



University of Southern Denmark

Psykisk mistrivsel og psykisk sygdom blandt børn og unge

En undersøgelse af 0-16-årige i Region Hovedstaden

Pommerencke, Lis Marie; Jørgensen, Sanne Ellegård; Pant, Sofie Weber; Skovgaard, Anne Mette; Pedersen, Trine Pagh; Madsen, Katrine Rich

Publication date:
2023

Document version:
Forlagets udgivne version

Document license:
Ikke-specificeret

Citation for pulished version (APA):

Pommerencke, L. M., Jørgensen, S. E., Pant, S. W., Skovgaard, A. M., Pedersen, T. P., & Madsen, K. R. (2023). *Psykisk mistrivsel og psykisk sygdom blandt børn og unge: En undersøgelse af 0-16-årige i Region Hovedstaden*. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2023/psykisk_mistrivsel_og_psykisk_sygdom_blandt_boern_og_unge

Go to publication entry in University of Southern Denmark's Research Portal

Terms of use

This work is brought to you by the University of Southern Denmark.
Unless otherwise specified it has been shared according to the terms for self-archiving.
If no other license is stated, these terms apply:

- You may download this work for personal use only.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying this open access version

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details and we will investigate your claim.
Please direct all enquiries to puresupport@bib.sdu.dk

Psykisk mistrivsel og psykisk sygdom blandt børn og unge

En undersøgelse af 0-16-årige
i Region Hovedstaden

Udarbejdet for
Region Hovedstaden af:
Lis Marie Pommerencke
Sanne Ellegård Jørgensen
Sofie Weber Pant
Anne Mette Skovgaard
Trine Pagh Pedersen
Katrine Rich Madsen

Psykisk mistrivsel og psykisk sygdom blandt børn og unge

En undersøgelse af 0-16-årige
i Region Hovedstaden

Psykisk mistrivsel og psykisk sygdom blandt børn og unge En undersøgelse af 0-16-årige i Region Hovedstaden

© Statens Institut for Folkesundhed 2023

Statens Institut for Folkesundhed

Stu­diestræde 6

1455 København K

www.sdu.dk/da/sif

Udarbejdet for Region Hovedstaden af:

Lis Marie Pommerencke, Sanne Ellegård Jørgensen, Sofie Weber Pant, Anne Mette Skovgaard, Trine Pagh Pedersen og Katrine Rich Madsen.

Publikationen refereres således:

Lis Marie Pommerencke, Sanne Ellegård Jørgensen, Sofie Weber Pant, Anne Mette Skovgaard, Trine Pagh Pedersen, Katrine Rich Madsen. Psykisk mistrivsel og psykisk sygdom blandt børn og unge. En undersøgelse af 0-16-årige i Region Hovedstaden. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU 2023.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse. Publikationen kan downloades fra internetadressen www.sdu.dk/da/sif

Trykt ISBN: 978-87-7899-583-4

Elektronisk ISBN: 978-87-7899-584-1

Forord – Region Hovedstaden


I Region Hovedstaden ønsker vi at være med til at skabe et godt liv for alle børn og unge. God mental sundhed er et vigtigt fundament for det gode liv. Desværre går udviklingen tilsyneladende den forkerte vej, idet et stigende antal børn og unge trives dårligt mentalt. Hvis der ikke sættes ind over for mentale problemer i barndommen, kan det udvikle sig til vedvarende psykisk mistrivsel og i nogle tilfælde også egentlig psykisk sygdom.

Vi kender i dag ikke præcist årsagerne til den negative udvikling i børn og unges mentale sundhed og har brug for mere viden for at kunne styrke og målrette vores forebyggende indsatser i både kommuner, almen praksis og regionen. Jeg er derfor glad for, at vi med denne rapport får en beskrivelse af psykisk sygdom og psykisk mistrivsel blandt unge i udskolingsalderen i Region Hovedstaden.

Rapporten belyser, hvordan forskellige markører i de unges første leveår og ved indskolingsalderen er relateret til psykisk sygdom og psykisk mistrivsel i udskolingsalderen. For eksempel ses, at hvis en sundhedsplejerske i første leveår har bemærkninger til barnets ernæring/spisning, så er der en øget risiko for, at barnet/den unge ved udskolingsundersøgelsen mistrives psykisk og har det svært i forholdet til jævnaldrende. Det ses også, at der ved udskolingsalderen er større forekomst af diagnosticerede udviklingsforstyrrelse blandt unge, som ved indskolingsundersøgelsen havde problemer i forhold til jævnaldrende. Denne viden om tidlige markører for psykisk sygdom og psykisk mistrivsel, kan forhåbentlig bruges til at målrette og styrke indsatserne for at sikre tidlig hjælp til børn og unge.

Rapporten udspringer af et mangeårigt tæt samarbejde mellem Statens Institut for Folkesundhed, Databasen Børns Sundhed, som de fleste kommuner i Region Hovedstaden deltager i, og Region Hovedstaden.

Jeg håber, at rapportens resultater kan hjælpe os med at give flere børn og unge en god start på livet.

Lars Gaardhøj

Regionsrådsformand

Forord – Databasen Børns Sundhed

Denne rapport kommer i forlængelse af en tidligere rapport for Region Hovedstaden om børns mentale helbred og sundhed (Pant et al., 2019). Den tidligere rapport viser, at sundhedsplejerskerne i deres hjemmebesøg hos familierne, når barnet er otte til ti måneder, kan opspore en population af børn med øget risiko for at blive diagnosticeret med en psykisk forstyrrelse inden otteårsalderen. Derudover viser rapporten, at der ved indskolingsundersøgelserne kan identificeres børn med tegn på psykisk mistrivsel ved, at de har problemer i forholdet til jævnaldrende og ikke trives følelsesmæssigt. Denne rapport har til formål at få mere viden om sårbarheder hos børn i indskolingsalderen og belyse, hvordan det går dem op gennem skolealder og tidlige ungdomsår. Dette kan bruges til det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i den kommunale sundhedspleje.

Sundhedsplejerskedata fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed har gjort det muligt at følge børn fra det første leveår, til de går ud af skolen, og med supplerende registerdata har det været muligt at lave grundige analyser af eventuelle sammenhænge mellem tidlige markører for psykisk mistrivsel og diagnosticeret psykisk sygdom. Ved at inddrage nationale registerdata på en stor dansk børneunge population i Region Hovedstaden kan resultaterne fra rapporten bidrage med viden, der har et stort forebyggelsespotentiale, ikke mindst inden for sundhedsplejen.


Sundhedsplejersken møder barnet og dets familie i første leveår og ved ind- og udskolingsundersøgelsen, og har derfor en enestående mulighed for at bidrage til en tidlig og forebyggende indsats. Ved disse undersøgelser ser sundhedsplejerskerne stort set alle børn og kan derfor være med til at opspore sårbare børn, der ikke trives. Resultaterne fra denne rapport viser, at sundhedsplejersken kan opspore børn ved indskolingen, der er i risiko for senere psykisk mistrivsel eller psykisk sygdom, og herved peger rapporten på store forebyggelsespotentialer ved at give disse mest sårbare børn og deres familier den støtte og vejledning, der er nødvendig for at forhindre yderligere udvikling af psykisk mistrivsel og psykisk sygdom.

Rapporten er udarbejdet af Lis Marie Pommerencke, Sanne Ellegård Jørgensen, Sofie Weber Pant, Anne Mette Skovgaard, Trine Pagh Pedersen og Katrine Rich Madsen. Data er oparbejdet af seni-orforsker Bjarne Laursen. Tak til seniorforsker Maj Britt Nielsen for kritisk gennemlæsning af rapporten.

Samarbejdet Databasen Børns Sundhed er indgået i et udvidet samarbejde omkring en landsdækkende database for børn og unges sundhed. Udviklingen og implementeringen af denne nye database foregår i samarbejde med Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og Sundhedsdatastyrelsen. Den nye database er støttet af Novo Nordisk Fonden og vil på sigt give mulighed for yderligere forskning og formidling af viden om danske børn og unges sundhed igennem sundhedsprofiler og praksisrettede rapporter.

Vi retter en varm tak til de mange sundhedsplejersker, som med deres omhyggelige journalføring har givet mulighed for at udarbejde denne rapport. Ligeledes en varm tak til Region Hovedstaden for mange års samarbejde og støtte til Databasen Børns Sundhed.


Pia Rønnenkamp
Ledende sundhedsplejerske, MSP
Formand, Databasen Børns Sundhed


Anna Paldam Folker
Professor
Konstitueret direktør, Statens Institut for Folkesundhed

Indhold

Resumé	1
1 Introduktion	3
1.1 <i>Formål</i>	4
1.2 <i>Begrebsdefinitioner- og forklaringer</i>	4
1.3 <i>Forekomst og tidlige markører for psykisk mistrivsel og psykisk sygdom</i>	6
1.4 <i>Sundhedsplejen</i>	7
2 Data og metode	9
2.1 <i>Databasen Børns Sundhed</i>	9
2.2 <i>Datagrundlag og studiepopulationer</i>	9
2.3 <i>Variable</i>	11
2.4 <i>Statistiske analyser</i>	15
2.5 <i>Datasikkerhed</i>	15
3 Resultater	16
3.1 <i>Forekomst af psykisk mistrivsel i udskolingsalderen og psykiske sygdomme inden 16. leveår</i>	16
3.2 <i>Tidlige markører for psykisk mistrivsel i udskolingsalderen</i>	20
3.3 <i>Tidlige markører for psykiske sygdomme inden 16. leveår</i>	24
3.4 <i>Sammenhæng mellem psykisk sygdom og psykisk mistrivsel i udskolingsalderen</i>	28
4 Diskussion	29
4.1 <i>Sammenfatning og diskussion af fundene</i>	29
4.2 <i>Styrker og svagheder ved undersøgelsen</i>	32
4.3 <i>Implikationer for forskning</i>	34
4.4 <i>Implikationer for praksis</i>	34
5 Konklusion	35
Referencer	36
Bilag	42

Resumé

De fleste danske børn og unge trives og har det godt, men samtidig viser en række danske undersøgelser, at mindst hvert syvende barn eller ung under 18 år bliver diagnosticeret med en psykisk sygdom og en tilsvarende stor andel har tegn på mentale helbredsproblemer og psykisk mistrivsel. Inden for de senere år er der offentliggjort en række undersøgelser, der også peger på en stigende hyppighed af børn og unge, som rapporterer psykisk mistrivsel.

Psykisk mistrivsel og psykisk sygdom har alvorlige implikationer for de børn og unge, som rammes, samt for deres familier og for samfundet som helhed. For børn og unge handler det om begrænsninger i udviklingsmuligheder og øget risiko for en lang række negative sociale, helbreds- og økonomiske konsekvenser på kort og længere sigt. Psykisk mistrivsel og psykisk sygdom hos børn og unge udgør derfor en stor sundhedsmæssig udfordring, og forskning, der kan bidrage til at af-dække forebyggelsesmuligheder, er stærkt efterspurgt.

Der foreligger solide forskningsdata, som peger på, at en række trivsels- og udviklingsmarkører i de første leveår og i de tidlige skoleår kan være markører for senere psykisk mistrivsel og psykisk sygdom. Denne rapport er udarbejdet for at belyse dette område nærmere, til gavn for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i kommuner og regioner.

Formålet med denne rapport er at belyse forekomst af psykisk mistrivsel i udskolingsalderen og psykisk sygdom inden 16. leveår samt at undersøge, hvordan sundhedsplejerskernes bemærkninger til barnets trivsel og udvikling i første leveår og i indskolingsalderen hænger sammen med psykisk mistrivsel i udskolingsalderen og diagnosticeret psykisk sygdom inden 16. leveår.

Data stammer fra nationale registre og sundhedsplejerskernes journaler fra de 17 kommuner i Region Hovedstaden, der indgår i samarbejdet Databasen Børns Sundhed, og som har indsendt data om spædbørn født i 1999-2007 eller unge udskolingsundersøgt i skoleårene 2016/2017-2020/2021. Analyserne, som belyser psykisk mistrivsel, omfatter 23.835 unge, der er udskolingsundersøgt i skoleårene 2016/17-2020/21, og analyserne, som belyser psykisk sygdom, omfatter 12.626 unge, der er fyldt 15 år inden 1. januar 2018.

Rapportens hoved fund:



- 10,8 % af de unge har mindst ét tegn på psykisk mistrivsel i udskolingsalderen, og heriblandt er der 5,8 % af de unge, der mistrives i hjemmet, 6,3 %, der mistrives i skolen, og 3,0 %, der mistrives i forholdet til jævnaldrende.
- 11,9 % er diagnosticeret med en psykisk sygdom, inden de bliver 16 år, og heriblandt er 7,8 % diagnosticeret med en psykisk udviklingsforstyrrelse, og 7,4 % er diagnosticeret med en adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse.



- Unge, der i deres første leveår havde en bemærkning til ernæring/spisning, har i udskolingsalderen øget risiko for at mistrives i skolen og i forholdet til jævnaldrende sammenlignet med unge uden bemærkning i første leveår.



- Unge, der i indskolingsalderen havde lav skoletrivsel, har i udskolingsalderen øget risiko for at mistrives i skolen sammenlignet med unge, der havde høj skoletrivsel i indskolingsalderen.
- Unge, der i indskolingsalderen havde lav generel trivsel og lav skoletrivsel, har øget risiko for at mistrives i forholdet til jævnaldrende i udskolingsalderen sammenlignet med unge, der havde god trivsel i indskolingsalderen.
- Unge, der i indskolingsalderen havde problemer i forholdet til jævnaldrende, har i perioden frem til 16. leveår firedobbelt øget risiko for at blive diagnosticeret med en psykisk udviklingsforstyrrelse sammenlignet med unge, der ikke havde problemer i forholdet til jævnaldrende.



- Diagnosticeret psykisk sygdom inden 16. leveår er associeret til psykisk mistrivsel i udskolingsalderen. En større andel unge med psykisk sygdom (ca. 10 %) mistrives i hjemmet og i skolen sammenlignet med unge uden en psykisk sygdom (ca. 5 %). Hovedparten af unge med en psykisk sygdom trives til trods for deres diagnose (>88 %).

Konklusion

Rapporten supplerer og udbygger tal fra tidligere danske undersøgelser og peger på, at mere end hvert tiende ung har tegn på psykisk mistrivsel eller psykisk sygdom i udskolingsalderen. Rapporten viser også, at sundhedsplejersken ved indskolingsundersøgelsen har mulighed for at identificere en gruppe børn med firedobbelt øget risiko for psykiske udviklingsforstyrrelser og med øget risiko for psykiske trivselsproblemer i udskolingsalderen. Sundhedsplejersken spiller således en central rolle i forhold til opsporing af mentale helbredsproblemer.

De praksis- og forebyggelsesmæssige implikationer er, at sundhedsplejerskernes muligheder for at hjælpe disse børn, som opspores, bør yderligere udforskes. Det er afgørende, at der foreligger validerede metoder, som kan omsættes direkte til en forebyggende indsats, hvor forældre og barn inddrages på en aktiv og sundhedsfremmende måde. Hertil kræves systematisk forskning, som vil være næste skridt på vejen til at optimere de forebyggende indsatser i kommunerne målrettet børn og unges mentale trivsel og helbred. Der er manglende viden om hvilke aspekter af psykisk mistrivsel, der opfanges af sundhedsplejersken ved skoleundersøgelserne, og validiteten af de trivselsmål, der anvendes, er vigtige at udforske nærmere. I de kommende år vil den kommende Landsdækkende Database for Børn og Unges sundhed (LDBU) blive implementeret, og denne database vil give en unik indsigt i børn og unges sundhed i hele Danmark og dermed give mulighed for yderligere forskning i børn og unges sundhed.

1 Introduktion

De fleste unge trives og har god mental sundhed, men alligevel er mere end hver syvende ung diagnosticeret med en psykisk sygdom, inden de fylder 18 år (Dalsgaard et al., 2019). Der er derudover en bekymrende stor andel af børn og unge, der udviser tegn på mentale helbredsproblemer og psykisk mistrivsel, og mange danske og internationale undersøgelser viser, at forekomsten af diagnosticeret psykisk sygdom blandt børn og unge har været stigende de seneste årtier (Atladdottir et al., 2015, Jeppesen et al., 2020, Sundhedsstyrelsen, 2018, Sadler et al., 2018, Vizard et al., 2020, Rasmussen et al., 2019, Holstein et al., 2021). For flere psykiatriske sygdomme ses symptomer allerede inden for de tre første leveår (fx mental retardering, autismspektrum-tilstande, ADHD og tilknytningsforstyrrelser) (Skovgaard, 2012, Skovgaard et al., 2007), og flere psykiske sygdomme kan diagnosticeres allerede i den tidlige barndom (Dalsgaard et al., 2019, Pedersen et al., 2014, Koch et al., 2019, Skovgaard et al., 2008b).

Tidlig psykisk mistrivsel og psykisk sygdom kan have alvorlige negative sociale, helbredsmæssige og økonomiske konsekvenser for barnet på kort og længere sigt (Jeppesen et al., 2020, Patel et al., 2007, Erskine et al., 2015, Holstein et al., 2021). En nyere undersøgelse af Sellers et al. (2019) viser for eksempel en stærk øget risiko for mobning og social isolation for børn med mentale helbredsproblemer. Ligeledes er psykisk sygdom associeret med et øget forbrug af tobak, stoffer og alkohol (Patel et al., 2007) samt en øget risiko for at begå flere typer af vold i en tidlig voksenalder (Krug et al., 2002, Patel et al., 2007). Skolebørns mentale sundhed har også stor betydning for deres muligheder for videre skolegang (DeSocio & Hootman, 2004, Puskar & Bernardo, 2007, Wolf et al., 2019, Pihl & Salmon, 2019). Et nyere engelsk longitudinelt studie viser for eksempel en sammenhæng mellem lav mental sundhed ved 14-årsalderen og kort skolegang ved 16-årsalderen samt lav beskæftigelse ved 19-årsalderen (Hale & Viner, 2018). Ud over at psykisk mistrivsel og psykisk sygdom kan debutere tidligt, er risikoen for, at disse udfordringer følger individet ind i voksenlivet stor (Castagnini et al., 2016, Copeland et al., 2015, Due et al., 2011, Patel et al., 2007, Rutter et al., 2006). Det gør psykisk sygdom til en af de største sygdomsbyrder blandt børn og unge i Danmark, men også i resten af verden (Jeppesen et al., 2020, Erskine et al., 2015, Wykes et al., 2015). Der er derfor et stort og akut behov for tidlig forebyggelse, opsporing og effektive indsatser samt viden om, hvordan dette arbejde bedst gennemføres.

To nye danske rapporter fra Vidensråd for Forebyggelse understreger den stærke evidens for, at man med den rette tidlige indsats kan forbygge eller mildne udviklingen af psykisk sygdom. Jo tidligere den nødvendige hjælp og støtte igangsættes, jo bedre kan man forebygge, at vanskelighederne forværres på grund af tilstødende udfordringer (Jeppesen et al., 2020, Holstein et al., 2021). Tidlige interventioner kan bidrage til at forebygge, at problemer opstår og samtidig forhindre progression af de primære psykiske problemer og indtræden af andre samtidige beslægtede sygdomme (Patel et al., 2007).

Langt størstedelen af alle familier i Danmark (96,9 %) tager imod sundhedsplejerskens forebyggende tilbud i første leveår (Pedersen et al., 2019), ligesom næsten alle børn i den skolepligtige alder deltager i sundhedsplejerskernes undersøgelser i skoleregion (Holstein et al., 2021). Det giver en unik mulighed for, at sundhedsplejersken kan bidrage til opsporing af børn i risiko og således bidrage til en tidlig forebyggelse ved at igangsætte og understøtte tidlige interventioner. En tidligere rapport for Region Hovedstaden om børns mentale helbred og sundhed viser, at mentale helbredsproblemer diagnosticeret i hospitalsvæsenet inden otteårsalderen i et vist omfang kan opspores via sårbarhedsmarkører, som er identificeret af sundhedsplejersken i besøget ved otte- til

timånedersalderen (Pant et al., 2019). Dette fund tydeliggør, at sundhedsplejerskerne allerede i det første leveår kan spille en vigtig rolle i arbejdet med at identificere og opspore børn i øget risiko og med behov for særlige indsatser (Pant et al., 2019). Resultaterne understreger også relevansen af at undersøge, hvordan data som indsamles via sundhedsplejerskerne i første leveår og ved indskolingsundersøgelsen, også kan anvendes til at opspore børn i risiko for psykisk mistrivsel og psykisk sygdom i ungdommen.

