørgelse
- har grundskole som højest fuldførte uddannelse
- har fået tildelt en forebyggende støtteforanstaltning
- har været anbragt uden for hjemmet
- er blevet sigtet for kriminalitet
- har fået lavere grundskolekarakter

mens der ikke ses en forskel på:

- andelen, der har været udsat for kriminalitet
- alder
- etnisk oprindelse
- region
- andelen under uddannelse

Mellem 2010 og 2017 er forskellen i andelen, der har grundskole som højest fuldførte uddannelse, blevet større mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed blandt de 19-21-årige og mindre blandt de 22-24-årige.

Stress

Mænd

Sammenlignet med unge mænd med moderat/lavt stressniveau gælder det, at unge mænd med højt stressniveau i 2017 i højere grad:

- modtager offentlig forsørgelse
- har fået tildelt en forebyggende støtteforanstaltning
- har været anbragt uden for hjemmet
- er blevet sigtet for kriminalitet
- har været udsat for kriminalitet
- har fået lavere grundskolekarakter
- er ældre
- har en anden etnisk oprindelse end dansk
- er fra Region Midtjylland

Mellem 2013 og 2017 er forskellen i andelen, der er blevet sigtet for kriminalitet eller har været anbragt uden for hjemmet, mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau blevet mindre.

Kvinder

Sammenlignet med unge kvinder med moderat/lavt stressniveau gælder det, at unge kvinder med højt stressniveau i 2017 i højere grad:

- modtager offentlig forsørgelse
- har fået tildelt en forebyggende støtteforanstaltning
- har været anbragt uden for hjemmet
- er blevet sigtet for kriminalitet
- har fået lavere grundskolekarakter
- yngre
- har en anden etnisk oprindelse end dansk
- fra Region Sjælland

mens der ikke ses en forskel på:

- andelen, der har været udsat for kriminalitet
- andelen under uddannelse

Mellem 2013 og 2017 er forskellen i fordelingen på indkomstgrundlag mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau blevet større.

Følgende kapitel omhandler sammenhængen mellem demografiske samt sociale forhold for henholdsvis mental sundhed og stress. Beskrivelsen af demografiske og sociale forhold er baseret på registerinformationer fra følgende registre: CPR, Arbejdsmarkedsklassifikationsmodulet, DREAM-databasen, Børn og unge - forebyggende foranstaltninger, forløbsregisteret BUAF om anbragte børn og unge, Kriminalstatistik og Uddannelsesregisteret. Disse registre er beskrevet i kapitel 4.

Mental sundhed

Tabel 6.1 (s. 31-32) viser fordelingen af demografiske og sociale faktorer blandt unge med dårlig og moderat/god mental sundhed samt forskellen mellem de to grupper. Endvidere vises udviklingen fra 2010 til 2017. Tallene præsenteres opdelt på køn og for hvert af årene 2010, 2013 og 2017. I det følgende afsnit kommenteres status for 2017 samt udviklingen i forskelle mellem unge med dårlig og moderat/god mental sundhed over tid.

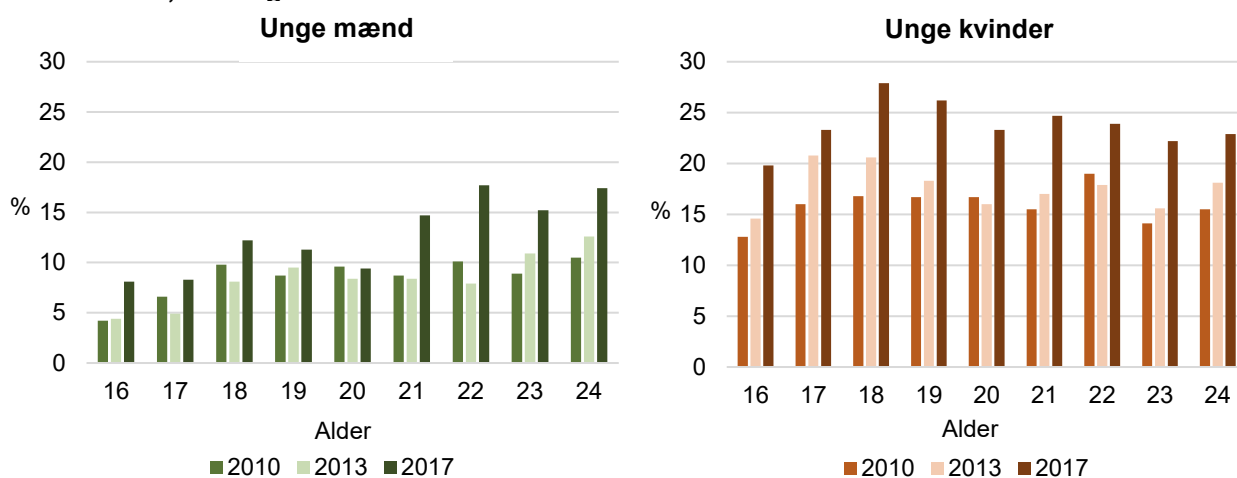
6.1 Alder

I tabel 6.1 (s. 31-32) ses mental sundhed fordelt på aldersgrupperne 16-18 år, 19-21 år og 22-24 år. Endvidere viser figur 6.1 andelen med dårlig mental sundhed blandt henholdsvis unge mænd og unge kvinder i alderen fra 16 til 24 år.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen af 16-18-årige 9,2 procentpoint mindre end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Omvendt ses det, at blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen af 22-24-årige 12,3 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellene i aldersfordelingen mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Der er ingen statistisk signifikant forskel på aldersfordelingen mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed i 2017. Forskelle i aldersfordeling mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Figur 6.1: Andel med dårlig mental sundhed blandt unge mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper 16-24 år. 2010, 2013 og 2017. Andel.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017.

6.2 Etnisk oprindelse

I tabel 6.1 (s. 31-32) ses mental sundhed fordelt på unge med henholdsvis dansk oprindelse og anden etnisk oprindelse end dansk.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med anden etnisk oprindelse end dansk 3,5 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskelle i fordelingen på etnicitet mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Der er ingen statistisk signifikant forskel på etnicitet mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed i 2017. I 2010 og i 2013 var der blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed en større andel med anden etnisk oprindelse end dansk end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed (hhv. 2,9 procentpoint og 2,7 procentpoint).

6.3 Region

I tabel 6.1 (s. 31-32) ses mental sundhed fordelt på de fem regioner.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen fra Region Hovedstaden 3,5 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Omvendt ses det, at blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen fra Region Syddanmark 2,6 procentpoint mindre end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskelle i fordelingen på region mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Der er ingen statistisk signifikant forskel på region mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed i 2017, og der er ikke sket en statistisk forskellig udvikling fra 2010 til 2017.

6.4 Indkomstgrundlag

I tabel 6.1 (s. 31-32) ses mental sundhed fordelt på indkomstgrundlag året inden deltagelse.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen under uddannelse 3,8 procentpoint mindre end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Omvendt ses det, at blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er gruppen af øvrige offentligt forsørgede 5,5 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskelle i fordelingen på indkomstgrundlag mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen af lønmodtagere 5,2 procentpoint mindre end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Omvendt ses det, at blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er gruppen af øvrige offentligt forsørgede 7,0 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskelle i fordelingen på indkomstgrundlag mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

6.5 Grundskole som højest fuldførte uddannelse

I tabel 6.1 (s. 31-32) ses andelen af deltagere, der har grundskole som højest fuldførte uddannelse blandt unge med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed. Resultaterne er opdelt på aldersgrupperne 19-21 år og 22-24 år. Ved grundskole som højest fuldførte uddannelse forstås, at man på det givne tidspunkt ikke har erhvervet sig en kompetencegivende uddannelse i form af en ungdomsuddannelse eller videregående uddannelse. Endvidere vises i figur 6.2 andelen af henholdsvis unge mænd og unge kvinder i alderen fra 16 til 24 år, der har grundskole som højest fuldførte uddannelse blandt deltagere fra 2017 med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed.

Blandt 19-21-årige mænd med dårlig mental sundhed er andelen med grundskole som højest fuldførte uddannelse 15,6 procentpoint større end blandt 19-21-årige mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med grundskole som højest fuldførte uddannelse mellem 19-21-årige mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed er større i 2017 (15,6 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2010 (12,1 procentpoint).

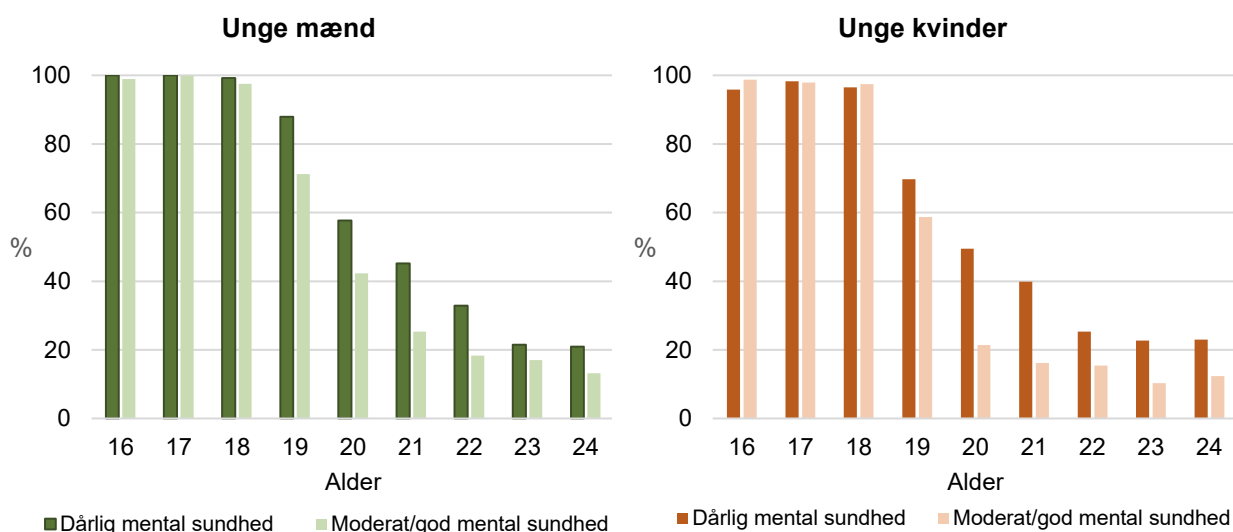
Blandt 22-24-årige mænd med dårlig mental sundhed er andelen med grundskole som højest fuldførte uddannelse 9,3 procentpoint større end blandt 22-24-årige mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med grundskole som højest fuldførte uddannelse mellem 22-24-årige mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed er mindre i 2017 (9,3 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2010 (15,4 procentpoint).

Blandt 19-21-årige kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med grundskole som højest fuldførte uddannelse 21,8 procentpoint større end blandt 19-21-årige kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med grundskole som højest fuldførte uddannelse mellem 19-21-årige kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed er større i 2017 (21,8 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2010 (17,5 procentpoint).

Blandt 22-24-årige kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med grundskole som højest fuldførte uddannelse 11,0 procentpoint større end blandt 22-24-årige kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med grundskole som højest fuldførte uddannelse mellem 22-24-årige kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed er mindre i 2017 (11,0 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2010 (17,4 procentpoint).

Ved yderligere opdeling på alle aldersgrupper fra 16 til 24 år (se figur 6.2) ses, at den større andel af unge mænd og kvinder med dårlig mental sundhed, som har grundskole som højest fuldførte uddannelse, i forhold til unge mænd og kvinder med moderat/god mental sundhed, gør sig gældende i alle aldersgrupper med undtagelse af unge på 16 til 18 år.

Figur 6.2: Grundskole som højest fuldførte uddannelse blandt unge mænd og kvinder med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed i alderen 16-24 år. 2017. Andel.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2017 og Uddannelsesregisteret

6.6 Forebyggende foranstaltning

I tabel 6.1 (s. 31-32) ses andelen af deltagere, der har fået tildelt forebyggende sociale hjælpeforanstaltninger i alderen 0-17 år.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen, der har modtaget en forebyggende foranstaltning, 4,3 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen, der har fået en forebyggende foranstaltning, mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen, der har modtaget en forebyggende foranstaltning, 5,6 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen, der har fået en forebyggende foranstaltning, mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

6.7 Anbringelse uden for hjemmet

I tabel 6.1 (s. 31-32) ses andelen af deltagere, der har været anbragt uden for hjemmet, i alderen 0-17 år.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen, der har været anbragt uden for hjemmet, 2,1 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen, der har været anbragt uden for hjemmet, mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen, der har været anbragt uden for hjemmet, 3,1 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen, der har været anbragt uden for hjemmet, mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

6.8 Sigtelse

I tabel 6.1 (s. 31-32) ses andelen af deltagere, der er blevet sigtet de seneste fem år inden deltagelse.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen, der er blevet sigtet, 5,2 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at forskellen i andelen, der er blevet sigtet, mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed er mindre i 2017 (5,2 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2010 (8,6 procentpoint).

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen, der er blevet sigtet, 1,7 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen, der er blevet sigtet, mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

6.9 Udsat for kriminalitet

I tabel 6.1 (s. 31-32) ses andelen af deltagere, der har været udsat for kriminalitet de seneste fem år inden deltagelse.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen, der har været udsat for kriminalitet, 1,8 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen, der har været udsat for kriminalitet, mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Der er ingen signifikant forskel på andelen, der har været udsat for kriminalitet, mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed i 2017. I 2010 var der blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed en større andel, der havde været udsat for kriminalitet, end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed (3,4 procentpoint).

6.10 Grundskolekarakter

I tabel 6.1 (s. 31-32) ses den gennemsnitlige grundskolekarakter blandt unge, der har gennemført grundskole, med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er gennemsnitskarakteren 0,3 lavere end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i gennemsnitskarakter mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er gennemsnitskarakteren 0,3 lavere end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i gennemsnitskarakter mellem

unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Tabel 6.1: Alder, etnisk oprindelse, region, indkomstgrundlag, forebyggende foranstaltning, anbragt udenfor hjemmet, sigtelse og grundskolekaraktergennemsnit blandt unge med dårlig og moderat/god mental sundhed i alderen 16-24 år, fordelt efter køn. 2010, 2013 og 2017. Procent, procentpoint og p-værdi.

	2010			2013			2017			Udvik- ling
	Dårlig mental sund- hed	Mode- rat/god mental sund- hed	Forskel ^a	Dårlig mental sund- hed	Mode- rat/god mental sund- hed	Forskel ^a	Dårlig mental sund- hed	Mode- rat/god mental sund- hed	Forskel ^a	
	%	%	Procent point	%	%	Procent point	%	%	Procent point	
Mænd										
Alder										0,790
16-18 år	28,5	37,4	-8,9*	23,4	35,4	-12,0*	22,9	32,1	-9,2*	
19-21 år	34,0	31,3	2,7	32,8	30,5	2,2	30,9	34,0	-3,1	
22-24 år	37,5	31,3	6,2*	43,8	34,0	9,8*	46,3	33,9	12,3*	
Etnisk oprindelse										0,199
Dansk	83,3	87,5	-2,9*	84,5	90,1	-5,6*	83,3	86,8	-3,5*	
Andet end dansk	15,5	12,5	2,9*	15,5	9,9	5,6*	16,7	13,2	3,5*	
Region										0,870
Hovedstaden	32,8	28,5	4,3*	33,3	28,3	5,0*	33,3	29,8	3,5*	
Sjælland	12,7	11,6	1,1	11,4	11	0,4	11,4	11,8	-0,4	
Syddanmark	22,7	22,7	0	22,3	23,8	-1,5	20,4	23	-2,6*	
Midtjylland	21	25,1	-4,1*	23,7	26,5	-2,8	24,8	25,1	-0,3	
Nordjylland	10,7	11,9	-1,2	9,3	10,4	-1,1	10,2	10,3	-0,1	
Indkomst- grundlag										0,250
Lønmodtager	28,6	33,2	-4,6*	21,5	25,3	-3,8*	25,9	27,6	-1,7	
Under uddannelse	62,7	64,3	-1,6	68,5	72,4	-3,9*	64,7	68,5	-3,8*	
Øvrige offent- ligt forsørget	8,6	2,5	6,2*	10,0	2,3	7,7*	9,4	3,9	5,5*	
Grundskole som højest fuldførte uddannelse hos 19-21-årige	60,7	48,6	12,1*	56,9	43,6	13,3*	61,5	45,9	15,6*	0,042
Grundskole som højest fuldførte uddannelse hos 22-24-årige	33,0	17,6	15,4*	26,9	13,9	13,0*	25,5	16,2	9,3*	<0,001
Forebyggende foranstaltning	9,0	4,2	4,8*	8,3	3,4	4,9*	9,0	4,7	4,3*	0,902
Anbragt uden for hjemmet	5,8	2,6	3,1*	4,0	2,0	2,1*	4,7	2,6	2,1*	0,713
Sigtelse	16,3	7,7	8,6*	12,2	7,1	5,2*	13,5	8,3	5,2*	0,018
Udsat for kriminalitet	10,4	7,7	2,7*	7,4	7,0	0,4	8,1	6,3	1,8*	0,270
Grundskole- karakter, gennemsnit	6,1	6,2	-0,2 ^c	6,3	6,6	-0,3* ^c	6,4	6,7	-0,3* ^c	0,994

Kvinder											
Alder											0,080
16-18 år	33,1	35,6	-2,5	35,5	33,7	1,8	30,8	31,0	-0,2		
19-21 år	34,0	32,7	1,3	31,0	31,9	-0,9	35,4	33,7	1,7		
22-24 år	32,9	31,7	1,2	33,5	34,4	-0,9	33,8	35,3	-1,5		
Etnisk oprindelse											0,010
Dansk	84,5	87,5	-2,9*	83,7	86,4	-2,7*	85,2	84,3	0,9		
Andet end dansk	15,5	12,5	2,9*	16,3	13,6	2,7*	14,8	15,7	-0,9		
Region											0,860
Hovedstaden	33,7	32,5	1,2	33,9	33,1	0,8	35,1	33,3	1,8		
Sjælland	12,9	12	0,9	13,2	11,2	2,0*	12,6	11,5	1,1		
Syddanmark	20,6	19,8	0,8	21,9	21	0,9	18	19,2	-1,2		
Midtjylland	22,6	25,7	-3,1*	21,8	24,8	-3,0*	24,3	25,8	-1,5		
Nordjylland	10,3	10,1	0,2	9,2	9,9	-0,7	9,9	10,2	-0,3		
Indkomstgrundlag											0,490
Lønmodtager	22,4	24,9	-2,6*	15,7	19,9	-4,2*	16,6	21,7	-5,2*		
Under uddannelse	68,9	72,6	-3,8*	76,6	77,1	-0,4	73,0	74,8	-1,8		
Øvrige offentligt forsørget	8,8	2,5	6,3*	7,7	3,0	4,7*	10,5	3,5	7,0*		
Grundskole som højest fuldførte uddannelse hos 19-21-årige	52,4	34,9	17,5*	48,0	31,3	16,7*	52,8	31,0	21,8*		0,001
Grundskole som højest fuldførte uddannelse hos 22-24-årige	29,3	11,9	17,4*	21,2	11,5	9,8*	23,8	12,7	11,0*		<0,001
Forebyggende foranstaltning	6,2	3,0	3,2*	6,9	3,2	3,7*	9,0	3,3	5,6*		0,187
Anbragt uden for hjemmet	4,8	2,1	2,7*	4,1	1,8	2,3*	5,1	2,0	3,1*		0,838
Sigtelse	3,8	2,0	1,8*	2,8	1,4	1,4*	3,5	1,7	1,7*		0,957
Udsat for kriminalitet	10,5	7,1	3,4*	10,5	9,1	1,4	8,6	7,6	0,9		0,168
Grundskolekarakter, gennemsnit	6,6	6,9	-0,3* ^c	6,7	7,1	-0,4* ^c	7,0	7,4	-0,3* ^c		0,998

^a Forskel i andel mellem unge med dårlig mental sundhed og moderat/god mental sundhed. ^b Test af om forskelle mellem unge med dårlig og moderat/god mental sundhed er statistisk forskellige i 2010, 2013 og 2017. ^c Forskel i grundskolekaraktergennemsnit mellem unge med dårlig mental sundhed og moderat/god mental sundhed. * Statistisk signifikant forskel på grupperne med dårlig og moderat/god mental sundhed.

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 samt CPR, Arbejdsmarkedsklassifikationsmodulet, DREAM-databasen, Børn og unge – forebyggende foranstaltninger, forløbsregisteret BUAF om anbragte børn og unge, Kriminalstatistik og Uddannelsesregisteret.

