psykiatri fonden

Tal og Fakta om psykisk sygdom i Danmark

2023

Psykiatrifonden.dk

Psykiatrifonden 2023

Bidragydere:

Rikke Fuglsang Olsen, Ph.d. og seniorkonsulent

Anna Mertz Poulsen, projektmedarbejder

Per Vendsborg, overlæge, dr.med., MPA

Lajla Knudsen, projektkonsulent

Elisabeth Tranberg, studentermedhjælper

psykiatrifonden

www.psykiatrifonden.dk

Litteraturliste

1. Introduktion **6**

1.1. Psykisk sygdom, mental sundhed og mistrivsel 9

1.2. Datakilder 10

1.3. Læsevejledning 12

2. Psykiske sygdomme **13**

2.1. Skizofreni og beslægtede sygdomme 14

2.2. Affektive sygdomme 15

2.3. Angst- og belastningssygdomme 15

2.4. Spiseforstyrrelser 16

2.5. Personlighedsforstyrrelser 16

2.6. Misbrug 16

2.7. Psykiske sygdomme hos børn og unge 17

3. Forekomst af psykisk sygdom **18**

3.1. Opgørelsesmåder af forekomst af psykiatrisk sygdom 19

3.2. Forekomst af psykisk sygdom og udvalgte diagnoser 19

3.3. Internationale estimater af forekomst af psykisk sygdom 25

3.3.1. Forekomst af selvrapporteret psykisk sygdom i EU 26

3.4. Forløb for psykiske sygdomme 27

3.4.1. Debutalder 27

3.5. Dobbeltdiagnoser 28

3.6. Selvmord 29

3.7. Retspsykiatriske patienter 31

4. Psykisk sygdom og køn **32**

4.1. Kønsforskelle i psykiske sygdomme og mental sundhed 33

4.2. Særlige forhold for mænd 37

5. Børn og unge **39**

5.1. Forekomst af psykisk sygdom hos børn og unge 41

5.1.1. Mental sundhed blandt børn og unge 45

5.2. Behandling og indsatser 46

5.2.1. Mind My Mind 48

5.3. Skærmbrug og sociale medier (SoMe) 48

5.4. Børn og unge som pårørende 52

6. Psykisk sygdom blandt ældre **53**

6.1. Ældre og medicin for psykisk sygdom 55

6.2. Demens 56

6.3. Selvmord blandt ældre 58

7. Psykisk sygdom blandt minoritetsgrupper **59**

7.1. Kønsidentitetsminoriteter 60

7.2. Seksuelle minoriteter 61

7.3. Etniske minoritetsgrupper 62

8. Behandling ved psykisk sygdom **64**

8.1. Indlæggelse og ambulant behandling 65

8.1.2. Genindlæggelser 67

8.2. Behandling med psykofarmaka 69

8.3. Behandling hos psykolog 71

8.3. Behandling hos privatpraktiserende psykiater 73

9. Recovery **74**

10. Tvang i psykiatrien **76**

10.1. Tvang i voksenpsykiatrien 77
10.1.1. Tvangsindlæggelser 77
10.1.2. Tvangsforanstaltninger 79
10.1.3. Målsætningen om en reduktion i brugen af tvang 80
10.2. Klagesager om tvang 81
10.3. Tvang i børne- og ungepsykiatrien 83

11. Omkostninger ved psykisk sygdom **85**

12. Overdødelighed **87**

13. Psykisk sygdom og uddannelse **88**

14. Psykisk sygdom og arbejdsmarkedstilknytning **92**

14.1. Dobbeltdiagnoser og arbejdsmarkedstilknytning 94
14.2. Psykisk sygdom hos forældre og børnenes senere arbejdsmarkedstilknytning 95

15. Risikofaktorer og årsager til psykisk sygdom **96**

Litteratur **97**

1. Introduktion

Psykiatrifonden arbejder for, at færre får en psykisk sygdom, og at de, som rammes eller er i risiko for at blive ramt af psykisk sygdom, får den rigtige behandling og tilstrækkelig støtte i tide. Psykiatrifondens arbejde med at forbedre vilkårene for mennesker med psykisk sygdom skal hvile på et solidt vidensfundament. Psykisk sygdom er fortsat forbundet med fordomme, tabu og stigmatisering. Det er helt centralt for Psykiatrifonden at ændre det. Udbredelse af viden og uddannelsesmuligheder skaber større forståelse, bedre vilkår og forbedringer for personer med psykisk sygdom og deres pårørende.

Formålet med denne rapport er at udbrede viden om:

- Psykiske sygdomme og psykiatriske diagnoser.
- Psykisk sygdom i forskellige befolkningsgrupper.
- Behandling af psykisk sygdom.
- Risikofaktorer for psykisk sygdom.
- Livet med psykisk sygdom.

Rapporten henvender sig til alle, der ønsker mere viden om psykisk sygdom.

Vi oplever alle sammen med jævne mellemrum, at livet er så svært, at det påvirker vores psykiske velbefindende. Det betyder ikke, at vi har en psykisk sygdom, men det er vigtigt at søge viden og hjælp – i tide. I løbet af et livsforløb vil en stor del af befolkningen – omkring 82 % – på et eller andet tidspunkt enten få udskrevet medicin for psykisk sygdom og/eller blive behandlet i psykiatrien.[1] Godt 113.000 patienter blev i 2022 behandlet i voksenpsykiatrien, mens godt 40.000 patienter blev behandlet i børne- og ungdomspsykiatrien (eSundhed.dk. Eget datatræk oktober 2023).

Det er afgørende at have opmærksomhed på børn og unges psykiske sygdom og fortsatte stigning i psykiatriske diagnoser blandt dem, da sygdommen for nogle trækker negative spor gennem hele livet.[1–3] Derfor er det også vigtigt, at det bliver nemmere for børn, unge og deres forældre at få den rette hjælp tidligt.

En central ændring, som Psykiatrifonden arbejder for, er en ligestilling mellem psykisk sygdom og somatisk sygdom. Der er mange eksempler på, at psykiatriske patienter ikke får den samme standard i behandling, som somatiske patienter kan forvente.[4]

Der findes desværre ikke gode opgørelser af det relative ressourceforbrug i sundhedsvæsenet fordelt på psykiatri og somatik. Sammenholder vi de lægelige psykiatriske specialer (børne- og ungepsykiatrien og psykiatrien) med de somatiske specialer, fremkommer der nogle tydelige forskelle i forhold til, om der findes landsdækkende kvalitetsstandarder og behandlingspakker. Der er fx mange landsdækkende kvalitetsstandarder inden for cancerspecialet og hjerte-kar-specialet, mens der ingen er i børne- og ungdomspsykiatrien og kun få i voksenpsykiatrien.

Når vi i denne rapport belyser tilstanden i psykiatrien i en lang række af henseender, bliver det tydeligt, at psykiatrien bredt set i den grad har brug for at blive prioriteret, hvilket rapportens nøglebudskaber i boksene nedenfor understreger.

Rapportens nøglebudskaber

Om forekomst af psykisk sygdom

- Omkring 82 % af befolkningen vil på et eller andet tidspunkt i livet enten få udskrevet medicin for psykiske symptomer og/eller blive behandlet i psykiatrien.
- Halvdelen af de mennesker, som i løbet af livet får kontakt med psykiatrien, har den første kontakt, inden de fylder 18 år.
- I perioden fra 2013 til 2022 er der samlet en stigning på ca. 18 % (knap 31.000) i antal mennesker i psykiatrisk behandling (indlæggelse og ambulant behandling).
- For voksne er nervøse lidelser (angst) og affektive sygdomme (depression og bipolar lidelse) de hyppigst forekommende diagnosegrupper. Mænd har en livstidsrisiko for nervøse lidelser på 13 %, og kvinder har en livstidsrisiko på 19 %. For depressive sygdomme er livstidsrisikoen for mænd 10 % og for kvinder 16 %.
- Blandt børn og unge er ADHD (2,4 %) og autismespektrumforstyrrelser (2,1 %) de hyppigst forekommende registrerede diagnoser (0-17 år).
- Flere kvinder end mænd er diagnosticeret med psykisk sygdom. Ca. 63.600 kvinder og knap 50.000 mænd blev i 2022 behandlet i psykiatrien.

Om behandling

- Knap 457.000 kvinder og knap 290.000 mænd blev behandlet med psykofarmaka i 2022.
- For både mænd og kvinder er brugen af ADHD-medicin steget markant i perioden 2012-2022. Der har været en stigning på 59 % for mænd og 69 % for kvinder. ADHD-medicin er den eneste medicintype med flere mandlige brugere end kvindelige.
- De sidste ti år har selvmordsraten stabiliseret sig omkring 600 selvmord om året. Mænd begår næsten tre gange så ofte selvmord som kvinder, mens ældre har de højeste selvmordsrater af alle aldersgrupper.
- Mennesker med en psykiatrisk diagnose har gennemsnitligt en kortere forventet levetid end resten af befolkningen. Især personer med diagnoser som stof- og alkoholafhængighed, skizofreni og personlighedsforstyrrelser har færre forventede leveår end resten af befolkningen (8 til 18 færre leveår).

Fortsættes

- På trods af stabilitet i antallet af personer, der tvangsindlægges hvert år (mellem 3000-3300), er der sket en stigning i det samlede antal af indlæggelser fra 3.413 i 2012/2013 til 5.168 i 2022/2023. Det må betyde en stigning i, hvor mange gange den enkelte person bliver tvangsindlagt.

- Der har været et fald i brugen af bæltefiksering i perioden 2014-2022. 4,5 % af alle indlagte i psykiatrien blev bæltefikseret i 2022. 7,2 % af alle indlagte i psykiatrien blev bæltefikseret i 2014.

- 2022 er det år, hvor flest både absolut og relativt set har fået beroligende medicin med tvang i perioden 2014-2022, og der har været en støt mindre stigning over årene fra 2.130 personer (8 %) i 2014 til 2.361 (9,1 %) i 2022. Der har også været en stigning i antallet af gange, der gives akut beroligende medicin med tvang, på 10.385 gange i 2022 mod omkring de 8000 i årene 2014-2016. Stigningen i anvendelsen af beroligende medicin givet med tvang kan være et udtryk for, at man ønsker at undgå nogle af de andre tvangsforanstaltninger.

- Sagsbehandlingsfristerne i klagesager om tvang overholdes ikke i en bekymrende stor del af sagerne. I 2020 er det tilfældet i 22 % af sagerne om tvangsbehandling, i 65 % af sagerne om frihedsberøvelse og i 93 % af sagerne om andre former for tvang.

Om livet med psykisk sygdom

- Personer med psykisk sygdom har sværere ved at gennemføre en uddannelse, og heller ikke på længere sigt indhentes det uddannelsesmæssige efterslæb, de har i forhold til den øvrige befolkning.

- Personer med psykisk sygdom har gennemsnitligt markant sværere ved at fastholde deres tilknytning til arbejdsmarkedet.

Indledningsvist definerer vi her kort nogle af de nøglebegreber, som vi bruger i rapporten. Vi bruger endvidere lidt plads på at beskrive datakilder. Det gør vi, fordi kombinationer af forskellige begreber og datakilder resulterer i forskellige tal for psykisk sygdom, mental sundhed, mistrivsel eller andre vigtige udfaldsmål relateret til psykiatrien. Og det skaber ofte forvirring i debatten om psykiatrien. Det medfører en risiko for, at vidensgrundlaget for prioriteringen af, hvordan og for hvem, der skal sættes ind, bliver uklart.

1.1. Psykisk sygdom, mental sundhed og mistrivsel

'Psykisk sygdom', 'mental sundhed' og 'mistrivsel' er begreber, der anvendes både i den offentlige debat og i forskningsverdenen. Vi anvender i denne rapport primært begreberne mental sundhed og psykisk sygdom, der i modsætning til mistrivsel er veldefinerede fagtermer.

Mental sundhed har Verdenssundhedsorganisationen WHO defineret som:

> en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udfolde sit potentiale, håndtere hverdagens og livets udfordringer, kan bidrage med værdiskabende arbejde og kan bidrage til fællesskaber med andre mennesker.[5]

Psykisk sygdom er defineret ved:

> tilstedeværelsen af både 1) væsentlige psykiske symptomer og 2) en væsentlig grad af belastning og funktionspåvirkning i dagligdagen.[6] Desuden skal tilstanden være af længere varighed afhængig af dens art.[7]

Mental sundhed er altså mere end fraværet af psykisk sygdom. Det er et bredt og komplekst begreb, som kan forstås i to dimensioner:

> **1) oplevelsesdimensionen** – at man oplever velbefindende, at man overvejende har det godt, er i godt humør og tilfreds med livet.
>
> **2) funktionsdimensionen** – at man kan klare dagligdagens gøremål og almindelige udfordringer og gerne bidrager til de fællesskaber, man er en del af, og løbende udvikler sit potentiale.[5,6]

Mental sundhed og psykisk sygdom er forbundne tilstande, men har man en psykisk sygdom, er man ikke nødvendigvis mentalt usund. En velbehandlet person med en psykisk lidelse uden symptomer kan sagtens være velfungerende, velbefindende og dermed mentalt sund. Omvendt behøver en person, som i en længere periode er i dårligt humør og utilfreds med livet, ikke ud fra diagnostiske kriterier være psykisk syg. Samtidig ved vi dog, at fraværet af mental sundhed ofte optræder sammen med eller kan udvikle sig til psykisk sygdom,[2,8–10] og at mange af de samme risikofaktorer ligger bag dårlig mental sundhed og udviklingen af psykisk sygdom.[2,11] Den præcise sammenhæng mellem de to tilstande er dog ikke fyldestgørende belyst.[2]

Der har de senere år været fokus på særligt børn og unges *mistrivsel*, og det er et begreb, der er blevet allemandseje. På trods af dette er der ikke en fælles klar definition af begrebet på tværs af forskellige fagmiljøer,[6] og forskellige undersøgelser måler mistrivsel på flere forskellige og ikke altid sammenlignelige måder.[2] Mistrivsel kan derfor ikke opfattes som en fagterm, men derimod i højere grad som en lægmandsterm. Nogle gange bruges (mis-)trivsel som synonym for mental sundhed, andre gange måler mistrivsel efter vores vurdering primært oplevelsesdimensionen. Da der, som nævnt, ikke er en standardiseret fagligt funderet definition af (mis-)trivselsbegrebet, vil vi i denne rapport anvende mental sundhed som det primære begreb.

1.2. Datakilder

Denne rapport bygger på mange datakilder. Udover de tal, vi selv kan trække via offentligt tilgængelige statistikker, er en stor del af rapporten baseret på resultater fra enkeltstående videnskabelige studier, analyserapporter og analysenotater.

I forhold til en række af de helt grundlæggende tal som fx forekomsten af psykisk sygdom og specifikke diagnoser blandt den voksne befolkning i Danmark udarbejder sundhedsmyndighederne ikke regelmæssige offentlige opgørelser. Derfor er en del af de tal, som anvendes af både medier og politikere, fremkommet som følge af aktindsigtsbegæringer eller enkeltstående analyser lavet på baggrund af udvalgsspørgsmål og §20-spørgsmål stillet af folketingsmedlemmer til en minister. Det betyder, at mange relevante aspekter af psykiatrien ikke belyses kontinuert, og at udviklingen i flere henseender er vanskelig at følge systematisk.

Det psykiatriske felt har som nævnt færre landsdækkende standarder, men også færre databaser end andre lægelige specialer. Derfor er der også relativt færre tilgængelige data, både for myndigheder og forskere. Der kan findes ganske mange vigtige tal og fakta om fx livstidsrisiko, risikofaktorer og komorbiditet (det vil sige flere diagnoser hos den samme person) i videnskabelige artikler baseret på danske data. Men mange af de simple, beskrivende tal om udviklingen i forekomst af psykisk sygdom i den danske befolkning findes kun sporadisk i den videnskabelige litteratur. Forskningslitteraturen i psykiatri (men også helt generelt) har som sit hovedformål at bibringe helt ny viden til feltet internationalt, og specifikke danske forhold eller udviklinger er ikke altid i fokus – også selvom der anvendes danske data. Derfor er det heller ikke altid muligt at finde de tal i de videnskabelige artikler, der kan beskrive udviklingen i psykiatrien i Danmark.

De mange forskellige datakilder, men til dels også mangel på data, medfører for det første, at vi i nogle henseender må basere os på relativt gamle tal. Og for det andet, at der ikke gennem rapporten er konsistens i, bl.a. hvordan aldersgrupper er afgrænset eller psykiatriske diagnoser er grupperet og opgjort på, fordi tallene kommer fra forskellige kilder.

Der anvendes to typer af datakilder i de kvantitative undersøgelser af mental sundhed.

Den ene datakilde er ***registerdata*** fra registre, som indeholder administrationsdata af danskernes kontakt til offentlige myndigheder, sundhedsvæsenet m.v. Registerdata kan stilles til rådighed af Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen og indeholder informationer om den danske befolknings brug af sundhedsydelser, lægemidler og en række andre sundhedsindikatorer knyttet til den enkelte patient eller sundhedsvæsenet. Nogle af de hyppigst brugte registre, som tallene i denne rapport er baseret på, er Landspatientregisteret, som bl.a. indeholder oplysninger om diagnoser, indlæggelser, skadestue- og ambulante kontakter; og Lægemiddelstatistikregisteret, som indeholder oplysninger om medicinforbrug, herunder psykofarmaka. Andre relevante registre er bl.a. Dødsårsagsregisteret, Register over Tvang i psykiatrien, Register over Stofmisbrugere i Behandling og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister. Nogle registerdata stilles til rådighed direkte af den myndighed, som forestår den pågældende registrering. Det gør sig fx gældende for klagesager afsluttet i det Psykiatriske Patientklagenævn, som bl.a. registrerer data om klagesager over tvangsindgreb i psykiatrien, og hvorvidt frister for sagsbehandlingstiden er overholdt.

En del statistikker om sundhedssystemet og psykiatrien er offentligt tilgængelige, så man kan trække fx antallet af patienter i psykiatrien i et givet år og opdele på nogle få vigtige forhold som fx køn eller region. Mulighederne er imidler-

tid begrænset af, at disse offentligt tilgængelige statistikker er såkaldt aggregerede statistikker, så man ikke kan koble forskellige datakilder for enkeltindivider. Fx hvis man ønskede at se på beskæftigelsen blandt personer med skizofreni. Det er heller ikke muligt i de nuværende offentligt tilgængelige statistikker at trække tal for andelen af befolkningen, som er blevet behandlet i psykiatrien mindst en gang inden for de seneste ti år. Der kan dog trækkes ganske mange relevante statistikker, og dem præsenterer vi i denne rapport. Rapporten benytter i høj grad eSundhed.dk., som Sundhedsdatastyrelsen stiller til rådighed, men også statistikbanken.dk., som stilles til rådighed af Danmarks Statistik.

Den anden datakilde er **spørgeskemadata**. Her anvender man nogle gange enkelte spørgsmål (om fx mobning, ensomhed, søvnproblemer, mave- eller hovedpine) til at måle en psykisk tilstand. Andre gange anvendes der måleinstrumenter, hvormed man forsøger at måle en tilstand, fx ensomhed, gennem en række spørgsmål, hvor svarene tilsammen kan ses som et udtryk for tilstanden. Der findes mange såkaldte måleinstrumenter, hvoraf nogle er udviklet til enkeltstående surveys og således kun anvendt i den sammenhæng. Mens andre måleinstrumenter er validerede (fx the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) og WHO-5) og anvendt i mange undersøgelser og på tværs af lande. At et måleinstrument er valideret betyder, at det er efterprøvet via forskellige statistiske tests, som for det første sikrer, at man måler den tilstand, man gerne vil måle, men for det andet også at internationalt udviklede måleinstrumenter er justeret til en dansk kontekst. Anvendelse af validerede måleinstrumenter sikrer således alt andet lige en højere kvalitet og gyldighed for undersøgelsesresultaterne.

En anden potentiel spørgeskemadatakilde er diagnostiske spørgeskemaer som fx det internationalt anerkendte værktøj Composite International Diagnostic Interview (CIDI),[12] som dog endnu ikke anvendes i Danmark (læs mere om CIDI i kapitel 3).

En udfordring ved brugen af både registerdata og spørgeskemadata, når man ønsker at undersøge forekomsten af psykisk sygdom, er, at der er et mørketal forbundet med begge datakilder.

Ikke alle personer med psykiske sygdomme bliver behandlet for deres psykiske sygdom af sundhedssystemet og vil derfor ikke fremgå af registrene. Desuden vil en del af dem, der faktisk får behandling, få den hos en praktiserende læge, en speciallæge eller en privatpraktiserende psykolog, hvorfor man ikke kender det præcise tal for patienter med psykisk sygdom og deres diagnoser. Der er således to mørketal, hvilket gør det vanskeligt at estimere den nøjagtige forekomst via registerdata, og vi må antage, at vi grundet mørketallene generelt underestimerer forekomsten. I et livsforløbsperspektiv er det dog rimeligt at antage, at langt de fleste med relativt alvorlige sygdomme enten vil blive behandlet i psykiatrien eller få udskrevet medicin, som kan bruges til behandling af psykiske symptomer, af egen læge og således optræde i opgørelser baseret på registerdata.

Spørgeskemadata har et potentiale til at indfange en større bredde af psykiske tilstande fra svage tegn på dårlig mental sundhed til alvorlig sygdom, hvis der spørges til disse tilstande. I spørgeskemaundersøgelser er problemet med mørketal relateret til, at ikke alle, der får tilsendt en invitation, vælger at besvare et spørgeskema, og at det ikke er tilfældigt, hvem der er mere/mindre tilbøjelige til at besvare et spørgeskema. Fx vil personer med dårlig mental sundhed potentielt kunne være mindre tilbøjelige til at besvare spørgeskemaundersøgelser. Og i så fald bliver det billede, undersøgelserne tegner, potentielt ikke retvisende og repræsentativt for den gruppe af borgere, man ønsker at undersøge. Det er væsentligt at være opmærksom på, om der oplyses om og tages højde for denne problematik i analyserne og i fortolkningen af resultaterne.

1.3. Læsevejledning

Denne rapport indeholder 15 kapitler om forskellige emner relateret til psykisk sygdom. Rapporten kan læses i sin helhed, men kapitlerne kan også læses selvstændigt, så rapporten kan bruges som et opslagsværk. Efter dette introducerende kapitel 1 følger kapitel 2, som kortfattet beskriver de væsentligste psykiske sygdomme. De efterfølgende 13 kapitler omhandler psykisk sygdom for forskellige befolkningsgrupper (fx blandt minoriteter eller børn og unge) og forskellige emner inden for psykisk sygdom (fx tvang i psykiatrien og overdødelighed).

Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark er en opdatering og udvidelse af Psykiatrifondens rapport Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark fra 2021. Kilderne i denne rapport er indsat som numre i teksten det sted, hvor de er anvendt. En oversigt over de anvendte kilder kan ses til sidst i rapporten.

Det er tilladt at citere fra dette dokument med kildehenvisning. Henvis også gerne til den oprindelige kilde.

2. Psykiske sygdomme

I dette kapitel beskriver vi kort de væsentligste psykiske sygdomme. Kapitlet baserer sig på ICD-10 sygdomsklassifikationen[7] og nogle af de væsentligste danske grundbøger i psykiatri.[13,14] Har man lyst til at læse mere detaljeret om psykiske sygdomme, kan man således finde viden i disse kilder eller læse på Psykiatrifondens hjemmeside, hvor vi mere omfattende beskriver de væsentligste psykiske sygdomme.

Uanset hvordan vi definerer et psykisk eller fysisk problem og uanset årsag til problemet, så er det et samfundsmæssigt valg at rubricere problemet som en sygdom. Vi bliver i fællesskab enige om, hvilke problemer vi vil betragte som sygdom, og det besluttes politisk, at problemet som følge deraf har ret til behandling i sundhedsvæsenet. Nogle problemer har en lang tradition for at være sygdomme, andre er fortsat til diskussion. Der sker løbende inddragelse af nogle problemer og udelukkelse af andre fra sygdomsspektret.

Udover retten til at få hjælp i sundhedsvæsenet har sygdomsbetegnelsen sociale, moralske og følelsesmæssige følgevirkninger. Nogle mennesker kan føle sig ramt af fordomme og stigmatiserede af betegnelsen. Psykiatrifonden kæmper for, at psykisk sygdom behandles på lige fod med fysisk sygdom og anvender derfor betegnelsen sygdom med de rettigheder, det giver. Samtidig bekæmper vi de fordomme, som findes om psykisk sygdom.

En diagnose er navnet på en sygdom. Psykiske sygdomme viser sig som et antal psykiske symptomer. For at stille en diagnose er det en forudsætning, at der udover symptomerne er en alvorlig og længerevarende påvirkning af arbejds- og/eller privatlivet eller en mærkbar forringelse af livskvaliteten.

Selv når symptomerne er så hæmmende, at der er tale om sygdom, er det vigtigt at huske, at der er meget stor variation i graden af hæmning inden for den enkelte sygdom. Den reducerede funktionsevne inden for samme diagnose kan variere ganske betydeligt. Diagnosen alene kan ikke afgøre graden af nedsat funktion eller betydningen for livskvalitet. Det er fuldstændig som for fysiske sygdomme.

ICD-10

ICD er et klassifikationssystem over sygdomme, som opdateres af WHO. ICD fungerer som en international ensretning af sygdomsklassifikation, hvor hver sygdom har en kode, den registreres med. Der arbejdes hele tiden med at præcisere, hvilke symptomer der indgår i de enkelte sygdomme, og derfor revideres oversigterne over diagnoserne løbende. Den diagnoseliste, vi har nu, hedder ICD-10, og den er under afløsning i de kommende år af ICD-11. Listerne udarbejdes af faglige arbejdsgrupper organiseret af WHO.

Vi har begrænset viden om de mekanismer, som ligger bag de psykiske sygdomme. Det er århundredlang erfaring og videnskabelige undersøgelser, som har givet os den nuværende viden om, hvilke sygdomme der forekommer, og hvilke symptomer der karakteriserer dem. For at få mere viden om årsagerne er forskning vigtig.

Der arbejdes løbende på at afklare, hvilke processer i hjernen der ligger bag de enkelte symptomer, men endnu må vi nøjes med at afgrænse sygdommene alene ud fra de karakteristiske symptomer. Med hensyn til årsager er der almen enighed om, at sygdommene fremkommer ved et samspil mellem nogle medfødte genetiske forudsætninger og de påvirkninger, vi udsættes for under opvæksten og i voksenlivet (se mere om risikofaktorer og årsager i kapitel 15).

Når man har en psykisk sygdom afgrænset af en bestemt diagnose, så ved man erfaringsmæssigt, hvordan sygdommen sandsynligvis vil forløbe fremover, og hvilke behandlinger der kan bedre forløbet. Vores viden er baseret på undersøgelser af, hvordan det gennemsnitligt går store grupper af patienter med en specifik diagnose. For det enkelte menneske er der derfor stor mulighed for variation i både sygdommens forløb og i resultaterne af behandling.

2.1. Skizofreni og beslægtede sygdomme

Definitionen på en psykotisk tilstand er, at den pågældende ikke kan skelne sikkert mellem, hvad der er og ikke er virkelighed. Man kan populært sige, at personen ikke kan skelne mellem fantasi og virkelighed. Det er ikke en tilstand, man selv kan styre, for man har mistet kontrollen over sin egen hjernevirksomhed. Tabet af kontrol kan være totalt, så al realitetssans er væk, men der kan også være tale om et delvist tab af kontrol. Man kan således leve med et "dobbelt bogholderi" og fx tro, at man er en anden person (vrangforestilling), og samtidig opretholde en nogenlunde normal daglig livsførelse.

Hos mennesker med psykosesygdom som fx skizofreni kan tænkning, følelser og handlinger periodisk eller mere permanent være præget af, at den pågældende er i en psykotisk tilstand. Der kan være vrangforestillinger, fx om at være forfulgt, eller hallucinationer i form af stemmer, syner eller andre sanseforestillinger, som ikke er reelle. Der kan være nedsat energi, manglende evne til at opleve sine følelser, vanskeligheder med tænkning og koncentration, forestillinger om at ens tanker bliver påvirket udefra, eller om at man påvirker andres tanker og tendens til at isolere sig og forsømme sig selv og sine omgivelser.

De sygdomme, som man kalder psykosesygdomme, indebærer, at det pågældende menneske i kortere eller længere perioder kan være i en psykotisk tilstand. Det vil sige være psykotiske, mens de på andre tidspunkter i deres sygdomsforløb har en upåvirket opfattelse af virkeligheden. Det gælder fx skizofreni og bipolar lidelse.

Skizofreni og beslægtede sygdomme dækker over typer af skizofreni og skizofrenilignende psykotiske tilstande. Disse typer sygdomme har overordnet diagnosekoderne DF20-DF29.

Beslægtede tilstande kan være skizoaffektiv sygdom med symptomer fra både bipolar sygdom og skizofreni, paranoide tilstande med kun vrangforestillinger, korterevarende skizofrenilignende stof- eller belastningsudløste psykoser og skizotypi, som kun rummer ganske kortvarige psykoseoplevelser.

2.2. Affektive sygdomme

Mennesker med affektive sygdomme har ændringer i stemningslejet. Det vil sige løftet eller nedsat stemningsleje. Langt det almindeligste er nedsat stemningsleje i form af depression. Vi kender alle til nedtrykthed, men depression er der først tale om, når tilstanden har vedvaret konstant i uger og alvorligt påvirker livskvaliteten og evnen til at fungere. Depressionen kan have mange grader af alvorlighed med manglende energi, sortsyn og livslede, der kan udvikle sig til selvmordstanker. I de sværeste tilfælde er der tale om, at det pågældende menneske er psykotisk og har vrangforestillinger om fx at have forårsaget helt urealistiske skader mod familien, samfundet eller være skyld i ikkeeksisterende forbrydelser og lignende.

Mere sjældent har personen svingninger i begge retninger, så der udover depression forekommer perioder, hvor stemningslejet er løftet, energien stor og humøret højt. Denne tilstand kan også udvikle sig til psykose, så personen har helt urealistiske tanker om egne evner og foretager sig svært skadelige handlinger af personlig og økonomisk art. Personen kan blive meget vred, eventuelt voldsom, hvis nogen forsøger at korrigere forestillingerne. Det er den sygdom, som nu kaldes bipolar lidelse og tidligere hed manio-depressiv psykose.

Affektive sygdomme dækker over depression og bipolar lidelse. Disse typer sygdomme har overordnet diagnosekoderne DF30-DF39.

2.3. Angst- og belastningssygdomme

Alle mennesker kender følelsen angst. Det bliver først en angstsygdom, når følelsen optræder uden nogen rimelig årsag og med en styrke, som nedsætter funktionsevnen eller livskvaliteten væsentligt. Angsten er som regel ledsaget af fysiske symptomer som rysten, sveden, hjertebanken og åndedrætsbesvær. Angst optræder ved de fleste psykiske sygdomme. Man giver en angstdiagnose, når angsten er det eneste eller dominerende symptom. Angsten kan optræde i anfald som panik, kan være jævnt til stede eller som forløber for og ved sociale møder. Man henregner også tvangstanker og -handlinger til angstlidelser.

Angstsygdomme dækker over forskellige angsttyper fx panikangst, agorafobi, socialfobi og OCD. Belastningssygdomme dækker over akut belastningsreaktion og PTSD. Disse typer sygdomme har overordnet diagnosekoderne DF40-DF48.

Akutte voldsomme katastrofeagtige hændelser kan medføre en akut belastningsreaktion med fremtrædende forvirring, desorientering og korterevarende adfærdsændringer. På et senere tidspunkt kan der i nogle tilfælde udvikle sig en posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD). Den viser sig som undgåelsesadfærd for lignende situationer, påtrængende erindringer, mareridt (flashbacks) og alarmberedskab. Mindre belastende begivenheder og livsændringer kan medføre tilpasningsreaktioner med forskellige emotionelle symptomer og adfærdsforstyrrelser.

2.4. Spiseforstyrrelser

En spiseforstyrrelse viser sig ved en fødeindtagelse, som giver den pågældende psykiske og fysiske problemer. Ved anorexia nervosa reducerer personen sin fødeindtagelse og øger eventuelt sin fysiske aktivitet, så der fremkaldes et vægttab. Bulimi er en tilstand, hvor personen har overspisningsepisoder og indtager voldsomme mængder af føde for derefter at kaste op. Der er ved begge tilstande overoptagethed af mad, sund kost, legemsvægt og kropsform. Mennesker med anoreksi kan blive ekstremt og livstruende afmagrede. Drejer det sig om bulimi, er de som regel vægtmæssigt i normalområdet. Et spiseproblem, som er defineret i den amerikanske diagnoseliste, men endnu ikke i den danske, er anfaldsvis overspisning uden opkastning. Det kaldes i USA Binge Eating Disorder.

Spiseforstyrrelser dækker over anoreksi, bulimi og tvangsoverspisning. Disse typer sygdomme har overordnet diagnosekoden DF50.

2.5. Personlighedsforstyrrelser

Vi har alle en personlighed, som viser sig som en mosaik af karaktertræk, der er særegen for hver af os, og som gør, at vi alle er forskellige. Man taler om en personlighedsforstyrrelse, når et menneske er præget af nogle dominerende fastlåste træk, som er skadelige for mennesket selv og eventuelt også for andre. Det er træk, som kan findes hos alle i mindre udtalt grad som fx stædighed, humørsvingninger, ængstelighed og overfladiskhed. Man beskriver i dag forskellige typer af forstyrret personlighed. I den nye diagnoseliste, som er på vej, har man besluttet blot at give diagnosen personlighedsforstyrrelse og så nævne de fremtrædende træk. Det skyldes, at erfaringen har vist, at trækkene ofte optræder i andre kombinationer end de typer, man hidtil har beskrevet.

Mennesker kan have nogle vane- og impulshandlinger, som de har meget vanskeligt ved at kontrollere. Det kan være ludomani, på dansk (penge) spillelidenskab, eller gaming disorder, overdrevent computerspil. Sidstnævnte findes i den amerikanske diagnoseliste, men ikke i den nuværende danske. Diagnosen er med i den nye ICD-11.

Personlighedsforstyrrelser dækker bl.a. over dyssocial, borderline, narcissistisk og paranoid personlighedsstruktur. Der findes flere former for personlighedsforstyrrelser, som ofte overlapper. Disse typer sygdomme har overordnet diagnosekoden DF60.

2.6. Misbrug

Mennesker diagnosticeres med misbrug, når de anvender et euforiserende stof på en måde, som er skadelig for det psykiske eller fysiske helbred. I århundreder var alkohol dominerende, men det er i dag suppleret med talrige andre stoffer.

Misbrug findes i diagnoselisten på lige fod med andre psykiske sygdomme. I Danmark blev det først i 1955 vedtaget af Folketinget, at alkoholisme skulle betragtes som en sygdom, og der blev oprettet behandlingstilbud. I dag er hovedparten af misbrugsbehandlingen overladt til kommunerne, men det diskuteres til stadighed, i hvor

høj grad den skal overgå til psykiatrien. Man skelner mellem skadeligt forbrug og afhængighed. Der er hyppig forekomst af anden psykisk sygdom sammen med misbrug. Der er ofte en tæt sammenhæng mellem misbrug og anden psykisk sygdom, og det kan være vanskeligt at skelne mellem, hvornår den ene er årsag til den anden eller omvendt.

Misbrug dækker over skadeligt forbrug af alkohol og stoffer. Disse typer sygdomme har overordnet diagnosekoderne DF10-DF16.

Derudover udgør misbrug den ene del af en dobbeltdiagnose, hvor man har samtidigt misbrug og anden psykisk sygdom.

2.7. Psykiske sygdomme hos børn og unge

Nogle psykiske lidelser tilhører kun barndommen, mens andre begynder i barndommen og fortsætter i voksenlivet, og endelig kan de sygdomme, som ses hos voksne, begynde allerede i ungdommen.

Børn kan have emotionelle og adfærdsmæssige forstyrrelser og reaktioner på belastende livsomstændigheder, som kun forekommer i barndommen. Specifikke udviklingsforstyrrelser som fx stammen og gennemgribende udviklingsforstyrrelser som autisme fortsætter i voksenlivet. ADHD viser sig i barndommen og fortsætter også i varierende grad i voksenlivet. Mental retardering diagnosticeres i barndommen, men det er ikke en lidelse, som behandles i psykiatrien, men i socialvæsenet. I ungdommen begynder de samme lidelser, som findes hos voksne, at vise sig. I det hele taget er psykiske lidelser i modsætning til de fleste fysiske lidelser karakteriseret ved at begynde tidligt i livet. Halvdelen af de mennesker, som i løbet af livet får kontakt med psykiatrien, har den første kontakt, inden de fylder 18 år.

Psykiske sygdomme, som debuterer i barn- eller ungdommen, er ADHD og autismespektrum-forstyrrelser samt mental retardering. Mental retardering har diagnosekoderne DF70-DF79. Udviklingsforstyrrelser har diagnosekoderne DF80-89. Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser har diagnosekoderne DF90-98.

De to hyppigste sygdomme i barndommen, autisme og ADHD, har begge en overvejende genetisk komponent og viser sig i de første leveår. I nogle tilfælde er symptomerne så svage eller ofres ikke tilstrækkelig opmærksomhed, så diagnosen først stilles i voksenlivet. Man vil altid i voksenlivet indhente oplysninger om barndommen og symptomernes tilstedeværelse der, før man stiller diagnosen.

Autisme viser sig ved vanskeligheder med social kontakt og samvær, forsinket sproglig udvikling og afvigende adfærd. De pågældende børn oplever verden på en anden måde end andre børn. Sygdommen er ofte ledsaget af andre psykiske lidelser. Ved Aspergers syndrom er den sproglige udvikling og de kognitive funktioner normalt udviklede. I andre tilfælde er de kognitive evner reducerede, så der samtidig er mental retardering. Autismespektrumforstyrrelser er en overordnet betegnelse, som ofte anvendes. Herunder specificerer man forskellige undergrupper som fx Asperger.

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) viser sig som opmærksomhedsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet. En variant er ADD, hvor det især er opmærksomhedsfunktionen, som er påvirket. ADHD viser sig især hos drenge. I en vis udstrækning kan den bedres med alderen, men mange har stadig problemerne som voksne. I nogle tilfælde bliver sygdommen først opdaget i voksenalderen. Man er i de senere år blevet mere opmærksom på lidelsen, og antallet af børn og voksne med diagnosen er stigende.

