Rapportering opptrappingsplan mental helse: Ungdom

Rapportering opptrappingsplan mental helse: Ungdom (simulerte NPR tall for 2025)

Folkehelseinstituttet

Innholdsfortegnelse

Sammendrag 1

Ungdata 2

Norsk pasientregister (NPR) (simulerte NPR tall for 2025) 9

Sekulære trender og Covid-19 pandemien (faktiske NPR tall for 2025 til 08/25)..... 14

I Opptrappingsplanen for psykisk helse (2023–2033) er det overordnede målet at «flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp skal få god og lett tilgjengelig hjelp».

For å støtte opp under dette målet er det definert åtte mer spesifikke resultatmål. Resultatmål 1 har som ambisjon at «barn og unges selvrapporterte psykiske helseplager er redusert med 25 prosent» i løpet av planperioden.

I dette notatet rapporterer vi på indikatoren som skal følge utviklingen i resultatmål 1.

Rapporten beskriver trender i unges psykiske plager i perioden 2014 til 2024, med særlig vekt på data om selvrapporterte psykiske plager (depresjon) fra Ungdata-undersøkelsen. Denne indikatoren er valgt av Helse- og omsorgsdepartementet som hovedmåleparameter for resultatmål 1.

I rapportens andre del presenteres også tall fra Norsk pasientregister (NPR). Ved å også inkludere informasjon om kliniske diagnoser, får man et mer helhetlig bilde og bedre grunnlag for å vurdere om endringer i rapporterte symptomer skyldes reelle endringer i psykisk helse eller endrede måter å forstå, snakke om og rapportere symptomer på.

Sammendrag

Resultater fra Ungdata-undersøkelsen viser at selvrapporterte psykiske plager (depresjon) økte fra 6,7 i 2014 til 7,4 i 2025. Dette er en absolutt økning på 0,6 poeng, som tilsvarer en prosentvis økning på 9,5 prosent. Blant jenter økte skåren for psykiske plager fra 8,1 i 2014 til 8,8 i 2025, en oppgang på 0,7 poeng. For gutter økte skåren fra 5,3 i 2014 til 5,9 i 2025, en oppgang på 0,5 poeng. Siden 2023 har det vært en nedgang i selvrapporterte psykiske plager for ungdom samlet, fra 7,7 i 2023 til 7,4 i 2025, som er en reduksjon på 0,3 poeng. Både jenter og gutter har hatt en nedgang i disse skårene siden 2023, men jenter rapporterer høyere nivåer enn gutter i alle de målte årene.

Når man sammenligner selvrapporterte plager fra Ungdata med registrerte diagnoser fra Nasjonalt pasientregister (NPR) fra 2014 til 2025, er det både likheter og ulikheter i trendene. For angst viser begge kilder en økning i den langsiktige perioden; selvrapportert angst økte fra 2,2 i 2014 til 3,1 i

2025 (en endring på 1,0 poeng), mens registrerte angstdiagnoser økte fra 1,54 prosent til 2,27 prosent. For depresjon er trendene i de to kildene ulike i denne perioden, da selvrapporterte plager økte fra 6,7 i 2014 til 7,4 i 2025 (opp 0,6 poeng), mens registrerte diagnoser i NPR sank fra 1,54 prosent til 1,04 prosent. NPR-tallene viser også en økning i ADHD-diagnoser fra 1,54 prosent i 2014 til 3,66 prosent i 2025. Siden 2023 har utviklingen for depresjon vært lik i begge kilder, med en nedgang i både selvrapporterte plager (fra 7,7 til 7,4 poeng) og registrerte diagnoser (fra 1,29 prosent til 1,04 prosent). For angst har utviklingen siden 2023 vært ulik mellom kjønnene; jenter har hatt en nedgang i både selvrapportering og diagnoser, mens gutter har hatt en stabil selvrapportering og en økning i registrerte diagnoser. Forekomsten av ADHD-diagnoser har økt for begge kjønn fra 2023 til 2025.

Ungdata

Denne rapoprtering er basert på data fra Ungdataundersøkelsen fra 2014 til 2025. Analysen bruker kun data fra 2014 og fremover fordi utvalgsstørrelsene i Ungdata var mindre fram til 2012, og fordi sosioøkonomisk status først ble målt fra og med 2014.

Måling av psykiske plager og angst

Ungdata har to skalaer som kan brukes til å måle ungdoms mentale helse. Skalaen **"psykiske plager"** består av følgende spørsmål:

- *"Følt at alt er et slit"*
- *"Hatt søvnproblemer"*
- *"Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert"*
- *"Følt håpløshet med tanke på framtida"*
- *"Følt deg stiv eller anspent"*
- *"Bekymret deg for mye om ting"*

Elevene svarer ved å angi i hvilken grad de har opplevd dette:

- *"Ikke plaget i det hele tatt"* (0)
- *"Lite plaget"* (1)
- *"Ganske mye plaget"* (2)
- *"Veldig mye plaget"* (3)

For denne analysen beregner vi en sumskår for psykiske plager ved å summere verdiene i parentes. Det vil si at sumskåren for psykiske plager varierer fra 0 til 18.

Ungdata bruker følgende spørsmål for å måle problemer med **"angst"**:

- *"Plutselig redd uten grunn"*
- *"Stadig redd eller engstelig"*
- *"Nervøsitet, indre uro"*

Disse besvares på samme skala som spørsmålene om **"psykiske plager"**. Her beregner vi også en sumskår, med mulige verdier fra 0 til 9.

Ungdata har brukt spørsmål om psykiske plager siden 2012, og spørsmål om angst siden 2013.

Estimering av trender i psykiske plager og angst

Målet er å presentere årlige tall for psykiske plager og angst blant ungdom i hele Norge. Siden Ungdata-undersøkelsen gjennomføres årlig i ulike kommuner, som varierer med hensyn til faktorer kjent for å være knyttet til psykiske plager – som sosioøkonomisk status, sentralitet, trinn og andel innvandrere – kan de årlige tallene ikke beregnes som et enkelt gjennomsnitt av svarene fra hvert år.