1.1 Formål

Denne rapport skal belyse psykisk mistrivsel og psykisk sygdom blandt 0-16-årige børn og unge født, ind- eller udskolingsundersøgt i Region Hovedstaden ud fra data fra sundhedsplejerskernes journaler og nationale registre. Vi ønsker at undersøge, hvorvidt forhold i barndommen øger risikoen for, at man mistrives psykisk eller diagnosticeres med en psykisk sygdom i ungdommen, og formålet med denne rapport er således:

1. at belyse forekomsten af psykisk mistrivsel blandt unge omkring 16 år ud fra sundhedsplejerskernes udskolingsundersøgelser samt forekomsten af diagnosticeret psykisk sygdom frem til 16. leveår.
2. at undersøge sammenhænge mellem sundhedsplejerskernes undersøgelse i barnets første leveår og i indskolingsalderen og psykisk mistrivsel i udskolingsalderen.
3. at undersøge sammenhænge mellem sundhedsplejerskernes undersøgelse i barnets første leveår og i indskolingsalderen og diagnosticeret psykisk sygdom i perioden 1-16 år.
4. at undersøge sammenhængen mellem diagnosticeret psykisk sygdom og sundhedsplejerskerregistreret psykisk mistrivsel i udskolingsalderen.

Resultater fra rapporten vil således kunne bidrage med viden til det fremtidige arbejde med opsporing og forebyggelse af psykisk mistrivsel og psykisk sygdom, som der efterspørges af fagfolk og politikere (Holstein et al., 2021, Sundhedsstyrelsen, 2022).

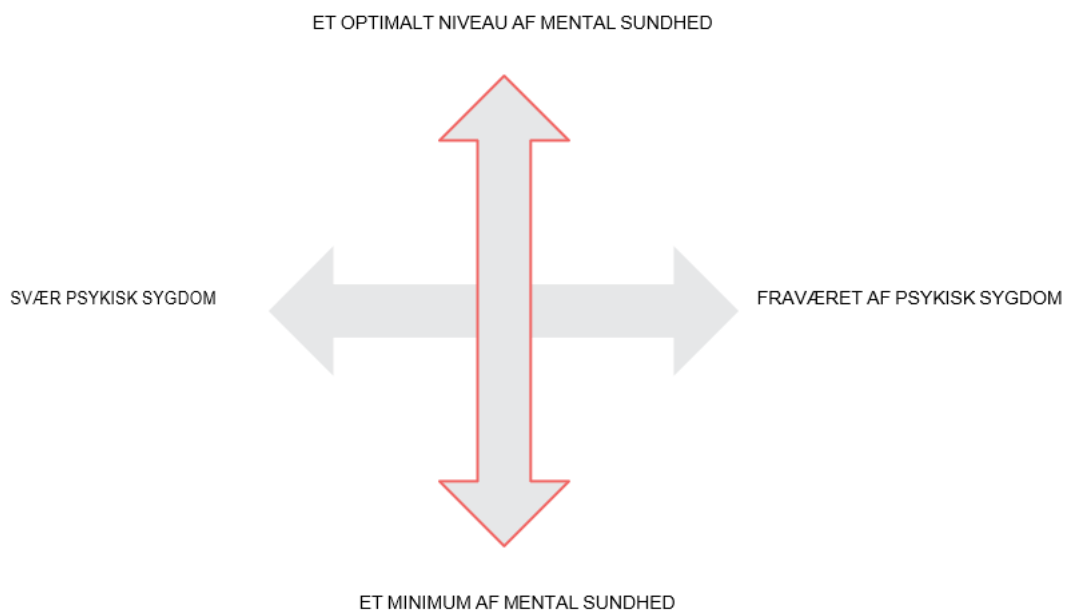
1.2 Begrebsdefinitioner- og forklaringer

Børn og unges mentale sundhed, trivsel og psykiske sygdom er omdrejningspunkt for mange faggruppers fokus og arbejde. Der findes derfor også mange forskellige definitioner til begreberne alt efter profession og forskningsdisciplin (Jeppesen et al., 2020).

Denne rapport beskæftiger sig med psykisk mistrivsel og psykisk sygdom hos børn og unge. Begge begreber forholder sig til Verdenssundhedsorganisationen WHO's definition af mental sundhed, som af Sundhedsstyrelsens er oversat til *"en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker"* (Sundhedsstyrelsen, 2018). Sundhedsstyrelsens definition af mental sundhed understøtter tanken om, at mental sundhed er mere end blot fraværet af psykisk sygdom. Ifølge den amerikanske sociolog og psykolog Corey Keyes er psykisk sygdom og mental sundhed relaterede men adskilte dimensioner (Keyes, 2002, Westerhof & Keyes, 2010), hvilket er illustreret grafisk i figur 1 nedenfor (Jeppesen et al., 2020). Hvor den ene dimension; psykisk sygdom, spænder fra fraværet af psykisk sygdom til tilstedeværelsen af svær psykisk sygdom, spænder den anden dimension; mental

sundhed, fra et minimum af mental sundhed (fx lavt mentalt velbefindende, følelsen af tomhed, lavt selvværd, lavt socialt funktionsniveau) til en optimal grad af mental sundhed (fx høj livstilfredshed, et positivt selvbillede, højt socialt funktionsniveau, energi). En ung med en diagnosticeret psykisk sygdom vil ud fra denne teoretiske betragtning godt kunne trives og være mental sund på trods af sin diagnose, hvis den unge er velbehandlet og indgår i støttende omgivelser. Tilsvarende vil fravær af en psykisk diagnose ikke nødvendigvis betyde, at de unge trives eller har mental sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2018, Westerhof & Keyes, 2010, Keyes, 2006).

Figur 1. Illustration af Keyes forståelse af mental sundhed og psykisk sygdom (Jeppesen et al., 2020, Keyes, 2014).



Keyes understreger derfor vigtigheden af at inkludere både mental sundhed og psykisk sygdom i forskningen og arbejdet med mental sundhed (Westerhof & Keyes, 2010), hvilket vi derfor gør i denne rapport.

Lav mental sundhed konceptualiseres og defineres i denne rapport som *psykisk mistrivsel*, da informationen, vi har til rådighed, stammer fra sundhedsplejerskernes journaler fra udskolingsundersøgelserne, hvor sundhedsplejerskerne forholder sig til, om barnet mistrives enten i skolen, derhjemme eller i forholdet til jævnaldrende. Psykisk mistrivsel er et udtryk for, at den unge ikke oplever at være overvejende glad, har udfordringer med at gennemføre hverdagens gøremål eller indgå i relationer med venner, i skolen eller hjemme (Sundhedsstyrelsen, 2018). Psykisk mistrivsel vedrører i denne rapport således unge, hvor sundhedsplejersken har vurderet en grad af fx bekymring, ængstelighed, relationelle udfordringer, nedtrykthed eller lignende hos den unge, men uden der er tale om egentlig psykisk sygdom.

Psykisk sygdom vedrører symptomer og sygdom. Ved tilstedeværelsen af en væsentlig grad af symptomer samt belastning og funktionspåvirkning på dagligdagen, hvor udfordringerne overstiger individets muligheder og medfører en langvarig funktionsnedsættelse, kan symptomerne klassificeres som en diagnosticeret psykisk sygdom, jævnfør WHO's internationale sygdomsklassifikation, ICD-10, som benyttes af alle hospitaler i Danmark (Jeppesen et al., 2020, Stefansson, 2006). Hvorvidt der er tale om psykisk sygdom, beror således på en vurdering af, om de diagnostiske kriterier er opfyldt (Jeppesen et al., 2020). En psykisk sygdom diagnosticeres på baggrund af en række kliniske og diagnostiske undersøgelser, udført af en læge, der tager udgangspunkt i en samlet vurdering og de diagnostiske kriterier (Thomsen & Skovgaard, 2012).

1.3 Forekomst og tidlige markører for psykisk mistrivsel og psykisk sygdom

Tidlig opsporing og forebyggelse kræver viden om, hvem og hvilke grupper der er i særlig risiko for at mistrives eller udvikle psykisk sygdom, så man kan tilpasse og fokusere en effektiv strategi i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde (Jeppesen et al., 2020, Holstein et al., 2021). Dette afsnit har til formål at belyse forekomst af psykisk mistrivsel og psykisk sygdom og beskrive udvalgte centrale markører for psykisk mistrivsel og psykisk sygdom. Faktorerne er udvalgt ud fra et ønske om at inddrage information, der på nuværende tidspunkt indsamles af sundhedsplejerskerne for at undersøge mulighederne for, at disse kan inddrages i et fremtidigt arbejde med at opspore børn og unge i risiko. Markørernes relevans underbygges af den videnskabelige litteratur, som blandt andet fremgår af de to rapporter fra Vidensråd for Forebyggelse (Jeppesen et al., 2020, Holstein et al., 2021) i kombination med resultater fra den tidligere regionsrapport om børns mentale sundhed (Pant et al. 2019).

Psykisk mistrivsel

På tværs af fagdiscipliner forstås, konceptualiseres og måles psykisk mistrivsel ofte forskelligt, hvorfor forekomster kan være svære at sammenligne på tværs af undersøgelser. Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 viser, at 14 % af 11-15-årige ikke kan lide eller slet ikke kan lide deres skole, og blandt de 15-årige oplever 4 % af piger og 5 % af drenge at blive mobbet et par gange om måneden (Rasmussen et al., 2019). Den seneste nationale trivselsmåling viser, at godt 6 % af unge i 8.-9. klasse er aldrig eller sjældent glad for sin klasse, mens omtrent 6,5 % er helt uenig eller uenig i udsagnet "*andre elever accepterer mig, som jeg er*" (Børne- og Undervisningsministeriet, 2022). Tilsvarende finder den seneste sundhedsprofil for Region Hovedstaden, at 5,6 % af de unge i udskolingsalderen ikke er glad for at gå i skole, og 5,1 % mistrives i hjemmet (Ammitzbøll et al., 2018a). En anden dansk undersøgelse viser, at 12 % af de 15-årige mistrives på tre til syv indikatorer for psykisk mistrivsel, for eksempel tit er ked af det, tit er bekymret, er utryg/usikker på sig selv eller ofte er ensom (Ottosen et al., 2018). I Skolebørnsundersøgelsen ses, at 10 % af pigerne og 5 % af drengene føler sig ofte eller meget ofte ensomme (Rasmussen et al., 2019). Tilsvarende forekomst for ensomhed genfindes i andre danske undersøgelser (Pisinger et al., 2019, Ottosen et al., 2018, Jeppesen et al., 2020).

Psykisk sygdom

Et nyt stort nationalt registerstudie finder, at 15 % af børn og unge i Danmark får diagnosticeret en psykisk sygdom i hospitalsvæsenet, inden de fylder 18 år (Dalsgaard et al., 2019). Blandt de hyppigste diagnosticerede psykiske sygdomme inden 18-årsalderen er ADHD, angstlidelser, autisme og depression (Dalsgaard et al., 2019). ADHD forekommer hos 5,9 % drenge og 3,0 % piger inden 18-årsalderen og er den hyppigst forekommende psykiske sygdom blandt drenge (Dalsgaard et al., 2019). Derudover viser Jeppesen et al. (2020), at der samlet set var cirka 4,5 % af de 10-24-årige, der havde en ADHD-diagnose og/eller fik ADHD-medicin i 2016. Den hyppigst forekommende psykiske sygdom blandt piger er angstlidelser, der ses hos 7,9 % af pigerne og 4,6 % af drengene inden 18-årsalderen (Dalsgaard et al., 2019), mens studier viser, at depression ses hos cirka 1,0 % af drengene og 2,4% af pigerne (Dalsgaard et al., 2019, Jeppesen et al., 2020).

Udviklings- og trivselsmarkører i første leveår og senere psykisk sygdom og mistrivsel

Meget forskning peger på, at en række udviklings- og trivselsmarkører helt tilbage i de første leveår kan hænge sammen med senere psykisk sygdom (Ammitzbøll et al., 2018b, Skovgaard et al., 2008b, Pant et al., 2019, Winsper & Wolke, 2013, Thomsen & Skovgaard, 2012). Blandt disse tidlige markører er blandt andet forhold om barnets udvikling. Her viser forskningen blandt andet, at forsinket motorisk udvikling i første leveår kan være et tidligt tegn på autismespektrum-tilstande (Choi et al., 2018, Elberling et al., 2014, LeBarton & Landa, 2018, Sacrey et al., 2014, Sacrey et al., 2018). Et dansk studie viser desuden en sammenhæng mellem grov- og finmotorik i de første leveår og senere diagnosticeret ADHD (Lemcke et al., 2016). Ligeledes er der studier, som viser sammenhæng

mellem forsinket sprogudvikling samt problemer med kommunikation og socialt samspil i de første leveår og senere diagnosticeret ADHD og autismespektrum-tilstande (Bolton et al., 2012, Chawarska et al., 2014, Elberling et al., 2016, Johnson et al., 2015, Skovgaard et al., 2008b). Den tidligere rapport om børns mentale helbred og sundhed i Region Hovedstaden viser desuden en øget risiko for at have mindst én psykisk diagnose inden otteårsalderen blandt børn, der havde en bemærkning til motorisk udvikling og til kommunikation/sprog i otte- til timånedersalderen (Pant et al., 2019, Pant et al., 2022). Desuden finder flere studier en sammenhæng mellem motorisk udvikling og senere udvikling af sociale færdigheder og sprog (Iverson, 2010, Choi et al., 2018).

Derudover peger forskningen på, at regulationsvanskeligheder, fx problemer med at regulere søvn, spisning eller gråd, i den tidlige barndom kan være tidlige markører for psykisk sygdom og mentale helbredsproblemer. Her er der forskning, der viser, at tidlige regulationsvanskeligheder kan være ved (Micali et al., 2016, Olsen et al., 2019) samt forskning, der viser en sammenhæng mellem tidlige regulationsproblemer og senere diagnosticerede autismespektrum-lidelser (Barnevik Olsson et al., 2013) samt udadreagerende adfærd og ADHD (Hemmi et al., 2011, Hyde et al., 2012, Schmid & Wolke, 2014, Winsper & Wolke, 2013). Den tidlige relation mellem barn og forældre i første leveår er også af afgørende betydning for barnets udvikling, og en forstyrret relation kan for eksempel øge risikoen for, at barnet udvikler følelses- og adfærdsmæssige problemer (Skovgaard, 2010, Væver et al., 2016) samt ADHD (Elberling et al., 2014, Thomsen & Skovgaard, 2012). Her viser resultater fra den tidligere rapport for Region Hovedstaden desuden en øget risiko for at have mindst én psykiatrisk diagnose inden otteårsalderen blandt børn med bemærkning til forældre-barn relationen i otte- til timånedersalderen (Pant et al., 2019). Desuden er der studier, der viser, at børn med usikker tilknytning til forældre i barndommen er i større risiko for senere sociale og følelsesmæssige problemer samt dårligt fysisk helbred og mental sundhed (Ranson & Urichuk, 2008).

Psykisk trivsel i indskolingsalderen og senere psykisk sygdom og mistrivsel

Flere studier peger på en sammenhæng mellem psykiske problemer i førskolealderen og senere psykisk sygdom. Blandt andet finder et dansk studie, at børn, der i fem- til syvårsalderen blev screenet til at have mentale helbredsproblemer (vurderet ud fra The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)), har en markant øget risiko for at blive diagnosticeret med en psykisk sygdom ved 11-12-årsalderen (Nielsen et al., 2019, Rimvall et al., 2014). Hertil understreger Copeland et al. (2015), at der ikke kun ses en sammenhæng mellem tidlige mentale vanskeligheder, der lever op til de diagnostiske kriterier, og senere psykisk sygdom, men også mentale vanskeligheder, der ligger under tærsklen for en psykisk sygdom. Copeland et al. (2015) påpeger derfor, at der i et forebyggelsesperspektiv bør fokuseres på disse tidlige vanskeligheder (både dem over og under tærsklen for en psykiatrisk diagnose). Flere studier viser, at psykisk mistrivsel persisterer over tid, så børn, der mistrives i barndommen, også mistrives i ungdommen, og dette er gældende for flere forskellige mål for psykisk mistrivsel (Patalay & Fitzsimons, 2018, Otto et al., 2021).

1.4 Sundhedsplejen

Det er sundhedsplejens opgave at føre tilsyn og monitorere barnets fysiske og psykiske helbredstilstand samt at tilbyde oplysning og vejledning til børn og forældre med henblik på at fremme børnenes fysiske og psykiske sundhed, udvikling og trivsel (Sundhedsstyrelsen, 2019). Sundhedsloven angiver rammerne for sundhedsarbejdet i de danske kommuner, og der stilles lovgivningsmæssige krav om almen indsats til alle børn og yderligere indsats til børn med særlige behov, blandt andet til børn, der er mentalt sårbare (Sundhedsstyrelsen, 2019).

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger for antallet af besøg, som sundhedsplejen skal aflægge hos familierne i barnets første leveår. Det er dog den enkelte kommune, der vurderer og fastlægger den enkelte families behov for antal af hjemmebesøg i samarbejde med familien og

eventuelle andre involverede (Sundhedsstyrelsen, 2019). Sundhedsplejersken kan tilbyde ekstra besøg – såkaldte behovsbesøg – hvis familien har behov for det. Desuden kan sundhedsplejersken henvise børn og familier med særlige behov til eksempelvis praktiserende læge og en række kommunale tilbud. På skoleområdet stilles der krav om individuelle undersøgelser ved ind- og udskolingen samt regelmæssige undersøgelser og sundhedssamtaler gennem skoleforløbet. Disse undersøgelser kan udføres af en læge eller sundhedsplejerske. Sundhedsplejerskens indsats kan således starte i graviditeten og fortsætter, indtil barnet ikke længere er undervisningspligtigt (Sundhedsstyrelsen, 2019).

Formålet med indskolingsundersøgelsen er at vurdere barnets udvikling, helbred, trivsel og skoleparathed samt vejlede om sundhedsrelaterede emner i forbindelse med skolestart. Ved symptomer på sygdom eller mistanke om sygdom henvises barnet til udredning hos praktiserende læge (Sundhedsstyrelsen, 2019, Sundhedsstyrelsen, 2015). Formålet med udskolingsundersøgelsen er at give en samlet vurdering af den unges helbred og sundhed, umiddelbart inden den unge forlader skolen. Herudover har udskolingsundersøgelsen til formål at drøfte risikoadfærd med den unge. Udskolingsundersøgelsen tager udgangspunkt i den unges egne ønsker for samtalen og i sundhedsplejerskens viden om den unges sundhed og helbred gennem skolegangen. Ved udskolingsundersøgelsen drøftes blandt andet den unges trivsel, relationer og netværk, adfærd og vaner i forhold til kost, motion og rusmidler samt seksuel sundhed. Hvis den unge for eksempel har rygggener eller allergisk sygdom, vil overvejelser vedrørende erhvervsvalg også indgå i samtalen (Sundhedsstyrelsen, 2019, Sundhedsstyrelsen, 2015). I denne rapport indgår data fra første leveår samt fra sundhedsplejerskens ind- og udskolingsundersøgelse.

2 Data og metode

2.1 Databasen Børns Sundhed

Databasen Børns Sundhed er et samarbejde mellem sundhedsplejersker og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, som tager udgangspunkt i data fra sundhedsplejerskernes journaler og således data om de nul- til etårige børn indsamlet ved sundhedsplejerskens besøg i hjemmet, data om børn, der er indskolingsundersøgt og data om unge, der er udskolingsundersøgt. I dag indgår 33 kommuner i samarbejdet med spædbørnsdata og 22 kommuner med ind- og udskolingsdata. Formålet med samarbejdet er 1) at monitorere børns sundhed, 2) at monitorere ydelser fra den kommunale sundhedstjeneste, 3) at skabe grundlag for videreudvikling af sundhedsplejens ydelser, og 4) at skabe basis for videnskabelige projekter (Skovgaard et al., 2018).