3. Forekomst af psykisk sygdom

I dette kapitel præsenterer vi en række opgørelser af forekomsten af og udviklingen i psykisk sygdom i hele den danske befolkning, men med størst fokus på den voksne befolkning, da forekomsten af psykiske sygdomme hos børn og unge behandles selvstændigt i kapitel 5.

Hovedbudskaberne i kapitlet er:

- Omkring 82 % af befolkningen vil på et eller andet tidspunkt i livet enten få udskrevet medicin for psykiske symptomer og/eller blive behandlet i psykiatrien.
- Knap 150.000 mennesker blev i 2022 behandlet i psykiatrien.
- I perioden fra 2013 til 2022 er der samlet en stigning på ca. 18 % (knap 31.000) i antal af mennesker i psykiatrisk behandling (indlæggelse og ambulant behandling).
- For voksne er nervøse lidelser (angst) og affektive sygdomme (depression og bipolar lidelse) de hyppigst forekommende diagnosegrupper.
- En psykiatrisk diagnose er forbundet med øget risiko for at få andre psykiatriske diagnoser. Det er særligt i det første år efter, at diagnosen stilles.
- Halvdelen af de mennesker, som i løbet af livet får kontakt med psykiatrien, har den første kontakt, inden de fylder 18 år.
- 30 % af de psykiatriske patienter har et samtidigt misbrug, hvilket kaldes en dobbeltdiagnose.
- De sidste ti år har selvmordsraten stabiliseret sig til omkring 600 selvmord om året.

3.1. Opgørelsesmåder af forekomst af psykiatrisk sygdom

Et meget centralt omdrejningspunkt i debatten om psykiatrien og de sidste 15 års udvikling er tal for ***forekomsten af psykisk sygdom***, hvilket også er omdrejningspunktet i dette kapitel. Forekomst af psykiske sygdomme kan opgøres på flere måder, alt efter hvad man mere præcist ønsker at belyse.

En af de hyppigste opgørelsesmåder er prævalens. **Prævalens** er antallet af sygdomstilfælde i en population på et bestemt tidspunkt eller over en bestemt periode. Man måler fx hvor stor en del af befolkningen, som i dag, i løbet af året eller på et eller andet tidspunkt i deres liv har haft en psykisk lidelse. Prævalens er en indikator for, hvilken kapacitet og hvilke services der bør være i sundhedsvæsenet for at behandle en given sygdom eller sygdomsgruppe. Prævalens kan fx sige noget om, hvor mange behandlingsforløb der aktuelt er i gang (punktprævalens), og hvor mange der samlet set har behov for behandling i løbet af et år (årsprævalens). Prævalensen i en befolkning falder, når personer med en given sygdom enten bliver raske eller dør. En stigning kan både udgøres af, at flere mennesker overlever længere tid med en sygdom og/eller en stigning i nye tilfælde.

En anden opgørelsesmåde er **incidens**, som er et mål for antallet af nye tilfælde af en sygdom i en given periode, fx et år. Incidens siger noget om, hvor mange der har behov for udredning og derefter behandling. Både prævalens og incidens opgøres ofte i % eller i antal per 1000.

Endelig taler man også ofte om **livstidsrisiko**. Livstidsrisikoen siger noget om risikoen for at udvikle en sygdom i løbet af ens liv. Det er et tal, der siger noget om ”almindeligheden” af psykiske lidelser, og som bl.a. kan anvendes i forbindelse med bekæmpelse af stigma, tabu m.m.

3.2. Forekomst af psykisk sygdom og udvalgte diagnoser

Vi kender ikke den sande forekomst af psykisk sygdom i den danske befolkning, da der ikke er lavet store danske repræsentative undersøgelser, som bruger diagnostiske spørgeskemaer som fx det internationalt anerkendte værktøj Composite International Diagnostic Interview (CIDI).[12] Målinger ved brug af CIDI ville kunne give et mere præcist billede af forekomsten af psykisk sygdom i den danske befolkning.

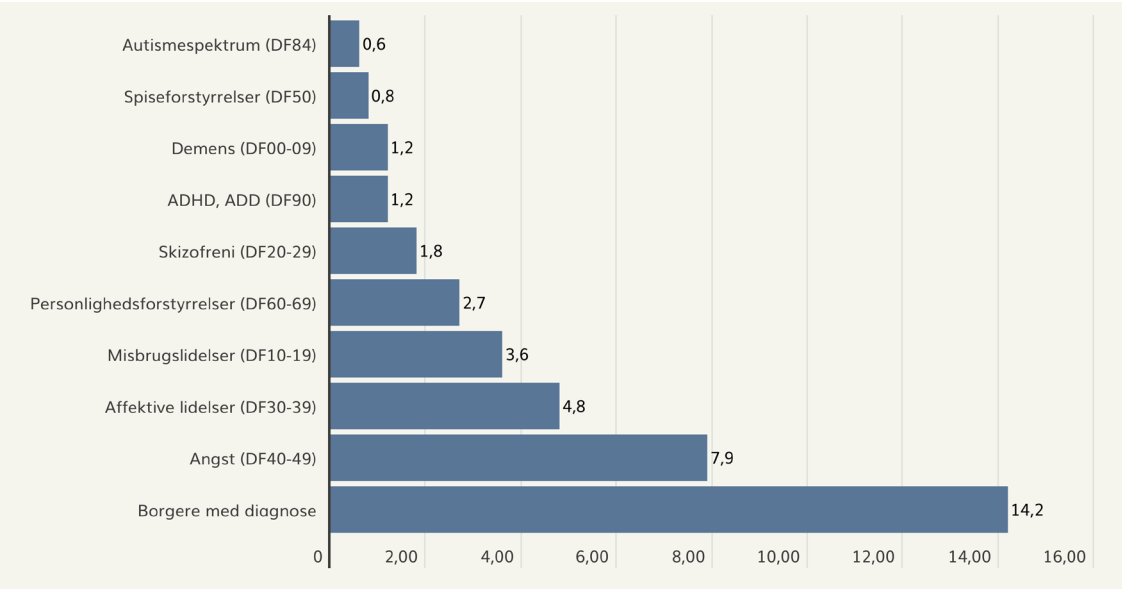
Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

CIDI er et internationalt anerkendt værktøj bestående af flere spørgeskemaer til kortlægning af psykisk sygdom. CIDI søger at stille samme spørgsmål om symptomer, som en psykiater ville stille for, at afgøre om den pågældende har en eller flere sygdomme/diagnoser. For hver diagnose er der et sæt af spørgsmål. Derudover er der spørgsmål om sociale forhold, fysiske sygdomme og egne data. Det tager op til et par timer at komme igennem spørgsmålene, hvis der er positive svar (sygdomme). CIDI anvendes endnu ikke i Danmark. Psykiatrifonden har sammen med Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Forskningsenheden ved Psykiatrisk Center København (CORE) og Danmarks Statistik udarbejdet et forskningsprojekt, som skal kortlægge hyppigheden af psykisk sygdom i Danmark ved hjælp af CIDI-metoden. Der søges aktuelt om finansiering.

Vi kan derimod læne os op ad undersøgelser og datatræk baseret på registerdata eller spørgeskemadata (som beskrevet i kapitel 1), som måske ikke kan give os et præcist tal på forekomsten af psykisk sygdom, men derimod kan belyse henholdsvis forekomsten af mennesker i kontakt med psykiatrien og mennesker, som oplever lav mental sundhed (selvrapporteret).

Nedenstående Figur 3.1 viser prævalensen af registrerede psykiske sygdomme i befolkningen (18-66 år) i 2018. For denne aldersgruppe er det således angst, affektive lidelser som depression og misbrugslidelser, der dominerer.

Figur 3.1. Forekomst af udvalgte registrerede psykiske sygdomme i den danske befolkning (18-66 år) 2018 i procent.



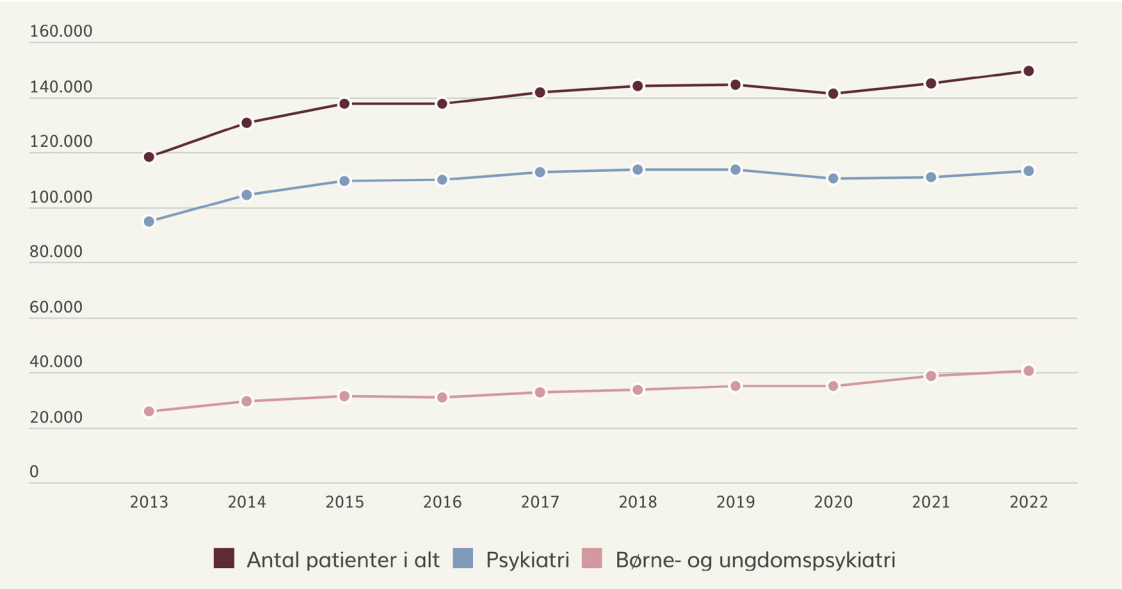
Kilde: PwC, 2021[15] og egne beregninger.

Note: Oplysninger fra Landspatientregisteret om registrerede diagnoser ved indlæggelser og ambulante besøg.

14,2 % af den 18-66-årige befolkning havde i løbet af 2018 mindst en diagnose, hvilket var en stigning fra 2014, hvor det gjaldt 11,1 %.[15]

Ser vi på antallet af unikke patienter, som er blevet behandlet ambulant eller har været indlagt i årene 2012-2022, viser Figur 3.2., at der har været en markant stigning i antal behandlede personer i perioden. 2022 var det år med det hidtil højeste antal personer (149.408) behandlet i psykiatrien. Det lavere antal behandlinger i 2020 må formodes at skyldes covid-19-pandemien.

Figur 3.2. Antallet af unikke patienter behandlet i psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien i 2013-2022 (årsprævalens).



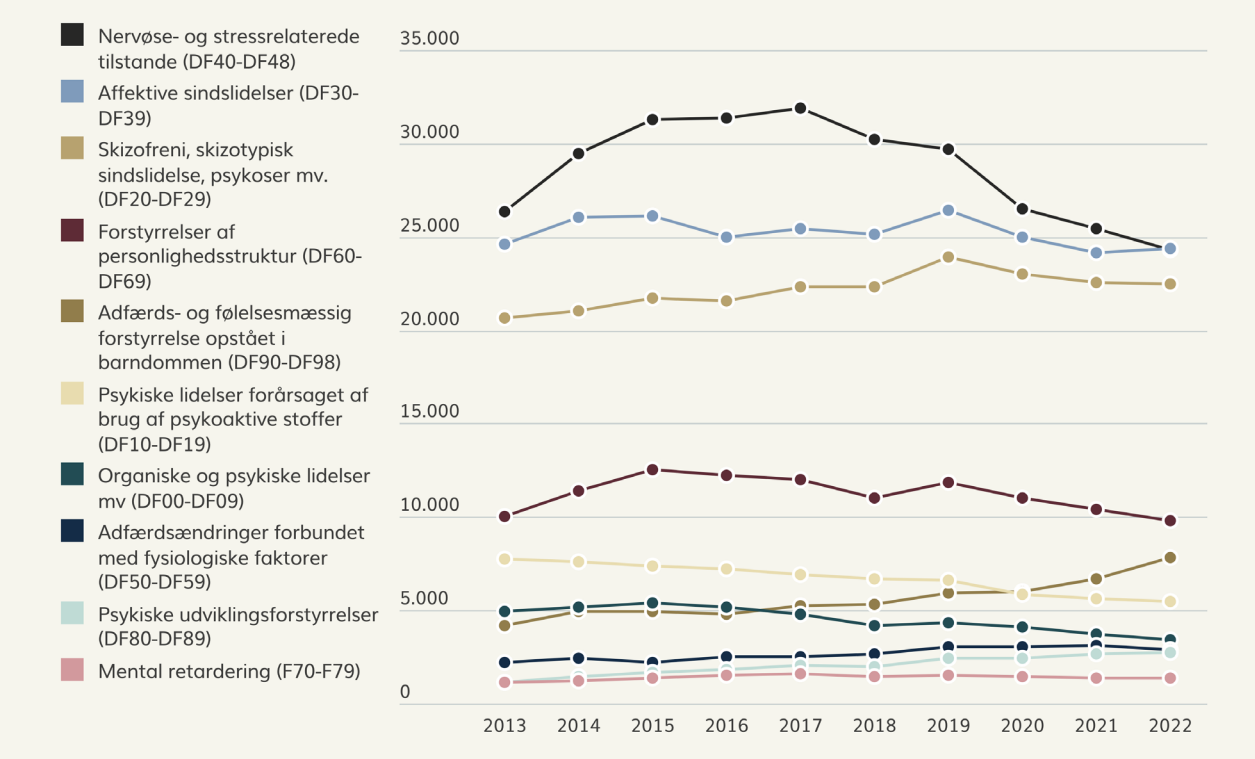
Kilde: eSundhed.dk. Eget datatræk oktober 2023.

Noter: 1) Der er databrud i 2019 grundet overgang til ny version af Landspatientregisteret (LPR3) primo 2019. Det betyder, at sammenligninger af tal for 2019 og frem med tal for 2018 og før skal foretages med ekstra varsomhed. 2) Den samme unge kan i det år, personen fylder 19 år, både optræde som patient i børne-og ungepsykiatrien og voksenpsykiatrien, så det samlede antal af patienter summerer ikke til de to patientgrupper.

Figur 3.2. illustrerer også, at den stigning, der ses i patienttilgangen fra 2020 og 2022, i høj grad udgøres af en stigning i antallet af patienter behandlet i børne- og ungdomspsykiatrien. Udviklingen i antallet af patienter i psykiatrien inden for de senere år ser ud til indtil videre at have stabiliseret sig omkring de 113.000 om året.

En analyse lavet af Sundhedsstyrelsen af Landspatientregisterets data for perioden 2009-2018 viste, at for den voksne del af befolkningen, der har haft kontakt med psykiatrien mindst en gang inden for ti år, har der især været stigninger i de nervøse- og stress-relaterede tilstande, som i 2018 gjaldt mere end 175.000 voksne danskere, og de affektive sindslidelser, som gjaldt for godt 125.000.[16] Ser vi på antallet af voksne patienter behandlet i psykiatrien i årene 2012-2022 fordelt på diagnosegrupper, supplerer Figur 3.3. Sundhedsstyrelsens tal. Vi kan se, at der i årene op til 2017 var en stigning særligt i antallet af patienter med nervøse- og stress-relaterede tilstande, som var på sit højeste i 2017, men også i nogen grad for skizofreni frem til 2019. I næsten hele perioden ser vi dog en stigende udvikling i diagnosegruppen adfærdsmæssige og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen, som jo bl.a. inkluderer ADHD.

Figur 3.3. Antal patienter behandlet i psykiatrien i et givet år fordelt på diagnosegrupper. 2012-2022.



Kilde: eSundhed.dk. Eget datatræk oktober 2023.

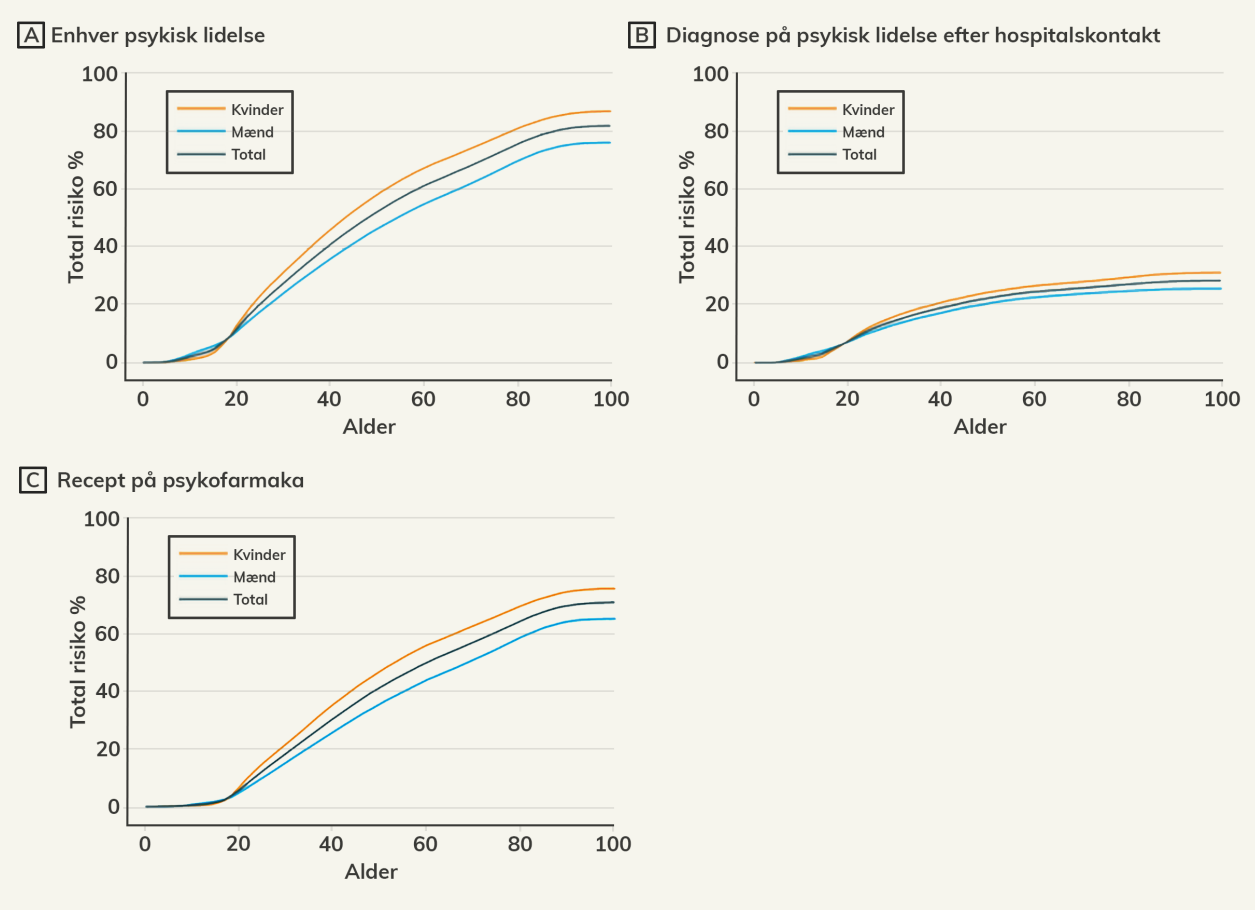
Noter: 1) 'Psykiske lidelser og forstyrrelser er ikke nærmere specificeret' (DF99) og andre diagnoser er ikke vist i 3.3. 2) En patient kan indgå i flere diagnosekategorier. Summeres antallet af antal patienter i hver diagnosekategori, overstiger det således antallet af unikke voksne patienter i Figur 3.2. 3) Der er databrud i 2019 grundet overgang til ny version af Landspatientregisteret (LPR3) primo 2019. Det betyder, at sammenligninger af tal for 2019 og frem med tal for 2018 og før skal foretages med ekstra varsomhed.

Et nyt dansk studie[1] estimerer, at 82,6 % af den danske befolkning på et tidspunkt i deres liv vil modtage behandling for psykisk sygdom enten ved diagnosticering på et psykiatrisk sygehus (indlæggelse eller ambulant behandling) og/eller ved modtagelse af receptpligtige psykofarmaka udskrevet hos en læge.

Figur 3.4. illustrerer de estimerede livsforløbsrisici for alle og opdelt på køn. Figur 3.4b viser udviklingen for diagnosticering af psykisk sygdom ved hospitalsbehandling (ambulant og indlæggelse).

Ser man udelukkende på, hvor mange der vil blive behandlet på psykiatrisk sygehus i løbet af deres liv, estimeres det til 29 %. Figur 3.4c viser udviklingen i risikoen for at modtage recept på psykofarmaka. 70,4 % af befolkningen i løbet af livet anslås at få receptpligtig medicin hos en læge uden forudgående kontakt med et psykiatrisk hospital. Figur 3.4a viser udviklingen i risiko for at modtage behandling for psykisk sygdom, enten ved diagnosticering på et psykiatrisk sygehus og/eller modtagelse af receptpligtige psykofarmaka, hvilket resulterer i en livsforløbsrisiko på 82,6 %.

Figur 3.4. Estimeret livsforløbsrisiko for psykiatrisk diagnose og psykofarmaka.



Kilde: Kessing et al., 2023.[1]

Fælles for alle figurerne er, at drengene ligger over pigerne i barn- og ungdommen, men at kvinderne herefter har en højere risiko for at blive behandlet for psykisk sygdom resten af livet end mændene.

Undersøgelsen viser også, at personer behandlet for psykisk sygdom efterfølgende har en højere sandsynlighed for at opleve socioøkonomiske udfordringer såsom at blive arbejdsløse, have en lav indkomst, komme til at bo alene eller blive skilt. Studiet viser således en sammenhæng mellem psykisk sygdom og efterfølgende socioøkonomisk situation, men undersøgelsesdesignet tillader ikke, at man konkluderer, at den psykiske sygdom er årsagen til ens socioøkonomiske situation. Sammenhængen med de socioøkonomiske indikatorer understøtter derimod, at der ikke er tale om en overestimering af psykisk sygdom, fordi der er målbare ændringer på væsentlige livsvilkår, som optræder efter behandlingen af psykisk sygdom. Disse er størst blandt personer, som blev behandlet på sygehuset, men forekommer også blandt personer, der kun har en recept på psykofarmaka. Studiet indeholder også en række robusthedsanalyser, som understøtter, at resultaterne om forekomsten af psykisk sygdom ikke er overvurderet. Bl.a. medregnes ikke typer af medicin, der kan behandle søvnløshed eller stress, samt recepter, der aldrig blev indløst eller medicin, som kun blev udskrevet én gang. Derudover har forskerne udelukket psykofarmaka, der bruges til behandling af en række somatiske sygdomme.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at de 82,6 % indeholder personer, der kun én gang i deres liv er blevet behandlet for en psykisk lidelse, fx en depression, og efterfølgende har været raske resten af livet, såvel som personer, der gentagne gange og over en længere årrække er blevet behandlet for en eller flere psykiske sygdomme. I boksen nedenfor har vi seks fiktive eksempler på personer, som kan illustrere bredden i de 82,6 %, som behandles for psykisk sygdom.

Eksempler på personer, som behandles for psykisk sygdom.

- Niels er 59 år. Han blev sygemeldt med stress og fik i den forbindelse en depression, som han fik medicin for i to år gennem egen læge.
- Kerstin på 35 år lider af angst. Med års mellemrum har hun panikangst og har fået medicinsk behandling ved egen læge.
- Samira på 45 år har en depression. Hun har været indlagt en enkelt gang. Hun får psykologbehandling kombineret med antidepressiv medicin.
- William er 26 år og har bipolar lidelse. Han modtager litiumbehandling i hospitalsregi. Han har været indlagt, da han var yngre, men det er flere år siden.
- Anne er 19 år. Hun har vist de første symptomer på psykose. Hun bliver behandlet ambulant gennem OPUS med samtaleterapi og antipsykotisk medicin.
- Thomas på 49 år har en svær depression og har været gennem flere behandlingsformer uden effekt. Thomas er til tider selvmordstruet og har fået elektrochokbehandling på sygehuset.

Tidligere danske studier har estimeret, at ca. en tredjedel af den danske befolkning bliver behandlet på et psykiatrisk hospital,[17] hvilket stemmer meget godt overens med Figur 3.4b. Men idet mange af de personer, der får en psykisk sygdom, ikke kommer i kontakt med et psykiatrisk hospital, men derimod bliver behandlet hos egen læge, underestimerer hospitalskontakter forekomsten af psykisk sygdom i befolkningen. Samme studie har også for perioden 2000-2012 beregnet risikoen for at modtage behandling på et psykiatrisk hospital – indlæggelse, ambulant eller akut – i løbet af livet.[17] Resultaterne er skildret i Tabel 3.1, der viser, at kvinder har 38 % risiko for at få mindst én vilkårlig psykisk sygdom gennem livet, mens mænd har 32 % risiko. De hyppigst forekommende diagnoser over danskernes livstid er for både mænd og kvinder nervøse lidelser som angst, affektive lidelser som depression og misbrugslidelser.

Tabel 3.1. Livstidsrisiko for at udvikle (og blive behandlet for) specifikke diagnoser opdelt på køn.

Alder	Mænd	Kvinder
Mindst én psykisk sygdom	32 %	38 %
Nervøse lidelser (angst)	13 %	19 %
Affektive lidelser (depression, bipolar)	10 %	16 %
Misbrugslidelser	8 %	5 %
Personlighedsforstyrrelser	7 %	4 %
ADHD	5 %	2 %
Skizofreni og beslægtede lidelser	4 %	4 %
Skizofreni (smal definition)	2 %	2 %

Kilde: Pedersen et al., 2014.[17]

3.3. Internationale estimater af forekomst af psykisk sygdom

En analyse af 155 studier fra 59 forskellige lande estimerer, at 17,6 % af klodens befolkning har været psykisk syge inden for de seneste 12 måneder (årsprævalens). Den tilsvarende andel for europæiske højindkomstlande som Danmark er 17,1 %.[18] Studiet anvender forskellige diagnostiske spørgeskemaer, bl.a. det internationalt anerkendte værktøj Composite International Diagnostic Interview (CIDI), udviklet af WHO.

Et studie på amerikanske data af livstidsrisiko (frem til en alder på 75 år) baseret på CIDI estimerer en livstidsrisiko på omkring 51 % og 46 % på observeret livstidsprævalens.[12] Tilsvarende estimater for livstidsrisiko for en række andre lande er også beregnet, og her er livstidsrisikoen fx estimeret til at være 33 % i Tyskland, 43 % i Holland, 47 % i Frankrig og 49 % i New Zealand.[19] Forfatterne bag disse undersøgelser understreger dog, at det er konservative estimater, bl.a. fordi deltagerne i undersøgelsen skal kunne huske og kunne angive deres mentale helbredshistorie; og der er en risiko for, at hukommelsen ikke er præcis.

Et forløbsstudie fra New Zealand, som har fulgt deltagerne fra fødsel og indtil videre til de er 45 år, og som har anvendt gentagne diagnostiske interview af deltagerne, finder, at 86 % af deltagerne har haft psykisk sygdom.[20] Det er således markant højere end de 49 % opgjort ved brug af CIDI.

At der findes forskellige estimater af forekomsten af psykisk sygdom, er et resultat af, at der anvendes forskellige datatyper, definitioner af psykisk sygdom og beregningsmetoder. Uanset variationen i estimater kan det overordnet konkluderes, at den nye viden, vi har i dag om forekomsten af psykisk sygdom set over et livsforløb, peger på, at forekomsten af psykisk sygdom i løbet af livet er mere almindelig end hidtil troet. I virkeligheden er det et mindretal, der ikke på et eller andet tidspunkt oplever psykiske problemer.[1,20,21] Forhåbentlig vil denne viden bidrage til at aflive stigma og fordomme, som historisk har knyttet sig til personer med psykiske sygdomme.

3.3.1. Forekomst af selvrapporteret psykisk sygdom i EU

I en undersøgelse foretaget blandt voksne i EU i 2018 svarede en ud af ni voksne i EU (11 %), at de havde symptomer på psykiske problemer. Danmark adskiller sig ikke nævneværdigt fra EU-gennemsnittet, hvor Irland og Polen havde den laveste prævalens på omkring 5 %, og Kroatien og Portugal de højeste på omkring 20 %.[22]

I Tabel 3.2. ses resultater om voksne i EU i 2016 fra en anden tidligere undersøgelse. Her blev deltagerne spurgt til en række udvalgte lidelser. Omkring 17 % af den voksne befolkning i EU angav, at de havde en psykisk sygdom.[23]

EU-tallene både fra 2016 og 2018 er baseret på spørgeskemaundersøgelser i hele EU, så der skal tages højde for, at tallene kan være påvirket af kulturelle forskelle i graden af stigma og viden om mental sundhed på tværs af landene.

Tabel 3.2. Forekomst af selvrapporteret psykisk sygdom blandt den voksne befolkning i EU og i Danmark 2016.

	EU	Danmark
Angst	5,4 %	6 %
Depression	4,5 %	4 %
Bipolar lidelse og skizofreni	1,3 %	1 %
Alkohol- og stofafhængighed	2,4 %	3 %
Andet	4 %	3 %
Samlet andel af befolkningen med psykisk sygdom	17,3 %	16,9 %

Kilde: OECD; EU, 2018.[23]

Der er mindre forskelle mellem tallene i Figur 3.1. og Tabel 3.2. Dette skyldes, at Figur 3.1 baserer sig på opgørelser over den danske befolkning (18-64 år) baseret på registerdata inden for en afgrænset periode 2013-2018. Tabel 3.2 baserer sig derimod på en selvrapporteret psykisk sygdom blandt en ikke nærmere specificeret udvalgt gruppe i den danske befolkning i 2016. Når der er tale om selvrapportering, er opgørelserne baseret på den enkelte persons vurdering af eget helbred, og altså ikke nødvendigvis en sundhedsfaglig vurdering. Det kan bidrage til, at tallet er anderledes end undersøgelser baseret på registerdata. Fx undersøges forekomsten af depression ud fra et spørgsmål om, hvorvidt man i løbet af de seneste 12 måneder har haft forskellige sygdomme, herunder depression.[23]

3.4. Forløb for psykiske sygdomme

Når en person for første gang bliver diagnosticeret med en psykisk sygdom, er det en grundlæggende klinisk udfordring at fastslå diagnosen med sikkerhed. Ved det første møde med patienten har psykiateren for det første ofte ikke så megen information om patientens sygdomsforløb og generelle situation, men for det andet er det også ofte tilfældet, at vigtige symptomer endnu ikke har manifesteret sig hos patienten.

Danske registerstudier har vist, at enhver psykiatrisk diagnose er forbundet med øget risiko for at få andre psykiatriske diagnoser. Det gælder særligt det første år, efter diagnosen stilles.[24,25]

En kortlægning af patienters forløb efter deres første diagnose viser, at i løbet af ti års opfølgning har 46,9 % af patienterne fået yderligere minimum én efterfølgende diagnose, som er en anden end den oprindelige diagnose.[24] Studiet er baseret på registerdata på danskere over 18 år, som er blevet diagnosticeret som led i behandling på et psykiatrisk hospital, og som har modtaget en af de 20 mest almindelige psykiatriske diagnoser. Herefter blev de 20 mest almindelige efterfølgende diagnoser samt dødsfald udpeget som mulige udfald i løbet af opfølgningsperioden. Manisk episode var den mindst stabile diagnose, hvor 76,6 % fik en efterfølgende anden diagnose. Blandt de mest stabile diagnoser var spiseforstyrrelser, hvor kun 26,2 % efterfølgende fik en anden diagnose. Studiet peger endvidere på, at personer med førstegangsdiagnoser som misbrug eller akutte og forbigående psykoser har særlig risiko for, at diagnoserne udvikler sig, og derfor skal de tilbydes grundig opfølgning.

Denne nye viden om diagnoseforløb og usikkerheden vedrørende den første diagnose er vigtig og til stor gavn for både læge, patient og pårørende. Det er vigtigt at have en viden om personens sandsynlige fremtidige sygdomsforløb, ændringer eller tilstødende diagnoser. Både så man som kliniker kan planlægge relevant opfølgning, og så man kan informere personen med psykisk sygdom og pårørende om usikkerheden ved den første diagnose, men også hvilke sandsynlige sygdomsscenarier, de kan forvente på længere sigt.

3.4.1. Debutalder

En stor andel af mennesker med psykiske sygdomme oplever, at sygdommen har sin debut i børne-, ungdoms- eller ung voksenalder. I en tredjedel af tilfældene debuterer psykisk sygdom før 14-årsalderen (34,6 %), i næsten halvdelen af tilfældene debuterer psykisk sygdom før 18-årsalderen (48,4 %), og før 25-årsalderen nærmer forekomsten for debuteret psykisk sygdom sig to tredjedele (62,5 %).[26] Debutalderen for psykisk sygdom er forskellig fra sygdom til sygdom. Nedenstående tabel viser, hvordan debutalderen for de forskellige psykiske sygdomme fordeler sig.

Tabel 3.3. Debutalder for psykiske sygdomme på globalt plan.

	14 år	18 år	25 år
Udviklingsforstyrrelser	61,5 %	83,2 %	95,8 %
Angstlidelser	38,1 %	51,8 %	73,3 %
Obsessiv-kompulsive tilstande	24,6 %	45,1 %	64 %
Spiseforstyrrelser	15,8 %	48,1 %	82,4 %
Stressrelaterede tilstande	16,9 %	27,6 %	43,1 %
Misbrug og afhængighed	2,9 %	15,2 %	48,8 %
Skizofreni og psykotiske tilstande	3 %	12,3 %	47,8 %
Personlighedsforstyrrelser	1,9 %	9,6 %	47,7 %
Affektive sindslidelser	2,5 %	11,5 %	34,5 %

Kilde: Solmi et al., 2022.[26]

Nogle typer af psykiske sygdomme viser sig tidligere end andre. Særligt fobier, separationsangst, autismespektrumforstyrrelser, ADHD og social angst debuterer i en tidlig alder. Dette efterfølges af spiseforstyrrelser, OCD og cannabismisbrug. Skizofreni, personlighedsforstyrrelser, panikangst og alkoholmisbrug debuterer senere. Dette efterfølges af PTSD, depression generelle angstlidelser, bipolare lidelser og akutte og forbigående psykoser.[26]

Et dansk registerstudie[27] har også vist, at ved 18-års alderen har 15 % af de danske børn og unge mindst én psykiatrisk diagnose, hvilket yderligere illustrerer, at mange psykiske sygdomme allerede debuterer i barn- og ungdom.

3.5. Dobbeltdiagnoser

Dobbeltdiagnose betegner situationen for den gruppe af borgere, der på samme tid har en psykisk sygdom og et misbrug. Registerbaserede tal for en femårig periode op til og med 2014 viste, at der var knap 40.000 borgere i aldersgruppen 18-79 år med dobbeltdiagnose i den periode,[28] og et andet dansk registerstudie peger på, at omkring 30 % af de psykiatriske patienter også har et misbrug.[29] På tværs af diagnoser er alkoholmisbrug det mest dominerende misbrug, og de diagnoser, som hyppigst optræder sammen med et misbrug, er personlighedsforstyrrelser og skizofrenidiagnoser.[29]

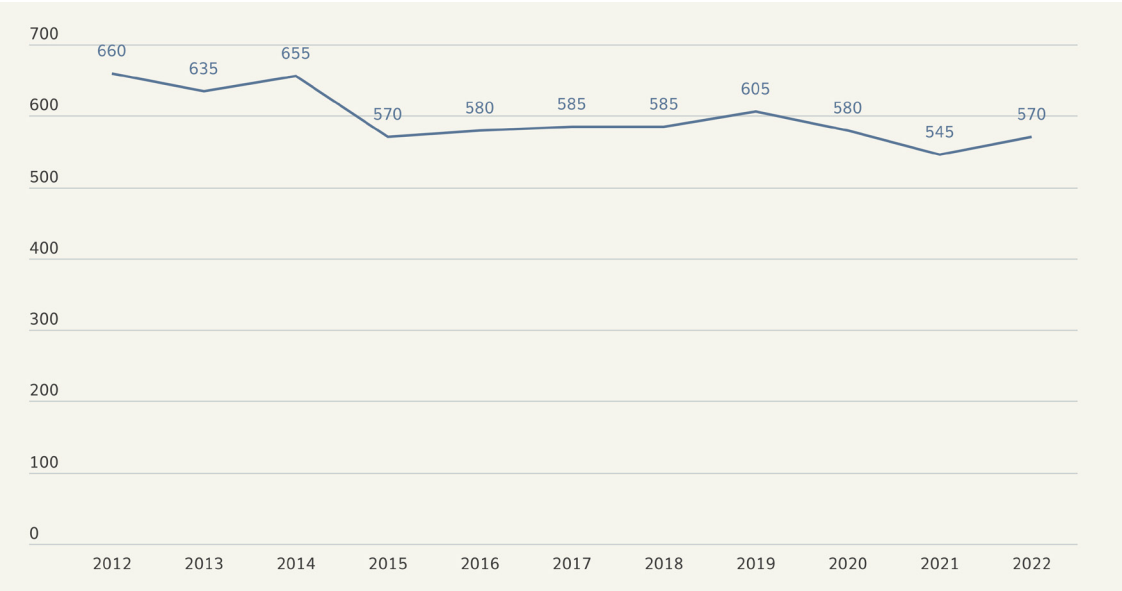
For nogle kan et misbrug være et forsøg på selvmedicinering for psykisk sygdom, og for andre vil der være tale om andre årsager. Uanset årsagen til misbruget komplicerer det ofte behandlingen, at der både er tale om psykisk sygdom og misbrug, hvor misbrugsbehandlingen varetages i kommunerne, mens den psykiatriske behandling varetages af regionerne. Derfor kan borgere med dobbeltdiagnoser opleve at 'falde ned mellem to stole'. Fra 2024 vil der trinvist påbegyndes et regionalt forankret samlet tilbud til mennesker med dobbeltdiagnoser, som forhåbentlig langt bedre vil kunne hjælpe borgere med dobbeltdiagnoser.