For å sikre at tallene er sammenlignbare fra år til år, benytter vi følgende tilnærming:

- Vi beregner den gjennomsnittlige sammensetningen av populasjonen for årene 2014–2016 med hensyn til sosioøkonomisk status (SØS)[1], sentralitet, skoletrinn, og andel ungdommer med innvandringsbagrunn fra Asia aller Afrika.
- I tillegg beregner vi, basert på tall fra SSB, andelen ungdommer med migrasjonsbakgrunn fra Asia eller Afrika i kommunen som hver skole tilhører.
- Når vi beregner årlige tall, vektes individene slik at det vektede gjennomsnittet tilsvarer en populasjon med samme fordeling av sentralitet, SØS og andel ungdom med migrasjonsbakgrunn som i perioden 2014–2016.
- Endringer i psykiske plager og angst over tid modelleres ved hjelp av en fleksibel, ikke-lineær modell som også tillater at utviklingen varierer mellom ulike strata i populasjonen, definert av SØS, sentralitet og skoletrinn. For å estimere nasjonale tall vektes prediksjonene fra denne modellen med vektene beskrevet ovenfor, og andelen ungdom med migrasjonsbakgrunn holdes konstant på nivået fra 2014–2016.

Denne tilnærming gjør det mulig å beregne nasjonale tall også for år der enkelte grupper ikke deltok ellers deltok bare i liten grad i Ungdata (for eksempel år uten deltagere fra de mest sentrale kommunene), eller der enkelte spørsmål ikke ble stilt (for eksempel fordi noen kommuner utelot angst-spørsmålene).

Studieutvalg

Tabell 1 viser utvalgsstørrelse og gjennomsnittlig sentralitetsgrad for i år og tidligere år.

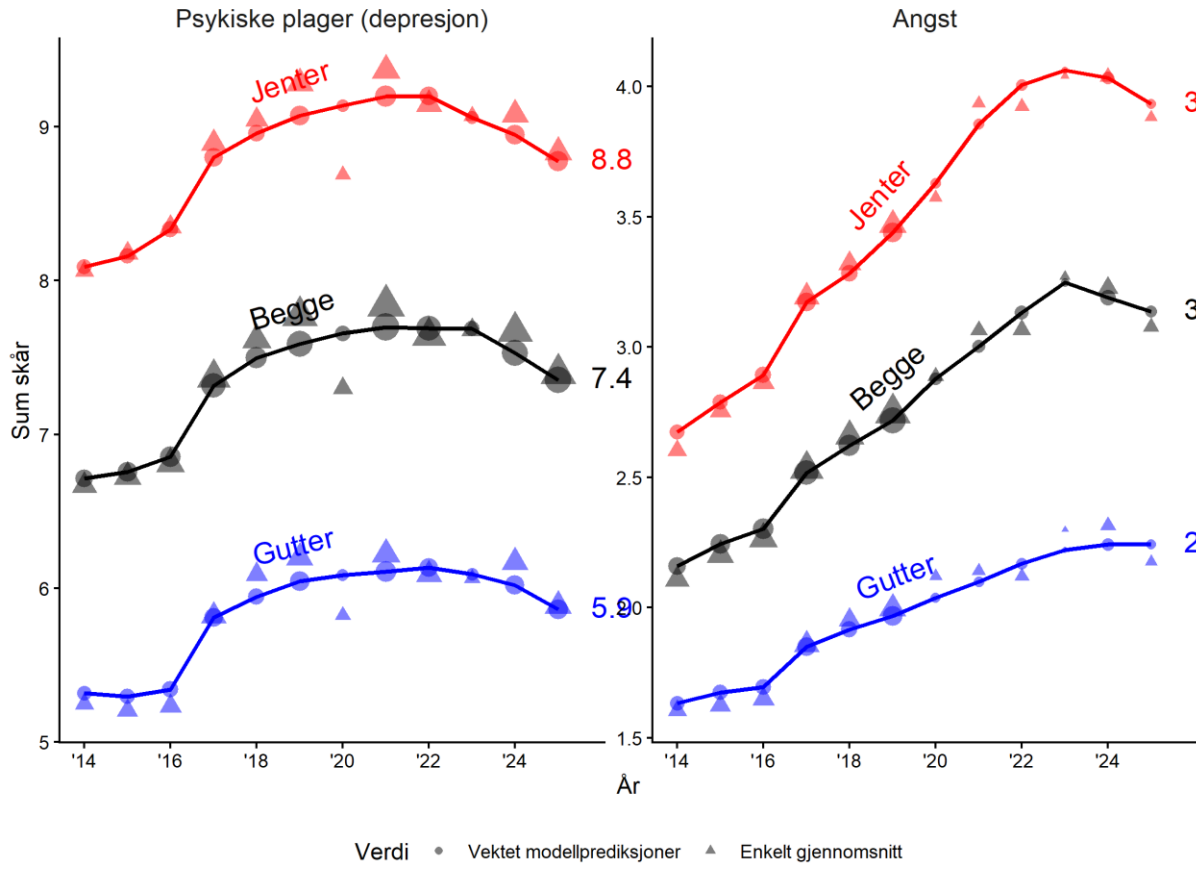
Tabell 1: Undata utvalg: Antall svar og gjennomsnittlig sentralitet for skolens kommune, fordelt på utfall og periode.

[1] Vi deler denne Ungdata-variabelen inn i kvintiler

		Psykiske plager (depresjon)		Angst	
År	Kjønn	Antall svar	Gjennomsnittlig sentralitet	Antall svar	Gjennomsnittlig Sentralitet
2012-2025	Gutter	33,651	2.89	19,578	2.89
2012-2025	Jenter	35,152	2.87	20,449	2.87
2025	Gutter	54,026	2.62	5,144	2.62
2025	Jenter	56,704	2.60	5,771	2.60

Trender i selvraporterte psykiske plager (depresjon) og angst

Figur 1 viser endring i selvrapporterte psykiske plager (depresjon) og angst blant ungdom i ungdoms- og videregående skole over tid. Data for Figur 1 finnes i Tabell 2.



Figur 1: Utvikling av selvrapporterte psykiske plager (depresjon) og angst over tid, stratifisert etter kjønn. Størrelsen på punktene indikerer antall ungdommer som har besvart spørsmålene. Vektingen sikrer at andelen barn i grupper definert av SØS og kommunenes sentralitet er lik for

alle år. Merk de ulike skalaene på y-aksen fordi sum-skårene for psykiske plager (depresjon) er høyere fordi de beregnes ut fra 6 svar, mens angstsskårer beregnes ut fra 3 svar.

Tabell 2: Selvrapporterte Psykiske plager (depresjon) og angst etter kjønn og år.

