

HVORDAN HAR DU DET? 2021

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 1**

Karina Friis, Martin Mejlby Jensen, Marie Hauge Pedersen, Mathias Lasgaard, Finn Breinholt Larsen,
Sarah Skov Jørgensen, Kristine Toftegaard Frandsen og Jes Bak Sørensen



HVORDAN HAR DU DET? 2021

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 1**

UDARBEJDET AF

Karina Friis
Martin Mejlby Jensen
Marie Hauge Pedersen
Mathias Lasgaard
Finn Breinholt Larsen
Sarah Skov Jørgensen
Kristine Toftegaard Frandsen
Jes Bak Sørensen

DEFACTUM | Marts 2022

TITEL

Hvordan har du det? 2021 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1)

FORFATTERE

Karina Friis (projektleder)
Martin Mejlby Jensen
Marie Hauge Pedersen
Mathias Lasgaard
Finn Breinholt Larsen
Sarah Skov Jørgensen
Kristine Toftegaard Frandsen
Jes Bak Sørensen

COPYRIGHT

© DEFACTUM, Region Midtjylland 2022

Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse – det skal herunder fremhæves, at rapporten er udarbejdet af DEFACTUM, Region Midtjylland.

UDGIVER

Region Midtjylland
DEFACTUM
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N
E-mail: hvordanhardudet@rm.dk

DENNE RAPPORT CITERES SÅLEDES:

Friis K, Jensen MM, Pedersen MH, Lasgaard M, Larsen FB, Jørgensen SS, Frandsen KT, Sørensen JB. Hvordan har du det? 2021 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2022.

ISBN-nr: 978-87-93657-30-4

UDGIVELSE

Marts 2022

OPLAG

1.500

LAYOUT

2.1hartwork

FORSIDE

Malene Hald

FORORD

Dette er Region Midtjyllands femte sundhedsprofil. Sundhedsprofilen er udarbejdet på baggrund af *Hvordan har du det? 2021* – en spørgeskemaundersøgelse blandt knap 34.000 borgere i Region Midtjylland. Sundhedsprofilen giver rig mulighed for at få indblik i sundhedstilstanden, som den opleves og beskrives af borgerne selv. De fire tidligere sundhedsprofiler blev lavet i 2006, 2010, 2013 og 2017.

I rapporten kan man se opgørelser på både regionalt og kommunalt niveau, og man kan se udviklingen i befolkningens sundhed og trivsel i perioden fra 2010 til 2021.

Det særlige ved *Hvordan har du det?* er først og fremmest det store antal borgere, der medvirker i spørgeskemaundersøgelsen, samt at undersøgelsen gennemføres i hele Danmark på samme tid. Sundhedsprofilen er den største sundhedsundersøgelse af sin art i Danmark, og den giver en unik mulighed for at følge udviklingen i danskernes sundhed og trivsel på tværs af regioner og kommuner i hele landet.

Oplysningerne fra sundhedsprofilerne har siden 2006 været anvendt i den kommunale og regionale planlægning af sundhedsindsatsen, idet de giver et indblik i de udfordringer, som regionen og kommunerne står over for på forebyggelsesområdet. Sundhedsprofilen kan derved bruges til at planlægge, prioritere og gennemføre de regionale og kommunale forebyggelses- og behandlingsopgaver, som skal løfte borgernes sundhed i de kommende år.

Forskergruppen bag *Hvordan har du det?* bestræber sig på at inddrage emner i undersøgelsen, der kan understøtte denne proces med relevante tal og opgørelser. I rapporten belyses emner, som også har været med i de tidligere sundhedsprofiler, og som fortsat har en central betydning for folkesundheden. Det drejer sig om følgende temaer: rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost, overvægt, fysisk og mentalt helbred, kronisk sygdom og social og geografisk ulighed i sundhed.

Af nye emner indgår denne gang et kapitel om COVID-19 (pandemiens påvirkning af befolkningens trivsel mv.), og der er ligeledes som noget nyt tilføjet særskilte kapitler om henholdsvis seksuelle krænkelser, søvn og unges sundhed.

Undersøgelsen indeholder en kerne af spørgsmål, der er stillet til borgere i hele landet. Desuden indeholder undersøgelsen en række spørgsmål, der er særlige for Region Midtjylland.

Hvordan har du det? 2021 har i høj grad været præget af coronapandemien. Dataindsamlingen fandt sted mellem den 5. februar og den 12. maj 2021. I denne periode var der i Danmark en række restriktioner og tiltag i forbindelse med håndteringen af COVID-19-pandemien, og dette har med stor sandsynlighed påvirket nogle af resultaterne i undersøgelsen, idet rammerne for vores liv har været anderledes end normalt. Som læser af rapporten er dette væsentligt at have for øje.

Vi vil gerne rette en stor tak til de mange borgere, der har brugt tid på at svare på spørgeskemaet, og som dermed har medvirket til, at særligt regionen og kommunerne i dag med sundhedsprofilen i hånden har et vigtigt redskab til at igangsætte initiativer til fremme af borgernes sundhed og trivsel.

INDHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENFATNING	6
1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE	12
Baggrund og formål	12
Metode	12
Beskrivelse af baggrundsvariable	16
Læsevejledning	21
2. RYGNING	24
3. ALKOHOL	46
4. FYSISK AKTIVITET	64
5. KOST	86
6. OVERVÆGT	98
7. SELVVURDERET HELBRED	114
8. MENTAL SUNDHED	122
Trivsel og livskvalitet	127
Stress	134
Generet af angst og anspændthed	140
Ensomhed	146
Depression	154
9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM	166
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom	172
Sundhedsvaner hos personer med kronisk sygdom og multisygdom	190
Fysisk og mentalt helbred hos personer med kronisk sygdom og multisygdom	201
Behandlingsbyrde og sundhedskompetence	212
10. UNGES SUNDHED	236
Unge risikoadfærd	242
Unge sundhedsvaner	248
Unge mentale sundhed	252

11. COVID-19	264
Hvor mange har haft COVID-19?	270
Hvordan har COVID-19 påvirket befolkningens dagligdag?	272
Hvor mange vurderer, at de er i risiko for at blive alvorligt syge af COVID-19?	276
Hvor mange har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus på grund af pandemien?	279
Hvordan har COVID-19 påvirket livskvaliteten?	282
12. SEKSUELLE KRÆNKELSER	290
13. SØVN	302
14. SOCIAL OG GEOGRAFISK ULIGHED I SUNDHED	318
Social ulighed i sundhed	324
Geografisk ulighed i sundhed	326
Sundhed på én side	334
Kommuner	
Favrskov Kommune	336
Hedensted Kommune	338
Herning Kommune	340
Holstebro Kommune	342
Horsens Kommune	344
Ikast-Brande Kommune	346
Lemvig Kommune	348
Norddjurs Kommune	350
Odder Kommune	352
Randers Kommune	354
Ringkøbing-Skjern Kommune	356
Samsø Kommune	358
Silkeborg Kommune	360
Skanderborg Kommune	362
Skive Kommune	364
Struer Kommune	366
Syddjurs Kommune	368
Viborg Kommune	370
Aarhus Kommune	372
Sundhedsklynger	
Horsensklyngen	374
Midtklyngen	376
Randersklyngen	378
Vestklyngen	380
Aarhusklyngen	382
Region Midtjylland	384

10. UNGES SUNDHED

I dette kapitel sættes der fokus på sundhedsforhold, der er særligt relevante for unge. I forbindelse med dataindsamlingen til *Hvordan har du det?* er der i Region Midtjylland anvendt et selvstændigt spørgeskema til unge i alderen 16-24 år. Dette kapitel bygger på data fra dette spørgeskema, som ud over spørgsmål fra skemaet til voksne indeholder et antal spørgsmål, som udelukkende stilles til unge. Aktuell viden om risikoadfærd, sundhedsvaner og mental sundhed hos unge er væsentlig for kommuner, regioner og andre aktører på sundhedsområdet ved tilrettelæggelse af sundhedsindsatser. Samtidig kan viden om unges sundhed være med til at identificere tendenser, der indikerer, hvordan fremtidens sundhedstilstand kommer til at være i den voksne befolkning. Formålet med dette kapitel er således at beskrive den overordnede forekomst og fordeling af forskellige former for risikoadfærd, sundhedsvaner og mental sundhed blandt unge. Endvidere sættes der fokus på sammenhængen mellem belastende oplevelser i barndommen og unges risikoadfærd, sundhedsvaner og mentale sundhed.

Risikoadfærd og sundhedsvaner blandt unge

Perioden fra 16-24 år er kendetegnet ved gradvis omstilling fra teenageårene, hvor de fleste unge stadig bor hjemme, til et begyndende voksenliv, hvor hovedparten er flyttet hjemmefra og er i gang med uddannelse eller er i arbejde. I denne periode sker der en markant følelsesmæssig, intellektuel og social udvikling. I takt med større selvstændighed åbner der sig nye muligheder for at eksperimentere med ungdoms- og voksenlivets aktiviteter og adfærdsformer. Derfor er denne periode også karakteriseret ved en høj forekomst af risikoadfærd, der kan have alvorlige konsekvenser for den enkeltes trivsel og helbred. Denne risikoadfærd topes i 20-25-årsalderen, som for mange er forbundet med en høj grad af frihed samt en væsentlig gruppemæssig påvirkning fra jævnaldrende (1-3). Samtidig er det veldokumenteret, at sundhedsvaner ofte grundlægges tidligt i livet (4-8). Sundhedsvaner i ungdomsårene kan således indebære, at konkrete handlinger og adfærdsformer får rutinekarakter, hvilket kan være til gavn eller skade resten af livet. Det er derfor vigtigt at forebygge, at risikable sundhedsvaner etableres i ungdomsårene.

Det er veldokumenteret, at tidlig rygedebut ofte fører til øget nikotinafhængighed, mindre chance for rygestop senere i livet og øget risiko for tidlig død (9-11). Ligeledes tyder undersøgelser på, at hvis man starter med at ryge som ung, har man væsentlig højere risiko for at få lungekræft, end hvis man starter som voksen (12, 13). Forebyggelse af rygestart har længe været et højprioriteret område, da de forebyggende indsatser kan være med til at reducere sygeligheden i Danmark. Der er stærk evidens for, at tiltag såsom højere priser på tobak og røgfri skoletid har stor betydning for unges rygevaner (9). Siden den seneste *Hvordan har du det?* i 2017 er der vedtaget en række politiske tiltag for at reducere forekomsten af rygning blandt unge. Fra 1. juli 2021 er røgfri skoletid et lovkrav for ungdomsuddannelser, der har et optag af elever under 18 år. Derudover steg prisen på tobak den 1. april 2020, således at gennemsnitsprisen for en pakke cigaretter var 55 kr. Den 1. januar 2022 steg gennemsnitsprisen yderligere til 60 kr. for en pakke. De mange tiltag forventes at have en betydelig indflydelse på andelen af unge, der ryger. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at data til denne undersøgelse er indsamlet i februar-maj 2021, hvor den fulde effekt af prisstigningerne endnu ikke var slået igennem.

Et andet udbredt ungdomsfænomen er brug af snus og tyggetobak. Snus er fintmalet tobak, som indeholder nikotin tilsat smagsstoffer. Brug af snus er et relativt nyt fænomen i Danmark, mens det har været udbredt i mange år i eksempelvis Sverige. Man kan blive nikotinafhængig af snus på samme måde som af tobaksrygning. Et litteraturstudie har vist, at brug af snus øger risikoen for kræft i spiserør og bugspytkirtel, forhøjet blodtryk, at dø af hjerteanfald, nedsat karcelfunktion, type 2-diabetes hos mænd samt tidlig fødsel (14). Jævnlig brug af snus og tyggetobak giver desuden skader i munden, bl.a. i slimhinder og tandkød (14, 15).

Blandt unge er alkohol det mest almindelige rusmiddel (16). Indtaget er relativt højt i mange lande, men varierer dog meget (16). Danske unges alkoholforbrug er generelt stort. På trods af at unges forbrug af alkohol har været faldende over en årrække, er danske unge fortsat blandt de unge, der drikker mest i Europa (16-18). Alkoholikulturen blandt unge i Danmark er overvejende en beruselseskultur, hvor der drikkes

med henblik på at opnå en virkning (19). Ligeledes er alkoholkulturen karakteriseret ved at være gruppeorienteret, hvor alkohol spiller en central rolle i forhold til at opbygge og bekræfte venskabsrelationer (19, 20). Dermed er det også svært for unge at vælge alkoholen fra, da de ofte samtidig fravælger en del af deres sociale miljø (19, 20). Samtidig er Danmark kendetegnet ved at være et af få lande, hvor mindreårige kan købe alkohol, hvilket bidrager til tidligere alkoholdebut blandt unge (19, 21). Et uhensigtsmæssigt alkoholforbrug kan have en række negative konsekvenser for den fysiske og mentale sundhed (22) og er endvidere forbundet med skoleproblemer, ulykker og risikobetonet adfærd såsom usikker sex og brug af euforiserende stoffer (22, 23).