3.6. Selvmord

Ifølge WHO dør mere end 700.000 mennesker på verdensplan årligt som følge af selvmord.[30] Den danske selvmordsrate steg fra 1970 og frem til 1980, hvorefter der har været et ganske betragteligt fald i 1980'erne og 1990'erne frem til 2007.[31–33] Det markante fald i selvmord frem til 2007 skyldtes først og fremmest, at man fik nedbragt adgangen til en række selvmordsmetoder og dermed fik reduceret forgiftninger med husholdningsgas, udstødningsgas, barbiturater og antidepresssiva.[33]

De seneste ti år har selvmordsraten ligget mellem 545 og 660 selvmord årligt (Figur 3.5.). Til sammenligning var antallet af selvmord tilbage i 1981: 1.535.[32]

Figur 3.5. Udviklingen i antal selvmord i Danmark fra 2012 til 2022.

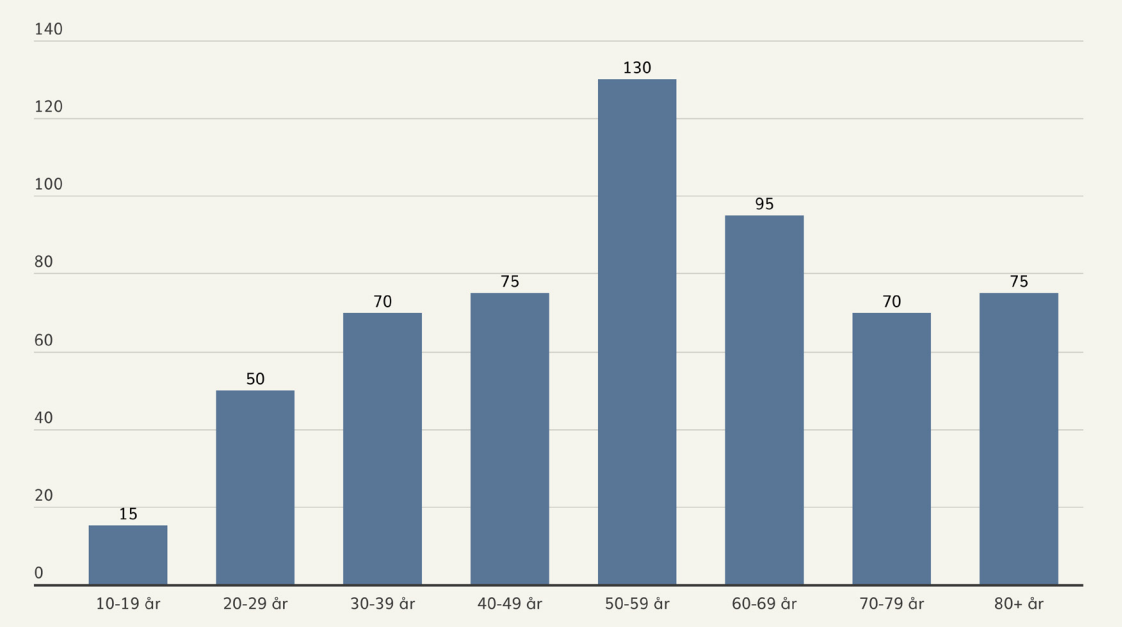


Kilde: eSundhed.dk. Eget datatræk december 2023.

Tallene i Figur 3.5. dækker over en vigtig kønsforskel. Hvert år begår langt flere mænd end kvinder selvmord. Dette uddybes i kapitel 4 om køn og psykisk sygdom.

Ser vi på aldersfordelingen (Figur 3.6), er antallet af personer, der begår selvmord, størst blandt midaldrende personer i alderen 50-59.

Figur 3.6. Udviklingen i antal selvmord i Danmark fra 2012 til 2022.



Kilde: eSundhed.dk. Eget datatræk december 2023.

Note: Det samlede antal selvmord i Figur 3.6. er højere end tallet for 2022 i Figur 3.5. Dette skyldes, at tallene i hver aldersgruppe rundes op eller ned til nærmeste 5.

Den højeste forekomst af selvmord per 100.000 borgere er blandt de ældste borgere og særligt mænd i alderen 80+. Selvmord blandt ældre behandles selvstændigt i kapitel 6.

3.7. Retspsykiatriske patienter

En retspsykiatrisk patient er en person, der har begået kriminalitet, men som på grund af en psykisk lidelse har fået en dom til en psykiatrisk foranstaltning i stedet for en straf med det formål at forebygge ny kriminalitet.

Årsagen kan enten være, at personen er straffri på grund af sindssygdom (§ 16 i Straffeloven), eller at retten skønner, at der er tale om en tilstand præget af mangelfuld udvikling eller svækkelse/forstyrrelse af de psykiske funktioner, så en dom til en psykiatrisk foranstaltning er mere formålstjenlig end straf (§ 69). Mennesker, som er mentalt retarderede, kan også dømmes efter § 16 og § 69 til en foranstaltning rettet mod deres handikap.

Retspsykiatriske patienter kan være idømt tre typer af foranstaltninger: anbringelsesdom (skal være indlagt), behandlingsdom (indlagt eller ambulant) og dom til ambulant behandling (kun ambulant). Flertallet behandles ambulant eller af udgående teams.[16]

I 2019 blev der afsagt 822 foranstaltningsdomme, hvoraf 65 % vedrørte mennesker med psykiske lidelser og 20 % mentalt retarderede (§ 16).[34] Derudover blev 15 % af dommene afsagt efter § 69. Knap halvdelen af foranstaltningsdommene var uden tidsbegrænsning.[16]

Tabel 3.4. Antal foranstaltningsdomme i 2019 og 2020.

	2019	2020
Foranstaltningsdomme i alt	822	731
Heraf		
- Psykiske lidelser (§ 16)	533	512
- Mentalt retarderede (§ 16)	167	124
- Mangelfuld udvikling med videre (§ 69)	122	95

Kilder: Sundhedsstyrelsen, 2022,[16]; Rigsrevisionen, 2021.[34]

I perioden 2001-2018 er antallet af retspsykiatriske patienter, der modtager behandling, næsten tredoblet fra 1.445 i 2001 til 4.254 i 2018. I 2019 og 2020 faldt antallet af retspsykiatriske patienter derimod.[34] Covid-19-situationen kan måske forklare noget af faldet i 2020. Det er desuden sandsynligt, at ændring i registreringspraksis i forbindelse med overgangen fra LPR2 til LPR3 i 2019 spiller en rolle. På denne baggrund er det usikkert i hvilken grad der er sket et reelt fald i antallet af retspsykiatriske patienter i perioden 2018 til 2020.

Tabel 3.5. Antal retspsykiatriske patienter i behandling.

	2001	2018	2019	2020
Antal retspsykiatriske patienter i behandling	1.445	4.254	3.825	2.965

Kilde: Rigsrevisionen, 2021.[34]

4. Psykisk sygdom og køn

Kønsforskelle i forekomsten af psykiske sygdomme er veldokumenterede i den psykiatriske forskning. Der er fx forskelle i prævalens, symptomer, risikofaktorer og sygdomsforløb.[35,36] Imidlertid er forskning i de bagvedliggende årsager til de observerede kønsforskelle fortsat sparsom, hvilket indebærer, at behandlingen af psykisk sygdom således kun i ringe grad kan tage højde for de potentielle kønsforskelle inden for en given psykisk sygdom.[35] Derfor er der brug for mere viden om kønsforskelle i årsager til psykiske sygdomme.

Sammenfattende viser dette kapitel, at:

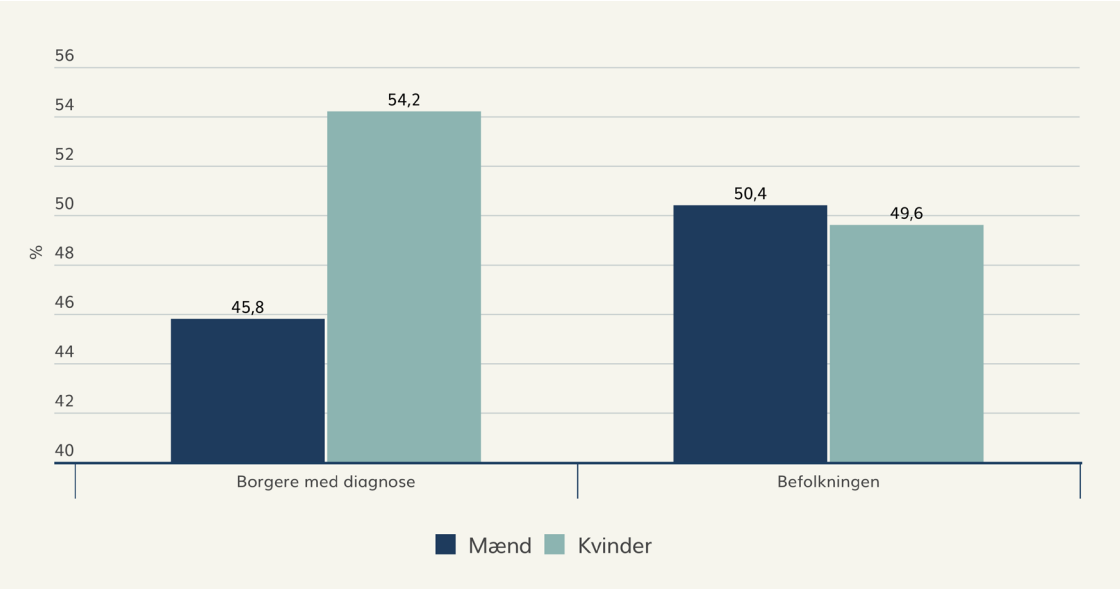
- Flere kvinder end mænd er diagnosticeret med psykisk sygdom. Ca. 63.600 kvinder og knap 50.000 mænd blev i 2022 behandlet i psykiatrien.
- Der har været en stigning i andelen af både kvinder og mænd med psykisk sygdom eller selvrapporteret dårlig mental sundhed de seneste ti år.
- Kvinder har oftere spiseforstyrrelser, depression og angst.
- Mændene har oftere autismediagnoser og misbrugslidelser.
- Mænd begår næsten tre gange så ofte selvmord som kvinder.

4.1. Kønsforskelle i psykiske sygdomme og mental sundhed

Danske registerundersøgelser af psykiatriske diagnoser og spørgeskemaundersøgelser om mental sundhed finder betydelige kønsforskelle i befolkningen.[2,10,15,16,37]

I 2018 havde 275.097 kvinder og 232.171 mænd i aldersgruppen 18-66 år en diagnose,[15] og der er således en overhyppighed af psykiatriske diagnoser blandt kvinder, som også illustreres i Figur 4.1.

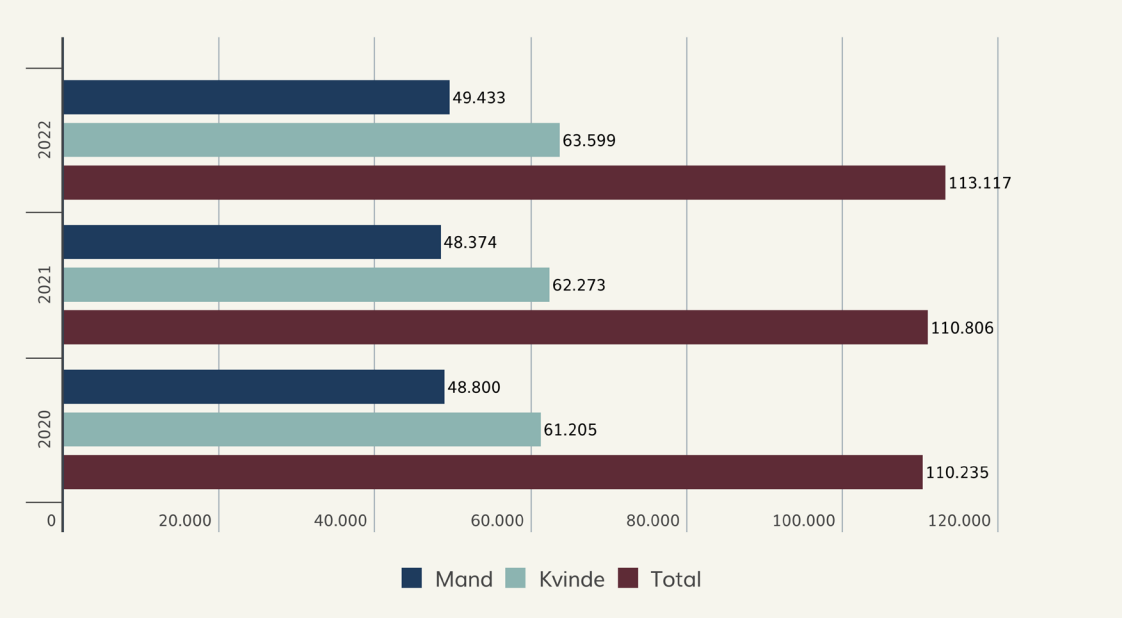
Figur 4.1. Voksne mænd og kvinder (18-66 år) med en psykiatrisk diagnose sammenholdt med befolkningen i 2018 i %.



Kilde: PwC, 2021.[15]

Mænd er dog overrepræsenterede i statistikker om selvmord, kriminalitet og misbrug, hvilket indikerer, at der også er væsentlige problemer med den mentale sundhed blandt mænd.[28,32,38,39] Tal for udviklingen over tid fra 2014 til 2018 viser også, at der har været en stigning i andelen af psykiatriske diagnoser i den periode blandt begge køn på ca. 28 %.[15] Registeropgørelser fra 2017 peger dog på, at det er kvinderne i aldersgruppen 25-34 år, som har den højeste prævalens. Prævalensen for kvinder i den aldersgruppe stiger fra ca. 8 % til mere end 12 % i perioden 2007-2017, hvilket er en stigning med en faktor på 1,7. For mænd er det aldersgruppen 16 til 24 år, som har den højeste prævalens, og de oplever i samme periode en stigning fra godt 5 % til godt 10 %, svarende til en faktor på 1,96.[2] Stigningen for mænd er således stejlere end for kvinder, men mændenes stigning er fra et lavere udgangspunkt end kvindernes. Figur 4.2. viser, at det i de seneste år fortsat er markant flere kvinder end mænd, som er blevet behandlet i psykiatrien i årene 2020 til 2022.

Figur 4.2. Antal patienter i kontakt med psykiatrien 2020-2022 fordelt på køn.



Kilde: eSundhed.dk. Eget datatræk august 2023.

Note: Antallet af mænd og kvinder summer ikke til total, da også nogle få med ukendt køn tæller med i totalopgørelsen.

I spørgeskemaundersøgelser scorer relativt flere kvinder lavt på en valideret mental helbredsskala (Short form survey (SF-12)) end mænd på tværs af alle aldersgrupper. Som det fremgår af Tabel 4.1. gælder det blandt kvinder 19,9 %, og blandt mænd gælder det 14,9 %. Selvrapporteret dårligt mentalt helbred er hyppigst blandt personer under 35 år. Herefter falder andelen af personer med alderen, indtil de når 75 år, hvor den stiger igen for begge køn.[37]

Tabel 4.1. Andele af mænd og kvinder, som angiver at have dårligt mentalt helbred i 2021.

Alder	Mænd	Kvinder
16-24	21,2 %	34,4 %
25-34	20,4 %	25,2 %
35-44	15,6 %	20 %
45-54	13,2 %	16,8 %
55-64	11,2 %	14,6 %
65-74	8,8 %	11,8 %
Over 75	11,9 %	16,2 %
I alt	14,9 %	19,9 %

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2022.[37]

Den mest markante forskel mellem kønnene ses i aldersgruppen 16-24 år, hvor halvanden gang så mange kvinder som mænd i samme alder angiver at have dårligt mentalt helbred. For begge køn i alle aldre er der dog sket en stigning i andelen med dårligt mentalt helbred fra 2010 til 2021.[16]

Det gælder både, når vi ser på resultater fra registerdataanalyser af registrerede diagnoser og spørgeskemadataanalyser af selvrapporteret mental sundhed, at kvinder har en overhyppighed af psykiske lidelser og psykisk mistrivsel. Udviklingen over tid viser dog, at der også forekommer en væsentlig stigning blandt mænd, der scorer lavt på den mentale helbredsskala. Der er fx sket en markant udvikling fra Sundhedsprofilen i 2013 og 2017 til Sundhedsprofilen i 2021. Her er andelen af mænd i aldersgruppen 16-24 år, der angiver at have dårligt mentalt helbred, steget fra 8,2 % i 2013 til 12,9 % i 2017 og til 21,2 % i 2021. Blandt kvinder i samme aldersgruppe stiger andelen fra 17,5 % i 2013 til 23,8 % i 2017 og til 34,4 % i 2021. Det er væsentligt at bemærke, at stigningstakten, også for den selvrapporterede dårlige mentale sundhed, har været højere for mænd end for kvinder, selvom der fortsat er flere kvinder end mænd, der scorer lavt på den mentale helbredsskala.[37,40,41] Denne tendens er desuden gældende i undersøgelser af højt stressniveau og følelse af nedtrykthed, depression og ulykkelighed, hvor andelen af mænd, der angiver dette, stiger procentuelt mere fra 2017 til 2021 end andelen af kvinder. Der er dog fortsat flest kvinder, der angiver disse symptomer.[37,41]

I perioden 2007-2017 har der også både blandt mænd og kvinder været en stigning i forekomsten af psykologbesøg. Der er flere kvinder end mænd, der modtager behandling hos psykologer. Det samme gælder for behandling hos privatpraktiserende psykiatere.[2]

Tal fra Sygdomsbyrderapporten (2021) i Tabel 4.2. viser, at forekomsten af depression og angst er markant højere blandt kvinder, mens mænd lidt oftere har skizofreni.

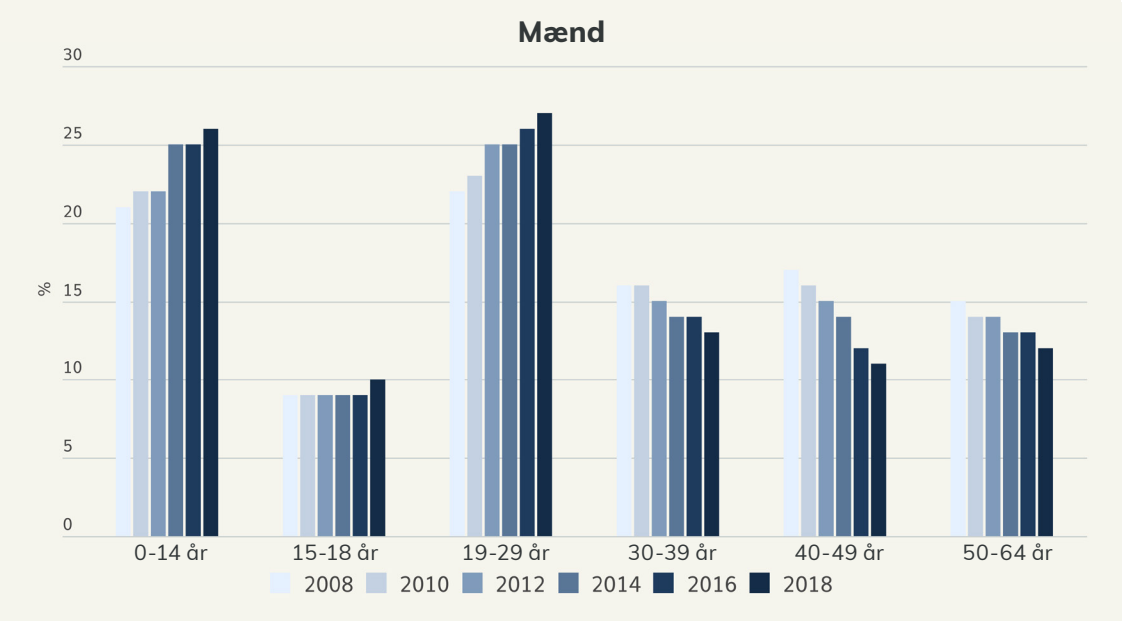
Tabel 4.2. Procentvis forekomst af diagnoser fordelt på køn. Tal baseret på gennemsnit fra 2017-2018. Målt på personer over 16 år.

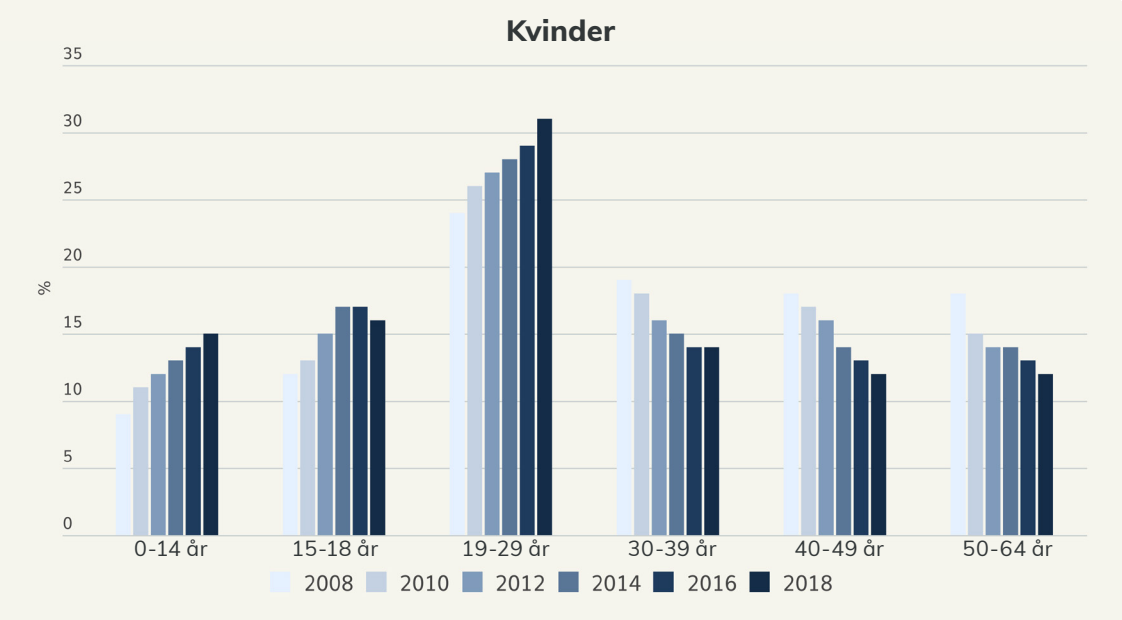
Sygdom	Depression	Angst	Skizofreni
Mænd	9,22 %	2,82 %	0,69 %
Kvinder	15,53 %	5,16 %	0,48 %

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2022.[42]

Der er desuden forskel på, hvornår mænd og kvinder debuterer som patienter i psykiatrien. Det viser bl.a. en registeranalyse fra Danske Regioner af data fra årene 2008-2018.

Figur 4.3. Aldersfordelinger for mænd og kvinder med debut i psykiatrien 2008-2018.





Kilde: Danske Regioner, 2020.[43]

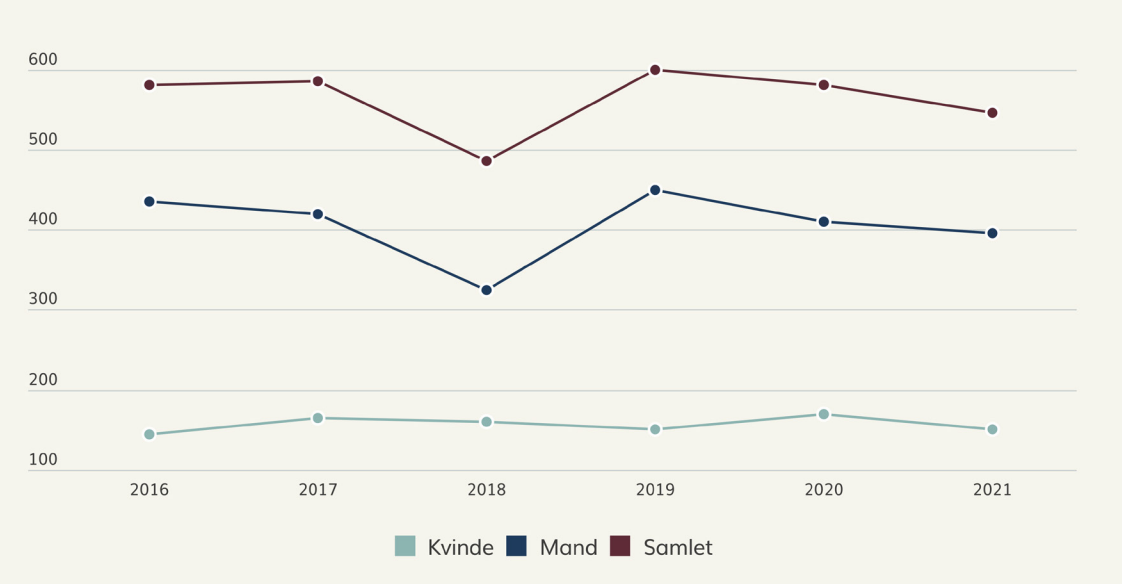
Både mænd og kvinder debuterer i stigende grad i aldersgruppen 0-14 år, men der er fortsat langt flere mænd (26 %) end kvinder (15 %) i 2018, som debuterer i dette aldersinterval. I 2008 var det 21 % af mændene og 9 % af kvinderne, som debuterede som 0-14-årige. Der ses også en stigning for begge køn i debut i aldersintervallet 19-29 år, hvor 27 % af mændene debuterer, mens det gælder for 31 % af kvinderne i 2018. De tilsvarende andele for 2008 var 21 % for mænd og 9 % for kvinder. Udviklingen i debutalder peger overordnet på, at personer under 30 år relativt set fylder en større og større andel blandt begge køn.[43]

4.2. Særlige forhold for mænd

Selvom mænd ikke optræder lige så hyppigt i det psykiatriske system som kvinder, optræder de i en række andre statistikker, som kan pege på, at flere mænd også har alvorlige problemer med den mentale sundhed. En række statistikker sandsynliggør, at mænds faktiske situation, livskvalitet og mentale sundhed i nogle henseender kan være markant ringere end kvinders. Det gælder misbrug, kriminalitet, ustabil tilknytning til uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet, bilulykker og selvmord. Selvmord blandt mænd er et voldsomt og trist eksempel på, at der er behov for et øget fokus på mænds psykiske sundhed. En fremherskende teori handler om, at nogle mænds dårlige mentale sundhed måske skyldes såkaldt 'male depression', som ikke i tilstrækkelig grad identificeres i dag. De udprægede maskuline symptomer omfatter bl.a. irritation, vrede, stof- eller alkoholmisbrug og rastløshed.[32,44] Disse adskiller sig i udtrykket betydeligt fra kernesymptomerne ved depression ifølge ICD-10, som er nedtrykthed, nedsat lyst eller interesse og nedsat energi eller øget træthed.

Kvinder har langt flere selvmordsforsøg end mænd, men det lykkes oftere mændene at gennemføre selvmordet.[2] Figur 4.4. viser antallet af selvmord for mænd og kvinder i 2016-2021.

Figur 4.4. Antallet af selvmord i perioden 2016-2021.



Kilde: eSundhed.dk. Eget datatræk oktober 2023.

Note: For at undgå, at der kan opnås viden om enkeltpersoner, er tal i opgørelsen afrundet til nærmeste 5.

En undersøgelse, der sammenligner tal for selvmord blandt mænd og kvinder i de seneste fire årtier, viser, at selvmordsraterne for kvinder er faldet væsentligt mere end for mænd, så kønsratioen i selvmord er steget over tid. Den har nu stabiliseret sig omkring 2,7.[32] Altså tager mænd næsten tre gange så ofte deres eget liv sammenlignet med kvinder. Udviklingen i antallet af selvmord blandt mænd og kvinder over de seneste fire årtier peger på, at kvinder i relativt højere grad har haft gavn af de strukturelle indsatser (fx etablering af selvmordscentre og begrænsning adgang til skydevåben, gift og medicin), der er blevet igangsat for at reducere antallet af selvmord i Danmark.[32]

Tal for stof- og alkoholmisbrug og hjemløshed viser, [28,44,45] at mænd er klart overrepræsenterede. Det samme gælder kriminalitet og dermed også indsatte i fængslerne.[46] En række både danske og internationale studier har vist, at mænd med opmærksomhedsforstyrrelser, herunder ADHD-diagnose, er overrepræsenteret i fængslerne, og at ADHD øger risikoen for at blive involveret i kriminalitet tidligt i livet.[47]

Det er vigtigt at holde sig for øje, at mørketallet for mænd muligvis er højere end for kvinder. Der kan stilles spørgsmål ved, om opgørelser af mænds selvrapporterede psykiske mistrivsel reelt afspejler mændenes faktiske situation. Sociale normer, som påvirker (unge) mænds selvopfattelse og identitet,[39] påvirker givetvis også indirekte mændenes besvarelser – idet de måske er mindre tilbøjelige til at erkende og sætte ord på deres psykiske udfordringer.[44] Hertil kommer, at vi ved, at mænd i mindre grad søger hjælp, og derfor bliver de ikke i lige så høj grad diagnosticeret.[44]

5. Børn og unge

Der har i en årrække været fokus på børn og unges mentale sundhed foranlediget af en markant stigning i diagnosticeringen af børn og unges psykiske lidelser,[2,48–50] men også af stigende selvrapporteret lav mental sundhed blandt børn og unge.[2,51,52]

Samlet viser kapitlet følgende:

- Der har været en fortsat stigning i antallet af børn og unge med en psykiatrisk diagnose de seneste ti år.
- Risikoen for at blive diagnosticeret med mindst én psykisk sygdom eller udviklingsforstyrrelse, inden man fylder 18 år, er 15 %.
- Per 1. januar 2023 havde 63 ud af 1000 0-17-årige fået stillet mindst én psykiatrisk diagnose inden for de seneste ti år.
- Den stigende udvikling i psykiatrisk diagnosticering og selvrapporteret lav mental sundhed blandt børn og unge er et internationalt fænomen.
- Blandt børn og unge er ADHD og autismespektrumforstyrrelse de hyppigst forekommende diagnoser.
- På trods af de dokumenterede effekter af indsatser for børn og unge med dårlig mental sundhed, adfærdsproblemer eller psykiske lidelser er anvendelsen af effektevaluerede indsatser fortsat ikke særligt udbredt.
- Der skal være en skærpet opmærksomhed på børn og unges brug af sociale medier.
- Ca. 430.00 børn i Danmark vokser op med mindst én forælder, der er blevet behandlet for et psykisk problem eller sygdom.
- Ca. 170.000 børn har mindst én forælder, der er blevet behandlet på psykiatrisk hospital eller hos en privatpraktiserende psykiater.

Den stigende udvikling i psykiatrisk diagnosticering og selvrapporteret lav mental sundhed blandt børn og unge er ikke udelukkende et dansk fænomen. Det er efterhånden veldokumenteret, at tilsvarende udviklinger kan observeres i de fleste andre vestlige lande.[2,53]

På trods af dette er der fortsat usikkerhed om årsagerne til den observerede udvikling. Nogle bud på forklaringer for udviklingen er, at vi i dag lever i et præstationssamfund, hvor bl.a. øgede krav i uddannelsessystemet bidrager til, at mange børn og unge ikke føler, at de kan følge med,[54] men hvor også de sociale medier givetvis får nogle børn og unge til at føle sig utilstrækkelige i mange andre henseender og dermed påvirker deres trivsel.[55,56] Samtidig er en sandsynlig årsag, at vi som samfund har fået en større opmærksomhed på børn og unges mentale sundhed, og at flere børn og unge derfor opspores og diagnosticeres. Derudover er patientrettigheder inden for det mentale sundhedssystem blevet udvidet over en årrække.[49,50,57] I hvilket omfang alle disse forklaringer reelt bidrager til den negative udvikling i tal for børn og unges mentale sundhed er imidlertid ikke undersøgt til bunds og kan derfor ikke endeligt be- eller afkræftes.[2] Nogle påpegede sammenhænge er dog mere velunderbyggede end andre, fx sociale mediers effekt.[55,56] Givet at vi ved, at udviklingen i psykiske problemer blandt børn og unge går i den samme negative retning på tværs af vestlige lande, og i øvrigt særligt gælder for piger i teenagealderen,[53] kan en vejviser være at fokusere på de forklaringer, der gælder på tværs af lande, frem for landespecifikke forklaringer.

Uanset hvad der driver udviklingen i diagnosticeringen af psykiske lidelser og den selvrapporterede dårlige mentale sundhed blandt børn og unge, så medfører udviklingen, hvis vi ikke får vendt den, stigende individuelle og samfundsmæssige omkostninger. Et dansk registerstudie har vist, at børn og unge med en psykisk lidelse har en markant lavere sandsynlighed for at færdiggøre grundskolens afgangseksamen,[3] hvilket kan få store konsekvenser for de videre uddannelsesmuligheder. De langsigtede konsekvenser er påvist i en anden dansk undersøgelse, som finder en sammenhæng mellem dårlig mental sundhed i barn- og ungdom, og hvordan man klarer sig senere i livet i uddannelsessystemet, på arbejdsmarkedet og ikke mindst i forhold til sandsynligheden for at være i kontakt med det psykiatriske system.[2]

5.1. Forekomst af psykisk sygdom hos børn og unge

En registerundersøgelse blandt alle børn født i årene 1995-2016 estimerede, at risikoen for at blive diagnosticeret med mindst én psykisk sygdom eller udviklingsforstyrrelse, inden man fylder 18 år, var 15 %.[27]

Per 1. januar 2023 var der 73.220 børn og unge (0-17 år), der havde fået stillet mindst én psykiatrisk diagnose inden for de seneste ti år, hvilket svarer til 63 ud af 1000 0-17-årige. Som Tabel 5.1 illustrerer, har der været en fortsat stigning i antallet af børn og unge med en psykiatrisk diagnose de seneste ti år, og antallet er i 2023 historisk højt.[50]

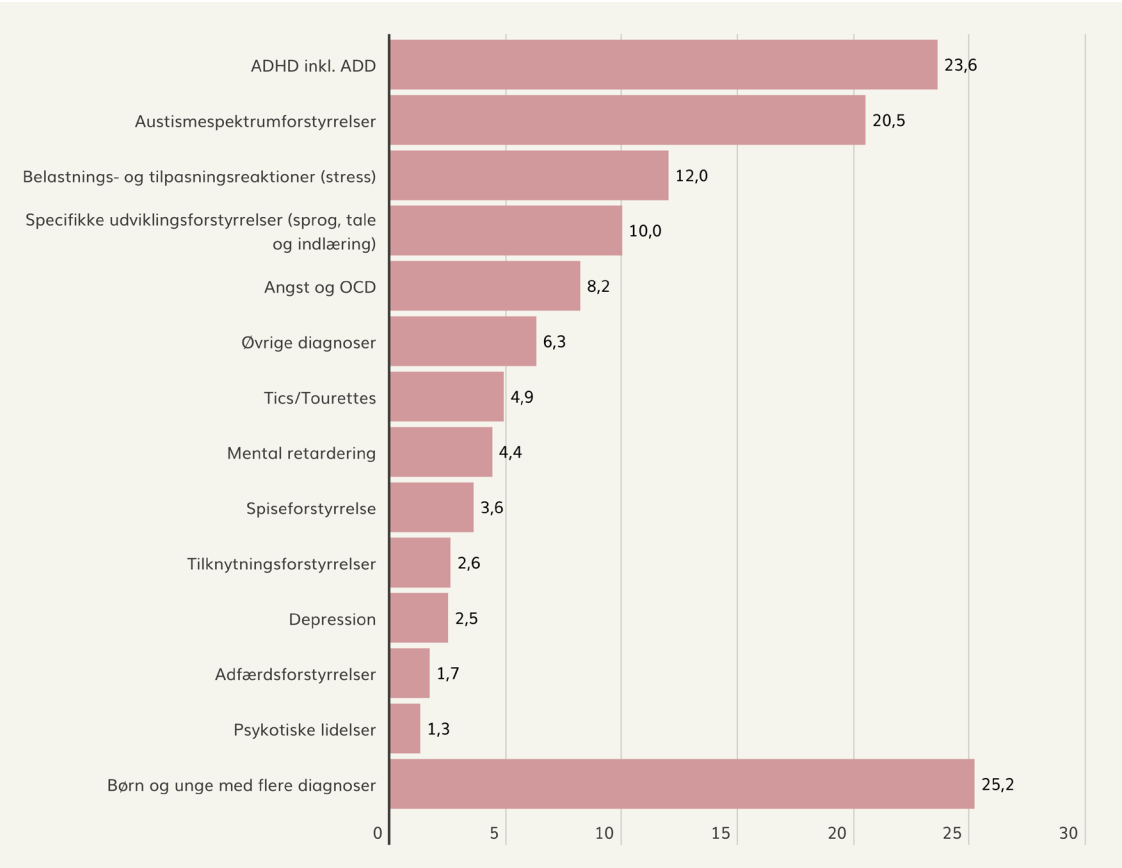
Tabel 5.1 Antal børn og unge (0-17 år) med psykiatriske diagnoser i alt, per 1000 og årlig procentstigning, 2013-2023.

Årstal	Antal	Pr. 1.000	Pct.-stigning
2013	54.130	45,5	
2014	56.180	47,7	4,9 %
2015	59.180	50,6	6 %
2016	61.920	53	4,9 %
2017	64.030	54,8	3,3 %
2018	65.930	56,6	3,2 %
2019	66.780	57,6	1,7 %
2020	68.670	59,4	3,2 %
2021	69.400	60,2	1,3 %
2022	71.850	62,4	3,6 %
2023	73.220	63,3	1,5 %

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed, 2023.[50]

Blandt børn og unge er ADHD, autismespektrumforstyrrelser, belastning- og tilpasningsreaktioner (stress), specifikke udviklingsforstyrrelser, angst og OCD de hyppigst forekommende diagnoser. Siden 2013 er antallet af børn og unge diagnosticeret i hospitalsvæsenet med autismespektrumforstyrrelser steget med 117 %, og antallet med ADHD er steget med knap 84 %.[50]

Figur 5.1. Antal 0-17-årige børn og unge med psykiatriske diagnoser per 1000 fordelt på udvalgte diagnoser, 2023.