			Angst			Psykiske plager
År	**Begge**	**Jenter**	**Gutter**	**Begge**	**Jenter**	**Gutter**
2025	3.14	3.93	2.24	7.35	8.77	5.86
2024	3.19	4.03	2.24	7.53	8.95	6.02
2023	3.25	4.06	2.22	7.69	9.06	6.09
2022	3.13	4.01	2.17	7.69	9.20	6.14
2021	3.00	3.86	2.10	7.70	9.20	6.11
2020	2.88	3.63	2.04	7.66	9.14	6.08
2019	2.72	3.44	1.97	7.59	9.07	6.05
2018	2.62	3.28	1.92	7.50	8.96	5.94
2017	2.52	3.17	1.85	7.32	8.80	5.81
2016	2.30	2.89	1.69	6.86	8.33	5.34
2015	2.24	2.79	1.67	6.76	8.16	5.30
2014	2.16	2.67	1.63	6.72	8.09	5.32

Fra 2014 til 2025 har det vært en økning i selvrapporterte psykiske plager knyttet til depresjon og angst. For psykiske plager steg andelen fra 6,7 prosent i 2014 til en topp på 7,7 prosent, før den gikk noe ned mot slutten av perioden. For angst økte andelen fra 2,2 prosent i 2014 til over 3 prosent i de siste årene. Begge kategoriene viser et høyere nivå i 2025 sammenlignet med startåret 2014.

I perioden fra 2020 til 2025 viser tallene ulike utviklingsforløp for de to kategoriene. For psykiske plager (depresjon) lå andelen stabilt på 7,7 prosent fra 2020 til 2023, før den sank til 7,5 prosent i 2024 og videre til 7,4 prosent i 2025. For angst var det en jevn økning fra 2,9 prosent i 2020 til en topp på 3,2 prosent i 2023 og 2024, etterfulgt av en liten nedgang til 3,1 prosent i 2025.

Resultatene fra Ungdata-undersøkelsen viser en økning i selvrapporterte mentale helseproblemer fra 2014 til 2025 for alle de målte kategoriene. For hele gruppen samlet økte sum-skåren for psykiske plager (depresjon) fra 6,7 i 2014 til 7,4 i 2025, noe som utgjør en absolutt endring på 0,6 poeng og en relativ økning på 9,5 prosent. Angst i den samlede gruppen økte fra 2,2 i 2014 til 3,1 i 2025, en endring på 1,0 poeng eller 45,3 prosent. Blant jenter økte skåren for psykiske plager fra 8,1 i 2014 til 8,8 i 2025, som er en oppgang på 0,7 poeng eller 8,5 prosent, mens angst økte fra 2,7 til 3,9, en endring på 1,3 poeng eller 47,1 prosent. For gutter økte psykiske plager fra 5,3 i 2014 til 5,9 i 2025, en oppgang på 0,5 poeng eller 10,2 prosent, og angst økte fra 1,6 til 2,2, som er en endring på 0,6 poeng eller 37,3 prosent. Økningen i angst var prosentvis større enn økningen i psykiske plager for

begge kjønn, og jenter hadde høyere verdier enn gutter i begge år for begge utfall. Den største absolutte og relative økningen i perioden fant sted i kategorien angst hos jenter.

Alle de målte kategoriene for mental helse viser en økning i sum-skåre fra 2014 til 2025, og angst har den kraftigste prosentvise veksten. Jenter rapporterer høyere nivåer av både psykiske plager og angst enn gutter i hele perioden, og de har også hatt den største økningen i antall poeng. (see også Tabell 3)

Fra 2023 til 2025 viser resultatene for ungdom samlet en nedgang i selvrapporterte psykiske plager (depresjon) fra 7,7 til 7,4, som er en reduksjon på 0,3 poeng eller 4,3 prosent. For angst i den samlede gruppen sank skåren fra 3,2 i 2023 til 3,1 i 2025, en endring på 0,1 poeng eller 3,5 prosent. Blant jenter gikk skåren for psykiske plager (depresjon) ned fra 9,1 til 8,8, en reduksjon på 0,3 poeng (3,2 prosent), mens angstskåren sank fra 4,1 til 3,9, som er en nedgang på 0,1 poeng (3,2 prosent). For gutter var det en nedgang i psykiske plager (depresjon) fra 6,1 i 2023 til 5,9 i 2025, tilsvarende 0,2 poeng eller 3,8 prosent. Når det gjelder angst hos gutter, var skåren 2,2 i både 2023 og 2025, noe som gir en absolutt endring på 0,0 poeng og en relativ økning på 0,9 prosent. Jenter rapporterer høyere verdier enn gutter for begge utfall i begge år, og mens begge kjønn har en nedgang i depresjonsskårer, viser jenter en nedgang i angst som ikke gjenfinnes hos guttene.

Fra 2023 har det vært en generell nedgang i selvrapporterte psykiske plager og angst for ungdom samlet sett, med unntak av angst hos gutter som har holdt seg på samme nivå. Jenter rapporterer høyere nivåer av både psykiske plager og angst enn gutter i hele perioden fra 2023, men begge kjønn har hatt en reduksjon i skåren for depresjon.

Tabell 3: Endring i selvrapporterte psykiske plager blant ungdommer i norske skoler. Data fra Undata undersøkelsen.

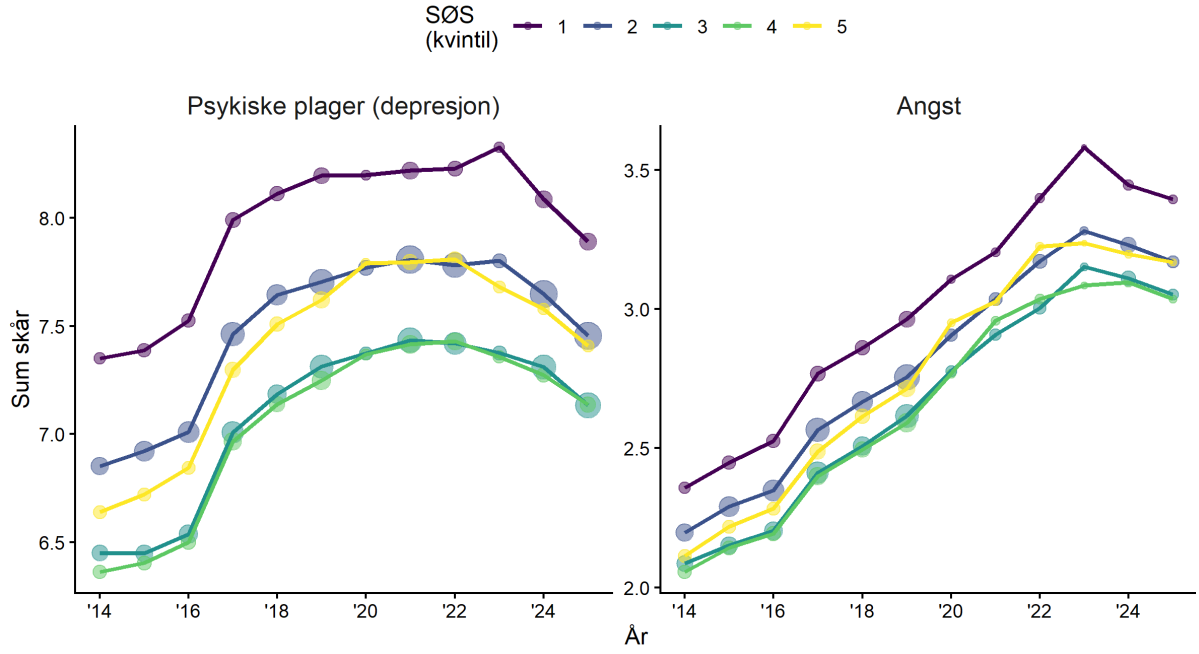
Kjønn	Utfall	2014	2025	Forandring	Prosent forandring
Begge	Psykiske plager (depresjon)	6.7	7.4	0.6	9.5
Begge	Angst	2.2	3.1	1.0	45.3
Jenter	Psykiske plager (depresjon)	8.1	8.8	0.7	8.5
Jenter	Angst	2.7	3.9	1.3	47.1
Gutter	Psykiske plager (depresjon)	5.3	5.9	0.5	10.2
Gutter	Angst	1.6	2.2	0.6	37.3