Stress

Tabel 6.2 (s. 38-39) viser fordelingen af demografiske og sociale faktorer blandt unge med højt og moderat/lavt stressniveau samt forskellen mellem de to grupper. Endvidere vises udviklingen fra 2013 til 2017. Tallene præsenteres opdelt på køn og for hvert af årene 2013 og 2017. I det følgende afsnit kommenteres status for 2017 samt udviklingen i forskelle mellem unge med højt og moderat/lavt stressniveau over tid.

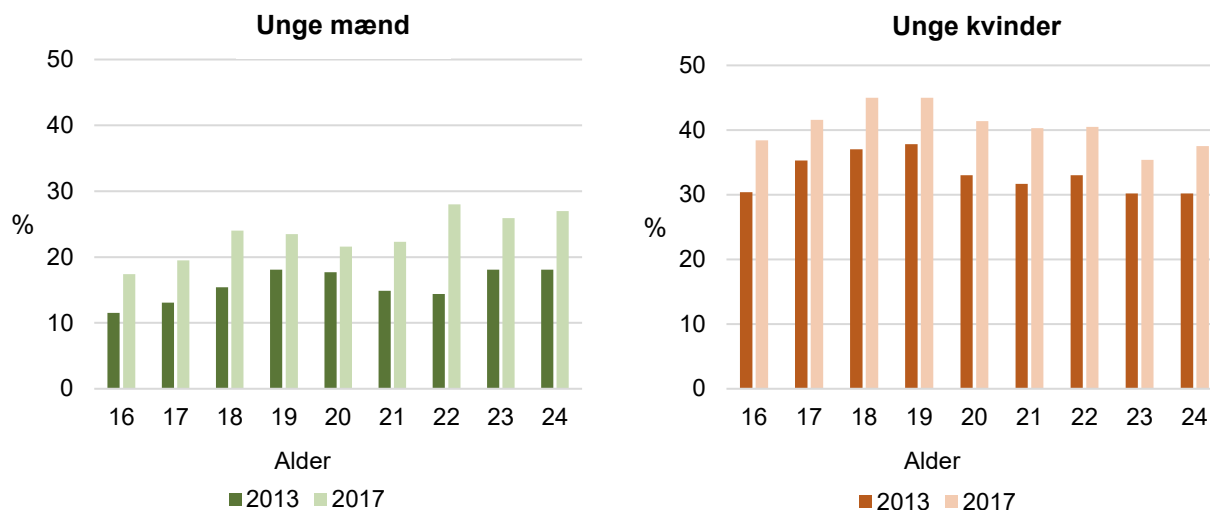
6.11 Alder

I tabel 6.2 (s. 38-39) ses stress fordelt på aldersgrupperne 16-18 år, 19-21 år og 22-24 år. Endvidere viser figur 6.3 andelen med dårlig mental sundhed blandt henholdsvis unge mænd og unge kvinder i alderen fra 16 til 24 år.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen af 16-18-årige 5,3 procentpoint mindre end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau. Omvendt ses det, at blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen af 22-24-årige 7,1 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau. Forskelle i aldersfordeling mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen af 19-21-årige 2,3 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau. Omvendt ses det, at blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen af 22-24-årige 3,8 procentpoint mindre end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau. Forskelle i aldersfordeling mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Figur 6.3: Andel med højt stressniveau blandt unge mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper 16-24 år. 2013 og 2017. Andel.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og 2017.

6.12 Etnisk oprindelse

I tabel 6.2 (s. 38-39) ses stress fordelt på unge med henholdsvis dansk oprindelse og anden etnisk oprindelse end dansk.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med anden etnisk oprindelse end dansk 7,8 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskelle i fordelingen på etnicitet mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med anden etnisk oprindelse end dansk 2,0 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med anden etnisk oprindelse end dansk mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau er mindre i 2017 (2,0 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2013 (5,0 procentpoint).

6.13 Region

I tabel 6.2 (s. 38-39) ses stress fordelt på de fem regioner.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen fra Region Midtjylland 2,7 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Omvendt ses det, at blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen fra Region Nordjylland 2,0 procentpoint mindre end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskelle i fordelingen på region mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen fra Region Sjælland 2,1 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Omvendt ses det, at blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen fra Region Nordjylland 1,2 procentpoint mindre end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskelle i fordelingen på region mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

6.14 Indkomstgrundlag

I tabel 6.2 (s. 38-39) ses stress fordelt på indkomstgrundlag året inden deltagelse.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen under uddannelse 6,3 procentpoint mindre end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Omvendt ses det, at blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen af offentligt forsørgede 8,0 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau. Forskelle i fordelingen på indkomstgrundlag mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen af lønmodtagere 4,6 procentpoint mindre end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Omvendt ses det, at blandt unge

kvinder med højt stressniveau er andelen af offentligt forsørgede 5,7 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau. Det ses, at forskellen i andelen af lønmodtagere mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau er større i 2017 (-4,6 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2013 (-2,3 procentpoint). Ligeledes ses det, at forskellen i andelen af øvrigt offentligt forsørgede mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau er større i 2017 (5,7 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2013 (4,2 procentpoint).

6.15 Grundskole som højest fuldførte uddannelse

I tabel 6.2 (s. 38-39) ses andelen af deltagere, der har grundskole som højest fuldførte uddannelse blandt unge med henholdsvis højt og moderat/lavt stressniveau. Resultaterne er opdelt på aldersgrupperne 19-21 år og 22-24 år. Ved grundskole som højest fuldførte uddannelse forstås, at man på det givne tidspunkt ikke har erhvervet sig en kompetencegivende uddannelse i form af en ungdomsuddannelse eller videregående uddannelse. Endvidere vises i figur 6.4 andelen af henholdsvis unge mænd og unge kvinder i alderen fra 16 til 24 år, der har grundskole som højest fuldførte uddannelse blandt deltagere fra 2017 med henholdsvis højt og moderat/lavt stressniveau.

Blandt 19-21-årige mænd med højt stressniveau er andelen med grundskole som højest fuldførte uddannelse 16,7 procentpoint større end blandt 19-21-årige mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med grundskole som højest fuldførte uddannelse mellem 19-21-årige mænd med højt og moderat/lavt stressniveau er mindre i 2017 (16,7 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2013 (20,6 procentpoint).

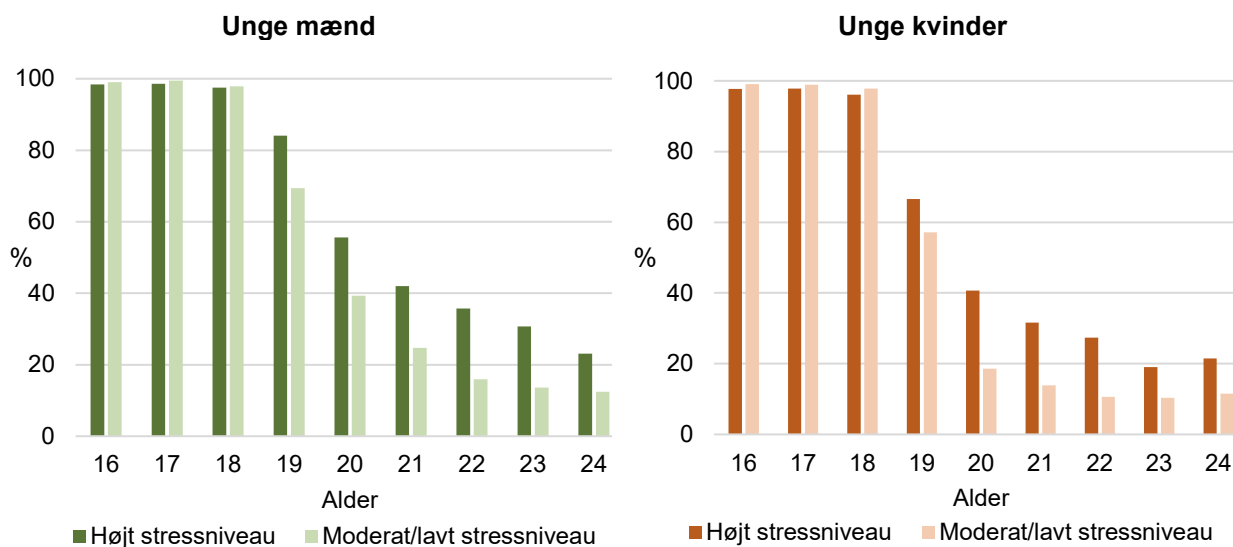
Blandt 22-24-årige mænd med højt stressniveau er andelen med grundskole som højest fuldførte uddannelse 16,0 procentpoint større end blandt 22-24-årige mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskelle i andelen med grundskole som højest fuldførte uddannelse mellem 22-24-årige mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt 19-21-årige kvinder med højt stressniveau er andelen med grundskole som højest fuldførte uddannelse 17,9 procentpoint større end blandt 19-21-årige kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskelle i andelen med grundskole som højest fuldførte uddannelse mellem 19-21-årige kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt 22-24-årige kvinder med højt stressniveau er andelen med grundskole som højest fuldførte uddannelse 12,1 procentpoint større end blandt 22-24-årige kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskelle i andelen med grundskole som højest fuldførte uddannelse mellem 22-24-årige kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Ved yderligere opdeling på alle aldersgrupper fra 16 til 24 år i figur 6.4 ses for begge køn, at den større andel af unge med højt stressniveau, der har grundskole som højest fuldførte uddannelse, i forhold til unge med moderat/lavt stressniveau, gør sig gældende i alle aldersgrupper undtagen for de 16-18-årige, hvor næsten alle har grundskole som højest fuldførte uddannelse.

Figur 6.4: Grundskole som højest fuldførte uddannelse blandt unge mænd og kvinder med henholdsvis højt og moderat/lavt stressniveau i alderen 16-24 år. 2017. Andel.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2017 og Uddannelsesregisteret

6.16 Forebyggende foranstaltning

I tabel 6.2 (s. 38-39) ses andelen af deltagere, der har fået tildelt forebyggende sociale hjælpeforanstaltninger i alderen 0-17 år.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen, der har modtaget en forebyggende foranstaltning, 6,1 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen, der har fået en forebyggende foranstaltning, mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen, der har modtaget en forebyggende foranstaltning, 5,1 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen, der har fået en forebyggende foranstaltning, mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

6.17 Anbringelse uden for hjemmet

I tabel 6.2 (s. 38-39) ses andelen af deltagere, der har været anbragt uden for hjemmet i alderen 0-17 år.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen, der har været anbragt uden for hjemmet, 2,2 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Det ses, at forskellen i andelen, der har været anbragt uden for hjemmet, mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau er mindre i 2017 (2,2 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2013 (3,1 procentpoint).

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen, der har været anbragt uden for hjemmet, 2,9 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen

i andelen, der har været anbragt uden for hjemmet, mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

6.18 Sigtelse

I tabel 6.2 (s. 38-39) ses andelen af deltagere, der er blevet sigtet de seneste fem år inden deltagelse.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen, der er blevet sigtet, 6,0 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen, der er blevet sigtet, mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen, der er blevet sigtet, 1,8 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen, der er blevet sigtet, mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

6.19 Udsat for kriminalitet

I tabel 6.2 (s. 38-39) ses andelen af deltagere, der har været udsat for kriminalitet de seneste fem år inden deltagelse.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen, der har været udsat for kriminalitet, 3,3 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen, der har været udsat for kriminalitet, mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Der er ingen signifikant forskel på andelen, der har været udsat for kriminalitet, mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau i 2017. I 2013 var der blandt unge kvinder med højt stressniveau en større andel, der havde været udsat for kriminalitet, end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau (1,7 procentpoint).

6.20 Grundskolekarakter

I tabel 6.2 (s. 38-39) ses den gennemsnitlige grundskolekarakter blandt unge, der har gennemført grundskole, med henholdsvis højt og moderat/lavt stressniveau.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er gennemsnitskarakteren 0,8 lavere end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i gennemsnitskarakter mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er gennemsnitskarakteren 0,6 lavere end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i gennemsnitskarakter mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Tabel 6.2: Alder, etnisk oprindelse, region, indkomstgrundlag, forebyggende foranstaltning, anbragt uden for hjemmet, sigtelse og grundskolekaraktergennemsnit blandt unge med højt og moderat/lavt stressniveau i alderen 16-24 år, fordelt efter køn. 2013 og 2017. Procent, procentpoint og p-værdi.

	2013			2017			Udvik- ling
	Højt stress-niveau	Moderat/lavt stressniveau	For-skel ^a	Højt stress-niveau	Moderat/lavt stressniveau	For-skel ^a	
	%	%	Procent point	%	%	Procent point	
Mænd							
Alder							0,800
16-18 år	28,8	35,2	-6,5*	26,8	32,2	-5,3*	
19-21 år	33,5	30,4	3,1*	31,9	33,7	-1,8	
22-24 år	37,7	34,4	3,3*	41,3	34,2	7,1*	
Etnisk oprindelse							0,766
Dansk	83,4	90,8	-7,4*	80,7	88,5	-7,8*	
Andet end dansk	16,6	9,2	7,4*	19,3	11,5	7,8*	
Region							0,770
Hovedstaden	29,9	28,2	1,7	30,8	30,8	0,0	
Sjælland	12,7	10,9	1,8*	11,9	11,6	0,3	
Syddanmark	26,0	23,0	3,0*	21,1	22,1	-1,0	
Midtjylland	23,1	27,1	-4,0*	27,5	24,7	2,7*	
Nordjylland	8,4	10,9	-2,5*	8,7	10,7	-2,0*	
Indkomstgrundlag							0,980
Lønmodtager	23,4	25,1	-1,7	26,0	27,7	-1,7	
Under uddannelse	67,3	72,8	-5,5*	63,1	69,4	-6,3*	
Øvrige offentligt forsørget	9,3	2,1	7,2*	10,9	2,9	8,0*	
Grundskole som højest fuldførte uddannelse hos 19-21-årige	61,6	41,0	20,6*	60,2	43,6	16,7*	0,006
Grundskole som højest fuldførte uddannelse hos 22-24-årige	28,7	13,1	15,6*	30,0	14,0	16,0*	0,784
Forebyggende foranstaltning	9,0	3,0	6,1*	10,2	4,1	6,1*	0,999
Anbragt uden for hjemmet	4,9	1,8	3,1*	4,5	2,4	2,2*	0,045
Sigtelse	11,3	6,8	4,5*	13,5	7,5	6,0*	0,295
Udsat for kriminalitet	7,7	6,8	1,0*	9,1	5,5	3,3*	0,098
Grundskolekarakter, gennemsnit	6,0	6,7	-0,6 ^{bc}	6,1	6,9	-0,8 ^{bc}	0,913
Kvinder							
Alder							0,750
16-18 år	34,6	33,4	1,2	31,7	30,2	1,5	
19-21 år	32,9	31,4	1,5	35,3	33,0	2,3*	
22-24 år	32,4	35,2	-2,8*	33,0	36,8	-3,8*	
Etnisk oprindelse							0,032
Dansk	82,5	87,5	-5,0*	83,7	85,6	-2,0*	
Andet end dansk	17,5	12,5	5,0*	16,3	14,4	2,0*	
							0,810

Karakteristik af unge med dårlig mental sundhed og højt stressniveau

Region							
Hovedstaden	32,8	33,8	-1,0	33,6	34,0	-0,4	
Sjælland	11,8	11,4	0,4	13,1	11,0	2,1*	
Syddanmark	23,9	19,7	4,2*	19,3	18,4	0,9	
Midtjylland	22,6	24,8	-2,3*	24,5	25,9	-1,5	
Nordjylland	9,0	10,3	-1,3*	9,6	10,7	-1,2*	
Indkomstgrundlag							0,001
Lønmodtager	17,5	19,8	-2,3*	17,6	22,3	-4,6*	
Under uddannelse	75,7	77,6	-1,9*	73,8	74,8	-1,0	
Øvrige offentligt forsørget	6,8	2,6	4,2*	8,6	2,9	5,7*	
Grundskole som højest fuldførte uddannelse hos 19-21-årige	47,4	27,1	20,3*	46,4	28,5	17,9*	0,088
Grundskole som højest fuldførte uddannelse hos 22-24-årige	19,9	10,4	9,5*	22,9	10,8	12,1*	0,062
Forebyggende foranstaltning	6,6	2,5	4,1*	7,8	2,7	5,1*	0,512
Anbragt uden for hjemmet	3,6	1,5	2,1*	4,4	1,5	2,9*	0,615
Sigtelse	2,6	1,2	1,4*	3,2	1,3	1,8*	0,762
Udsat for kriminalitet	10,5	8,8	1,7*	8,1	7,8	0,3	0,319
Grundskolekarakter, gennemsnit	6,6	7,3	-0,6* ^c	7,0	7,5	-0,6* ^c	0,971

^a Forskel i andel mellem unge med højt stressniveau og moderat/lavt stressniveau. ^b Test af om forskelle mellem unge med højt og moderat/lavt stressniveau er statistisk forskellige i 2013 og 2017. ^c Forskel i grundskolekaraktergennemsnit mellem unge med højt stressniveau og moderat/lavt stressniveau. * Statistisk signifikant forskel på grupperne med højt og moderat/lavt stressniveau.

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og 2017 samt CPR, Arbejdsmarkedsklassifikationsmodulet, DREAM-databasen, Børn og unge – forebyggende foranstaltninger, forløbsregisteret BUAF om anbragte børn og unge, Kriminalstatistik og Uddannelsesregisteret.

7 Karakteristika ved forældre

Sammenfatning

Mental sundhed

Mænd

Sammenlignet med unge mænd med moderat/god mental sundhed gælder det, at unge mænd med dårlig mental sundhed i 2017 i højere grad har forældre, der:

- er førtidspensionister
- har grundskole som højest fuldførte uddannelse
- tilhører den laveste indkomstkvartil
- er gået fra hinanden i løbet af barnets opvækst
- har haft kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen
- er blevet sigtet for kriminalitet

mens der ikke ses en forskel på:

- morens gennemsnitlige fødselsalder
- forældre der er kontanthjælpsmodtagere

Mellem 2010 og 2017 er forskellen i familieindkomstfordelingen mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed blevet mindre.

Kvinder

Sammenlignet med unge kvinder med moderat/god mental sundhed gælder det, at unge kvinder med dårlig mental sundhed i 2017 i højere grad har forældre, der:

- er kontanthjælpsmodtagere
- har grundskole som højest fuldførte uddannelse
- tilhører den næstlaveste indkomstkvartil
- er gået fra hinanden i løbet af barnets opvækst
- har haft kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen
- er blevet sigtet for kriminalitet

mens der ikke ses en forskel på:

- morens gennemsnitlige fødselsalder

Mellem 2010 og 2017 har forskellene i forældrekarakteristika mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed ikke udviklet sig signifikant.

Stress

Mænd

Sammenlignet med unge mænd med moderat/lavt stressniveau gælder det, at unge mænd med højt stressniveau i 2017 i højere grad har forældre, der:

- er førtidspensionister eller kontanthjælpsmodtagere
- har grundskole, gymnasie eller erhvervsuddannelse som højest fuldførte uddannelse
- tilhører den laveste indkomstkvartil
- er gået fra hinanden i løbet af barnets opvækst
- har haft kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen
- er blevet sigtet for kriminalitet

mens der ikke ses en forskel på:

- morens gennemsnitlige fødselsalder

Mellem 2013 og 2017 er forskellen i andelen, der har forældre, der er gået fra hinanden, mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau blevet mindre.

Kvinder

Sammenlignet med unge kvinder med moderat/lavt stressniveau gælder det, at unge kvinder med højt stressniveau i 2017 i højere grad har forældre, der:

- er kontanthjælpsmodtagere
- har grundskole som højest fuldførte uddannelse
- tilhører den næstlaveste indkomstkvartil
- er gået fra hinanden i løbet af barnets opvækst
- har haft kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen
- er blevet sigtet for kriminalitet

mens der ikke ses en forskel på:

- morens gennemsnitlige fødselsalder

Mellem 2013 og 2017 har forskellene i forældrekaraktistika mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau ikke udviklet sig signifikant.

Følgende kapitel omhandler sammenhængen mellem karakteristika ved forældre og henholdsvis mental sundhed og stress. Beskrivelsen af karakteristika ved forældre er baseret på registerinformationer fra følgende registre: Arbejdsmarkedsklassifikationsmodulet, Uddannelsesregisteret, CPR, Familieindkomster (FAIK), Landspatientregisteret, Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister og Kriminalstatistik. Disse registre er beskrevet i kapitel 4.

Mental sundhed

Tabel 7.1 (s. 46-47) viser fordelingen af karakteristika ved forældre blandt unge med dårlig og moderat/god mental sundhed samt forskellen mellem de to grupper. Endvidere vises udviklingen fra 2010 til 2017. Tallene præsenteres opdelt på køn og for hvert af årene 2010, 2013 og 2017. I det følgende afsnit kommenteres status for 2017 samt udviklingen i forskelle mellem unge med dårlig og moderat/god mental sundhed over tid.