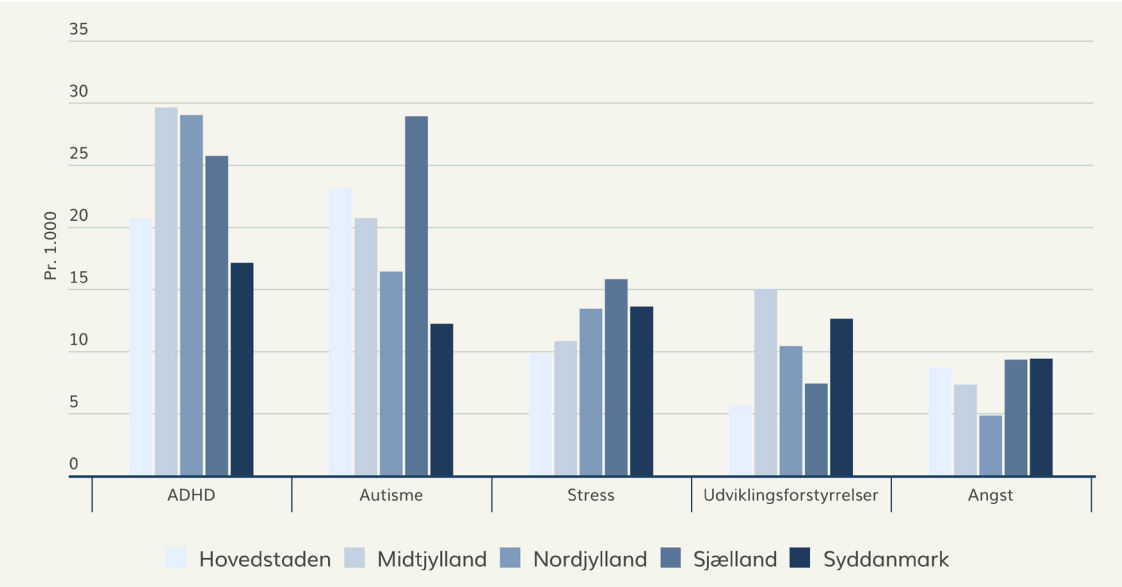
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed, 2023.[50]

Note: Psykiatriske diagnoser er målt per 1. januar i året som psykiatriske diagnoser registreret på enten psykiatrisk eller somatisk sygehus inden for ti forudgående år.

Man kan være registreret med mere end en diagnose. Andelen af børn og unge med mere end én diagnose er steget med 76 % i perioden 2013-2023.[50]

Når vi i Figur 5.2. ser på, hvordan udvalgte diagnoser fordeler sig på tværs af regioner, viser det sig, at der i nogle regioner er flere børn, der er diagnosticeret med én bestemt diagnose end i andre regioner. Det er fx udtalt, at en større andel af børn (28,9 per 1000) er diagnosticeret med autisme i Region Sjælland end i de andre regioner.

Figur 5.2. Antal børn og unge (0-17-årige) fordelt på de fem hyppigste diagnoser per 1000 på tværs af regioner per 1. jan. 2023.



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed, 2023.[50]

Det er svært at vurdere, hvad variationen mellem regionerne er udtryk for – bl.a. fordi der ikke tages højde for fx socioøkonomiske forhold, som måske ville udligne nogle af de regionale forskelle.

For børn og unge i alderen 0-15 år har drengene en højere prævalens af diagnoser end pigerne,[2,58] hvilket står i modsætning til andre aldersgrupper, hvor kvinder har en højere prævalens end mænd. I 2017 havde 10,4 % af de 15-årige drenge en diagnose mod 7,5 % af pigerne. I forhold til de to hyppigste diagnoser – ADHD og autisme – er de 0-15-årige drenge overrepræsenterede.

Stigningen i det samlede antal af børn og unge med en psykiatrisk diagnose kommer også til udtryk, når vi i Figur 5.3. ser på udviklingen i det årlige antal patienter i børne- og ungdoms-psykiatrien.

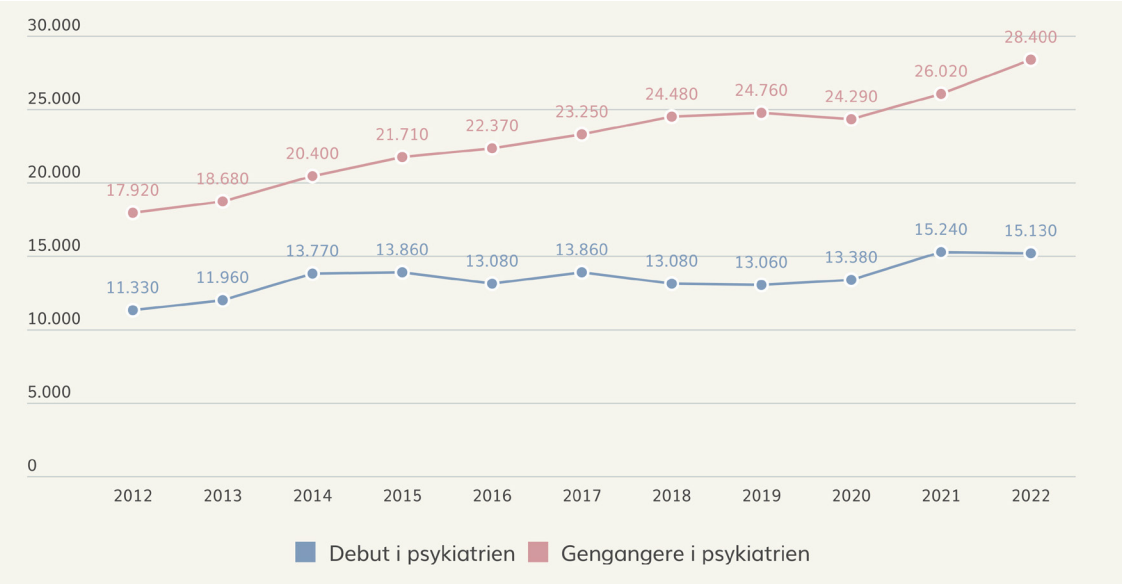
Figur 5.3. Antal unikke personer behandlet mindst en gang i børne- og ungdomspsykiatrien 2013-2022.

Kilde: eSundhed.dk. Eget datatræk maj 2023.

Figur 5.3. viser, at i 2022 havde 40.430 børn og unge således mindst én kontakt (indlæggelse eller ambulant behandling) med børne- og ungdomspsykiatrien.

Figur 5.4. illustrerer desuden, at antallet af debutanter og særligt gengangere af børn og unge er steget over en tiårig periode med henholdsvis 34 og 58 %. Debutanter er børn og unge, der ikke tidligere er blevet behandlet i psykiatrien, mens gengangere er børn og unge, der har modtaget behandling tidligere.

Figur 5.4. Antal børn og unge (0-17 år) med kontakt til psykiatrien fordelt på debuterende og gengangere, 2012-2022.



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed, 2023.[50]

Samlet ser vi altså en fortsat stigende udvikling i antallet og andelen af børn, der får en psykiatrisk diagnose og er i kontakt med psykiatrien.

Stigningen i diagnoser og behandling i psykiatrien inden for de seneste ti år er udtryk for to modsatrettede forhold: På den ene side er det godt, at flere børn og unge bliver udredt og behandlet på et psykiatrisk hospital frem for at være uopdagede og/eller ubehandlede. På den anden side er det en bekymrende udvikling, at flere børn bliver syge, og vi ved, at disse børn og unge har en forhøjet risiko for at klare sig mindre godt i voksenlivet, herunder at komme i kontakt med psykiatrien igen.[2] Samtidig er det også bekymrende i forhold til et fortsat kapacitetspres på børne- og ungdomspsykiatrien, hvis udviklingen ikke vender i de kommende år.

5.1.1. Mental sundhed blandt børn og unge

En række danske spørgeskemaundersøgelser har vist, at den mentale sundhed blandt børn og unge i Danmark over de seneste 15 år har været faldende. Spørgeskemaundersøgelserne 'Børn og unge i Danmark',[51] 'Den Nationale Sundhedsprofil'[37] og 'Skolebørnsundersøgelsen'[59] er alle tværsnitsundersøgelser,[a] der gennemføres med regelmæssige mellemrum, hvor man over en årrække har spurgt børn og unge om bl.a. deres sundhed og trivsel. På den måde er det muligt at følge udviklingstrends i de specifikke aldersgrupper.

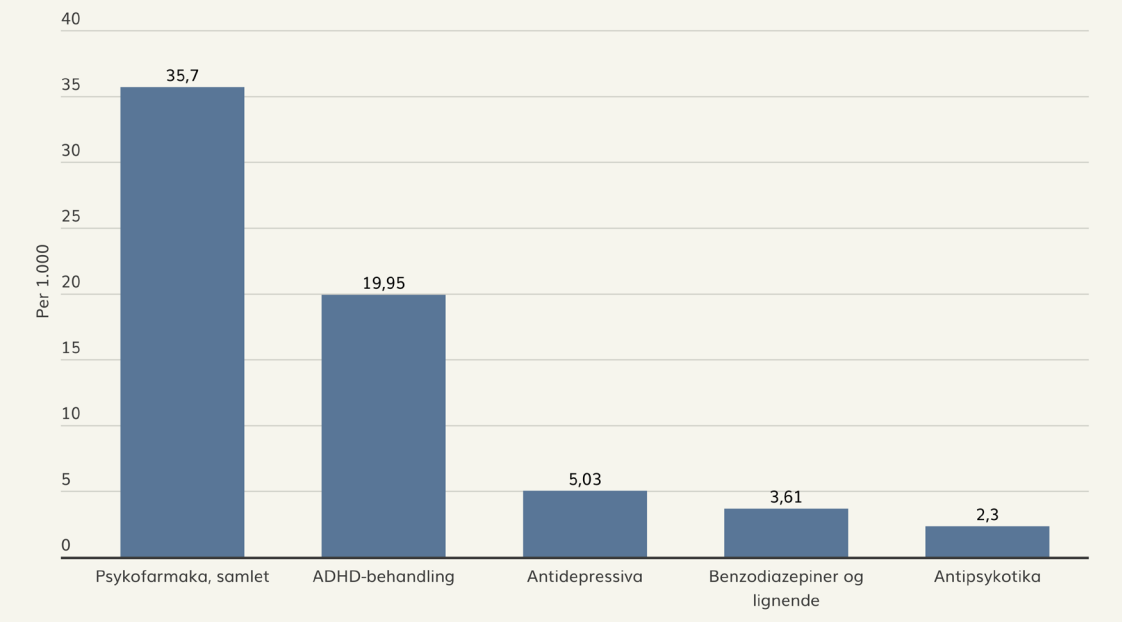
Undersøgelsernes resultater bygger således på børnene og de unges egne vurderinger af, hvordan de har det, og ikke om de har fået en psykiatrisk diagnose. Undersøgelserne spørger om mange forskellige aspekter af mental sundhed ved brug af forskellige måleinstrumenter. Et måleinstrument rummer en række spørgsmål som tilsammen måler fx livstilfredshed, psykisk sårbarhed, ensomhed og selvværd. Fx 'The Strengths and Difficulties Questionnaire' (SDQ) i 'Børn og unge i Danmark', som er et valideret måleinstrument med 25 spørgsmål, som måler sociale styrker og svagheder, men også indfanger aspekter af mental sundhed.[60] Samlet set peger alle spørgeskemaundersøgelserne på, at vi over en årrække kan se en bekymrende udvikling blandt børn og unge, som i stigende grad angiver, at de på en række parametre for mental sundhed ikke har det godt.

[a] 'Børn og unge i Danmark' giver også mulighed for at følge udvalgte fødselskohorter over tid. Det er både en tværsnits- og panelundersøgelse. I Børn og unge i Danmarkrapporterne er det dog primært udviklingstrends i de specifikke aldersgrupper, der er i fokus, og ikke (som panelstrukturen giver mulighed for) inden for fødselsårgange.

5.2. Behandling og indsatser

Det er langt fra alle børn med symptomer på psykiske lidelser eller psykisk mistrivsel, der har behov for behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. For en mindre del af dem, som har det behov, er indlæggelse den bedste behandling. Behandlingen består af samtaleterapi, ofte kombineret med medicinsk behandling. Figur 5.5. viser antallet af 0-17-åriges medicinske behandling for psykiatriske lidelser i 2022. Heraf ses det, at ADHD-medicin er den hyppigst anvendte medicintype.

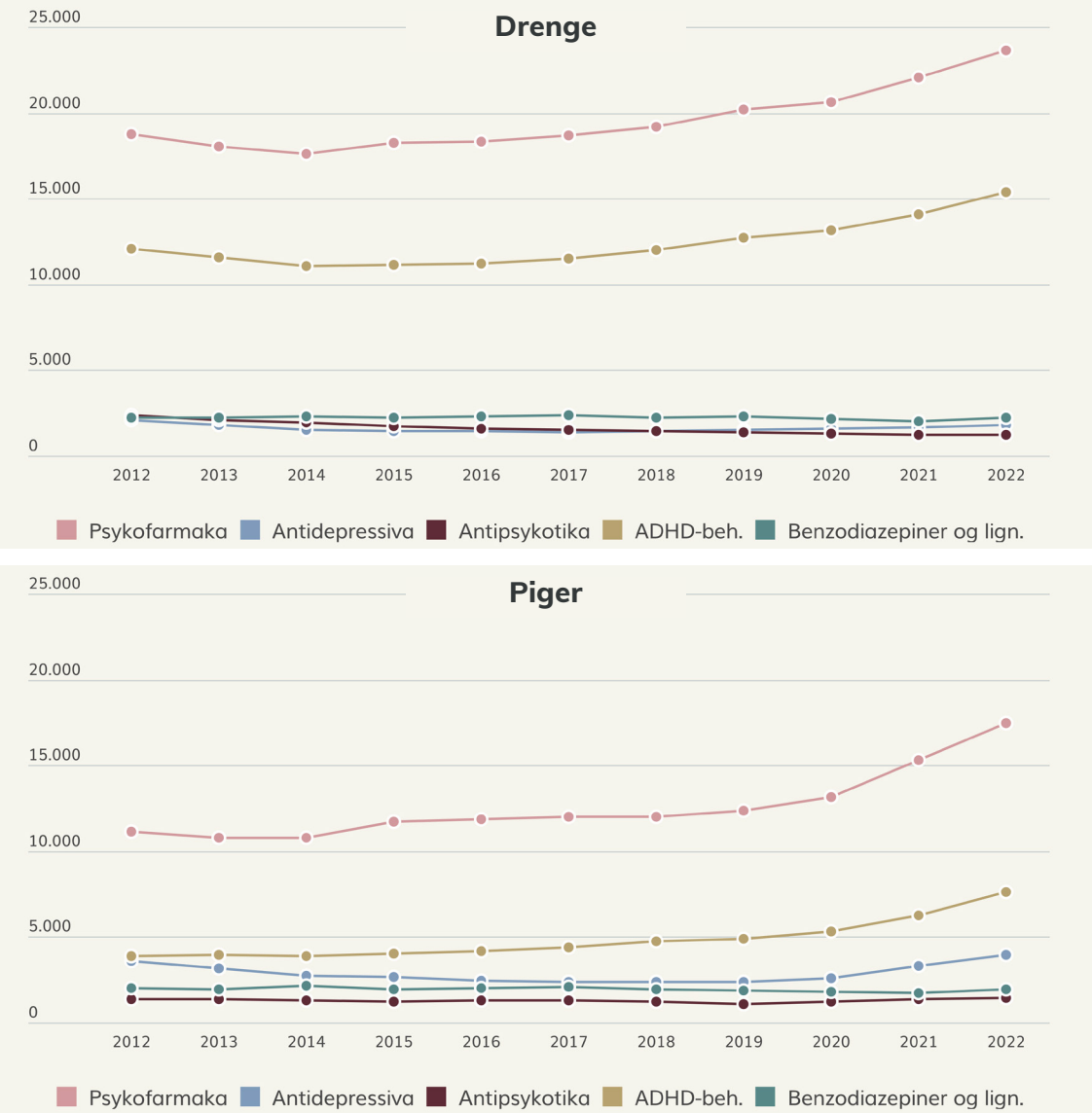
Figur 5.5. Antal 0-17-årige per 1000 fordelt på medicintyper i 2022.



Kilde: medstat.dk. Eget datatræk maj 2023.

Figur 5.6. viser udviklingen i medicinsk behandling for piger og drenge i perioden 2012-2022. Her ser vi i lighed med tallene for diagnosticering og psykiatrisk kontakt en stigning i udviklingen i antallet af børn og unge i medicinsk behandling for en psykiatrisk lidelse. Antallet, der modtager medicin rettet mod en psykiatrisk lidelse, er ikke ligeligt fordelt mellem kønnene. Markant flere drenge er i medicinsk behandling med psykofarmaka og ADHD-medicin, og det skyldes, som tidligere nævnt, at hyppigheden af ADHD hos drenge er højere end hos piger. Men tallene i Figur 5.6. peger også på, at pigerne i de senere år er begyndt at hale ind på drengene.

Figur 5.6. Antal drenge og piger i medicinsk behandling, 2012-2022.



Kilde: medstat.dk. Eget datatræk maj 2023.

I et dansk registerstudie har man på bagkant af covid-19-pandemien undersøgt, om der var ændringer i medicinforbruget og diagnoseraterne blandt børn og unge i perioden marts 2020 til juni 2022. Studiet viser, at der var en forøgelse i medicinbrug drevet primært af de 12-17-åriges stigning i behandling med sovemedicin, antidepressiva og ADHD-medicin. De underliggende årsager til disse stigninger kan studiet ikke besvare.[61]

Udover behandling i børne- og ungdomspsykiatrien kan børn og unge med psykiske problemer modtage behandling i almen praksis, hos praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, privatpraktiserende psykiatere og psykologer. Herudover modtager børn og unge med psykiske problemer også indsatser forankret i kommunerne, bl.a. i regi af Pædagogisk-Psykologisk Rådgivning (PPR). Endelig vil der være børn og unge, der kan have gavn af nogle lettere indsatser, som fx kan tilgås online.

Der er i de senere år dokumenteret effekter af indsatser målrettet børn og unge med dårlig mental sundhed, adfærdsproblemer eller psykiske lidelser.[6,62] På trods af de dokumenterede effekter af nogle få indsatser er anvendelsen af effektevaluerede indsatser fortsat ikke særligt udbredt.

5.2.1. Mind My Mind

Psykiatrifonden har i samarbejde med en gruppe forskere inden for psykiatrien udviklet og afprøvet indsatsen Mind My Mind (MMM) i et stort forskningsprojekt. Resultatet af forskningsprojektet viser, at der er en positiv effekt af deltagelse i MMM for børn og unge med emotionelle eller adfærdsmæssige problemer.[62] En afgørende egenskab ved MMM er, at det er en let-tilgængelig indsats, idet adgang og henvisning ikke kræver udrednings- eller henvisningsforløb. Forældre kan selv henvende sig. MMM baserer sig på en såkaldt stepped care-tankegang, hvor symptomernes sværhedsgrad afgør, om barnet skal i kontakt med børne-ungdomspsykiatrien og eventuelt har behov for psykiatrisk behandling (øverste trin), om barnet kan hjælpes via indsatser som MMM (mellemste trin) eller helt lette indsatser som mindhelper.dk eller andre onlineværktøjer (nederste trin).

MMM er manualbaseret og funderet på kendte psykologiske metoder, bl.a. kognitiv adfærdsterapi, der har vist god effekt hos børn og unge. I forskningsprojektet er MMM afprøvet på aldersgruppen seks til 16 år. MMM er blevet effektevalueret via et lodtrækningsforsøg, hvor man har sammenlignet deltagere med en kontrolgruppe.

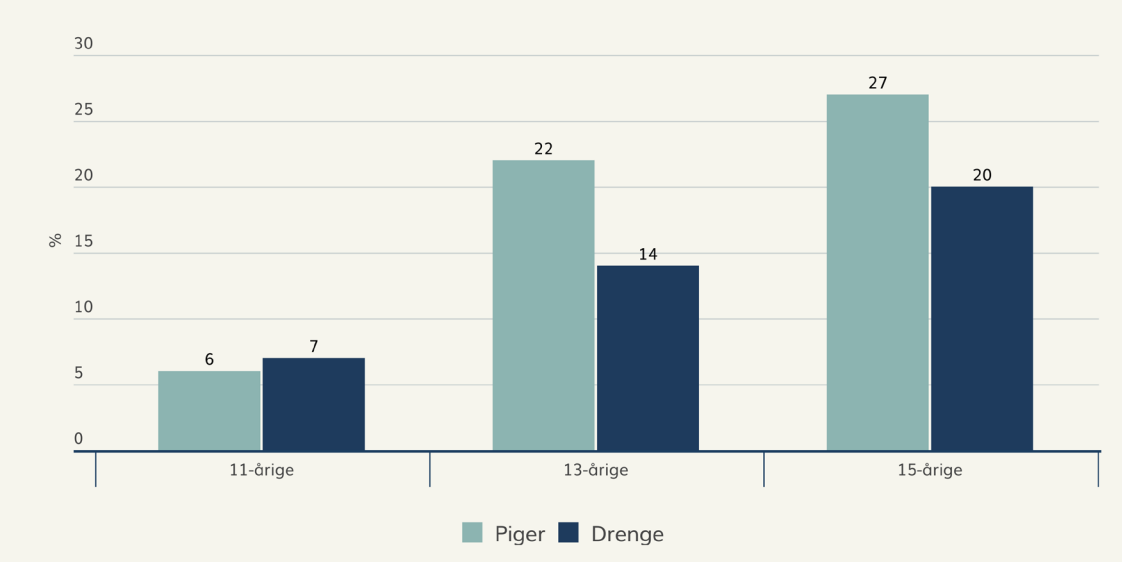
5.3. Skærmbrug og sociale medier (SoMe)

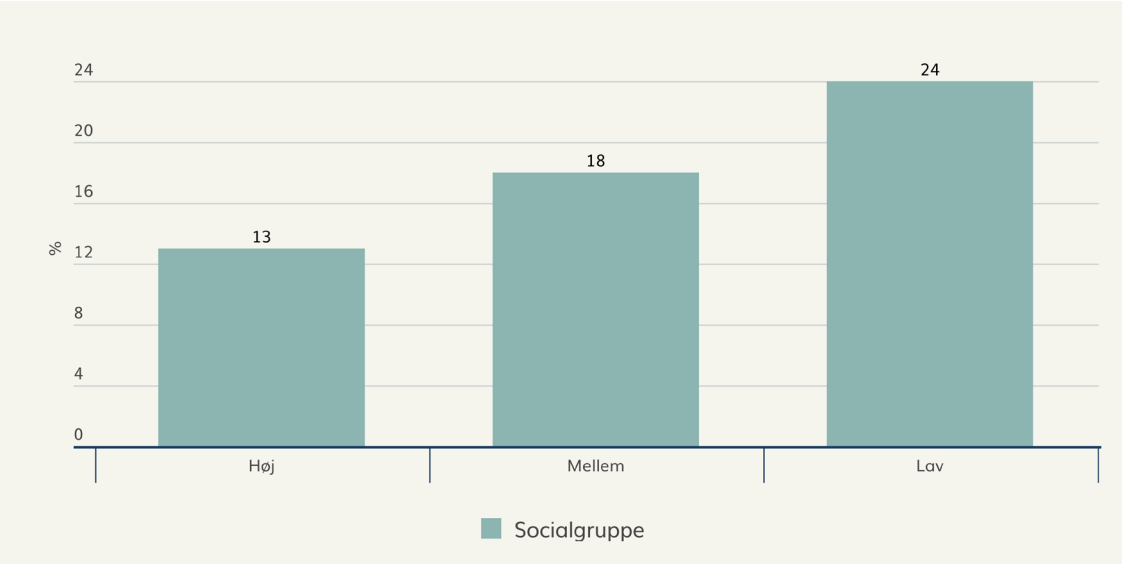
Børn og unges skærmbrug har været stigende over en årrække. I perioden 2009-2021 har der været en stigning fra 34 % til 63 % blandt de 3- og 7-årige, som bruger mere end en time om dagen på computer, tv og andre digitale devices. For de 11-19-årige ses også en markant udvikling, hvor 4 % brugte mere end fire timer om dagen på skærme i 2009, hvilket er steget til hele 41 % i 2021.[51]

En dansk undersøgelse blandt 11-19-årige har vist, at der over de sidste 12 år har været en ændring i børn og unges sociale samvær med deres jævnaldrende, til at de nu er mindre fysisk sammen med deres venner, end de var tidligere. I 2021 svarede 26 %, at de er fysisk sammen med deres venner flere gange om ugen, mens 24 % er fysisk sammen med venner en enkelt gang om ugen. Til gengæld svarer hele 45 %, at de hver dag eller næsten hverdag er sammen med deres venner online. I tidligere opgørelser blandt 11-19-årige var andelen med fysisk samvær med venner markant højere, men det er faldet støt siden 2009.[51] Faldet i fysisk samvær er mere markant for drenge end for piger, hvilket givetvis skyldes, at drenge i højere grad end piger har socialt samvær med jævnaldrende via computerspil.

I tillæg hertil viste Skolebørnsundersøgelsen fra 2019,[59] at andelen af børn, der bruger mindst fire timer dagligt i hverdage på sociale medier (inklusive sms, e-mail og lignende), stiger med alderen. Figur 5.7. viser brugen af sociale medier blandt 11-, 13- og 15-årige børn og unge opdelt på piger og drenge.

Figur 5.7. Andel, som bruger sociale medier eller andre kommunikationstyper mindst fire timer dagligt på hverdage. Fordelt på hhv. køn og socialgruppe i %.





Kilde: Rasmussen et al., 2019.[59]

Blandt 13-årige og 15-årige er andelen af piger, der bruger mindst fire timer dagligt på sociale medier markant større end blandt drenge. Samtidig peger undersøgelsen på, at der også er en social gradient i brugen af sociale medier, hvor relativt flere børn og unge fra hjem med færre socioøkonomiske ressourcer har et højt forbrug af sociale medier.

Brugen af sociale medier, og i hvilket omfang dette påvirker børn og unges mentale helbred, har længe været omdiskuteret. Der er dog bred enighed blandt forskere om, at sociale medier potentielt både kan være gavnlige og skadelige for børn og unge.[63,64] Hvordan sociale medier påvirker børn og unges mentale helbred formes af mange faktorer, bl.a. hvor lang tid børn og unge bruger på platformene, hvilken type af indhold, de forbruger eller bliver udsat for, typen af aktiviteter, og hvem de interagerer med. Og ikke mindst i hvilket omfang brugen af sociale medier forstyrrer fx søvn og fysisk aktivitet – aktiviteter, som er afgørende for børn og unges helbred. Derudover bliver børn og unge også påvirket forskelligt, afhængigt af deres individuelle ressourcer og deres socioøkonomiske ressourcer.[55]

Dansk forskning i sammenhængen mellem skærmtid og brugen af sociale mediers effekt på psykisk mistrivsel og diagnose er sparsom, og der foreligger ingen studier, der kan påvise en egentlig årsags-sammenhæng. Ottosen og Andreasens[65] undersøgelse af børn og unges trivsel og brug af digitale medier pegede på en (svag) sammenhæng mellem et højt skærmforbrug og sandsynligheden for, at man som 15- eller 19-årig var i alvorlig psykisk mistrivsel med en psykisk diagnose, når der også blev taget højde for andre centrale risikofaktorer.

En omfattende amerikansk litteraturgennemgang peger med afsæt i nogle stærke studier på, at der er en kausal sammenhæng mellem omfanget af brugen af sociale medier og angst, depression og hjernens udvikling.[55,56]

Der er fortsat behov for flere robuste forskningsanalyser af, hvor meget, hvordan og for hvem brugen af sociale medier påvirker mental sundhed og sygdom for helt at kunne forstå konsekvenserne af sociale medier. Den foreliggende viden er dog tilstrækkelig til, at der er kommet en række af anbefalinger både til politikere, techvirksomheder, forældre og børn med henblik på at reducere de skadelige virkninger af de sociale medier og skabe sikre og sunde onlinemiljøer for børn og unge.

Anbefalinger til forældre er:

1. Lav en familieplan for brugen af medier.
2. Lav techfrie zoner, og opfordr børn til fysiske venskaber.
3. Vær gode rollemodeller i brugen af sociale medier.
4. Lær børn om teknologi, og hjælp dem til at være aldersvarende ansvarlige brugere på nettet.
5. Anmeld onlinemobning, -krænkelser og -udnyttelse.
6. Skab et samarbejde med andre forældre med henblik på at få fælles normer og adfærd i forhold til børns brug af sociale medier.[55]

Den danske sundhedsstyrelse opdaterede i oktober 2023 sine retningslinjer for skærmbrug for børn, unge og forældre[66] og specifikt for børn under to år[67] på grund af den vigtige udviklingsperiode de første år udgør.

De generelle anbefalinger lyder:

1. Brug ikke skærm op til sovetid.
2. Lad din telefon eller tablet blive ude af soveværelset.
3. Brug tid væk fra skærmen, og husk at være fysisk aktiv.
4. Vær opmærksom på dit forbrug af sociale medier, og hvordan brug af skærm påvirker din trivsel.

Udover Sundhedsstyrelsens generelle anbefalinger, som gælder både børn, unge og voksne, anbefales det særligt til forældre med hjemmeboende børn, at:

1. Børn under to år ikke bør bruge skærm uden aktivt samvær med en voksen.
2. Begræns brug af skærm, når du er sammen med dit barn.
3. Interessér dig for dit barns digitale liv.
4. Lav aftaler om skærmbrug i familien, som gælder både barn og voksen.

Anbefalingerne opfordrer til, at forældre selv efterlever de regler for skærmbrug, de ønsker, deres børn skal følge.

Der foreligger kun få videnskabelige undersøgelser om skærmforbrugs konsekvenser for udviklingen blandt 0-2-årige, og anbefalingen bygger således i høj grad på anden forskning om, hvilke forhold der er vigtige for de 0-2-åriges udvikling. Her er bl.a. udviklingen af evnen til følelsesregulering vigtig, og udviklingen af den evne kan blive tilsidesat, hvis barnet bliver afledt med skærm fra at håndtere negative følelser. I forhold til forældrenes skærmforbrug kan det også påvirke børnenes udvikling af følelsesregulering, fordi skærmen forstyrrer interaktionen mellem forældre og barn. 0-2-årige børn har brug for deres forældres hjælp til at (lære at) regulere deres følelser, og det kræver, at forælderen er opmærksom, sensitiv og responsiv, når forælderen er sammen med barnet. Når forælderen er optaget af en skærm, nedsættes opmærksomheden, sensitiviteten og responsiviteten over for barnet.[67]

5.4. Børn og unge som pårørende

En registerbaseret undersøgelse viste, at 39 % af Danmarks 1,1 million 0-16-årige ved udgangen af 2016 havde mindst én forælder med psykisk sygdom.[68] Det svarer til ca. 430.00 børn. Psykisk sygdom er her defineret ved modtagelse af behandling inden for de seneste fem år, eller at man har fået en alvorlig psykiatrisk diagnose. Undersøgelsen inddrager forældre, der mere end én gang har købt receptpligtige psykofarmaka, modtaget samtaleterapi eller fået foretaget psykometriske test hos egen læge eller mindst én gang har haft en session hos en privatpraktiserende psykolog, hos en privatpraktiserende psykiater eller haft kontakt til psykiatrisk hospital (ambulant eller indlæggelse). Undersøgelsen inkluderer altså også børn af forældre, der modtager psykiatrisk behandling i den primære sektor, hvilket er langt det mest udbredte i Danmark. 16 % eller ca. 170.000 af børnene har mindst én forælder, der har været i kontakt med en privatpraktiserende psykiater eller psykiatrisk hospital.[68]

Andre undersøgelser peger i retning af, at ca. en fjerdedel af danske børn og unge vokser op med mindst én forælder med psykisk sygdom. Disse undersøgelser har ved hjælp af stikprøver blandt forældre estimeret, at henholdsvis 310.00 og 333.000 danske 0-17-årige vokser op med mindst én forælder, der har en psykisk sygdom.[69,70] I Region Hovedstaden udgjorde andelen af børn med en forælder med enhver form for psykisk lidelse i 2016: 36 %.[68] Og det skønnes, at omkring 15.000 børn og unge i Region Hovedstaden har forældre med kontakt til psykiatrien.

Børn og unge af forældre med både alvorlig og moderat psykisk sygdom har øget risiko for selv at få en psykisk sygdom sammenlignet med børn af forældre uden psykisk sygdom.[71,72] At være pårørende barn eller ung og have en forælder med psykiske problemer påvirker den sociale og følelsesmæssige udvikling negativt.[72,73] Derfor er der behov for et særligt fokus på denne børne- og ungegruppe. Politisk er der kommet fokus på at udvikle og udbrede systematiske og kvalificerede tilgange til at opspore og støtte børn i mistrivsel, fx initiativet "Tidlig opsporing af børn og unge med psykisk mistrivsel og psykiske lidelser" i den tiårige psykiatriplan fra september 2022. Og Psykiatrifonden arbejder målrettet for at styrke den forebyggende indsats over for børn og unge (0-25 år) i familier med psykisk sygdom.

6. Psykisk sygdom blandt ældre

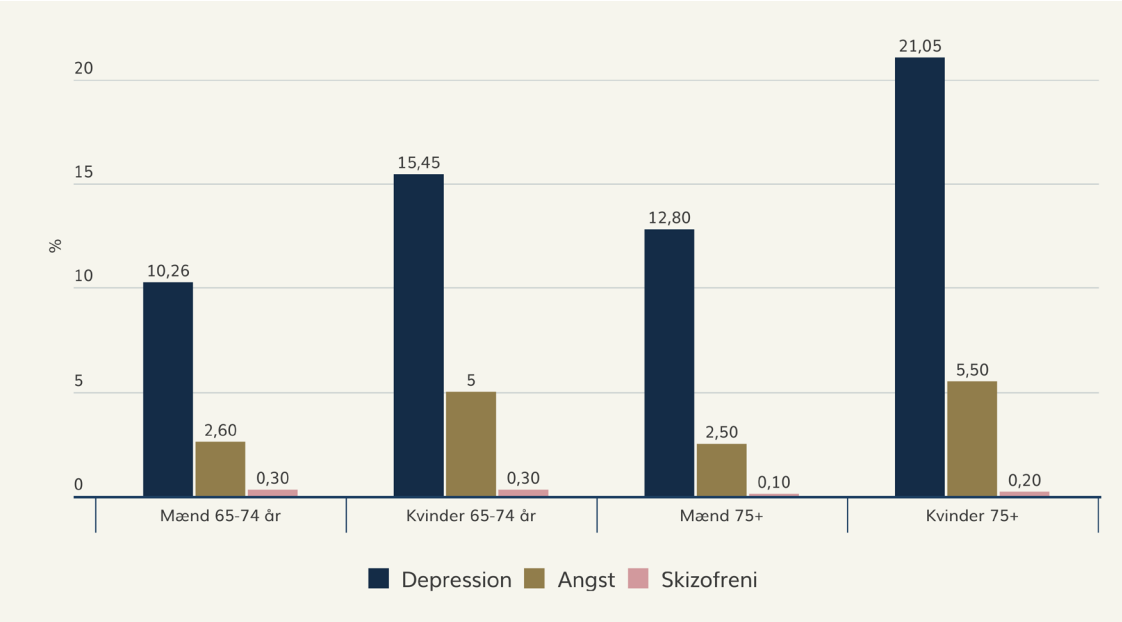
Der er særlige udfordringer knyttet til det at blive ældre, hvor der indtræffer fundamentale livsændringer som fx tilbagetrækningen fra arbejdsmarkedet, tab af venner og ægtefælle; og ikke mindst er der en højere forekomst af fysiske sygdomme. Ældre har oftere psykiske og fysiske sygdomme på samme tid. Som følge heraf får ældre oftere flere forskellige former for medicin.[74] Der er således særlige udfordringer forbundet med psykisk sygdom hos ældre, idet symptomer og årsager ofte adskiller sig fra yngres.

Samlet viser kapitlet følgende:

- Depression er den hyppigst forekommende psykiatriske diagnose for ældre 65+.
- Selvrapporteret dårlig mental sundhed stiger med alderen.
- Antidepressiv- og angstmedicin er de medicintyper, hvor der hyppigst indløses recept for ældre 65+.
- Godt 96.000 mennesker på 65 år eller derover lever med demens.
- Mange demenstilfælde i Danmark kan forebygges. Særligt fire risikofaktorer er udslagsgivende og bør forebygges: at være midaldrende med enten forhøjet blodtryk, ukorrigeret høretab, overvægt eller at være ældre og fysisk inaktiv.
- Ældre har de højeste selvmordsrater af alle aldersgrupper.

Depression er den hyppigst forekommende psykiatriske diagnose for både mænd og kvinder i aldersgrupperne 65+, men hvor kvinderne har en højere forekomst (Figur 6.1.). På trods af dette er der studier, der peger på, at depression hos ældre ofte er underdiagnosticeret og underbehandlet.[75]

Figur 6.1. Forekomst af depression, angst og skizofreni blandt ældre i den danske befolkning (65+) i %. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.



Kilde: Sundhedsstyrelsen 2022.[42]

Den Nationale Sundhedsprofil fra 2021 viser ligeledes kønsforskelle i ældres selvrapporterede mentale sundhed. I aldersgruppen 65-74 er andelen af mænd med lav score på den mentale helbredsskala (SF-12) på omkring 9 %, og når de når alderen 75+, stiger andelen til ca. 12 %. For kvinder er andelen blandt 65-74-årige ca. 12 %. Dette stiger til ca. 16 % blandt kvinder på 75+.[37] En anden undersøgelse viser også, at dårlig mental sundhed stiger med alderen blandt de ældste. Blandt 75-84-årige mænd er andelen med dårlig mental sundhed ca. 23 %, og for mænd på 85+ er andelen 47 %. For 75-84-årige kvinder er andelen 31 %, og for kvinder på 85+ er andelen godt 57 %. Der ses ingen stigning i andelen med dårlig mental sundhed fra 2010 til 2017.[76]

Antallet, der angiver, at de ofte er uønsket alene, stiger også med alderen. Blandt 65-74-årige er der 4 % mænd og lidt over 4 % kvinder, der føler sig uønsket alene. Blandt 75-84-årige gælder det 5 % mænd og 6 % kvinder. Andelen er størst i alderen 85+, hvor 10 % blandt mænd og 14 % blandt kvinder ofte er uønsket alene.[76]

6.1. Ældre og medicin for psykisk sygdom

Antidepressiv- og angstmedicin er de medicintyper, der hyppigst indløses recept på blandt ældre (Tabel 6.1.), hvilket stemmer overens med tallene for forekomst i Figur 6.1. ovenfor. Men relativt mange ældre kvinder får også antipsykotika, hvilket kan være et udtryk for, at flere kvinder end mænd bliver ramt af demens, og at demens nogle gange også behandles med antipsykotika.