Trender etter trinn, søsioøkonomisk status og sentralitet

Figur 2 viser endringer i psykiske plagerstratifisert etter selvrapportert SØS. Utviklingen over tid for selvrapportert Psykiske plager (depresjon) viser liten eller ingen variasjon mellom de ulike sosioøkonomiske gruppene. Det er derimot en tydelig variasjon i det generelle nivået av slike plager mellom gruppene når man ser på hele perioden under ett. Den største forskjellen finner vi mellom 1. SØS-kvintil og 4. SØS-kvintil, der 4. kvintil har et lavere nivå av plager enn 1. kvintil (en forskjell på

0,91 enheter). For samtlige sosioøkonomiske grupper har det vært en økning i selvrapportert Psykiske plager (depresjon) over tid. Denne årlige økningen er nokså lik for alle gruppene og ligger mellom 0,068 enheter i 1. SØS-kvintil og 0,090 enheter i 5. SØS-kvintil.

Utviklingen over tid viser liten eller ingen variasjon mellom de ulike sosioøkonomiske gruppene, da selvrapportert Angst har økt jevnt i samtlige grupper med en årlig stigning på mellom 0,10 og 0,11 enheter. Det er derimot en tydelig variasjon i det generelle nivået av selvrapportert Angst mellom de sosioøkonomiske gruppene på tvers av hele perioden. Nivået er høyest i den laveste sosioøkonomiske gruppen (1. kvintil) og lavest i den fjerde sosioøkonomiske gruppen (4. kvintil), og forskjellen mellom disse to gruppene utgjør 0,35 enheter.

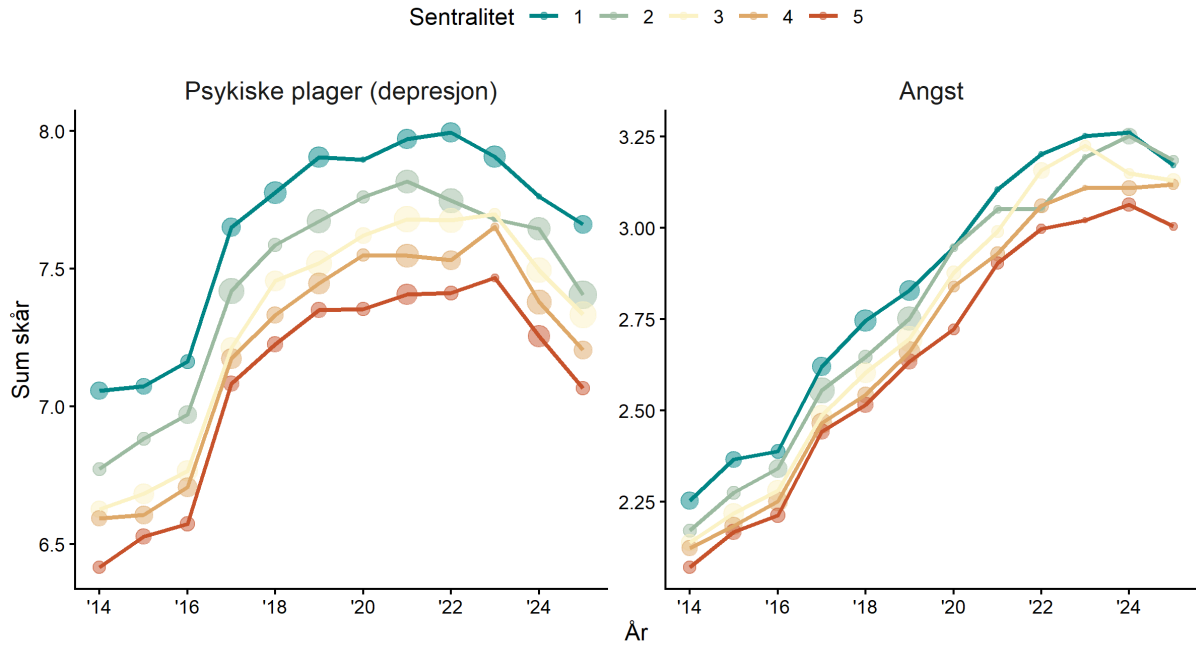


Figur 2: Utvikling av selvrapporterte psykiske plager (depresjon) og angst over tid, stratifisert etter sosioøkonomisk status. Kvintil 1 er de 20% med den lavste selvraporterte SØS. Størrelsen på punktene indikerer antall ungdommer som har besvart spørsmålene. Vektingen sikrer at andelen barn i grupper definert av kommunenes sentralitet er lik for alle år.

Figur 3 viser endringer i psykiske plagerstratifisert etter skolekommunens sentralitetsgrad. Utviklingen over tid for selvrapportert Psykiske plager (depresjon) viser liten eller ingen variasjon mellom kommuner med ulik sentralitetsgrad, men det er tydelig variasjon i det generelle nivået mellom gruppene. Kommuner med sentralitetsgrad 1 har det høyeste nivået av selvrapportert Psykiske plager (depresjon), mens kommuner med sentralitetsgrad 5 har det laveste nivået med en forskjell på 0,56 enheter. Det er en økende trend i alle grupper over tid; i kommuner med sentralitetsgrad 1 øker selvrapportert Psykiske plager (depresjon) med 0,071 enheter per år, mens økningen i kommuner med sentralitetsgrad 5 er på 0,077 enheter per år. Resultatene gir ikke grunnlag for å vurdere forskjeller basert på kjønn eller diagnose.