Data i Databasen Børns Sundhed er indhentet ved brug af to sundhedsplejerskejournaler, én udarbejdet til Solteq Sund-journalsystemet og én udviklet til NOVAX-journalsystemet. Solteq Sund har været en del af Databasen Børns Sundhed siden etableringen i 2002, mens NOVAX har været en del af databasen siden 2014. I begge journalsystemer følger sundhedsplejerskerne en journalvejledning og noterer systematisk data om barnet, familien og sundhedsplejerskens ydelser. Brugen af journalerne er beskrevet i en detaljeret manual, der løbende justeres og opdateres (Databasen Børns Sundhed, 2021, NOVAX, 2017).

Data om de nul- til etårige børn indsamles ved fire sundhedsplejerskebesøg, som er placeret på centrale tidspunkter for spædbarnets udvikling og tilknytning: A-besøget (første hjemmebesøg efter barselsbesøget eller første hjemmebesøg efter barnets fødsel), B-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt to måneder, men inden det fylder tre måneder), C-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt fire måneder, men inden det fylder seks måneder) og D-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt otte måneder, men inden det fylder ti måneder). Data om skolebørnene indsamles ved ind- og udskolingsundersøgelsen, der udføres i henholdsvis 0. eller 1. klasse samt 8. eller 9. klasse.

2.2 Datagrundlag og studiepopulationer

Data er baseret på indrapporterede sundhedsplejerskedata til Databasen Børns Sundhed. Det er frivilligt, om familier ønsker at benytte sig af sundhedsplejetilbud. Hvis familierne anvender tilbudene, er der lovpligtig journalføring for sundhedsplejerskerne. Det medfører, at familier i databasekommunerne automatisk indgår i Databasen Børns Sundhed. Næsten alle familier tager imod sundhedsplejerskens forebyggende tilbud i første leveår (96,9 %) (Pedersen et al., 2019). Dækningsgraden af ind- og udskolingsundersøgelserne er ikke beskrevet, men det er formegentlig næsten alle børn i den skolepligtige alder, der deltager i undersøgelserne (Holstein et al., 2021). Det betyder, at data fra sundhedsplejerskerne formodes at give et dækkende billede af sundheden blandt spædbørn og børn i ind- og udskolingsalderen i de deltagende kommuner og dermed Region Hovedstaden.

Denne regionsrapport omfatter børn og unge i de 17 kommuner i Region Hovedstaden, der indgår i samarbejdet om Databasen Børns Sundhed med data om spædbørn født i 1999-2007 eller unge udskolingsundersøgt i skoleårene 2016/17-2020/21. Det er forskelligt, hvornår og med hvilke data (spædbørn, ind- eller udskolingsbørn) hver kommune har valgt at indgå i Databasen Børns Sundhed. I rapporten er der derfor nogle kommuner, der indgår med data om både spædbørn og skolebørn, mens andre kun indgår med data om spædbørn eller skolebørn. Følgende 14 kommuner indgår med

både spædbørns- og skoledata: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Lyngby-Taarbæk, Rødovre, Tårnby og Vallensbæk. Allerød og Gribskov indgår kun med skoledata og Rudersdal indgår kun med spædbørnsdata.

Denne rapport er baseret på forskellige studiepopulationer, da antallet af unge, som indgår i analyserne, varierer afhængigt af, hvilke variable der anvendes til analyserne, og således hvilke data der er til rådighed. Tabel 1 beskriver studiepopulationerne, der indgår i de forskellige formål og således analyser i rapporten. I bilag 1 ses en karakteristisk af studiepopulationerne.

Analyserne, som inddrager data om diagnosticeret psykisk sygdom, omfatter unge, der er diagnosticeret med en psykisk sygdom, inden den unge fylder 16 år. Data omfatter oplysninger om diagnosticeret psykisk sygdom til og med 2018 og for at sikre, at alle unge har haft det samme antal år, hvori det har været muligt at få stillet en psykiatrisk diagnose, inddrages kun unge, der er fyldt femten år inden den 1. januar 2018.

Tabel 1. Oversigt over rapportens studiepopulationer

Studiepopulation	Formål og afsnit i rapporten	Beskrivelse	Antal unge
I	Forekomst af psykisk mistrivsel registreret af sundhedsplejersken ved udskolingsundersøgelsen, afsnit 3.1	Unge, der er udskolingsundersøgt i skoleåret 2016/17-2020/21 i en databasekommune i Region Hovedstaden. Studiepopulationen består af unge født i 2000-2007.	23.835
II	Forekomst af diagnosticerede psykiske sygdomme inden 16. leveår, afsnit 3.1	Unge, der er fyldt 15 år inden den 1. januar 2018, og som er født, ind- eller udskolingsundersøgt i en databasekommune i Region Hovedstaden. Studiepopulationen består af unge født i 1999-2002.	12.626
III	Markører i otte- til timånedersalderen for psykisk mistrivsel ved udskolingsundersøgelsen, afsnit 3.2	Unge, der er udskolingsundersøgt i en databasekommune i Region Hovedstaden. Studiepopulationen består af unge født i 2002-2007.	8.555
IV	Markører i otte- til timånedersalderen for psykiske sygdomme inden 16. leveår, afsnit 3.3	Unge, der er født i en databasekommune i Region Hovedstaden, og som har oplysninger fra sundhedsplejerskebesøg ved otte- til timånedersalderen og er fyldt 15 år inden den 1. januar 2018. Studiepopulationen består af unge født i 2002. Børn, der har fået en psykisk diagnose før 11 måneder, ekskluderes.	4.597
V	Markører ved indskolingsundersøgelsen for psykisk mistrivsel ved udskolingsundersøgelsen, afsnit 3.2	Unge, der er udskolingsundersøgt i en databasekommune i Region Hovedstaden. Studiepopulationen består af unge født i 2000-2007.	11.250
VI	Markører ved indskolingsundersøgelsen for psykiske sygdomme inden 16. leveår, afsnit 3.3	Unge, der er indskolingsundersøgt i en databasekommune i Region Hovedstaden, og som er fyldt 15 år inden den 1. januar 2018. Studiepopulationen består af unge født i 1999-2002. Børn, der har fået en psykisk diagnose før indskolingsundersøgelsen, ekskluderes.	6.930
VII	Sammenhæng mellem psykiske sygdomme inden 16. leveår og psykisk mistrivsel ved udskolingsundersøgelse, afsnit 3.4	Unge, der er fyldt 15 år inden den 1. januar 2018 og som er udskolingsundersøgt i en databasekommune i Region Hovedstaden. Studiepopulationen består af unge født i 2000-2002.	6.095

2.3 Variable

Nedenfor beskrives først rapportens udfaldsmål; psykisk mistrivsel registreret af sundhedsplejersken ved udskolingsundersøgelsen og diagnosticeret psykisk sygdom. Dernæst beskrives de variable, som inkluderes som mulige tidlige markører for psykisk sygdom og psykisk mistrivsel, og til sidst beskrives de baggrundsvariable, som er anvendt til at beskrive studiepopulationen eller som confounderkontrol.

2.3.1 Udfaldsmål: Psykisk mistrivsel og psykisk sygdom ved 16-årsalderen

Sundhedsplejerskebemærkning til psykisk mistrivsel ved udskolingsundersøgelsen

Oplysninger om den unges psykiske mistrivsel stammer fra den individuelle sundhedssamtale, som den unge har med sundhedsplejersken ved udskolingsundersøgelsen. Udskolingssamtalen tager udgangspunkt i den unges egne ønsker og behov samt i sundhedsplejerskens viden om den unges sundhed fra skolestart til udskolingsundersøgelsen (Sundhedsstyrelsen, 2019). Den unges psykiske mistrivsel vurderes i forhold til tre centrale kontekster: trivsel i hjemmet, i skolen og i forholdet til jævnaldrende. Det er sundhedsplejersken, der på baggrund af samtalen registrerer, om den unge mistrives i enten hjemmet, i skolen eller i forholdet til jævnaldrende. Hvis sundhedsplejersken vurderer, at den unge mistrives, registreres dette som en bemærkning i journalen. En bemærkning er et udtryk for, at sundhedsplejen ved sin samtale med den unge har registreret noget, som vækker bekymring eller kræver ekstra indsats eller opfølgning. De tre variable, som beskriver psykisk mistrivsel i hjemmet, i skolen samt i forholdet til jævnaldrende, er i rapporten inkluderet som dikotome variable, som angiver, hvorvidt den unge har en bemærkning til psykisk mistrivsel eller ej.

Psykisk sygdom diagnosticeret i hospitalsvæsenet inden 16. leveår

Til at belyse psykisk sygdom inddrager rapporten oplysninger om, hvorvidt den unge er blevet diagnosticeret med en psykisk sygdom i hospitalsvæsenet, inden den unge bliver 16 år. Disse oplysninger er indhentet fra Landspatientregistret (LPR og LPR-PSYK), som modtager indberetninger på alle patienter i kontakt med hospitalsvæsenet (Pedersen et al., 2014, Dalsgaard et al., 2019). Indberetningerne omfatter udskrivningsdiagnoser, som er de lægelige konklusioner på kliniske og diagnostiske undersøgelser. Denne rapport inkluderer alle ICD-10 diagnoser, der er indberettet fra offentlige hospitaler i Danmark, først og fremmest fra børneafdelinger og børne-ungdomspsykiatriske afdelinger. Diagnoserne omfatter psykiske forstyrrelser (F00-F99 og X60-X84) (se tabel 2). De danske patientregistre dækker 100 % af befolkningen (Pedersen et al., 2014, Dalsgaard et al., 2019), og diagnoser for blandt andet autismespektrum-tilstande og ADHD har høj validitet (Lauritsen et al., 2010, Mohr-Jensen et al., 2016, Nissen et al., 2017). I analyserne, hvor vi undersøger markører i otte- til timånedersalderen for diagnosticeret psykisk sygdom inden 16. leveår, er børn, der har fået deres diagnose før 11 måneder ekskluderet. Ligesom at børn, der har fået deres diagnose før indskolingsundersøgelsen, er ekskluderet fra analyserne, når vi undersøger markører ved indskolingsundersøgelsen for diagnosticeret psykisk sygdom inden 16 år. Rapporten omfatter ikke diagnoser, som er blevet stillet i privat regi for eksempel hos privatpraktiserende speciallæger.

Tabel 2. Oversigt over diagnosegrupper for diagnosticeret psykisk sygdom inden 16. leveår

	Diagnosegrupper	Undergrupper
Mindst én psykisk sygdom (F00-F99 og X60-X84)	Udviklingsforstyrrelse (F20-29, F70-F84, F88-F90, F98.8, F95)	Generelle, specifikke og uspecifikke udviklingsforstyrrelser (mental retardering) (F70-F83, F88-F89)
		Gennemgribende udviklingsforstyrrelser (autisme spektrum tilstande ASD/PDD) (F84)
		Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD (F90) og opmærksomhedsforstyrrelser uden hyperaktivitet (F98.8))
		Tics (F95)
		Skizofreni (F20-29)
	Adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse (F30-39, F 40-48, F 94.0, F93, F50, F 98.2, F51, F91, F 92, F94 (ekskl. F94.0), F60-69, F10-F19, F55, X60-X84)	Affektive og emotionelle forstyrrelser, inkl. angsttilstande og OCD (F30-39, F40-48, F94.0, F93)
		Spiseforstyrrelser (F50, F 98.2)
		Søvnforstyrrelser (F51)
		Adfærdsforstyrrelser (F91, F92)
		Sociale funktionsforstyrrelser (F94 (ekskl. F94.0))
		Personlighedsforstyrrelser (F60-69)
		Misbrugsdiagnoser (F10-F19, F55)
	Andre diagnoser (F00-F09, F52, F53, F54.9, F59.9, F98.0, F98.1, F98.3, F98.4, F98.5, F98.6 og F98.9, F99)	Selvmoordsforsøg (X60-X84)

2.3.2 Determinanter: Tidlige markører for psykisk mistrivsel og psykisk sygdom i ungdommen

Bemærkning til regulering af søvn, gråd og spisning, motorisk og kommunikativ udvikling samt forældre-barn kontakt i barnets første leveår

På baggrund af litteratur, resultaterne fra den tidligere regionsrapport om børns mentale helbred og sundhed (Pant et al. 2019) og sundhedsplejerskens journal har vi udvalgt variable i første leveår, som kan udgøre tidlige markører for senere psykisk sygdom og psykisk mistrivsel. Variablene omfatter 1) bemærkninger til regulering af søvn, spisning og gråd, 2) bemærkninger til barnets udvikling af motorik og kommunikation/sprog, samt 3) bemærkninger til kontakt og samspil. Blandt spædbørn er det ikke unormalt, at barnet kan have vanskeligheder de første levemåneder, der kan gå i sig selv igen (Skovgaard et al., 2008a). For at undgå forbigående problemer ser vi i denne rapport på børn med bemærkninger ved otte- til timånedersalderen. Når barnet er otte til ti måneder, forventes det, at barnet har indhentet eventuelle tidlige vanskeligheder, og vi undgår derfor, at bemærkningen kan være et udtryk for noget forbigående og umodenhed (Skovgaard et al., 2008a).

I forbindelse med sundhedsplejerskens hjemmebesøg, når barnet er otte til ti måneder gammelt, vurderer sundhedsplejersken, hvorvidt barnets regulation, udvikling samt kontakt og samspil er alderssvarende. Hvis sundhedsplejersken vurderer, at barnet har problemer inden for et bestemt område, registreres dette som en bemærkning i barnets journal. En bemærkning er et udtryk for, at sundhedsplejersken ved sin undersøgelse af barnet og kontakt med familien har registreret noget, som vækker bekymring eller kræver ekstra indsats eller opfølgning.

Tabel 3-5 beskriver de variable, som udgør bemærkninger til henholdsvis regulation, udvikling samt kontakt og samspil. Af tabellen fremgår det, hvilke forventninger der fremgår af sundhedsplejerskens vejledning og journal, som der er til barnet inden for hvert område, når barnet er otte til ti måneder.

Når vi i rapporten afgiver andelen af børn med en bemærkning til for eksempel regulering af søvn/døgnrytme, betyder det, at sundhedsplejersken i sin undersøgelse har vurderet, at barnets regulation af søvn/døgnrytme ikke opfylder beskrivelsen nedenfor og derfor vækker bekymring.

Andelen af børn med bemærkning til ernæring/spisning adskiller sig i 2002 fra de efterfølgende år, hvorfor 2002 er ekskluderet i analyserne med denne variabel. Analyser med studiepopulation 4 indeholder ikke variabelen ernæring/spisning, da børnene i denne studiepopulation kun er født i 2002. I 2003-2007 adskiller andelen af børn med bemærkning til henholdsvis uro/gråd og forældre-barn kontakt og samspil sig fra de andre år, og derfor er disse år taget ud af analyserne. Dette betyder i enkelte analyser, at resultaterne ikke kan vises, da antallet af observationer er for få (<6). Stor variation i andel af bemærkninger kan blandt andet tilskrives, at definitionen af variablene er ændret samt overgang fra papir til elektronisk journal.

Tabel 3. Beskrivelse af variable under "bemærkninger til regulation af søvn, spisning og gråd" i otte- til timånedersalderen

Bemærkninger til regulation af søvn, spisning og gråd	
Søvn/døgnrytme	Barnet har en døgnrytme. Barnets søvnmønster svarer til barnets behov for søvn.
Ernæring/spisning	Barnet får modermælk eller modermælkserstatning kombineret med andet mad. Der er ikke problemer med spisningen (måden barnet spiser på). Barnet drikker af kop. Barnets hovedernæring er skemad (barnets ernæring svarer til anbefalingerne).
Uro/gråd	Det urolige og grædende barn kan trøstes.

Tabel 4. Beskrivelse af variable under "bemærkninger til udvikling" i otte- til timånedersalderen

Bemærkninger til udvikling	
Motorisk udvikling	Barnet triller fra ryg til mave og omvendt og sidder sikkert selv. Barnet kryber eller kravler forlæns eller baglæns, - det er vigtigt, at barnet bevæger sig rundt. Barnet begynder at rejse sig ved støtte og trækker sig op i armene. Omkring nímånedersalderen kan mange børn kravle, kan selv sætte sig op og sidder sikkert. Barnet flytter ting fra hånd til hånd og putter det i munden, kan bevæge øjnene uden at bevæge hovedet. Følger eksempelvis legetøj, der falder inden for synsfeltet. Der er begyndende udvikling af pincetgrebet.
Kommunikation/sprog	Barnet pludrer med mange lyde og i to stavelser, varieret styrke og længde. Barnet gentager forældrenes lyde og reagerer på sit eget navn samt forstår enkelte ord og lyde. Barnet anvender mimik og giver tydeligt udtryk for glæde og utilfredshed, griner og hviner.

Tabel 5. Beskrivelse af variabelen "bemærkninger til kontakt og samspil" i otte- til timånedersalderen

Bemærkninger til kontakt og samspil	
Forældre-barn kontakt og samspil	Barnet er veltilpasset og plejet, og påklædningen er hensigtsmæssig i forhold til inde/udeklimaet og barnets bevægelsesfrihed. Forældrene tilbyder barnet aktiviteter, der stimulerer barnets udvikling. Forældrene har en rolig og sikker adfærd, hvor forældre og barn er i positivt samspil. Forældrene er i stand til at opfange barnets behov og opfylde dem. Forældrene er opmærksomme på uro/gråd og kan trøste barnet, så det falder til ro. Forældrene forstår og reagerer/opfanger ældre søskendes reaktioner.

Psykisk mistrivsel i indskolingsalderen

På baggrund af litteraturen, den tidligere regionsrapport om børns mentale helbred og sundhed (Pant et al. 2019) samt sundhedsplejerskens journal har vi udvalgt variable som indsamles af sundhedsplejersken ved indskolingsundersøgelsen, og som kan udgøre relevante trivselsmarkører til opsporing af børn i risiko for at udvikle psykisk sygdom eller psykisk mistrivsel. Disse variable er 1) forholdet til jævnaldrende, 2) generel trivsel, og 3) trivsel i skolen. Forældrene bliver i forbindelse med

indskolingsundersøgelsen bedt om at vurdere barnets forhold til jævnaldrende via et spørgeskema forud for undersøgelsen. Ved indskolingsundersøgelsen vurderer sundhedsplejersken barnets trivsel med udgangspunkt i forældrebesvarelsen, et spørgeskema, som barnet har besvaret forud for samtalen samt selve samtalen mellem sundhedsplejersken, barnet og dets forældre.

Tabel 6 beskriver de tre variable, som beskriver forskellige aspekter af barnets trivsel ved indskolingsundersøgelsen.