Tabel 6.1. Antal ud af 1000 som har indløst mindst en recept (personhenførbart salg).

	Antidepressiva	Antipsykotika	ADHD-medicin	Angstmedicin	Sovemedicin (inkl. melatonin)
Kvinder 65-79	139	31	0,3	60	16
Mænd 65-79	90	25	0,3	32	11
Kvinder 80+	234	57	0,4	84	22
Mænd 80+	154	46	0,2	45	19

Kilde: Andersen et al., 2020.[2]

Personer på 80+ år er generelt den aldersgruppe i befolkningen, der hyppigst indløser recepter på antidepressiva.[2]

Selvom de ældste aldersgrupper, særligt de 80+-årige, har langt det højeste forbrug af antipsykotika i befolkningen, har der været et markant fald siden 1999 og til 2018 på 35 % for mænd og 39 % for kvinder i alderen 80+. Faldet kan nok forklares med, at man har ønsket at reducere forbruget, bl.a. for personer med demens.[2]

Andelen, der indløser ADHD-medicin, har haft en lille stigning, men det er meget få ældre, der bruger ADHD-medicin sammenlignet med andre aldersgrupper. Når det gælder angstmedicin, er det de ældre aldersgrupper (65+), der indløser flest recepter. Brugen af angstmedicin er dog også faldet markant siden 1999, nok fordi der har været et stort fokus på at nedbringe forbruget af angstmedicin.[2]

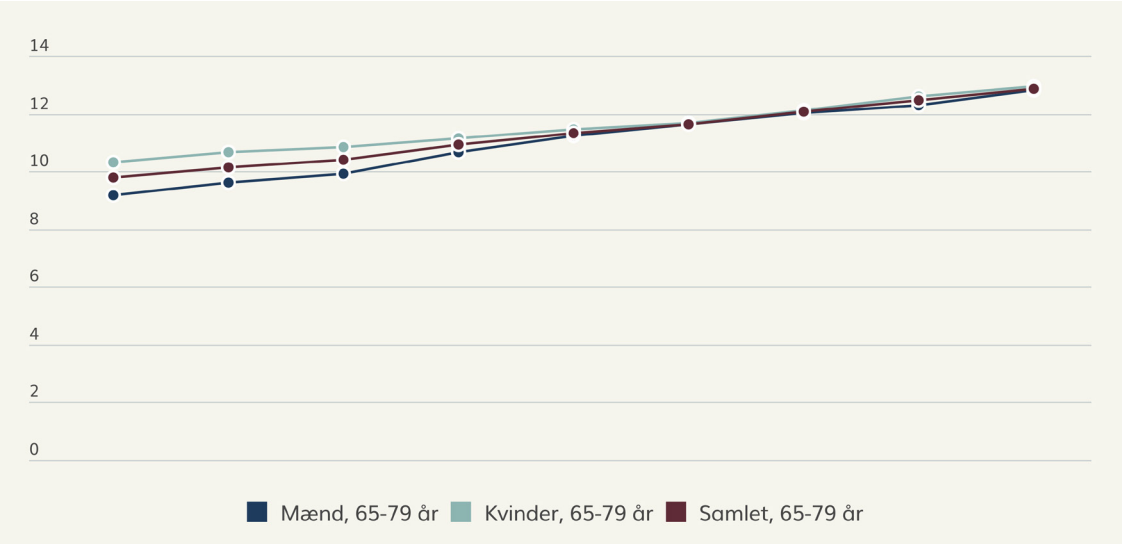
Der har været en stigning i brugen af melatonin som sovemedicin siden 2007 og et fald i andre typer af sovemedicin som benzodiazepin og lignende præparater. Inden for begge typer er de ældre aldersgrupper dem, der oftest indløser recepter på sovemedicin af begge typer.[2,77]

6.2. Demens

Nationalt Videncenter for Demens anslår, at godt 96.000 mennesker på 65 år eller derover lever med demens. I 2021 blev ca. 9.300 nyhenviste patienter udredt i en demensudrednings-enhed i hospitalssektoren. Omkring 71 % (6.577 patienter) fik en demensdiagnose. Yderligere ca. 2.000 patienter fik en demensdiagnose ved andre typer af hospitalsafdelinger. Blandt personer på 65+ er der 7.200 til 8.000 nye registrerede tilfælde af demens om året.[78] Globalt har andelen af personer med demens været stigende, hvilket man forventer, den vil blive ved med, i takt med at gruppen af ældre udgør en større andel af den samlede befolkning.[79] Der er lavet en beregning, der peger på, at ca. to tredjedele af personer i Danmark med demens bliver diagnosticeret, men at diagnosticeringsraterne er lavere blandt de ældste aldersgrupper (61 % blandt de 80-89-årige og 43 % blandt ældre over 90 år).[80] En anden undersøgelse, der også peger på, at demens hos ældre ofte er underdiagnosticeret, viser samtidig, at det særligt gør sig gældende blandt ældre med få socioøkonomiske ressourcer.[81]

Ser vi på udviklingen i medicinforbruget i midler mod demens (Figur 6.2.), viser der sig dog en stigning i forbruget fra 2014 og frem til 2023 blandt de 65-79-årige. I 2014 fik knap ti ud af 1000 personer blandt de 65-79-årige demensmedicin, mens det i 2022 var steget til knap 13 ud af 1000.

Figur 6.2. Udviklingen i forbruget af demensmedicin blandt de 65-79-årige. Antal personer per 1000 indbyggere, som har indløst mindst en recept (personhenførbart salg). 2014-2022.

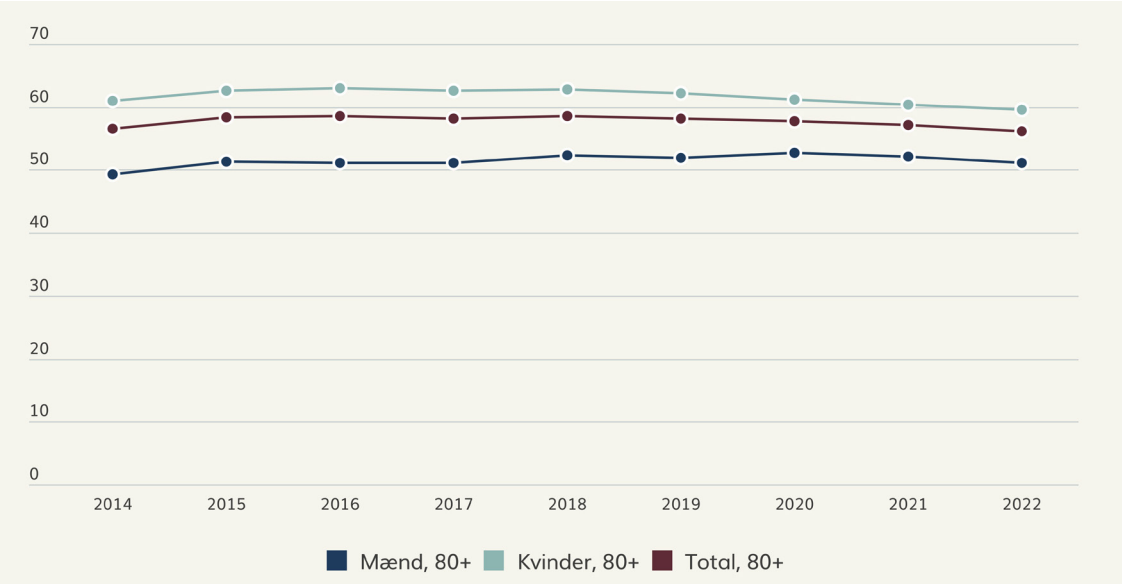


Kilde: medstat.dk. Eget datatræk oktober 2023.

Note: Midler mod demens opgøres ved ACT gruppe N06D.

I perioden 2014-2022 er kønsforskellen i anvendelse af demensmedicin blandt 65-79-årige reduceret, så andelen, der får demensmedicin stort set er den samme blandt mænd og kvinder i 2022. Figur 6.3. viser udviklingen i demensmedicin blandt de 80+-årige i perioden 2014-2022. Blandt denne aldersgruppe er det samlet set 56 ud af 1000 personer, der får demensmedicin i 2022.

Figur 6.3. Udviklingen i forbruget af demensmedicin blandt de 80+-årige. Antal personer per 1000 indbyggere, som har indløst mindst én recept (personhenførbart salg). 2014-2022.



Kilde: medstat.dk. Eget datatræk oktober 2023.

Note: Midler mod demens opgøres ved ACT gruppe N06D.

Samlet set er andelen, der får demensmedicin blandt de 80+-årige, nogenlunde stabil over årene, og kønsforskellen reduceres også noget i de seneste år.

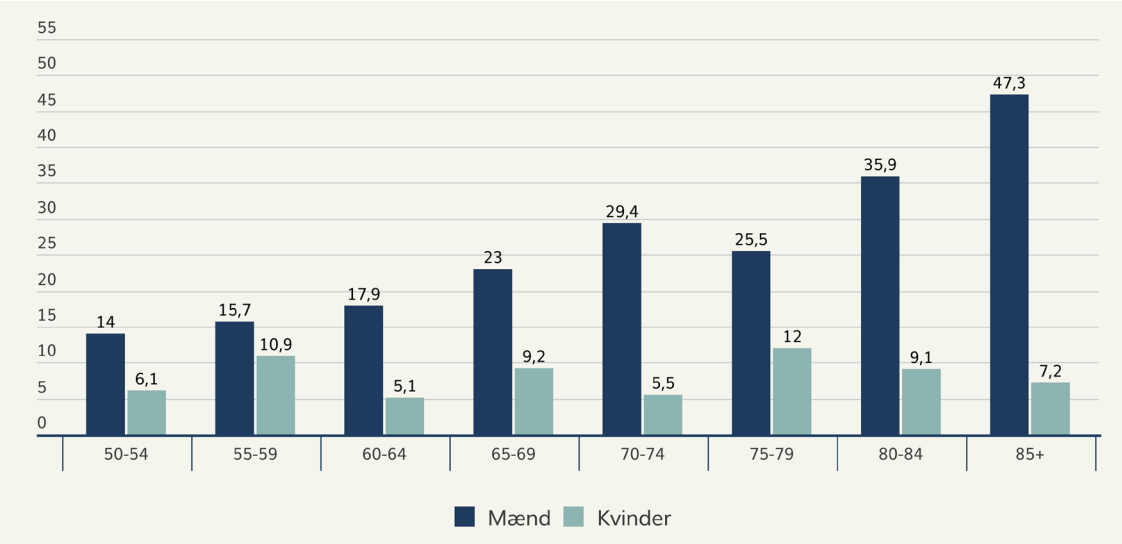
Et dansk studie[82] peger på, at mange demenstilfælde i Danmark kan forebygges. Tidligere undersøgelser indikerer, at demens kan udløses af forskellige risikofaktorer som fysisk inaktivitet, høretab, forhøjet blodtryk og overvægt. Det forventes, at forekomsten af demens vil stige i fremtiden, og eftersom der fortsat ikke findes nogen behandling mod demens, mener forskerne, at forebyggelse indtil videre er den bedste mulighed. I studiet beregnes sammenhængen mellem andelen af demenstilfælde og 12 risikofaktorer. Det belyser, hvilken reduktion der vil være i demensforekomster, hvis risikofaktorerne minimeres. Resultaterne peger på, at et ud af tre tilfælde af demens i Danmark kunne undgås, hvis alle risikofaktorer fjernes. Og særligt fire risikofaktorer er udslagsgivende: at være midaldrende med enten forhøjet blodtryk, ukorrigeret høretab, og/eller overvægt eller at være ældre og fysisk inaktiv.

6.3. Selvmord blandt ældre

Selvmordsraterne i Danmark er mere end halveret fra 1980'erne og frem til i dag, men ældre har fortsat de højeste selvmordsrater af alle aldersgrupper. Depression er en væsentlig risikofaktor for selvmord hos ældre, men også fysiske sygdomme, tab af ægtefælle eller anden nærtstående familie samt ensomhed og isolation er vigtige baggrundsfaktorer.[83]

Figur 6.4. viser, at aldersgrupperne 80-84 og 85+ skiller sig ud ved at have de højeste selvmordsrater i 2021. Blandt de 80-84-årige mænd er der 36 ud af 100.000, som dør af selvmord, og blandt mænd på 85+ er det omkring 47 ud af 100.000. Der er langt flere mænd end kvinder, der begår selvmord blandt den ældre befolkning, og for mænd er der også en mere entydig stigning i selvmordsraten med stigningen i alder.

Figur 6.4. Selvmord. Antal per 100.000 blandt 50+-årige i 2021.



Kilde: eSundhed.dk. Eget datatræk august 2023.

Der vil ofte være tale om en række sammenfaldende årsager til, at en person ender med at begå selvmord. Danske forskningsresultater viser, at ældre mænd og kvinder (65-79 år), som har været indlagt på psykiatrisk hospital, har en langt højere selvmordsrisiko end jævnaldrende, som ikke har været indlagt. Forekomsten af depressioner øger i særdeleshed selvmordsrisikoen; mænd (65-79 år), som har været indlagt med depression, har en 78 gange højere selvmordsrisiko end den generelle befolkning, mens selvmordsrisikoen er 147 gange højere end den generelle befolkning for kvinder.[84] Blandt ældre øger demens og skizofreni risikoen for selvmord. Tiden omkring første diagnose er særligt kritisk i forbindelse med demens.[85,86] Generelt er risikoen for selvmord højest i tiden kort efter 1) psykiatrisk indlæggelse, hvor patienten er mest syg, og 2) udskrivning, hvor patienten ikke får tilstrækkelig behandling/støtte eller udskrives for tidligt.[84]

7. Psykisk sygdom blandt minoritetsgrupper

Undersøgelser viser, at minoritetsgrupper i samfundet i højere grad er udsat for social marginalisering og har højere risiko for at udvikle dårligere psykisk sundhed sammenlignet med resten af befolkningen.[10,87–94] Undersøgelser peger på, at det kan skyldes stigmatisering eller diskrimination på baggrund af deres seksualitet, kønsidentitet eller etnicitet.[90] Mange undersøgelser af køns- eller seksuelle minoriteter er spørgeskemaundersøgelser og baserer sig på selvoplyste data, mens der i højere grad også findes registerdataundersøgelser af etniske minoriteter.

Samlet viser dette kapitel følgende:

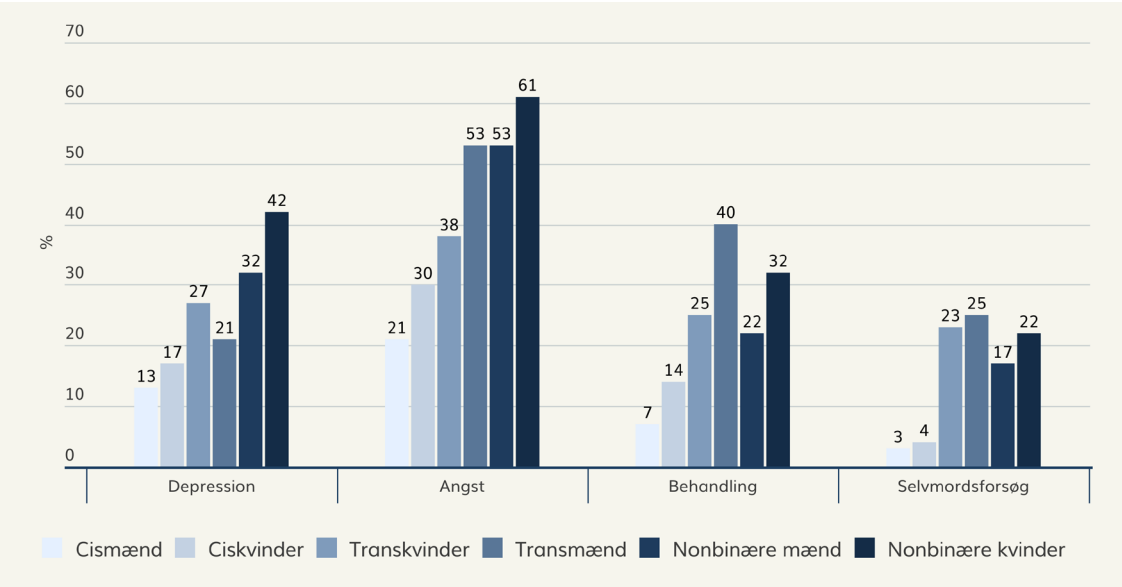
- Kønsidentitets- og seksuelle minoriteter har en overforekomst af depression, angst, øget risiko for selvmordsforsøg og rapporterer generelt dårligere mental sundhed.
- Borgere med etnisk minoritetsbaggrund har generelt dårligere mental sundhed end den generelle befolkning. Blandt etniske minoritetsgrupper er der en høj forekomst af angst og depression og øget risiko for at udvikle skizofreni og begå selvmord.
- Flygtninge har udpræget dårlig mental sundhed. En ud af tre voksne flygtninge lider af PTSD eller depression, og tallene for selvrapporterede psykiske sygdomme er endnu højere.

7.1. Kønsidentitetsminoriteter

Cismænd og -kvinder dækker over personer, hvis identitet stemmer overens med det biologiske køn, de blev født med. Transkvinder er født som mænd, og transmænd er født som kvinder. Nonbinære mænd er født som mænd, og nonbinære kvinder er født som kvinder, men betragter sig hverken som mand eller kvinde.

En undersøgelse har vist, at der hvert år er omkring 800 nye henvendelser til kønsidentitetsklinikkerne i Danmark, og tallet er stigende.[94] Fra en anden undersøgelse[95] er der tal for andelen af selvoplyste ciskønnede, transkønnede og nonbinære, der viser tegn på angst eller depression ved besvarelse af spørgeskema. Undersøgelsesdeltagerne har også oplyst, om de har modtaget behandling for et psykisk problem, eller om de har forsøgt at begå selvmord. Figur 7.1. viser fordelingen af disse besvarelser.

Figur 7.1. Andel ciskønnede, transkønnede og nonbinære, der har tegn på depression, angst, været i behandling på grund af psykisk problem eller forsøgt selvmord i %. Tal fra 2017-2018.



Kilde: Frisch et al., 2019.[95]

Som det fremgår af Figur 7.1. ligger transkønnede og nonbinære personer i alle kategorier højere end ciskønnede. Tallene peger således på, at kønsminoriteter har en overforekomst af depression og angst, hvilket tallene for selvmordsforsøg også skal ses i sammenhæng med.

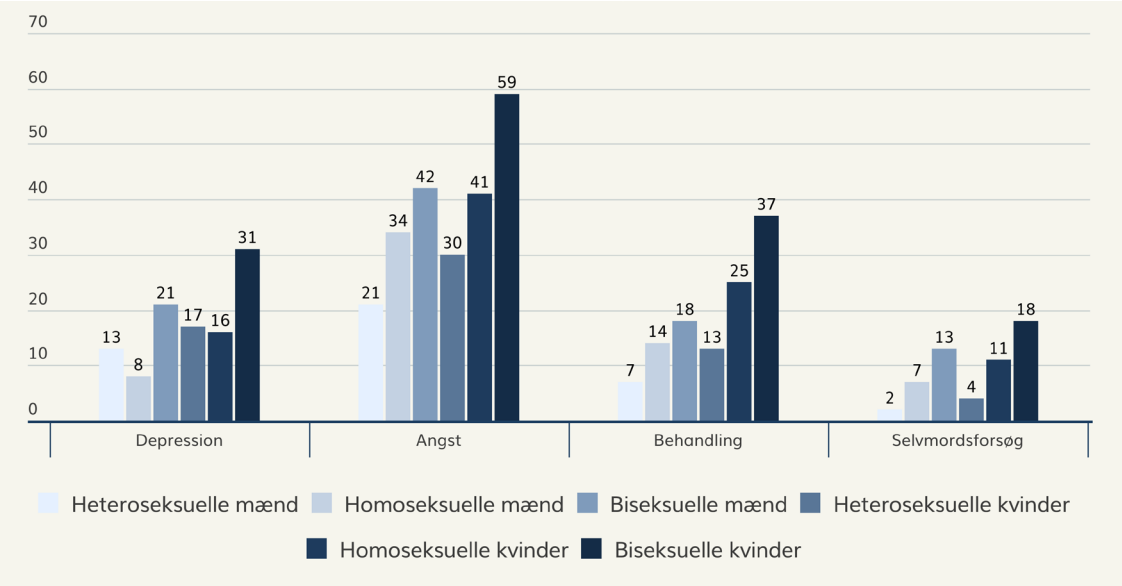
7.2. Seksuelle minoriteter

Seksuelle minoriteter har ifølge flere spørgeskemaundersøgelser generelt dårligere mental sundhed, hyppigere forekomst af angst, selvskade og flere selvmordsforsøg.[88,95] Der er også en ekstra udsathed blandt LGBT+-personer med etnisk minoritetsbaggrund. [88]

LGBTQ+ er en samlet betegnelse for lesbiske, bøsser, biseksuelle, transpersoner og queer personer. + betyder, at der er tale om et paraplybegreb for personer, der ikke er heteroseksuelle eller har ciskønnede identiteter.

Figur 7.2. viser andelen af selvidentificerede heteroseksuelle, homoseksuelle og biseksuelle, der viser tegn på angst eller depression ved besvarelse af spørgsmål, der bruges i forbindelse med screening for diagnoserne. Derudover spørges de, om de har modtaget behandling for et psykisk problem eller har forsøgt at begå selvmord.

Figur 7.2. Andel heteroseksuelle, homoseksuelle og biseksuelle, der inden for de seneste 14 dage har haft tegn på depression, tegn på angst, inden for det seneste år har været i behandling på grund af psykisk problem eller nogensinde har forsøgt selvmord i %. Tal fra 2017-2018.



Kilde: Frisch et al., 2019.[95]

Homoseksuelle – og i særdeleshed homoseksuelle mænd – har mindre hyppigt haft tegn på depression end heteroseksuelle af samme køn. Ved tegn på angst, behandling af psykiske problemer og selvmordsforsøg ligger bi- og homoseksuelle højere end heteroseksuelle. Biseksuelle mænd og kvinder ligger generelt højest på alle fire parametre, og biseksuelle kvinder ligger højest af alle.[95]

7.3. Etniske minoritetsgrupper

Forskning viser, at etniske minoritetsgrupper som indvandrere og efterkommere, flygtninge og internationalt adopterede har dårligere psykisk helbred i form af en øget risiko for psykiske sygdomme, mistrivsel og traumer sammenlignet med den øvrige befolkning.[96–99] Et dansk studie viser, at det har stor betydning for minoritetsetniske personer, der opsøger sundhedsvæsnet, at de bliver mødt med forståelse og respekt for deres kulturelle baggrund. Desuden viser studiet, at alle patienter har gavn af at blive inddraget i beslutninger uanset deres kulturelle baggrund.[96]

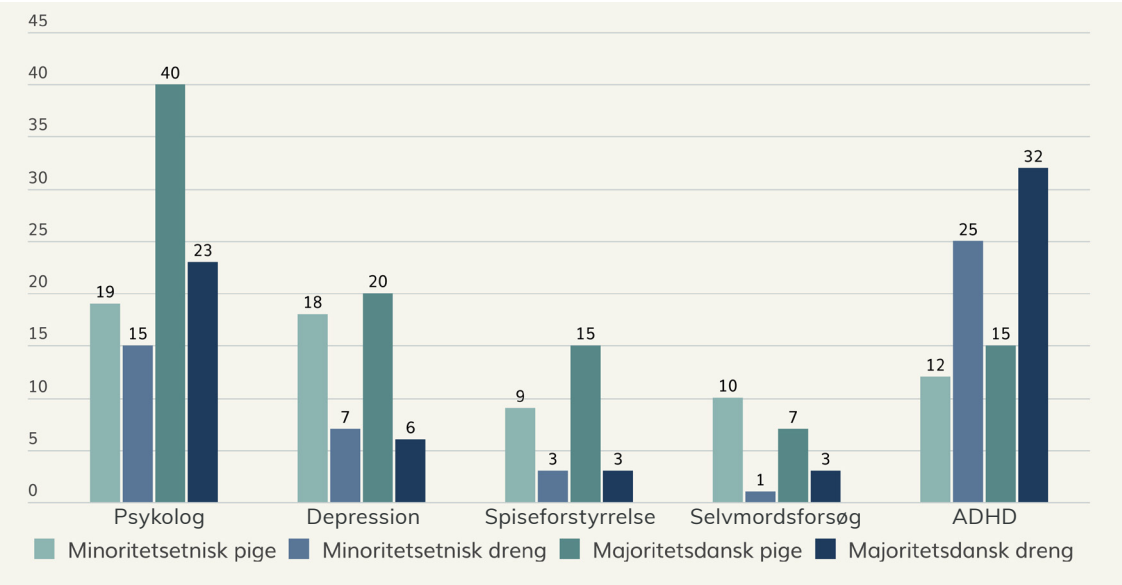
En dansk forskningsrapport – Fællesskabsmålingen[10] – undersøger grader af social udsathed og konsekvenserne heraf i det danske samfund. På baggrund af besvarelser af en række spørgsmål om livstilfredshed, følelser af social eksklusion, subjektivt velvære, selvhjulpenhed, depressive symptomer, ensomhed og materielle afsavn, udledes tre gruppeinddelinger i samfundet: majoritetsgruppen, risikogruppen og eksklusionsgruppen. Der er en høj andel i både risikogruppen (21 %) og eksklusionsgruppen (29 %), der er indvandrere eller efterkommere i 2021. Kendetegnende for disse grupper er langt flere med registrerede psykiske lidelser, dårlig tilknytning til arbejdsmarkedet, misbrugsproblemer og lav uddannelse og indkomst. Eksklusionsgruppen består af borgere, der er endnu mere socialt udsatte end risikogruppen.[10]

Flere andre undersøgelser peger på, at borgere med etnisk minoritetsbaggrund generelt har dårligere mental sundhed end den generelle befolkning.[91,99] Blandt etniske minoritetsgrupper er der en høj forekomst af angst og depression og øget risiko for at udvikle skizofreni og begå selvmord.[91,94] Kommuner, der arbejder med at øge beskæftigelsen, oplever, at det største problem med dette blandt de borgere, der hører under integrationsloven, er psykiske problemer.[100]

En undersøgelse af unge med etnisk minoritetsbaggrund indikerer en underdiagnosticering blandt etniske minoriteter. 13-14 % af majoritetsdanske unge har en diagnose sammenlignet med 6-8 % af minoritetsetniske unge. Bl.a. har flere end dobbelt så mange majoritetsdanske unge diagnosen ADHD sammenlignet med minoritetsetniske unge, hvilket igen indikerer en underdiagnosticering blandt etniske minoritetsunge.[101] Minoritetsetniske mænd i aldersgruppen 25-39 år får derimod i højere grad end majoritetsdanske mænd i samme alder en psykiatrisk diagnose.[87]

En spørgeskemaundersøgelse fra 2014 måler på majoritetsdanske og minoritetsetniske unges mentale helbred. Af Figur 7.3. fremgår den procentvise andel, der har svaret, at de har modtaget hjælp af en psykolog, at de har tegn på depression, har haft en spiseforstyrrelse, forsøgt selvmord eller har en ADHD-diagnose.[101]

Figur 7.3. Majoritetsdanske og minoritetsetniske unges (18-årige) mentale helbred målt i % 2014.



Kilde: Liversage; Christensen, 2017.[101]

Note: Undersøgelsen af minoritetsetniske 18-årige havde en relativ lav svarprocent (43 %), og skævheden i undersøgelsen består i, at unge fra de mere velbemidlede familier med en højere grad af uddannelsesmæssig succes er overrepræsenteret. Derfor tegner undersøgelsen givetvis et mere positivt billede af de minoritetsetniske unges mentale sundhed end den faktiske situation.

Særligt flygtninge har dårligt mentalt helbred.[91,97,100] En analyse kortlagde, at en ud af tre voksne flygtninge led af PTSD eller depression, og at tallene for selvrapporterede psykiske sygdomme var langt højere.[102] Med dette følger også en stor risiko for børn af flygtningefamilier, der er i øget risiko ved at være pårørende, særligt børn, der er pårørende til forældre med PTSD.[93] Tal viser, at 3,5 % af alle flygtningebørn havde kontakt med psykiatrien sammenlignet med 7,7 % af danskfødte børn i perioden 1996-2012. Dette indikerer, at flygtningebørn kan opleve barrierer for adgang til psykiatrien.[103] Et studie, der sammenligner sundhed blandt flygtninge i nordiske lande, viser, at risikoen for indlæggelse på et psykiatrisk hospital er 1,7 gange højere for mænd med flygtningebaggrund i Danmark end for jævnaldrende mænd i befolkningen. Kvinder med flygtningebaggrund havde ikke den samme generelle overrisiko. Både mænd og kvinder med flygtningebaggrund har dog øget risiko for at udvikle psykotiske lidelser.[97]

Mange studier har endvidere vist,[98,104,105] at der blandt internationale adoptivbørn er en højere sandsynlighed for psykiske problemer end blandt ikke-adopterede børn. Omkring 8 % af ikke-adopterede børn har været i kontakt med psykiatrien sammenlignet med knap 17 % af internationalt adopterede børn.[98]

8. Behandling ved psykisk sygdom

Mennesker med psykisk sygdom kan blive behandlet i psykiatrien ambulant og under indlæggelse. Ambulant behandling kan også finde sted hos egen læge, praktiserende psykiater og psykolog. Behandlingen består af medicin og/eller psykoterapi/psykosocial terapi.

Samlet viser kapitlet overordnet følgende tendenser:

- Samlet er der en stigning på knap 18 % i antal psykiatriske kontakter (indlæggelse og ambulant behandling) fra 2013 til 2022.
- Alle regioner har en stigning i andel psykiatriske genindlæggelser i perioden fra 2014 til 2022.
- Flere kvinder end mænd anvender en eller anden form for psykofarmaka.
- For både mænd og kvinder er brugen af ADHD-medicin steget markant med 59 % for mænd og 69 % for kvinder. ADHD-medicin er den eneste af de udvalgte medicintyper, hvor der er flere mandlige brugere end kvindelige.
- Næsten tre gange så mange kvinder som mænd modtager psykologhjælp med offentligt tilskud.

8.1. Indlæggelse og ambulant behandling

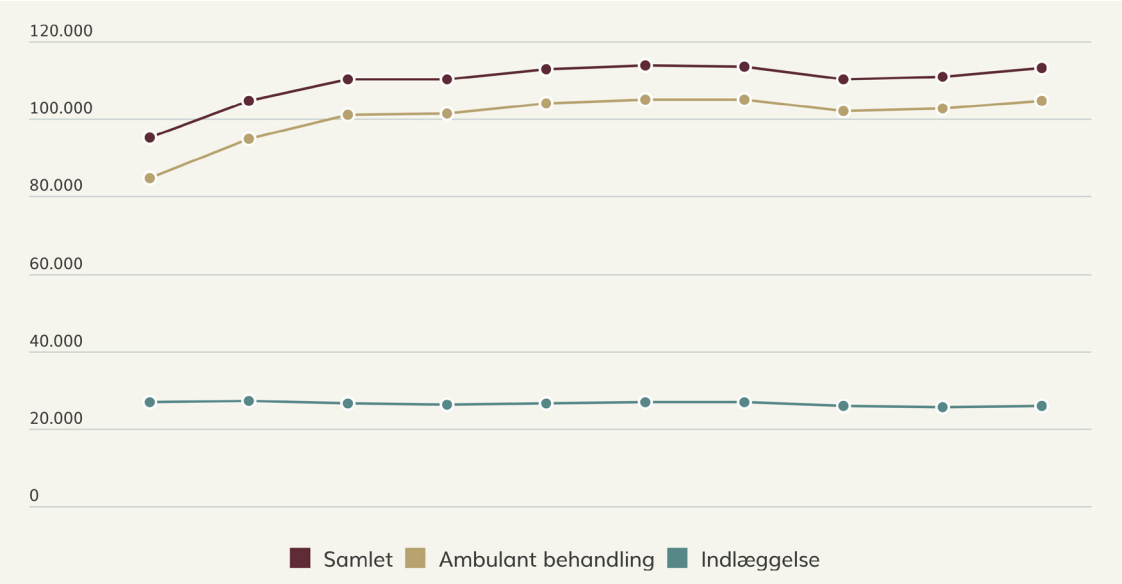
Når man har en psykisk sygdom, kan man for en periode have brug for at blive indlagt på en psykiatrisk afdeling, blive behandlet og helbredt eller blive bedre til at kunne leve med psykisk sygdom i hverdagen, hvis der fortsat er symptomer. Behandlingen på psykiatrisk afdeling kan være en kombination af medicinsk behandling, samtaleterapi og psykoedukation. Langt de fleste patienter indlægges efter at have henvendt sig selv, nogle gange efter aftale med deres læge. 12,5 % af de voksne, som var indlagt i 2022, var indlagt med tvang (læs mere om tvang i kapitel 10). Næsten alle indlæggelser skyldes en akut krise, fx ved en psykose eller risiko for selvskade, da behandlingen ellers kan foregå ambulant.

Den psykiatriske skadestue fungerer som en åben skadestue. Man vil typisk blive modtaget af plejepersonalet, når man henvender sig. Man har ret til en samtale, men der kan være ventetid. Til denne samtale vurderer man, hvor alvorlige symptomerne er, og hvor akut det er.

Hvis man behandles ambulant i psykiatrien, er man ikke indlagt, men modtager behandling af personale i dagtimerne af et behandlingsteam i et ambulatorium. Behandlingen kan være medicinsk eller psykoterapi i form af gruppeterapi eller samtaleterapi med en læge, sygeplejerske eller anden terapeut.

Figur 8.1. viser udviklingen i antal patienter i psykiatrien opdelt på ambulante behandling, indlæggelser og det samlede antal patienter fra 2013 til 2022. Antal patienter dækker over patienter, der som minimum har haft en sygehuskontakt, hvor hovedspecialet for afdelingen hører under psykiatrien. Bemærk, at samme patient både kan have ambulant kontakt og indlæggelser i løbet af et år og dermed indgå i begge grupper. Det betyder, at når det samlede antal patienter med psykiatrisk behandling tælles, så tæller en patient, der både har haft minimum én indlæggelse og ét ambulant ophold kun med en enkelt gang i den samlede kategori. Dermed er den samlede kategori ikke summen af patienter med ambulant kontakt og indlæggelse.

Figur 8.1. Antal psykiatriske patienter (>18 år) fordelt på ambulant behandling, indlæggelse og samlet, udvikling fra 2013-2022.



Kilde: eSundhed.dk. Eget datatræk oktober 2023.

Antallet af patienter med en psykiatrisk indlæggelse ligger nogenlunde stabilt i hele perioden, dog med et lille fald i de seneste år. I 2013 var antallet af patienter med mindst en psykiatrisk indlæggelse i året 26.958, mens det i 2022 var 25.987, altså et fald på omkring 1.000 patienter. Det svarer til et fald på ca. 4 %. Omvendt er antallet af psykiatriske patienter med ambulant kontakt mere eller mindre steget i hele perioden, fra 84.772 patienter i 2013 til 104.743 patienter i 2022. Det svarer til en stigning på ca. 24 %. Det samlede antal psykiatriske patienter stiger så også i perioden. I 2013 var det samlede antal psykiatriske patienter 95.115, mens det i 2022 var 113.117, det vil sige en stigning på 19 %.

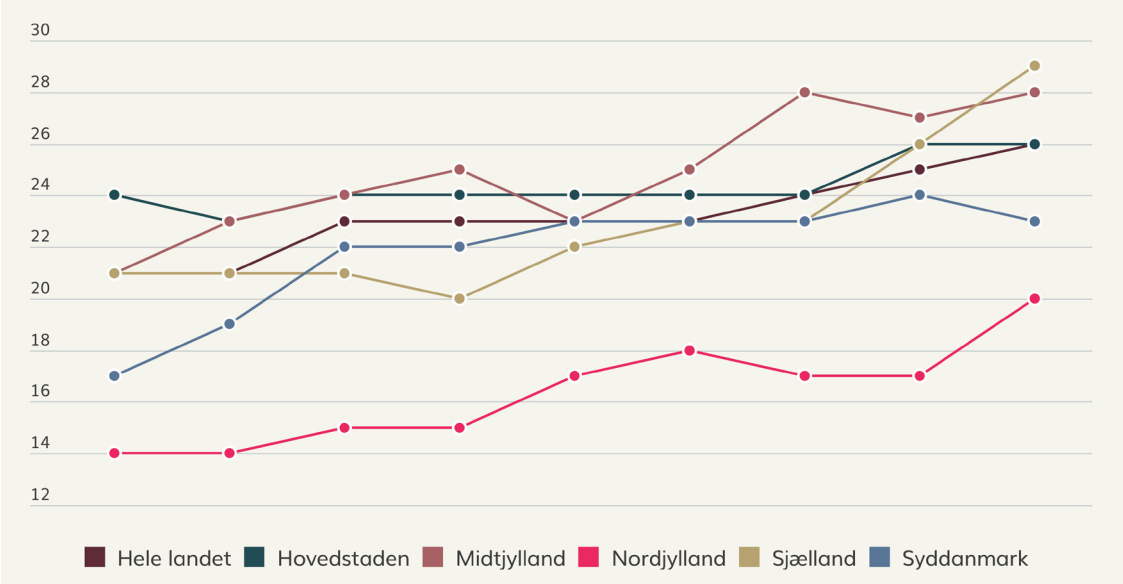
Ser vi på udviklingen i antal psykiatriske indlæggelser, hvor en patient således kan indgå flere gange inden for samme år, finder vi, at i 2013 var der 45.068 psykiatriske indlæggelser, mens der i 2022 var 51.505 psykiatriske indlæggelser. Denne forskel svarer til en stigning i antal indlæggelser på godt 14 %. Ser vi i stedet på antal ambulante psykiatriske kontakter, er der en nogenlunde jævn stigning fra 701.179 i 2013 til 897.243 i 2019. Herefter sker der et fald fra 2019 til 2020 til 788.920 psykiatriske ambulante kontakter, hvilket svarer til et fald på 12 %, som formodentlig skyldes covid-19. I de efterfølgende år er antallet af ambulante kontakter igen stigende; og senest i 2022 var antallet af ambulante kontakter 826.435 (eSundhed.dk. Eget træk oktober 2023).