7.1 Socioøkonomisk status

I tabel 7.1 (s. 46-47) ses mental sundhed fordelt på forældres socioøkonomisk status året inden deltagelse.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med en forælder, der er lønmodtager, 5,1 procentpoint mindre end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Omvendt ses det, at blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med en forælder, der er førtidspensionist, 4,1 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskelle i fordelingen på forældres socioøkonomiske status mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med en forælder, der er lønmodtager, 2,5 procentpoint mindre end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Omvendt ses det, at blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med en forælder, der er kontanthjælpsmodtager eller førtidspensionist, henholdsvis 1,3 og 1,1 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskelle i fordelingen på forældres socioøkonomiske status mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

7.2 Uddannelse

I tabel 7.1 (s. 46-47) ses mental sundhed fordelt på forældres uddannelse året inden deltagelse.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med forældre, der har grundskole som højest fuldførte uddannelse, 3,7 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskelle i fordelingen på forældres uddannelsesniveau mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med forældre, der har grundskole som højest fuldførte uddannelse, 3,1 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskelle i fordelingen på forældres uddannelsesniveau mellem

unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

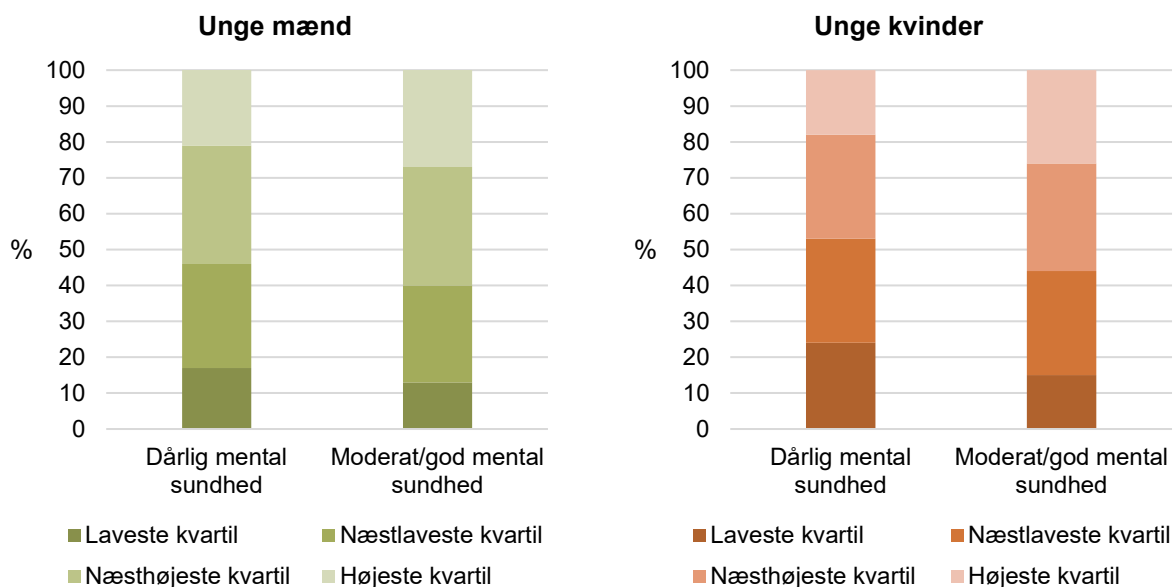
7.3 Familieindkomst

I tabel 7.1 (s. 46-47) og figur 7.1 ses mental sundhed fordelt på de fire kvartiler af familieindkomst året inden deltagelse.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen fra den laveste indkomstkvarter 7,9 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Omvendt ses det, at blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen fra den højeste indkomstkvarter 5,4 procentpoint mindre end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at forskellen i andelen fra den laveste indkomstkvarter mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed er mindre i 2017 (7,9 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2010 (15,5 procentpoint). Ligeledes ses det, at forskellen i andelen fra den højeste indkomstkvarter mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed er mindre i 2017 (-5,4 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2010 (-9,5 procentpoint).

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen fra den næstlaveste indkomstkvarter 3,8 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Omvendt ses det, at blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen fra den næsthøjeste og højeste indkomstkvarter henholdsvis 2,0 og 3,4 procentpoint mindre end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i indkomstfordeling mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Figur 7.1: Familieindkomstkvartiler blandt unge mænd og kvinder med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed i alderen 16-24 år. 2017. Andel.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2017 og Familieindkomster (FAIK).

7.4 Brud mellem forældre

I tabel 7.1 (s. 46-47) ses andelen af deltagere med forældre, der har skiftet status fra gift eller samlevende til enlig, mens deltageren var 0-17 år.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen, der har forældre, der er gået fra hinanden, 8,2 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at forskellen i andelen, der har forældre, der er gået fra hinanden, mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed er mindre i 2017 (8,2 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2010 og 2013 (hhv. 13,1 og 9,9 procentpoint).

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen, der har forældre, der er gået fra hinanden, 9,6 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen, der har forældre, der er gået fra hinanden, mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

7.5 Forældres kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen

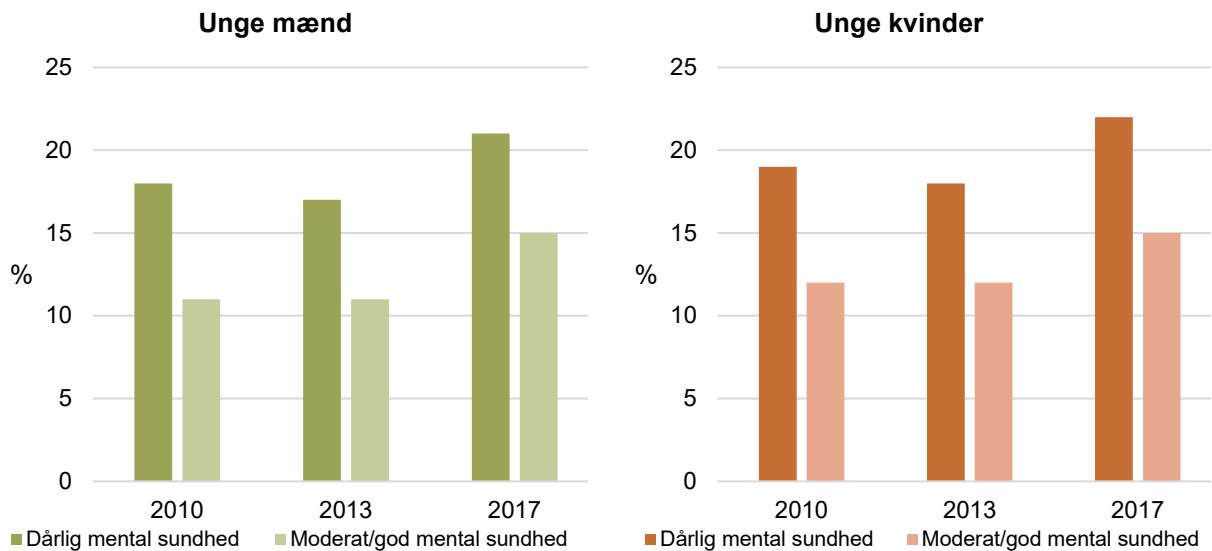
I tabel 7.1 (s. 46-47) og figur 7.2 ses andelen af deltagere med forældre med en kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen (indlæggelse, ambulant eller skadestue), mens deltageren var 0-17 år.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen, der har en forælder med en psykiatrisk kontakt, 6,0 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen, der har en forælder med en psykiatrisk kontakt, mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen, der har en forælder med en psykiatrisk kontakt, 6,2 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed

i 2017. Forskellen i andelen, der har en forælder med en psykiatrisk kontakt, mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Figur 7.2: Forældres kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen blandt unge mænd og kvinder med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed i alderen 16-24 år. 2010, 2013 og 2017. Andel.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Landspatientregisteret og Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister

7.6 Forældres sigtelse

I tabel 7.1 (s. 46-47) ses andelen af deltagere med forældre, der er blevet sigtet, mens deltageren var 0-17 år.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen, der har en forælder, der er blevet sigtet, 3,8 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Der ses ingen entydig trend fra 2010 til 2017 i forskelle i andelen, der har en forælder, der er blevet sigtet, mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen, der har en forælder, der er blevet sigtet, 6,1 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen, der har en forælder, der er blevet sigtet, mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

7.7 Mors fødselsalder

I tabel 7.1 (s. 46-47) ses den gennemsnitlige fødselsalder hos moren blandt unge med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed.

Der er ingen signifikant forskel på mors fødselsalder mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed i 2017, og der er ikke sket en signifikant udvikling fra 2010 til 2017. Der er ingen signifikant forskel på mors fødselsalder mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed i 2017, og der er ikke sket en statistisk signifikant udvikling fra 2010 til 2017.

Tabel 7.1: Forældres socioøkonomiske status, uddannelse og familieindkomst samt andel af forældre, der er gået fra hinanden, har haft kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen, er blevet sigtet og mors fødselsalder blandt unge med dårlig og moderat/god mental sundhed i alderen 16-24 år, fordelt efter køn. 2010, 2013 og 2017. Procent, procentpoint og p-værdi.

	2010			2013			2017			Udvikling p-værdi ^b
	Dårlig mental sundhed	Moderat/god mental sundhed	Forskel ^a	Dårlig mental sundhed	Moderat/god mental sundhed	Forskel ^a	Dårlig mental sundhed	Moderat/god mental sundhed	Forskel ^a	
	%	%	Procent point	%	%	Procent point	%	%	Procent point	
Mænd										
Socioøkonomisk status ^c										0,080
Lønmodtager	89,7	93,3	-3,6*	-	-	-	87,3	92,4	-5,1*	
Førtidspension	6,2	3,4	2,8*	-	-	-	7,8	3,7	4,1*	
Kontanthjælp	1,8	1,4	0,3	-	-	-	2,6	2,4	0,1	
Andet	2,2	1,8	0,4	-	-	-	2,3	1,5	0,8	
Uddannelse										0,940
Grundskole	13,9	9,0	4,8*	10,1	7,2	2,9*	11,0	7,3	3,7*	
Gymnasie/erhvervsuddannelse	37,9	45,0	-7,1*	40,3	43,5	-3,2	41,3	41,3	-0,1	
Kort/mellem-lang	32,5	33,4	-0,9	35,7	34,4	1,3	33,1	34,7	-1,6	
Lang	15,7	12,5	3,1*	13,9	14,9	-1,0	14,6	16,6	-2,0	
Familieindkomst										0,015
Laveste kvartil	38,4	22,8	15,5*	28,6	21,6	7,0*	28,3	20,4	7,9*	
Næstlaveste kvartil	22,5	24,0	-1,4	24,9	22,8	2,1	23,5	24,6	-1,1	
Næsthøjeste kvartil	20,2	24,8	-4,6*	23,3	26,9	-3,6*	25,5	26,9	-1,3	
Højeste kvartil	18,9	28,4	-9,5*	23,2	28,8	-5,6*	22,6	28,1	-5,4*	
Forældre gået fra hinanden	43,6	30,5	13,1*	41,0	31,0	9,9*	43,6	35,4	8,2*	0,002
Forælder har haft psykiatrisk kontakt ^d	18,0	10,7	7,4*	17,2	11,2	6,1*	21,3	15,3	6,0*	0,528
Forælder sigtet	19,6	14,0	5,6*	14,8	13,6	1,2	19,0	15,2	3,8*	0,008
Mors alder ved fødsel, gennemsnit ^e	28,2	28,3	-0,1 ^e	28,6	28,9	-0,4 ^e	28,7	29,2	-0,5 ^e	0,954

Kvinder											
Socioøkonomisk status											0,510
Lønmodtager	90,3	93,6	-3,3*	89,1	92,1	-3,0*	89,5	92,0	-2,5*		
Førtidspension	4,9	3,6	1,3*	5,8	4,0	1,8*	4,8	3,7	1,1*		
Kontanthjælp	2,5	1,4	1,1*	2,3	1,8	0,5	4,3	3,0	1,3*		
Andet	2,3	1,3	1,0*	2,7	2,0	0,7	1,4	1,3	0,1		
Uddannelse											0,790
Grundskole	11,4	9,0	2,4*	9,3	7,9	1,3	9,8	6,7	3,1*		
Gymnasie/ erhvervsuddannelse	44,8	43,5	1,3	41,7	43,2	-1,5	42,3	42,3	0,0		
Kort/mellem-lang	33,3	34,5	-1,1	35,0	34,8	0,2	33,3	35,4	-2,1		
Lang	10,5	13,1	-2,6*	14,0	14,1	0,0	14,7	15,6	-0,9		
Familieindkomst											0,380
Laveste kvartil	32,1	26,3	5,9*	30,6	24,3	6,3*	24,6	22,9	1,7		
Næstlaveste kvartil	28,2	24,0	4,2*	25,8	24,3	1,5	26,9	23,1	3,8*		
Næsthøjeste kvartil	19,7	25,3	-5,6*	23,5	24,5	-1,0	24,6	26,6	-2,0*		
Højeste kvartil	20,0	24,4	-4,4*	20,1	26,9	-6,8*	23,9	27,3	-3,4*		
Forældre gået fra hinanden	42,3	33,1	9,2*	44,0	33,1	10,9*	45,7	36,2	9,6*	0,455	
Forælder har haft psykiatrisk kontakt ^d	18,6	11,9	6,7*	18,3	12,4	5,9*	21,5	15,3	6,2*	0,844	
Forælder sigtet	20,0	14,4	5,6*	17,3	14,3	3,0*	22,0	15,9	6,1*	0,068	
Mors alder ved fødsel, gennemsnit ^e	28,0	28,3	-0,3* ^e	28,6	28,7	-0,1 ^e	29,2	29,2	0,0 ^e	0,972	

^a Forskel i andel mellem unge med dårlig mental sundhed og moderat/god mental sundhed. ^b Test af om forskelle i forekomst mellem unge med dårlig og moderat/god mental sundhed er statistisk forskellige i 2010, 2013 og 2017. ^c Fordelingen på socioøkonomisk status er ikke opgjort for 2013 for mænd, da antallet af personer med dårlig mental sundhed, der har forældre, der er kontanthjælpsmodtagere, er mindre end 10. ^d Nogensinde haft kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen enten i form af psykiatrisk skadestuebesøg, ambulante kontakt eller indlæggelse. ^e Forskel i mors gennemsnitsalder ved fødsel mellem unge med dårlig mental sundhed og moderat/god mental sundhed. *Statistisk signifikant forskel på grupperne med dårlig og moderat/god mental sundhed.
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 samt Arbejdsmarkedsklassifikationsmodulet, Uddannelsesregisteret, CPR, Familieindkomster (FAIK), Landspatientregisteret, Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister og Kriminalstatistik.

Stress

Tabel 7.2 (s. 52-53) viser fordelingen af karakteristika ved forældre blandt unge med højt og moderat/lavt stressniveau samt forskellen mellem de to grupper. Endvidere vises udviklingen fra 2013 til 2017. Tallene præsenteres opdelt på køn og for hvert af årene 2013 og 2017. I det følgende afsnit kommenteres status for 2017 samt udviklingen i forskelle mellem unge med højt og moderat/lavt stressniveau over tid.

7.8 Socioøkonomisk status

I tabel 7.2 (s. 52-53) ses stress fordelt på forældres socioøkonomisk status året inden deltagelse.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med en forælder, der er lønmodtager, 5,8 procentpoint mindre end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Omvendt ses det, at blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med en forælder, der er førtidspensionist eller kontanthjælpsmodtager, henholdsvis 2,7 og 2,6 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskelle i fordelingen på forældres socioøkonomiske status mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med en forælder, der er lønmodtager, 4,2 procentpoint mindre end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Omvendt ses det, at blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med en forælder, der er førtidspensionist eller kontanthjælpsmodtager, henholdsvis 2,5 og 1,4 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskelle i fordelingen på forældres socioøkonomiske status mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

7.9 Uddannelse

I tabel 7.2 (s. 52-53) ses stress fordelt på forældres uddannelse året inden deltagelse.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med en forælder, der har grundskole eller gymnasie/erhvervsuddannelse som højest fuldførte uddannelse, henholdsvis 4,5 og 2,5 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Omvendt ses det, at blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med en forælder, der har kort/mellemlang eller lang videregående uddannelse, henholdsvis 4,4 og 2,6 procentpoint mindre end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskelle i fordelingen på forældres uddannelsesniveau mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med en forælder, der har grundskole som højest fuldførte uddannelse, 3,6 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Omvendt ses det, at blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med en forælder, der har kort/mellemlang eller lang videregående uddannelse, henholdsvis 2,6

og 2,7 procentpoint mindre end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskelle i fordelingen på forældres uddannelsesniveau mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

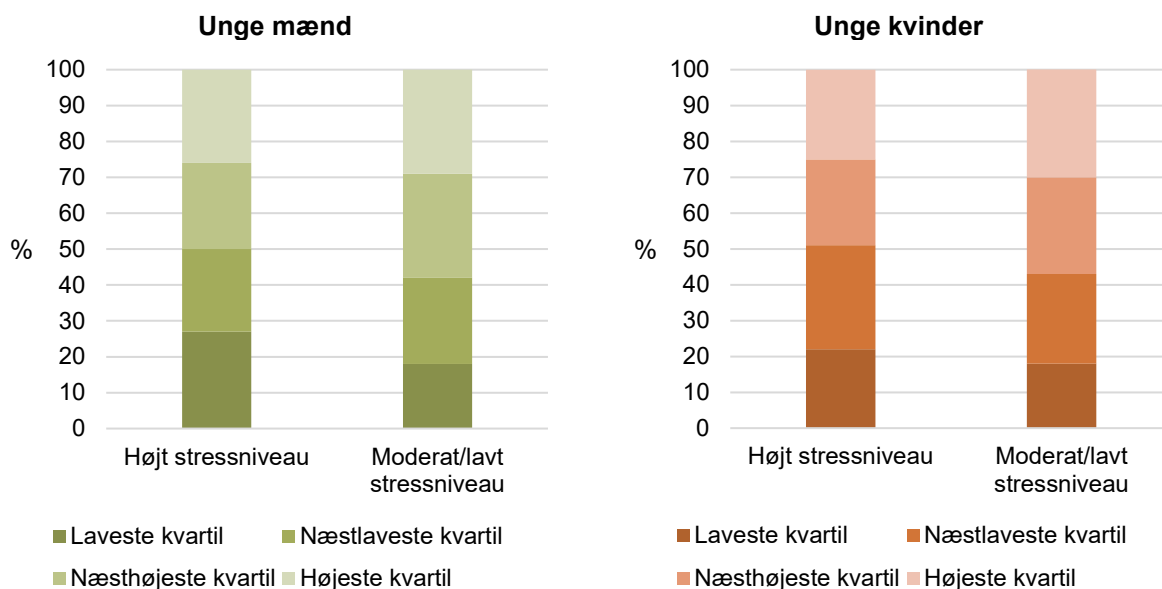
7.10 Familieindkomst

I tabel 7.2 (s. 52-53) og figur 7.3 ses stress fordelt på de fire kvartiler af familieindkomst året inden deltagelse.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen fra den laveste indkomstkvarartil 8,8 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Omvendt ses det, at blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen fra den næsthøjeste og højeste indkomstkvarartil henholdsvis 3,8 og 5,0 procentpoint mindre end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskelle i indkomstfordeling mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen fra den laveste og næstlaveste indkomstkvarartil 4,4 og 2,1 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Omvendt ses det, at blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen fra den højeste indkomstkvarartil 5,7 procentpoint mindre end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskelle i indkomstfordeling mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Figur 7.3: Familieindkomstkvartiler blandt unge mænd og kvinder med henholdsvis højt stressniveau og moderat/lavt stressniveau i alderen 16-24 år. 2017. Andel.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2017 og Familieindkomster (FAIK).

7.11 Brud mellem forældre

I tabel 7.2 (s. 52-53) ses andelen af deltagere med forældre, der har skiftet status fra gift eller samlevende til enlig, mens deltageren var 0-17 år.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen, der har forældre, der er gået fra hinanden, 6,6 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Det ses, at forskellen i andelen, der har forældre, der er gået fra hinanden, mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau er mindre i 2017 (6,6 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 20103 (10,1 procentpoint).