Tabel 6. Beskrivelse af tre indikatorer på barnets psykiske mistrivsel ved indskolingsundersøgelsen

Variabel	Beskrivelse
Forældrenes vurdering af barnets forhold til jævnaldrende	<p>Forældrene bliver bedt om at vurdere barnets forhold til jævnaldrende i de seneste seks måneder ud fra nedenstående udsagn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er lidt af en enspænder • Har mindst én god ven • Er generelt vellidt af andre børn • Bliver mobbet eller drillet af andre børn • Kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn <p>Forældrene skal vurdere hvert enkelt udsagn ud fra svarmulighederne: "Passer ikke", "Passer delvist" og "Passer godt".</p> <p>Udsagnene stammer fra det internationalt anvendte spørgeskema "The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)" og udgør underskalaen "Problemer i forholdet til jævnaldrende" (Obel et al., 2003).</p> <p>Forældrenes svar summeres til en samlet score ved, at hvert svar giver mellem nul og to point, hvor nul point betyder ingen problemer. En samlet score på nul til to point defineres som "Inden for normalområdet", en score på tre point defineres som "Grænseområdet", og en score på fire til ti point defineres som "Uden for normalområdet". I denne rapport fokuseres på børn i grænseområdet og børn, der ligger uden for normalområdet, og som udgør gruppen af "børn med problemer i forholdet til jævnaldrende".</p>
Generel trivsel	<p>Barnet svarer på udsagnet: "Sådan har jeg det for det meste" ved at pege på det ansigt, som afspejler "Meget glad", "Glad", "Midt imellem" og "Ikke glad", og som bedst afspejler deres svar.</p> <p>Børn, som har svaret "midt imellem" og "ikke glad", udgør gruppen af børn med lav generel trivsel.</p>
Trivsel i skolen	<p>Barnet svarer på udsagnet "Sådan har jeg det for det meste i skolen" ved at pege på det ansigt, som bedst afspejler deres svar og som repræsenterer "Meget glad", "Glad", "Midt imellem" og "Ikke glad".</p> <p>Børn, som har svaret "midt i mellem" og "ikke glad", kategoriseres som børn med lav skoletrivsel.</p>

2.3.3 Øvrige variable

Rapporten inddrager en række andre variable, som bruges til at beskrive studiepopulationen (se bilag 1) og som kontrol for confoundere. Således indhentes oplysninger om barnets køn, mors og fars alder, mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, inden barnet fylder otte måneder fra sundhedsplejerskernes journaler. Oplysninger om familietype, herunder om barnet bor med begge eller kun den ene forælder, forældrenes uddannelse, erhvervstilknytning og herkomst er indhentet på baggrund af registeroplysninger i Danmarks Statistik. Oplysninger om barnets gestationsalder er indhentet fra Det Medicinske Fødselsregister (MFR). I bilag 2 ses en oversigt over alle rapportens variable.

2.4 Statistiske analyser

Analyserne i rapporten består af tre trin. Første trin har til formål at vise forekomsten af unge med psykisk mistrivsel registreret af sundhedsplejersken ved udskolingsundersøgelsen, når den unge er cirka 16 år og forekomsten af unge, som har en psykisk sygdom, der er diagnosticeret i hospitalsvæsenet inden 16. leveår.

Andet analysetrin undersøger med multivariate logistiske regressionsanalyser, hvorvidt bemærkninger til regulering, udvikling samt forældre-barn kontakt identificeret ved sundhedsplejerskernes besøg, når barnet er otte til ti måneder, samt indikatorer for psykisk mistrivsel i indskolingsalderen øger risikoen for psykisk mistrivsel i udskolingsalderen og diagnosticeret psykisk sygdom, inden den unge er 16 år.

Resultaterne fra disse analyser formidles som både ujusterede og justerede odds ratio-værdier (OR). OR angiver, om forekomsten i en gruppe ligger over eller under forekomsten i en anden gruppe, der benævnes referencegruppen. Referencegruppen i denne rapport er ikke at have en bemærkning til den pågældende markør. Værdien 1 svarer til forekomsten i referencegruppen, og hvis OR er højere eller lavere end 1, betyder det, at forekomsten er højere eller lavere i den undersøgte gruppe end i referencegruppen. Sikkerhedsintervallet viser, om OR er statistisk signifikant højere/lavere end 1. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1, er OR-værdien ikke statistisk signifikant forskellig fra referencegruppen. I disse analyser anvendes der et signifikansniveau på 5 %. Hvis OR-værdien er signifikant forskellig fra referencegruppen, markeres dette ved, at resultatet skrives med fed. Alle analyser kontrolleres for mulig confounding via multivariate logistiske regressionsanalyser. Confounderne er udvalgt med udgangspunkt i litteraturen, som viser, at variabelen er associeret med både determinant og udfald. Det fremgår under hver tabel, hvilke faktorer analyserne er kontrolleret for.

I tredje analysetrin undersøges det via krydstabeller, hvordan psykisk sygdom inden 16. leveår og sundhedsplejerskerregistreret psykisk mistrivsel ved udskolingsundersøgelsen hænger sammen. Sammenhænge er testet med en statistisk test, der viser, om sammenhængen, man ser, er et reelt udtryk for en forskel mellem grupperne, eller om forskellen kan tilskrives tilfældigheder. I de tilfælde, hvor de fundne forskelle med 95 % sandsynlighed er statistisk signifikante, er det markeret med én stjerne, mens det i de tilfælde, hvor de fundne forskelle med 99 % sandsynlighed er statistisk signifikante, er markeret med to stjerner. For at undersøge om sammenhængen er forskellig afhængigt af, hvornår diagnosen er stillet, blev analyserne indledningsvist opdelt i tre aldersgrupper: 0-5 år, 6-11 år og 12-15 år. Da sammenhænge var stort set ens på tværs af de tre aldersgrupper og antallet af observationer i nogle grupper blev for små og således påvirkede den statistiske styrke, blev aldersgrupperne slået sammen og de endelige resultater præsenteret i én samlet analyse.

2.5 Datasikkerhed

Samarbejdet Databasen Børns Sundhed overholder Det danske kodeks for integritet i forskning (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2014). Syddansk Universitet er dataansvarlige myndighed for databehandlingen. Data behandles fortroligt og anvendes udelukkende til forskning og statistiske formål. Det er således udelukkende udvalgte forskere, som har adgang til data, og formidlingen af resultaterne sker således, at det ikke er muligt at identificere enkeltpersoner. Forskerne har i deres arbejde med data ikke adgang til direkte personhenførbare oplysninger, herunder CPR-nummer.

3 Resultater

3.1 Forekomst af psykisk mistrivsel i udskolingsalderen og psykiske sygdomme inden 16. leveår

Tabel 7 og 8 viser forekomsten af unge, hvor sundhedsplejersken i forbindelse med udskolingsundersøgelsen har registreret en bemærkning til psykisk mistrivsel i hjemmet, i skolen eller i forholdet til jævnaldrende, samt forekomsten af unge med en diagnosticeret psykisk sygdom, inden den unge bliver 16 år. Disse variable er fordelt efter sociodemografiske data, fx forældres uddannelse, familietype, herkomst mv.

Af tabel 7 ses, at sundhedsplejersken ved udskolingsundersøgelsen har registreret, at 5,8 % af de unge mistrives i hjemmet, 6,3 % mistrives i skolen, og 3,0 % mistrives i forholdet til jævnaldrende. Samlet har 10,8 % af de unge mindst ét tegn på psykisk mistrivsel i udskolingsalderen (resultat er ikke vist i tabel 7). Tabellen viser tydelige kønsforskelle i psykisk mistrivsel i hjemmet og i skolen, dog ikke i forholdet til jævnaldrende, og således rapporteres, cirka dobbelt så mange piger som drenge at mistrives i hjemmet (piger: 7,8%, drenge: 3,9%) og i skolen (piger: 8,0%, drenge: 4,7%). Tabellen viser også, at andelen af unge, der mistrives i hjemmet, fordeler sig forskelligt efter forældrenes uddannelse, familietype ved fødslen, etnicitet og forældrenes alder ved fødslen. Andelen af unge, der mistrives i skolen og i forholdet til jævnaldrende, fordeler sig ligeledes forskelligt afhængigt af forældrenes uddannelse, mors alder ved fødslen og familietype ved fødslen.

For psykisk sygdom viser tabel 8, at 7,8 % af de unge er diagnosticeret med en psykisk udviklingsforstyrrelse, og at 7,4 % er diagnosticeret med en adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse, inden de bliver 16 år. I metodeafsnittets tabel 2 fremgår en beskrivelse af, hvilke diagnoser de to diagnosegrupper omfatter. Tabellen viser yderligere en tydelig kønsforskel i forekomsten af psykisk sygdom. For eksempel er 5,8 % af pigerne diagnosticeret med en udviklingsforstyrrelse, inden de fylder 16 år, mens dette gælder for 9,7 % af drengene. Den omvendte kønsforskel ses i forhold til adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse, hvor 8,5 % af pigerne og 6,4 % af drengene er diagnosticeret, inden de bliver 16 år. Tabellen viser også, at andelen af unge med enten en udviklingsforstyrrelse eller en adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse fordeler sig forskelligt efter forældrenes uddannelsesniveau, familietype ved fødslen, etnicitet og forældrenes alder ved fødslen. Eksempelvis viser tabellen, at forekomsten af psykisk sygdom stiger, jo lavere forældrenes uddannelsesniveau er, samt at en større andel af unge er diagnosticeret med en psykisk sygdom, hvis de ikke boede med begge forældre ved fødslen.

Tabel 7. Forekomst af psykisk mistrivsel efter sociodemografiske faktorer blandt unge i udskolingsalderen i databasekommuner i Region Hovedstaden

	Mistrivsel i hjemmet		Mistrivsel i skolen		Mistrivsel i forholdet til jævnaldrende	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Alle (N=21.089)	5,8	(1.226)	6,3	(1.334)	3,0	(627)
Køn (N=21.089)		**		**		**
Dreng	3,9	(416)	4,7	(504)	2,2	(234)
Pige	7,8	(810)	8,0	(830)	3,8	(393)
Forældrenes uddannelsesniveau, når barnet bliver født (N=19.948)		**		**		**
Lang videregående	4,2	(242)	4,4	(255)	2,3	(133)
Kort eller mellemlang videregående	6,3	(350)	6,9	(386)	3,4	(188)
Almen- eller erhvervsgymnasial	5,5	(104)	5,0	(94)	2,3	(43)
Erhvervsfaglig	7,1	(369)	7,7	(400)	3,4	(179)
Grundskole	6,8	(102)	8,5	(128)	3,3	(50)
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet et år inden, barnet bliver født (N=19.324)						
Begge forældre i erhverv eller under uddannelse	5,7	(889)	6,2	(972)	2,9	(464)
Én i erhverv eller under uddannelse, én ikke	6,1	(166)	7,1	(192)	3,2	(88)
Begge forældre ikke i erhverv eller under uddannelse	6,1	(51)	5,3	(44)	2,0	(17)
Familietype, når barnet bliver født (N=19.650)		**				**
Bor med begge forældre	5,5	(964)	6,2	(1.079)	2,9	(501)
Bor ikke med begge forældre	8,3	(187)	7,1	(160)	3,9	(89)
Forældres herkomst (N=21.000)		**				
Begge forældre dansk herkomst	6,2	(919)	6,4	(953)	3,1	(456)
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	6,9	(150)	7,2	(155)	3,4	(73)
Begge efterkommere eller indvandrede	3,9	(152)	5,7	(222)	2,5	(98)
Mors alder, når barnet bliver født (N=19.757)		**		**		
< 25 år	7,3	(182)	7,7	(190)	3,6	(89)
≥ 25 år	5,6	(972)	6,1	(1.058)	2,9	(502)
Fars alder, når barnet bliver født (N=19.574)		*				
< 25 år	7,2	(96)	6,9	(92)	2,8	(37)
≥ 25 år	5,7	(1.041)	6,3	(1.148)	2,9	(537)

Tabel 8. Forekomst af diagnosticeret psykiske sygdomme inden 16. leveår efter sociodemografiske faktorer blandt unge i databasekommuner i Region Hovedstaden

	Udviklingsforstyrrelse		Adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse	
	%	(n)	%	(n)
Alle (N=12.626)	7,8	(987)	7,4	(934)
Køn (N=12.626)		**		**
Dreng	9,7	(640)	6,4	(420)
Pige	5,8	(347)	8,5	(514)
Forældrenes uddannelsesniveau, når barnet bliver født (N=11.931)		**		**
Lang videregående	6,1	(192)	5,6	(176)
Kort eller mellemlang videregående	7,5	(233)	6,7	(209)
Almen- eller erhvervsgymnasial	6,7	(81)	7,2	(87)
Erhvervsfaglig	10,2	(340)	9,9	(329)
Grundskole	10,4	(117)	10,0	(112)
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet et år inden, barnet bliver født (N=11.522)				
Begge forældre i erhverv eller under uddannelse	8,1	(748)	7,6	(696)
Én i erhverv eller under uddannelse, én ikke	7,7	(133)	8,0	(139)
Begge forældre ikke i erhverv eller under uddannelse	6,3	(37)	6,8	(40)
Familietype, når barnet bliver født (N=11.814)		**		**
Bor med begge forældre	7,8	(805)	7,4	(764)
Bor ikke med begge forældre	10,5	(154)	10,0	(146)
Forældres herkomst (N=12.461)		**		**
Begge forældre dansk herkomst	8,8	(779)	8,1	(720)
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	8,6	(116)	8,7	(118)
Begge efterkommere eller indvandrere	4,0	(98)	4,2	(95)
Mors alder, når barnet bliver født (N=11.958)		**		**
< 25 år	10,0	(182)	10,5	(191)
≥ 25 år	7,7	(781)	7,1	(721)
Fars alder, når barnet bliver født (N=11.838)		*		**
< 25 år	9,8	(101)	10,5	(108)
≥ 25 år	7,8	(845)	7,3	(792)

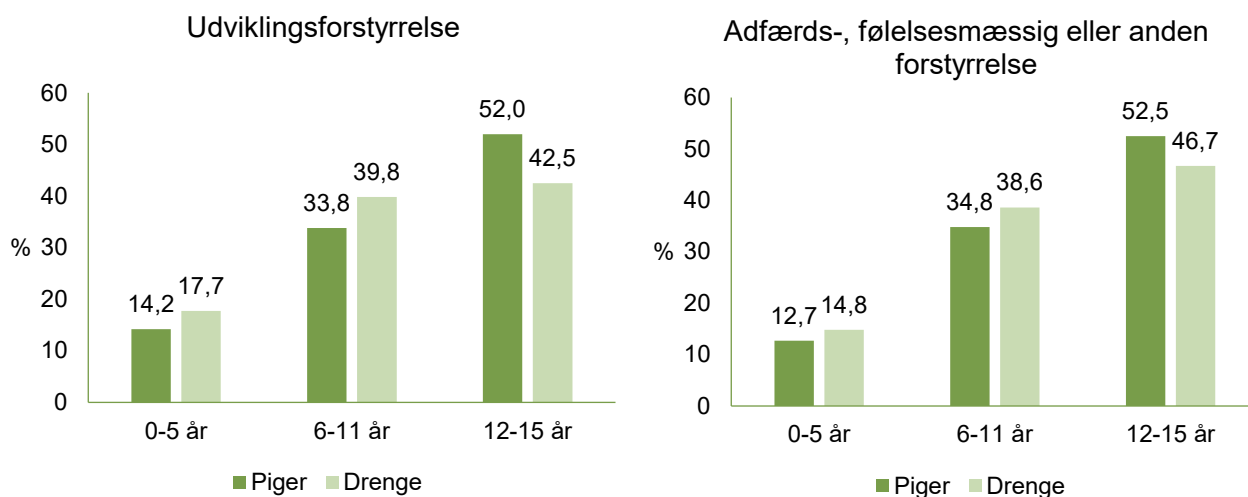
Tabel 9 viser forekomsten af de specifikke psykiske diagnoser, som udgør hver af de to hoveddiagnosegrupper. Blandt diagnoserne i gruppen med udviklingsforstyrrelse er hyperkinetiske forstyrrelser den hyppigste udviklingsforstyrrelse (4,0 %), mens gennemgribende udviklingsforstyrrelser og generelle, specifikke og uspecifikke udviklingsforstyrrelser forekommer blandt cirka 3 % af de unge. Inden for diagnosegruppen adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse ses, at affektive og emotionelle forstyrrelser er den hyppigst forekommende diagnose med en forekomst på 5,7 %. Herudover viser tabellen, at 1,3 % er diagnosticeret med en anden diagnose, som ikke falder inden for udviklingsforstyrrelse og adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse. Inden 16. leveår kan den unge være diagnosticeret med flere diagnoser inden for forskellige diagnosegrupper præsenteret i tabel 9, og af tabellen ses det, at 11,9 % af de unge er diagnosticeret med mindst én psykisk sygdom, inden de fylder 16 år.

Tabel 9. Forekomsten af unge med en diagnosticeret psykisk sygdom inden 16. leveår (N=12.626)

Diagnosegrupper	%	n
Udviklingsforstyrrelse	7,8	987
Generelle, specifikke og uspecifikke udviklingsforstyrrelser (mental retardering)	3,2	399
Gennemgribende udviklingsforstyrrelser (autismespektrum-tilstande ASD/PDD)	3,3	420
Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD og opmærksomhedsforstyrrelser uden hyperaktivitet)	4,0	502
Tics	1,2	147
Skizofreni	0,7	94
Adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse	7,4	934
Affektive og emotionelle forstyrrelser (inkl. angsttilstande og OCD)	5,7	719
Spiseforstyrrelser	0,9	113
Søvnforstyrrelser	0,3	32
Adfærdsforstyrrelser	0,7	84
Sociale funktionsforstyrrelser	0,5	67
Personlighedsforstyrrelser	0,5	59
Misbrugsdiagnoser	0,5	59
Selvmodrsforsøg	0,3	39
Andre diagnoser	1,3	158
Mindst én psykisk sygdom	11,9	1.505

Figur 2 viser inden for hvilken aldersgruppe, den psykiatriske diagnose blev diagnosticeret, for henholdsvis piger og drenge. Figuren viser, at knap 50 % af pigerne er blevet diagnosticeret med en udviklingsforstyrrelse eller en adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse, inden de er fyldt 12 år. For drengene gælder det, at omtrent 60 % diagnosticeres med en udviklingsforstyrrelse, inden de fylder 12 år, og 54,4 % med en adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse inden 12 år.

Figur 2. Diagnostetidspunkt for psykisk sygdom efter aldersgruppe og køn (N=12.626)



3.2 Tidlige markører for psykisk mistrivsel i udskolingsalderen

Bemærkninger til regulation, udvikling, kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen

Tabel 10 viser odds ratio-værdier for sammenhæng mellem bemærkninger til regulation, udvikling og kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen og mistrivsel i hjemmet i udskolingsalderen.

Tabellen viser, at der ikke er nogen sammenhæng mellem bemærkninger til regulation, udvikling og kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen og mistrivsel i hjemmet i udskolingsalderen. Det er værd at bemærke, at sammenhængen mellem bemærkning til søvn/døgnrytme og mistrivsel i hjemmet næsten er signifikant, når der tages højde for andre forhold (OR:1,37, CI:0,97-1,94).

Tabel 10. OR (95 % CI) for mistrivsel i hjemmet i udskolingsalderen efter sundhedsplejerskebemærkninger til barnets regulation, udvikling og kontakt og samspil i otte- til timånedersalderen

Mistrivsel i hjemmet i udskolingsalderen			
	% (n)	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Bemærkninger til regulation af søvn, spisning og gråd			
<i>Søvn/døgnrytme</i>	N=7.298		
Nej	4,6 (308)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	6,0 (40)	1,31 (0,94-1,84)	1,37 (0,97-1,94)
<i>Ernæring/spisning</i>	N=5.546		
Nej	5,0 (215)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	5,3 (65)	1,06 (0,80-1,41)	1,11 (0,82-1,49)
<i>Uro/gråd</i>			
Nej	-	-	-
Ja	-	-	-
Bemærkninger til udvikling			
<i>Motorisk udvikling</i>	N=7.194		
Nej	4,8 (271)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	5,4 (81)	1,14 (0,88-1,47)	1,14 (0,88-1,49)
<i>Kommunikation/sprog</i>	N=7.018		
Nej	4,9 (338)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	4,2 (6)	0,84 (0,37-1,92)	0,83 (0,36-1,91)
Bemærkninger til kontakt og samspil			
<i>Forældre-barn kontakt og samspil</i>			
Nej	-	-	-
Ja	-	-	-

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,05$)

**Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

^a Justeret for gestationsalder, forældrenes uddannelse, familietype, herkomst, mors alder ved fødslen, mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, når barnet er nul til seks måneder.

- Viser ikke, da der er for få observationer (<6) i den enkelte gruppe til, at det kan vises, og at det er statistisk forsvarligt at lave analyser herpå.

Tabel 11 viser odds ratio-værdier for sammenhængen mellem bemærkninger til regulation, udvikling og kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen og mistrivsel i skolen ved udskolingsalderen.

Unge, der i otte- til timånedersalderen fik bemærkning til ernæring/spisning, har større risiko for at mistrives i skolen i udskolingsalderen (OR: 1,40, CI:1,10-1,77) sammenlignet med unge uden bemærkning i otte- til timånedersalderen. Kontrol for andre forhold fx mors alder, mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, ændrer ikke sammenhængen, og unge med bemærkning til ernæring/spisning har fortsat øget risiko for at mistrives i udskolingsalderen. For de resterende fire

bemærkninger ved otte- til timånedersalderen ser vi ingen sammenhæng med mistrivsel i skolen ved udskolingsalderen.