Vidensråd for Forebyggelse udgav i 2019 rapporten *Unge alkoholkultur – Et bidrag til debatten*, der blandt andet sammenfatter den eksisterende viden om interventioner, der kan være med til at mindske unges alkoholforbrug (19). Forskerne bag rapporten konkluderer, at der er god dokumentation for, at en højere aldersgrænse for salg af alkohol, som håndhæves, samt højere alkoholpriser har en markant effekt på alkoholdebut, alkoholforbrug samt alkoholrelaterede problemer (19, 24-29). Endvidere finder forskerne en moderat dokumentation for, at ung-til-ung-indsatser, skærpede regler for markedsføring af alkohol samt skolebaserede forebyggelsesprogrammer har en effekt på unges alkoholforbrug (19, 30-34). I de senere år har flere ungdomsuddannelser udarbejdet en strammere alkoholpolitik – ofte i et samspil med den kommunale sundhedsforvaltning (19). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne indgår i fælles dialog og samarbejde med de lokale ungdomsuddannelser for at sikre en ensartet rusmiddelpolitik på tværs af uddannelserne og fremhæver, at en tværgående alkohol- og rusmiddelpolitik kan være med til at sikre fælles rammer og normer for unges alkoholforbrug (35). Sammenfattede er der en række indsatser, der kan reducere unges alkoholforbrug, og indsatserne går på tværs af forskellige arenaer. Kombineres de forskellige indsatstyper, og sættes der ind på flere forskellige niveauer samtidig, er der moderat dokumentation for, at man kan forebygge skadeligt alkoholforbrug blandt unge (19).

En del unge prøver euforiserende stoffer med stimulerende, sløvende og/eller hallucinogene virkninger. De fleste fortsætter ikke brugen, men har et eksperimen-

telt forbrug i en kortere periode i ungdomsårene (36, 37). Blandt stoffer har hash en særstatus, da mange unge prøver hash, mens et mindretal af unge prøver andre stoffer end hash. De sundhedsmæssige risici ved at bruge euforiserende stoffer varierer meget, blandt andet afhængigt af type af stof og omfang af forbrug (36, 37). Alvorlige risici ved at bruge stoffer er psykose, forgiftning (i værste fald med dødelig udgang), ulykker samt udvikling af læn- gerevarende misbrug og afhængighed med alvorlige sociale, psykiske og helbredsmæssige følgevirkninger. Stofforgiftning blandt unge skyldes typisk hash eller centralstimulerende stoffer (såsom amfetamin og ecstasy), som også er de stoffer, der typisk er anledning til misbrugsbehandling af unge (38, 39).

Mental sundhed blandt unge

Der har i de senere år været stort fokus på unges mentale sundhed og mentale helbred. Den stigende opmærksomhed skyldes en øget erkendelse af, at mentale helbredsproblemer udgør en stor del af sygdomsbyrden blandt børn og unge (40). Endvidere viser en række danske undersøgelser, at der er sket en markant negativ udvikling i unges mentale sundhed og mentale helbred. *Den Nationale Sundhedsprofil 2017* viste, at der i perioden fra 2010 til 2017 er sket en markant stigning blandt de 16-24-årige i andelen med højt stressniveau og dårligt mentalt helbred – særligt blandt unge kvinder (18). I rapporten *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år* sammenfattes de seneste årtiers udvikling (40). Med udgangspunkt i danske repræsentative spørgeskema- og registerundersøgelser dokumenteres det, at der i de seneste 20-30 år er sket en stigning i forekomsten af mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme blandt børn og unge. Eksempelvis er andelen af unge kvinder, der ofte er nervøse og stressede, steget fra 14 % i 2005 til 36 % i 2017 (40). Blandt unge mænd er andelen steget fra 8 % til 18 % i samme periode. Undersøgelser baseret på danske registre viser endvidere en markant stigning i perioden fra 1996 til 2016 i forekomsten af børn og unge, som får stillet en eller flere psykiatriske diagnoser (40). Omkring 15 % af børn og unge bliver diagnosticeret med en psykisk sygdom eller forstyrrelse, inden de er fyldt 18 år (40, 41).

Der er således meget, der tyder på, at der er sket en forværring af børns og unges mentale sundhed og mentale helbred. Det er imidlertid svært at danne sig et samlet billede af årsagerne til denne udvikling. Forandringerne kan skyldes ændringer i vores måde at tale om psykiske fænomener på eller ændringer i den måde, vi håndterer og diagnosticerer psykiske problemer på, samt hvornår vi mener, det kræver behandling (40). En anden mulig forklaring kan være ændrede samfundsforhold, der har medført øgede krav og forventninger til egne præstationer. Flere studier peger på, at unge oplever, at de skal præstere på en lang række arenaer, herunder uddannelse, venskaber og udseende (42-44). Denne oplevelse kan danne grundlag for en præstationskultur, hvor unge konstant forsøger at præstere bedst muligt for at sikre sig det gode ungdomsliv og derigennem stiller høje krav til sig selv. Samtidig skal unge navigere i de mange muligheder og valg, som er en del af ungdomslivet i det moderne samfund, hvilket kan skabe en frygt for at forspilde sine chancer og føre til selvbebrejdelser, når tingene ikke lykkes (42).

Der er flere grunde til at lave forebyggende og sundhedsfremmende indsatser for børn og unge. Først og fremmest opstår de fleste mentale helbredsproblemer tidligt i livet (45). Derudover udgør mentale helbredsproblemer en betydelig del af sygdomsbyrden hos børn og unge (40). Sidst, men ikke mindst, er der som beskrevet dokumenteret en markant stigning i andelen af børn og unge med mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme (40). Rapporten *Mental sundhed*

og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år indeholder et overblik over forebyggende programmer og vidensbaserede indsatser til børn og unge (40). Endvidere har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en forebyggelsespakke, der kan understøtte kommunernes arbejde med sundhedsfremmende og forebyggende indsatser til at forbedre den mentale sundhed i den brede befolkning (46).

Der har været stor bekymring for, at nedlukningerne som følge af coronapandemien har påvirket unges mentale sundhed negativt. Det danske projekt *Sammen – hver for sig* har gennem spørgeskemaer og kvalitative interviews undersøgt, hvordan unge har håndteret coronapandemiens første nedlukning (47). Data herfra indikerer, at unge ikke har været så bekymrede for selv at få COVID-19, men i højere grad har bekymret sig om, hvornår deres hverdag vendte tilbage til normalen, samt hvornår man kunne se sine venner og sin familie igen. En anden dansk undersøgelse peger på, at flere unge kvinder end mænd havde dårlig trivsel under den første nedlukning, og at mistrovarsel var mere udbredt blandt unge, der havde haft psykiske lidelser før pandemien eller kom fra økonomisk dårligt stillede familier (48). Endvidere viser en undersøgelse af danskernes trivsel, at unge mænd og kvinder rapporterede dårligere mental trivsel i den tidlige fase af pandemien sammenlignet med før pandemien (49). Internationale studier har ligeledes dokumenteret, at coronapandemien har medført en markant stigning i andelen med depression og angst, hvilket især ser ud til at have ramt den yngre del af

Unge sundhed og coronapandemien

Det er vigtigt at gøre opmærksom på den begrænsning, der ligger i, at data til *Hvordan har du det?* er indsamlet under coronapandemien. De fleste unge besvarede spørgeskemaet under den anden nationale nedlukning, hvor samfundet var væsentligt påvirket af coronapandemien (februar 2021). Nedlukningen af blandt andet skoler, uddannelsesinstitutioner, foreningsliv samt caféer, restauranter og natteliv har betydet, at unges dagligdag har været præget af mindre social kontakt med venner og studiekammerater. Dette har med stor sandsynlighed påvirket nogle af resultaterne i dette kapitel. Undersøgelsen tegner et øjebliksbillede under en nedlukningsperiode, og som følge heraf kan der potentielt opstå udsving for visse indikatorer i undersøgelsen, hvor årsagen kan henføres til særlige levevilkår i en begrænset periode. En del af disse udsving vil formodentligt normalisere sig helt eller delvis med ophævelse af restriktioner.

befolkningen (50). Meget tyder således på, at nedlukningerne i særlig grad har påvirket unge mentalt, men det fulde billede af konsekvenserne er endnu ikke kendt, og det vides ikke på nuværende tidspunkt, hvorvidt coronapandemien varigt har påvirket danske unges mentale sundhed og helbred. I rapportens kapitel 11 er der en mere udførlig beskrivelse af coronapandemiens påvirkning af befolkningen.

Belastende oplevelser i barndommen

Det er veldokumenteret, at belastende oplevelser i barn- og ungdom kan have skadelige konsekvenser, som strækker sig ind i voksenlivet. En af de vigtigste undersøgelser, som har belyst langtidskonsekvenserne, er en større amerikansk undersøgelse, *The Adverse Childhood Experiences Study*, som blev gennemført i midten af 1990'erne (51). Undersøgelsen viste en klar sammenhæng mellem belastende oplevelser i barndommen (f.eks. at blive udsat for fysisk vold, seksuelle overgreb eller at vokse op i et hjem præget af alkohol- og stofmisbrug) og forskellige former for risikoadfærd og helbredsproblemer i voksenlivet. Endvidere viste studiet også en tydelig dosis-responseeffekt, således at risikoen for helbredsproblemer steg i takt med antallet af belastende oplevelser. Siden studiet er der kommet en lang række andre undersøgelser, som på lignende vis har koblet belastende oplevelser i barndommen sammen med risikable sundhedsvaner og helbredsproblemer senere i livet (52-55). Eksempler på disse er rygning (52, 56), alkohol- og stofmisbrug (52, 57, 58), overvægt (52, 59), depression og angst (52, 57, 60), selvskadende adfærd (61), selvmordsforsøg (53, 62), hjerte-kar-sygdomme (63), type 2-diabetes (64), KOL (65), lungekræft (66, 67) og tidlig død (68). Endvidere øger belastninger i barndommen også risikoen for manglende tilknytning til arbejdsmarkedet (69). Sammenfattende viser undersøgelser, at belastende oplevelser i barndommen er væsentlige determinanter for risikoadfærd, sygdom og social marginalisering i voksenlivet.

Selvom enkeltstående faktorer ikke kan forklare sammenhængen, er der særligt to mekanismer, som fremhæves. Den øgede risiko for sygdom kan til dels tilskrives copingmekanismer, såsom overspisning, rygning samt alkohol- og stofmisbrug, som øger risikoen for sygdom (63, 70). Endvidere kan sygdommene

opstå som følge af en vedvarende stressbelastning (63, 70-72), som kan medføre kognitiv svækkelse, forstyrre hjernens udvikling og øge risikoen for en række stressrelaterede sygdomme (71, 72).

Undersøgelser har vist, at forholdsvis mange har haft en eller flere belastende oplevelser i barndommen. En dansk spørgeskemaundersøgelse blandt unge i alderen 14-15 år finder, at 17 % af de unge har været udsat for fysisk vold fra mindst en af deres forældre inden for det seneste år, hvoraf 5-6 % har oplevet vold i flere år (73). Samme undersøgelse viser, at 20 % har oplevet uønskede seksuelle hændelser (73). Samtidig er det veldokumenteret, at en betydelig del af de unge, som har været udsat for én form for belastende oplevelse, også har været udsat for andre belastende oplevelser (såkaldt polyviktisering) (74-76). Undersøgelser som disse indikerer, at man ikke kan betragte belastende oplevelser som enkeltstående fænomener, men at de i stedet optræder i et komplekst samspil.

Kapitlets opbygning

Formålet med dette kapitel er som nævnt at beskrive den overordnede forekomst og fordeling af sundhedsforhold, der er særligt relevante for unge. I kapitlet belyses unges risikoadfærd, sundhedsvaner og mentale sundhed. Først beskrives forekomsten i forhold til køn, alder, uddannelses- og beskæftigelsesstatus, kæresteforhold, etnisk baggrund og seksuel orientering. Hermed er det muligt at identificere grupper og sociale arenaer, hvor der er en høj forekomst af unge med risikoadfærd, risikable sundhedsvaner og dårlig mental sundhed. Endvidere sættes der fokus på særligt belastende oplevelser i de unges opvækst, og hvilken sammenhæng der er mellem dette og unges adfærd og sundhed.

Følgende indikatorer for risikoadfærd indgår i analyserne: 1) Dagligrygere, 2) Daglig brug af røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.), 3) Rusdrikker ugentligt, 4) Stort forbrug af hash, 5) Andre stoffer end hash. Indikatorerne for daglig rygning og alkohol er beskrevet i henholdsvis kapitel 2 og 3.

Daglig brug af røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.).

Følgende spørgsmål er anvendt til at belyse brugen af røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.): "Bruger du snus,

tyggetobak, skrå, tobakspastiller, nikotinposer eller lignende, der placeres under læben?”. I analysen fokuseres på unge, der dagligt bruger røgfri tobak/ nikotinposer (snus mv.).