Det samlede antal psykiatriske behandlinger er summen af antal indlæggelser og ambulante kontakter. Samlet er der en stigning på knap 18 % i antal psykiatriske behandlinger fra 2013 til 2022.

8.1.2. Genindlæggelser

Andelen af genindlæggelser kort tid efter udskrivning kan bruges som indikator for kvaliteten og sammenhængen i patientforløbene. Figur 8.2. viser udviklingen i andel psykiatriske genindlægger inden for 30 dage fordelt på behandlingsregion fra 2014 til 2022. Helt præcist afspejler det andelen af psykiatriske indlæggelser, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse. Andelen er beregnet som antal genindlæggelser divideret med antal psykiatriske primærindlæggelser.

Figur 8.2. Andel psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage fordelt på behandlingsregion i %.

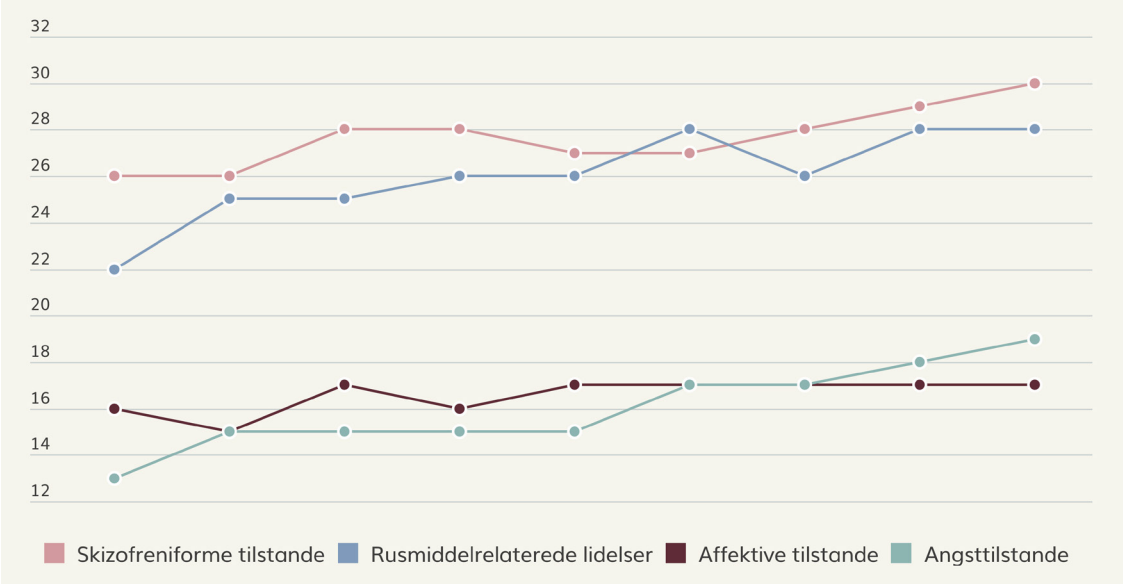


Kilde: eSundhed.dk. Eget datatræk oktober 2023.

Af figuren fremgår det, at alle regionerne har en stigning i andel psykiatriske genindlæggelser i perioden fra 2014 til 2022. Region Nordjylland har igennem hele perioden den laveste andel psykiatriske genindlæggelser, og regionen havde i 2022 20 % psykiatriske genindlæggelser, hvilket er seks procentpoint lavere end landsgennemsnittet på 26 % i 2022. Udviklingen i de andre fire regioner er gennem perioden forskellig, men som tidligere beskrevet resulterer udviklingen i alle regionerne i en stigende andel psykiatriske genindlæggelser. I 2022 var andelen af psykiatriske genindlæggelser i Region Syddanmark 23 %, i Region Hovedstaden 26 %, i Region Midtjylland 28 % og i Region Sjælland 29 %.

I Figur 8.3. ses udviklingen i andel psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage i hele landet fordelt på diagnosegrupper, herunder skizofreniforme tilstande, rusmiddelrelaterede lidelser, affektive tilstande og angsttilstande.

Figur 8.3. Andel psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage i hele landet fordelt på diagnosegrupper.



Kilde: eSundhed.dk. Eget datatræk oktober 2023.

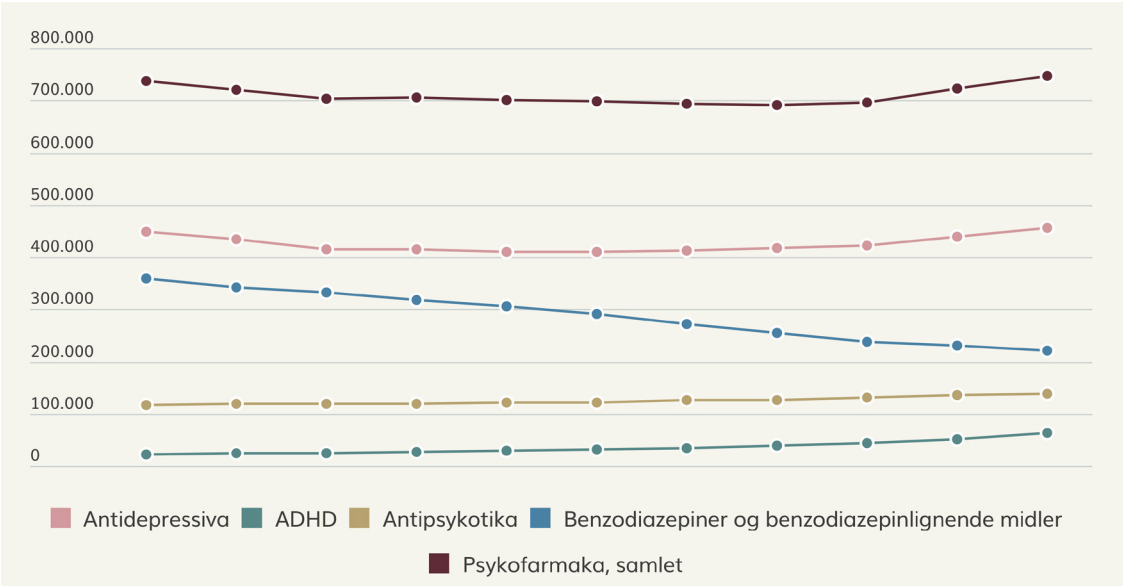
Note: Skizofreniforme tilstande dækker typisk over skizofreni, skizotypi, kroniske paranoide psykose og skizoaffektive psykoser. Affektive tilstande dækker over depression og bipolar lidelse. Rusmiddelrelaterede lidelser dækker over stof- og/eller alkoholmisbrug. Angsttilstande dækker over forskellige angstsygdomme, fobier og PTSD.

Overordnet er der en nogenlunde støt stigning i andelen af genindlæggelser i diagnosegrupperne i perioden fra 2014 til 2022. Skizofreniforme tilstande har i perioden den største andel genindlæggelser blandt de fire diagnosegrupper med undtagelse af 2019, hvor andelen af genindlæggelser var størst blandt de rusmiddelrelaterede lidelser. Affektive tilstande og angsttilstande har de laveste andele af psykiatriske genindlæggelser. I 2022 var andelen af genindlæggelser ved skizofreniforme tilstande 30 %, ved rusmiddelrelaterede lidelser 28 %, ved angsttilstande 19 % og ved affektive tilstande 17 %.

8.2. Behandling med psykofarmaka

Medicinsk behandling er den mest udbredte behandlingsform. Den medicinske behandling består i at finde frem til det rette præparat og dosis, der kan behandle eller lindre symptomer. Nedenstående graf i Figur 8.4. viser udvikling i brugen af psykofarmaka over ti år fra 2012 til 2022. Det samlede forbrug af psykofarmaka er kun steget lidt i perioden med 1,4 %. Brugen af antidepressiva er også steget svagt med 1,5 %, mens brugen af antipsykotika er steget med 15 %, og ADHD-medicin er steget med hele 64 %. Benzodiazepiner og lignende er som den eneste medicintype faldet med 39 %, hvilket sandsynligvis skyldes en indsats rettet mod at mindske brugen af denne medicinform til længerevarende behandling.[106]

Figur 8.4. Antal voksne >18 år i behandling med psykofarmaka, 2012-2022.

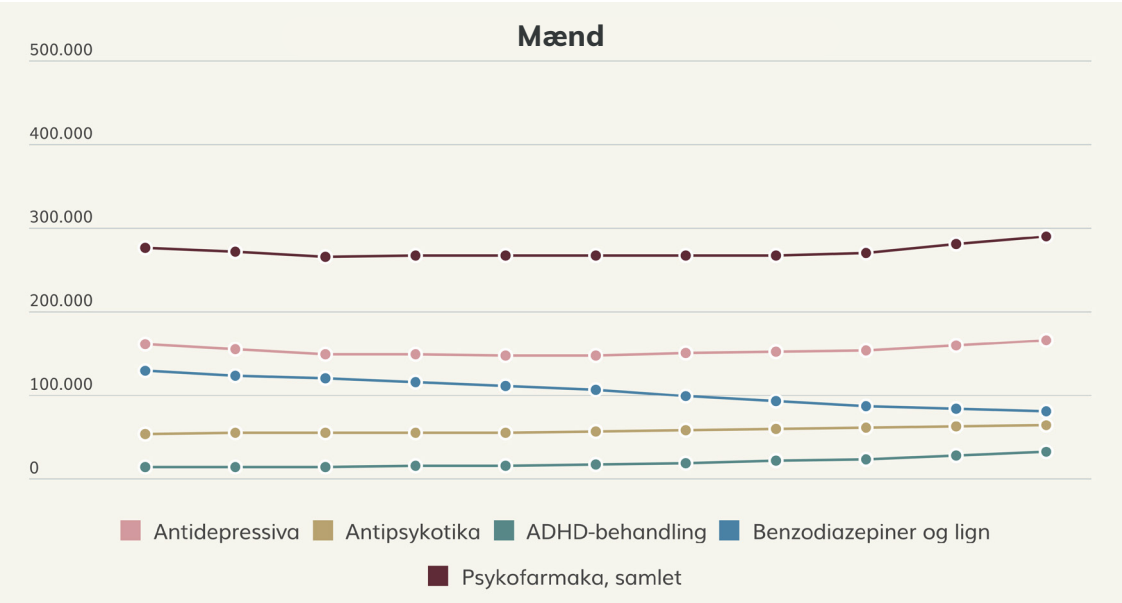


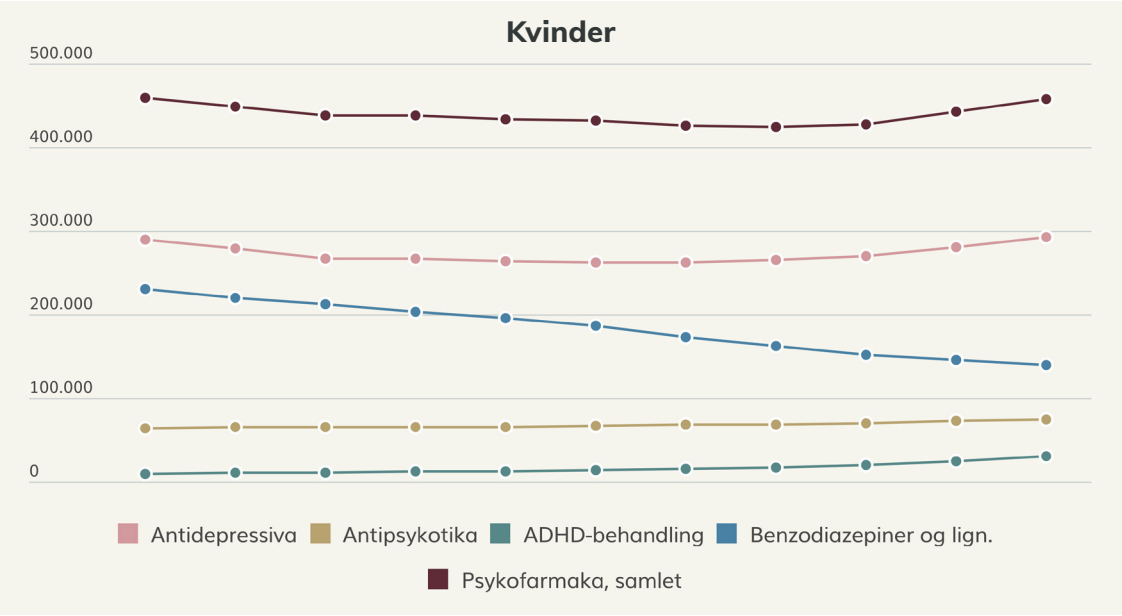
Kilde: medstat.dk. Eget datatræk august 2023.

Blandt mænd og kvinder er der forskel i brugen af medicinsk behandling, hvilket fremgår af Figur 8.5. Flere kvinder end mænd anvender en eller anden form for psykofarmaka. Antallet har været faldende frem til 2020, hvor antallet igen steg.

Udviklingen i antidepressiva er faldet for både mænd og kvinder siden 2012, men begyndte at stige igen omkring 2019. Omvendt er brugen af antipsykotika steget med godt 10.000 brugere blandt både mænd og kvinder i perioden.

Figur 8.5. Antal voksne ≥18 år i behandling med psykofarmaka, 2012-2022. Fordelt på mænd og kvinder.



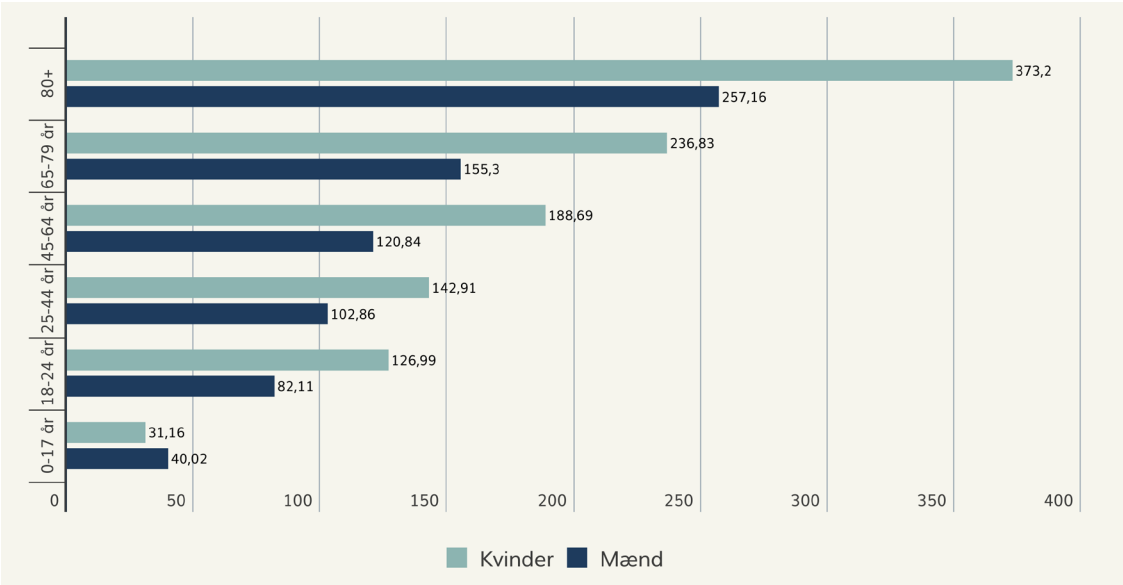


Kilde: medstat.dk. Eget datatræk august 2023.

For både mænd og kvinder er brugen af ADHD-medicin steget markant med 59 % for mænd og 69 % for kvinder. ADHD-medicin er den eneste af de udvalgte medicintyper, hvor der er flere mandlige brugere end kvindelige. Denne forskel udlignes dog over tid. I 2012 brugte 3.514 flere mænd end kvinder ADHD-medicin. I 2022 er denne forskel nede på 1.018 flere mænd end kvinder. Ligesom det fremgik af ovenstående graf, er antallet af brugere af benzodiazepiner og lignende faldet for begge køn.

Figur 8.6. viser en samlet opgørelse af psykofarmaka fordelt på alder og køn i 2022. Fra 18 år og opefter gælder, at anvendelsen af psykofarmaka er stigende, og at flere kvinder i alle aldersgrupper er i behandling med psykofarmaka. For gruppen 0-17 år ser dette dog anderledes ud, eftersom den er den eneste, hvor flere drenge end piger er i behandling med psykofarmaka. Dette skyldes sandsynligvis brugen af ADHD-medicin, der i højere grad anvendes af drenge og mænd i denne aldersgruppe.

Figur 8.6. Antal personer i behandling med psykofarmaka per 1000 indbyggere i 2022, fordelt på køn og aldersgrupper.



Kilde: medstat.dk. Eget datatræk oktober 2022.

8.3. Behandling hos psykolog

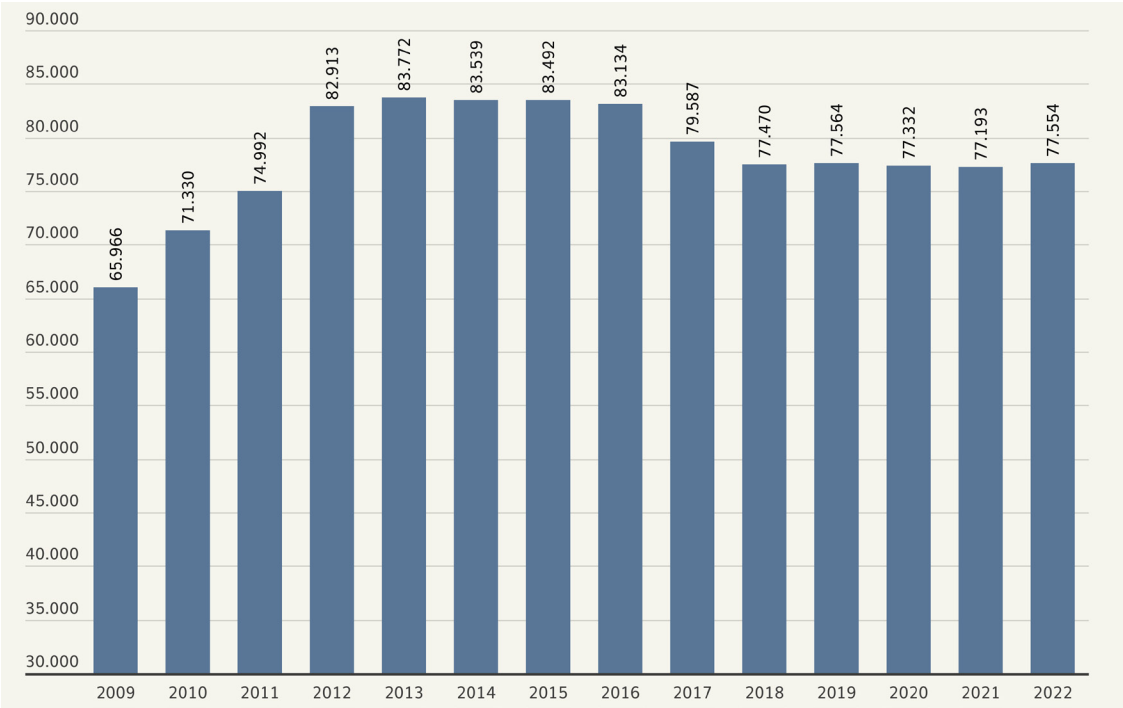
Psykologbehandling er en behandlingsform, som består af en eller flere samtaler med en psykolog. Psykologordningen dækker over muligheder for at få offentligt tilskud til psykologbehandling hos en privatpraktiserende autoriseret psykolog. I juli 2021 trådte nye regler i kraft, for hvilke grupper der kan modtage offentlige tilskud til psykologbehandling (det offentlige tilskud dækker 60 % af udgifterne). Dette kræver en lægehenvisning, og at man tilhører en af følgende grupper:

1. Røveri, volds- og voldtægtsofre
2. Trafik- og ulykkesofre
3. Pårørende til alvorligt psykisk syge
4. Personer, der er ramt af alvorligt invaliderende sygdom
5. Pårørende til personer, der er ramt af alvorligt invaliderende sygdom
6. Pårørende ved dødsfald
7. Personer, der har forsøgt selvmord
8. Personer, der får foretaget provokeret abort ved graviditet efter 12. graviditetsuge
9. Personer, der, inden de fyldte 18 år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb
10. Personer over 18 år med let til moderat depression
11. Personer over 18 år med let til moderat angst, herunder let til moderat OCD.

Derudover kan unge mellem 18 og 24 år med let til moderat angst, OCD eller depression modtage gratis psykologbehandling.[107]

Figur 8.7. viser antallet af personer, der modtog psykologydelser fra 2009 til 2022. I de seneste år har antallet stabiliseret sig til omkring de 77.500 personer om året.

Figur 8.7. Antal personer 2009-2022, som modtager psykologydelser med offentligt tilskud.



Kilde: eSundhed.dk. Eget datatræk oktober 2023.

Flere kvinder end mænd gør brug af psykologordningen. Næsten tre gange så mange kvinder som mænd modtager behandling af en psykolog, hvilket gør sig gældende i hele perioden fra 2014-2022 (statistikbanken.dk. Eget datatræk oktober 2023).

En undersøgelse fra VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, viser, at der har været en stigning i alle landets regioner i antal ydede psykologkonsultationer fra 2010 til 2021. I Region Midtjylland var stigningen størst med 35 % og lavest i Region Hovedstaden med 6 %.[107]

Nedenstående Tabel 8.1. viser antal ydede konsultationer givet i perioden 2010 til 2021. Her kan en person – modsat Figur 8.7 – indgå flere gange i et givet år. Der ses en markant stigning fra 2010 til 2012 og en overordnet stigende tendens fra 2010-2021. Den stigende tendens vurderes i VIVE-rapporten overvejende at kunne forklares med, at psykologordningen blev udvidet i perioden, så flere grupper kan bruge den, men også at befolkningens generelle behov for psykologydelser er steget.[107] Særligt udvidelserne i 2008 for personer med let til moderat depression (>18 år) og i 2011 for personer med let til moderat angst, herunder let til moderat OCD (>18 år), må antages at være af væsentlig betydning.

Tabel 8.1. Antal konsultationer gennem psykologordningen fra 2010 til 2021.

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
409.046	438.334	483.590	479.853	469.324	476.753	480.051	450.887	441.262	441.830	484.562	478.966

Kilde: Jacobsen et al., 2023.[107]

8.4. Behandling hos privatpraktiserende psykiater

Psykiatere arbejder både i den offentlige og private sektor.

Den offentlige sektor omfatter:

- Regionale ansættelser på psykiatriske afdelinger på sygehuse
- Praktiserende speciallæger i psykiatri med ydernummer, som behandler patienter med en henvisning fra egen læge finansieret af overenskomst med regionerne
- Andre typer offentlige ansættelser i fx kommuner eller universiteter.

Den private sektor omfatter:

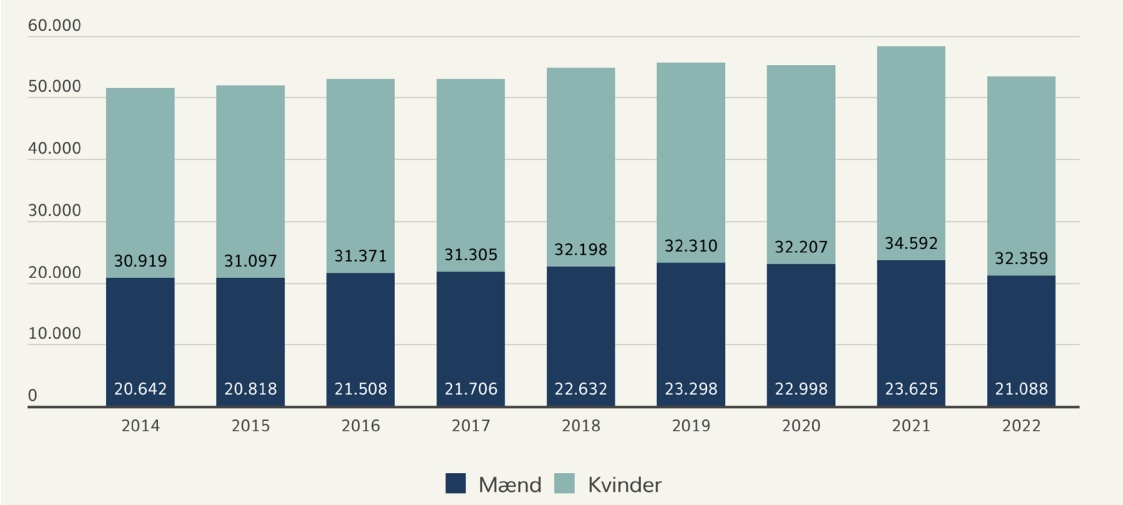
- Speciallæger, som arbejder på privathospital
- Speciallæger uden ydernummer, der finansieres af egenbetaling og forsikringer
- Speciallæger som arbejder i medicinalindustrien eller lignende.[108]

Ifølge Sundhedsstyrelsen behandler de praktiserende psykiatere primært patienter med moderate psykiske sygdomme. Dette gælder særligt angst- og depressionslidelser, stress-relaterede tilstande, personlighedsforstyrrelser og voksne med ADHD. Behandling af patienter med psykoser er sjældent forekommende.[109]

Hvert år begynder ca. 29.000 voksne patienter i behandling hos praktiserende psykiatere. Der er i 2023 107 praktiserende psykiatere i fuldtidspraksis og 31 i deltidspraksis.[110] På sundhed.dk under "Find behandler" findes 135 praktiserende psykiatere fordelt over landet samt deres forventede ventetider for ikke-akutte patienter. 12 af de 135 har ventetider på under et år. Resten spænder bredt fra 52 uger til flere hundrede ugers ventetid.[111]

Nedenstående Figur 8.8 viser, hvordan antallet af personer, der modtager behandling i psykiatrisk speciallægepraksis, fordeler sig på mænd og kvinder. Der er omkring en tredjedel flere kvinder end mænd, der modtager denne behandlingsform. I sammenligning med psykologydelser som behandlingsform er der væsentligt mindre forskel på kønnenes brug af behandlingsformen, om end der fortsat er en tydelig overvægt af kvinder.

Figur 8.8. Udvikling i antal personer, der går til behandling i psykiatrisk speciallægepraksis, fordelt på kvinder og mænd.



Kilde: statistikbanken.dk. Eget datatræk oktober 2023.

Note: Grafen rummer ikke tal over personer, der opsøger psykiatere gennem egenbetaling eller private forsikringer.

9. Recovery

Recovery er et begreb, som stammer fra USA. På dansk oversætter vi det til ”at komme sig”. Begrebet er opstået og har udviklet sig i forskellige faglige miljøer sammen med mennesker, som selv har haft erfaring med psykisk sygdom. Hvad recovery mere præcist dækker over varierer og diskuteres stadig. Den fremstilling af recovery, vi giver her, er mange enige om. Man kan dog godt møde andre måder at forstå recovery på, og nogle afviser helt nytten af begrebet på grund af uenigheden om, hvordan det defineres.

Recoverybegrebet er opstået primært i forbindelse med sygdommen skizofreni, men i dag bruger mange det bredere om andre psykiske sygdomme. Det kan man gøre, fordi man kan ”komme sig” af alle sygdomme. Det oprindelige og særlige var, at man kunne komme sig fra skizofreni. Det stod i stærk modsætning til den rådende opfattelse, da begrebet opstod i 1990’erne.

Recoverybegrebets optræden i psykiatrien betød, at man begyndte at se sygdomsforløbet for skizofreni og skizofrenilignende psykoser på en anden og langt mere optimistisk måde. Man forlod opfattelsen af, at skizofreni var en sygdom, som trods behandling forværredes, og som for alle endte i svær invaliditet.

Forskning har vist, at mange kommer sig enten helt eller delvist efter en skizofrenidiagnose. Nogle får kun en enkelt eller få psykoseperioder og bliver igen helt uden sygdomstegn. En stor gruppe har fortsat symptomer og funktionsnedsættelse, men er i stand til at leve en tilfredsstillende tilværelse med eller uden behandling og støtte. Recovery er forbundet med håb og optimisme, som har stor betydning for den enkeltes livskvalitet.

For at skabe mere klarhed er der defineret to forskellige former for recovery – klinisk og personlig:

- **Klinisk recovery** er den objektive forbedring i patientens tilstand med hensyn til forekomsten af symptomer og socialt funktionsniveau i forhold til privatliv og arbejde. Måling af disse forhold har vist, at nogle ender med at være helt uden sygdomstegn. Andre får det langt bedre end de tidligere pessimistiske forventninger, om end de stadig oplever forskellige former for symptomer og et svingende funktionsniveau over tid. De foranstaltninger og den proces, som fremmer klinisk recovery, kaldes behandling og rehabilitering.

- **Personlig recovery** er den oplevelse af livskvalitet, meningsfuldhed, kontrol over sin livssituation og håb, som patienten kan udvikle under sin sygdom, selvom sygdommen fortsat medfører begrænsninger i patientens liv. Det er i høj grad en menneskelig udvikling, som patienten selv oplever og styrer, men behandling og støtte kan tilrettelægges, så de i størst mulig udstrækning fremmer en positiv proces.

For at mennesker med psykiske sygdom kan ”komme sig”, er det nødvendigt med et tværfagligt samarbejde mellem de forskellige offentlige instanser som psykiatri og kommunal støtte. Det er desuden vigtigt med en respektfuld og ligeværdig inddragelse af patienten/borgeren, for at denne kan få det fulde udbytte af indsatsen. Indsatsen skal tilrettelægges, så både personlig og klinisk recovery opnås i så høj grad som muligt.

I forbindelse med ”at komme sig” er det nyttigt også at se på begrebet ”rask”. Inden for recovery taler man om ”at komme sig helt” som det gunstigste forløb. Det er imidlertid positivt og i overensstemmelse med virkeligheden, at man kan opnå mange grader af recovery og bedre liv, uden at alle sygdomsproblemer forsvinder. Der er tale om gradvise overgange fra mange til ingen symptomer og funktionshæmning i modsætning til det unuancerede syg/rask. Det er i overensstemmelse med, at man ikke lægeligt kan afgøre, om et menneske er ”rask”, kun at det ikke har været muligt at finde sygdomstegn. Det udelukker dog ikke, at mange læger i daglig tale alligevel siger ”rask”, når de ikke kan finde tegn på sygdom.[112–115]

10. Tvang i psykiatrien

Tvang i psykiatrien kan ikke undgås, men når tvang vurderes at være nødvendig, skal det ske med den størst mulige hensyntagen til patienten. Psykiatriloven forpligter pårørende eller politiet til at tilkalde en læge, hvis en person antages at være psykotisk og ikke selv søger behandling. Lægen skal foretage en tvangsindlæggelse, hvis der er betydelig helbredsfare eller fare for, at personen skader sig selv eller andre. Anden tvang end indlæggelse må kun ske på en psykiatrisk afdeling. Psykiatrilovens mindstemiddelprincip tilsiger, at tvang for det første kun må anvendes på en psykiatrisk afdeling, efter at man har gjort, hvad der er muligt for at for at opnå patientens frivillige medvirken. For det andet skal der være en proportionalitet imellem den foranstaltning, der tages i brug, og det man forsøger at opnå. Det vil sige, at hvis mindre indgribende foranstaltninger er tilstrækkelige, skal man anvende dem.[116]

Dette kapitel viser at:

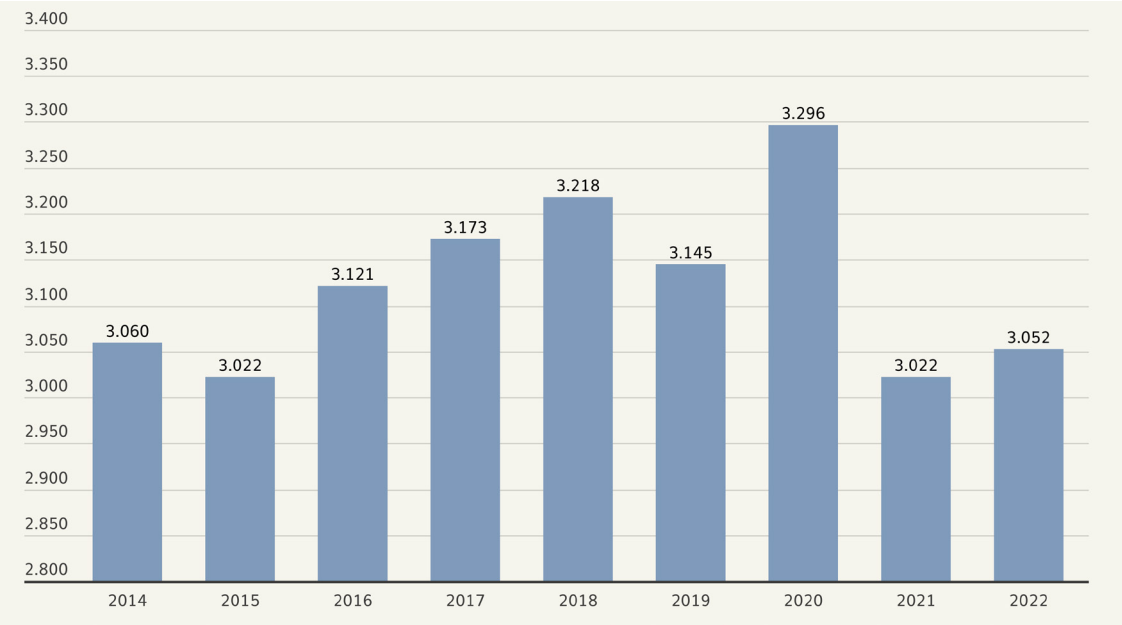
- På trods af stabilitet i antallet af personer, der tvangsindlægges, er der sket en stigning i hvor mange gange, den enkelte person bliver tvangsindlagt.
- De to hyppigste tvangsforanstaltninger, der anvendes, er bæltefiksering og beroligende medicin med tvang.
- Der har været et fald i brugen af bæltefiksering i perioden 2014-2022.
- 2022 er det år, hvor flest både absolut og relativt set har fået beroligende medicin med tvang i perioden 2014-2022, og der har været en støt stigning over årene. Der har også været en stigning i antallet af gange, der gives akut beroligende medicin med tvang.
- Sagsbehandlingsfristerne i klagesager om tvang overholdes ikke i en væsentlig del af sagerne.
- 359 børn og unge under 18 år blev i 2022 udsat for tvang i psykiatrien, hvilket er det højeste antal i perioden 2014-2022.
- Sammenholdt med antallet af indlagte børn og unge er der en stigende tendens i brugen af tvangsforanstaltninger blandt børn og unge de senere år.

10.1. Tvang i voksenpsykiatrien

10.1.1. Tvangsindlæggelser

Figur 10.1. viser antallet af tvangsindlæggelser i perioden 2014-2022. Antallet steg lidt i de første år i perioden, men er de seneste år faldet lidt igen. Der er tale om mindre udsving, og generelt ligger antallet af tvangsindlæggelser nogenlunde stabilt mellem ca. 3000 og 3300 i hele perioden.

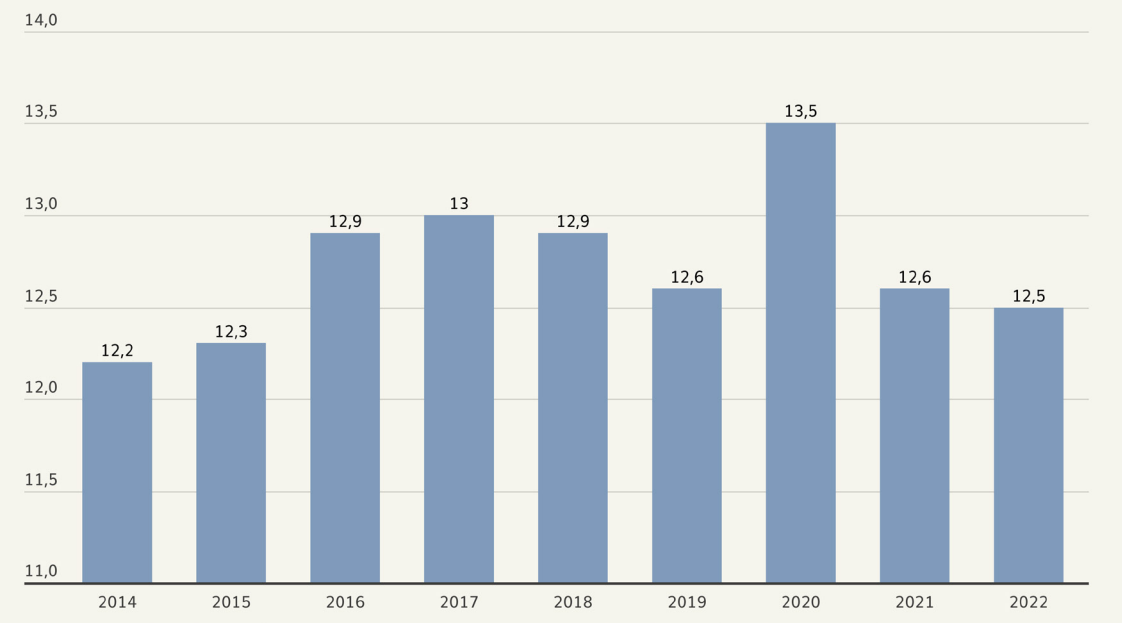
Figur 10.1. Antal voksne, der tvangsindlægges i året. 2014-2022.



Kilde: eSundhed.dk. Eget datatræk august 2023.

Sammenholder man antal tvangsindlæggelser med det samlede antal indlæggelser (Figur 10.2.), har andelen af tvangsindlæggelser været relativt konstant på omkring de 12-13 %.

Figur 10.2. Andel af voksne, der tvangsindlægges i forhold til indlagte i %.