Tabel 11. OR (95 % CI) for mistrivsel i skolen i udskolingsalderen efter sundhedsplejerskebemærkninger til barnets regulation, udvikling og kontakt i otte- til timånedersalderen

Mistrivsel i skolen i udskolingsalderen			
	% (n)	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI)
Bemærkninger til regulation af søvn, spisning og gråd			
<i>Søvn/døgnrytme</i>	N=7.298		
Nej	6,2 (413)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	5,9 (39)	0,94 (0,67-1,31)	0,89 (0,63-1,27) ^a
<i>Ernæring/spisning</i>	N=5.546**		
Nej	6,0 (259)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	8,2 (101)	1,40 (1,10-1,77)	1,39 (1,09-1,79)^a
<i>Uro/gråd</i>			
Nej	-	-	-
Ja	-	-	-
Bemærkninger til udvikling			
<i>Motorisk udvikling</i>	N=7.194		
Nej	6,3 (356)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	6,5 (98)	1,05 (0,83-1,32)	1,05 (0,83-1,34) ^a
<i>Kommunikation/sprog</i>	N=7.018		
Nej	6,3 (431)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	6,3 (9)	1,00 (0,50-1,97)	0,97 (0,49-1,92) ^a
Bemærkninger til kontakt og samspil			
<i>Forældre-barn kontakt og samspil</i>	N=1.485		
Nej	5,7 (79)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	5,6 (6)	0,97 (0,41-2,27)	1,07 (0,44-2,63) ^b

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,05$)

**Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

^a Justeret for gestationsalder, forældrenes uddannelse, familietype, herkomst, mors alder ved fødslen, mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, når barnet er nul til seks måneder.

^b Justeret for gestationsalder, forældrenes uddannelse, familietype, herkomst, mors alder ved fødslen, mors psykiske tilstand, når barnet er nul til seks måneder.

- Viser ikke, da der er for få observationer (<6) i den enkelte gruppe til, at det kan vises, og at det er statistisk forsvarligt at lave analyser herpå.

Tabel 12 viser odds ratio-værdier for sammenhæng mellem bemærkninger til regulation, udvikling og kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen og mistrivsel i forholdet til jævnaldrende i udskolingsalderen.

Unge, der ved otte- til timånedersalderen fik bemærkning til ernæring/spisning (OR:1,52, CI:1,04-2,22), har større risiko for at mistrives i forholdet til jævnaldrende i udskolingsalderen sammenlignet med unge uden bemærkning til ernæring/spisning ved otte- til timånedersalderen. Når vi tager højde for andre forhold, fx mors alder, mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, inden den unge var seks måneder, har unge med bemærkning til ernæring/spisning ved otte- til timånedersalderen fortsat øget risiko for at mistrives i udskolingsalderen. For de resterende parametre ved otte- til timånedersalderen ser vi ingen sammenhæng med mistrivsel i forholdet til jævnaldrende i udskolingsalderen.

Tabel 12. OR (95 % CI) for mistrivsel i forholdet til jævnaldrende i udskolingsalderen efter sundhedsplejerskebemærkninger til barnets regulation, udvikling og kontakt i otte- til timånedersalderen

Mistrivsel i forholdet til jævnaldrende i udskolingsalderen			
	% (n)	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI)^a
Bemærkninger til regulation af søvn, spisning og gråd			
<i>Søvn/døgnrytme</i>	N=7.298		
Nej	2,3 (149)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	2,0 (13)	0,87 (0,49-1,54)	0,86 (0,48-1,54)
<i>Ernæring/spisning</i>	N=5.546*		
Nej	2,2 (93)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	3,2 (40)	1,52 (1,04-2,22)	1,64 (1,11-2,43)
<i>Uro/gråd</i>			
Nej	-	-	-
Ja	-	-	-
Bemærkninger til udvikling			
<i>Motorisk udvikling</i>	N=7.194		
Nej	2,3 (128)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	2,2 (33)	0,98 (0,66-1,44)	0,97 (0,65-1,45)
<i>Kommunikation/sprog</i>	N=7.018		
Nej	2,2 (152)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	4,2 (6)	1,92 (0,84-4,42)	1,91 (0,82-4,43)
Bemærkninger til kontakt og samspil			
<i>Forældre-barn kontakt og samspil</i>			
Nej	-	-	-
Ja	-	-	-

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,05$)

**Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

^a Justeret for gestationsalder, forældrenes uddannelse, familietype, herkomst, mors alder ved fødslen, mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, når barnet er nul til seks måneder.

- Vises ikke, da der er for få observationer (<6) i den enkelte gruppe til, at det kan vises, og at det er statistisk forsvarligt at lave analyser herpå.

Bemærkninger til trivsel ved indskolingsundersøgelsen

Tabel 13 viser odds ratio-værdier for sammenhæng mellem sundhedsplejerskebemærkninger til trivsel ved indskolingsundersøgelsen og mistrivsel i hjemmet i udskolingsalderen.

Tabellen viser, at i analyserne, hvor der ikke tages højde for andre forhold, er der ingen sammenhæng mellem lav generel trivsel, lav skoletrivsel eller problemer i forholdet til jævnaldrende ved indskoling og mistrivsel i hjemmet i udskolingsalderen. Når vi tager højde for andre forhold, fx mors alder, mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, inden den unge var seks måneder, er der en forøget risiko for mistrivsel i hjemmet blandt unge med problemer i forholdet til jævnaldrende ved indskoling (OR:1,67, CI:1,02-2,74) sammenlignet med unge, der havde god trivsel ved indskoling.

Tabel 13. OR (95 % CI) for mistrivsel i hjemmet i udskolingsalderen efter sundhedsplejerskebemærkninger til trivsel i indskoling

Mistrivsel i hjemmet i udskolingsalderen			
	% (n)	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Lav generel trivsel ved indskoling	N=9.589		
Nej	4,8 (437)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	6,2 (28)	1,31 (0,88-1,94)	1,05 (0,58-1,91)
Lav skoletrivsel ved indskoling	N=9.022		
Nej	4,9 (402)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	5,9 (49)	1,22 (0,90-1,65)	1,23 (0,81-1,86)
Problemer ift. jævnaldrende ved indskoling	N=9.680		
Nej	4,8 (431)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	5,9 (40)	1,25 (0,90-1,74)	1,67 (1,02-2,74)

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,05$)

**Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

^a Justeret for gestationsalder, forældrenes uddannelse, familietype, herkomst, mors alder ved fødslen, mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, når barnet er nul til seks måneder.

Tabel 14 viser odds ratio-værdier for sammenhæng mellem sundhedsplejerskebemærkninger til trivsel ved indskolingsundersøgelsen og mistrivsel i skolen i udskolingsalderen.

Unge, der ved indskoling havde lav skoletrivsel (OR:1,77, CI:1,37-2,29), har større risiko for at mistrives i skolen i udskolingsalderen sammenlignet med unge, der ved indskoling havde god skoletrivsel. Når vi tager højde for andre forhold, fx mors alder, mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, inden den unge var seks måneder, er der fortsat en øget risiko for at mistrives i skolen blandt unge, der ved indskoling havde lav skoletrivsel. For lav generel trivsel og problemer i forholdet til jævnaldrende ser vi ingen sammenhæng med mistrivsel i skolen i udskolingsalderen.

Tabel 14. OR (95 % CI) for mistrivsel i skolen i udskolingsalderen efter sundhedsplejerskebemærkninger til trivsel i indskoling

Mistrivsel i skolen i udskolingsalderen			
	% (n)	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Lav generel trivsel ved indskoling	N=9.589		
Nej	5,5 (498)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	6,6 (30)	1,22 (0,84-1,79)	0,88 (0,50-1,52)
Lav skoletrivsel ved indskoling	N=9.022**		
Nej	5,3 (435)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	9,1 (75)	1,77 (1,37-2,29)	1,67 (1,19-2,34)
Problemer ift. jævnaldrende ved indskoling	N=9.680		
Nej	5,4 (490)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	6,4 (43)	1,18 (0,85-1,63)	1,35 (0,86-2,10)

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,05$)

**Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

^a Justeret for gestationsalder, forældrenes uddannelse, familietype, herkomst, mors alder ved fødslen, mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, når barnet er nul til seks måneder.

Tabel 15 viser odds ratio-værdier for sammenhæng mellem sundhedsplejerskebemærkninger til trivsel ved indskolingsundersøgelsen og mistrivsel i forholdet til jævnaldrende i udskolingsalderen.

Unge, der ved indskolingen havde lav generel trivsel (OR:2,12, CI:1,31-3,43) og lav skoletrivsel (OR:1,82, CI:1,22-2,72), har større risiko for at mistrives i forholdet til jævnaldrende i udskolingsalderen sammenlignet med unge, der ved indskolingen havde god trivsel. Når vi tager højde for andre forhold, fx mors alder, mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, inden den unge var seks måneder, er der fortsat en øget risiko for at mistrives i forholdet til jævnaldrende blandt unge, der ved indskolingen havde lav generel trivsel og lav skoletrivsel. For problemer i forholdet til jævnaldrende ved indskolingen ser vi ingen sammenhæng med mistrivsel i forholdet til jævnaldrende i udskolingsalderen.

Tabel 15. OR (95 % CI) for mistrivsel i forholdet til jævnaldrende i udskolingsalderen efter sundhedsplejerskebemærkninger til trivsel i indskolingen

Mistrivsel i forholdet til jævnaldrende i udskolingsalderen			
	% (n)	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Lav generel trivsel ved indskoling	N=9.589**		
Nej	2,0 (184)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	4,2 (19)	2,12 (1,31-3,43)	2,21 (1,17-4,18)
Lav skoletrivsel ved indskoling	N=9.022**		
Nej	2,0 (160)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	3,5 (29)	1,82 (1,22-2,72)	1,83 (1,08-3,10)
Problemer ift. jævnaldrende ved indskoling	N=9.680		
Nej	2,2 (195)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	3,1 (21)	1,45 (0,92-2,28)	1,59 (0,84-3,00)

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,05$)

**Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

^a Justeret for gestationsalder, forældrenes uddannelse, familietype, herkomst, mors alder ved fødslen, mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, når barnet er nul til seks måneder.

3.3 Tidlige markører for psykiske sygdomme inden 16. leveår

Bemærkninger til regulation, udvikling, kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen

Tabel 16 viser odds ratio-værdier for sammenhæng mellem bemærkninger til regulation, udvikling og kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen og psykisk udviklingsforstyrrelse diagnosticeret mellem 11 måneder og 16 år.

Unge, der ved otte- til timånedersalderen fik bemærkning til motorisk udvikling (OR:1,30, CI:1,00-1,69) og bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil (OR:1,55, CI:1,09-2,21), har større risiko for at blive diagnosticeret med en udviklingsforstyrrelse inden 16. leveår sammenlignet med unge, der ikke fik en bemærkning til motorisk udvikling. Kontrol for andre forhold, fx mors alder og mors psykiske tilstand, påvirker sammenhængene, så disse forsvinder, hvorfor sammenhængene potentielt kan forklares af de forhold, der kontrolleres for. For de resterende tre bemærkninger ved otte- til timånedersalderen ser vi ingen sammenhæng med udviklingsforstyrrelse inden 16 år.

Tabel 16. OR (95 % CI) for udviklingsforstyrrelse diagnosticeret mellem 11 måneder og 16 år efter sundhedsplejerskebemærkninger til barnets regulation, udvikling og kontakt i otte- til timånedersalderen

Udviklingsforstyrrelse			
	% (n)	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI)
Bemærkninger til regulation af søvn, spisning og gråd			
<i>Søvn/døgnrytme</i>	N=4.285		
Nej	8,1 (313)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	9,0 (39)	1,11 (0,79-1,58)	1,04 (0,72-1,50) ^a
<i>Uro/gråd</i>	N=4.099		
Nej	8,2 (333)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	16,2 (6)	2,17 (0,90-5,23)	1,83 (0,73-4,59) ^a
Bemærkninger til udvikling			
<i>Motorisk udvikling</i>	N=4.071*		
Nej	8,0 (262)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	10,2 (81)	1,30 (1,00-1,69)	1,14 (0,86-1,50) ^a
<i>Kommunikation/sprog</i>	N=3.977		
Nej	8,3 (319)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	9,9 (12)	1,22 (0,67-2,24)	1,02 (0,53-1,94) ^a
Bemærkninger til kontakt og samspil			
<i>Forældre-barn kontakt og samspil</i>	N=4.132*		
Nej	8,2 (311)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	12,1 (39)	1,55 (1,09-2,21)	1,30 (0,89-1,89) ^b

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,05$)

**Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

^a Justeret for gestationsalder, forældrenes uddannelse, familietype, herkomst, mors alder ved fødslen, mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, når barnet er nul til seks måneder.

^b Justeret for gestationsalder, forældrenes uddannelse, familietype, herkomst, mors alder ved fødslen, mors psykiske tilstand, når barnet er nul til seks måneder.

Tabel 17 viser odds ratio-værdier for sammenhæng mellem bemærkninger til regulation, udvikling og kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen og senere diagnosticering af en adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse.

Unge, der ved otte- til timånedersalderen fik bemærkning til uro/gråd (OR:2,47, CI:1,02-5,97) og bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil (OR:1,52, CI:1,04-2,22), har større risiko for at blive diagnosticeret med en adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse inden 16. leveår sammenlignet med unge uden bemærkning ved otte- til timånedersalderen. Når vi tager højde for andre forhold, fx mors alder og mors psykiske tilstand, inden den unge var seks måneder, forsvinder sammenhængene, hvorfor sammenhængene potentielt kan forklares af de forhold, der kontrolleres for. For de resterende tre bemærkninger ved otte- til timånedersalderen ser vi ingen sammenhæng med adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse inden 16 år.

Tabel 17. OR (95 % CI) for adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse diagnosticeret mellem 11 måneder og 16 år efter sundhedsplejerskebemærkninger til barnets regulation, udvikling og kontakt i otte- til timånedersalderen

Adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse			
	% (n)	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI)
Bemærkninger til regulation af søvn, spisning og gråd			
<i>Søvn/døgnrytme</i>	N=4.285		
Nej	7,2 (278)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	7,8 (34)	1,09 (0,75-1,58)	1,07 (0,73-1,56) ^a
<i>Uro/gråd</i>	N=4.099*		
Nej	7,3 (295)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	16,2 (6)	2,47 (1,02-5,97)	2,18 (0,87-5,51) ^a
Bemærkninger til udvikling			
<i>Motorisk udvikling</i>	N=4.071		
Nej	7,3 (240)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	7,7 (61)	1,05 (0,78-1,40)	0,96 (0,70-1,31) ^a
<i>Kommunikation/sprog</i>	N=3.977		
Nej	7,3 (282)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	7,4 (9)	1,02 (0,51-2,03)	1,00 (0,49-2,02) ^a
Bemærkninger til kontakt og samspil			
<i>Forældre-barn kontakt og samspil</i>	N=4.132*		
Nej	7,0 (267)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	10,3 (33)	1,52 (1,04-2,22)	1,28 (0,85-1,93) ^b

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,05$)

**Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

^a Justeret for gestationsalder, forældrenes uddannelse, familietype, herkomst, mors alder ved fødslen, mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, når barnet er nul til seks måneder.

^b Justeret for gestationsalder, forældrenes uddannelse, familietype, herkomst, mors alder ved fødslen, mors psykiske tilstand, når barnet er nul til seks måneder.

Bemærkninger til trivsel ved indskolingsundersøgelsen

Tabel 18 viser odds ratio-værdier for sammenhæng mellem sundhedsplejerskebemærkninger til trivsel ved indskolingsundersøgelsen og risikoen for at blive diagnosticeret med en psykisk udviklingsforstyrrelse i perioden fra indskolingsundersøgelsen til 16 år.

Unge, der ved indskolingen havde lav generel trivsel (OR:1,70, CI:1,14-2,53), lav skoletrivsel (OR:1,89, CI:1,37-2,61) og problemer i forholdet til jævnaldrende (OR:2,85, CI:2,17-3,74), har større risiko for at blive diagnosticeret med en udviklingsforstyrrelse inden 16. leveår sammenlignet med unge, der ved indskolingen havde god trivsel. Når vi tager højde for andre forhold, fx mors alder, mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, inden den unge var seks måneder, øges risikoen yderligere for udviklingsforstyrrelse blandt unge, der ved indskolingen havde med problemer i forholdet til jævnaldrende (OR:4,14, CI:2,15-7,97). Omvendt forsvinder den øgede risiko for udviklingsforstyrrelse blandt unge, der havde lav generel trivsel og lav skoletrivsel ved indskolingen, når vi tager højde for andre forhold, hvorfor disse sammenhænge potentielt kan forklares af de forhold, der kontrolleres for.

Tabel 18. OR (95 % CI) for udviklingsforstyrrelse diagnosticeret mellem indskolingsundersøgelsen og 16 år efter sundhedsplejerskebemærkninger til trivsel ved indskolingsundersøgelsen

Udviklingsforstyrrelse			
	% (n)	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Lav generel trivsel ved indskoling	N=5.986**		
Nej	5,2 (293)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	8,5 (29)	1,70 (1,14-2,53)	1,39 (0,53-3,65)
Lav skoletrivsel ved indskoling	N=4.835**		
Nej	4,9 (210)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	8,9 (49)	1,89 (1,37-2,61)	1,15 (0,51-2,61)
Problemer ift. jævnaldrende ved indskoling	N=6.414**		
Nej	4,9 (286)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	12,8 (73)	2,85 (2,17-3,74)	4,14 (2,15-7,97)

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,05$)

**Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

^a Justeret for gestationsalder, forældrenes uddannelse, familietype, herkomst, mors alder ved fødslen, mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, når barnet er nul til seks måneder.

Tabel 19 viser odds ratio-værdier for sammenhæng mellem sundhedsplejerskebemærkninger til trivsel ved indskolingsundersøgelsen og adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse diagnosticeret i perioden fra indskolingsundersøgelsen til 16 år.

Unge, der ved indskoling havde lav skoletrivsel (OR:1,59, CI:1,14-2,21) og problemer i forholdet til jævnaldrende (OR:1,76, CI:1,30-2,38), har større risiko for at blive diagnosticeret med en adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse inden 16 år sammenlignet med unge, der ved indskoling havde god trivsel. Når vi tager højde for andre forhold, fx mors alder, mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, inden den unge var seks måneder, forsvinder den forøgede risiko, hvorfor sammenhængene potentielt kan forklares af de forhold, der kontrolleres for. For lav generel trivsel ved indskoling ser vi ingen sammenhæng med adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse.

Tabel 19. OR (95 % CI) for adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse diagnosticeret mellem indskolingsundersøgelse og 16 år efter sundhedsplejerskebemærkninger til trivsel i indskoling

Adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse			
	% (n)	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Lav generel trivsel ved indskoling	N=5.986		
Nej	5,8 (328)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	7,6 (26)	1,34 (0,88-2,03)	1,45 (0,50-4,24)
Lav skoletrivsel ved indskoling	N=4.835**		
Nej	5,4 (232)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	8,3 (46)	1,59 (1,14-2,21)	1,03 (0,40-2,70)
Problemer ift. jævnaldrende ved indskoling	N=6.414**		
Nej	5,6 (328)	1 (reference)	1 (reference)
Ja	9,5 (54)	1,76 (1,30-2,38)	1,02 (0,35-2,98)

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,05$)

**Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

^a Justeret for gestationsalder, forældrenes uddannelse, familietype, herkomst, mors alder ved fødslen, mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, når barnet er nul til seks måneder.

3.4 Sammenhæng mellem psykisk sygdom og psykisk mistrivsel i udskolingsalderen

Tabel 20 viser sammenhængen mellem forekomsten af psykisk mistrivsel i udskolingsalderen og forekomsten af psykisk sygdom inden 16. leveår.