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen, der har forældre, der er gået fra hinanden, 9,1 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen, der har forældre, der er gået fra hinanden, mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

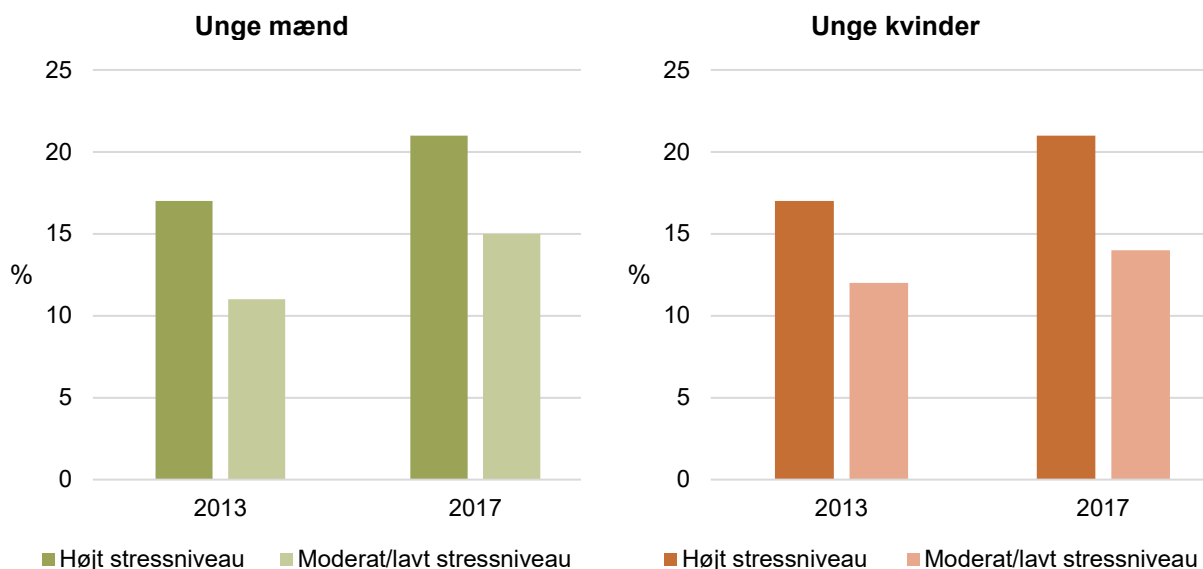
7.12 Forældres kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen

I tabel 7.2 (s. 52-53) og figur 7.4 og ses andelen af deltagere med forældre med en kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen (indlæggelse, ambulant eller skadestue), mens deltageren var 0-17 år.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen, der har en forælder med en psykiatrisk kontakt, 5,9 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen, der har en forælder med en psykiatrisk kontakt, mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen, der har en forælder med en psykiatrisk kontakt, 6,8 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen, der har en forælder med en psykiatrisk kontakt, mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Figur 7.4: Forældres kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen blandt unge mænd og kvinder med henholdsvis højt og moderat/lavt stressniveau i alderen 16-24 år. 2013 og 2017. Andel.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og 2017, Landspatientregisteret og Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister

7.13 Forældres sigtelse

I tabel 7.2 (s. 52-53) ses andelen af deltagere med forældre, der er blevet sigtet, mens deltageren var 0-17 år.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen, der har en forælder, der er blevet sigtet, 5,1 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen, der har en forælder, der er blevet sigtet, mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen, der har en forælder, der er blevet sigtet, 6,2 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen, der har en forælder, der er blevet sigtet, mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

7.14 Mors fødselsalder

I tabel 7.2 (s. 52-53) ses den gennemsnitlige fødselsalder hos moren blandt unge med henholdsvis højt og moderat/lavt stressniveau.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er morens fødselsalder 0,5 år lavere end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i morens fødselsalder mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Der er ingen signifikant forskel på mors fødselsalder mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau i 2017, og der er ikke sket en statistisk signifikant udvikling fra 2013 til 2017.

Tabel 7.2: Forældres socioøkonomiske status, uddannelse og familieindkomst samt andel af forældre, der er gået fra hinanden, har haft kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen, eller er blevet sigtet og mors fødselsalder blandt unge med højt og moderat/lavt stressniveau i alderen 16-24 år, fordelt efter køn. 2013 og 2017. Procent, procentpoint og p-værdi.

	2013			2017			Udvikling p-værdi ^b
	Højt stress-niveau	Moderat/lavt stress-niveau	Forskel ^a	Højt stress-niveau	Moderat/lavt stress-niveau	Forskel ^a	
	%	%	Procent point	%	%	Procent point	
Mænd							
Socioøkonomisk status							0,650
Lønmodtager	89,3	94,3	-5,0*	87,3	93,1	-5,8*	
Førtidspension	7,4	3,3	4,1*	6,2	3,6	2,7*	
Kontanthjælp	1,5	0,6	0,9*	4,4	1,8	2,6*	
Andet	1,8	1,8	0,1	2,0	1,5	0,5	
Uddannelse							0,430
Grundskole	12,4	6,8	5,7*	11,2	6,7	4,5*	
Gymnasie/erhvervsuddannelse	43,6	43,0	0,6	43,3	40,7	2,5*	
Kort/mellemlang	31,3	34,7	-3,4*	31,0	35,4	-4,4*	
Lang	12,6	15,4	-2,8*	14,6	17,2	-2,6*	
Familieindkomst							0,820
Laveste kvartil	29,9	20,7	9,2*	27,9	19,1	8,8*	
Næstlaveste kvartil	24,3	22,7	1,6	24,7	24,7	0,0	
Næsthøjeste kvartil	23,5	27,1	-3,6*	23,9	27,6	-3,8*	
Højeste kvartil	22,3	29,4	-7,1*	23,6	28,6	-5,0*	
Forældre gået fra hinanden	40,5	30,4	10,1*	41,5	35,0	6,6*	0,013
Forælder har haft psykiatrisk kontakt ^c	17,3	10,8	6,5*	20,6	14,7	5,9*	0,650
Forælder sigtet	16,9	13,2	3,7*	19,6	14,4	5,1*	0,302
Mors alder ved fødsel, gennemsnit ^e	28,5	29,0	-0,4* ^d	28,7	29,3	-0,5* ^d	0,961
Kvinder							
Socioøkonomisk status							0,520
Lønmodtager	89,2	92,9	-3,7*	88,9	93,0	-4,2*	
Førtidspension	5,9	3,4	2,6*	5,6	3,1	2,5*	
Kontanthjælp	2,3	1,8	0,5	4,1	2,7	1,4*	
Andet	2,6	1,9	0,7*	1,4	1,2	0,2	
Uddannelse							0,390
Grundskole	9,9	7,3	2,6*	9,5	5,9	3,6*	
Gymnasie/erhvervsuddannelse	43,6	42,7	0,9	43,1	41,5	1,6	
Kort/mellemlang	33,2	35,6	-2,4*	33,5	36,0	-2,6*	
Lang	13,3	14,4	-1,2	13,9	16,6	-2,7*	

Familieindkomst							0,870
Laveste kvartil	28,7	23,8	4,9*	25,9	21,1	4,7*	
Næstlaveste kvartil	26,0	23,9	2,0*	25,4	23,3	2,1*	
Næsthøjeste kvartil	24,1	24,3	-0,2	25,2	26,3	-1,2	
Højeste kvartil	21,2	27,9	-6,7*	23,5	29,2	-5,7*	
Forældre gået fra hinanden	40,8	32,2	8,5*	44,0	34,9	9,1*	0,679
Forælder har haft psykiatrisk kontakt ^c	17,0	11,7	5,3*	20,8	14,1	6,8*	0,300
Forælder sigtet	17,6	13,5	4,0*	21,0	14,8	6,2*	0,115
Mors alder ved fødsel, gennemsnit ^e	28,5	28,8	-0,3 ^{ad}	29,1	29,2	-0,1 ^d	0,933

^a Forskel i andel mellem unge med højt stressniveau og moderat/lavt stressniveau. ^b Test af om forskelle mellem unge med højt og moderat/lavt stressniveau er statistisk forskellige i 2013 og 2017. ^c Nogensinde haft kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen enten i form af psykiatrisk skadestuebesøg, ambulant kontakt eller indlæggelse. ^d Forskel i mors gennemsnitsalder ved fødsel mellem unge med højt stress niveau og moderat/lavt stressniveau. * Statistisk signifikant forskel på grupperne med højt og moderat/lavt stressniveau. Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og 2017 samt Arbejdsmarkedsklassifikationsmodulet, Uddannelsesregisteret, CPR, Familieindkomster (FAIK), Landspatientregisteret, Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister og Kriminalstatistik.

Samtidige faktorer i barndommen

Ud over de præsenterede resultater af sammenhængen mellem enkeltstående faktorer i barndommen og henholdsvis mental sundhed og stress kan der belyses sammenhænge med flere samtidige faktorer. Til dette formål optælles det, hvor stor en andel der har oplevet henholdsvis ingen, én, og to eller flere af følgende faktorer:

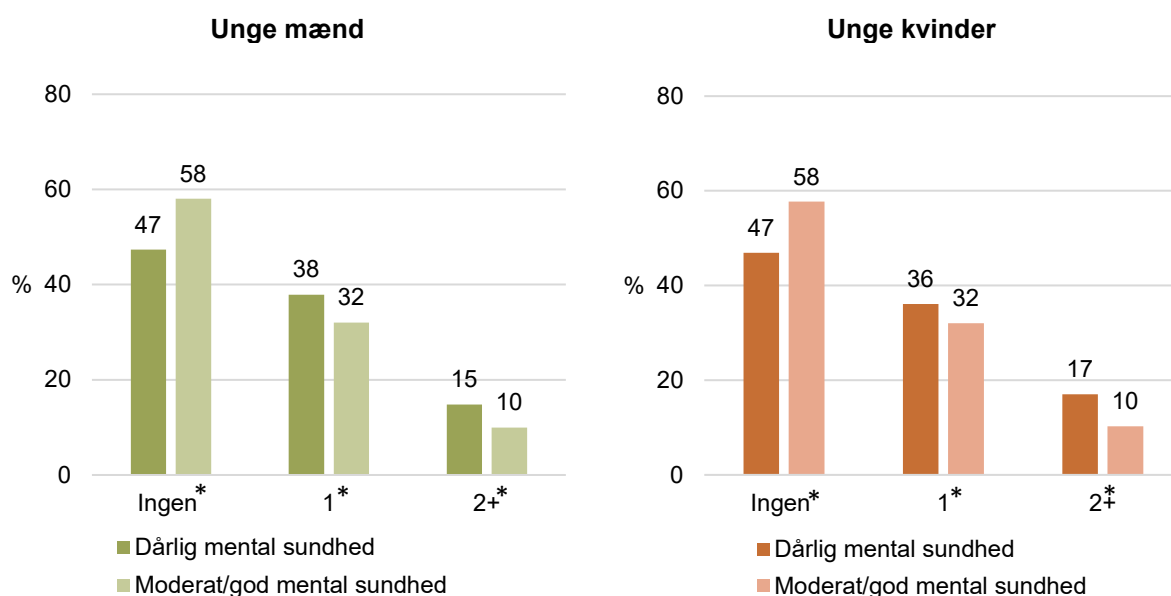
- Forældre gået fra hinanden
- Forælder har haft psykiatrisk kontakt
- Anbringelse uden for hjemmet¹

Det er nødvendigt at understrege, at der også kan være sammenhænge med andre faktorer, så denne optælling skal ses som en simpel illustration af sammenhænge med flere samtidige faktorer i barndommen. Figur 7.5 viser andelen af henholdsvis unge mænd og unge kvinder, der har ingen, 1 og 2+ af de udvalgte faktorer i barndommen blandt deltagere fra 2017 med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med 2+ faktorer i barndommen 5 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med 2+ faktorer i barndommen 7 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017.

Figur 7.5: Antal faktorer i barndommen blandt unge mænd og kvinder med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed i alderen 16-24 år. 2017. Andel.



* Statistisk signifikant forskel på grupperne med dårlig og moderat/god mental sundhed.

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2017, CPR, Landspatientregisteret, Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister og forløbsregisteret BUAF om anbragte børn og unge

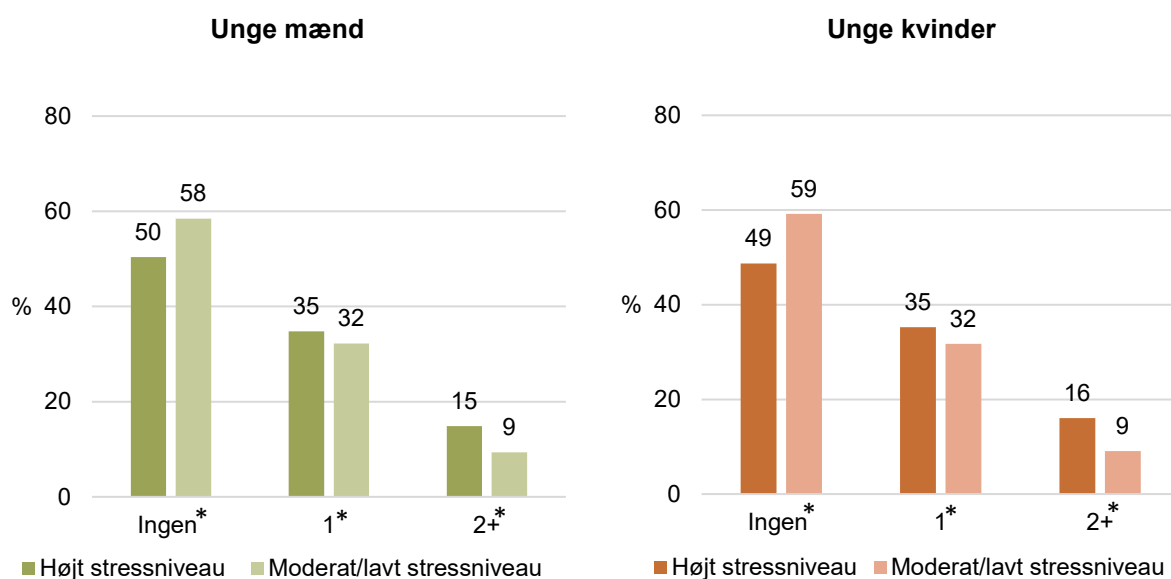
¹ Anbringelse uden for hjemmet er behandlet yderligere i kapitel 5 – Demografiske og sociale forhold

Figur 7.6 viser andelen af henholdsvis unge mænd og unge kvinder, der har ingen, 1 og 2+ af de udvalgte faktorer i barndommen blandt deltagere fra 2017 med henholdsvis højt og moderat/lavt stressniveau.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med 2+ faktorer i barndommen 6 procent-point større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med 2+ faktorer i barndommen 7 procent-point større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017.

Figur 7.6: Antal faktorer i barndommen blandt unge mænd og kvinder med henholdsvis højt og moderat/lavt stressniveau i alderen 16-24 år. 2017. Andel.



* Statistisk signifikant forskel på grupperne med højt og moderat/lavt stressniveau.

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2017, CPR, Landspatientregisteret, Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister og forløbsregisteret BUAF om anbragte børn og unge

8 Brug af sundhedsvæsenet

Sammenfatning

Mental sundhed

Mænd

Sammenlignet med unge mænd med moderat/god mental sundhed gælder det, at unge mænd med dårlig mental sundhed i 2017 i højere grad har haft eller brugt:

- indlæggelse
- psykisk sygdom
- svær psykisk sygdom
- anden psykisk sygdom
- psykofarmaka
- antidepressive lægemidler
- praktiserende læge

i mindre grad har brugt:

- skadestue

mens der ikke ses en forskel på brug af:

- speciallæge
- ambulans kontakt

Mellem 2010 og 2017 er forskellen i brug af speciallæge og ambulans kontakt mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed blevet mindre. Forskellen i andelen med anden psykisk sygdom mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed blevet større.

Kvinder

Sammenlignet med unge kvinder med moderat/god mental sundhed gælder det, at unge kvinder med dårlig mental sundhed i 2017 i højere grad har haft eller brugt:

- indlæggelse
- psykisk sygdom
- svær psykisk sygdom
- anden psykisk sygdom
- psykofarmaka
- antidepressive lægemidler
- speciallæge
- ambulans behandling
- skadestue

mens der ikke ses en forskel på brug af:

- praktiserende læge

Mellem 2010 og 2017 er forskellen i andelen med psykisk sygdom og anden psykisk sygdom mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed blevet større.

Stress

Mænd

Sammenlignet med unge mænd med moderat/lavt stressniveau gælder det, at unge mænd med højt stressniveau i 2017 i højere grad har haft eller brugt:

- praktiserende læge
- ambulans behandling
- indlæggelse
- psykisk sygdom
- svær psykisk sygdom
- anden psykisk sygdom
- antidepressive lægemidler

mens der ikke ses en forskel på brug af:

- speciallæge
- skadestue

Mellem 2013 og 2017 er forskellen i brug af speciallæge og skadestue mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau blevet mindre.

Kvinder

Sammenlignet med unge kvinder med moderat/lavt stressniveau gælder det, at unge kvinder med højt stressniveau i 2017 i højere grad har haft eller brugt:

- praktiserende læge
- ambulans behandling
- indlæggelse
- psykisk sygdom
- svær psykisk sygdom
- anden psykisk sygdom
- antidepressive lægemidler
- speciallæge
- skadestue

Mellem 2013 og 2017 er forskellen i andelen med psykisk sygdom og anden psykisk sygdom mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau blevet større. Forskellen i andelen, der har brugt antidepressive lægemidler, mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau er blevet større.

Følgende kapitel omhandler sammenhængen mellem brug af sundhedsvæsenet og henholdsvis mental sundhed og stress. Beskrivelsen af brug af sundhedsvæsenet er baseret på registerinformationer fra følgende registre: Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister og Lægemedeldatabasen. Disse registre er beskrevet i kapitel 4.

Mental sundhed

Tabel 8.1 (s. 62-63) viser brug af sundhedsvæsenet blandt unge med dårlig og moderat/god mental sundhed samt forskellen mellem de to grupper. Endvidere vises udviklingen fra 2010 til 2017. Tallene præsenteres opdelt på køn og for hvert af årene 2010, 2013 og 2017. I det følgende afsnit kommenteres status for 2017 samt udviklingen i forskelle mellem unge med dårlig og moderat/god mental sundhed over tid.

8.1 Praktiserende læge

I tabel 8.1 (s. 62-63) ses andelen med kontakt til praktiserende læge året inden deltagelse.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med en kontakt til praktiserende læge 5,6 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen med en kontakt til praktiserende læge mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Der er ingen signifikant forskel på andelen med en kontakt til praktiserende læge mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen med en kontakt til praktiserende læge mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

8.2 Speciallæge

I tabel 8.1 (s. 62-63) ses andelen med kontakt til speciallæge året inden deltagelse.

Der er ingen signifikant forskel på andelen med en kontakt til speciallæge mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med en kontakt til speciallæge større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2010 (2,6 procentpoint) og 2013 (6,5 procentpoint).

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med en kontakt til speciallæge 3,7 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen med en kontakt til speciallæge mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

8.3 Sygehuskontakter

I tabel 8.1 (s. 62-63) ses andelen med henholdsvis ambulant kontakt, skadestuekontakt og indlæggelse året inden deltagelse.

Ambulant kontakt

Der er ingen signifikant forskel på andelen med en ambulant kontakt mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at blandt unge mænd med dårlig mental

sundhed er andelen med ambulat kontakt større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2010 (5,8 procentpoint) og 2013 (3,8 procentpoint).

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med en ambulat kontakt 5,1 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Der ses ingen entydig trend fra 2010 til 2017 i forskelle i ambulante kontakter mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed.

Skadestuekontakt

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med en skadestuekontakt 2,0 procentpoint mindre end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Der ses ingen entydig trend fra 2010 til 2017 i forskelle i skadestuekontakter mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med en skadestuekontakt 4,3 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen med skadestuekontakt mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Indlæggelse

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med en indlæggelse 1,7 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen med en indlæggelse mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med en indlæggelse 2,9 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen med en indlæggelse mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

8.4 Psykisk sygdom

I tabel 8.1 (s. 62-63) ses andelen med henholdsvis psykisk sygdom, svær psykisk sygdom og anden psykisk sygdom året inden deltagelse. Førstnævnte resultater er også illustreret i figur 8.1.