Det er liten eller ingen variasjon i hvordan selvrapportert Angst har utviklet seg over tid mellom de ulike sentralitetsnivåene. For alle gruppene har det vært en økning i selvrapportert Angst over årene. Det er derimot tydelig variasjon i det generelle nivået av selvrapportert Angst mellom de ulike sentralitetsgradene sett over hele perioden. Kommuner med sentralitetsgrad 1 har det høyeste

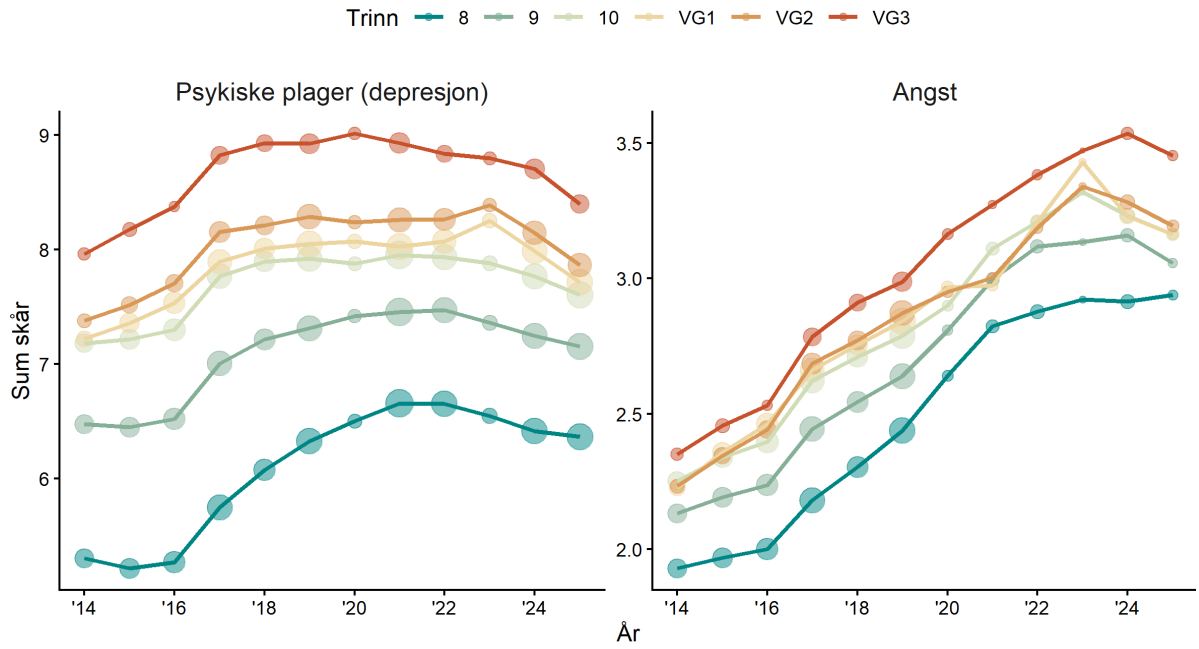
nivået av selvrapportert Angst, mens kommuner med sentralitetsgrad 5 har det laveste nivået, med en forskjell på 0,199 poeng sammenlignet med sentralitetsgrad 1. Den årlige økningen er nokså lik på tvers av gruppene; for eksempel øker selvrapportert Angst med 0,099 poeng per år i kommuner med sentralitetsgrad 1 og med 0,098 poeng per år i kommuner med sentralitetsgrad 5. De fremlagte resultatene inneholder ikke data om kjønn eller diagnose, og det er derfor ikke grunnlag for å beskrive hvordan utviklingen varierer for disse gruppene.



Figur 3: Utvikling av selvrapporterte psykiske plager (depresjon) og angst over tid, stratifisert etter skolekommunens sentralitet. Kommuner med en sentralitetsgrad av 1 er mest sentral. Størrelsen på punktene indikerer antall ungdommer som har besvart spørsmålene. Vektingen sikrer at andelen barn i grupper definert av kommunenes SØS er lik for alle år.

Figur 4 viser endringer i psykiske plagerstratifisert etter selvrapportert SØS. Utviklingen over tid for **selvrapportert Psykiske plager (depresjon)** viser noe variasjon mellom de ulike trinnene. For alle trinn har det vært en økning over tid, men den årlige veksten er ulik; på 8. trinn øker nivået med 0,132 enheter per år, mens økningen på VG3 er på 0,044 enheter per år. Det er en **tydelig variasjon** i det generelle nivået av selvrapportert Psykiske plager (depresjon) mellom de ulike trinnene når man ser på alle årene under ett. Nivået er lavest på 8. trinn og høyest på VG3, der forskjellen mellom disse to gruppene er på 2,57 enheter. Samtlige trinn viser en økende trend over tid, men denne utviklingen er mest markant på 8. trinn (0,132) og 9. trinn (0,083), og minst markant på VG3 (0,044).

Utviklingen over tid for **selvrapportert Angst viser liten eller ingen variasjon mellom de ulike trinnene**. Det er derimot **tydelig variasjon mellom trinnene** når man ser på alle årene samlet. Nivået av selvrapportert Angst er høyest på VG3 og lavest på 8. trinn, med en forskjell på 0,53 mellom disse to gruppene. **Selvrapportert Angst har økt over tid for samtlige trinn**. Den årlige økningen er på 0,1142 for elever på VG3, mens den er på 0,0995 for elever på VG1.



Figur 4: Utvikling av selvrapporterte psykiske plager (depresjon) og angst over tid, stratifisert etter trinn. Størrelsen på punktene indikerer antall ungdommer som har besvart spørsmålene. Vektingen sikrer at andelen barn i grupper definert av kommunenes SØS er lik for alle år.

Norsk pasientregister (NPR)

Ved å inkludere informasjon og tall om diagnoser av psykiske plager, kan man sette de selvrapporterte psykiske plager i en bredere kontekst og vurdere i hvilken grad de stemmer overens med kliniske vurderinger. Diagnoser bygger i større grad på objektive vurderinger fra helsepersonell, og gir dermed et mer standardisert grunnlag for sammenligning.