Tabellen viser, at blandt de unge med en psykisk sygdom (udviklingsforstyrrelse eller adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse) mistrives omtrent hver tiende i hjemmet eller i skolen. I forholdet til jævnaldrende mistrives 7,6 % af de unge med en psykisk udviklingsforstyrrelse, mens det gælder færre (3,6 %) med en diagnosticeret adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse. Desuden viser tabellen, at der er cirka dobbelt så mange unge med en psykisk sygdom, der mistrives i hjemmet, i skolen og i forholdet til jævnaldrende sammenlignet med unge uden en diagnosticeret psykisk sygdom. Det gælder dog ikke blandt gruppen af unge med en udviklingsforstyrrelse, hvor cirka fire gange så mange mistrives i forholdet til jævnaldrende sammenlignet med unge uden en psykisk sygdom. Det er værd at bemærke, at hovedparten af alle unge med en psykisk sygdom trives i hjemmet, i skolen og i forholdet til jævnaldrende.

Analyserne blev indledningsvist stratificeret på aldersgruppe for diagnostetidspunkt (0-5 år, 6-11 og 12-15 år) for at undersøge, om sammenhængen var forskellig afhængigt af, hvor længe barnet eller den unge har levet med sin diagnose. Resultaterne i hver aldersgruppe var dog næsten ens (resultater ikke vist), og således blev grupperne slået sammen igen og resultaterne præsenteret for alle på én gang.

Tabel 20. Prævalensen af unge med psykisk mistrivsel i udskolingsalderen efter psykisk sygdom inden 16. leveår (N=5.442)

	Psykisk mistrivsel (%)					
	I hjemmet		I skolen		I forholdet til jævnaldrende	
Psykisk sygdom	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Udviklingsforstyrrelse	**		**		**	
Nej	95,2	4,8	94,8	5,2	98,3	1,7
Ja	90,3	9,7	88,1	11,9	92,5	7,6
Adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse	**		**		*	
Nej	95,3	4,7	94,8	5,2	98,1	1,9
Ja	89,8	10,2	88,9	11,2	96,4	3,6

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,05$)

**Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

4 Diskussion

Formålet med denne rapport har været at undersøge forekomsten af psykisk mistrivsel i udskolingsalderen samt forekomsten af diagnosticeret psykisk sygdom inden 16. leveår. Derudover har rapporten haft til formål at undersøge, hvordan sundhedsplejerskernes bemærkninger til barnets trivsel og udvikling i første leveår og i indskolingsalderen hænger sammen psykisk mistrivsel i udskolingsalderen og diagnosticeret psykisk sygdom inden 16. leveår. Ligeledes har formålet været at undersøge, hvordan diagnosticeret psykisk sygdom inden 16. leveår hænger sammen med psykisk mistrivsel i udskolingsalderen.

4.1 Sammenfatning og diskussion af fundene

Forekomst af psykisk mistrivsel og psykisk sygdom

Resultaterne viser, at sundhedsplejerskerne i forbindelse med udskolingsundersøgelsen har registreret, at 5,8 % af de unge mistrives i hjemmet, 6,3 % mistrives i skolen, og 3,0 % mistrives i forholdet til jævnaldrende. Hver tiende ung (10,8 %) har minimum ét sundhedsplejerskeregistreret tegn på psykisk mistrivsel (enten mistrivsel i hjemmet, i skolen eller i forholdet til jævnaldrende). I en tidligere sundhedsprofil fra Region Hovedstaden på lignende data har 13,2 % af børnene mindst ét tegn på psykisk mistrivsel, mens 5,6 % mistrives i skolen, og 5,1 % mistrives i hjemmet (Ammitzbøll et al., 2018a). Derudover viser Ottosen et al. (2018), at 12 % af de 15-årige mistrives, og tal fra de nationale trivselsmålinger viser, at godt 6 % af unge i 8.-9. klasse er aldrig eller sjældent glad for sin klasse (Børne- og Undervisningsministeriet, 2022). Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 viser, at blandt 15-årige oplever 4 % af piger og 5 % af drenge at blive mobbet et par gange om måneden (Rasmussen et al., 2019). Den relativt store variation i prævalensen af psykisk mistrivsel på tværs af undersøgelser afspejler den store variation i måden, hvorpå psykisk mistrivsel defineres, måles og afrapporteres på tværs af fagdiscipliner og forskningsfelter. Disse forskelle gør det udfordrende at lave direkte sammenligninger af forekomsten af psykisk mistrivsel på tværs af undersøgelser. Der er tydelige kønsforskelle i forekomsten af unge, der mistrives i udskolingsalderen, i denne rapport. Det gælder særligt for mistrivsel i hjemmet og i skolen, hvor cirka dobbelt så mange piger (7,8 % og 8,0 %) som drenge (3,9 % og 4,7 %) mistrives. Disse fund understøttes af den eksisterende danske litteratur, som genfinder tydelige mønstre i mistrivsel, hvor en større andel piger end drenge rapporterer, at de mistrives i ungdomsårene (Pisinger et al., 2019, Ottosen et al., 2018, Jeppesen et al., 2020, Børne- og Undervisningsministeriet, 2022).

I forhold til forekomsten af psykisk sygdom viser rapporten, at 11,9 % af børn og unge fra de deltagende kommuner i Region Hovedstaden er diagnosticeret med mindst én psykisk sygdom, inden de fylder 16 år. Heraf er 7,8 % diagnosticeret med en psykisk udviklingsforstyrrelse og 7,4 % diagnosticeret med en adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse. Forekomsten af psykisk sygdom er i overensstemmelse med fund fra et stort nationalt registerstudie, som blandt andet finder, at 15 % af børn og unge i Danmark får diagnosticeret en psykisk sygdom i hospitalsvæsenet, inden de fylder 18 år (Dalsgaard et al., 2019). Det bør i forlængelse heraf nævnes, at når forekomsten fra registre sammenlignes med forældres, læreres og unges egen rapportering af angst og adfærdsforstyrrelser, er den selvrapporterede forekomst markant højere (Jeppesen et al., 2020). Det skyldes højst sandsynligt, at det primært er de børn og unge, der er hårdest ramt, der bliver henvist, udredt og behandlet i hospitalsvæsenet, samtidig med, at en relativt stor andel børn og unge bliver udredt og behandlet i privat regi, som derfor ikke registreres i nationale registre (Jeppesen et al., 2020). Rapporten viser også, at 50 % af pigerne bliver diagnosticeret med en psykisk sygdom, når de er mellem 12 og 16 år, mens det kun gælder godt 40 % af drengene. En større andel drenge end piger diagnosticeres

således tidligere med en psykisk sygdom, og inden de fylder 12 år. Det stemmer overens med studiet af Dalsgaard et al. (2019), som – særligt blandt piger – finder en øget incidensrate af psykisk sygdom med stigende alder. Kønsforskellene kommer også til udtryk i typen af diagnosticeret psykisk sygdom, hvor vi i rapporten ser, at psykisk udviklingsforstyrrelse er mest prævalent blandt drenge, mens adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse er oftere forekommende blandt piger. Tilsvarende kønsforskelle i type af psykiatrisk diagnose rapporteres også i andre danske undersøgelser (Dalsgaard et al., 2019, Jeppesen et al., 2020). Dalsgaard et al. (2019) finder i deres studie, at drenge er yngre end piger ved første psykiatriske diagnose, men at mønsteret ændres med stigende alder således, at en større andel piger end drenge er diagnosticeret med en psykisk sygdom ved 18-årsalderen. Dette mønster peger ifølge Dalsgaard et al. (2019) på en forsinket opsporing af psykiske sygdomme blandt piger.

Tidlige markører for senere psykisk mistrivsel

I analyserne, der undersøger, hvordan sundhedsplejerskernes registreringer af barnets udvikling og trivsel i første leveår og i indskolingsalderen hænger sammen med psykisk mistrivsel i udskolingsalderen, finder vi, at sundhedsplejersken i et vist omfang – dog primært ved indskolingsundersøgelsen – kan opspore børn, der er i risiko for at mistrives i udskolingsalderen. Her er særligt to fund vigtige at fremhæve.

For det første er sundhedsplejerskens bemærkning til barnets ernæring/spisning ved otte- til timånedersalderen forbundet med en øget risiko for psykisk mistrivsel i både skolen og i forholdet til jævnaldrende i udskolingsalderen. Analyserne tyder også på, at der er en øget risiko for at mistrives hjemme som ung, hvis man havde problemer med regulering af søvn/døgnrytme i første leveår. Resultaterne er dog kun på grænsen til at være signifikante (OR:1,39, CI:0,99-1,97), hvilket kan skyldes de få cases af børn i analyserne og således problemer med den statistiske styrke. At reguleringsvanskeligheder omkring spisning og ernæring i første leveår er forbundet med øget mistrivsel i ungdommen, er til dels ny viden. Dog peger eksisterende forskning på, at tidlige reguleringsvanskeligheder kan være de første tegn på emotionel og adfærdsmæssig dysregulering, som kan strække sig ind i skolealderen (Holstein et al., 2021, Hemmi et al., 2011). Sundhedsplejerskens bemærkninger til barnets motoriske og sproglige udvikling samt forældre-barn kontakt er ikke associeret med psykisk mistrivsel i udskolingsalderen. Disse fund stemmer fint overens med resultaterne fra den tidligere rapport for Region Hovedstaden af Pant og kollegaer (2019), som konkluderer, at sundhedsplejerskens bemærkninger i første leveår helt overordnet set ikke prædikterer mistrivselproblemer i indskolingsalderen.

For det andet viser rapporten, at særligt lav skoletrivsel i indskolingsalderen er forbundet med senere mistrivsel i skolen og i forholdet til jævnaldrende i udskolingsalderen. Lav generel trivsel i indskolingsalderen er også associeret til mistrivsel i forholdet til jævnaldrende i udskolingsalderen. Disse fund er i overensstemmelse med meget eksisterende forskning (Maughan & Kim-Cohen, 2005, Jeppesen et al., 2020). Eksempelvis er der flere studier, der viser, at længerevarende ensomhed øger risikoen for dårligt selvvurderet helbred (Qualter et al., 2013), søvnproblemer (Harris et al., 2013, Matthews et al., 2017), skolefravær og ringere karakterer i skolen (Juvonen et al., 2000, Benner, 2011), mens et britisk studie peger på, at børn med prosocial adfærd, fx at være en god ven, har lavere risiko for at opleve psykiske symptomer tre år senere end børn, der i mindre grad har denne adfærd (Hrafnkelsdottir et al., 2018). I tråd med den foreliggende forskning viser fundene i nærværende rapport således, at mistrivsel tidligt i livet kan følge børn videre ind i ungdomsårene.

Sundhedsplejerskens observationer af barnet i første leveår, men i særdeleshed ved indskolingsundersøgelsen, kan således give en indikation af, hvordan barnet trives i flere kontekster i ungdomsårene.

Tidlige markører for senere psykisk sygdom

To andre vigtige fund i rapporten er, at der i første leveår og ved indskolingsundersøgelsen kan identificeres enkelte markører for barnets trivsel og udvikling, som er forbundet med øget risiko for diagnosticeret psykisk sygdom, inden den unge bliver 16 år.

Sundhedsplejerskebemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen er associeret til både psykisk udviklingsforstyrrelse samt til adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse (diagnosticeret i alderen 11 måneder-16 år). Sammenhængen vedbliver dog ikke, når der kontrolleres for andre forhold i analyserne. Dette kan muligvis skyldes, at associationerne forklares af de forhold, der kontrolleres for, eksempelvis mors psykiske tilstand, inden barnet var seks måneder. Samtidig er det også muligt, at det kan skyldes, at den statistiske styrke i analyserne er for lille til at påvise en egentlig signifikant sammenhæng. Studiepopulationen er relativt lille i enkelte analyser (læs mere herom i afsnit 4.2. om styrker og svagheder ved undersøgelsen). At der findes en sammenhæng mellem forældre-barn relationen i den tidlige barndom og senere psykisk sygdom understøttes af andre studier, som finder, at forstyrret relation mellem forældre og barn kan øge risikoen for følelses- og adfærdsmæssige problemer (Skovgaard, 2010, Væver et al., 2016) samt neuroudviklingsforstyrrelse (Holstein et al., 2021), herunder ADHD (Elberling et al., 2014, Thomsen & Skovgaard, 2012). Eksisterende forskning peger også på, at forsinket motorisk udvikling i første leveår kan være et tegn på senere psykisk udviklingsforstyrrelse (Choi et al., 2018, Elberling et al., 2014, LeBarton & Landa, 2018, Sacrey et al., 2014, Sacrey et al., 2018, Lemcke et al., 2016). Ligesom forskning peger på, at tidlige reguleringsvanskeligheder er associeret til senere diagnosticeret udviklingsforstyrrelse (Hemmi et al., 2011, Hyde et al., 2012, Schmid & Wolke, 2014, Winsper & Wolke, 2013, Barnevik Olsson et al., 2013). Disse fund genfindes til dels i nærværende rapport, som viser, at der er sammenhæng mellem forsinket motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen og senere udviklingsforstyrrelse samt mellem sundhedsplejerskebemærkning til uro/gråd ved otte- til timånedersalderen og senere adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse. Sammenhængene vedbliver ikke, når der kontrolleres for mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, inden barnet var seks måneder. At sammenhængene igen forsvinder, når der kontrolleres for disse variable antyder, at forhold i familien har stor betydning for børn og unges risiko for at blive diagnosticeret med en psykisk sygdom. Eksempelvis er der stor arvelighed blandt neuroudviklingsforstyrrelser som ADHD og adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser som angst og depression, ligesom forekomsten er højere blandt børn fra familier med lavere socioøkonomisk status (Jeppesen et al., 2020, Holstein et al., 2021).

Rapporten viser, at problemer i forholdet til jævnaldrende ved indskolingsalderen er forbundet med en øget risiko for at blive diagnosticeret med en senere psykisk udviklingsforstyrrelse. Når der tages højde for blandt andet mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil forøges risikoen til en fire gange øget risiko for at blive diagnosticeret med en psykisk udviklingsforstyrrelse. Det indikerer, at problemer i forholdet til jævnaldrende i indskolingsalderen (målt med SDQ) er en vigtig selvstændig markør for at blive diagnosticeret med en senere psykisk udviklingsforstyrrelse. Dette fund understøttes af studier af Rimvall et al. (2014) og Nielsen et al. (2019), som finder, at mentale helbredsproblemer målt ved spørgeskemaet SDQ er associeret med henholdsvis markant øget risiko for udviklingsforstyrrelser som ADHD i 11- til 12-årsalderen og adfærdsforstyrrelser, ADHD eller emotionelle forstyrrelser hos børn i fem- til syvsårsalderen. Fælles understreger resultaterne, at SDQ – om end sundhedsplejersken ved indskolingsundersøgelsen kun bruger dele af SDQ – er meget brugbar i den tidlige opsporing af børn med øget risiko for psykisk sygdom i barndommen (Nielsen et al., 2019). Brug af SDQ til tidlig opsporing vurderes dog mest anvendeligt, hvis barnet løbende screenes i kombination med en klinisk vurdering (Jeppesen et al., 2020, Nielsen et al., 2019). Derudover viser nærværende rapport, at når der kontrolleres for mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, inden barnet var seks måneder, forsvinder flere af de observerede sammenhænge mellem henholdsvis lav trivsel generelt og i skolen og psykisk udviklingsforstyrrelse og

adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse. Disse fund peger på, som det var tilfældet ved markører i otte- til timånedersalderen, at sundhedsplejersken står over for komplekse samspil af årsagsmekanismer, som er forbundet med øget risiko for psykisk sygdom, og at familieforhold har betydning for børn og unges risiko for at blive diagnosticeret med en psykisk sygdom (Holstein et al., 2021).

Sammenhæng mellem psykisk mistrivsel og psykisk sygdom i udskolingsalderen

Et sidste vigtigt fund i rapporten er, at den ligesom den forrige regionsrapport af Pant et al. (2019) tydeliggør, at psykisk mistrivsel og diagnosticeret psykisk sygdom er nært beslægtede men alligevel adskilte fænomener.

Rapporten viser, at omkring dobbelt så mange unge med diagnosticeret psykisk sygdom mistrives i skolen og i hjemmet (10 %), sammenlignet med unge uden psykisk sygdom (5 %), hvilket illustrerer, at der er en sammenhæng mellem psykisk mistrivsel og psykisk sygdom. Rapporten viser også, at hovedparten af unge med en diagnosticeret psykisk sygdom trives på trods af deres diagnose (>88 %), samt at unge uden en diagnosticeret psykisk sygdom også mistrives, uden de har en egentlig psykisk sygdom. Fundene demonstrerer således, hvordan psykisk sygdom og psykisk mistrivsel er stærkt associeret men samtidig to adskilte fænomener (Sundhedsstyrelsen, 2018, Keyes, 2002, Westerhof & Keyes, 2010, Sellers et al., 2019). En teoretisk pointe, som også blev fremhævet i introduktionen, og som understreger, at unge med en psykisk sygdom kan trives på trods af deres diagnose, hvis de er velbehandlede og indgår i støttende omgivelser. Resultaterne fremhævet i dette afsnit understøtter således Keyes' todimensionelle model for mental sundhed, præsenteret i indledningen, som fremhæver vigtigheden af at inkludere både psykisk mistrivsel og psykisk sygdom i forskning og arbejdet med mental sundhed (Westerhof & Keyes, 2010).

4.2 Styrker og svagheder ved undersøgelsen

Det er en styrke, at nærværende rapport bygger på en undersøgelsespopulation, som omfatter en stor del af de børn, der er født i hele Region Hovedstaden i undersøgelsesperioden. Sundhedsplejersker ser næsten alle børn, hvorfor udfordringer med bortfald og dertilhørende bias er minimale. For at undersøge, om populationen af spæd-, ind- og udskolingsbørn er repræsentativ for Region Hovedstaden, har vi sammenholdt mulige sociodemografiske karakteristika med oplysninger fra Danmarks Statistiks Statistikbanken. Når vi ser på andelen af 25- til 44-årige i Region Hovedstaden, der er i beskæftigelse, er der i gennemsnit 79,1 %, der er i beskæftigelse i 2008-2020 (Danmarks Statistik, 2022a). Den andel er tilsvarende denne rapportes population, hvor lidt over 80,0 % er i erhverv eller under uddannelse (se tabel 2 og 3). Derudover viser Statistikbanken, at der blandt 25- til 44-årige i 2008-2020 er 74,7 % i Region Hovedstaden, der er af dansk oprindelse (Danmarks Statistik, 2022b). Dette svarer også nogenlunde til denne rapportes population (se bilag 1).

Den sidste del af dataindsamlingsperioden (skoleårene 2019/20-2020/21) har været påvirket af periodevise skole-nedlukninger i forbindelse med Corona-pandemien. Nogle skoler har derfor undersøgt færre børn, end hvad de plejer. Dette gør sig særligt gældende for udskolingsundersøgelserne, hvor undersøgelsen i nogle kommuner er blevet udskudt til næste skoleår eller helt aflyst. Det forventes ikke, at gruppen af børn og unge, der har deltaget i ind- og udskolingsundersøgelserne i skoleårene 2019/20-2020/21, adskiller sig fra gruppen af børn og unge, som har deltaget i de resterende år.