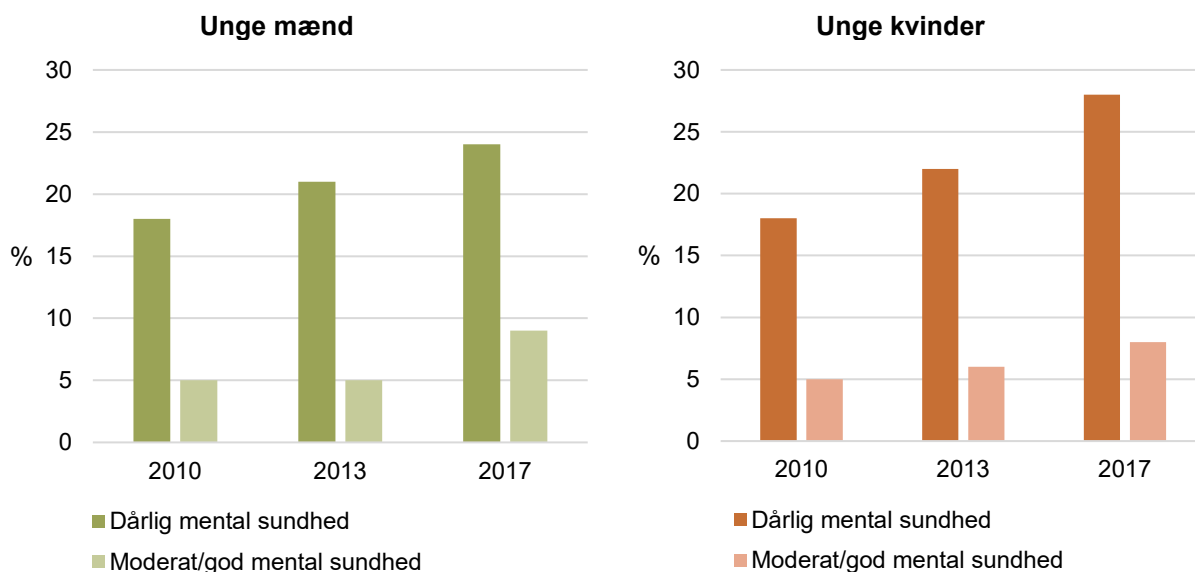
Psykisk sygdom²

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med psykisk sygdom 14,9 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen med psykisk sygdom mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med psykisk sygdom 19,3 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med psykisk sygdom mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed er større i 2017 (20,5 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2010 og 2013 (hhv. 12,4 og 16,6 procentpoint).

² Se definition af psykisk sygdom i Bilag.

Figur 8.1: Psykisk sygdom blandt unge mænd og kvinder med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed i alderen 16-24 år. 2010, 2013 og 2017. Andel.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Landspatientregisteret og Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister

Svær psykisk sygdom³

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med svær psykisk sygdom 2,9 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen med svær psykisk sygdom mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017. Resultatet for 2010 vises ikke, da beregningen er baseret på få personer.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med svær psykisk sygdom 4,7 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen med svær psykisk sygdom mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Anden psykisk sygdom⁴

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med anden psykisk sygdom 9,5 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med anden psykisk sygdom mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed er større i 2017 (9,5 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2010 og 2013 (hhv. 4,7 og 8,9 procentpoint).

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med anden psykisk sygdom 12,8 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses,

³ Se definition af svær psykisk sygdom i Bilag.

⁴ Se definition af anden psykisk sygdom i Bilag.

at forskellen i andelen med anden psykisk sygdom mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed er større i 2017 (12,8 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2010 og 2013 (hhv. 8,7 og 10,6 procentpoint).

8.5 Psykofarmaka

I tabel 8.1 (s. 62-63) ses andelen af deltagere, der har indløst recept på psykofarmaka (se inkluderede lægemidler i kapitel 3) i året inden deltagelse. En undergruppe heraf er andelen af deltagere, der har indløst recept på antidepressive lægemidler året inden deltagelse, som også ses i tabel 8.1.

Psykofarmaka

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen, der har brugt psykofarmaka, 8,9 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Der ses ingen entydig trend fra 2010 til 2017 i forskelle i andelen, der har brugt psykofarmaka, mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen, der har brugt psykofarmaka, 12,4 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Der ses ingen entydig trend fra 2010 til 2017 i forskelle i andelen, der har brugt psykofarmaka, mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed.

Antidepressive lægemidler

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen, der har brugt antidepressive lægemidler, 5,8 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Der ses ingen entydig trend fra 2010 til 2017 i forskelle i andelen, der har brugt antidepressive lægemidler, mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen, der har brugt antidepressive lægemidler, 8,7 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Der ses ingen entydig trend fra 2010 til 2017 i forskelle i andelen, der har brugt antidepressive lægemidler, mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed.

Table 8.1: Brug af praktiserende læge, speciallæge, ambulans kontakt, skadestuekontakt, indlæggelse, psykisk sygdom, svær psykisk sygdom, anden psykisk sygdom og brug af psykofarmaka, herunder antidepressive lægemidler, blandt unge med dårlig og moderat/god mental sundhed i alderen 16-24 år, fordelt efter køn. 2010, 2013 og 2017. Procent, procentpoint og p-værdi.

	2010			2013			2017			Udvik- ling
	Dårlig mental sund- hed	Mode- rat/god mental sund- hed	Forskel ^a	Dårlig mental sund- hed	Mode- rat/god mental sund- hed	Forskel ^a	Dårlig mental sund- hed	Mode- rat/god mental sund- hed	Forskel ^a	
	%	%	Procent point	%	%	Procent point	%	%	Procent point	
Mænd										
Praktise- rende læge	77,0	72,2	4,8*	74,6	68,9	5,7*	73,5	67,9	5,6*	0,765
Special- læge	18,6	16,1	2,6*	21,3	14,7	6,5*	15,5	14,4	1,1	<0,001
Ambulant kontakt	24,8	19,0	5,8*	23,5	19,7	3,8*	22,0	20,6	1,4	0,007
Skadestue- kontakt	18,6	18,2	0,4	17,8	15,4	2,4	12,0	14,0	-2,0*	0,008
Indlæg- gelse	9,0	5,2	3,8*	7,9	4,5	3,5*	5,7	4,0	1,7*	0,263
Psykisk sygdom	17,9	4,6	13,3*	20,6	5,0	15,6*	23,5	8,6	14,9*	0,255
Svær psykisk sygdom	- ^d	-	-	3,1	0,2	2,8*	3,3	0,4	2,9*	0,975
Anden psykisk sygdom	6,6	1,9	4,7*	11,3	2,4	8,9*	13,6	4,1	9,5*	0,001
Psyko- farmaka ^c	14,1	2,6	11,5*	16,1	2,8	13,3*	12,3	3,4	8,9*	0,009
Antidepres- sive lægemidler	10,7	1,4	9,4*	11,0	1,2	9,8*	6,8	0,9	5,8*	0,008

Kvinder										
Praktiserende læge	93,7	91,8	1,9*	92,4	89,4	2,9*	90,1	87,8	2,3	0,767
Speciallæge	27,4	24,1	3,3*	27,8	23,0	4,8*	27,0	23,4	3,7*	0,566
Ambulant kontakt	28,0	24,7	3,2*	27,8	26,2	1,6	32,5	27,3	5,1*	0,045
Skadestuekontakt	18,6	14,0	4,7*	16,0	12,5	3,5*	17,2	12,9	4,3*	0,697
Indlæggelse	9,3	6,4	3,0*	8,9	5,8	3,1*	8,5	5,6	2,9*	0,993
Psykisk sygdom	17,7	5,1	12,6*	21,5	5,7	15,8*	27,6	8,3	19,3*	<0,001
Svær psykisk sygdom	2,0	0,4	1,6*	3,3	0,3	3,0*	5,4	0,7	4,7*	0,091
Anden psykisk sygdom	11,7	3,0	8,7*	14,0	3,4	10,6*	17,8	5,0	12,8*	0,014
Psykofarmaka ^c	18,2	3,8	14,4*	20,2	4,1	16,1*	16,2	3,8	12,4*	0,032
Antidepressive lægemidler	16,3	2,5	13,7*	17,0	2,8	14,2*	10,8	2,2	8,7*	<0,001

^a Forskel i andel mellem unge med dårlig mental sundhed og moderat/god mental sundhed. ^b Test af om forskelle i forekomst mellem unge med dårlig og moderat/god mental sundhed er statistisk forskellige i 2010, 2013 og 2017. ^c Lægemidler til behandling af forskellige psykiske lidelser. ^d Vises ikke, da beregningen er baseret på få personer. * Statistisk signifikant forskel på grupperne med dårlig og moderat/god mental sundhed.

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 samt Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, det Psykiatriske Centrale Forskningsregister, Lægemiddeldatabasen og medstat.dk (16.04.2020).

Stress

Tabel 8.2 (s. 68-69) viser brug af sundhedsvæsenet blandt unge med højt og moderat/lavt stressniveau samt forskellen mellem de to grupper. Endvidere vises udviklingen fra 2013 til 2017. Tallene præsenteres opdelt på køn og for hvert af årene 2013 og 2017. I det følgende afsnit kommenteres status for 2017 samt udviklingen i forskelle mellem unge med højt og moderat/lavt stressniveau over tid.

8.6 Praktiserende læge

I tabel 8.2 (s. 68-69) ses andelen med kontakt til praktiserende læge året inden deltagelse.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med en kontakt til praktiserende læge 6,4 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen med en kontakt til praktiserende læge mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med en kontakt til praktiserende læge 4,1 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen med en kontakt til praktiserende læge mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

8.7 Speciallæge

I tabel 8.2 (s. 68-69) ses andelen med kontakt til speciallæge året inden deltagelse.

Der er ingen signifikant forskel på andelen med en kontakt til speciallæge mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau i 2017. I 2013 ses det, at blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med en kontakt til speciallæge større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau (6,4 procentpoint).

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med en kontakt til speciallæge 3,9 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen med en kontakt til speciallæge mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

8.8 Sygehuskontakter

I tabel 8.2 (s. 68-69) ses andelen med henholdsvis ambulanskontakt, skadestuekontakt og indlæggelse året inden deltagelse.

Ambulant kontakt

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med en ambulanskontakt 4,8 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen med en ambulanskontakt mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med en ambulanskontakt 6,0 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen med

en ambulans kontakt mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Skadestuekontakt

Der er ingen signifikant forskel på andelen med en skadestuekontakt mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau i 2017. I 2013 ses det, at blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med en skadestuekontakt større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau (2,8 procentpoint).

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med en skadestuekontakt 3,7 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen med skadestuekontakt mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Indlæggelse

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med en indlæggelse 2,0 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen med en indlæggelse mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med en indlæggelse 3,4 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen med en indlæggelse mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

8.9 Psykisk sygdom

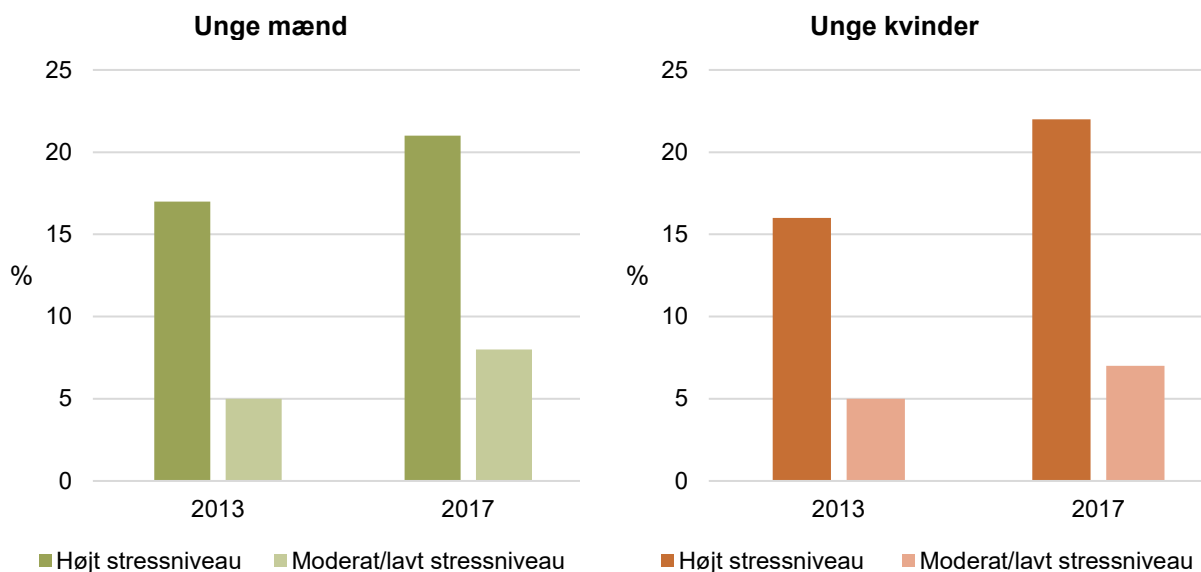
I tabel 8.2 (s. 68-69) ses andelen med henholdsvis psykisk sygdom, svær psykisk sygdom og anden psykisk sygdom året inden deltagelse. Førstnævnte resultater er også illustreret i figur 8.2.

Psykisk sygdom⁵

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med psykisk sygdom 12,9 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen med psykisk sygdom mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med psykisk sygdom 14,7 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med psykisk sygdom mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau er større i 2017 (14,7 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2013 (10,7 procentpoint).

⁵ Se definition af psykisk sygdom i Bilag.

Figur 8.2: Psykisk sygdom blandt unge mænd og kvinder med henholdsvis højt og moderat/lavt stressniveau i alderen 16-24 år. 2013 og 2017. Andel.

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og 2017, Landspatientregisteret og Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister

Svær psykisk sygdom⁶

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med svær psykisk sygdom 1,8 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen med svær psykisk sygdom mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med svær psykisk sygdom 2,5 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen med svær psykisk sygdom mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Anden psykisk sygdom⁷

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med anden psykisk sygdom 7,0 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen med anden psykisk sygdom mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med anden psykisk sygdom 9,6 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med anden psykisk sygdom mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau er større i 2017 (9,6 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2013 (6,3 procentpoint).

⁶ Se definition af svær psykisk sygdom i Bilag.

⁷ Se definition af anden psykisk sygdom i Bilag.

8.10 Psykofarmaka

I tabel 8.2 (s. 68-69) ses andelen af deltagere, der har indløst recept på psykofarmaka (se inkluderede lægemidler kapitel 3) i året inden deltagelse. En undergruppe heraf er andelen af deltagere, der har indløst recept på antidepressive lægemidler året inden deltagelse, som også ses i tabel 8.2.

Psykofarmaka

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen, der har brugt psykofarmaka, 9,1 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen, der har brugt psykofarmaka, mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen, der har brugt psykofarmaka, 9,2 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen, der har brugt psykofarmaka, mellem unge kvinder højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Antidepressive lægemidler

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen, der har brugt antidepressive lægemidler, 4,0 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen, der har brugt antidepressive lægemidler, mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen, der har brugt antidepressive lægemidler, 5,9 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Det ses, at forskellen i andelen, der har brugt antidepressive lægemidler mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau, er mindre i 2017 (5,9 procentpoint) end tilsvarende forskel i 2013 (9,6 procentpoint).

Tabel 8.2: Brug af praktiserende læge, speciallæge, ambulans kontakt, skadestuekontakt, indlæggelse, kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen, psykisk sygdom, svær psykisk sygdom, anden psykisk sygdom og brug af psykofarmaka, herunder antidepressive lægemidler, blandt unge med højt og moderat/lavt stressniveau i alderen 16-24 år, fordelt efter køn. 2013 og 2017. Procent, procentpoint og p-værdi.

	2013			2017			Udvikling p-værdi ^b
	Højt stressniveau	Moderat/lavt stressniveau	Forskel ^a	Højt stressniveau	Moderat/lavt stressniveau	Forskel ^a	
	%	%	Procent point	%	%	Procent point	
Mænd							
Praktiserende læge	75,0	68,4	6,6*	73,6	67,2	6,4*	0,876
Speciallæge	20,8	14,4	6,4*	15,2	14,5	0,7	<0,001
Ambulant kontakt	25,9	19,1	6,8*	24,6	19,8	4,8*	0,155
Skadestuekontakt	17,7	14,9	2,8*	13,6	14,0	-0,4	0,022
Indlæggelse	6,5	4,6	1,9*	5,7	3,7	2,0*	0,936
Psykisk sygdom	16,9	4,5	12,3*	20,7	7,8	12,9*	0,675
Svær psykisk sygdom	2,0	0,3	1,8*	2,2	0,4	1,8*	0,990
Anden psykisk sygdom	8,8	2,1	6,7*	10,8	3,8	7,0*	0,841
Psykofarmaka ^c	12,5	2,4	10,1*	11,7	2,6	9,1*	0,467
Antidepressive lægemidler	7,7	1,0	6,7*	4,8	0,8	4,0*	0,052
Kvinder							
Praktiserende læge	91,0	89,4	1,6*	90,6	86,6	4,1*	0,087
Speciallæge	27,2	22,5	4,7*	26,5	22,7	3,9*	0,576
Ambulant kontakt	29,5	25,3	4,2*	32,0	26,0	6,0*	0,208
Skadestuekontakt	16,9	11,4	5,4*	16,0	12,3	3,7*	0,213
Indlæggelse	8,9	5,2	3,7*	8,4	5,0	3,4*	0,814
Psykisk sygdom	15,6	4,9	10,7*	21,7	7,0	14,7*	0,004

Karakteristik af unge med dårlig mental sundhed og højt stressniveau

Svær psykisk sygdom	1,8	0,3	1,6*	3,3	0,8	2,5*	0,470
Anden psykisk sygdom	9,4	3,1	6,3*	13,9	4,2	9,6*	0,017
Psykofarmaka ^c	14,5	3,3	11,2*	12,4	3,1	9,2*	0,167
Antidepressive lægemidler	11,8	2,2	9,6*	7,8	1,9	5,9*	0,008

^a Forskel i andel mellem unge med højt stressniveau og moderat/lavt stressniveau. ^b Test af om forskelle mellem unge med højt og moderat/lavt stressniveau er statistisk forskellige i 2013 og 2017. ^c Lægemidler til behandling af forskellige psykiske lidelser.

* Statistisk signifikant forskel på grupperne med højt og moderat/lavt stressniveau.

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og 2017 samt Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister, Lægemedeldatabasen og medstat.dk (16.04.2020).

Samtidige sociale og psykiatriske faktorer

Ud over de præsenterede resultater af sammenhængen mellem enkeltstående sociale og demografiske faktorer og henholdsvis mental sundhed og stress kan der belyses sammenhænge med flere samtidige faktorer. Til dette formål optælles det, hvor stor en andel der har oplevet henholdsvis ingen, én, og to eller flere af følgende sociale faktorer:

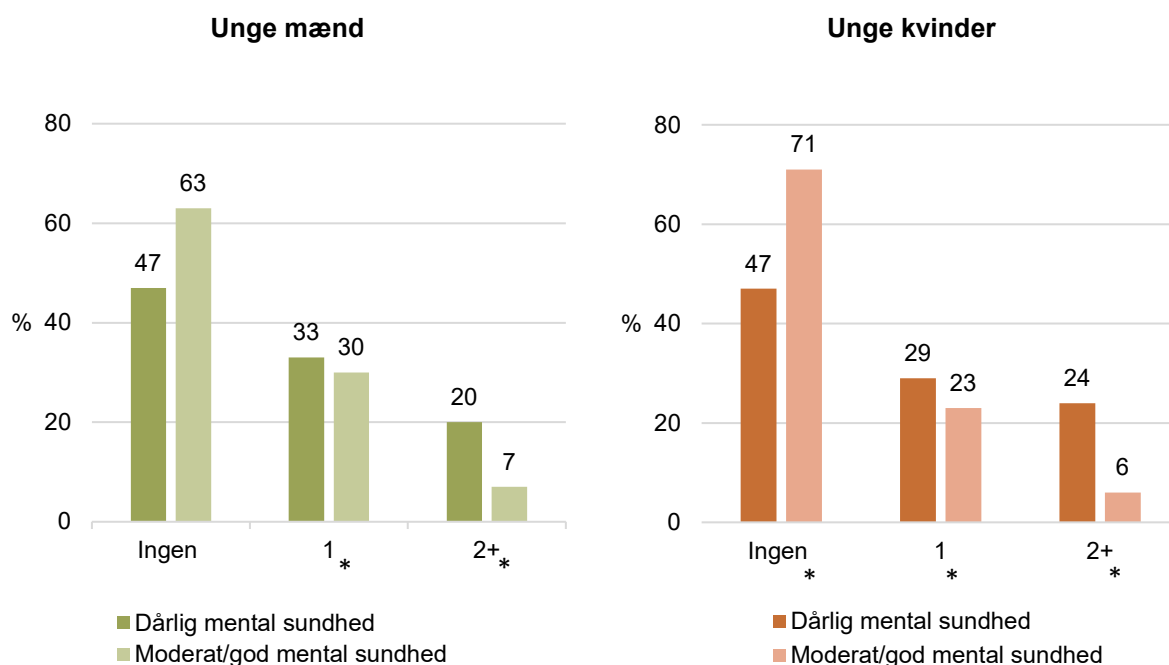
- Har modtaget offentlig forsørgelse
- Grundskole som højest fuldførte uddannelse
- Psykisk sygdom⁸

Det er nødvendigt at understrege, at der også kan være sammenhænge med andre faktorer, så denne optælling skal ses som en simpel illustration af sammenhænge med flere samtidige sociale faktorer. Figur 5.3 viser andelen af henholdsvis unge mænd og unge kvinder, der har ingen, 1 og 2+ sociale faktorer blandt deltagere fra 2017 med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med 2+ sociale faktorer 13 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med 2+ sociale faktorer 18 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017.