Når man ser selvrapporterte plager og kliniske diagnoser i sammenheng, får man bedre mulighet til å vurdere om endringer i selvrapporterte plager gjenspeiler en reell økning eller reduksjon i psykiske plager – eller om de heller skyldes endringer i hvordan folk forstår, snakker om eller rapporterer sine symptomer. Dette er særlig viktig i lys av økt åpenhet om psykisk helse, som kan påvirke rapporteringsmønstre uten at den faktiske forekomsten nødvendigvis har endret seg.

Vi rapporterer diagnoser registrert i NPR for følgende psykiske lidelser:

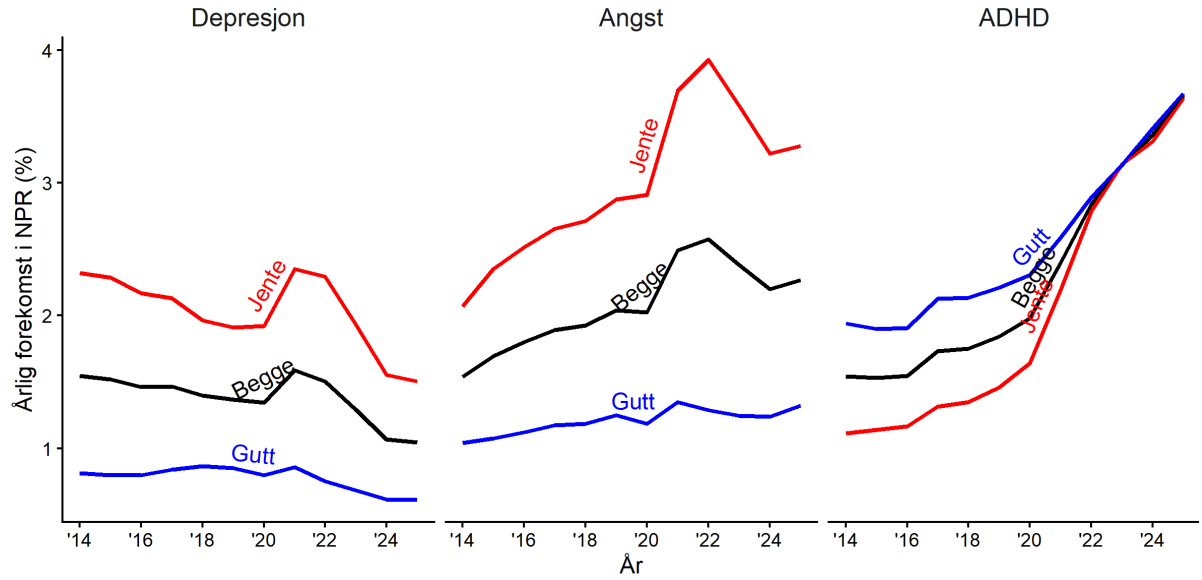
- Depresjon (ICD10 koder: F3xx, F92x)
- Angst (ICD10 koder: F4xx unntatt F43x, F93x)
- ADHD (ICD10 koder: F90x)

NPR-registerdata tillater ikke måling av forekomsten av én diagnose i populasjonen, fordi mange diagnoser stilles i spesialisthelsetjenesten, mens videre oppfølging og behandling ofte skjer hos fastlegen.

Det er også viktig å huske at registreringer i NPR reflekterer både forekomst av mentale plagerog bruk av helsetjenester. Det er kjent at særlig personer med migrasjonsbakgrunn har lavere bruk av helsetjenester.

Trender i diagnoser av depresjon, angst og ADHD (simulerte NPR tall for 2025)

Figur 5 viser den gjennomsnittlige årlige forekomsten av diagnostisert depresjon, angst og ADHD for ulike aldersgrupper. For eksempel betyr en forekomst på 3.6% for jenter i alderen 13-18 år i 2023 at 3.6% av jenter i denne aldersgruppen ble registrert med en ICD-10-diagnosekode for angst det året. Siden vi kun måler den årlige forekomst i spesialisthelsetjenesten, vil den befolkningsforekomsten av disse tilstandene generelt være høyere en de tallene vi viser har. Befolkningsforekomst er andelen av befolkningen som har en diagnose, uavhengig av om den behandles i spesialisthelsetjenesten, hos fastleger eller i privat sektor.



Figur 5: Prosentandel av ungdommer i alderen 13–18 år med registrerte diagnoser for depresjon, angst eller ADHD. Figuren viser gjennomsnittet for aldersgruppen 13–18 år. En ungdom kan ha registreringer for flere diagnoser og i flere år.

Fra 2014 til 2025 har forekomsten av ADHD, angst og depresjon utviklet seg i ulike retninger. Forekomsten av ADHD har økt jevnt gjennom hele perioden, fra 1,54 i 2014 til 3,66 i 2025. Dette er den største økningen blant de tre diagnosene. Økningen var tydeligst hos jenter, hvor forekomsten steg med 2,52 prosentpoeng, mot 1,73 prosentpoeng hos gutter. For angst har det også vært en økning totalt sett, fra 1,54 i 2014 til 2,27 i 2025, og også her var økningen størst blant jenter. Depresjon viser en motsatt trend med en nedgang i samme periode, fra 1,54 i 2014 til 1,04 i 2025. Nedgangen i registrerte tilfeller av depresjon var større for jenter enn for gutter.

I perioden fra 2020 til 2025 har utviklingen vært preget av enkelte svingninger. ADHD har hatt en uavbrutt årlig stigning i disse årene. For både angst og depresjon var det en økning fra 2020 til 2021, men etter dette har forekomsten av depresjon sunket hvert år frem til 2025. Angsttilfeller nådde en topp i 2022, etterfulgt av en nedgang i 2023 og 2024, før tallene igjen viste en liten økning i 2025.

Mellom 2023 og 2025 viser tallene at utviklingen for angst skiller seg mellom kjønnene; mens forekomsten sank hos jenter, var det en økning hos gutter. I samme tidsrom sank forekomsten av

depresjon for begge kjønn, med en tydeligere nedgang hos jenter enn hos gutter. For ADHD fortsatte økningen i denne siste perioden, og veksten var her nokså lik for begge kjønn.