En yderligere styrke ved rapporten er, at data stammer fra sundhedsplejerskers journaler, som således er baseret på disse fagpersoners observationer og vurderinger. Den enkelte sundhedsplejerske og børne- og ungdomspsykiater er specialister på børneområdet, hvilket er med til at sikre høj kvalitet af det indsamlede data. Det er ligeledes en styrke, at data kobles til de nationale registre, for

eksempel Landspatientregistreret (LPR og LPR-PSYK), som giver fuldstændige oplysninger om, hvorvidt den unge er diagnosticeret med en psykisk sygdom på en børnepsykiatrisk eller pædiatrisk afdeling, inden den unge bliver 16 år. De indberettede diagnoser fra registre indeholder diagnoser stillet i hospitalsvæsenet, og således ikke diagnoser stillet af praktiserende speciallæger. Dette kan medføre en underestimering af forekomsten af børn og unge med en diagnosticeret psykisk sygdom som blandt andet ADHD, da en del børn og unge behandles for ADHD i speciallægepraksis (Jeppesen et al., 2020). Informationen om de unges psykiske mistrivsel i ungdommen vurderes af sundhedsplejersken på baggrund af én samtale med den unge i forbindelse med udskolingsundersøgelsen. Validiteten af disse udfaldsmål bør undersøges nærmere, da det er usikkert præcis, hvornår og i hvilke tilfælde hver sundhedsplejerske angiver en bemærkning til fx mistrivsel i hjemmet. Derudover afhænger målingen af, om der er fortrolighed mellem den unge og sundhedsplejersken således, at den unge vil fortælle om sin trivsel og eventuelle udfordringer. Sundhedsplejersken har ofte ikke kontakt med de unge, ud over udskolingssamtalen, og har derfor ikke en relation til den unge. Sundhedsplejerskens professionelle og faglige virke kan tænkes at medføre en tillid, der gør, at den unge vil fortælle om sin trivsel. Forekomsten af psykisk mistrivsel blandt unge kan derfor potentielt være underestimeret i forhold til undersøgelser, hvor mistrivsel vurderes ud fra selvrapporterede spørgeskemaer. Eksempelvis viser andre undersøgelser højere forekomst af psykisk mistrivsel (Rasmussen et al., 2019, Pisinger et al., 2019, Ottosen et al., 2018, Børne- og Undervisningsministeriet, 2022). En styrke er dog, at data er indsamlet af sundhedsplejersker og børne- og ungdomspsykiatere, hvilket betyder, at undersøgelsen inkluderer befolkningsgrupper, som ofte ikke deltager i spørgeskemaundersøgelser. Derudover kan sundhedsplejersken med sin faglige baggrund give en mere præcis vurdering af barnets udvikling og trivsel – særligt i barnets første leveår – end forældrene kan.

Koblingen af journaldata med registre (fx Uddannelsesregisteret, Arbejdsklassifikationsregisteret m.v.) er ligeledes med til at styrke kvaliteten af data. Registerkoblingen betyder, at det har været muligt at kontrollere analyserne for demografiske faktorer – fx forældres uddannelse, herkomst mv., der kan have indflydelse på resultaterne, hvilket bidrager til validiteten af rapportens fund.

Undersøgelsens prospektive design er endnu en styrke ved undersøgelsen. Designet muliggør, at vi kan følge børn, der bor i en kommune tilknyttet samarbejdet Databasen Børns Sundhed, fra de bliver født, til de fylder 16 år, og derved belyse, hvorvidt tidlige markører har sammenhæng med senere psykisk mistrivsel og psykisk sygdom. Med samarbejdet Databasen Børns Sundhed har vi oplysninger fra barnets første leveår siden 2002 og frem, oplysninger fra indskolingsundersøgelsen fra 2007 og frem og oplysninger fra udskolingsundersøgelsen fra 2016 og frem. Med undersøgelsens design reducerer vi risikoen for bias, der eksempelvis kan forekomme ved tilbageskuende undersøgelser, når eksempelvis forældre skal rapportere detaljer om barnets tidlige udvikling og trivsel. I analyserne kunne det have været relevant at tage højde for andre faktorer i de undersøgte sammenhænge. Eksempelvis at tage højde for om forældrene har en diagnosticeret psykisk sygdom eller bliver behandlet for psykisk sygdom via registeroplysninger. I analyserne anvender vi en proxy for dette i forbindelse med, at der i analyserne tages højde for, om sundhedsplejersken har registreret en bemærkning til morens psykiske tilstand.

Begrænset statistisk styrke er en udfordring i enkelte analyser i nærværende rapport, hvilket kan medføre, at resultaterne bliver statistisk insignifikante, selvom der er tale om en reel sammenhæng mellem determinant og udfald. Statistisk styrke i analyser afhænger blandt andet af studiepopulationens størrelse, hvor en mindre population medfører mindre styrke. Selvom rapportens studiepopulation er relativt stor, synes studiepopulationen alligevel ikke tilstrækkelig stor for de analyser, hvor forekomsten af cases er lille. Eksempelvis er der kun seks børn med både en diagnosticeret udviklingsforstyrrelse og bemærkning til uro/gråd ved otte- til timånedersalderen. Fremtidige undersøgelser bør derfor omfatte endnu større studiepopulationer.

4.3 Implikationer for forskning

Resultaterne fra denne rapport peger på flere forskningsområder, hvor der er brug for mere forskning. For eksempel viser denne rapport, at omkring hver tiende unge mistrives i sådan en grad, at det kommer til udtryk ved en samtale med sundhedsplejersken. Informationerne fra sundhedsplejerskernes journaler belyser ikke, hvorfor eller hvordan den unge for eksempel mistrives i forholdet til jævnaldrende eller i hjemmet, og det er derfor vigtigt, at fremtidig forskning undersøger årsagerne til denne mistrivsel, men også undersøger validiteten af de anvendte mål for mistrivsel i hjemmet, i skolen og i forholdet til jævnaldrende, samt hvilke aspekter af psykisk mistrivsel opfanges af sundhedsplejersken ved indskolings- og udskolings samtalen. Dette er et område, som samarbejdet Databasen Børns Sundhed har planer om at undersøge nærmere i kommende forskningsprojekter.

De sammenhænge rapporten finder mellem faktorer i spædbarnsalderen og senere diagnosticering af psykiske sygdomme eller psykisk mistrivsel bør udforskes yderligere, eksempelvis i forhold til potentielle medierende og modificerende faktorer i disse sammenhænge – og gerne med udgangspunkt i større studiepopulationer, hvor den statistiske styrke ikke er en udfordring. Eksempelvis ved at undersøge, om sammenhængene forstærkes ved tilstedeværelse af forskellige faktorer, og om sammenhængene går via en mellemliggende medierende faktor. En sådan viden er helt afgørende for tidlig opsporing og forebyggelse af følgevirkninger ved eksempelvis psykiatriske diagnoser. Yderligere bør fremtidig forskning undersøge, hvilken rolle flere af de centrale confoundere i analyserne spiller, for eksempel forældre-barn relationen og mors psykiske tilstand, som begge tyder på at spille en vigtig rolle i forhold til børn og unges psykiske mistrivsel og psykiske sygdom.

4.4 Implikationer for praksis

Tidlig opsporing efterfulgt af målrettet indsats har afgørende betydning for at forebygge og begrænse forværring af mentale problemer (Holstein et al., 2021, Jeppesen et al., 2020), og der er betydelig politisk og faglig interesse for at styrke den tidlige opsporing af og indsats over for psykisk mistrivsel og psykisk sygdom (Jeppesen et al., 2020, Holstein et al., 2021, Sundhedsstyrelsen, 2022). Sundhedsplejens undersøgelser og observationer af barnet i første leveår og i skoleårene fremhæves af danske forskere som vigtige kontekster i arbejdet med tidlig opsporing af mentale helbredsproblemer og sygdomme i barn- og ungdomsårene (Jeppesen et al., 2020, Holstein et al., 2021). Samtidig peger forskere og Sundhedsstyrelsen på, at der med undtagelse af indsatsen i den kommunale sundhedspleje blandt spædbørn mangler en kvalificeret og systematisk tidlig opsporing i grundskoler og blandt børn og unge i særlig risiko for at udvikle psykiske lidelser (Holstein et al., 2021, Sundhedsstyrelsen, 2022).

I tråd med resultaterne fra den tidligere regionsrapport om børns mentale helbred fra 2019 viser denne rapport, at sundhedsplejerskens møde med børn både i det første leveår, men særligt i forbindelse med indskolingsundersøgelsen, kan spille en central rolle i forhold til at løfte denne opgave. Forskningsprojektet Små Børns Sundhed er et eksempel på en metode til tidlig opsporing af sårbare børn i det første leveår og efterfølgende intervention. Programmet er ved at blive afprøvet i kommuner, der er med i databasesamarbejdet (Skovgaard et al., 2022).

Nærværende rapport peger på, at børn med regulationsvanskeligheder i første leveår, men særligt børn med lav skoletrivsel i indskolingen udgør en særlig sårbar gruppe for senere psykisk mistrivsel i udskolingsalderen. Ligesom børn, der har udfordringer i forældre-barn relationen i første leveår, men igen særligt børn med problemer i forhold til jævnaldrende ved indskolingen, udgør en særlig sårbar gruppe for senere diagnosticering af psykiske sygdomme. Ydermere peger rapporten på, at forhold i familien, såsom mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, inden barnet er seks måneder, har stor indflydelse på sammenhængene, hvilket understreger kompleksiteten i

forebyggelse af psykisk mistrivsel og opsporing af psykisk sygdom blandt børn og unge. I arbejdet med tidlig opsporing står sundhedsplejersken således over for komplekse samspil af psykosociale risikofaktorer, der ofte optræder samtidigt, og som gensidigt forstærker risikoen for mentale helbredsproblemer (Holstein et al., 2021).

Sundhedsstyrelsen påpeger i deres faglige oplæg til en 10-årsplan, "Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser" fra 2022, at indsatsen til børn og unge med psykisk mistrivsel er fragmenteret, usammenhængende og mangelfuld. Det anbefales i 10-årsplanen, at der etableres ét, lettilgængeligt tilbud til børn og unge med psykisk mistrivsel med én indgang til lettere behandling i alle kommuner (Sundhedsstyrelsen, 2022). Derudover fremhæver Jeppesen og kollegaer (2020), at skolesundhedsplejen bør opnormeres og opkvalificeres således, at der skabes bedre mulighed for, at skolesundhedsplejersken kan støtte og hjælpe børn og unge, der udviser tegn på mentale helbredsproblemer. I lighed med resultaterne i nærværende rapport peger Nielsen et al. (2019) på SDQ's anvendelighed i arbejdet med at identificere børn med øget risiko for psykisk sygdom i barn- og ungdommen.

Sundhedsplejerskerne har ved opsporing af børn i mistrivsel flere handlemuligheder. På nuværende tidspunkt kan sundhedsplejersken i barnets første leveår tilbyde ekstra besøg – såkaldte behovsbesøg – hvis familien har behov for det. Desuden kan sundhedsplejersken henvise børn og familier med særlige behov til eksempelvis praktiserende læge og en række kommunale tilbud. Der er dog brug for mere viden om, hvad der sker ved indskolings- og udskolingsundersøgelsen på tværs af kommuner i Danmark, samt hvilke handlemuligheder sundhedsplejerskerne, som opsporer mistrivsel, har.

5 Konklusion

Rapporten supplerer og udbygger tal fra tidligere danske undersøgelser, og peger på, at mere end hvert tiende ung har tegn på psykisk mistrivsel eller psykisk sygdom i udskolingsalderen. Rapporten viser også, at sundhedsplejersken ved indskolingsundersøgelsen har mulighed for at identificere en gruppe børn med firedobbelt øget risiko for psykiske udviklingsforstyrrelser og med øget risiko for psykiske trivselsproblemer i udskolingsalderen. Sundhedsplejersken spiller således en central rolle i forhold til opsporing af mentale helbredsproblemer.

De praksis- og forebyggelsesmæssige implikationer er, at sundhedsplejerskernes muligheder for at hjælpe disse børn, som opspores, bør yderligere udforskes. Det er afgørende, at der foreligger validerede metoder, som kan omsættes direkte til en forebyggende indsats, hvor forældre og barn inddrages på en aktiv og sundhedsfremmende måde. Hertil kræves systematisk forskning, som vil være næste skridt på vejen til at optimere de forebyggende indsatser i kommunerne målrettet børn og unges mentale trivsel og helbred. Der er manglende viden om hvilke aspekter af psykisk mistrivsel, der opfanges af sundhedsplejersken ved skoleundersøgelserne, og validiteten af de trivselsmål, der anvendes, er vigtige at udforske nærmere. I de kommende år vil den kommende Landsdækkende Database for Børn og Unges sundhed (LDBU) blive implementeret, og denne database vil give en unik indsigt i børn og unges sundhed i hele Danmark og dermed give mulighed for yderligere forskning i børn og unges sundhed.

Referencer

- Ammitzbøll, J., Pant, S. W., Holstein, B. E., Pedersen, T. P. & Due, P. 2018a. Sundhedsprofil for børn og unge i Region Hovedstaden og kommuner 2016/2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Ammitzbøll, J., Thygesen, L. C., Holstein, B. E., Andersen, A. & Skovgaard, A. M. 2018b. Predictive validity of a service-setting-based measure to identify infancy mental health problems: a population-based cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.
- Atladottir, H. O., Gyllenberg, D., Langridge, A., Sandin, S., Hansen, S. N., Leonard, H., Gissler, M., Reichenberg, A., Schendel, D. E., Bourke, J., Hultman, C. M., Grice, D. E., Buxbaum, J. D. & Parner, E. T. 2015. The increasing prevalence of reported diagnoses of childhood psychiatric disorders: a descriptive multinational comparison. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 24, 173-83.
- Barnevik Olsson, M., Carlsson, L. H., Westerlund, J., Gillberg, C. & Fernell, E. 2013. Autism before diagnosis: crying, feeding and sleeping problems in the first two years of life. *Acta Paediatr*, 102, 635-9.
- Benner, A. D. 2011. Latino adolescents' loneliness, academic performance, and the buffering nature of friendships. *J Youth Adolesc*, 40, 556-67.
- Bolton, P. F., Golding, J., Emond, A. & Steer, C. D. 2012. Autism spectrum disorder and autistic traits in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children: precursors and early signs. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51, 249-260.e25.
- Børne- Og Undervisningsministeriet. 2022. *Den nationale trivselsmåling, Elevtrivsel for 4.-9. klassetrin - skoleåret 2021/2022* [Online]. København: Børne- og Undervisningsministeriet. Available: <https://uddannelsesstatistik.dk/Pages/Reports/1773.aspx> [Accessed 16-11-2022 2022].
- Castagnini, A. C., Foldager, L., Caffo, E. & Thomsen, P. H. 2016. Early-adult outcome of child and adolescent mental disorders as evidenced by a national-based case register survey. *Eur Psychiatry*, 38, 45-50.
- Chawarska, K., Shic, F., Macari, S., Campbell, D. J., Brian, J., Landa, R., Hutman, T., Nelson, C. A., Ozonoff, S., Tager-Flusberg, H., Young, G. S., Zwaigenbaum, L., Cohen, I. L., Charman, T., Messinger, D. S., Klin, A., Johnson, S. & Bryson, S. 2014. 18-month predictors of later outcomes in younger siblings of children with autism spectrum disorder: a baby siblings research consortium study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 53, 1317-1327.e1.
- Choi, B., Leech, K. A., Tager-Flusberg, H. & Nelson, C. A. 2018. Development of fine motor skills is associated with expressive language outcomes in infants at high and low risk for autism spectrum disorder. *J Neurodev Disord*, 10, 14.
- Copeland, W. E., Wolke, D., Shanahan, L. & Costello, E. J. 2015. Adult Functional Outcomes of Common Childhood Psychiatric Problems: A Prospective, Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry*, 72, 892-9.
- Dalsgaard, S., Thorsteinsson, E., Trabjerg, B. B., Schullehner, J., Plana-Ripoll, O., Brikell, I., Wimberley, T., Thygesen, M., Madsen, K. B., Timmerman, A., Schendel, D., Mcgrath, J. J., Mortensen, P. B. & Pedersen, C. B. 2019. Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. *JAMA Psychiatry*.
- Danmarks Statistik. 2022a. *Erhvervs- og beskæftigelsesfrekvenser (ultimo november) efter frekvens, køn, herkomst, område, alder og tid*. [Online]. Available: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280> [Accessed].

- Danmarks Statistik. 2022b. *FOLK1E: Folketal den 1. i kvartalet efter område, køn, alder og herkomst* [Online]. Available: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280> [Accessed].
- Databasen Børns Sundhed 2021. Vejledning til den kvalitetssikrede sundhedsplejerskejournale. Link: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger.
- Desocio, J. & Hootman, J. 2004. Children's mental health and school success. *J Sch Nurs*, 20, 189-96.
- Due, P., Krolner, R., Rasmussen, M., Andersen, A., Trab Damsgaard, M., Graham, H. & Holstein, B. E. 2011. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scand J Public Health*, 39, 62-78.
- Elberling, H., Linneberg, A., Olsen, E. M., Houmann, T., Rask, C. U., Goodman, R. & Skovgaard, A. M. 2014. Infancy predictors of hyperkinetic and pervasive developmental disorders at ages 5-7 years: results from the Copenhagen Child Cohort CCC2000. *J Child Psychol Psychiatry*, 55, 1328-35.
- Elberling, H., Linneberg, A., Rask, C. U., Houman, T., Goodman, R. & Skovgaard, A. M. 2016. Psychiatric disorders in Danish children aged 5-7 years: A general population study of prevalence and risk factors from the Copenhagen Child Cohort (CCC 2000). *Nord J Psychiatry*, 70, 146-55.
- Ersline, H. E., Moffitt, T. E., Copeland, W. E., Costello, E. J., Ferrari, A. J., Patton, G., Degenhardt, L., Vos, T., Whiteford, H. A. & Scott, J. G. 2015. A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychol Med*, 45, 1551-63.
- Hale, D. R. & Viner, R. M. 2018. How adolescent health influences education and employment: investigating longitudinal associations and mechanisms. *J Epidemiol Community Health*, 72, 465-470.
- Harris, R. A., Qualter, P. & Robinson, S. J. 2013. Loneliness trajectories from middle childhood to pre-adolescence: impact on perceived health and sleep disturbance. *J Adolesc*, 36, 1295-304.
- Hemmi, M. H., Wolke, D. & Schneider, S. 2011. Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Arch Dis Child*, 96, 622-9.
- Holstein, B. E., Henriksen, T. B., Rayce, S. B., Ringsmose, C., Skovgaard, A. M., Teilmann, G. K. & Væver, M. S. 2021. Mental sundhed og psykisk sygdom hos 0-9-årige børn. København: Vidensråd for Forebyggelse.
- Hrafnkelsdottir, S. M., Brychta, R. J., Rognvaldsdottir, V., Gestsdottir, S., Chen, K. Y., Johannsson, E., Guethmundsdottir, S. L. & Arngrimsson, S. A. 2018. Less screen time and more frequent vigorous physical activity is associated with lower risk of reporting negative mental health symptoms among Icelandic adolescents. *PLoS One*, 13, e0196286.
- Hyde, R., O'callaghan, M. J., Bor, W., Williams, G. M. & Najman, J. M. 2012. Long-term outcomes of infant behavioral dysregulation. *Pediatrics*, 130, e1243-51.
- Iverson, J. M. 2010. Developing language in a developing body: the relationship between motor development and language development. *J Child Lang*, 37, 229-61.
- Jeppesen, P., Obel, C., Lund, L., Madsen, K. B., Nielsen, L. & Nordentoft, M. 2020. Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år - Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder. København: Vidensråd for Forebyggelse.
- Johnson, M. H., Gliga, T., Jones, E. & Charman, T. 2015. Annual research review: Infant development, autism, and ADHD--early pathways to emerging disorders. *J Child Psychol Psychiatry*, 56, 228-47.
- Juvonen, J., Nishina, A. & Graham, S. 2000. Peer harassment, psychological adjustment, and school functioning in early adolescence. *Journal of Educational Psychology*, 92, 349-359.
- Keyes, C. L. 2002. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav*, 43, 207-22.