Figur 8.3: Antal sociale faktorer blandt unge mænd og kvinder med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed i alderen 19-24 år. 2017. Andel.



* Statistisk signifikant forskel på grupperne med dårlig og moderat/god mental sundhed.

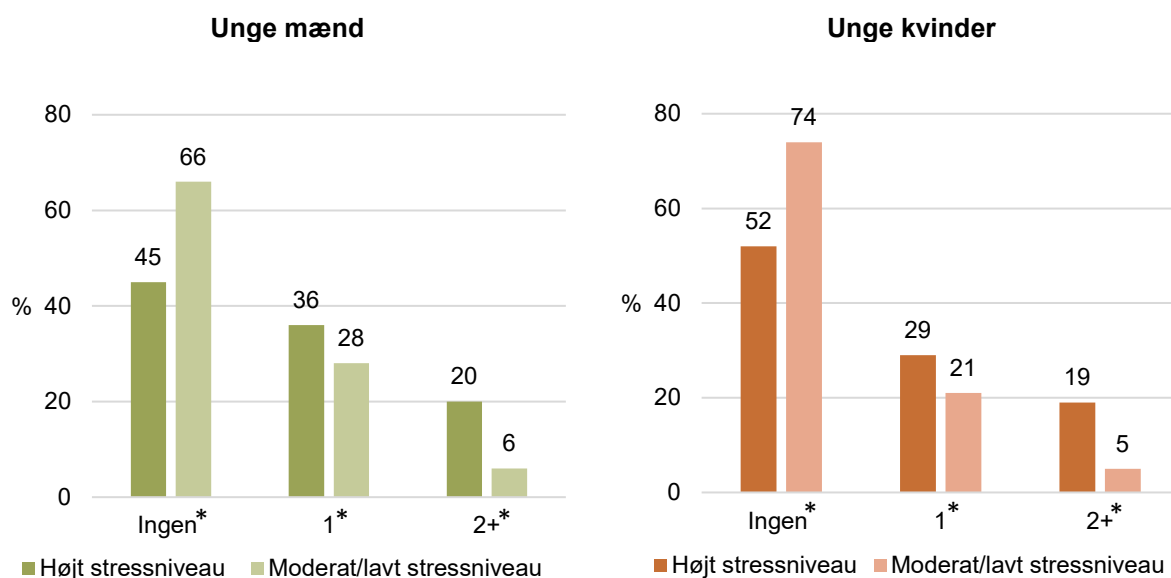
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2017 samt Arbejdsmarkedsklassifikationsmodulet, DREAM-databasen, Uddannelsesregisteret og Landspatientregisteret.

⁸ Se definition af psykisk sygdom i Bilag.

Figur 5.4 viser andelen af henholdsvis unge mænd og unge kvinder, der har ingen, 1 og 2+ sociale faktorer blandt deltagere fra 2017 med henholdsvis højt og moderat/lavt stressniveau.

Blandt unge mænd og kvinder med højt stressniveau er andelen med 2+ sociale faktorer 14 procentpoint større end blandt unge mænd og kvinder med moderat/lavt stressniveau i samme aldersgruppe i 2017.

Figur 8.4: Antal sociale faktorer blandt unge mænd og kvinder med henholdsvis højt og moderat/lavt stressniveau i alderen 19-24 år. 2017. Andel.



* Statistisk signifikant forskel på grupperne med højt og moderat/lavt stressniveau.

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2017 samt Arbejdsmarkedsklassifikationsmodulet, DREAM-databasen, Uddannelsesregisteret og Landspatientregisteret.

9 Livsstilsfaktorer

Sammenfatning

Mental sundhed

Mænd

Sammenlignet med unge mænd med moderat/god mental sundhed gælder det, at unge mænd med dårlig mental sundhed i 2017 i højere grad er/har:

- storrygere
- svær overvægt
- undervægt

mens der ikke ses en forskel på:

- højt alkoholindtag

Mellem 2010 og 2017 har forskellene mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed ikke udviklet sig signifikant.

Kvinder

Sammenlignet med unge kvinder med moderat/god mental sundhed gælder det, at unge kvinder med dårlig mental sundhed i 2017 i højere grad er/har:

- storrygere
- svær overvægt
- undervægt
- højt alkoholindtag

Mellem 2010 og 2017 har forskellene mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed ikke udviklet sig signifikant.

Stress

Mænd

Sammenlignet med unge mænd med moderat/lavt stressniveau gælder det, at unge mænd med højt stressniveau i 2017 i højere grad er/har:

- storrygere
- svær overvægt
- undervægt

mens der ikke ses en forskel på:

- højt alkoholindtag

Mellem 2013 og 2017 har forskellene mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau ikke udviklet sig signifikant.

Kvinder

Sammenlignet med unge kvinder med moderat/lavt stressniveau gælder det, at unge kvinder med højt stressniveau i 2017 i højere grad er/har:

- storrygere
- svær overvægt
- undervægt
- højt alkoholindtag

Mellem 2013 og 2017 har forskellene mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau ikke udviklet sig signifikant.

Følgende kapitel omhandler sammenhængen mellem livsstilsfaktorer og henholdsvis mental sundhed og stress. Beskrivelsen af livsstilsfaktorer er baseret på besvarelser fra deltagere i Den Nationale Sundhedsprofil. Den Nationale Sundhedsprofil er beskrevet i kapitel 4.

Mental sundhed

Tabel 9.1 (s. 76) viser fordelingen af livsstilsfaktorer blandt unge med dårlig og moderat/god mental sundhed samt forskellen mellem de to grupper. Endvidere vises udviklingen fra 2010 til 2017. Tallene præsenteres opdelt på køn og for hvert af årene 2010, 2013 og 2017. I det følgende afsnit kommenteres status for 2017 samt udviklingen i forskelle mellem unge med dårlig og moderat/god mental sundhed over tid.

9.1 Rygning

I tabel 9.1 (s. 76) ses andelen af storrygere, hvilket er defineret som personer, der ryger 15 cigaretter eller flere om dagen.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen af storrygere 5,3 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen af storrygere mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen af storrygere 2,9 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen i andelen af storrygere mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

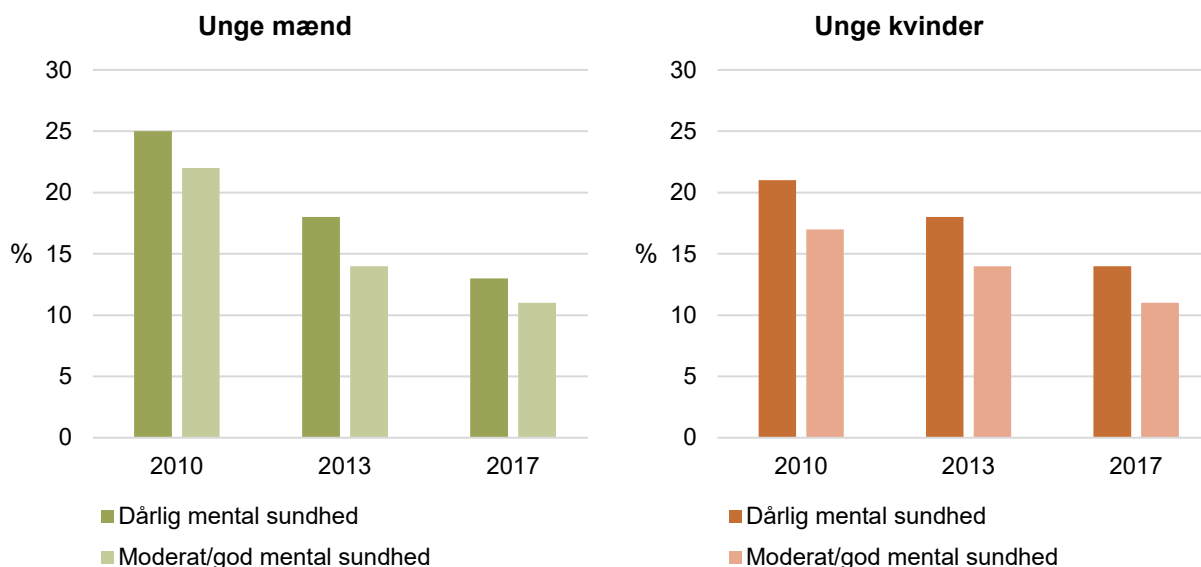
9.2 Alkohol

I tabel 9.1 (s. 76) og figur 9.1 ses andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag i løbet af en uge. Højrisikogrænsen er for mænd 21 genstande om ugen og for kvinder 14 genstande om ugen.

Der er ingen signifikant forskel på andelen med alkoholindtag over højrisikogrænsen mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med alkoholindtag over højrisikogrænsen større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2010 og 2013 (hhv. 3,5 og 4,2 procentpoint).

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med alkoholindtag over højrisikogrænsen 3,7 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Figur 9.1: Højt alkoholindtag blandt unge mænd og kvinder med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed i alderen 16-24 år. 2010, 2013 og 2017. Andel.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017.

9.3 Vægt

I tabel 9.1 (s. 76) ses opgørelsen af andelen, der er svært overvægtige (BMI \geq 30) og undervægtige (BMI $<$ 18,5).

Svær overvægt

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen af svært overvægtige 4,0 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen af svært overvægtige 4,9 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Undervægt

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen af undervægtige 2,7 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen af undervægtige 2,1 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Tabel 9.1 Storrygning (15+ cigaretter om dagen), alkoholindtag over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse, svær overvægt (BMI \geq 30) og undervægt (BMI $<$ 18,5) blandt unge med dårlig og moderat/god mental sundhed i alderen 16-24 år, fordelt efter køn. 2010, 2013 og 2017. Procent, procentpoint og p-værdi.

	2010			2013			2017			Udvik- ling
	Dårlig mental sund- hed	Mode- rat/god mental sund- hed	Forskel ^a	Dårlig mental sund- hed	Mode- rat/god mental sund- hed	Forskel ^a	Dårlig mental sund- hed	Mode- rat/god mental sund- hed	Forskel ^a	
	%	%	Procent point	%	%	Procent point	%	%	Procent point	
Mænd										
Storrygning	16,7	8,1	8,6*	13,4	6,0	7,4*	10,1	4,8	5,3*	0,063
Alkoholind- tag over højrisiko- grænsen	25,4	21,9	3,5*	18,4	14,2	4,2*	13,0	11,3	1,7	0,195
Svær overvægt	7,0	5,6	1,4	8,1	5,0	3,1*	9,8	5,8	4,0*	0,178
Undervægt	7,6	5,7	1,9*	6,9	5,4	1,5	8,1	5,4	2,7*	0,723
Kvinder										
Storrygning	10,1	4,9	5,2*	9,1	3,0	6,1*	6,4	3,5	2,9*	0,060
Alkoholind- tag over højrisiko- grænsen	20,7	16,6	4,0*	17,8	14,4	3,4*	14,4	10,7	3,7*	0,909
Svær overvægt	9,5	5,1	4,4*	9,1	5,4	3,7*	11,7	6,8	4,9*	0,687
Undervægt	10,9	9,1	1,7*	11,7	9,7	2,0*	10,2	8,0	2,1*	0,961

^a Forskel i andel mellem unge med dårlig mental sundhed og moderat/god mental sundhed. ^b Test af om forskelle i forekomst mellem unge med dårlig og moderat/god mental sundhed er statistisk forskellige i 2010, 2013 og 2017. * Statistisk signifikant forskel på grupperne med dårlig og moderat/god mental sundhed.

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017.

Stress

Tabel 9.2 (s. 79) viser fordelingen af livsstilsfaktorer blandt unge med højt og moderat/lavt stressniveau samt forskellen mellem de to grupper. Endvidere vises udviklingen fra 2013 til 2017. Tallene præsenteres opdelt på køn og for hvert af årene 2013 og 2017. I det følgende afsnit kommenteres status for 2017 samt udviklingen i forskelle mellem unge med højt og moderat/lavt stressniveau over tid.

9.4 Rygning

I tabel 9.2 (s. 79) ses andelen af storrygere, hvilket er defineret som personer, der ryger 15 cigaretter eller flere om dagen.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen af storrygere 6,7 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen af storrygere mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen af storrygere 3,9 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen i andelen af storrygere mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

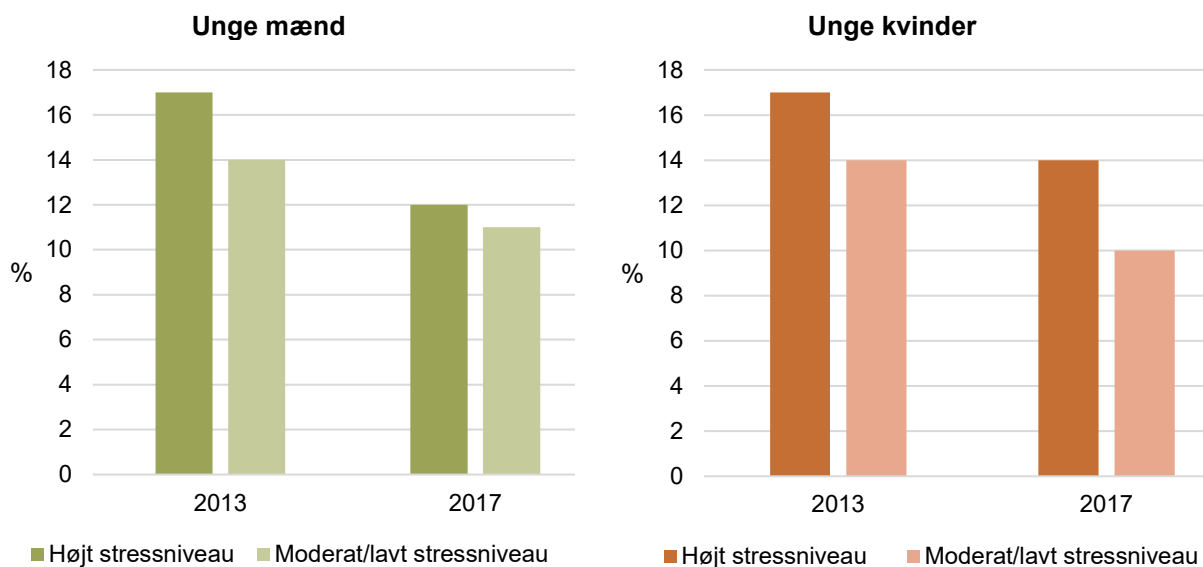
9.5 Alkohol

I tabel 9.2 (s. 79) og figur 8.2 ses andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag i løbet af en uge. Højrisikogrænsen er for mænd 21 genstande om ugen og for kvinder 14 genstande om ugen.

Der er ingen signifikant forskel på andelen med alkoholindtag over højrisikogrænsen mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau i 2017. Det ses, at blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med alkoholindtag over højrisikogrænsen større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2013 (3,4 procentpoint).

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med alkoholindtag over højrisikogrænsen 4,0 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Figur 9.2: Højt alkoholindtag blandt unge mænd og kvinder med henholdsvis højt og moderat/lavt stressniveau i alderen 16-24 år. 2013 og 2017. Andel.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og 2017.

9.6 Vægt

I tabel 9.2 (s. 79) ses opgørelsen af andelen, der er svært overvægtige ($BMI \geq 30$) og undervægtige ($BMI < 18,5$).

Svær overvægt

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen af svært overvægtige 3,4 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen af svært overvægtige 5,3 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Undervægt

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen af undervægtige 1,9 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen af undervægtige 1,2 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Tabel 9.2: Storrygning (15 + cigaretter om dagen), alkoholindtag over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse, svær overvægt (BMI≥30) og undervægt (BMI<18,5) blandt unge med højt og moderat/lavt stressniveau i alderen 16-24 år, fordelt efter køn. 2013 og 2017. Procent, procentpoint og p-værdi.

	2013			2017			Udvikling p-værdi ^b
	Højt stressniveau	Moderat/lavt stressniveau	Forskel ^a	Højt stressniveau	Moderat/lavt stressniveau	Forskel ^a	
	%	%	Procent point	%	%	Procent point	
Mænd							
Storrygning	14,0	5,3	8,7*	10,8	4,1	6,7*	0,147
Alkoholindtag over højrisikogrænsen	17,2	13,8	3,4*	12,2	11,2	1,0	0,080
Svær overvægt	8,5	4,7	3,8*	9,3	5,8	3,4*	0,759
Undervægt	7,7	5,4	2,4*	7,3	5,4	1,9*	0,740
Kvinder							
Storrygning	7,1	2,6	4,5*	6,5	2,6	3,9*	0,656
Alkoholindtag over højrisikogrænsen	16,7	13,9	2,8*	13,8	9,8	4,0*	0,388
Svær overvægt	8,7	4,8	3,9*	11,3	6,0	5,3*	0,322
Undervægt	11,6	9,4	2,2*	9,2	8,0	1,2*	0,469

^a Forskel i andel mellem unge med højt stressniveau og moderat/lavt stressniveau. ^b Test af om forskelle mellem unge med højt og moderat/lavt stressniveau er statistisk forskellige i 2013 og 2017. * Statistisk signifikant forskel på grupperne med højt og moderat/lavt stressniveau.

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og 2017.

10 Sociale relationer

Sammenfatning

Mental sundhed

Mænd

Sammenlignet med unge mænd med moderat/god mental sundhed gælder det, at unge mænd med dårlig mental sundhed i 2017 i højere grad oplever, at de:

- aldrig eller sjældent træffer familie
- aldrig eller sjældent træffer venner
- er ofte uønsket alene
- aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte

Mellem 2010 og 2017 er forskellen i andelen, der ofte er uønsket alene, mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed blevet mindre.

Kvinder

Sammenlignet med unge kvinder med moderat/god mental sundhed gælder det, at unge kvinder med dårlig mental sundhed i 2017 i højere grad oplever, at de:

- aldrig eller sjældent træffer familie
- aldrig eller sjældent træffer venner
- er ofte uønsket alene
- aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte

Mellem 2010 og 2017 har forskellene i sociale relationer mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed ikke udviklet sig signifikant.

Stress

Mænd

Sammenlignet med unge mænd med moderat/lavt stressniveau gælder det, at unge mænd med højt stressniveau i 2017 i højere grad oplever, at de:

- aldrig eller sjældent træffer familie
- aldrig eller sjældent træffer venner
- er ofte uønsket alene
- aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte

Mellem 2013 og 2017 har forskellene i sociale relationer mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau ikke udviklet sig signifikant.

Kvinder

Sammenlignet med unge kvinder med moderat/lavt stressniveau gælder det, at unge kvinder med højt stressniveau i 2017 i højere grad oplever, at de:

- aldrig eller sjældent træffer familie
- aldrig eller sjældent træffer venner
- er ofte uønsket alene
- aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte

Mellem 2013 og 2017 har forskellene i sociale relationer mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau ikke udviklet sig signifikant.

Følgende kapitel omhandler sammenhængen mellem sociale relationer og henholdsvis mental sundhed og stress. Beskrivelsen af sociale relationer er baseret på besvarelser fra deltagere i Den Nationale Sundhedsprofil. Den Nationale Sundhedsprofil er beskrevet i kapitel 4.

Mental sundhed

Tabel 10.1 (s. 84) viser andelen med svage sociale relationer blandt unge med dårlig og moderat/god mental sundhed samt forskellen mellem de to grupper. Endvidere vises udviklingen fra 2010 til 2017. Tallene præsenteres opdelt på køn og for hvert af årene 2010, 2013 og 2017. I det følgende afsnit kommenteres status for 2017 samt udviklingen i forskelle mellem unge med dårlig og moderat/god mental sundhed over tid.

10.1 Kontakt til familie og venner

I tabel 10.1 (s. 84) ses andelen, der har svaret, at de aldrig eller sjældnere end én gang om måneden har kontakt med henholdsvis familie og venner. Disse resultater belyser den såkaldt strukturelle dimension af sociale relationer.

Kontakt til familie

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med sjældnen eller ingen kontakt til familie 4,0 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Der ses ingen entydig trend fra 2010 til 2017 i forskelle i andelen med sjældnen eller ingen kontakt til familie mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med sjældnen eller ingen kontakt til familie 4,4 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Kontakt til venner

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med sjældnen eller ingen kontakt til venner 4,1 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med sjældnen eller ingen kontakt til venner 4,4 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

10.2 Manglende sociale relationer

I tabel 10.1 (s. 84) ses andelen, der har svaret, at de henholdsvis ofte er uønsket alene og aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte. Sidstnævnte resultater er også illustreret i figur 10.1. Disse resultater belyser den såkaldt funktionelle dimension af sociale relationer.