Stort forbrug af hash. Følgende spørgsmål er anvendt til at belyse et stort forbrug af hash: “Har du nogensinde prøvet hash eller andre stoffer?” og “Hvor mange gange inden for de sidste 12 måneder har du røget hash?”. I analysen fokuseres på unge, der har haft et stort forbrug af hash (10+ gange inden for et år).

Andre stoffer end hash. Følgende spørgsmål er anvendt til at belyse brug af andre stoffer end hash: “Har du nogensinde prøvet hash eller andre stoffer?” og “Hvor mange gange inden for de sidste 12 måneder har du indtaget andre stoffer end hash (f.eks. kokain, amfetamin, ecstasy)?”. I analysen fokuseres på unge, der har haft et forbrug af andre stoffer end hash inden for de sidste 12 måneder.

Følgende indikatorer for sundhedsvaner indgår i analyserne: 1) Fysisk inaktive 2) Usundt kostmønster 3) Svær overvægt 4) Dårlig søvnkvalitet. Disse indikatorer er alle beskrevet nærmere i andre kapitler i rapporten: fysisk inaktive (kapitel 4), usundt kostmønster (kapitel 5), svær overvægt (kapitel 6), dårlig søvnkvalitet (kapitel 13).

Følgende indikatorer for mental sundhed indgår i analyserne: 1) Høj score på stressskalaen, 2) Generet af angst og anspændthed, 3) Ensomhed, 4) Symptomer på depression, 5) Selvskade. De første fire indikatorer er beskrevet nærmere i kapitel 8.

Selvskade. Følgende spørgsmål er anvendt til at belyse selvskadende adfærd: “Har du nogensinde skadet dig selv med vilje uden at have til hensigt at tage dit eget liv (f.eks. ved at skære/cutte, brænde, kradse eller slå dig selv)?” og “Hvor mange gange har du skadet dig selv inden for de seneste 12 måneder?”. I analysen fokuseres på svarpersoner, der har udvist selvskadende adfærd inden for de seneste 12 måneder.

Beskrivelse af baggrundsvariable

En del af de baggrundsvariable, der er anvendt i dette kapitel, er beskrevet nærmere i kapitel 1 (køn, alder, etnisk baggrund). Derudover indgår nedenstående baggrundsvariable i kapitlet om unges sundhed.

Uddannelse og beskæftigelse. Svarpersonerne på 16-24 år er i undersøgelsen blevet spurgt ind til en række forhold vedrørende uddannelse og beskæftigelse. Unge, som har angivet, at de er under uddannelse, er blevet bedt om at angive, hvilken type uddannelse de er i gang med. På baggrund af besvarelserne skelnes mellem *grundskole (9. og 10. klasse)*, *almene gymnasium (STX og HF)*, *erhvervsrettet gymnasium (HHX, HTX og EUX)*, *erhvervsuddannelser (EUD)* samt *videregående uddannelse*. Unge, som har angivet, at de er i beskæftigelse, men ikke under uddannelse, karakteriseres som i arbejde. Unge, der har angivet, at de hverken er i arbejde eller under uddannelse, kategoriseres som hverken i arbejde eller under uddannelse.

Kæresteforhold. Svarpersonerne på 16-24 år er blevet spurgt, hvorvidt de har en kæreste eller ægtefælle. På baggrund af dette spørgsmål inddeles svarpersonerne i to grupper: 1) *Har en kæreste/ægtefælle* og 2) *Single*.

Seksuel orientering. Svarpersonerne på 16-24 år er blevet spurgt, hvorvidt de opfatter sig selv som 1) Heteroseksuel, 2) Homoseksuel, 3) Biseksuel, 4) Uafklaret, 5) Andet. På baggrund af besvarelserne inddeles de unge i to grupper: heteroseksuel og anden seksuel orientering end heteroseksuel.

Beskrivelse af belastende oplevelser i barndommen

Svarpersonerne er blevet spurgt, om de i deres opvækst har været udsat for en række belastende oplevelser og vilkår, før de fyldte 18 år. I analyserne indgår syv indikatorer, som bidrager til at belyse sammenhængen mellem belastende oplevelser i barndommen og unges risikoadfærd, sundhedsvaner og mentale sundhed. De syv indikatorer er:

- 1) Forældre skilt eller gået fra hinanden (32 % har oplevet dette)
- 2) Manglende omsorg i opvækst (7 % har oplevet dette)
- 3) Misbrugsproblemer i hjemmet (12 % har oplevet dette)
- 4) Psykisk sygdom i hjemmet (21 % har oplevet dette)
- 5) Fysisk vold i hjemmet (16 % har oplevet dette)
- 6) Psykisk vold i hjemmet (20 % har oplevet dette)
- 7) Seksuelle overgreb (4 % har oplevet dette)

Det skal fremhæves, at indikatorerne ikke belyser alvorligheden, hyppigheden samt varigheden af de enkel-

te oplevelser, hvilket er forhold, som har stor betydning for negative skadevirkninger. Ydermere er det vigtigt at fremhæve, at ovenstående ikke skal betragtes som en udtømmende liste med belastende oplevelser i barndommen, og der kan være en række andre forhold i barndommen, som ligeledes kan have indflydelse på unges sundhed. I *Hvordan har du det?* anvendes følgende spørgsmål til at belyse de nævnte indikatorer:

Forældre skilt eller gået fra hinanden. Svarpersonerne er blevet spurgt, om de, før de fyldte 18 år, oplevede, at deres forældre blev skilt eller gik fra hinanden. I analysen indgår den andel, der har angivet dette.

Manglende omsorg i opvækst. Til at belyse manglende omsorg i opvæksten er der anvendt to spørgsmål. Svarpersonerne er blevet spurgt, i hvor høj grad de, før de fyldte 18 år, oplevede, 1) at deres opvækst var præget af tryghed, nærhed og omsorg, og 2) at der var nogen til at beskytte dem og tage sig af dem, når de havde brug for det. I analysen indgår den andel, der på begge spørgsmål har angivet, at de slet ikke eller i mindre grad har oplevet dette.

Misbrugsproblemer i hjemmet. Til at belyse misbrugsproblemer i hjemmet er der anvendt to spørgsmål. Svarpersonerne er blevet spurgt, om de, før de fyldte 18 år, oplevede, 1) at nogen i deres hjem havde et alkoholproblem, og 2) at nogen i deres hjem var stofmisbruger. I analysen indgår den andel, der har angivet et alkoholproblem og/eller stofmisbrug i hjemmet.

Psykisk sygdom i hjemmet. Til at belyse psykisk sygdom i hjemmet er der anvendt to spørgsmål. Svarpersonerne er blevet spurgt, om de, før de fyldte 18 år, oplevede, 1) at nogen i deres hjem havde en psykisk sygdom, og 2) at nogen i deres hjem forsøgte at begå selvmord. I analysen indgår den andel, der har angivet dette på mindst ét af de to spørgsmål.

Fysisk vold i hjemmet. Til at belyse fysisk vold i hjemmet er der anvendt to spørgsmål. Svarpersonerne er blevet spurgt, om de, før de fyldte 18 år, oplevede, 1) at mor, far, stedforælder eller plejeforælder udsatte dem for fysisk vold (f.eks. at blive skubbet, revet, rusket, slået, sparket eller kastet ind i noget), og 2) at deres mor, far, stedforælder eller plejeforælder blev udsat for fysisk vold (f.eks. at blive skubbet, revet, rusket, slået, sparket eller kastet ind i noget). I analysen

indgår den andel, der har angivet, at de selv og/eller andre i familien blev udsat for fysisk vold i hjemmet.

Psykisk vold i hjemmet. Til at belyse psykisk vold i hjemmet er der anvendt to spørgsmål. Svarpersonerne er blevet spurgt, om de, før de fyldte 18 år, oplevede, 1) at mor, far, stedforælder eller plejeforælder udsatte dem for psykisk vold (f.eks. gentagne gange blev ydmyget, nedgjort eller truet), og 2) at deres mor, far, stedforælder eller plejeforælder blev udsat for psykisk vold (f.eks. gentagne gange blev ydmyget, nedgjort eller truet). I analysen indgår den andel, der har angivet, at de selv og/eller andre i familien blev udsat for psykisk vold i hjemmet.

Seksuelle overgreb. Svarpersonerne er blevet spurgt, om de, før de fyldte 18 år, oplevede, at en voksen udsatte dem for seksuelle overgreb eller forsøg på seksuelle overgreb (f.eks. uønsket seksuel beføling, forsøg på samleje eller gennemført samleje). I analysen indgår den andel, der har angivet dette.

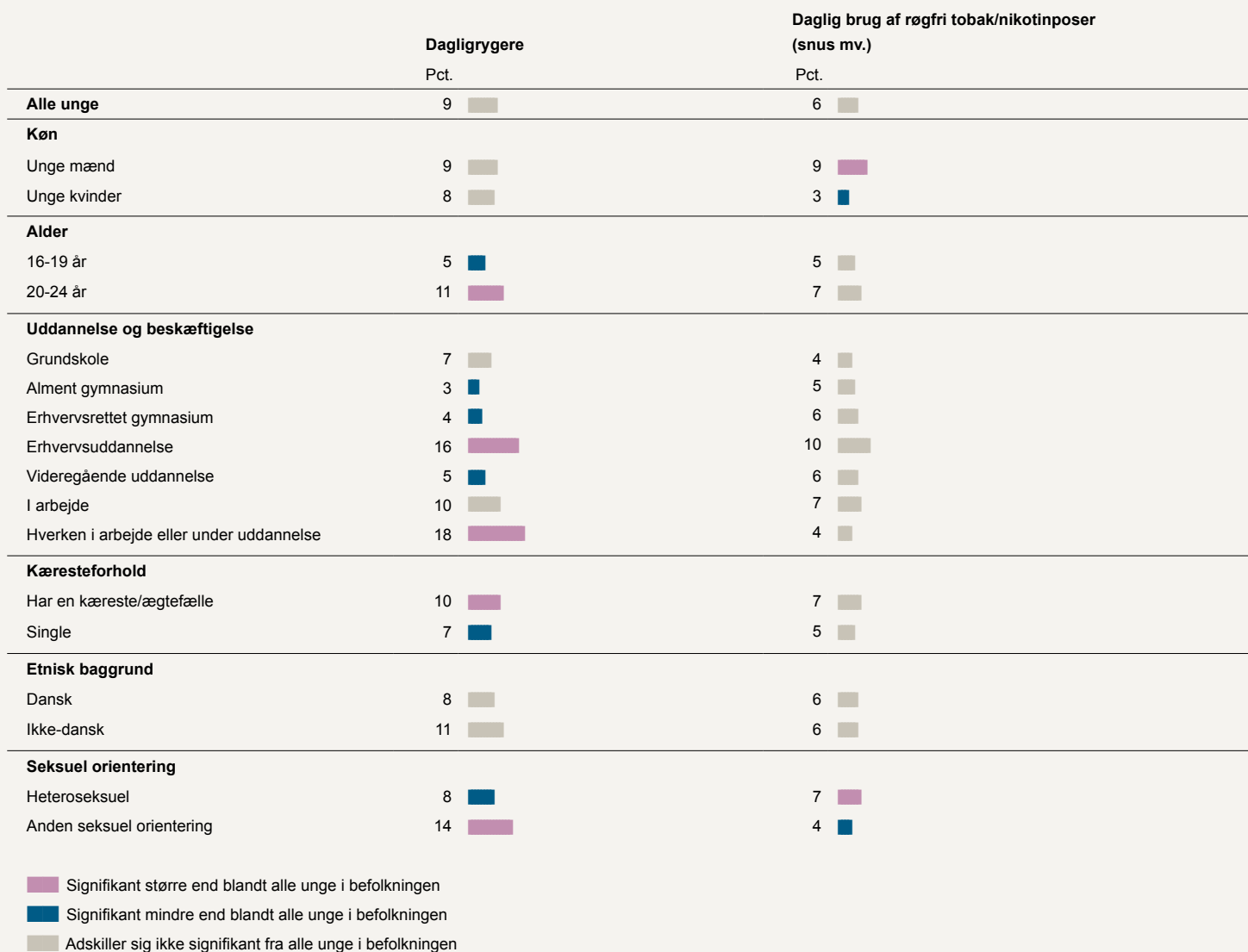
Antal forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. På baggrund af de syv førnævnte indikatorer er der konstrueret et simpelt kompositmå, der angiver, hvor mange forskellige af de syv belastende oplevelser og opvækstvilkår man har været udsat for. Sådanne mål har den fordel, at de kan være med til at dokumentere en mulig dosis-responsammenhæng mellem belastninger i barndommen og adfærd og sundhed i ungdomsårene.

Der er 46 % af de unge, der ikke har været udsat for nogen af de syv belastende oplevelser i barndommen. 25 % har haft én af oplevelserne, 13 % har haft to af oplevelserne, 7 % har haft tre af oplevelserne, og 8 % har haft fire eller flere af oplevelserne.