Kilde: eSundhed.dk. Eget datatræk august 2023.

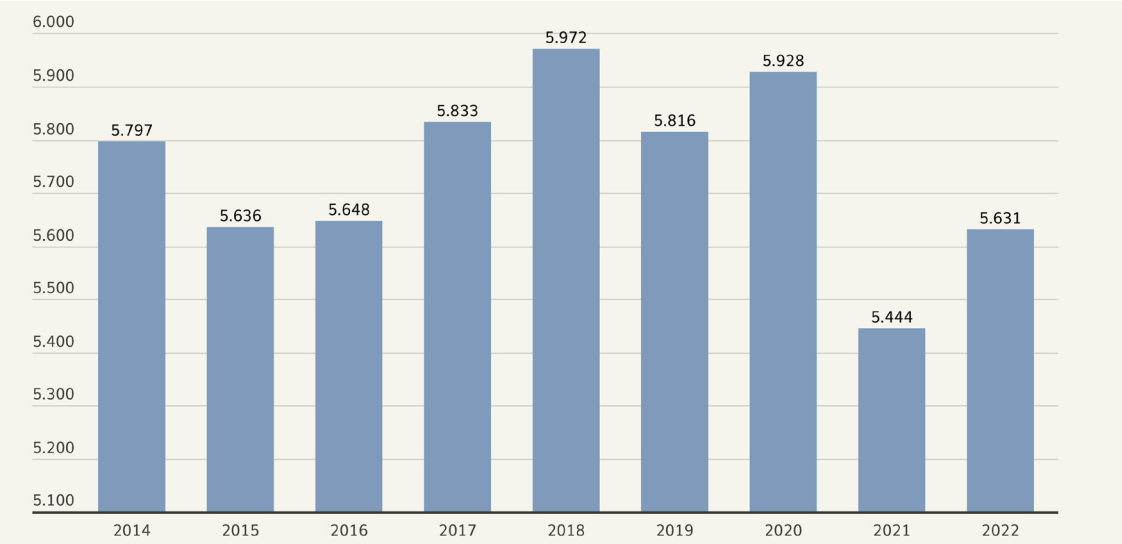
Samlet set peger tallene i Figur 10.1. og 10.2. på, at der har været mindre udsving i tvangsindlæggelser, men at der i hvert fald ikke er sket en reduktion siden 2014.

Rapporten 'Monitering af tvang i psykiatrien'[117] viser dog, at der over en årrække er sket en stigning i det samlede antal af tvangsindlæggelser. I 2012/2013 var antallet 3.413, mens det i 2022/2023 var steget til 5.168. Når antallet af voksne, der tvangsindlægges, er uændret, mens antallet af tvangsindlæggelser er steget, må det betyde, at der er sket en stigning i hvor mange gange, den enkelte person bliver tvangsindlagt. Dette er en bekymrende tendens i sig selv, fordi flere personer oplever flere tvangsindlæggelser, men også, fordi der er en sammenhæng mellem indlæggelse med tvang og efterfølgende anvendelse af tvang under indlæggelsen.[117]

10.1.2. Tvangsforanstaltninger

Figur 10.3. viser, at der i 2022 var 5.631 voksne berørt af en eller flere tvangsforanstaltninger (bæltefiksering, brug af remme, fastholdelse, akut beroligende medicin med tvang, tvangsbehandling med medicin (ikke akut), personlig afskærmning og tilbageholdelser), hvilket svarer til 23 % af alle indlagte voksne.

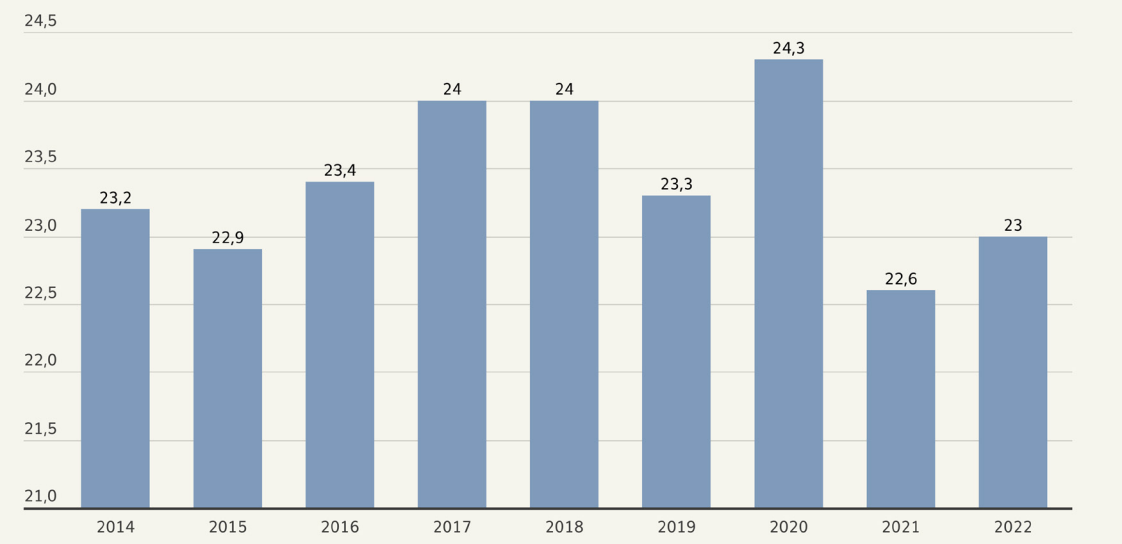
Figur 10.3. Antal af voksne berørt af tvangsforanstaltninger. 2014-2022.



Kilde: eSundhed.dk. Eget datatræk august 2023.

I tillæg hertil viser Figur 10.4., at over årene 2014-2022 har andelen af voksne patienter berørt af tvangsforanstaltninger i forhold til antallet af indlagte ligget mellem 22,6 % og 24,3 %. Der er således kun mindre udsving i andelen af voksne berørt af tvangsforanstaltninger i perioden og således ingen væsentlig reduktion.

Figur 10.4. Andel af indlagte voksne berørt af tvangsforanstaltninger. 2014-2022 i %.



Kilde: eSundhed.dk. Eget datatræk august 2023.

De to hyppigst anvendte tvangsforanstaltninger er bæltefiksering og beroligende medicin givet med tvang.

Tal fra Sundhedsstyrelsen viser, at antallet af personer, der bæltefikseres, i 2022 var 1.117 – 4,5 % af alle indlagte – mens det totale antal af (påbegyndte) bæltefikseringer var 4.923, idet den samme person inden for året kan have oplevet flere bæltefikseringer. Det totale antal af bæltefikseringer har ikke været højere siden 2016 (5.119), og det er steget med 281 fra 2021 til 2022. Ser vi på hele perioden fra 2014 til 2022 har der dog været et fald i andelen (%) af indlagte personer, der bæltefikseres, da det i 2014 var 7,2 % af de indlagte personer, der havde oplevet bæltefiksering.[66]

Antallet af personer, der får beroligende medicin med tvang, var i 2022 2.361 svarende til 9,1 % af alle indlagte. I 2021 var det 8,7 % (2.232 personer), og i 2014 var det 8 % (2.130 personer) af alle indlagte, der fik beroligende medicin med tvang. 2022 er det år, hvor flest både absolut og relativt set har fået beroligende medicin med tvang i perioden 2014-2022, og der har været en støt stigning over årene. Der har også været en stigning i antallet af gange, der gives akut beroligende medicin med tvang, på 10.385 gange i 2022 mod omkring de 8.000 i årene 2014-2016.[66] Stigningen i beroligende medicin givet med tvang kan være et udtryk for, at man ønsker at undgå nogle af de andre tvangsforanstaltninger. Tal fra 2014-2017 viser, at omkring 40 % af både mænd og kvinder, som var udsat for fastholdelse, var diagnosticeret med skizofreni eller lignende diagnose. Derudover var fire ud af ti mænd diagnosticeret med adfærdsmæssige forstyrrelser, affødt af stofbrug.[118] Fastholdelse blev hyppigere anvendt på kvinder end mænd i perioden 2014-2017. Lidt over 5 % af de indlagte kvinder blev fastholdt, imens det samme gjaldt 3 % af de indlagte mænd. Jo flere gange patienten blev fastholdt, jo længere blev den gennemsnitlige indlæggelsestid, og indlæggelsestiden var generelt længere for mænd, som var blevet fastholdt.[119] Mænd, som var blevet fastholdt en til to gange, var i 2017 gennemsnitligt indlagt i 120 dage, hvor kvinder tilsvarende var indlagt i 61 dage. I gennemsnit gik der i 2017 flere dage inden en mand første gang blev fastholdt under sin indlæggelse (34,2 dage) i forhold til kvinder (11,4 dage).[120]

10.1.3. Målsætningen om en reduktion i brugen af tvang

I 2014 indgik det daværende Ministerium for Sundhed og Forebyggelse og regionerne en partnerskabsaftale om at reducere brug af tvang i psykiatrien frem mod 2020. Målsætningerne med aftalen var, at antallet af patienter, der tvangsfikseres, skulle halveres i 2020, og at der på samme tid skulle ske en reduktion i den samlede anvendelse af tvang. Målsætningen om en reduktion i den samlede anvendelse af tvang er altså helt utvetydigt ikke indfriet, jf. Figur 10.3. og 10.4. I forhold til tvangsfiksering er der ikke opnået en halvering, men der er dog sket en væsentlig reduktion i bæltefiksering fra 7,8 % af alle indlagte i 2014 til 4,5 % i 2022.

10.2. Klagesager om tvang

Det er et grundlæggende princip i sundhedsretten, at behandlingsforslag fremsat af en sundhedsperson er et tilbud (Sundhedsloven § 5, stk. 1).[121] Psykiatriloven giver imidlertid hjemmel til indlæggelse og behandling uden patientens informerede samtykke, hvis patienten er psykotisk eller befinder sig i en tilsvarende tilstand (Psykiatriloven, § 5). Tvang tilsidesætter nogle af de mest grundlæggende menneskerettigheder, og derfor følger det også af Psykiatriloven, at patienter har adgang til at klage over tvangsindgrebet, og at patienten skal vejledes om klageadgangen (§ 32). De lovbestemte frister for afgørelser i klagesager over tvangsindgreb er en vigtig del af retssikkerheden for patienter, der udsættes for tvang.

Psykiatrifonden har på baggrund af aktindsigtsmateriale for 2018-2020 efterprøvet, om det Psykiatriske Patientklagenævn har overholdt fristerne i Psykiatriloven.[122] Vores analyser viser, helt overordnet, at der er en væsentlig andel af sager, hvor fristerne for behandling ikke bliver overholdt, hvilket fremgår af Tabel 10.1.

Tabel 10.1. Hovedresultater af Psykiatrifondens efterprøvning af overholdelse af frister i klagesager om tvang i årene 2018-2020.

Form for tvang: Tvangsbehandling
Lovbestemt frist for afgørelse: 7 hverdage

År	Sager, der overskrider lovbestemt frist	Gennemsnitlig sagsbehandlingstid
2018	34 %	14 hverdage
2019	20 %	9 hverdage
2020	22 %	12 hverdage

Form for tvang: Frihedsberøvelse
Lovbestemt frist for afgørelse: "Snarest muligt", dvs. 14 dage

År	Sager, der overskrider lovbestemt frist	Gennemsnitlig sagsbehandlingstid
2018	32 %	21 dage
2019	45 %	23 dage
2020	65 %	42 dage

Form for tvang: Andre former for tvang bl.a. "tvangsfiksering, personlig skærmning og beroligende medicin"
Lovbestemt frist for afgørelse: "Snarest muligt", dvs. 14 dage

År	Sager, der overskrider lovbestemt frist	Gennemsnitlig sagsbehandlingstid
2018	47 %	26 dage
2019	71 %	44 dage
2020	93 %	70 dage

Kilde: Psykiatrifonden, 2023.[122]

Note: Antal sager i 2018 (eksklusiv januar) n= 1.302, 2019 n=1.187 og 2020 n=1.126. Der kan indgå flere klagepunkter i en sag, og derfor summer andelene inden for hvert år ikke til 100 %.

* Psykiatrifonden betegner fristen på 14 dage som en vejledende frist ud fra følgende ræsonnement: Af § 36, stk. 3 i psykiatriloven følger det, at fristen for afgørelse er "snarest muligt", og at klagenævnet skal underrette patienten og patientrådgiveren om, hvornår afgørelsen kan forventes at foreligge, hvis ikke den foreligger inden 14 dage efter klagens modtagelse. Termen vejledende frist anvendes, fordi de 14 dage bruges i fortolkningen af fristen "snarest muligt".

I klagesager med mindst et klagepunkt om tvangsbehandling (tvangsmedicinering, tvangsernæring, ECT eller tvangsbehandling af somatiske sygdomme) blev fristen ikke overholdt i 34 % af sagerne i 2018, mens det i 2020 var faldet til 22 % af sagerne. For sager med mindst et klagepunkt om frihedsberøvelse steg andelen af sager, hvor den vejledende frist ikke blev overholdt fra 32 % i 2018 til 65 % i 2020. Det samme billede gør sig gældende for sager med klagepunkter om andre tvangsformer end tvangsbehandling og frihedsberøvelse.

En væsentlig og selvstændig problemstilling, som også blev åbenbaret i forbindelse med Psykiatrifondens undersøgelse, var, at de modtagne data fra klagenævnet var utilstrækkelige for at kunne foretage en udtømmende afdækning af, hvorvidt klagenævnet overholder loven. I arbejdet med dataudtrækket kunne Psykiatrifonden bl.a. konstatere, at der manglede information om de tvangsformer, der var blevet klaget over, i en væsentlig del af sagerne (18-33 % i de enkelte år).

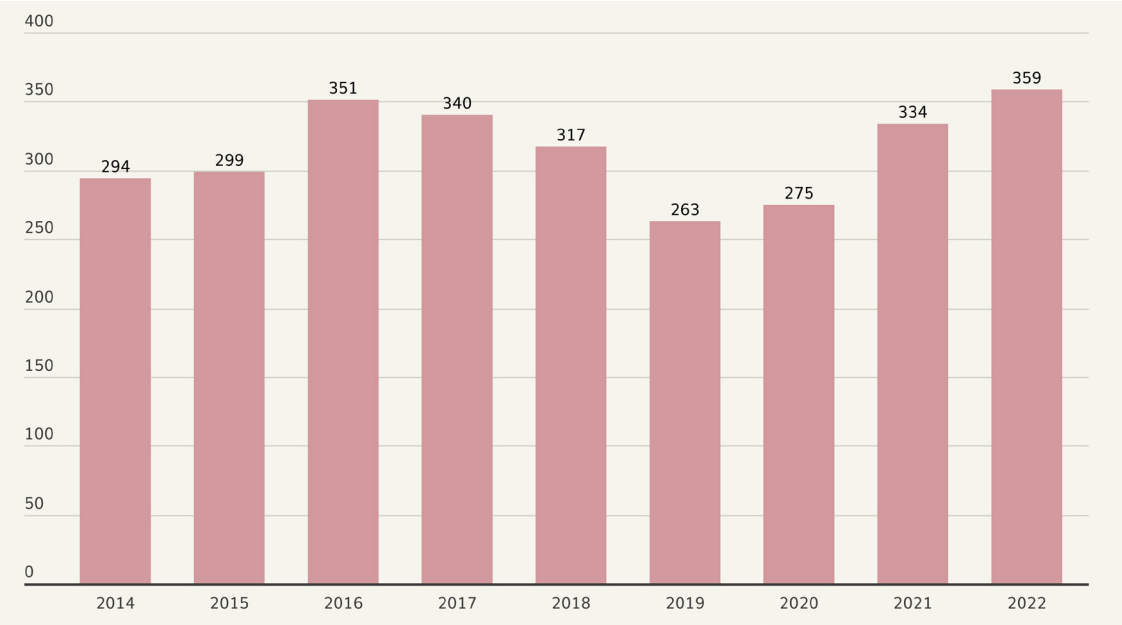
Overholdelse af frister for afgørelser i klagesager er fundamentale for retssikkerheden – i særdeleshed for patienter, der har været udsat for tvang. Det er derfor et problem, at sagsbehandlingsfristerne ikke overholdes i en væsentlig del af sagerne. Det er desuden et problem, at datakvaliteten i aktindsigtsmaterialet ikke muliggør en afdækning af, i hvilket omfang klagenævnet overholder loven.[122]

10.3. Tvang i børne- og ungepsykiatrien

I 2022 blev 181 børn og unge tvangsindlagt på et psykiatrisk hospital, mens det var 134 børn og unge tilbage i 2014. 2022 er året med det højeste antal i perioden 2014-2022. Og når vi ser på andelen af tvangsindlæggelser i forhold til antal indlagte børn og unge i 2022, er der tale om godt 11 %, hvilket også er den højeste andel i perioden. I 2014 var det 8 % af indlæggelserne, som skete med tvang.[66]

Figur 10.5. viser, at 359 børn og unge under 18 år i 2022 blev udsat for tvang i psykiatrien, hvilket er det højeste antal i perioden 2014-2022. Antallet både stiger og falder i perioden, og der er ikke umiddelbart nogen klar udvikling at spore.

Figur 10.5. Antallet af børn og unge (<18 år) berørt af en eller flere tvangsforanstaltninger. 2014-2022.



Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2023.[66]

Figur 10.6. viser imidlertid, at der sammenholdt med antallet af indlagte børn og unge ser ud til at være en stigende tendens i brugen af tvangsforanstaltninger over for børn og unge de senere år. Her er 2022 også det år, hvor andelen af børn og unge, der er berørt af en eller flere tvangsforanstaltninger, er højest (22,4 %) i perioden 2014-2022. De bagvedliggende årsager til udviklingen foreligger der ikke viden om, og der er således et behov for at få mere viden om både årsager, og hvilke indsatser der virker på området.[117,123]

Figur 10.6. Antallet af børn og unge (<18 år) berørt af en eller flere tvangsforanstaltninger i forhold til antal indlagte i %. 2014-2022.

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2023.[66]

I forhold til fastholdelser og anvendelse af akut beroligende medicin givet med tvang under indlæggelse af børn og unge viser tal fra Sundhedsdatastyrelsen, at der er en kønsforskel. Langt flere piger end drenge blev fastholdt i perioden 2014-2017. I 2017 var det 102 piger og 45 drenge.[124] Både drenge og piger, som oplever fastholdelse, er hyppigst diagnosticeret med adfærdsændringer eller udviklingsforstyrrelser (80 % af drengene og 70 % af pigerne) og dernæst skizofreni (ca. 20 % af drengene og 25 % af pigerne).[125] Anvendelse af akut beroligende medicin givet med tvang bliver også hyppigere anvendt til piger og yngre kvinder (5,7-7,5 %) i årene 2014-2016, hvor det for drenge og yngre mænd var 2-4 %. Det sker ofte i forbindelse med forløb med bæltefiksering.[126]

11. Omkostninger ved psykisk sygdom

I dette kapitel rapporterer vi en række nøgletal om omkostningerne ved psykisk sygdom. Samlet set viser disse nøgletal, at omkostningerne forbundet med psykisk sygdom er omfattende. OECD har estimeret, at de samlede omkostninger forbundet med psykisk sygdom i Danmark i 2015 udgjorde 5,4 % af BNP, svarende til 110 mia. kr.[23]

Når man ser på de samfundsmæssige omkostninger ved psykisk sygdom, opdeles de ofte i direkte og indirekte omkostninger. Med direkte omkostninger menes typisk omkostninger til behandling og pleje eller andre omkostninger, der kan kobles direkte til den psykiske sygdom. Med indirekte menes omkostninger, der ikke er direkte målbare, og som typisk opgøres som det produktionstab, der skyldes fravær fra arbejdsmarkedet eller tidlig død.[42] Som vi allerede har berørt i en række af de andre kapitler, er der også menneskelige omkostninger for både personen med psykisk sygdom og de pårørende. Da disse omkostninger er vanskelige at opgøre økonomisk, forholder vi os ikke til de menneskelige omkostninger i dette kapitel.

Størstedelen af de samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med psykisk sygdom i Danmark kan tilskrives omkostninger til sociale ydelser og omkostninger som følge af lavere beskæftigelse og produktionstab blandt personer med psykisk sygdom. Omvendt udgør direkte omkostninger til sundhedssystemet kun en mindre del af de samlede samfundsmæssige omkostninger.[42]

Sygdomsbyrderapporten, som Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2022,[42] ser på 15 udvalgte somatiske og psykiske sygdomme (depression, angst, skizofreni og demens). Og Sundhedsstyrelsen finder, at størstedelen af de samlede ekstra omkostninger i produktionstab for personer, der har depression, angst og skizofreni, skyldes nytilkendte førtidspensioner efterfulgt af tidlig død og langvarigt sygefravær. Depression og angst er blandt de fem mest hyppige årsager til nytilkendt førtidspension.[42]

Tabel 11.1. viser en oversigt med omkostningstal fra Sygdomsbyrderapporten fra 2022 for udvalgte psykiske sygdomme, hvor antallet af ekstra sygedage, andelen (%) af nytilkendt førtidspension og direkte og indirekte omkostninger opgøres.

Tabel 11.1. Antal ekstra sygedage, nytilkendte førtidspensioner i % og direkte og indirekte omkostninger for udvalgte psykiske sygdomme blandt 16-64-årige i 2017-2018.

Sygdom	Ekstra sygedage (blandt erhvervsaktive)	Nytilkendt førtidspension	Direkte omkostninger	Indirekte omkostninger
Alkoholrelateret sygelighed	350.409 dage	902 (8,3 %)	3,5 mia. kr.	9,0 mia. kr.
Depression	3.100.000 dage	3.909 (35,9 %)	9,7 mia. kr.	25,7 mia. kr.
Angst	881.597 dage	1.505 (13,8 %)	3,7 mia. kr.	10 mia. kr.
Skizofreni	12.973 dage	412 (3,8 %)	3 mia. kr.	3,5 mia. kr.

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2022.[42]

Sygdomsbyrderapporten viser også, at de højeste ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet ses blandt personer med depression, hvor der er angivet ca. 9.700 mio. kr. i ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet om året. Her er der således tale om direkte omkostninger. Depression ligger imidlertid også højest i forhold til indirekte omkostninger, idet sygdommen står for 25.680 mio. kr. i ekstra omkostninger forbundet med produktionstab om året.[42]

Andre studier, som har undersøgt omkostningerne ved de enkelte psykiske sygdomme, finder, at demens, udviklingsforstyrrelser og skizofreni er forbundet med de højeste samfundsmæssige omkostninger per patient.[127,128] Selvom omkostningerne per patient er højere ved udviklingsforstyrrelser og skizofreni, bidrager den høje forekomst af andre psykiske sygdomme som fx depression til, at omkostningerne på samfundsniveau er større. Depression er den psykiske sygdom med de største totale direkte omkostninger (ca. 9 mia. kr.) i Danmark i 2015, mens stress-relaterede sygdomme (24 mia. kr.) og depression (ca. 21,8 mia. kr.) havde de højeste indirekte omkostninger i Danmark i 2015.[128]

En analyse fra Sundheds- og Ældreministeriet viser, at driftsudgifterne til psykiatriske sygehuse i Danmark udgjorde omkring 8,9 mia. kr. i 2016. Få patienter har et stort behandlingsbehov. Det vil sige, at en lille del af patienterne står for en stor andel af de samlede udgifter på de psykiatriske sygehuse. Patienter, der tilhører patientgruppen med de 5 % største behandlingsudgifter (7.400 personer), havde i gennemsnit behandlingsudgifter for 443.000 kr. i 2016.[129]

12. Overdødelighed

Der er en somatisk oversygelighed og overdødelighed hos personer med psykisk sygdom.[130]

På tværs af forskellige diagnoser er der stor forskel på den forventede levetid. Fælles for de psykiatriske diagnoser er dog, at den forventede levetid er kortere end hos den resterende danske befolkning. Som Tabel 12.1. viser, er det særligt personer med diagnoser som stof- og alkoholafhængighed, skizofreni og personlighedsforstyrrelser, som har markant færre leveår end den resterende befolkning.[131]

Tabel 12.1. Antal færre leveår sammenlignet med den resterende danske befolkning fordelt på diagnose og køn 2015.

Diagnose	Mænd	Kvinder
Alkoholafhængighed	14,4 år	13,5 år
Stofafhængighed	18 år	15,3 år
Skizofreni	13,8 år	11,8 år
Bipolar lidelse	8,8 år	8,1 år
Depression	8,2 år	6,4 år
Angst	7,5 år	6,3 år
Spiseforstyrrelse	8,4 år	7,6 år
Personlighedsforstyrrelse	10,6 år	8,5 år
ADHD	8 år	3,7 år

Kilde: Weye et al., 2020.[131]

Desuden ses det også, at psykisk sygdom forkorter mænds forventede levealder lidt mere end hos kvinder.

Som vi allerede var inde på i kapitel 3 om forekomst af psykisk sygdom, har mange personer med psykisk sygdom mere end én psykiatrisk diagnose. Flere diagnoser øger risikoen for flere tabte leveår.[130,131]

Overdødeligheden kan i nogen grad forklares ved:

- Fysiske sygdomme som hjertekarsygdomme, KOL, diabetes eller infektion som følge af risikofyldt livsstil.[132,133]
- Højere selvmordsrater og ulykker.[134,135]
- Bivirkninger ved psykofarmaka.[132,136]
- Forskelsbehandling i sundhedssystemet.[132,137]

13. Psykisk sygdom og uddannelse

Uddannelse er afgørende for den enkeltes udvikling, men i særdeleshed også for fremtidige livsmuligheder som beskæftigelse og levestandard. Sammenfattende viser dette kapitel, at mennesker med psykisk sygdom har sværere ved at gennemføre en uddannelse og heller ikke på længere sigt indhenter det uddannelsesmæssige efterslæb, de har i forhold til den øvrige befolkning.

En del studier viser, at psykisk sygdom forekommer oftere blandt personer med kortere uddannelser end blandt personer med længere uddannelser.[1,3,15,138] I et komplekst samspil med andre faktorer er det sandsynligt, at psykisk sygdom er en bidragende årsag til udfordrende uddannelsesforløb.

Hver tredje borger med en psykiatrisk diagnose har grundskolen som højest gennemførte uddannelse. Dette gælder hver femte i den generelle befolkning.[138] Tabel 13.1. viser, at personer uden psykiatriske diagnoser gennemsnitligt har længere uddannelser end personer med psykiatriske diagnoser.

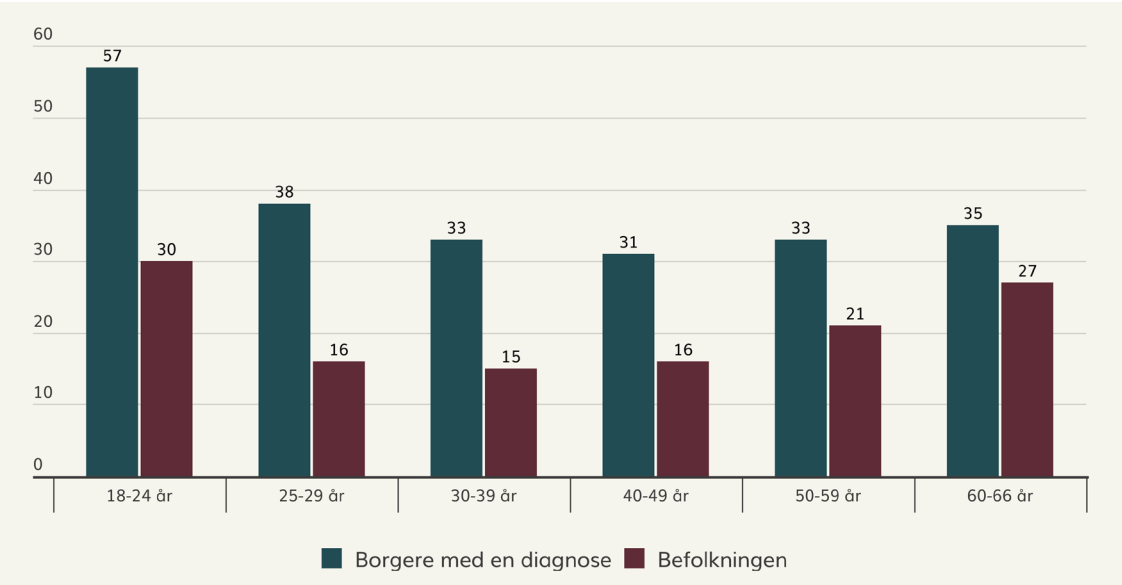
Tabel 13.1. Andelen i befolkningen med psykiatriske diagnoser og deres uddannelsesniveau i 2018

	Grundskole	Ungdoms-uddannelse	Kort videregående uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse
Borgere med diagnoser	38 %	38 %	3 %	14 %	6 %
Borgere uden diagnoser	20 %	43 %	6 %	19 %	12 %

Kilder: PwC, 2021;[15] Socialstyrelsen, 2021.[138]

Figur 13.1. viser, at det gælder på tværs af alle aldersgrupper, at der er flere borgere med en psykiatrisk diagnose, som har grundskolen som højest gennemførte uddannelse. Forskellene bliver mindre i de ældre aldersgrupper. Det skyldes, at borgere med en psykiatrisk diagnose generelt er længere om at færdiggøre en ungdomsuddannelse.[15] Det skyldes også, at det for de ældre generationer simpelthen er mere almindeligt ikke at have en uddannelse udover grundskole, da langt færre i deres generation havde mulighed for at tage længerevarende uddannelser.

Figur 13.1. Andelen af personer med og uden psykiatrisk diagnose med grundskolen som højest gennemførte uddannelse fordelt på alder.



Kilde: PwC, 2021.[15]

En analyse af psykiatriområdet fra regionerne[43] viser, at 61 % af de mænd i alderen 19-29, der debuterede i psykiatrien i 2008, havde grundskolen som højest gennemførte uddannelse. For kvinder i samme aldersgruppe var dette 48 %. For den generelle befolkning i samme aldersgruppe er det henholdsvis 31 % for mænd og 23 % for kvinder. En opfølgningsmåling efter ti år (2018) viser, at andelen med grundskolen som højest gennemførte uddannelse er faldet både blandt debutanter i psykiatrien og befolkningen generelt. Alligevel gælder det blandt mænd, at 39 % af dem, der debuterede i psykiatrien i 2008, har grundskolen som højest gennemførte uddannelse, og for den mandlige befolkning i samme alder er det 14 % efter ti års opfølgning. For kvinder gælder det 26 % af debutanterne i psykiatrien, og 9 % af den generelle befolkning.

For begge køn er forskellen mindre, men ikke udlignet med alderen. Det vidner om, at den tidlige debut i psykiatrien, det vil sige i uddannelsesalderen, har indflydelse på uddannelsesniveauet i forhold til den generelle befolkning.[43] Mange – både mænd og kvinder – der udvikler psykisk sygdom i ungdommen, kommer ikke i gang med en ungdomsuddannelse og kommer heller ikke på længere sigt tilbage i uddannelsessystemet.

Tabel 13.2. viser, at blandt unge i alderen 18-29 var omkring 60 % med psykisk sygdom i uddannelse eller i beskæftigelse i 2017. Blandt alle danske unge i den aldersgruppe er ca. 80 % i uddannelse eller i beskæftigelse. På tværs af forskellige diagnoser ses stor forskel på tilknytningen til arbejdsmarked eller uddannelse.[139]

Tabel 13.2. Andel af unge i alderen 18-29 med en psykiatrisk diagnose og tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse, 2017.

Diagnose	Andel med tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse
Spiseforstyrrelse	Ca. 80 %
Depression	Ca. 70 %
Angst	Ca. 65 %
ADHD	Ca. 60 %
Udviklingsforstyrrelser	Ca. 50 %
Personlighedsforstyrrelser	Ca. 50 %
Skizofreni	Ca. 33 %

Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2018.[139]

Andelen af personer med spiseforstyrrelse, der har tilknytning til arbejdsmarked eller uddannelse, er næsten den samme som andelen blandt danske unge generelt. Anderledes ser det ud for personer med diagnosen skizofreni, hvor blot 33 % har en tilknytning til beskæftigelse eller uddannelse. I lighed med internationale studier[140] viser det, at skizofreni i høj grad påvirker tilknytningen til beskæftigelse eller uddannelse.

Som det fremgår af Tabel 13.3., er forekomsten af dårligt selvvurderet mentalt helbred (målt ved Short Form Health Survey (SF-12)), højest blandt personer, der har grundskole som højest gennemførte uddannelse. Den gruppe, hvor vi ser den laveste andel med dårligt mentalt helbred, er personer med en videregående uddannelse.

Tabel 13.3. Andel (%) med lav score på den mentale helbredsskala (SF -12) på højest fuldførte uddannelsesniveau 2021.

Under uddannelse	29,2 %
Grundskole	20,2 %
Kort uddannelse	15,7 %
Kort videregående uddannelse	14,7 %
Mellemlang videregående uddannelse	15,0 %
Lang videregående uddannelse	14,5 %
Anden uddannelse	18,9 %

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2022.[37]

En undersøgelse fra Kommunernes Landsforening[141] viste, at andelen af elever i 9. klasse med en psykiatrisk diagnose er steget fra 8,3 % i skoleåret 2010/11 til 11,7 % i 2017/18. Både KL's og andre undersøgelser viser derudover, at kun omkring 50 % af eleverne med en psykiatrisk diagnose gennemfører folkeskolens afgangseksamen til sammenligning med omkring 88 % af eleverne uden psykiatriske diagnoser.[3,141] Ligeledes er karaktergennemsnittet signifikant lavere blandt dem, der havde en psykiatrisk diagnose.[3] Elever med en psykiatrisk diagnose havde et gennemsnit på 6,8, og elever uden havde et gennemsnit på 7,5 i 2017/18. Undersøgelsen fra KL finder, at elever med autisme har et karaktergennemsnit på 7,2, hvilket er højere end blandt elever med andre psykiatriske diagnoser. Til gengæld er det kun en tredjedel af elever med autisme, der tager afgangseksamen.[141] Enkelte andre psykiatriske diagnoser viser sig også at være undtagelser for dette, da elever med anoreksi og drenge med OCD havde signifikant højere karaktergennemsnit.[3]

Af en undersøgelse fra VIVE[142] fremgår det, at kommunerne oplever, at psykiske udfordringer blandt de unge gør det vanskeligere at få unge i job eller uddannelse. Desuden viser undersøgelsen, at samtidig misbrug og psykisk sygdom yderligere vanskeliggør processerne, fordi det øger behandlings- og udredningstiden, og det hindrer jobcentrene i at gennemføre en indsats. En anden undersøgelse fra VIVE[143] viser, at personer med selvrapporteret psykisk sygdom oftere end deres jævnaldrende dropper ud af en uddannelse. Samtidig peger undersøgelsen på, at det for en dels vedkommende skyldes deres psykiske sygdom, og at de ikke havde de nødvendige hjælpemidler, eller at uddannelsen tog for lidt hensyn til deres sygdom.

14. Psykisk sygdom og arbejdsmarkedstilknytning

Tilknytning til arbejdsmarkedet er for mange vigtigt for den mentale sundhed. Arbejdsmarkedstilknytning giver mennesker mulighed for at udfolde deres potentialer, bidrage med værdiskabende arbejde og at indgå i meningsfulde fællesskaber. At være en del af arbejdsmarkedet bidrager også til den enkeltes levestandard og livsudfoldelsesmuligheder.

Sammenfattende viser dette kapitel utvetydigt, at personer med psykiske sygdomme gennemsnitligt har markant sværere ved at fastholde tilknytning til arbejdsmarkedet.[1,140,144,145] Der er således et potentiale både for den enkelte person med psykisk sygdom, men også i et samfundsøkonomisk perspektiv, hvis arbejdsmarkedet i højere grad kan inkludere mennesker med psykisk sygdom.

Et dansk studie viser, at personer diagnosticeret med en psykisk sygdom gennemsnitligt arbejder 10,5 år mindre end resten af befolkningen i et livsforløb. Der er dog væsentlig variation i, hvor meget en diagnose gennemsnitligt reducerer tiden på arbejdsmarkedet. Personer med diagnosen skizofreni mister således i gennemsnit 24 år på arbejdsmarkedet efter at have fået diagnosen, mens personer, der er diagnosticeret med en depression, mister omkring ti arbejdsår.[145]

Herudover har et dansk studie også vist, at der er en klar sammenhæng mellem at blive behandlet for psykisk sygdom – enten på et psykiatrisk hospital og/eller ved receptudskrivelse på psykofarmaka – og efterfølgende arbejdsmarkedstilknytning.[1] Studiet strækker sig over en opfølgningstid på 11 til 15 år fra den registrerede psykiske lidelse. Her viser det sig, at der efterfølgende er 2,5 gange større risiko for at blive arbejdsløs eller modtage invaliditetsydelse og 1,5 gange større risiko for at ende i den laveste indkomstgruppe. De socioøkonomiske konsekvenser er mere udbredte blandt personer, der har fået stillet en psykiatrisk diagnose, end blandt personer, der kun har modtaget receptpligtig medicin, men er i høj grad målbar for begge grupper.[1]

En spørgeskemaundersøgelse fra 2022 – Fællesskabsmålingen[10] – viser, at der blandt en gruppe, som kategoriseres som de socialt mest ekskluderede i Danmark (se kapitel 7 for definition af de socialt mest ekskluderede), er 64 %, der angiver, at de lider af en psykisk sygdom. Dette er en gruppe borgere, der –udover psykiske lidelser – har en stor udsathed på mange parametre. I sammenligning med en tidligere Fællesskabsmåling fra 2017 er flere dog kommet i beskæftigelse – også blandt de mest socialt ekskluderede. Dette kan skyldes en generel fremgang i beskæftigelse samt et øget fokus på at hjælpe udsatte borgere ind på arbejdsmarkedet.[10,146]

I 2015 var 70 % af befolkningen i alderen 18-64 år i beskæftigelse. Til sammenligning gjaldt dette knap 20 % af personer med psykisk sygdom. 65 % af de psykiatriske patienter var enten midlertidigt eller varigt uden for arbejdsmarkedet. Det samme gjaldt 14 % af den øvrige befolkning.[144]

Tabel 14.1. viser et overblik over beskæftigelse for mennesker i alderen 18-64 år med udvalgte psykiatriske diagnoser. Personer med skizofreni har den laveste deltagelse på arbejdsmarkedet på 4,5 %, og 66 % er varigt uden for arbejdsmarkedet. Den højeste grad af beskæftigelse er blandt personer med spiseforstyrrelser, men her er det fortsat knap halvdelen, der er i beskæftigelse. Dette efterfølges af angstlidelser, depression og ADHD, hvor knap en tredjedel af personer med disse diagnoser er i beskæftigelse. For alle psykiatriske diagnoser undtagen spiseforstyrrelser gælder det, at der er flere midlertidigt uden for arbejdsmarkedet, end der er i beskæftigelse.[144]

Tabel 14.1. Overblik over beskæftigelse fordelt på udvalgte psykiatriske diagnoser baseret på registerdata fra 2015.