Uønsket alene

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen, der ofte er uønsket alene, 14,7 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at forskellen i andelen, der ofte er uønsket alene, mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed er mindre i 2017 (14,7 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2010 og 2013 (hhv. 22,0 og 19,1 procentpoint).

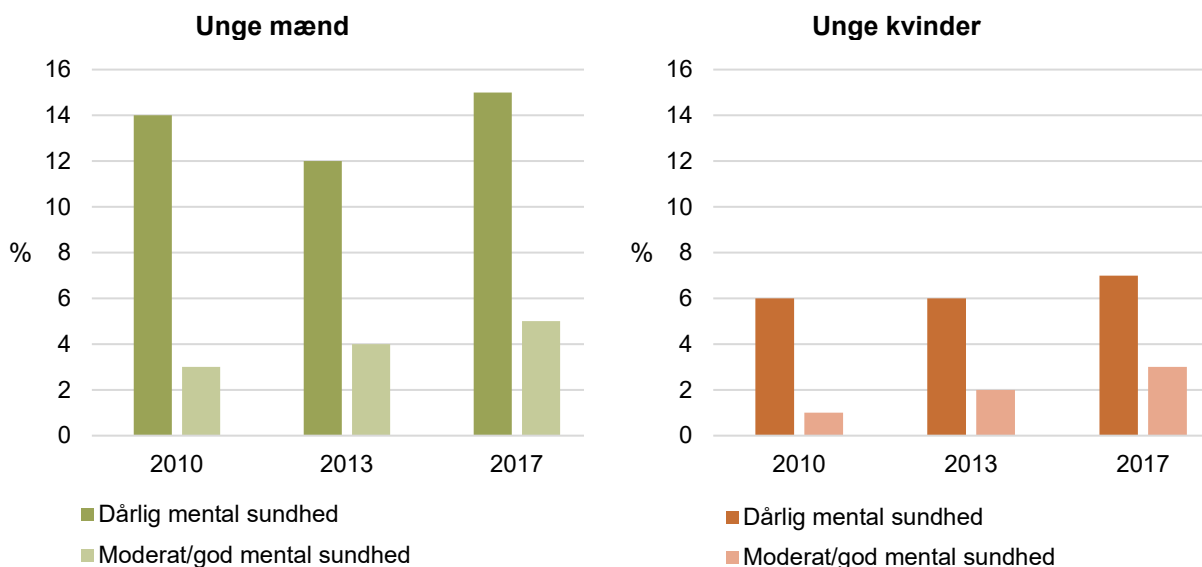
Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen, der ofte er uønsket alene, 16,2 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Nogen at tale med, hvis man har problemer eller brug for støtte

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, 9,8 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, 4,0 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Figur 10.1: Har ikke nogen at tale, hvis man har problemer eller brug for støtte, blandt unge mænd og kvinder med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed i alderen 16-24 år. 2010, 2013 og 2017. Andel.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017.

Tabel 10.1: Sjældent kontakt til familie og venner, ofte uønsket alene og sjældent eller aldrig nogen at tale med, hvis man har problemer eller brug for støtte, blandt unge med dårlig og moderat/god mental sundhed i alderen 16-24 år, fordelt efter køn. 2010, 2013 og 2017. Procent, procentpoint og p-værdi.

	2010			2013			2017			Udvik- ling
	Dårlig mental sund- hed	Mode- rat/god mental sund- hed	Forskel ^a	Dårlig mental sund- hed	Mode- rat/god mental sund- hed	Forskel ^a	Dårlig mental sund- hed	Mode- rat/god mental sund- hed	Forskel ^a	
	%	%	Procent point	%	%	Procent point	%	%	Procent point	
Mænd										
Kontakt til familie	12,3	10,0	2,3*	17,2	9,9	7,3*	16,4	12,4	4,0*	0,002
Kontakt til venner	6,8	1,6	5,2*	6,6	1,8	4,8*	7,7	3,7	4,1*	0,709
Uønsket alene	26,7	4,6	22,0*	24,4	5,2	19,1*	21,1	6,4	14,7*	<0,001
Nogen at tale med, hvis man har problemer eller behov for støtte	13,8	3,2	10,6*	12,0	4,3	7,7*	15,1	5,4	9,8*	0,097
Kvinder										
Kontakt til familie	11,4	7,3	4,1*	12,3	7,2	5,1*	13,9	9,5	4,4*	0,775
Kontakt til venner	3,4	1,7	1,6*	4,7	1,6	3,0*	6,6	2,2	4,4*	0,140
Uønsket alene	22,3	5,1	17,2*	23,6	6,1	17,4*	22,5	6,3	16,2*	0,646
Nogen at tale med, hvis man har problemer eller behov for støtte	5,8	1,4	4,4*	6,4	1,6	4,8*	6,7	2,7	4,0*	0,856

^a Forskel i andel mellem unge med dårlig mental sundhed og moderat/god mental sundhed. ^b Test af om forskelle i forekomst mellem unge med dårlig og moderat/god mental sundhed er statistisk forskellige i 2010, 2013 og 2017. * Statistisk signifikant forskel på grupperne med dårlig og moderat/god mental sundhed.

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017.

Stress

Tabel 10.2 (s. 87) viser andelen med svage sociale relationer blandt unge med højt og moderat/lavt stressniveau samt forskellen mellem de to grupper. Endvidere vises udviklingen fra 2013 til 2017. Tallene præsenteres opdelt på køn og for hvert af årene 2013 og 2017. I det følgende afsnit kommenteres status for 2017 samt udviklingen i forskelle mellem unge med højt og moderat/lavt stressniveau over tid.

10.3 Kontakt til familie og venner

I tabel 10.2 (s. 87) ses andelen, der har svaret, at de aldrig eller sjældnere end én gang om måneden har kontakt med henholdsvis familie og venner. Disse resultater belyser den såkaldt strukturelle dimension af sociale relationer.

Kontakt til familie

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med sjælden eller ingen kontakt til familie 5,8 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med sjælden eller ingen kontakt til familie 4,0 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Kontakt til venner

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med sjælden eller ingen kontakt til venner 5,8 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med sjælden eller ingen kontakt til venner 3,1 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

10.4 Manglende sociale relationer

I tabel 10.2 (s. 87) ses andelen, der har svaret, at de henholdsvis ofte er uønsket alene og aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller behov for støtte. Sidstnævnte resultater er også vist i figur 10.2. Disse resultater belyser den såkaldt funktionelle dimension af sociale relationer.

Uønsket alene

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen, der ofte er uønsket alene, 13,8 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

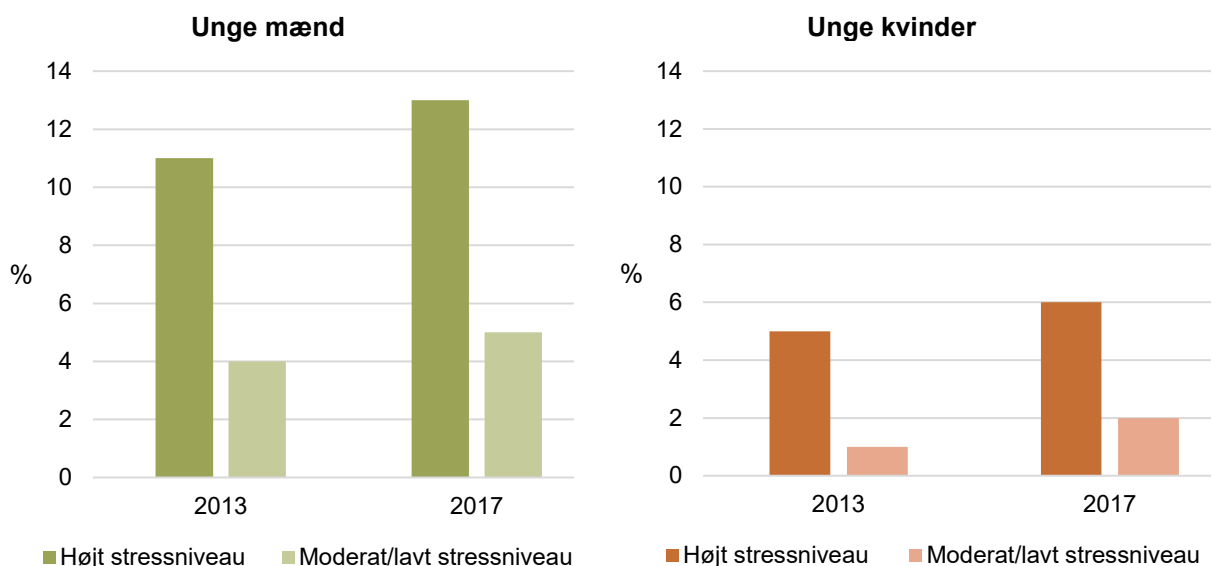
Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen, der ofte er uønsket alene, 14,9 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Nogen at tale med, hvis man har problemer eller behov for støtte

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller behov for støtte, 8,1 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller behov for støtte, 4,1 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Figur 10.2: Har ikke nogen at tale med, hvis man har problemer eller behov for støtte, blandt unge mænd og kvinder med henholdsvis højt og moderat/lavt stressniveau i alderen 16-24 år. 2013 og 2017. Andel.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og 2017.

Tabel 10.2: Sjældent kontakt til familie og venner, ofte uønsket alene og sjældent eller aldrig nogen at tale med, hvis man har problemer eller behov for støtte, blandt unge med højt og moderat/lavt stressniveau i alderen 16-24 år, fordelt efter køn. 2013 og 2017. Procent, procentpoint og p-værdi.

	2013			2017			Udvikling p-værdi ^b
	Højt stressniveau	Moderat/lavt stressniveau	Forskel ^a	Højt stressniveau	Moderat/lavt stressniveau	Forskel ^a	
	%	%	Procent point	%	%	Procent point	
Mænd							
Kontakt til familie	13,9	9,7	4,2*	17,4	11,6	5,8*	0,246
Kontakt til venner	6,4	1,6	4,9*	8,6	2,9	5,8*	0,516
Uønsket alene	20,3	4,5	15,8*	19,0	5,2	13,8*	0,157
Nogen at tale med, hvis man har problemer eller behov for støtte	11,2	3,6	7,6*	12,8	4,7	8,1*	0,691
Kvinder							
Kontakt til familie	11,7	6,3	5,4*	13,0	9,1	4,0*	0,299
Kontakt til venner	3,9	1,4	2,5*	5,2	2,0	3,1*	0,639
Uønsket alene	18,5	4,7	13,7*	19,4	4,5	14,9*	0,408
Nogen at tale med, hvis man har problemer eller behov for støtte	5,2	1,1	4,1*	6,1	1,9	4,1*	0,956

^a Forskel i andel mellem unge med højt stressniveau og moderat/lavt stressniveau. ^b Test af om forskelle mellem unge med højt og moderat/lavt stressniveau er statistisk forskellige i 2013 og 2017. * Statistisk signifikant forskel på grupperne med højt og moderat/lavt stressniveau.

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og 2017.

11 Selvrapporterede sygdomme og helbredsproblemer

Sammenfatning

Mental sundhed

Mænd

Sammenlignet med unge mænd med moderat/god mental sundhed gælder det, at unge mænd med dårlig mental sundhed i 2017 i højere grad oplever:

- nedtrykthed
- ængstelse
- dårlig søvn
- langvarig sygdom
- astma eller allergi
- migræne eller hyppig hovedpine
- psykisk lidelse af kortere eller længere varighed

Mellem 2010 og 2017 er forskellen i andelen, der lider af ængstelse eller dårlig søvn, mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed blevet større, mens forskellen i andelen, der lider af psykisk sygdom, mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed er blevet mindre.

Kvinder

Sammenlignet med unge kvinder med moderat/god mental sundhed gælder det, at unge kvinder med dårlig mental sundhed i 2017 i højere grad oplever:

- nedtrykthed
- ængstelse
- dårlig søvn
- langvarig sygdom
- astma eller allergi
- migræne eller hyppig hovedpine
- psykisk lidelse af kortere eller længere varighed

Mellem 2010 og 2017 er forskellen i andelen, der lider af nedtrykthed eller ængstelse, mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed blevet større, mens forskellen i andelen, der lider af allergi, mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed er blevet mindre.

Stress

Mænd

Sammenlignet med unge mænd med moderat/lavt stressniveau gælder det, at unge mænd med højt stressniveau i 2017 i højere grad oplever:

- nedtrykthed
- ængstelse
- dårlig søvn
- langvarig sygdom
- astma
- allergi
- migræne eller hyppig hovedpine
- psykisk lidelse af kortere eller længere varighed

Mellem 2013 og 2017 er forskellen i andelen, der lider af nedtrykthed, ængstelse eller astma, mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau blevet større, mens forskellen i andelen, der lider af langvarig sygdom eller psykisk lidelse af længere varighed, mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau er blevet mindre.

Kvinder

Sammenlignet med unge kvinder med moderat/lavt stressniveau gælder det, at unge kvinder med højt stressniveau i 2017 i højere grad oplever:

- nedtrykthed
- ængstelse
- dårlig søvn
- langvarig sygdom
- astma
- allergi
- migræne eller hyppig hovedpine
- psykisk lidelse af kortere eller længere varighed

Mellem 2013 og 2017 er forskellen i andelen, der lider af nedtrykthed, ængstelse, dårlig søvn eller psykisk lidelse af længere varighed, mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau blevet større.

Følgende kapitel omhandler sammenhængen mellem sygdomme samt helbredsproblemer og henholdsvis mental sundhed og stress. Beskrivelsen af sygdomme og helbredsproblemer er baseret på besvarelser fra deltagere i Den Nationale Sundhedsprofil. Den Nationale Sundhedsprofil er beskrevet i kapitel 4.

Mental sundhed

Tabel 11.1 (s. 94) viser andelen, der har fysiske eller psykiske lidelser, blandt unge med dårlig og moderat/god mental sundhed samt forskellen mellem de to grupper. Endvidere vises udviklingen fra 2010 til 2017. Tallene præsenteres opdelt på køn og for hvert af årene 2010, 2013 og 2017. I det følgende afsnit kommenteres status for 2017 samt udviklingen i forskelle mellem unge med dårlig og moderat/god mental sundhed over tid.

11.1 Nedtrykthed

I undersøgelsen er deltagere blevet spurgt til, om de har været generet af nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig inden for de seneste 14 dage. I tabel 11.1 (s. 94) ses andelen, der har været meget generet af nedtrykthed, deprimeret og ulykkelig inden for de seneste 14 dage.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen, der er nedtrykte, 39,2 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Der ses ingen entydig trend fra 2010 til 2017 i forskellen i andelen, der er nedtrykte, mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen, der er nedtrykte, 43,7 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at forskellen i andelen, der er nedtrykte, mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed er større i 2017 (43,7 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2010 og 2013 (hhv. 39,7 og 40,0 procentpoint).

11.2 Ængstelse

I tabel 11.1 (s. 94) ses andelen, der har været meget generet af ængstelse, nervøsitet og uro inden for de seneste 14 dage.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen, der er ængstelige, 28,2 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at forskellen i andelen, der er ængstelige, mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed er større i 2017 (28,2 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2010 og 2013 (hhv. 19,2 og 23,6 procentpoint).

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen, der er ængstelige, 35,3 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at forskellen i andelen, der er ængstelige, mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed er større i 2017 (35,3 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2010 og 2013 (hhv. 20,2 og 27,0 procentpoint).

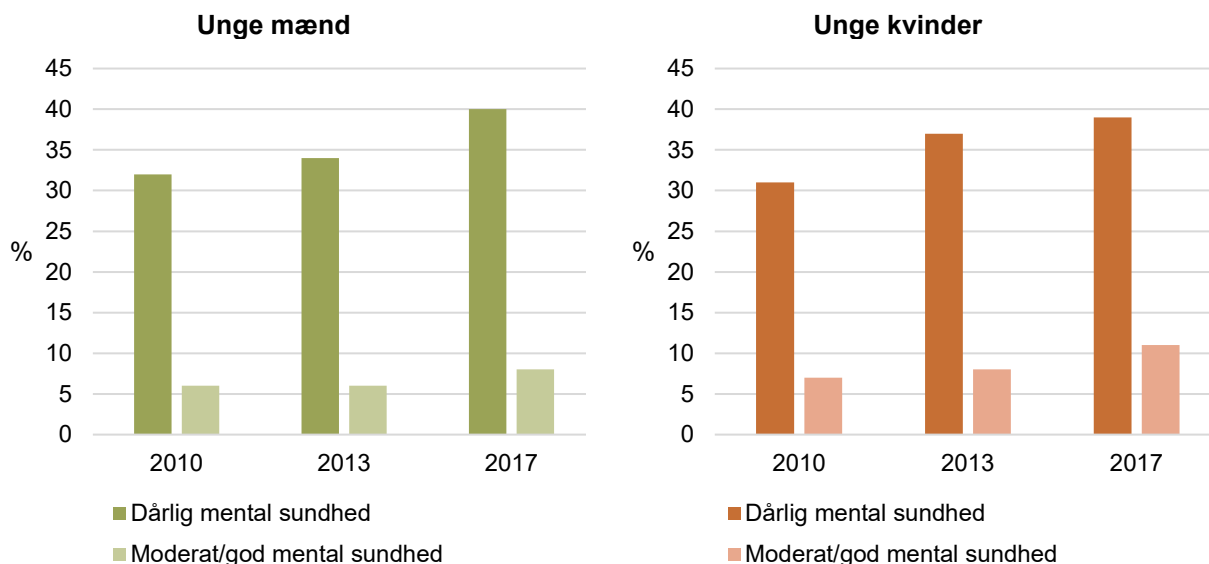
11.3 Søvn

I tabel 11.1 (s. 94) og figur 11.1 ses andelen, der har været meget generet af søvnbesvær, søvnproblemer inden for de seneste 14 dage.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med dårlig søvn 32,1 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med dårlig søvn mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed er større i 2017 (32,1 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2010 og 2013 (hhv. 26,2 og 28,2 procentpoint).

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med dårlig søvn 28,0 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed. Der er ingen entydig trend fra 2010 til 2017 i forskellen i andelen med dårlig søvn mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed.

Figur 11.1: Dårlig søvn blandt unge mænd og kvinder med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed i alderen 16-24 år. 2010, 2013 og 2017. Andel.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017.

11.4 Langvarig sygdom

I tabel 11.1 (s. 94) ses andelen, der svarede, at de har haft en langvarig sygdom af mindst seks måneders varighed.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med langvarig sygdom 11,9 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Der ses ingen entydig trend fra 2010 til 2017 i forskellen i andelen med langvarig sygdom mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med langvarig sygdom 12,1 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen mellem

unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

11.5 Specifikke sygdomme

I undersøgelsen er deltagere blevet spurgt, om de på tidspunktet for undersøgelsen har specifikke sygdomme eller eftervirkninger af tidligere sygdom. De følgende opgørelser omfatter personer, som enten aktuelt har en given sygdom eller et givent helbredsproblem, eller som har eftervirkninger, hvis de tidligere har haft sygdommen eller helbredsproblemet. I tabel 11.1 (s. 94) ses andelen, der har svaret, at de aktuelt har en given sygdom eller et givent helbredsproblem, eller har eftervirkninger efter sygdommen eller helbredsproblemet. Der præsenteres resultater for astma, allergi, migræne eller hyppig hovedpine, psykisk lidelse kortere end seks måneder eller psykisk lidelse længere end seks måneder. Resultater for psykisk lidelse kortere end seks måneder eller længere end seks måneder i 2010 fremgår ikke, da svarpersoner fra 2010 ikke er blevet spurgt om dette.

Astma

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med astma 2,5 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med astma 2,3 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Allergi

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med allergi 5,3 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med allergi 3,1 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med allergi mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed er mindre i 2017 (3,1 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2010 og 2013 (hhv. 7,3 og 6,1 procentpoint).

Migræne eller hyppig hovedpine

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med migræne eller hyppig hovedpine 12,8 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Der ses ingen entydig trend fra 2010 til 2017 i forskellen i andelen med migræne eller langvarig hovedpine mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med migræne eller hyppig hovedpine 14,8 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2010 til 2017.

Psykisk lidelse kortere end seks måneder

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med psykisk lidelse af kortere varighed 18,7 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med allergi mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed er mindre i 2017 (18,7 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2013 (22,9 procentpoint).

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med psykisk lidelse af kortere varighed 21,4 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Psykisk lidelse længere end seks måneder

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen med psykisk lidelse af længere varighed 25,7 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/god mental sundhed i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med psykisk lidelse af længere varighed mellem unge mænd med dårlig og moderat/god mental sundhed er mindre i 2017 (25,7 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2013 (29,6 procentpoint).