En større andel unge kvinder end mænd er opvokset i et hjem med misbrugsproblemer eller psykisk sygdom, har oplevet psykisk vold i hjemmet og/eller har været udsat for seksuelle overgreb. Det er vigtigt at være opmærksom på, at den samme person kan have været udsat for flere former for belastende oplevelser. Det største overlap findes blandt unge, der har været udsat for seksuelle overgreb, hvor 91 % har angivet mindst én anden belastende oplevelse. Omvendt ses det mindste overlap blandt unge, der har oplevet, at deres forældre blev skilt eller gik fra hinanden, hvor 64 % har angivet mindst én anden belastende oplevelse.

Figur 10.1

Unge risikoadfærd – køn, alder og sociale forhold (16-24 år)



Unge risikoadfærd – køn, alder og sociale forhold

Figur 10.1 viser unges risikoadfærd i forhold til køn, alder, uddannelse/beskæftigelse, kæresteforhold, etnisk baggrund og seksuel orientering. Følgende indikatorer indgår i analysen: 1) Dagligrygere, 2) Daglig brug af røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.), 3) Rusdrikker ugentligt, 4) Stort forbrug af hash (10+ gange inden for de seneste 12 måneder), 5) Andre stoffer end hash (inden for de seneste 12 måneder).

Køn. Der er en signifikant større andel unge mænd end unge kvinder, der dagligt bruger røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.), rusdrikker ugentligt, har et stort forbrug af hash og har prøvet andre stoffer end hash.

Alder. Der er en signifikant større andel blandt de 20-24-årige, der ryger dagligt, har et stort forbrug af hash og har prøvet andre stoffer end hash, end det er tilfældet blandt de 16-19-årige.



Uddannelse og beskæftigelse. Grundskole. Sammenlignet med unge generelt er der blandt unge i grundskolen en signifikant mindre andel, der har prøvet andre stoffer end hash. *Alment gymnasium.* Blandt unge i alment gymnasium er der en signifikant større andel unge, der rusdrikker ugentligt, sammenlignet med hele ungegruppen. Omvendt er der en signifikant mindre andel, der ryger dagligt og har prøvet andre stoffer end hash. *Erhvervsrettet gymnasium.* På erhvervsrettede gymnasier er der en signifikant mindre andel, der ryger dagligt, sammenlignet med hele

ungegruppen. *Erhvervsuddannelse.* På erhvervsuddannelser er der en signifikant større andel, der ryger dagligt, end i hele ungegruppen. *Videregående uddannelse.* Blandt unge, der er i gang med en videregående uddannelse, er der en signifikant mindre andel, der ryger dagligt og har et stort forbrug af hash, end i hele ungegruppen. *I arbejde.* Unge i arbejde adskiller sig ikke signifikant fra hele ungegruppen i forhold til risikoadfærd. *Hverken i arbejde eller under uddannelse.* Blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, er der sammenlignet med unge generelt

en signifikant større andel, der ryger dagligt og har et stort forbrug af hash. Omvendt er der en signifikant mindre andel, der rusdrikker ugentligt.

Kæresteforhold. Blandt unge, der har en kæreste/ægtefælle, er der en signifikant større andel, der ryger dagligt, end det er tilfældet blandt unge, der ikke har en kæreste/ægtefælle. Omvendt er der blandt unge, der ikke har en kæreste/ægtefælle, en signifikant større andel, der rusdrikker ugentligt, end det er tilfældet blandt unge, der har en kæreste/ægtefælle.

Etnisk baggrund. Blandt unge med dansk baggrund er der en signifikant større andel, der rusdrikker ugentligt, end det er tilfældet blandt unge med anden etnisk baggrund end dansk.

Seksuel orientering. Der er en stærk sammenhæng mellem unges seksuelle orientering og risikoadfærd. Blandt unge med anden seksuel orientering end heteroseksuel er der en signifikant større andel, der ryger dagligt, har et stort forbrug af hash og har prøvet andre stoffer end hash, end det er tilfældet blandt unge, der er heteroseksuelle. Omvendt er der en signifikant mindre andel, der dagligt bruger røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.), blandt unge med anden seksuel orientering end heteroseksuel.

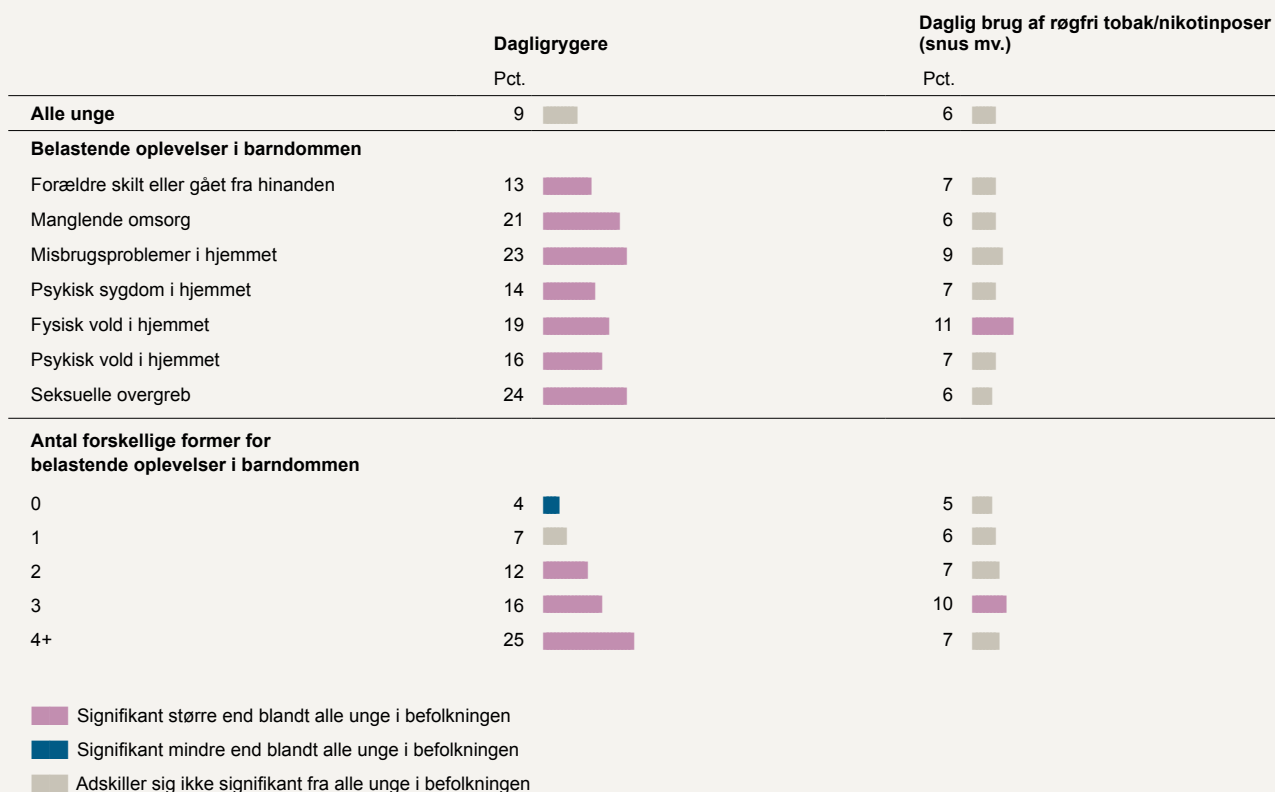
► **Udvikling fra 2010 til 2021.** I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen af dagligrygere blandt unge fra 16 % til 9 %. Se [figur 10.1.S i bind 2](#). Endvidere har der i perioden fra 2010 til 2021 været et fald i andelen af unge, der rusdrikker ugentligt, fra 31 % til 17 %. Se [figur 10.2.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013 til 2021.** I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen af dagligrygere blandt unge fra 14 % til 9 %. Se [figur 10.1.S i bind 2](#). Endvidere har der i perioden fra 2013 til 2021 været et fald i andelen af unge, der rusdrikker ugentligt, fra 27 % til 17 %. Se [figur 10.2.S i bind 2](#). Andelen af unge kvinder, der har prøvet andre euforiserende stoffer end hash, er siden 2013 steget fra 1 % til 3 %. Se [figur 10.4.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen af dagligrygere blandt unge fra 14 % til 9 %. Se [figur 10.1.S i bind 2](#). I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen af unge, der rusdrikker ugentligt, fra 20 % til 17 %. Se [figur 10.2.S i bind 2](#). Endvidere har der i perioden fra 2017 til 2021 været et fald i andelen af unge, der har prøvet andre euforiserende stoffer end hash, fra 6 % til 4 %. Faldet ses primært blandt unge mænd, hvor forekomsten er faldet fra 8 % til 6 %. Se [figur 10.4.S i bind 2](#). ◀

Figur 10.2

Unge risikoadfærd – belastende oplevelser i barndommen (16-24 år)



Unge risikoadfærd – belastende oplevelser i barndommen

Figur 10.2 viser sammenhængen mellem en række belastende oplevelser i barndommen og forskellige former for risikoadfærd blandt unge. Følgende indikatorer indgår i analysen: 1) Dagligrygere, 2) Daglig brug af røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.), 3) Rusdrikker ugentligt, 4) Stort forbrug af hash (10+ gange inden for de seneste 12 måneder), 5) Andre stoffer end hash (inden for de seneste 12 måneder).

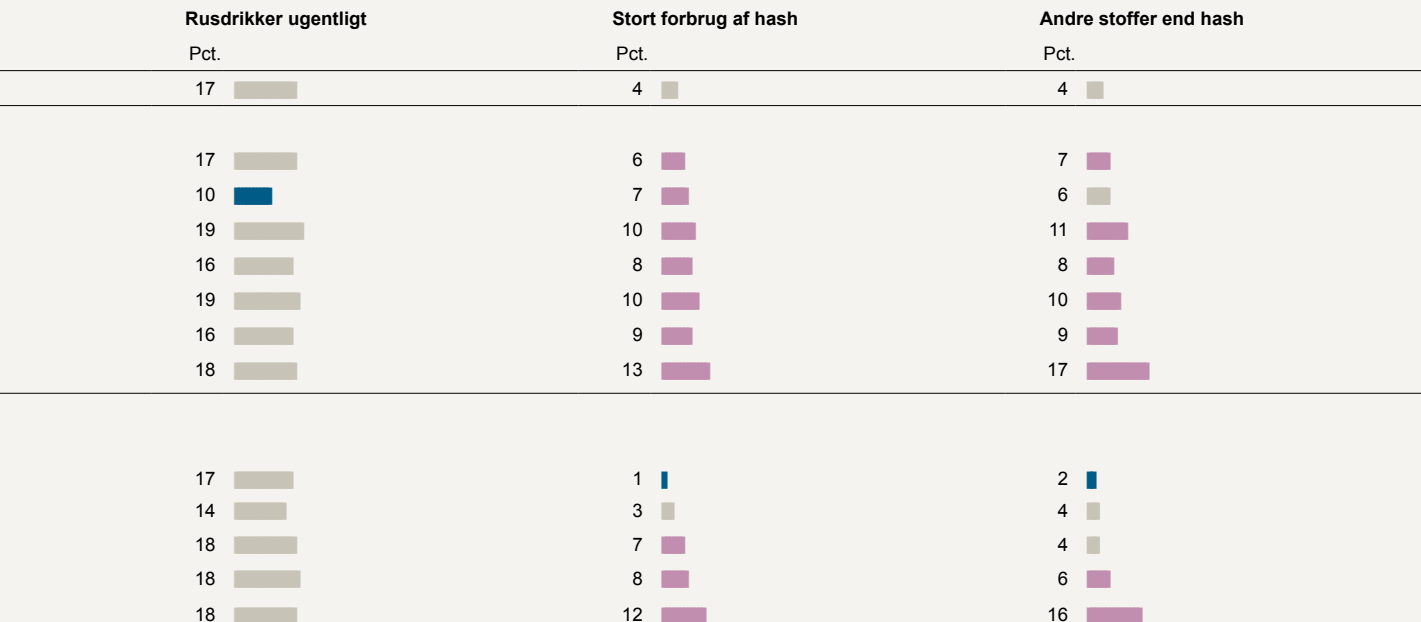
Dagligrygere. Sammenlignet med unge generelt er der en signifikant større andel, der ryger dagligt, på tværs af alle grupper med belastende oplevelser i barndommen. De højeste forekomster ses blandt unge, der har været udsat for seksuelle overgreb (24 %), og unge, der er opvokset i et hjem med misbrugsproblemer (23 %). Der ses endvidere en tydelig dosis-respons-sammenhæng, således at andelen,

der ryger dagligt, stiger i takt med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har haft belastende oplevelser i barndommen, er andelen, der ryger dagligt, seks gange større blandt unge, der har haft mindst fire forskellige former for belastende oplevelser i barndommen.

Daglig brug af røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.).

Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel, der dagligt bruger røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.), blandt unge, der har været udsat for fysisk vold i hjemmet (11 %). Endvidere ses der en signifikant større andel blandt unge, der har været udsat for tre forskellige former for belastende oplevelser i barndommen (10 %).