Diagnoser	Beskæftigede	Fleksjob	Ledige	Midlertidigt uden for arbejdsmarkedet	Uddannelses-søgende	Varigt uden for arbejdsmarkedet
Skizofreni	4,5	1,6	1,0	23,8	3,4	65,7
Angstlidelser	26,5	3,2	3,6	35	13,5	18,2
Depression	28,4	4,1	4,2	33,4	10,6	19,3
Bipolar affektiv sindslidelse	19,5	5,6	2,9	29,5	6,9	35,7
Personligheds-forstyrrelser	18,9	3,4	3,4	40,6	11,0	22,7
Spiseforstyrrelser	31,9	1,7	3,1	22,5	32,5	8,4
PTSD	12,4	2,9	2,2	50,2	4,5	27,9
ADHD	26,8	2,6	3,4	39,9	14,2	13,3
Autisme	13,3	2,2	3,1	38,8	15,4	27,2

Kilde: KL, 2017.[144]

En undersøgelse fra Dansk Erhverv viser lignende fund. Der var i 2020 blandt personer i den arbejdsdygtige alder (18-64 år) med skizofreni 60,2 %, som varigt stod uden for arbejdsmarkedet, og 26,2 % stod midlertidigt uden for arbejdsmarkedet. Til sammenligning var 4,5 % varigt uden for arbejdsmarkedet og 7 % midlertidigt uden for arbejdsmarkedet i kontrolgruppen. De 60,2 %, der var varigt uden for arbejdsmarkedet, var alle på førtidspension.[147]

Et studie har undersøgt arbejdsmarkedstilknytning blandt personer med depression og personer med behandlingsresistent depression. Depressionen vurderes som behandlingsresistent, hvis patienten gennemgår tre forskellige behandlingstyper på et år uden effekt. Studiet viser, at personer med behandlingsresistent depression har højere grad af sygefravær og i mindre grad var i arbejde end personer med depression, som kunne behandles.[148]

14.1. Dobbeltdiagnoser og arbejdsmarkedstilknytning

En rapport fra 2020, der undersøger brugen af velfærdssystemet blandt borgere med misbrug, viser, at der blandt personer med misbrug er en væsentlig forskel på, om de samtidig har en psykisk sygdom eller ej. Undersøgelsen skelner mellem alkohol- og stofmisbrug, og i begge grupper er der en klar tendens til, at en samtidig psykisk sygdom resulterer i lavere beskæftigelse, hvilket også fremgår af Tabel 14.2.[28] Blandt personer i beskæftigelse med stofmisbrug, udgør personer kun med stofmisbrug 64 % til sammenligning med 36 %, der har både misbrug og psykisk sygdom.

Tabel 14.2. Andel borgere (18-79 år) med stof- og alkoholmisbrug med og uden psykisk lidelse registreret i 5-årsperiode (2010-2014).

	Uden psykisk lidelse (%)	Med psykisk lidelse (%)	i alt (%)	I alt (antal)
Stofmisbrug	**49**	**51**	**100**	**41.568**
Job	64	36	100	10.737
Midlertidigt uden for arbejdsstyrken	53	47	100	5.824
Kontanthjælp	45	55	100	12.079
Førtidspension	41	59	100	10.661
Folkepension	43	57	100	1.087
Alkoholmisbrug	**66**	**34**	**100**	**50.429**
Job	74	26	100	16.593
Midlertidigt uden for arbejdsstyrken	66	34	100	5.553
Kontanthjælp	58	42	100	1.388
Førtidspension	57	43	100	11.531
Folkepension	76	24	100	10.216

Kilde: Benjaminsen; Enemark, 2020.[28]

Note: Personer med både stof- og alkoholmisbrug er registreret under stofmisbrug.

For både kontanthjælp, førtidspension og folkepension er andelen med både stofmisbrug og psykisk lidelse højere end blandt personer kun med stofmisbrug. Blandt personer med alkoholmisbrug i beskæftigelse ses en lignende tendens, hvor 74 % kun har alkoholmisbrug, og 26 % har både alkoholmisbrug og psykisk sygdom. Der er altså en tendens til lavere beskæftigelse blandt personer, der har både misbrug og psykisk sygdom. Samtidig er der højere repræsentation af personer med både misbrug og psykisk sygdom blandt personer på kontanthjælp eller førtidspension.[28]

Et andet dansk studie[149] peger på, at det i stigende grad bliver svært at vende tilbage til arbejdsmarkedet for mennesker med psykisk sygdom og misbrug på samme tid. Undersøgelsen er lavet blandt personer med dobbeltdiagnose på en psykiatrisk afdeling over en længere tidsperiode. Den viser, at der er en nedadgående trend fra 1996-2011 i forhold til, hvor mange mennesker med dobbeltdiagnoser der bliver selvforsørgende i en treårig periode efter udskrivelse. I 1996 var det 27 %, der blev selvforsørgende, og det var faldet til 17 % i 2011. En del af faldet kan måske forklares af finanskrisen, men der var også allerede i 2001 og 2006 færre selvforsørgende (hhv. 21 % og 22 %) end i 1996.[149]

14.2. Psykisk sygdom hos forældre og børnenes senere arbejdsmarkedstilknytning

En dansk rapport,[71] der måler de samfundsøkonomiske konsekvenser af at være barn af forældre med psykiske problemer, peger på, at der kan være konsekvenser for børnenes senere arbejdsmarkedstilknytning. Rapporten måler på knap 700.000 børn og unge og inddeler dem i tre kategorier med en bred definition af psykiske helbredsproblemer.

De tre kategorier:

1. **Gruppe A:** børn og unge af forældre med svære/moderate psykiske problemer, fx indlæggelser, misbrug, selvmordsforsøg. Udgør 27 % af børnene.
2. **Gruppe B:** børn og unge af forældre med lettere psykiske problemer, fx brug af medicin eller psykologhjælp. Udgør 31 % af børnene.
3. **Gruppe C:** børn og unge af forældre uden registrerede psykiske problemer. Udgør 42 % af børnene.

Rapporten fokuserer på samfundsøkonomiske konsekvenser og måler derfor, hvad manglende arbejdsmarkedstilknytning koster i de forskellige grupper. Der udregnes produktivitetstab, som dækker over omkostningen ved ikke at være tilknyttet arbejdsmarkedet (uddannelse og barsel er undtaget). Tallene er regnet ud fra, i hvor høj grad individet er på overførselsindkomst i forhold til, hvad en gennemsnitlig lønindkomst havde bidraget med. Heraf fremgår det, at unge mellem 18-26 år fra gruppe A årligt koster samfundet 173.746 kr. mere end gruppe C. Gruppe B koster årligt koster samfundet 67.111 kr. mere end Gruppe C.[71]

15. Risikofaktorer og årsager til psykisk sygdom

Det er veldokumenteret, at både genetiske, sociale og miljømæssige faktorer og samspillet derimellem er afgørende i udviklingen af psykiske sygdomme.[6,150] Ingen genetisk variant eller miljømæssig påvirkning kan således alene siges at være årsag til psykisk sygdom. Der er derimod tale om, at forskellige genetiske varianter og miljømæssige påvirkninger kan forstærke eller virke dæmpende på hinanden og dermed på sandsynligheden for at udvikle psykisk sygdom.[151,152]

Fx kan morens helbred og adfærd før fødslen påvirke det ufødte barn. Her kan der både være tale om ernæring, infektioner eller påvirkninger i form af alkohol eller stofmisbrug, men også påvirkninger fra fx industrielle kemikalier. Herudover kan fx lav fødselsvægt og fødselskomplikationer påvirke et barns udviklingsmuligheder, mens manglende forældreomsorg særligt i den tidlige barndom – i værste tilfælde i form af vanrøgt, mangelfuld stimulation af den kognitive og motoriske udvikling, men også vold og overgreb – kan have alvorlige konsekvenser for et barns udvikling.[6,153]

En af de væsentligste risikofaktorer for udvikling af psykisk sygdom er en opvækst i familier med forældre med psykisk sygdom.[6] Børn af forældre med psykisk sygdom er i risiko for at udvikle både adfærds- og følelsesmæssige problemer og psykisk sygdom.[152] Studier viser, at børnene er i risiko for at udvikle den samme sygdom, men også andre psykiske sygdomme. Børnenes risiko for selv at få en diagnose inden de fylder 18 år, er mellem to og fire gange så høj som hos jævnaldrende børn i befolkningen.[73,154]

Sammen med forældres psykiske sygdom peger en del undersøgelser på, at forældres alkohol- eller rusmiddelmisbrug under opvæksten også er afgørende risikofaktorer for den mentale sundhed og for en række alvorlige påvirkninger i opvæksten som fx anbringelse uden for hjemmet. Børn af forældre med dobbeltdiagnoser estimeres til at have en 60 % større dødelighed og en 25 % større forekomst af fysiske sygdomme sammenlignet med jævnaldrende i resten af befolkningen.[6]

Selvom miljøet altid har betydning, så har en række psykiske sygdomme en høj grad af biologisk arvelighed. Fx er der 76 % arvelighed forbundet med ADHD.[155] Det betyder ikke, at barnet nødvendigvis udvikler sygdommen, men at det er i forhøjet risiko for at gøre det.

Litteratur

1. Kessing LV, Ziersen SC, Caspi A, Moffitt TE, Andersen PK. Lifetime Incidence of Treated Mental Health Disorders and Psychotropic Drug Prescriptions and Associated Socioeconomic Functioning. *JAMA Psychiatry.* Published online July 12, 2023. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.2206

2. Andersen SH, Ladenburg J, Dyssegaard PS. *Danskernes mentale sundhed - Udvikling, baggrund og konsekvenser.* Rockwool Fonden; 2020.

3. Dalsgaard S, McGrath J, Østergaard SD, et al. Association of mental disorder in childhood and adolescence with subsequent educational achievement. *JAMA Psychiatry.* 2020;77(8):797-805. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.0217

4. Det Etiske Råd. *Retfærdig prioritering i det danske sundhedsvæsen, Baggrundsnotat.*; 2018. www.etiskraad.dk/prioritering

5. World Health Organization. Mental health. Published June 17, 2022. Accessed January 5, 2024. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

6. Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen KB, Nielsen L, Nordentoft M. *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år - Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder.* Vidensråd for forebyggelse; 2020.

7. WHO. WHO ICD-10 - *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser: Klassifikation og diagnostiske kriterier.* 1. [i.e. ny] udgave. Munksgaard; 1996.

8. Nielsen LG, Rimvall MK, Clemmensen L, et al. The predictive validity of the strengths and difficulties questionnaire in preschool age to identify mental disorders in preadolescence. *PLoS One.* 2019;14(6). doi:10.1371/journal.pone.0217707

9. Wolf RT, Jeppesen P, Gyrd-Hansen D, Oxholm AS. Evaluation of a screening algorithm using the Strengths and Difficulties Questionnaire to identify children with mental health problems: A five-year register-based follow-up on school performance and healthcare use. *PLoS One.* 2019;14(10). doi:10.1371/journal.pone.0223314

10. Benjaminsen L, Andrade SB, Enemark MH. *Fællesskabsmålingen 2022: En undersøgelse af livsvilkår og social eksklusion i Danmark.* VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2022.

11. Caspi A, Moffitt TE. All for one and one for all: Mental disorders in one dimension. *American Journal of Psychiatry.* 2018;175(9):831-844. doi:10.1176/appi.ajp.2018.17121383

12. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* Published online 2005.

13. Mors O, Nordentoft M, Hageman I. *Klinisk psykiatri.* Munksgaard; 2016.

14. Simonsen E, Møhl B. *Grundbog i psykiatri.* Hans Reitzel; 2017.

15. PwC. *Målgrupperne i socialpsykiatrien. Registeranalyse.*; 2021. www.socialstyrelsen.dk

16. Sundhedsstyrelsen. *Fagligt oplæg til en 10-årsplan - Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser: fagligt oplæg til en 10-årsplan.* Sundhedsstyrelsen; 2022.

17. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, et al. A Comprehensive Nationwide Study of the Incidence Rate and Lifetime Risk for Treated Mental Disorders. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(5):573-581. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.16

18. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, et al. The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014;43(2):476-493. doi:10.1093/ije/dyu038

19. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, et al. *Lifetime Prevalence and Age-of-Onset distributions of Mental Disorders in the World Health Organization's Mental Health Survey Initiative.* Vol 23.; 2007.

20. Caspi A, Houts RM, Ambler A, et al. Longitudinal Assessment of Mental Health Disorders and Comorbidities Across 4 Decades Among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Netw Open.* 2020;3(4):e203221. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3221

21. Schaefer JD, Caspi A, Belsky DW, et al. Enduring mental health: Prevalence and prediction. *J Abnorm Psychol.* 2017;126(2):212-224. doi:10.1037/abn0000232

22. OECD, EU. *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle.* OECD Publishing; 2020. doi:10.1787/82129230-en

23. OECD, EU. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle.* OECD Publishing; 2018. doi:10.1787/health_glance_eur-2018-en

24. Høj Jørgensen TS, Osler M, Jorgensen MB, Jorgensen A. Mapping diagnostic trajectories from the first hospital diagnosis of a psychiatric disorder: a Danish nationwide cohort study using sequence analysis. *Lancet Psychiatry.* 2023;10(1):12-20. doi:10.1016/S2215-0366(22)00367-4

25. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Holtz Y, et al. Exploring Comorbidity Within Mental Disorders among a Danish National Population. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(3):259-270. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.3658

26. Solmi M, Radua J, Olivola M, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry.* 2022;27(1):281-295. doi:10.1038/s41380-021-01161-7

27. Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg BB, et al. Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. *JAMA Psychiatry.* 2020;77(2):155-164. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.3523

28. Benjaminsen L, Enemark MH. *Brug af velfærdssystemet blandt borgere med misbrug - En registerbaseret analyse af de samfundsøkonomiske aspekter af stof- og alkoholmisbrug.* VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2020.

29. Toftdahl NG, Nordentoft M, Hjorthøj C. Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016;51(1):129-140. doi:10.1007/s00127-015-1104-4

30. World Health Organization. Suicide. Published 2022. Accessed January 5, 2024. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide

31. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan Med Bull.* 2007;54(4):306-369. www.who.int/whr/2002/en/annex_table

32. Østergaard SD. The male-female suicide ratio in Denmark plateaus at 2.7: An opportunity for targeted intervention? *Acta Neuropsychiatrica* 35:61–62. 2023;35(1):61-62. doi:10.1017/neu.2023.1

33. Steenberger A. Professor: *Indsatsen mod selvmord er utilstrækkelig. Ugeskrift for Læger.* Published online 2021.

34. Rigsrevisionen. *Kort fortalt: Retspsykiatriske patienters forløb.*; 2021.

35. Riecher-Rössler A. Sex and gender differences in mental disorders. *Lancet Psychiatry.* 2017;4(1):8-9. doi:10.1016/S2215-0366(16)30348-0

36. Christiansen DM, McCarthy MM, Seeman M V. Where Sex Meets Gender: How Sex and Gender Come Together to Cause Sex Differences in Mental Illness. *Front Psychiatry.* 2022;13. doi:10.3389/fpsyt.2022.856436

37. Sundhedsstyrelsen. *Danskernes sundhed 2021 – Den nationale sundhedsprofil* 2021.; 2022.

38. Volsing MH, Schmidt A, Kristensen SB. *Karakteristik af voldsudøvere i behandling - Barndommens skygger rækker ind i voksenlivet.* Dialog mod vold, Askovfonden; 2018.

39. Rice SM, Purcell R, McGorry PD. Adolescent and Young Adult Male Mental Health: Transforming System Failures Into Proactive Models of Engagement. *Journal of Adolescent Health.* 2018;62(3):S9-S17. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.07.024

40. Sundhedsstyrelsen. *Danskernes sundhed – Den nationale sundhedsprofil 2013.* Sundhedsstyrelsen; 2014.

41. Sundhedsstyrelsen. *Danskernes sundhed – Den nationale sundhedsprofil 2017.* Sundhedsstyrelsen; 2018.

42. Sundhedsstyrelsen. *Sygdomsbyrden i Danmark: Sygdomme.*; 2022.

43. Danske Regioner. *Analyse af psykiatriområdet.* Danske Regioner; 2020.

44. Madsen SA. Men's health and well-being: The global challenge. In: *The Routledge Handbook of International Development, Mental Health and Wellbeing.*; 2019:128-137.

45. Benjaminsen L. *Hjemløshed i Danmark 2022 – National kortlægning.* VIVE - Det Nationale Forsknings-og Analysecenter for Velfærd; 2022.

46. Danmarks Statistik. *Kriminalitet 2021.*; 2022.

47. Berger NP, Lindeberg NH, Jensen CM. *Resocialisering af indsatte og tilsynsklienter med opmærksomhedsforstyrrelse: Viden og anbefalinger.* VIVE; 2017.

48. Danske Regioner. Psykiatri. Published 2023. Accessed May 8, 2023. https://www.regioner.dk/services/om-de-fem-regioner/sundhed-i-tal/psykiatri

49. Plana-Ripoll O, Momen NC, McGrath JJ, et al. Temporal changes in sex- and age-specific incidence profiles of mental disorders - A nationwide study from 1970 to 2016. *Acta Psychiatr Scand.* 2022;145(6):604-614. doi:10.1111/acps.13410

50. Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed. *Analysenotat - Psykiatriske diagnoser og kontakter blandt børn og unge i 2012-2022.*; 2023.

51. Ottosen MH, Andreasen AG, Dahl KM, Lausten M, Rayce SB, Tagmose BB. *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2022.* VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2022.

52. Madsen KR, Román JEI, Damsgaard MT, et al. *Skolebørnsundersøgelsen 2022.* Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2023.

53. Cosma A, Abdrakhmanova S, Taut D, Schrijvers K, Catunda C, Schnohr C. *A Focus on Adolescent Mental Health and Wellbeing in Europe, Central Asia and Canada. Health Behaviour in School-Aged Children International Report from the 2021/2022 Survey. Volume 1.*; 2023.

54. Katznelson N, Pless M, Görlich A, Graversen L, Sørensen NB. Ny udsathed: nuancer i forståelser af psykisk mistrivsel. *Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning.* 2021;2(2):83-103. doi:10.18261/issn.2535-8162-2021-02-01

55. The U.S. Surgeon General's Advisory. *Social Media and Youth Mental Health.*; 2023.

56. Hunt MG, Marx R, Lipson C, Young J. No more FOMO: Limiting social media decreases loneliness and depression. *J Soc Clin Psychol.* 2018;37(10):751-768. doi:10.1521/jscp.2018.37.10.751

57. Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed. *Udviklingstendenser i forhold til børn og unge med psykiatriske diagnoser.*; 2020. www.simb.dk

58. Toft LV. *Børns diagnoser og skoletyper.*; KL analysenotat; 2018.

59. Rasmussen M, Kierkegaard L, Rosenwein SV, Holstein BE, Damsgaard MT, Due P. *Skolebørnsundersøgelsen 2018: Helbred, Trivsel Og Sundhedsadfærd Blandt 11-, 13- Og 15-Årige Skoleelever i Danmark.* Statens Institut for Folkesundhed; 2019.

60. Niclasen J, Teasdale TW, Andersen AMN, Skovgaard AM, Elberling H, Obel C. Psychometric Properties of the Danish Strength and Difficulties Questionnaire: The SDQ Assessed for More than 70,000 Raters in Four Different Cohorts. Scott JG, ed. *PLoS One.* 2012;7(2):e32025. doi:10.1371/journal.pone.0032025

61. Bliddal M, Rasmussen L, Andersen JH, et al. Psychotropic Medication Use and Psychiatric Disorders During the COVID-19 Pandemic Among Danish Children, Adolescents, and Young Adults. *JAMA Psychiatry.* 2023;80(2):176-180. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.4165

62. Jeppesen P, Wolf RT, Nielsen SM, et al. Effectiveness of Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Psychotherapy Compared with Management as Usual for Youth with Common Mental Health Problems: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2021;78(3):250-260. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4045

63. Uhls YT, Ellison NB, Subrahmanyam K. *Benefits and Costs of Social Media in Adolescence.* Vol 140.; 2017.

64. American Psychological Association. *American Psychological Association: Health Advisory on Social Media Use in Adolescence.*; 2023. Accessed June 27, 2023. https://www.apa.org/topics/social-media-internet/health-advisory-adolescent-social-media-use.pdf

65. Ottosen MH, Andreasen AG. *Børn og unges trivsel og brug af digitale medier – to analysenotater.* VIVE – Viden til Velfærd Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2020.

66. Sundhedsstyrelsen. *Monitorering af tvang i psykiatrien. Bilagsrapport. Opgørelse for Perioden 1. januar 2022 - 31. december 2022.*; 2023. www.sst.dk

67. Sundhedsstyrelsen. *Sundhedsstyrelsens anbefalinger om skærmbrug for børn under 2 år.*; 2023.

68. Christesen AMS, Knudsen CK, Fonager K, Johansen MN, Heuckendorff S. Prevalence of parental mental health conditions among children aged 0–16 years in Denmark: A nationwide register-based cross-sectional study. *Scand J Public Health.* 2022;50(8):1124-1132. doi:10.1177/14034948211045462

69. Bedre Psykiatri. *Børn af forældre med psykisk sygdom i Danmark.*; 2020. https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-

70. Psykiatrifonden. *Undersøgelse af forekomst af psykisk sygdom blandt forældre til børn i alderen 0-18 år.*; 2019.

71. Rasmussen I, Kruse M. *Samfundsøkonomiske konsekvenser af at være barn af forældre med mentale helbredsproblemer.*; 2022.

72. Rayce SB, Kessing ML. *Børn af forældre med udfordringer - En litteraturgennemgang af social og emotionel udvikling blandt børn af forældre med alvorlige udfordringer i deres liv.* VIVE; 2023.

73. Uher R, Pavlova B, Radua J, et al. Transdiagnostic risk of mental disorders in offspring of affected parents: a meta-analysis of family high-risk and registry studies. *World Psychiatry.* 2023;22(3):433-448. doi:10.1002/wps.21147

74. Riis P, Gerlach J. *Ældre og psykisk sygdom.* 1st ed. Psykiatrifonden og Ældreforum; 2009.

75. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, et al. Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life Consensus Statement Update. *JAMA.* 1997;298(14).

76. Sundhedsstyrelsen. *Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019.*; 2019.

77. Rosenqvist TW, Osler M, Wium-Andersen MK, Wium-Andersen IK. Sedative drug-use in Denmark, 2000 to 2019: a nationwide drug utilization study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Published online 2022. doi:10.1007/s00127-022-02409-5

78. Nationalt videnscenter for demens. Forekomst af demens i Danmark.

79. Nichols E, Steinmetz JD, Vollset SE, et al. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health.* 2022;7(2):e105-e125. doi:10.1016/S2468-2667(21)00249-8

80. Phung TKT, Waltoft BL, Kessing LV, Mortensen PB, Waldemar G. Time trend in diagnosing dementia in secondary care. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010;29(2):146-153. doi:10.1159/000269933

81. Holm E, Jacobsen KK, de Lony TB, et al. Frequency of missed or delayed diagnosis in dementia is associated with neighborhood socioeconomic status. *Alzheimer's and Dementia: Translational Research and Clinical Interventions*. 2022;8(1). doi:10.1002/trc2.12271

82. Jørgensen K, Nielsen TR, Nielsen A, Waldemar G. Potential for prevention of dementia in Denmark. *Alzheimer's and Dementia*. Published online 2023. doi:10.1002/alz.13030

83. Erlangsen A, Psykiatrisk Center København. Review: *Forebyggelse af selvmord– Evidensbaseret*.; 2014.

84. Erlangsen A, Mortensen PB, Vach W, Jeune B. Psychiatric hospitalisation and suicide among the very old in Denmark: Population-based register study. *British Journal of Psychiatry*. 2005;187(JULY):43-48. doi:10.1192/bjp.187.1.43

85. Erlangsen A, Zarit SH, Conwell Y. Hospital-Diagnosed Dementia and Suicide: A Longitudinal Study Using Prospective, Nationwide Register Data. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008;16(3):220-228. doi:10.1097/jgp.0b013e3181602a12

86. Erlangsen A, Eaton WW, Mortensen PB, Conwell Y. Schizophrenia - A predictor of suicide during the second half of life? *Schizophr Res*. 2012;134(2-3):111-117. doi:10.1016/j.schres.2011.09.032

87. Benjaminsen L, Andrade SB, Andersen D, Enemark MH, Birkelund JF. F*amiliebaggrund og social marginalisering i Danmark - En registerbaseret kortlægning*.; 2015.

88. Egede SJ, Fouchard J, Frisch M, Graugaard C. *Danske LGBT-personers møde med almen praksis - udfordringer og muligheder*. (Sexologisk Forskningscenter, Aalborg Universitet, eds.). Sundhedsstyrelsen; 2019.

89. Følner B, Newby TM, Kalmark LM, Astrupgaard SL. *LGBT-personers trivsel på arbejdsmarkedet*. (Als Research, ed.). Ligestillingsafdelingen; 2019.

90. Følner B, Kalmark LM, Aagesen K. *Udfordringer og stigma i forhold til at have en LGBT-Identitet i Danmark*. (Als Research, ed.). Ligestillingsafdelingen & Miljø- og Fødevareministeriet; 2020.

91. Hempler NF, Jervelund SS, Ryom K, Villadsen SF, Vinther-Jensen K. *Veje til etnisk lighed i sundhed*.; 2020.

92. Martin HM, Thomsen MK. *Interkøn - En kvalitativ undersøgelse af erfaringer med variationer i kønskarakteristika*. VIVE; 2021.

93. Back Nielsen M, Carlsson J, Køster Rimvall M, Petersen JH, Norredam M. Risk of childhood psychiatric disorders in children of refugee parents with post-traumatic stress disorder: a nationwide, register-based, cohort study. *Lancet Public Health*. 2019;4(7):e353-e359. doi:10.1016/S2468-2667(19)30077-5

94. Glintborg D, Rubin KH, Kristensen SBM, et al. Socioeconomic status in Danish transgender persons: A nationwide register-based cohort study. *Endocr Connect*. 2021;10(9):1155-1166. doi:10.1530/EC-21-0119

95. Frisch M, Moseholm E, Andersson M, Andresen JB, Graugaard C. *Sex i Danmark - Nøgletal fra projekt SEXUS 2017-2018.* Statens Serum Institut; 2019.

96. Lindberg LG, Mundy SS, Kristiansen M, Johansen KS, Carlsson J. Satisfaction with mental health treatment among patients with a non-Western migrant background: A survey in a Danish specialized outpatient mental health clinic. *Eur J Public Health.* 2019;29(4):700-705. doi:10.1093/eurpub/ckz090

97. Dunlavy A, Gauffin K, Berg L, et al. Health outcomes in young adulthood among former child refugees in Denmark, Norway and Sweden: A cross-country comparative study. *Scand J Public Health.* Published online 2021. doi:10.1177/14034948211031408

98. Olsen RF. Do adoption age and country of origin matter for non-kin adoptees' risk of psychiatric contact and post-adoption out-of-home care placement? *Scand J Public Health.* 2022;50(8):1155-1163. doi:10.1177/14034948221127097

99. Thuesen F. *Måling af integration i Danmark - Historik, kritik og perspektiver.* VIVE; 2022.

100. Jakobsen V, Jeppesen T, Mehlsen L, Thuesen F, Kleif HB. *Kortlægning af integration i kommunerne: kommunernes indsatser for at bringe ikke-vestlige indvandrere i beskæftigelse.* VIVE; 2021.

101. Liversage A, Christensen CP. *Etniske minoritetsunge i Danmark - En undersøgelse af årgang 1995.*; 2017.

102. Kelstrup L, Carlsson J. Trauma-affected refugees and their non-exposed children: A review of risk and protective factors for trauma transmission. *Psychiatry Res.* 2022;313. doi:10.1016/j.psychres.2022.114604

103. Barghadouch A, Kristiansen M, Jervelund SS, Hjern A, Montgomery E, Norredam M. Refugee children have fewer contacts to psychiatric healthcare services: an analysis of a subset of refugee children compared to Danish-born peers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016;51(8):1125-1136. doi:10.1007/s00127-016-1260-1

104. Behle AE, Pinquart M. Psychiatric Disorders and Treatment in Adoptees: A Meta-Analytic Comparison with Non-Adoptees. *Adopt Q.* 2016;19(4):284-306. doi:10.1080/10926755.2016.1201708

105. Laubjerg M, Christensen AM, Petersson B. Psychiatric status among stepchildren and domestic and international adoptees in Denmark. A comparative nationwide register-based study. *Scand J Public Health.* 2009;37(6):604-612. doi:10.1177/1403494809105799

106. Sundhedsdatastyrelsen. *Stadig færre langtidsbrugere af sovemedicin og angstdæmpende medicin.*; 2018. www.whocc.no

107. Jacobsen RH, Andersen DB, Christensen VT. *Aktivitet og ventetider i psykologordningen.* VIVE; 2023.

108. Overlægeforeningen. *Afvandring fra offentlig til privat psykiatri. Overlægeforeningens undersøgelse sommeren 2022.*; 2022.

109. Danske Regioner, Foreningen af praktiserende speciallæger. *Modernisering af specialet psykiatri i speciallægepraksis 2023.*; 2023.

110. Danske Regioner. Regioner og praktiserende speciallæger styrker indsatsen i psykiatrien. Published May 31, 2023. Accessed January 4, 2024. https://www.regioner.dk/services/nyheder/2023/maj/regioner-og-praktiserende-speciallaeger-styrker-indsatsen-i-psykiatrien

111. Sundhed.dk. Find behandler - Resultat for: Speciallæge - Psykiater. Published 2023. Accessed January 4, 2024. https://www.sundhed.dk/borger/guides/find-behandler/?InformationsUnderkategori=Psykiater&Informationskategori=Speciall%C3%A6ge

112. Anthony WA. *Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in The*. Vol 16.; 1990.

113. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*. 2011;199(6):445-452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733

114. Eplov L, Petersen KS, Jespersen E, Christensen KS. Rehabiliteringstilbud til patienter med psykiske sygdomme – en recovery-orienteret tilgang. *Ugeskrift for laeger*. 2014;176(10):936-939.

115. Borg M, Karlsson B, Stenhammer A. *Recoveryorienterede praksisser. En systematisk vidensopsamling.*; 2013.

116. Sundhedsstyrelsen. *Monitorering af tvang i psykiatrien: opgørelse for perioden 1. januar-31. december 2021.*; 2021. www.sst.dk

117. Sundhedsstyrelsen. *Monitorering af tvang i psykiatrien: opgørelse for perioden 1. juli 2022 - 30. juni 2023.*; 2023.

118. Sundhedsdatastyrelsen. *Fastholdte mænd og kvinder hyppigst diagnosticeret med skizofreni og lignende sygdom.*; 2018. https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/psykiatri/tvang-i-psykiatrien/fastholdelse_diagnose-i-psykiatrien_20181211.pdf

119. Sundhedsdatastyrelsen. *Kvinder bliver hyppigst fastholdt under indlæggelse i psykiatrisk afdeling.*; 2018.

120. Sundhedsdatastyrelsen. *Fastholdte mænd var indlagt i flere dage sammenlignet med kvinder i Psykiatrisk.*; 2018.

121. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven. Retsinformation. Published 2019. Accessed November 1, 2023. https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903

122. Psykiatrifonden. *Klagesager afsluttet i det psykiatriske patientklagenævn.*; 2023. www.psykiatrifonden.dk

123. Sundhedsstyrelsen. Stadig flere børn og unge udsættes for tvang i psykiatrien.

124. Sundhedsdatastyrelsen. *Piger bliver hyppigst fastholdt under indlæggelse i psykiatrisk afdeling.*; 2018.

125. Sundhedsdatastyrelsen. *Fastholdte piger og drenge hyppigst diagnosticeret med adfærdsændringer og udviklingsforstyrrelser.*; 2018.

126. Sundhedsdatastyrelsen. *Anvendelse af akut beroligende medicin med tvang - Børn og unge (0-17).*; 2017.

127. Christensen MK, Lim CCW, Saha S, et al. The cost of mental disorders: A systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. Published online 2020. doi:10.1017/S204579602000075X

128. Vestergaard SV, Rasmussen TB, Stallknecht S, et al. Occurrence, mortality and cost of brain disorders in Denmark: A population-based cohort study. *BMJ Open*. 2020;10(11). doi:10.1136/bmjopen-2020-037564

129. Sundheds- og Ældreministeriet. *Indblik i psykiatrien og sociale indsatser - Analyse.*; 2018.

130. Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, et al. Mortality Associated with Mental Disorders and Comorbid General Medical Conditions. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(5):444-453. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.0347

131. Weye N, Momen NC, Christensen MK, et al. Association of Specific Mental Disorders with Premature Mortality in the Danish Population Using Alternative Measurement Methods. *JAMA Netw Open*. 2020;3(6). doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.6646

132. Nordentoft M, Krogh J, Lange P, Moltke A. *Psykisk sygdom og ændringer i livsstil*. Vidensråd for forebyggelse; 2015.

133. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(4):334-341. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2502

134. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *The Lancet*. 2019;394(10211):1827-1835. doi:10.1016/S0140-6736(19)32316-5

135. Erlangsen A, Andersen PK, Toender A, Laursen TM, Nordentoft M, Canudas-Romo V. Cause-specific life-years lost in people with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(12):937-945. doi:10.1016/S2215-0366(17)30429-7

136. Erlangsen A, Andersen PK, Toender A, Laursen TM, Nordentoft M, Canudas-Romo V. Cause-specific life-years lost in people with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(12):937-945. doi:10.1016/S2215-0366(17)30429-7

137. Sølvhøj IN, Oxholm A, Pia K, Pedersen V, Britt M, Nielsen D. *Holdninger i det somatiske sundhedsvæsen til mennesker med psykisk sygdom - Et litteraturstudie.*; 2019. www.sdu.dk/sif

138. Socialstyrelsen. *Målgrupperne i socialpsykiatrien - Registeranalyse*. 2nd ed. (PwC, ed.).; 2021. www.socialstyrelsen.dk

139. Økonomi- og Indenrigsministeriet. *Tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse blandt unge med psykisk sygdom.*; 2018. www.oimb.dk

140. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, et al. *Barriers to Employment for People With Schizophrenia*. Vol 163.; 2006. http://ajp.psychiatryonline.org.

141. KL, Røder KL, Andersen NCH, Kleist BH, Bjørn NH. *Elever med psykiatriske diagnoser og deres afgangsprøve i 9. Klasse.*; 2021.

142. Bolvig I, Jeppesen T, Kleif HB, et al. *Unge uden job og uddannelse - Hvor mange, hvorfra, hvorhen og hvorfor? En kortlægning af de udsatte unge i NEET-gruppen*. VIVE; 2019.

143. Amilon A, Vernstrøm SØ, Olsen RF. *Mennesker med handicap - Hverdagsliv og levevilkår 2020.*; 2021.

144. KL. *Udvikling i beskæftigelse blandt psykiatriske patienter.*; 2017.

145. Plana-Ripoll O, Weye N, Knudsen AK, et al. The association between mental disorders and subsequent years of working life: a Danish population-based cohort study. *Lancet Psychiatry.* 2023;10(1):30-39. doi:10.1016/S2215-0366(22)00376-5

146. Danmarks Statistik. Arbejdsløse (register). Danmarks statistik. Published 2023. Accessed September 28, 2023. https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/arbejde-og-indkomst/arbejdsloese/arbejdsloese-register

147. Dansk Erhverv. *Stort arbejdsudbudspotentiale for personer med skizofreni.*; 2023.

148. Gronemann FH, Lund T, Lindholdt L, et al. Treatment-resistant depression and labor market affiliation in the Danish welfare society: a register-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2022;57(6):1189-1199. doi:10.1007/s00127-022-02243-9

149. Sell L, Lund HL, Johansen KS. Past, Present, and Future Labor Market Participation among Patients Admitted to Hospital with Concurrent Substance Use and Mental Health Disorder, and What We Can Learn from It. *J Occup Environ Med.* 2022;64(12):1041-1045. doi:10.1097/JOM.0000000000002633

150. Holstein BE, Henriksen TB, Rayce SB, et al. *Mental sundhed og psykisk sygdom hos 0-9-årige børn.* Vidensråd for forebyggelse; 2021.

151. Uher R, Zwicker A. Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-gene-environmental causation of mental illness. *World Psychiatry.* 2017;16(2):121-129. doi:10.1002/wps.20436

152. Heuckendorff S. *Health Outcomes in Children of Parents with Mental Health Conditions - Morbidity and Use of Healthcare Services in Early Childhood.*; 2021.

153. Dragioti E, Radua J, Solmi M, et al. Global population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for mental disorders: a meta-umbrella systematic review. *Mol Psychiatry.* 2022;27(8):3510-3519. doi:10.1038/s41380-022-01586-8

154. Thorup AAE, Laursen TM, Munk-Olsen T, et al. Incidence of child and adolescent mental disorders in children aged 0-17 with familial high risk for severe mental illness - A Danish register study. *Schizophr Res.* 2018;197:298-304. doi:10.1016/j.schres.2017.11.009

155. Ajnakina O, Shamsutdinova D, Wimberley T, Dalsgaard S, Steptoe A. High polygenic predisposition for ADHD and a greater risk of all-cause mortality: a large population-based longitudinal study. *BMC Med.* 2022;20(1). doi:10.1186/s12916-022-02279-3

PSYKIATRIFONDEN ER EN PRIVAT, SYGDOMSBEKÆMPENDE ORGANISATION.

Vi kæmper for, at alle mennesker med psykisk sygdom og de, som er i risiko for at få det, mødes med forståelse og får den hjælp og rådgivning, de har brug for. I tide.