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen med psykisk lidelse af længere varighed 29,9 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/god mental sundhed i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med dårlig og moderat/god mental sundhed har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Tabel 11.1: Nedtrykthed, ængstelse, dårlig søvn, langvarig sygdom, allergi, migræne eller hyppig hovedpine, psykisk lidelse mindre end seks måneder og psykisk lidelse længere end seks måneder blandt unge med dårlig og moderat/god mental sundhed i alderen 16-24 år, fordelt efter køn. 2010, 2013 og 2017. Procent, procentpoint og p-værdi.

	2010			2013			2017			Udvik- ling
	Dårlig mental sundhed	Moderat/god mental sundhed	Forskel ^a	Dårlig mental sundhed	Moderat/god mental sundhed	Forskel ^a	Dårlig mental sundhed	Moderat/god mental sundhed	Forskel ^a	
	%	%	Procent point	%	%	Procent point	%	%	Procent point	
Mænd										
Nedtrykthed	38,3	1,7	36,6*	42,4	1,5	40,9*	41,5	2,4	39,2*	0,010
Ængstelse	20,4	1,2	19,2*	24,5	0,9	23,6*	30,4	2,3	28,2*	<0,001
Dårlig søvn	32,3	6,1	26,2*	34,1	5,9	28,2*	39,7	7,6	32,1*	<0,001
Langvarig sygdom	29,7	17,3	12,4*	34,5	19,1	15,4*	29,3	17,4	11,9*	0,033
Astma	9,7	8,3	1,5	10,8	7,5	3,3*	10,3	7,8	2,5*	0,434
Allergi	25,5	22,0	3,5*	29,1	22,8	6,3*	28,7	23,4	5,3*	0,134
Migræne/hyppig hovedpine	20,7	6,5	14,2*	17,2	6,5	10,6*	20,3	7,5	12,8*	0,037
Psykisk lidelse (kort) ^c	-	-	-	24,9	2,0	22,9*	21,6	3,0	18,7*	0,003
Psykisk lidelse (lang) ^c	-	-	-	33,3	3,7	29,6*	31,0	5,3	25,7*	0,007
Kvinder										
Nedtrykthed	41,9	2,3	39,7*	42,8	2,7	40,0*	47,4	3,7	43,7*	0,007
Ængstelse	21,9	1,7	20,2*	28,9	1,9	27,0*	39,6	4,3	35,3*	<0,001
Dårlig søvn	31,2	7,2	24,0*	37,3	8,2	29,1*	39,1	11,2	28,0*	<0,001
Langvarig sygdom	30,4	18,7	11,7*	35,1	21,6	13,5*	32,8	20,8	12,1*	0,411
Astma	14,0	9,4	4,6*	12,4	9,1	3,3*	11,5	9,2	2,3*	0,259
Allergi	32,1	24,8	7,3*	32,8	26,7	6,1*	29,8	26,7	3,1*	0,009
Migræne/hyppig hovedpine	34,2	19,1	15,1*	34,5	17,8	16,7*	35,7	20,9	14,8*	0,360
Psykisk lidelse (kort) ^c	-	-	-	24,5	4,5	20,0*	26,8	5,4	21,4*	0,347
Psykisk lidelse (lang) ^c	-	-	-	35,0	6,3	28,7*	38,4	8,5	29,9*	0,397

^a Forskel i andel mellem unge med dårlig mental sundhed og moderat/god mental sundhed. ^b Test af om forskelle i forekomst mellem unge med dårlig og moderat/god mental sundhed er statistisk forskellige i 2010, 2013 og 2017. * Statistisk signifikant forskel på grupperne med dårlig og moderat/god mental sundhed. ^c Oplysningerne findes ikke for deltagere i Den Nationale Sundhedsprofil 2010.

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017.

Stress

Tabel 11.2 (s. 99) viser andelen, der har fysiske eller psykiske lidelser, blandt unge med højt og moderat/lavt stressniveau samt forskellen mellem de to grupper. Endvidere vises udviklingen fra 2013 til 2017. Tallene præsenteres opdelt på køn og for hvert af årene 2013 og 2017. I det følgende afsnit kommenteres status for 2017 samt udviklingen i forskelle mellem unge med højt og moderat/lavt stressniveau over tid.

11.6 Nedtrykthed

I tabel 11.2 (s. 99) ses andelen, der har været meget generet af nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig inden for de seneste 14 dage.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen, der er nedtrykte, 25,2 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen, der er nedtrykte, 31,5 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Det ses, at forskellen i andelen, der er nedtrykte, mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau er større i 2017 (31,5 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2013 (26,7 procentpoint).

11.7 Ængstelse

I tabel 11.2 (s. 99) ses andelen, der har været meget generet af ængstelse, nervøsitet og uro inden for de seneste 14 dage.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen, der er ængstelige, 20,4 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Det ses, at forskellen i andelen, der er ængstelige, mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau er større i 2017 (20,4 procentpoint) end tilsvarende forskelle 2013 (14,9 procentpoint).

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen, der er ængstelige, 27,0 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Det ses, at forskellen i andelen, der er ængstelige, mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau er større i 2017 (27,0 procentpoint) end tilsvarende forskelle 2013 (17,3 procentpoint).

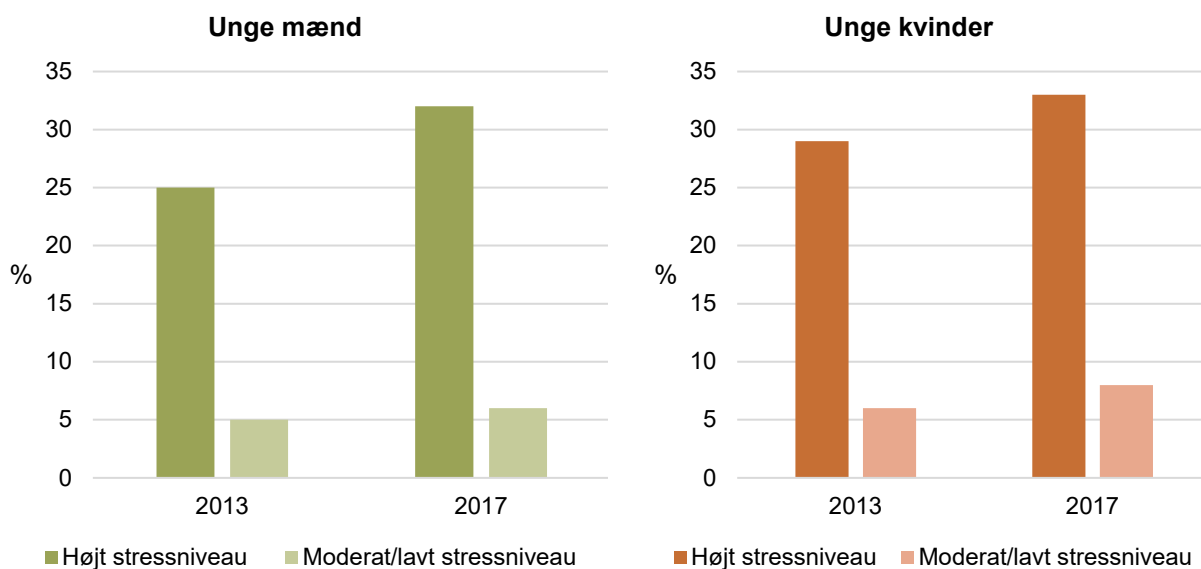
11.8 Søvn

I tabel 11.2 (s. 99) og figur 11.2 ses andelen, der har været meget generet af søvnbesvær, søvnproblemer inden for de seneste 14 dage.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med dårlig søvn 25,6 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med dårlig søvn mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau er større i 2017 (25,6 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2013 (19,8 procentpoint).

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med dårlig søvn 25,6 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med dårlig søvn mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau er større i 2017 (25,6 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2013 (22,6 procentpoint).

Figur 11.2: Dårlig søvn blandt unge mænd og kvinder med henholdsvis højt og moderat/lavt stressniveau i alderen 16-24 år. 2013 og 2017. Andel.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og 2017.

11.9 Langvarig sygdom

I tabel 11.2 (s. 99) ses andelen, der svarede, at de har haft en langvarig sygdom af mindst seks måneders varighed.

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med langvarig sygdom 12,7 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med langvarig sygdom mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau er mindre i 2017 (12,7 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2013 (16,8 procentpoint).

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med langvarig sygdom 12,4 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

11.10 Specifikke sygdomme

I undersøgelsen er deltagere blevet spurgt, om de på tidspunktet for undersøgelsen har specifikke sygdomme eller eftervirkninger af tidligere sygdom. De følgende opgørelser omfatter personer, som enten aktuelt har en given sygdom eller et givent helbredsproblem, eller som har eftervirkninger, hvis de tidligere har haft sygdommen eller helbredsproblemet. I tabel 11.2 (s. 99) ses andelen, der har svarede, at de aktuelt har en given sygdom eller et givent helbredsproblem, eller har eftervirkninger efter sygdommen eller helbredsproblemet. Der præsenteres resultater for astma, allergi, migræne

eller hyppig hovedpine, psykisk lidelse kortere end seks måneder eller psykisk lidelse længere end seks måneder.

Astma

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med astma 4,7 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med astma mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau er større i 2017 (4,7 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2013 (1,6 procentpoint).

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med astma 2,9 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Allergi

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med allergi 5,4 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med allergi 2,5 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Migræne eller hyppig hovedpine

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med migræne eller hyppig hovedpine 11,7 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med migræne eller hyppig hovedpine 15,4 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Psykisk lidelse kortere end seks måneder

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med psykisk lidelse af kortere varighed 13,7 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med psykisk lidelse af kortere varighed 17,3 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Forskellen mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau har ikke udviklet sig statistisk signifikant fra 2013 til 2017.

Psykisk lidelse længere end seks måneder

Blandt unge mænd med højt stressniveau er andelen med psykisk lidelse af længere varighed 17,7 procentpoint større end blandt unge mænd med moderat/lavt stressniveau i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med psykisk lidelse af længere varighed mellem unge mænd med højt og moderat/lavt stressniveau er mindre i 2017 (17,7 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2013 (22,0 procentpoint).

Blandt unge kvinder med højt stressniveau er andelen med psykisk lidelse af længere varighed 22,9 procentpoint større end blandt unge kvinder med moderat/lavt stressniveau i 2017. Det ses, at forskellen i andelen med psykisk lidelse af længere varighed mellem unge kvinder med højt og moderat/lavt stressniveau er større i 2017 (22,9 procentpoint) end tilsvarende forskelle i 2013 (19,3 procentpoint).

Tabel 11.2: Nedtrykthed, ængstelse, dårlig søvn, langvarig sygdom, allergi, migræne eller hyppig hovedpine, psykisk lidelse kortere end seks måneder og psykisk lidelse længere end seks måneder blandt unge med højt og moderat/lavt stressniveau i alderen 16-24 år, fordelt efter køn. 2013 og 2017. Procent, procentpoint og p-værdi.

	2013			2017			Udvikling p-værdi ^b
	Højt stressniveau	Moderat/lavt stressniveau	Forskel ^a	Højt stressniveau	Moderat/lavt stressniveau	Forskel ^a	
	%	%	Procent point	%	%	Procent point	
Mænd							
Nedtrykthed	26,2	1,0	25,2*	26,9	1,7	25,2*	0,999
Ængstelse	15,4	0,5	14,9*	21,8	1,4	20,4*	<0.001
Dårlig søvn	25,1	5,2	19,8*	31,5	6,0	25,6*	<0.001
Langvarig sygdom	34,8	18,0	16,8*	28,8	16,1	12,7*	0,004
Astma	9,1	7,5	1,6*	11,5	6,8	4,7*	0,032
Allergi	27,9	22,3	5,6*	28,2	22,8	5,4*	0,882
Migræne/hyppig hovedpine	18,9	5,5	13,4*	18,3	6,6	11,7*	0,240
Psykisk lidelse (kort)	17,1	1,5	15,6*	15,9	2,2	13,7*	0,180
Psykisk lidelse (lang)	24,9	2,8	22,0*	22,3	4,6	17,7*	0,002
Kvinder							
Nedtrykthed	27,8	1,1	26,7*	32,9	1,4	31,5*	<0.001
Ængstelse	18,3	1,0	17,3*	28,9	1,9	27,0*	<0.001
Dårlig søvn	28,7	6,1	22,6*	33,1	7,5	25,6*	0,036
Langvarig sygdom	32,2	20,5	11,6*	31,4	19,0	12,4*	0,572
Astma	12,1	8,5	3,7*	11,6	8,7	2,9*	0,600
Allergi	30,3	26,6	3,7*	28,9	26,4	2,5*	0,402
Migræne/hyppig hovedpine	32,3	15,3	16,9*	33,8	18,5	15,4*	0,268
Psykisk lidelse (kort)	17,8	3,1	14,7*	21,0	3,7	17,3*	0,060
Psykisk lidelse (lang)	24,2	5,0	19,3*	29,4	6,5	22,9*	0,010

^a Forskel i andel mellem unge med højt stress niveau og moderat/lavt stressniveau. ^b Test af om forskelle mellem unge med højt og moderat/lavt stressniveau er statistisk forskellige i 2013 og 2017. * Statistisk signifikant forskel på grupperne med højt og moderat/lavt stressniveau.

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013 og 2017.

12 Referencer

1. Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen. Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
2. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
3. Ottesen MH, Andreasen AG, Dahl KM, Hestbæk A-D, Lausten M, Rayce SB. Børn og unge i Danmark - Velfærd og trivsel 2018. København: VIVE – Viden til Velfærd; 2018
4. Pisinger V, Thorsted A, Jezek AH, Jørgensen A, Christensen AI, Thygesen LC. UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
5. Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg BB, Schullehner J, Plana-Ripoll O, Brikell I, et al. Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. *JAMA Psychiatry*. 2019.
6. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* (London, England). 2016;387(10036):2383-401.
7. 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.
8. Esch P, Bocquet V, Pull C, Couffignal S, Lehnert T, Graas M, et al. The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry*. 2014;14:237.
9. Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed. Tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse blandt unge med psykisk sygdom. 2018.
10. Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen KM, Nielsen L, Nordentoft M. Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år - forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2020.
11. Collishaw S. Annual research review: Secular trends in child and adolescent mental health. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2015;56(3):370-93.
12. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(4):359-64.

13. Lijster JM, Dierckx B, Utens EM, Verhulst FC, Zieldorff C, Dieleman GC, et al. The Age of Onset of Anxiety Disorders. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2017;62(4):237-46.
14. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Mental sundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
15. Koushede V. For mental sundhed - et nyt perspektiv. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.
16. Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*. 1996;34(3):220-33.
17. 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. Journal of clinical epidemiology*. 1998;51(11):1171-8.
18. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, Holst M, Juel K. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det? : Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, Sundhedsstyrelsen; 2011.
19. Christensen AI, Davidsen M, Kjølner M, Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
20. Sundhedsstyrelsen. Stress i Danmark - hvad ved vi? København; 2007.
21. Cohen BE, Edmondson D, Kronish IM. State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *Am J Hypertens*. 2015;28(11):1295-302.
22. Schneiderman N, Ironson G, Siegel SD. Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:607-28.
23. Rugulies R, Bultmann U, Aust B, Burr H. Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study. *American journal of epidemiology*. 2006;163(10):877-87.
24. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*. 1983;24(4):385-96.
25. Eskildsen A, Dalgaard VL, Nielsen KJ, Andersen JH, Zachariae R, Olsen LR, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Danish consensus version of the 10-item Perceived Stress Scale. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2015;41(5):486-90.
26. Nielsen L, Curtis T, Kristensen TS, Rod Nielsen N. What characterizes persons with high levels of perceived stress in Denmark? A national representative study. *Scandinavian journal of public health*. 2008;36(4):369-79.
27. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. København 2012: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.; 2012.

28. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København, Sundhedsstyrelsen: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2014.
29. Pedersen CB. The Danish Civil Registration System. Scandinavian journal of public health. 2011;39(7 Suppl):22-5.
30. Danmarks Statistik. Person- og familieindkomster Danmarks Statistik: Danmarks Statistik; 2020 [Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/arbejde-indkomst-og-formue/indkomster/person-og-familieindkomster>].
31. Danmarks Statistik. Ækvivaleret disponibel indkomst for familien Danmarks Statistik: Danmarks Statistik; 2020 [Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/familieindkomst/famaekvivadisp-13>].
32. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. Notat. DREAM vejledning version 44 v2. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering; 2019.
33. Jensen VM, Rasmussen AW. Danish Education Registers. Scandinavian journal of public health. 2011;39(7 Suppl):91-4.
34. Danmarks Statistik. Grundskolekarakterer Danmarks Statistik: Danmarks Statistik; 2020 [Available from: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/UDFK%20-%20Grundskolekarakterer.html>].
35. Danmarks Statistik. Arbejdsklassifikationsmodulet AKM Danmarks Statistik: Danmarks Statistik; 2020 [Available from: <https://www.dst.dk/da/TilSalg/Forskningsservice/Dokumentation/hoejkvalitetsvariable/personers-tilknytning-til-arbejdsmarkedet-set-over-hele-aaret--akm->].
36. Danmarks Statistik. Kriminalitet 2018 Danmarks Statistik: Danmarks Statistik; 2019.
37. Danmarks Statistik. BUAF - Børn og Unge anbragte, forløbsregister Danmarks Statistik: Danmarks Statistik; 2020 [Available from: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/BUAF%20-%20Børn%20og%20Unge%20anbragte%20forløbsregister.html>].
38. Danmarks Statistik. BUFO – børn og unge forebyggende foranstaltninger Danmarks Statistik: Danmarks Statistik; 2020 [Available from: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/BUFO%20-%20Børn%20og%20unge%20forebyggende%20foranstaltninger.html>].
39. Lynge E, Sandegaard JL, Rebolj M. The Danish National Patient Register. Scandinavian journal of public health. 2011;39(7 Suppl):30-3.
40. Sundhedsdatastyrelsen. Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister Sundhedsdatastyrelsen: Sundhedsdatastyrelsen; 2020 [Available from: <https://www.danishhealthdata.dk/find-sundhedsdata/Det-Psykiatriske-Centrale-Forskningsregister>].
41. Kildemoes HW, Sorensen HT, Hallas J. The Danish National Prescription Registry. Scandinavian journal of public health. 2011;39(7 Suppl):38-41.

42. Sundhedsdatastyrelsen. Medstat.dk: Sundhedsdatastyrelsen; 2020 [Available from: <https://medstat.dk/>].
43. Andersen JS, Olivarius Nde F, Krasnik A. The Danish National Health Service Register. Scandinavian journal of public health. 2011;39(7 Suppl):34-7.

13 Bilag

Definition af de tre anvendte mål for psykisk sygdom til kapitel 7.

Psykisk sygdom

	ICD-10-kode
Udviklingsforstyrrelse	F70-F84 F88-F90 F98.8 R41.8 R62
Adfærds- følelsesmæssige og andre forstyrrelser	F30-F48 F50-F51 F91-F93 F94.1-F95 F98.0-F98.6 F98.9
Andre diagnoser	F00-F19 F20-F29 F52-F69 F94.0 F99

Kilde: Sofie Weber Pant, Trine Pagh Pedersen Janni Ammitzbøll, Bjørn E. Holstein & Anne Mette Skovgaard. Børns mentale helbred og sundhed – En undersøgelse af nul- til otteårige i Region Hovedstaden i 2002-2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU 2019.

Svær psykisk sygdom

	ICD-10-kode
Skizofreni	F20-F21.9 F25-F25.9
Psykoser	F22-F24.9 F28-F29.9
Mani og bipolare lidelser	F30-F31.9
Borderline	F60.31

Kilde: Benjaminsen L, Andrade S, Andersen D, Enemark M, Birkelund J. Familiebaggrund og social marginalisering i Danmark. En registerbaseret kortlægning. København: SFI–Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2015.

Anden psykisk sygdom

	ICD-10-kode
Depression (let/moderat)	F32-F32.19 F32.8-F32.9 F33-F33.19 F33.4-F33.9
Depression (Svær)	F32.2-F32.39 F33.2-F33.39
PTSD ANGST	F43.1-F42.0 F40-F40.9 F41-F41.1 F41.3-F41.9
OCD	F42-F42.9
Spiseforstyrrelse	F50-F50.3 F50.5-F50.9
Personlighedsforstyrrelse	F60-F60.30 F60.32-F61.9 F62.1-F62.9 F68-F69.9
ADHD	F90-F90.8 F98.8c

Kilde: Benjaminsen L, Andrade S, Andersen D, Enemark M, Birkelund J. Familiebaggrund og social marginalisering i Danmark. En registerbaseret kortlægning. København: SFI–Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2015.