Rusdrikker ugentligt. Der ses ikke nogen sammenhæng mellem belastende oplevelser i barndommen og andelen, der rusdrikker ugentligt. Dog er der sam-



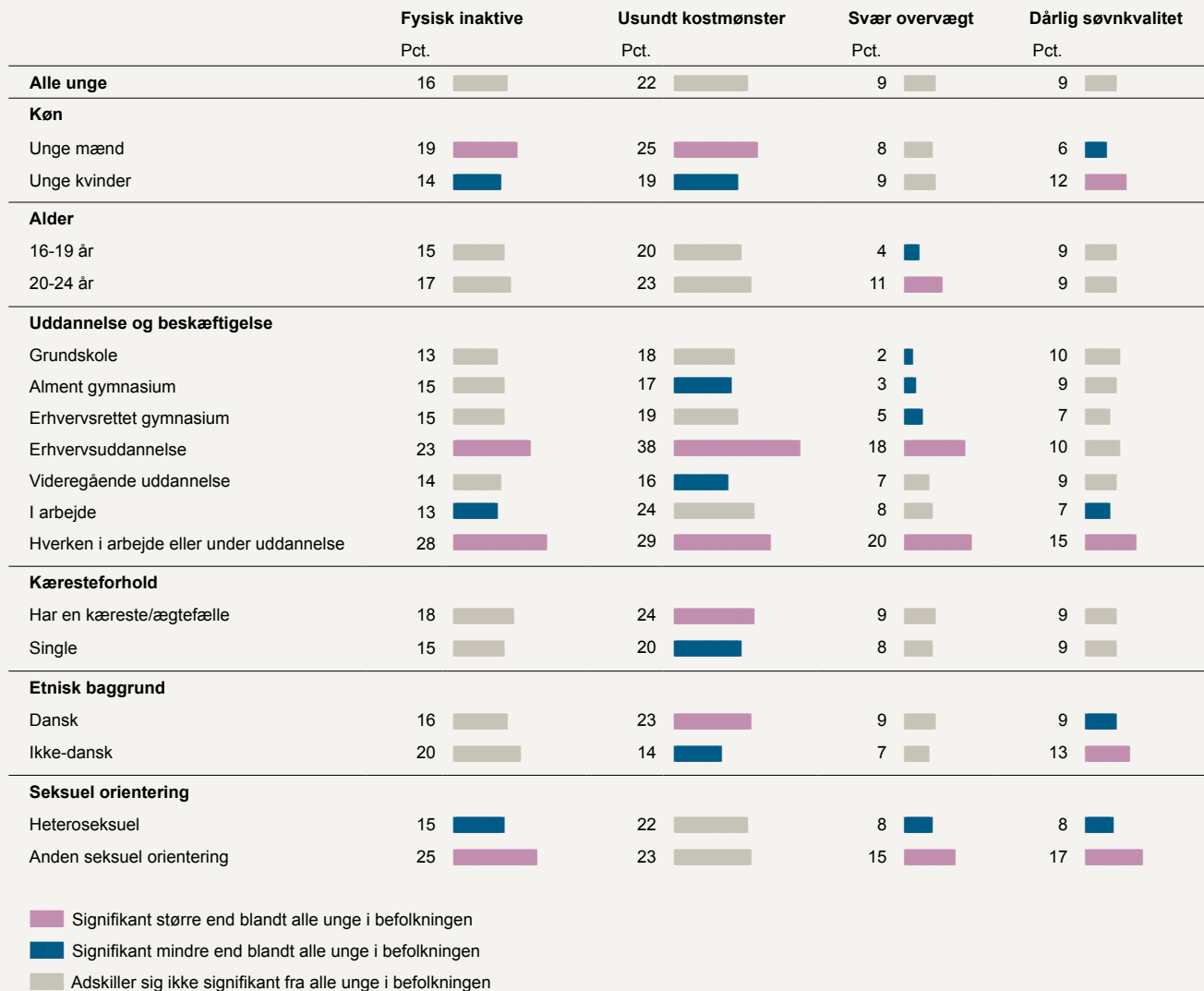
menlignet med hele ungegruppen en signifikant mindre andel, der rusdrikker ugentligt, blandt dem, som har oplevet manglende omsorg i opvæksten (10 %).

Stort forbrug af hash. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel, der har et stort forbrug af hash, på tværs af alle grupper med belastende oplevelser i barndommen. Den højeste forekomst ses blandt unge, der har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen (13 %). Der ses endvidere en tydelig dosis-respons-sammenhæng, således at andelen, der har et stort forbrug af hash, stiger med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har haft nogen af disse belastende oplevelser, er risikoen for at have et stort forbrug af hash omtrent 12 gange større blandt unge, der har haft mindst fire forskellige former for belastende oplevelser i barndommen.

Andre stoffer end hash. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel, der har prøvet andre stoffer end hash inden for det seneste år, på tværs af alle grupper med belastende oplevelser i barndommen, undtagen unge, der har oplevet manglende omsorg i barndommen. Den højeste forekomst ses blandt unge, der har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen (17 %). Der ses endvidere en tydelig dosis-respons-sammenhæng, således at andelen, der har prøvet andre stoffer end hash, stiger i takt med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har haft nogen af disse belastende oplevelser, er risikoen for at have prøvet andre stoffer end hash inden for det seneste år omtrent otte gange større blandt unge, der har oplevet fire eller flere forskellige former for belastende oplevelser i barndommen.

Figur 10.3

Unge sundhedsvaner – køn, alder og sociale forhold (16-24 år)



Unge sundhedsvaner – køn, alder og sociale forhold

Figur 10.3 viser unges sundhedsvaner fordelt på køn, alder, uddannelse og beskæftigelse, kæresteforhold, etnisk baggrund og seksuel orientering. Følgende indikatorer indgår i analysen: 1) Fysisk inaktivitet, 2) Usundt kostmønster, 3) Svær overvægt, 4) Dårlig søvnkvalitet.

Køn. Der er en signifikant større andel unge mænd end unge kvinder, der er fysisk inaktive og har et usundt kostmønster. Omvendt er der en signifikant større andel kvinder end mænd, der har en dårlig søvnkvalitet.

Alder. Der er en signifikant større andel med svær overvægt blandt 20-24-årige end blandt 16-19-årige.

Uddannelse og beskæftigelse. Der ses en tydelig sammenhæng mellem en række sundhedsvaner og unges uddannelses- og beskæftigelsesstatus. *Grundskole.* Blandt unge i grundskolen er en signifikant mindre andel svært overvægtige sammenlignet med hele ungegruppen. *Alment gymnasium.* Sammenlignet med unge generelt er der blandt unge i alment gymnasium en signifikant mindre andel med usundt kostmønster og svær overvægt. *Erhvervsrettet gymnasium.* Sammenlignet med unge generelt er der blandt unge i erhvervsrettet gymnasium en signifikant mindre andel med svær overvægt. *Erhvervsuddannelse.* Sammenlignet med unge generelt er der blandt unge på erhvervsuddannelser en signifikant større andel, der er fysisk inaktive, har usundt kostmønster og har svær overvægt. *Videregående uddannelse.* Blandt unge på videregående uddannelser er der en signifikant mindre andel med usundt kostmønster, end det er tilfældet i hele ungegruppen. *I arbejde.* Der er en mindre andel blandt unge i arbejde, der er fysisk inaktive og har dårlig søvnkvalitet, sammenlignet med hele ungegruppen. *Hverken i arbejde eller under uddannelse.* Sammenlignet med unge generelt er der en signifikant større andel, der er fysisk inaktive, har usundt kostmønster, har svær overvægt og dårlig søvnkvalitet blandt unge, der hverken er i arbejde under uddannelse.

Kæresteforhold. Blandt unge, der har en kæreste/ægtefælle, er der en signifikant større andel, der har et usundt kostmønster, end det er tilfældet blandt unge, der ikke har en kæreste/ægtefælle.

Etnisk baggrund. Blandt unge med dansk baggrund er der en signifikant større andel med usundt kostmønster, end det er tilfældet blandt unge med anden etnisk baggrund. Omvendt er der en signifikant større andel blandt unge med anden etnisk baggrund, der har dårlig søvnkvalitet, end det er tilfældet blandt unge med dansk baggrund.

Seksuel orientering. Blandt unge med anden seksuel orientering end heteroseksuel er der en signifikant større andel, der er fysisk inaktive, har svær overvægt og dårlig søvnkvalitet, end det er tilfældet blandt unge, der er heteroseksuelle.

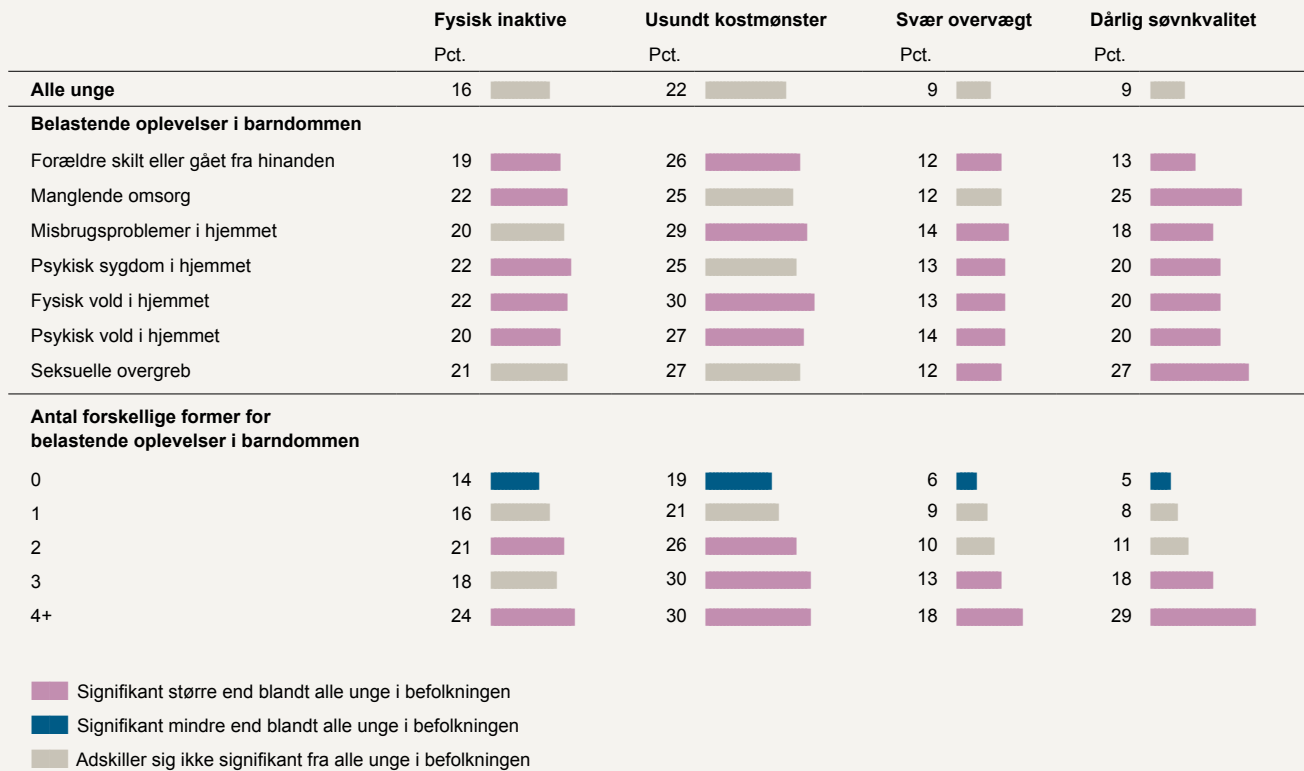
► **Udvikling fra 2010 til 2021.** I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen af fysisk inaktive blandt unge fra 11 % til 16 %. Stigningen ses blandt unge mænd og på tværs af aldersgrupper. Se figur 10.5.S i bind 2. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med usundt kostmønster blandt unge fra 18 % til 22 %. Stigningen ses blandt unge kvinder og de 20-24-årige. Se figur 10.6.S i bind 2. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med svær overvægt blandt unge fra 6 % til 9 %. Stigningen ses blandt unge kvinder og de 20-24-årige. Se figur 10.7.S i bind 2. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet blandt unge fra 3 % til 9 %. Se figur 10.8.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2013 til 2021.** I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen af fysisk inaktive blandt unge fra 13 % til 16 %. Stigningen ses blandt unge mænd og på tværs af aldersgrupper. Se figur 10.5.S i bind 2. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med usundt kostmønster blandt unge fra 16 % til 22 %. Se figur 10.6.S i bind 2. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med svær overvægt blandt unge fra 6 % til 9 %. Stigningen ses både blandt unge kvinder og unge mænd samt de 20-24-årige. Se figur 10.7.S i bind 2. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet blandt unge fra 4 % til 9 %. Se figur 10.8.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med svær overvægt blandt unge fra 7 % til 9 %. Se figur 10.7.S i bind 2. Endvidere har der i perioden fra 2017 til 2021 været en stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet blandt unge fra 6 % til 9 %. Se figur 10.8.S i bind 2. ◀

Figur 10.4

Unge sundhedsvaner – belastende oplevelser i barndommen (16-24 år)



Unge sundhedsvaner – belastende oplevelser i barndommen

Figur 10.4 viser sammenhængen mellem en række belastende oplevelser i barndommen og forskellige former for sundhedsvaner blandt unge. Følgende indikatorer for sundhedsvaner indgår i analysen: 1) Fysisk inaktive, 2) Usundt kostmønster, 3) Svær overvægt og 4) Dårlig søvnkvalitet.