- Keyes, C. L. 2006. Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? *Am J Orthopsychiatry*, 76, 395-402.
- Keyes, C. L. M. 2014. Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. In: BAUER, G. F. & HÄMMIG, O. (eds.) *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach*.: Springer.
- Koch, S. V., Andersson, M., Hvelplund, C. & Skovgaard, A. M. 2019. The incidence of mental and developmental disorders in 0-3-year-olds referred to treatment– a Nationwide population-based study – Submitted paper in review.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L. & Zwi, A. B. 2002. The world report on violence and health. *Lancet*, 360, 1083-8.
- Lauritsen, M. B., Jorgensen, M., Madsen, K. M., Lemcke, S., Toft, S., Grove, J., Schendel, D. E. & Thorsen, P. 2010. Validity of childhood autism in the Danish Psychiatric Central Register: findings from a cohort sample born 1990-1999. *J Autism Dev Disord*, 40, 139-48.
- Lebarton, E. S. & Landa, R. J. 2018. Infant motor skill predicts later expressive language and autism spectrum disorder diagnosis. *Infant Behav Dev*, 54, 37-47.
- Lemcke, S., Parner, E. T., Bjerrum, M., Thomsen, P. H. & Lauritsen, M. B. 2016. Early development in children that are later diagnosed with disorders of attention and activity: a longitudinal study in the Danish National Birth Cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25, 1055-66.
- Matthews, T., Danese, A., Gregory, A. M., Caspi, A., Moffitt, T. E. & Arseneault, L. 2017. Sleeping with one eye open: loneliness and sleep quality in young adults. *Psychol Med*, 47, 2177-2186.
- Maughan, B. & Kim-Cohen, J. 2005. Continuities between childhood and adult life. *Br J Psychiatry*, 187, 301-3.
- Micali, N., Rask, C. U., Olsen, E. M. & Skovgaard, A. M. 2016. Early Predictors of Childhood Restrictive Eating: A Population-Based Study. *J Dev Behav Pediatr*, 37, 314-21.
- Mohr-Jensen, C., Vinkel Koch, S., Briciet Lauritsen, M. & Steinhausen, H. C. 2016. The validity and reliability of the diagnosis of hyperkinetic disorders in the Danish Psychiatric Central Research Registry. *Eur Psychiatry*, 35, 16-24.
- Nielsen, L. G., Rimvall, M. K., Clemmensen, L., Munkholm, A., Elberling, H., Olsen, E. M., Rask, C. U., Skovgaard, A. M. & Jeppesen, P. 2019. The predictive validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire in preschool age to identify mental disorders in preadolescence. *PLoS One*, 14, e0217707.
- Nissen, J., Powell, S., Koch, S. V., Crowley, J. J., Matthiesen, M., Grice, D. E., Thomsen, P. H. & Parner, E. 2017. Diagnostic validity of early-onset obsessive-compulsive disorder in the Danish Psychiatric Central Register: findings from a cohort sample. *BMJ Open*, 7, e017172.
- Novax 2017. Obligatoriske registreringer i Novax journalen med henblik på deltagelse i Databasen Børns Sundhed. Link: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger.
- Obel, C., Dalsgaard, S., Stax, H. P. & Bilenberg, N. 2003. [Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Dan). A new instrument for psychopathologic screening of children aged 4-16 years]. *Ugeskr Laeger*, 165, 462-5.
- Olsen, A. L., Ammitzbøll, J., Olsen, E. M. & Skovgaard, A. M. 2019. Problems of feeding, sleeping and excessive crying in infancy: a general population study. *Arch Dis Child*.
- Otto, C., Reiss, F., Voss, C., Wüstner, A., Meyrose, A. K., Hölling, H. & Ravens-Sieberer, U. 2021. Mental health and well-being from childhood to adulthood: design, methods and results of the 11-year follow-up of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 30, 1559-1577.
- Ottosen, M., Andreasen, A., Dahl, K., Hestbæk, A., Lausten, M. & Rayce, S. 2018. Børn og unge i Danmark - Velfærd og trivsel 2018. København: VIVE. Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd.
- Pant, S. W., Pedersen, T. P., Ammitzbøll, J., Holstein, B. E. & Skovgaard, A. M. 2019. Børns mentale helbred og sundhed – En undersøgelse af nul- til otteårige i Region Hovedstaden i 2002-2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

- Pant, S. W., Skovgaard, A. M., Ammitzbøll, J., Holstein, B. E. & Pedersen, T. P. 2022. Motor development problems in infancy predict mental disorders in childhood: a longitudinal cohort study. *Eur J Pediatr*, 181, 2655-2661.
- Patalay, P. & Fitzsimons, E. 2018. Development and predictors of mental ill-health and wellbeing from childhood to adolescence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 53, 1311-1323.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S. & McGorry, P. 2007. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 369, 1302-1313.
- Pedersen, C. B., Mors, O., Bertelsen, A., Waltoft, B. L., Agerbo, E., Mcgrath, J. J., Mortensen, P. B. & Eaton, W. W. 2014. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry*, 71, 573-81.
- Pedersen, T. P., Pant, S. W. & Ammitzbøll, J. 2019. Sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling i det første leveår. Temarapport børn født i 2017. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Pihl, M. D. & Salmon, R. 2019. Flere unge med handicap består ikke folkeskolens afgangsprøve. København: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd for Danske Handicaporganisationer.
- Pisinger, V., Thorsted, A., Jezek, A., Jørgensen, A., Christensen, A. & Thygesen, L. 2019. UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Puskar, K. R. & Bernardo, L. M. 2007. Mental health and academic achievement: role of school nurses. *J Spec Pediatr Nurs*, 12, 215-23.
- Qualter, P., Brown, S. L., Rotenberg, K. J., Vanhalst, J., Harris, R. A., Goossens, L., Bangee, M. & Munn, P. 2013. Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: Predictors and health outcomes. *Journal of Adolescence*, 36, 1283-1293.
- Ranson, K. E. & Urichuk, L. J. 2008. The effect of parent-child attachment relationships on child biopsychosocial outcomes: a review. *Early Child Development and Care*, 178, 129-152.
- Rasmussen, M., Kierkegaard, L., Rosenwein, S., Holstein, B., Damsgaard, M. & Due, P. 2019. Skolebørnsundersøgelsen 2018. Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Rimvall, M. K., Elberling, H., Rask, C. U., Helenius, D., Skovgaard, A. M. & Jeppesen, P. 2014. Predicting ADHD in school age when using the Strengths and Difficulties Questionnaire in preschool age: a longitudinal general population study, CCC2000. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 23, 1051-60.
- Rutter, M., Kim-Cohen, J. & Maughan, B. 2006. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *J Child Psychol Psychiatry*, 47, 276-95.
- Sacrey, L. A., Germani, T., Bryson, S. E. & Zwaigenbaum, L. 2014. Reaching and grasping in autism spectrum disorder: a review of recent literature. *Front Neurol*, 5, 6.
- Sacrey, L. R., Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Brian, J. & Smith, I. M. 2018. The reach-to-grasp movement in infants later diagnosed with autism spectrum disorder: a high-risk sibling cohort study. *J Neurodev Disord*, 10, 41.
- Sadler, K., Vizard, T., Ford, T., Goodman, A., Goodman, R. & Mcmanus, S. 2018. Mental health of children and young people in England, 2017. Trends and characteristics.
- Schmid, G. & Wolke, D. 2014. Preschool regulatory problems and attention-deficit/hyperactivity and cognitive deficits at school age in children born at risk: different phenotypes of dysregulation? *Early Hum Dev*, 90, 399-405.
- Sellers, R., Warne, N., Pickles, A., Maughan, B., Thapar, A. & Collishaw, S. 2019. Cross-cohort change in adolescent outcomes for children with mental health problems. *J Child Psychol Psychiatry*, 60, 813-821.
- Skovgaard, A. M. 2010. Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Dan Med Bull*, 57, B4193.
- Skovgaard, A. M. 2012. Psykiske forstyrrelser i de første tre leveår. In: SKOVGAARD, R. H. T. O. (ed.) *Børne-og ungdomspsykiatri*. FaDL's Forlag.
- Skovgaard, A. M., Bakermans-Kranenburg, M., Pontoppidan, M., Tjornhoj-Thomsen, T., Madsen, K. R., Voss, I., Wehner, S. K., Pedersen, T. P., Finseth, L., Taylor, R. S., Tolstrup, J. S. &

- Ammitzbøll, J. 2022. The Infant Health Study - Promoting mental health and healthy weight through sensitive parenting to infants with cognitive, emotional, and regulatory vulnerabilities: protocol for a stepped-wedge cluster-randomized trial and a process evaluation within municipality settings. *BMC Public Health*, 22, 194.
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Olsen, E. M., Landorph, S. L., Lichtenberg, A. & Jørgensen, T. 2008a. Can a general health surveillance between birth and 10 months identify children with mental disorder at 1(1/2) year? A case-control study nested in cohort CCC 2000. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17, 290-8.
- Skovgaard, A. M., Olsen, E. M., Christiansen, E., Houmann, T., Landorph, S. L. & Jørgensen, T. 2008b. Predictors (0-10 months) of psychopathology at age 11/2 years - a general population study in The Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *J Child Psychol Psychiatry*, 49, 553-62.
- Skovgaard, A. M., Olsen, E. M., Houmann, T., Christiansen, E., Lichtenberg, A. & Jørgensen, T. 2007. Markers of mental health problems based on public health nurses' assessments of 0- to 1-year-old children: the Copenhagen County Child Cohort 2000 [in Danish: Markører for psykiske helbredsproblemer ved sundhedsplejerskernes undersøgelser af 0-1-årige børn]. *Ugeskrift for læger*, 169, 1006-9.
- Skovgaard, A. M., Wilms, L., Johansen, A., Ammitzbøll, J., Holstein, B. E. & Olsen, E. M. 2018. Standardiseret monitorering af spæd- og småbørns helbred i de kommunale sundhedsordninger. *Ugeskr Læger*, 17.
- Stefansson, C. G. 2006. Chapter 5.5: major public health problems - mental ill-health. *Scand J Public Health Suppl*, 67, 87-103.
- Sundhedsstyrelsen 2015. Skolesundhedsarbejde – håndbog til skolesundhedstjenesten. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2018. Forebyggelsespakke - Mental sundhed.
- Sundhedsstyrelsen 2019. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2022. Fagligt oplæg til en 10-årsplan. Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. København S: Sundhedsstyrelsen.
- Thomsen, P. & Skovgaard, A. 2012. *Børne- og ungdomspsykiatri. En lærebog om børn og unges psykiske sygdomme.*, FADL's Forlag.
- Uddannelses- Og Forskningsministeriet 2014. Den danske kodeks for integritet i forskning.
- Vizard, T., Sadler, K., Ford, T., Newlove-Delgado, T., Mcmanus, S., Marcheselli, F., Davis, J., Williams, T., Leach, C., Mandalia, D. & Cartwright, C. 2020. Mental Health of Children and Young People in England, 2020. Wave 1 follow up to the 2017 survey. Health and Social Care Information Centre.
- Væver, M. S., Smith-Nielsen, J., Wowern, R. V., Wendelboe, K. & Lavalley, L. M. 2016. Sikre metoder til at spore tidlig mistrivsel og stress hos spædbørn. *Sundhedsplejersken*, Nr. 3 årgang 38, 6-12.
- Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. 2010. Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *J Adult Dev*, 17, 110-119.
- Winsper, C. & Wolke, D. 2013. Infant and toddler crying, sleeping and feeding problems and trajectories of dysregulated behavior across childhood. *J Abnorm Child Psychol*, 42, 831-43.
- Wolf, R. T., Jeppesen, P., Gyrd-Hansen, D. & Oxholm, A. S. 2019. 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*, 14, e0223314.
- Wykes, T., Haro, J. M., Belli, S. R., Obradors-Tarragó, C., Arango, C., Ayuso-Mateos, J. L., Bitter, I., Brunn, M., Chevreur, K., Demotes-Mainard, J., Elfeddali, I., Evans-Lacko, S., Fiorillo, A., Forsman, A. K., Hazo, J.-B., Kuepper, R., Knappe, S., Leboyer, M., Lewis, S. W., Linszen, D., Luciano, M., Maj, M., Mcdaid, D., Miret, M., Papp, S., Park, A. L., Schumann, G., Thornicroft, G., Van Der Feltz-Cornelis, C., Van Os, J., Wahlbeck, K., Walker-Tilley, T. &

Wittchen, H.-U. 2015. Mental health research priorities for Europe. *The Lancet Psychiatry*, 2, 1036-1042.

Bilag

Bilag 1 – Karakteristisk af studiepopulationerne

Tabel 21. Karakteristika af studiepopulation II, III, IV og VII

	Studiepopulation II	Studiepopulation III	Studiepopulation IV	Studiepopulation VII
	%	%	%	%
Køn	N=12.626	N=8.555	N=4.597	N=6.095
Dreng	52,2	50,1	51,8	52,6
Pige	47,8	49,9	48,2	47,4
Forældrenes uddannelsesniveau, når barnet bliver født	N=11.931	N=8.497	N=4.507	N=5.755
Lang videregående	26,5	24,9	26,7	23,3
Kort eller mellemlang videregående	26,0	27,9	26,0	26,8
Almen- eller erhvervsgymnasial	10,1	10,0	10,2	11,0
Erhvervsfaglig	27,9	29,3	28,2	29,2
Grundskole	9,4	7,9	9,0	9,7
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet et år, inden barnet bliver født	N=11.522	N=8.308	N=4.331	N=5.550
Begge forældre i erhverv eller under uddannelse	79,9	82,3	81,4	79,3
Én i erhverv eller under uddannelse, én ikke	15,0	14,2	14,6	15,4
Begge forældre ikke i erhverv eller under uddannelse	5,1	3,5	4,1	5,3
Familietype, når barnet bliver født	N=11.814	N=8.466	N=4.484	N=5.691
Bor med begge forældre	87,6	89,8	88,6	87,4
Bor ikke med begge for- ældre	12,4	10,2	11,4	12,6
Forældres herkomst	N=12.461	N=8.553	N=4.556	N=6.069
Begge forældre dansk herkomst	71,2	73,4	72,4	69,1
Én dansk og én efter- kommer eller indvandrer	10,9	8,9	11,5	10,3
Begge efterkommere el- ler indvandrere	18,0	17,7	16,0	20,6
Mors alder, når barnet bliver født	N=11.958	N=8.555	N=4.597	N=5.721
< 25 år	15,2	12,6	13,8	15,5
≥ 25 år	84,8	87,4	86,2	84,5

Fars alder, når barnet bliver født	N=11.838	N=8.555	N=4.597	N=5.649
< 25 år	8,7	6,7	8,0	8,7
≥ 25 år	91,3	93,3	92,0	91,3

Tabel 22. Karakteristika af studiepopulation I, V og VI

	Studiepopulation I	Studiepopulation V	Studiepopulation VI
	%	%	%
Køn	N=23.835	N=11.250	N=6.930
Dreng	51,2	51,5	52,1
Pige	48,8	48,5	47,9
Alder ved udskolingsundersøgt N=23.835	... indskolingsundersøgt N=11.250	... indskolingsundersøgt N=6.930
	< 15 år: 53,4	< 6 år: 9,0	< 6 år: 5,6
	15-16 år: 42,3	6-7 år: 73,1	6-7 år: 62,5
	> 17 år: 4,4	> 7 år: 18,0	> 7 år: 31,9
Forældrenes uddannelsesniveau det år, barnet bliver...	... udskolingsundersøgt N=23.468	... indskolingsundersøgt N=11.113	... indskolingsundersøgt N=6.741
Lang videregående	30,1	28,4	27,3
Kort eller mellemlang videregående	30,9	29,1	27,1
Almen- eller erhvervsgymnasial	7,2	9,1	9,3
Erhvervsfaglig	25,9	27,0	28,2
Grundskole	6,0	6,5	8,1
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet...	... det år, barnet bliver udskolingsundersøgt N=22.303	... det år, barnet bliver indskolingsundersøgt N=10.834	... det år, barnet bliver indskolingsundersøgt N=6.572
Begge forældre i erhverv eller under uddannelse	80,6	83,2	82,4
Én i erhverv eller under uddannelse, én ikke	15,4	13,6	14,1
Begge forældre ikke i erhverv eller under uddannelse	4,0	3,3	3,5
Familietype det år, barnet bliver...	... udskolingsundersøgt N=22.276	... indskolingsundersøgt N=11.104	... indskolingsundersøgt N=6.738
Bor med begge forældre	81,1	84,5	82,4
Bor ikke med begge forældre	18,9	15,5	17,6
Forældres herkomst	N=23.709	N=11.227	N=6.833
Begge forældre dansk herkomst	71,0	73,1	73,1
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	10,5	10,2	10,4
Begge efterkommere eller indvandrere	18,5	16,7	16,6
Mors alder, når barnet bliver...	... udskolingsundersøgt N=23.308	... indskolingsundersøgt N= 11.104	... indskolingsundersøgt N=6.738
	< 40 år: 15,6	< 30 år: 8,1	< 30 år: 9,4
	≥ 40 år: 84,4	≥ 30 år: 91,9	≥ 30 år: 90,6
Fars alder, når barnet bliver...	... udskolingsundersøgt N=22.276	... indskolingsundersøgt N= 10.782	... indskolingsundersøgt N=6.501
	< 40 år: 7,6	< 30 år: 3,7	< 30 år: 4,6
	≥ 40 år: 92,4	≥ 30 år: 96,3	≥ 30 år: 95,4

Bilag 2 – Variabelliste

Tablet 23. Liste over de variable, som indgår i rapporten

Variabel	Data stammer fra	Kategorier		
Sociodemografiske faktorer				
Barnets køn	Sundhedsplejerskejournalen	Dreng Pige		
Barnets alder	Udregnet via. cpr. nr.	Ved indskoling <6 år 6-7 år > 7 år	Ved udskoling < 15 år 15-16 år > 16 år	
Familietype	Hentet via familieregisteret	Bor med begge forældre Bor ikke med begge forældre		
Mors og fars alder ved fødsel og indskoling	Udregnet via. cpr. nr.	Ved fødsel < 25 år ≥ 25 år	Ved indskoling < 30 år ≥ 30 år	Ved udskoling < 40 år ≥ 40 år
Forældrenes herkomst	Hentet via indvandringsregisteret (IEPE)	Begge forældre dansk herkomst En forælder dansk herkomst og én forælder indvandrer eller efterkommer Begge forældre indvandrere eller efterkommere		
Forældrenes igangværende eller højest uddannelsesniveau	Hentet via uddannelsesregisteret (UDDA)	Lang videregående uddannelse Kort eller mellemlang videregående uddannelse Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse Erhvervsfaglig uddannelse Grundskole		
Forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet	Hentet via arbejds-klassifikationsregisteret (AKM)	Begge forældre i erhverv eller under uddannelse En forælder i erhverv eller under uddannelse, én ikke i erhverv Begge forældre ikke i erhverv eller uddannelse		
Bemærkninger når barnet er nul til seks måneder				
Forældre-barn kontakt og samspil	Sundhedsplejerskejournalen	Bemærkning Ingen bemærkning		
Mors psykiske tilstand	Sundhedsplejerskejournalen	Bemærkning Ingen bemærkning		
Bemærkninger ved otte- til timånedersalderen				
Søvn/døgnrytme	Sundhedsplejerskejournalen	Bemærkning Ingen bemærkning		
Ernæring/spisning	Sundhedsplejerskejournalen	Bemærkning Ingen bemærkning		
Uro/gråd	Sundhedsplejerskejournalen	Bemærkning Ingen bemærkning		
Motorisk udvikling	Sundhedsplejerskejournalen	Bemærkning Ingen bemærkning		
Kommunikation/sprog	Sundhedsplejerskejournalen	Bemærkning Ingen bemærkning		
Forældre-barn kontakt og samspil	Sundhedsplejerskejournalen	Bemærkning Ingen bemærkning		
Psykisk mistrivsel i indskolingsalderen				
Generel trivsel	Sundhedsplejerskejournalen	Lav generel trivsel (midt imellem/ikke glad) Høj generel trivsel (Glad/meget glad)		
Skoletrivsel	Sundhedsplejerskejournalen	Lav skoletrivsel (midt imellem/ikke glad) Høj skoletrivsel (Glad/meget glad)		
Problemer i forholdet til jævnaldrende	Sundhedsplejerskejournalen	Ingen vanskeligheder i forhold til jævnaldrende I grænseområdet Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende		
Psykisk sygdom inden 16. leveår				
Psykiatrisk diagnose	LPR og LPR-PSYK	Se tabel 4 i rapporten		
Psykisk mistrivsel i udskolingsalderen				
Mistrivsel i hjemmet	Sundhedsplejerskejournalen	Bemærkning Ingen bemærkning		

Mistrivsel i skolen	Sundhedsplejerskejournalen	Bemærkning Ingen bemærkning
Mistrivsel i forholdet til jævnaldrende	Sundhedsplejerskejournalen	Bemærkning Ingen bemærkning