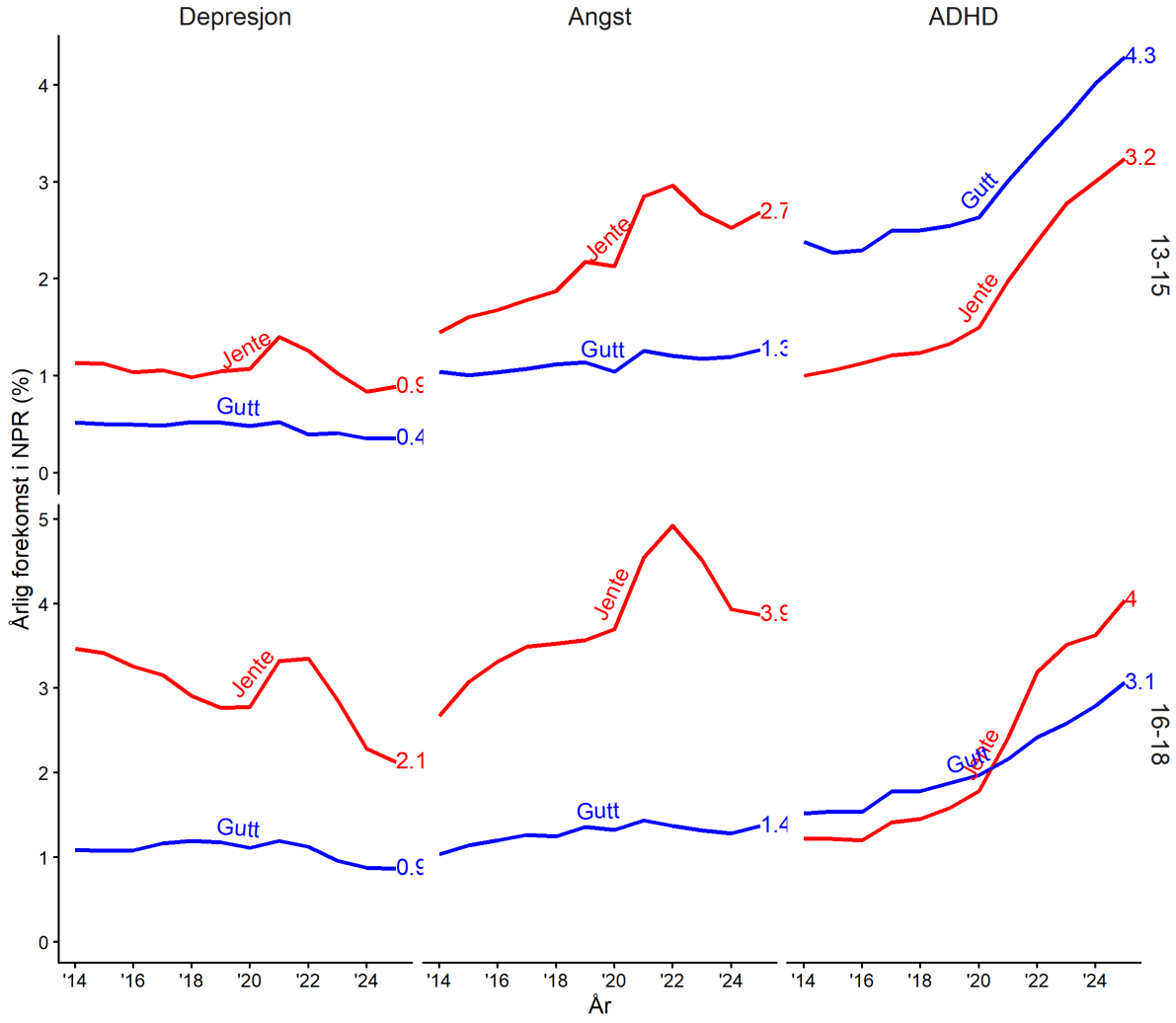
Tabell 4: Endring i årlig forekomst av depresjon, angst, og ADHD i NPR blant Norske ungdommer.

Kjønn	Tilstands-gruppe	2014	2025	forandring	Prosent forandring
Begge	Depresjon	1.5	1.0	-0.5	-32.5
Begge	Angst	1.5	2.3	0.7	47.3
Begge	ADHD	1.5	3.7	2.1	137.5
Jente	Depresjon	2.3	1.5	-0.8	-35.2
Jente	Angst	2.1	3.3	1.2	58.4
Jente	ADHD	1.1	3.6	2.5	226.7
Gutt	Depresjon	0.8	0.6	-0.2	-24.6
Gutt	Angst	1.0	1.3	0.3	27.1
Gutt	ADHD	1.9	3.7	1.7	89.1

Trender stratifisert etter aldersgrupper og kjønn (simulerte NPR tall for 2025)

Belastningen av psykiske plager henger ikke bare sammen med kjønn, men også med ungdommens alder.

Figur 6 viser endringer i andelen barn med registrerte diagnoser, stratifisert etter kjønn og alder. Aldersgruppene er 13–15 år og 16–18 år.



Figur 6: Prosentandel av ungdommer med registrerte diagnoser for depresjon, angst eller ADHD, stratifisert etter aldersgruppe.

Her følger en sammenstilling av resultatene for forekomst av ADHD, angst og depresjon i perioden 2014 til 2025. Utviklingen viser ulike trender for de tre tilstandsgruppene, med variasjoner mellom kjønn og aldersgrupper.

ADHD Forekomsten av ADHD økte for alle de undersøkte gruppene i perioden. Økningen var tydeligere for jenter enn for gutter. Blant jenter i alderen 13–15 år økte forekomsten fra 1,00 prosent i 2014 til 3,24 prosent i 2025, en økning på 2,24 prosentpoeng. For jenter i alderen 16–18 år var økningen på 2,82 prosentpoeng, fra 1,22 prosent til 4,04 prosent.

For gutter i aldersgruppen 13–15 år økte forekomsten fra 2,38 prosent til 4,29 prosent (en endring på 1,91 prosentpoeng). Blant de eldste guttene (16–18 år) økte forekomsten fra 1,52 prosent til 3,06 prosent, som er en økning på 1,54 prosentpoeng. ADHD er den eneste av de tre diagnosene som er mer vanlig blant de yngste guttene enn de eldste. For jenter er mønsteret motsatt, der forekomsten er høyest i den eldste aldersgruppen.

Angst Det har vært en økning i forekomsten av angst, men utviklingen er ulik for kjønnene. Jenter har både en høyere forekomst og en kraftigere økning enn gutter. For jenter i alderen 13–15 år økte

forekomsten fra 1,45 prosent til 2,69 prosent (opp 1,24 prosentpoeng). Hos jenter i alderen 16–18 år økte forekomsten fra 2,67 prosent til 3,87 prosent (opp 1,20 prosentpoeng).