Fysisk inaktive. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel, der er fysisk inaktive, blandt unge, der manglede omsorg i opvæksten (22 %), har oplevet psykisk sygdom i hjemmet (22 %), fysisk vold i hjemmet (22 %), psykisk vold i hjemmet (20 %) og har haft forældre, der er skilt eller er gået fra hinanden (19 %). Der ses endvidere en signifikant større andel, der er fysisk inaktive, blandt unge, der har haft to eller fire+ forskellige former for belastende oplevelser i barndommen.

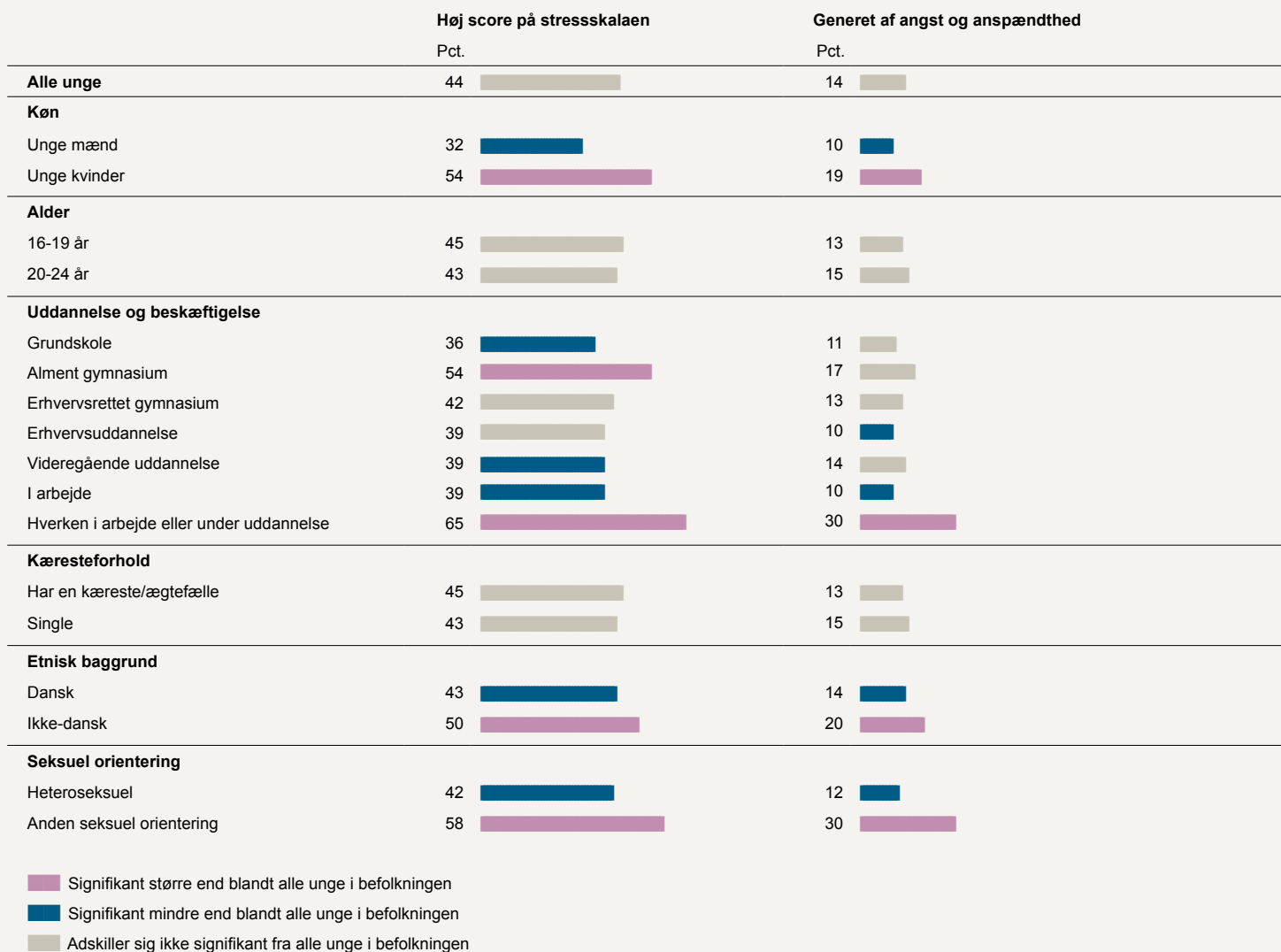
Usundt kostmønster. Sammenlignet med unge generelt er der en signifikant større andel, der har et usundt kostmønster, blandt unge, der har oplevet fysisk vold i hjemmet (30 %), misbrugsproblemer i hjemmet (29 %), psykisk vold i hjemmet (27 %) og har haft forældre, der er skilt eller gået fra hinanden (26 %). Der ses endvidere en signifikant større andel med usundt kostmønster blandt unge, der har haft to eller flere forskellige former for belastende oplevelser i barndommen.

Svær overvægt. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel med svær overvægt på tværs af alle grupper med belastende oplevelser i barndommen med undtagelse af unge, der har oplevet manglende omsorg i opvæksten. Der ses endvidere en tydelig dosis-respons-sammenhæng, således at andelen med svær overvægt stiger i takt med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har haft nogen af disse belastende oplevelser, er risikoen for svær overvægt tre gange større blandt unge, der har haft fire eller flere forskellige former for belastende oplevelser i barndommen.

Dårlig søvnkvalitet. Sammenlignet med unge generelt er der en signifikant større andel med dårlig søvnkvalitet på tværs af alle grupper med belastende oplevelser i barndommen. De højeste forekomster ses blandt unge, der har været udsat for seksuelle overgreb i opvæksten (27 %). Sammenlignet med hele ungegruppen er andelen med dårlig søvnkvalitet mere end tre gange større i denne gruppe. Der ses endvidere en tydelig dosis-respons-sammenhæng, således at andelen med dårlig søvnkvalitet stiger i takt med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har haft nogen af disse belastende oplevelser, er andelen med dårlig søvnkvalitet næsten seks gange større blandt unge, der har været udsat for fire eller flere forskellige former for belastende oplevelser i barndommen.

Figur 10.5

Unge mentale sundhed – køn, alder og sociale forhold (16-24 år)

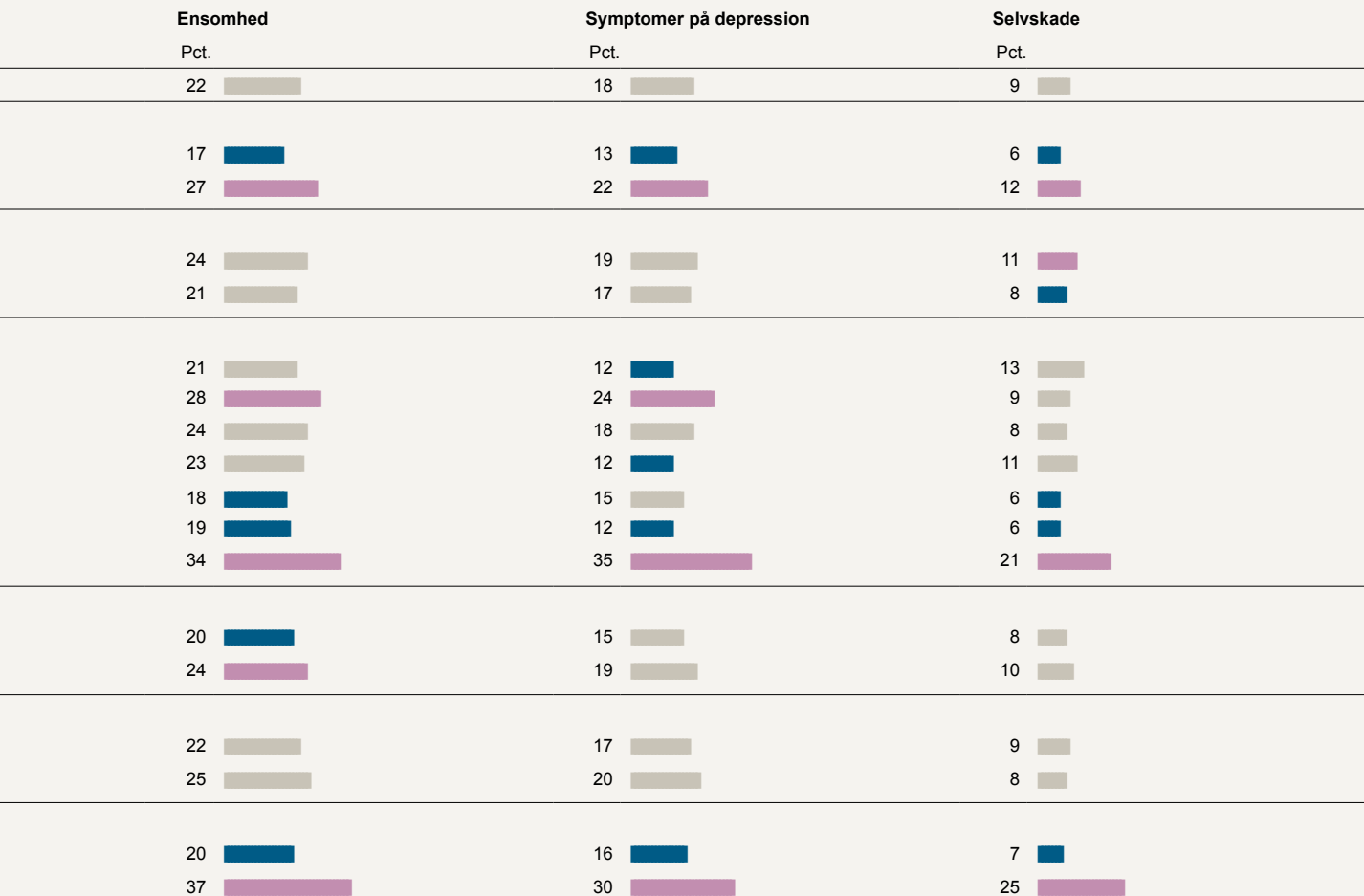


Unge mentale sundhed – køn, alder og sociale forhold

Figur 10.5 viser andelen af unge med dårlig mental sundhed i forhold til køn, alder, uddannelse og beskæftigelse, kæresteforhold, etnisk baggrund og seksuel orientering. Følgende indikatorer indgår i analysen: 1) Høj score på stressskalaen, 2) Generet af angst og anspændthed, 3) Ensomhed, 4) Symptomer på depression og 5) Selvskade.

Køn. Der er en markant større andel unge kvinder end unge mænd, der har en høj score på stressskalaen, er generet af angst og anspændthed, føler sig ensomme, har symptomer på depression og/eller har selvskadende adfærd.

Alder. Blandt unge i alderen 16-19 år er der en signifikant større andel med selvskadende adfærd, end det er tilfældet for unge i alderen 20-24 år.



Uddannelse og beskæftigelse. Blandt unge ses der en tydelig sammenhæng mellem uddannelses- og beskæftigelsesstatus og mental sundhed. *Grundskole.* Sammenlignet med unge generelt er der blandt unge i grundskolen en signifikant mindre andel, der har en høj score på stressskalaen og har symptomer på depression. *Alment gymnasium.* Sammenlignet med unge generelt er der blandt unge i alment gymnasium en signifikant større andel, der har en høj score på stressskalaen, føler sig ensomme og har symptomer på depression. *Erhvervsrettet gymnasium.* Unge på

erhvervsrettet gymnasium afviger ikke signifikant fra hele ungegruppen på alle indikatorer for mental sundhed. *Erhvervsuddannelse.* Sammenlignet med unge generelt er der på erhvervsuddannelser en signifikant mindre andel, der er generet af angst og anspændthed og har symptomer på depression. *Videregående uddannelse.* Sammenlignet med unge generelt er der blandt unge på videregående uddannelse en signifikant mindre andel, der har en høj score på stressskalaen, føler sig ensomme og har selvskadende adfærd. *I arbejde.* Sammenlignet med unge generelt er der

blandt unge i arbejde en signifikant mindre andel, der har en høj score på stressskalaen, er generet af angst og anspændthed, føler sig ensomme, har symptomer på depression og har selvskadende adfærd. *Hverken i arbejde eller under uddannelse.* Sammenlignet med unge generelt er der blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, en signifikant større andel med dårlig mental sundhed (alle indikatorer). Omtrent to ud af tre unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, har en høj score på stressskalaen, og omkring hver tredje er generet af angst og anspændthed, føler sig ensomme og/eller har symptomer på depression. Mere end hver femte unge person, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, har udvist selvskadende adfærd.

Kæresteforhold. Blandt unge, der ikke har en kæreste/ægtefælle, er der en signifikant større andel, der føler sig ensomme, end det er tilfældet for unge, der har en kæreste/ægtefælle.

Etnisk baggrund. Blandt unge med anden etnisk baggrund end dansk er der en signifikant større andel, der har en høj score på stressskalaen og er generet af angst og anspændthed, end det er tilfældet for unge med dansk baggrund.

Seksuel orientering. Der er en stærk sammenhæng mellem unges seksuelle orientering og mental sundhed. Blandt unge med anden seksuel orientering end heteroseksuel er der en markant større andel med dårlig mental sundhed (alle indikatorer), end det er tilfældet for unge, der er heteroseksuelle.

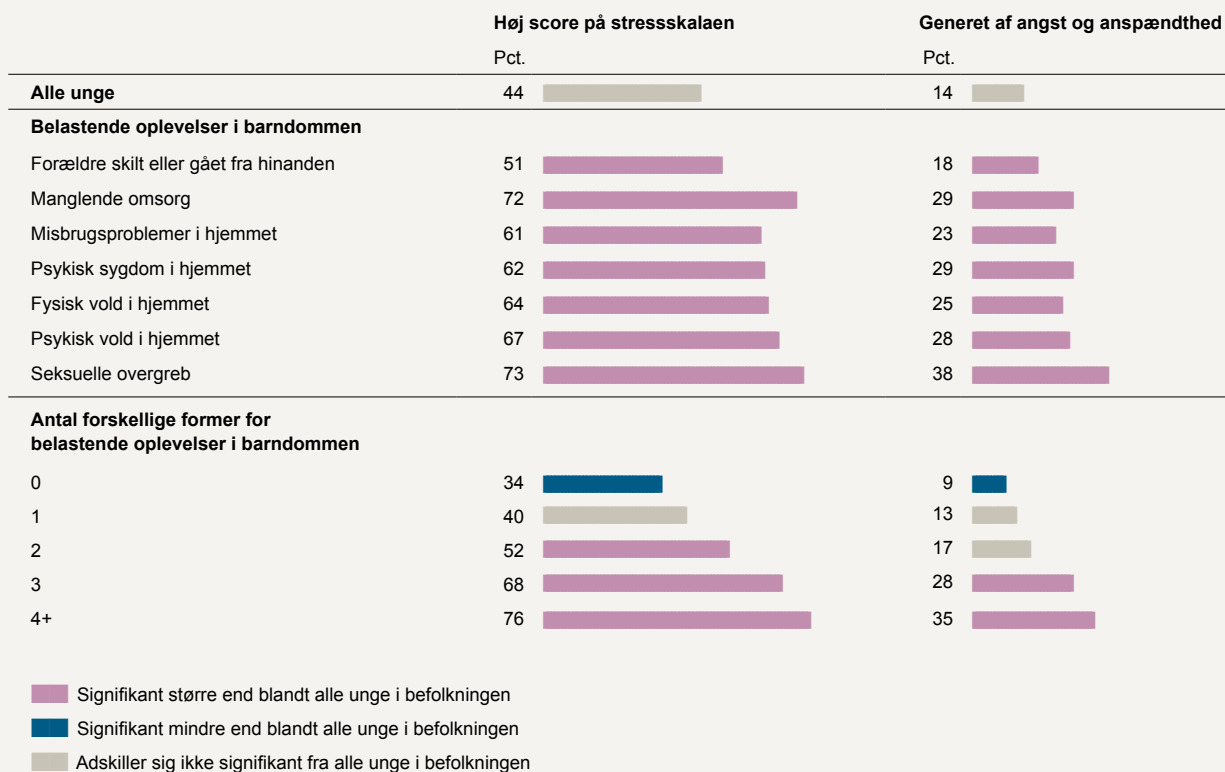
► **Udvikling fra 2010 til 2021.** I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, fra 4 % til 14 %. Se [figur 10.10.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013 til 2021.** I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen af unge, der har en høj score på stressskalaen, fra 22 % til 44 %. Se [figur 10.9.S i bind 2](#). Endvidere har der i perioden fra 2013 til 2021 været en stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, fra 4 % til 14 %. Se [figur 10.10.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen af unge, der har en høj score på stressskalaen, fra 32 % til 44 %. Se [figur 10.9.S i bind 2](#). I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, fra 10 % til 14 %. Se [figur 10.10.S i bind 2](#). I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen af unge, der føler sig ensomme, fra 12 % til 22 %. Se [figur 10.11.S i bind 2](#). I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen af unge med symptomer på depression fra 10 % til 18 %. Se [figur 10.12.S i bind 2](#). ◀

Figur 10.6

Unge mentale sundhed – belastende oplevelser i barndommen (16-24 år)



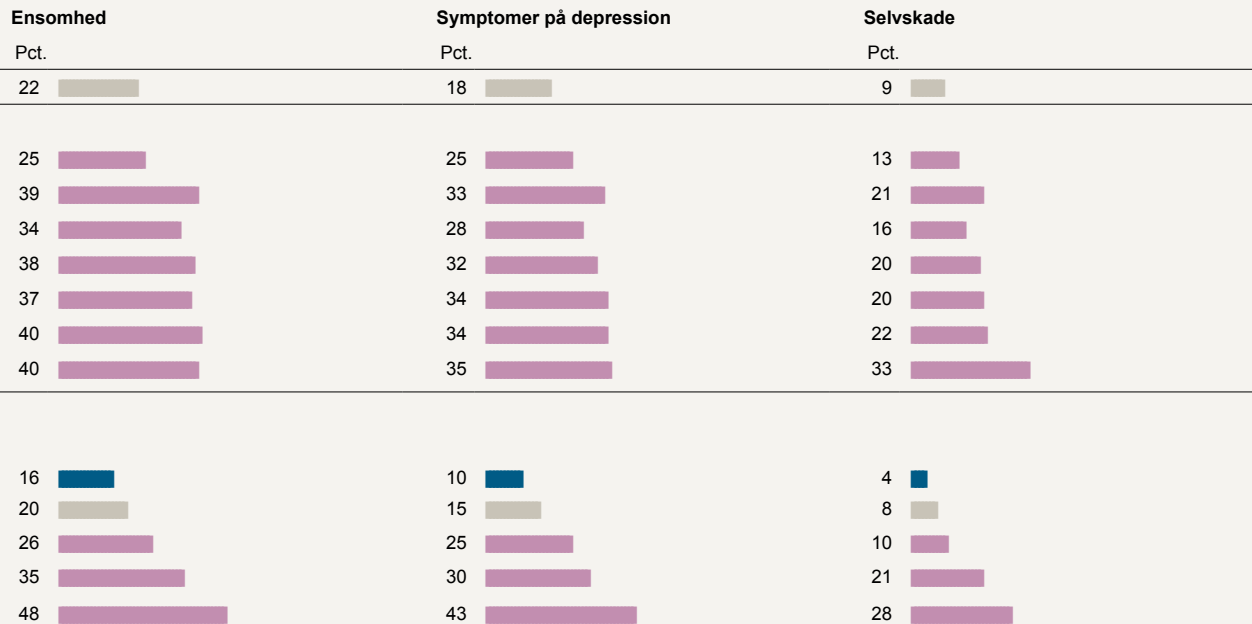
Unge mentale sundhed – belastende oplevelser i barndommen

Figur 10.6 viser sammenhængen mellem en række belastende oplevelser i barndommen og mental sundhed blandt unge. Følgende indikatorer indgår i analysen: 1) Høj score på stressskalaen, 2) Generet af angst og anspændthed, 3) Ensomhed, 4) Symptomer på depression og 5) Selvskade.

Høj score på stressskalaen. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel med en høj score på stressskalaen i alle grupper med belastende oplevelser i barndommen. De højeste forekomster findes hos unge, der har været udsat for seksuelle overgreb i deres barndom (73 %) og har manglet omsorg i opvæksten (72 %). Der ses endvidere en tydelig dosis-responssammenhæng, således at andelen med en høj score på stressskalaen stiger i takt med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har haft nogen af disse belastende oplevelser,

er andelen med en høj score på stressskalaen omkring dobbelt så stor for unge, der har været udsat for fire eller flere forskellige former for belastende oplevelser i barndommen.

Generet af angst og anspændthed. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel, der er generet af angst og anspændthed, i alle grupper med belastende oplevelser i barndommen. Den højeste forekomst ses blandt unge, der har været udsat for seksuelle overgreb i deres barndom (38 %). Der ses endvidere en tydelig dosis-responssammenhæng, således at andelen, der er generet af angst og anspændthed, stiger i takt med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har været udsat for belastende oplevelser, er andelen, der er generet af angst og anspændthed, næsten fire gange større for unge, der har været udsat for fire eller flere forskellige former for belastende oplevelser i barndommen.



Ensomhed. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel, der føler sig ensomme, på tværs af alle grupper med belastende oplevelser i barndommen. Der ses endvidere en tydelig dosis-responsammenhæng, således at andelen, der føler sig ensomme, stiger i takt med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har haft nogen af disse belastende oplevelser, er andelen, der føler sig ensom, tre gange større for unge, der har været udsat for fire eller flere forskellige former for belastende oplevelser i barndommen.

Symptomer på depression. Sammenlignet med unge generelt er der en signifikant større andel med symptomer på depression på tværs af alle grupper med belastende oplevelser i barndommen. Der ses endvidere en tydelig dosis-responsammenhæng, således at andelen med symptomer på depression stiger i takt med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har haft nogen af disse belastende oplevelser, er

andelen med symptomer på depression omtrent fire gange større blandt unge, der har været udsat for fire eller flere forskellige former for belastende oplevelser i barndommen.

Selvskade. Sammenlignet med unge generelt er der en signifikant større andel med selvskadende adfærd på tværs af alle grupper med belastende oplevelser i barndommen. Den højeste forekomst af selvskadende adfærd findes hos unge, der har været udsat for seksuelle overgreb i deres barndom (33 %). Sammenlignet med hele ungegruppen er andelen med selvskadende adfærd mere end tre gange større for unge, der har været udsat for seksuelle overgreb. Der ses endvidere en tydelig dosis-responsammenhæng, således at andelen med selvskadende adfærd stiger i takt med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har haft nogen af disse belastende oplevelser, er andelen med selvskadende adfærd syv gange større blandt unge, der har været udsat for fire eller flere forskellige former for belastende oplevelser i barndommen.

Sammenfatning

Andelen af unge, der ryger dagligt, er 9 %. Der er en stærk sammenhæng mellem daglig rygning og de unges uddannelses- og beskæftigelsesstatus. De største andele ses blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (18 %) og på erhvervsuddannelserne (16 %). Siden 2010 har der været et fald i andelen af unge, der ryger dagligt, fra 16 % i 2010 til 9 % i 2021.

Der er 6 % af de unge, der dagligt bruger røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.). Andelen er større blandt unge mænd (9 %) end blandt unge kvinder (3 %).

Andelen af unge, der rusdrikker mindst én gang om ugen, er 17 %. Andelen er større blandt unge mænd (21 %) end blandt unge kvinder (13 %). Endvidere er forekomsten større blandt unge, der går på alment gymnasium (20 %). Siden 2010 er der sket et markant fald i andelen af unge, der rusdrikker ugentligt, fra 31 % i 2010 til 17 % i 2021. Faldet ses både blandt unge mænd og kvinder.

Der er 4 % af de unge, der har et stort forbrug af hash (mere end 10 gange inden for de seneste 12 måneder). Der er tre gange så mange unge mænd (6 %) som unge kvinder (2 %), der har et stort forbrug af hash. Derudover er forekomsten særlig stor blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (8 %). Forekomsten af unge med et stort forbrug af hash har været stabil siden 2013.

Andelen af unge, der har prøvet andre euforiserende stoffer end hash inden for de seneste 12 måneder, er 4 %. Andelen er dobbelt så stor blandt unge mænd (6 %) end blandt unge kvinder (3 %). Siden 2017 har der været et fald i andelen af unge, som har prøvet andre euforiserende stoffer end hash, fra 6 % til 4 %. Faldet ses primært blandt unge mænd. Blandt unge kvinder er andelen steget siden 2013.

Der er 16 % af de unge, der er fysisk inaktive. Forekomsten er større blandt unge mænd (19 %) end blandt unge kvinder (14 %). Sammenlignet med unge generelt er der en markant større andel, der er fysisk inaktive, blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (28 %) og på erhvervsuddannelserne (23 %). I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen af unge, der er fysisk inaktive, fra 11 % til 16 %.

Blandt de unge har 22 % et usundt kostmønster. Forekomsten er større blandt unge mænd (25 %) end blandt unge kvinder (19 %). Sammenlignet med unge generelt er der en markant større andel, der har et usundt kostmønster, blandt unge på erhvervsuddannelserne (38 %) og unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (29 %). Siden 2010 har der været en stigning i andelen af unge med usundt kostmønster fra 18 % i 2010 til 22 % i 2021. Stigningen ses primært blandt unge kvinder samt unge i alderen 20-24 år.

Andelen af unge med svær overvægt er på 9 %. Der ses en markant social gradient, således at andelen er størst blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (20 %), og på erhvervsuddannelserne (18 %). I perioden fra 2010 til 2021 har der været en markant stigning i andelen af unge med svær overvægt fra 6 % til 9 %. Stigningen ses primært blandt unge kvinder og unge i alderen 20-24 år.

Forekomsten af dårlig søvnkvalitet blandt unge er 9 %. Dobbelt så mange unge kvinder (12 %) som unge mænd har en dårlig søvnkvalitet (6 %). Derudover ses der sammenlignet med unge generelt en større forekomst blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (15 %). I perioden fra 2010 til 2021 har der været en tredobling i andelen med dårlig søvnkvalitet fra 3 % til 9 %.

Andelen af unge med en høj score på stressskalaen er 44 %. Forekomsten er markant større blandt unge kvinder (54 %) end blandt unge mænd (32 %). I forhold til uddannelses- og beskæftigelsesstatus ses der en tydelig variation, hvor andelen med en høj score på stressskalaen er størst blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (65 %), og unge, der går på alment gymnasium (54 %). I perioden fra 2013 til 2021 er der sket en fordobling i andelen af unge med en høj score på stressskalaen. I 2013 var det 22 %, der havde en høj score på stressskalaen, mens forekomsten i 2021 var på 44 %.

Der er 14 % af de unge, der er generet af angst og anspændthed. Markant flere unge kvinder (19 %) end unge mænd (10 %) oplever dette. Sammenlignet med unge generelt er der en markant større andel, der er generet af angst og anspændthed, blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (30 %). I perioden fra 2013 til 2021 har der været en markant stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, fra 4 % til 14 %.

Der er 22 % af de unge, der føler sig ensomme, og der er markant flere unge kvinder (27 %) end unge mænd (17 %), der oplever dette. Derudover er der sammenlignet med unge generelt en markant større andel, der føler sig ensomme, blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (34 %), og unge, der går i alment gymnasium (28 %). I perioden fra 2017 til 2021 har der været en markant stigning i andelen af unge, der føler sig ensomme, fra 12 % til 22 %. Der er således tale om næsten en fordobling.

I alt 18 % af de unge har symptomer på depression, og der er markant flere unge kvinder (22 %) end unge mænd (13 %) med symptomer på depression. Sammenlignet med unge generelt er forekomsten større blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (35 %), og unge, der går i alment gymnasium (24 %). I perioden fra 2017 til 2021 har der været en markant stigning i andelen af unge med symptomer på depression fra 10 % til 18 %.

Andelen af unge med selvskadende adfærd inden for de seneste 12 måneder er 9 %. Forekomsten er dobbelt så stor blandt unge kvinder (12 %) end blandt unge mænd (6 %). Sammenlignet med unge generelt er forekomsten af selvskadende adfærd større blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (25 %). Der har siden 2017 ikke været nogen ændringer i andelen af unge, der har selvskadende adfærd.

Unge, der har haft forskellige former for belastende oplevelser i barndommen (f.eks. været udsat for seksuelle overgreb eller har oplevet fysisk eller psykisk vold i hjemmet) har oftere risikoadfærd, risikable sundhedsvaner og dårlig mental sundhed.

Endelig skal det nævnes, at der blandt unge med anden seksuel orientering end heteroseksuel er en større andel, der ryger dagligt, har et stort forbrug af hash, har prøvet andre stoffer end hash, har risikable sundhedsvaner og har markant dårligere mental sundhed, end det er tilfældet blandt unge, der er heteroseksuelle.

Referencer

1. Poulsen A. Ungdommen i udviklingspsykologien. Psyke & Logos, 2010. 31(1): s. 19-19.
2. Currie C, et al. Young people's health in context: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. 2004: København: WHO Regional Office for Europe.
3. Emerging Adulthood. A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties, in «American Psychologist». 2000, May.
4. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. The lancet, 2003. 362(9387): s. 847-852.
5. Chassin L, et al. The natural history of cigarette smoking from adolescence to adulthood: demographic predictors of continuity and change. Health psychology, 1996. 15(6): s. 478.
6. Andersen LB, et al. The relationship between physical fitness and clustered risk, and tracking of clustered risk from adolescence to young adulthood: eight years follow-up in the Danish Youth and Sport Study. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2004. 1(1): s. 1-4.
7. Kristensen PL, et al. Tracking and prevalence of cardiovascular disease risk factors across socio-economic classes: a longitudinal substudy of the European Youth Heart Study. BMC Public Health, 2006. 6(1): s. 1-9.
8. Currie C, et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the, 2009. 2010: s. 271.
9. Vestbo J, et al. Forebyggelse af rygning blandt børn og unge. Hvad virker? 2018, København: Vidensråd for Forebyggelse.
10. Pisinger C, et al. Smoking cessation intervention in a large randomised population-based study. The Inter99 study. Preventive medicine, 2005. 40(3): s. 285-292.
11. Chassin L, et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. Health psychology, 1990. 9(6): s. 701.
12. Hymowitz, N. Cigarette smoking and lung cancer: pediatric roots. Lung cancer international, 2012. 2012.
13. Sakata R, et al. Impact of smoking on mortality and life expectancy in Japanese smokers: a prospective cohort study. BMj, 2012. 345.
14. Folkehelseinstituttet. Helserisiko ved snusbrug. Folkehelseinstituttet. 2019: <https://www.fhi.no/globalas-sets/dokumenterfiler/rapporter/2019/helserisiko-ved-snusbrug-rapport-2019.pdf>
15. Tandlægeforeningen. Snus kan give skader i munden. 2017. <https://www.tandlaegeforeningen.dk/pati-enter/livsstil/rygning-tobak-og-snus/snus/snus-kan-give-skader-i-munden/>
16. ESPAD Group. ESPAD Report 2019: Results from the european school survey project on alcohol and other drugs. 2020.
17. Jensen HAR, Udesen CH, Ekholm O. Den Europæiske Rusmiddelundersøgelsen (ESPAD) 2019: Rusmiddelelædelse blandt skoleelever i 9. klasse i Danmark og udviklingen siden 1995. 2020.
18. Jensen HAR, et al. Danskernes sundhed-Den nationale sundhedsprofil 2017. 2018.
19. Tolstrup JS, et al. Unges alkoholkultur: et bidrag til debatten. 2019: Vidensråd for Forebyggelse.
20. MacLean S. Alcohol and the constitution of friendship for young adults. Sociology, 2016. 50(1): s. 93-108.
21. Faktaark om unge, alkohol og aldersgrænser. Bilag præsenteret til Sundheds- og ældreudvalget d. 18 Maj 2017. Sundheds- og Ældreudvalget 2016-2017. <https://www.ft.dk/samling/20161/almindel/SUU/bilag/329/1758605.pdf>
22. Guo J, et al. Developmental pathways to alcohol abuse and dependence in young adulthood. Journal of studies on alcohol, 2000. 61(6): s. 799-808.

23. Cooper ML. Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol, supplement*, 2002(14): s. 101-117.
24. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*, 2009. 373(9682): s. 2234-2246.
25. Wagenaar AC, Toomey TL. Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *Journal of Studies on Alcohol, supplement*, 2002(14): s. 206-225.
26. Gilligan C, Kuntsche E, Gmel G. Adolescent drinking patterns across countries: associations with alcohol policies. *Alcohol and alcoholism*, 2012. 47(6): s. 732-737.
27. Babor T, et al. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy. *Rev Bras Psiquiatr*, 2010. 26(4): s. 280-283.
28. Martineau F, et al. Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews. *Preventive medicine*, 2013. 57(4): s. 278-296.
29. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 2009. 104(2): s. 179-190.
30. MacArthur G J, et al. Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11–21 years: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 2016. 111(3): s. 391-407.
31. Anderson P, et al. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and alcoholism*, 2009. 44(3): s. 229-243.
32. Hingson R, White A. New research findings since the 2007 Surgeon General's Call to Action to Prevent and Reduce Underage Drinking: A review. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 2014. 75(1): s. 158-169.
33. Das JK, et al. Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health*, 2016. 59(4): s. S61-S75.
34. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Cochrane Review: Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 2012. 7(2): s. 450-575.
35. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Alkohol 2018: 2300 København S.
36. Sundhedsstyrelsen. Narkotikasituationen i Danmark 2017 – Nationale data. 2017: 2300 København S.
37. Sundhedsstyrelsen. Udbredelse af illegale stoffer i befolkningen og blandt de unge - Narkotikasituationen i Danmark - delrapport 1. 2020: Sundhedsstyrelsen, 2300 København S.
38. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsrelaterede konsekvenser - Narkotikasituationen i Danmark - delrapport 4. 2021: 2300 København S.
39. Rheinländer TN & Nielsen GA. Unges livsstil og dagligdag 2006. 2007, Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen.
40. Jeppesen P, et al. Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år-forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder. København: Vidensråd for Forebyggelse, 2020.
41. Dalsgaard S, et al.. Incidence rates and cumulative incidences of the full spectrum of diagnosed mental disorders in childhood and adolescence. *JAMA psychiatry*, 2020. 77(2): s. 155-164.
42. Sørensen NU, et al. Når det er svært at være ung i DK: unges beretninger om mistrivsel og ungdomsliv. 2011.
43. Krogh SC. "It's Just Performance all the Time": Early Adolescents' Accounts of School-Related Performance Demands and Well-Being. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 2022: s. 1-14.

44. Nielsen AM & Lagermann L. Stress i gymnasiet. Hvad der stresser gymnasielever og hvordan forebyggelse og behandling virker med 'Åben og rolig for unge'. DPU, Aarhus Universitet, 2017.
45. Elliott I. Poverty and mental health: a review to inform the Joseph Rowntree Foundation's Anti-Poverty Strategy. London: Mental Health Foundation, 2016: s. 1-110.
46. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke: Mental Sundhed. 2018: København S.
47. Pisinger V, Hviid SS, Hoffmann SH, Rosing, JA, Tolstrup JS. Sammen – hver for sig. Statens Institut for Folkesundhed. 2021: København K
48. Hoffmann SH, et al. Symptoms of distress among young Danes during the national lockdown in May 2020. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2021.
49. Würtzen H, et al. Mental well-being, health, and locus of control in Danish adults before and during COVID-19. *Acta Neuropsychiatrica*, 2021: s. 1-17.
50. Santomauro DF, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 2021. 398(10312): s. 1700-1712.
51. Felitti VJ, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 1998. 14(4): s. 245-258.
52. Hughes K, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2017. 2(8): s. e356-e366.
53. Kalmakis KA & Chandler GE. Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 2015. 27(8): s. 457-465.
54. Hailes HP, et al. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 2019. 6(10): s. 830-839.
55. Norman RE, et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 2012. 9(11): s. e1001349.
56. Anda RF, et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Jama*, 1999. 282(17): s. 1652-1658.
57. Anda RF, et al. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric services*, 2002. 53(8): s. 1001-1009.
58. Anda RF, et al. Adverse childhood experiences and prescribed psychotropic medications in adults. *American journal of preventive medicine*, 2007. 32(5): s. 389-394.
59. Williamson DF, et al. Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International journal of obesity*, 2002. 26(8): s. 1075-1082.
60. Chapman DP, et al. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of affective disorders*, 2004. 82(2): s. 217-225.
61. Liu RT, et al. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2018. 5(1): s. 51-64.
62. Dube SR, et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Jama*, 2001. 286(24): s. 3089-3096.
63. Dong M, et al. Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation*, 2004. 110(13): s. 1761-1766.
64. Huang H, et al. Adverse childhood experiences and risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Metabolism*, 2015. 64(11): s. 1408-1418.
65. Anda RF, et al. Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults. *American journal of preventive medicine*, 2008. 34(5): s. 396-403.

66. Brown DW, et al. Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study. *BMC public health*, 2010. 10(1): s. 1-12.
67. Ports KA, et al. Adverse childhood experiences and the presence of cancer risk factors in adulthood: a scoping review of the literature from 2005 to 2015. *Journal of pediatric nursing*, 2019. 44: s. 81-96.
68. Brown DW, et al. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American journal of preventive medicine*, 2009. 37(5): s. 389-396.
69. Hansen CD, et al. The importance of adverse childhood experiences for labour market trajectories over the life course: a longitudinal study. *BMC public health*, 2021. 21(1): s. 1-12.
70. Felitti VJ. Adverse childhood experiences and adult health. *Academic pediatrics*, 2009. 9(3): s. 131.
71. Middlebrooks JS & Audage NC. The effects of childhood stress on health across the lifespan. 2008, National Center for Injury Prevention and Control of the Centers for Disease.
72. Shonkoff JP, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 2012. 129(1): s. e232-e246.
73. Oldrup HH, et al. Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark 2016. 2016: SFI-Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
74. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and psychopathology*, 2007. 19(1): s. 149-166.
75. Aho N, Proczkowska-Björklund M, Svedin CG. Victimization, polyvictimization, and health in Swedish adolescents. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 2016. 7: s. 89.
76. Lasgaard M, Lindekilde N, Bramsen RH. Patterns of victimization: A person-centered approach to physical and sexual violence in a representative sample of Danish youth. *Child abuse & neglect*, 2018. 84: s. 115-122.