Blant gutter var endringene mindre. For aldersgruppen 13–15 år økte forekomsten fra 1,04 prosent til 1,27 prosent (en endring på 0,23 prosentpoeng), mens den for aldersgruppen 16–18 år økte fra 1,03 prosent til 1,37 prosent (en endring på 0,34 prosentpoeng). Mens angst er betydelig mer utbredt blant de eldste jentene enn de yngste, er det liten forskjell mellom aldersgruppene for gutter.

Depresjon Forekomsten av depresjon har gått ned for alle grupper i perioden fra 2014 til 2025. Nedgangen var mest markant hos jenter i alderen 16–18 år, hvor forekomsten sank fra 3,47 prosent til 2,12 prosent, en reduksjon på 1,35 prosentpoeng. For jenter i alderen 13–15 år sank forekomsten fra 1,14 prosent til 0,89 prosent (ned 0,25 prosentpoeng).

Blant gutter var det en mindre nedgang i forekomst. For aldersgruppen 13–15 år sank forekomsten fra 0,52 prosent til 0,35 prosent (ned 0,17 prosentpoeng), og for aldersgruppen 16–18 år sank den fra 1,09 prosent til 0,86 prosent (ned 0,23 prosentpoeng). Depresjon er mer utbredt blant jenter enn gutter, og diagnosen er mer vanlig i den eldste aldersgruppen for begge kjønn.

Oppsummering Resultatene viser en økning i forekomst av ADHD og angst, mens forekomsten av depresjon har gått ned i perioden. Jenter har generelt høyere forekomst av angst og depresjon enn gutter, og har også opplevd den største økningen i ADHD og den største nedgangen i depresjon.

Tabell 5: Forandring i årlig forekomst av depresjon, angst, og ADHD i NPR blant Norske ungdommer delt etter aldersgrupper.

tilstandsgruppe	kjønn	aldersgruppe	2014	2025	forandring	Prosent forandring
Depresjon	Jente	13-15	1.1	0.9	-0.2	-21.8
Depresjon	Jente	16-18	3.5	2.1	-1.3	-38.8
Depresjon	Gutt	13-15	0.5	0.4	-0.2	-31.8
Depresjon	Gutt	16-18	1.1	0.9	-0.2	-20.6
Angst	Jente	13-15	1.4	2.7	1.2	85.7
Angst	Jente	16-18	2.7	3.9	1.2	44.8
Angst	Gutt	13-15	1.0	1.3	0.2	21.7
Angst	Gutt	16-18	1.0	1.4	0.3	32.6
ADHD	Jente	13-15	1.0	3.2	2.2	223.1
ADHD	Jente	16-18	1.2	4.0	2.8	230.7
ADHD	Gutt	13-15	2.4	4.3	1.9	79.9
ADHD	Gutt	16-18	1.5	3.1	1.5	101.7

Sekulære trender og Covid-19 pandemien

Den følgende analysen er motivert av to spørsmål: For det første i hvilken grad endringene observert siden 2020 skyldes langsiktige sekulære trender eller covid-19-pandemien. For det andre søker den å illustrere hvordan samfunnsmessige hendelser, som i det minste delvis ligger utenfor politisk kontroll, påvirker psykisk helse.

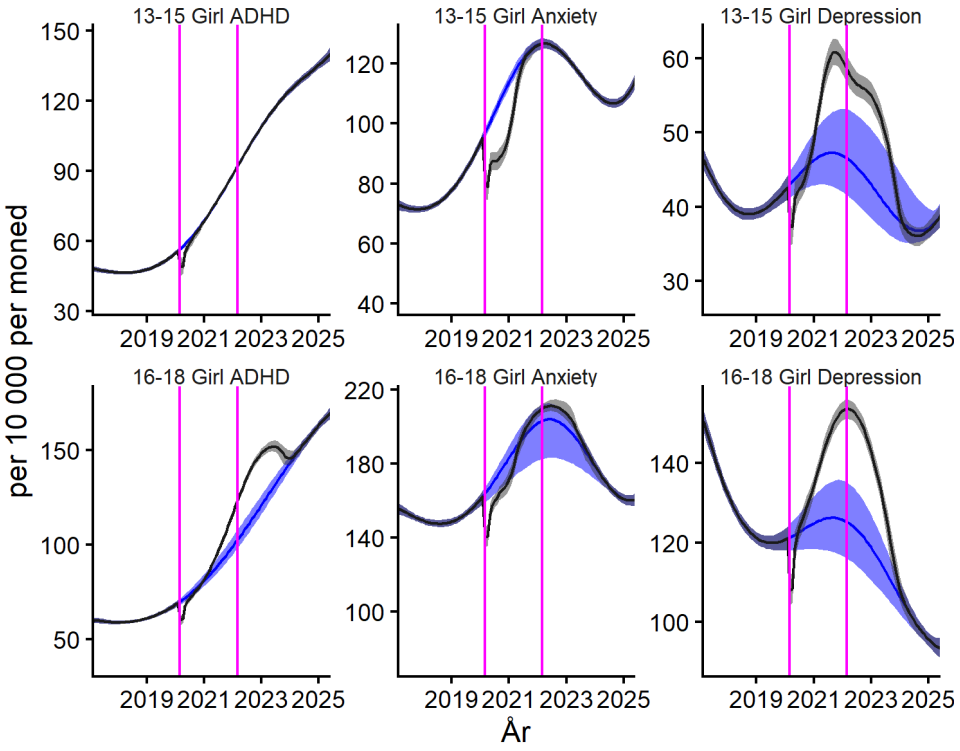
Analysen benytter ikke data om selvrapporterte psykiske plager fra Ungdata, fordi den tidsmessige oppløsningen er for grov til å fange opp kortsiktige endringer. I stedet er analysen basert på månedlige registreringer av psykiske helseproblemer fra Norsk pasientregister (NPR). Analysen omfatter alle registrerte besøk, og fanger dermed både opp økt bruk blant personer som allerede har en diagnose, og besøk knyttet til nye diagnoser.

En bayesiansk additiv gaussisk prosessmodell ble brukt for å estimere den pandemirelaterte overskuddsforekomsten av psykiske helsediagnoser fra 2012 til 2025. Modellen deler utviklingen i forekomst inn i en langsiktig sekulær trend, sesongvariasjoner og spesifikke pandemieffekter, som består av en innledende nedstengning og gradvis gjenåpning, samt en tidsavgrenset påvirkning. Den langsiktige trenden er begrenset til å fange opp langsomme endringer over tid, mens pandemieffektene er begrenset til å fange opp raskere endringer. På denne måten kan pandemirelaterte avvik skilles fra den underliggende utviklingen.

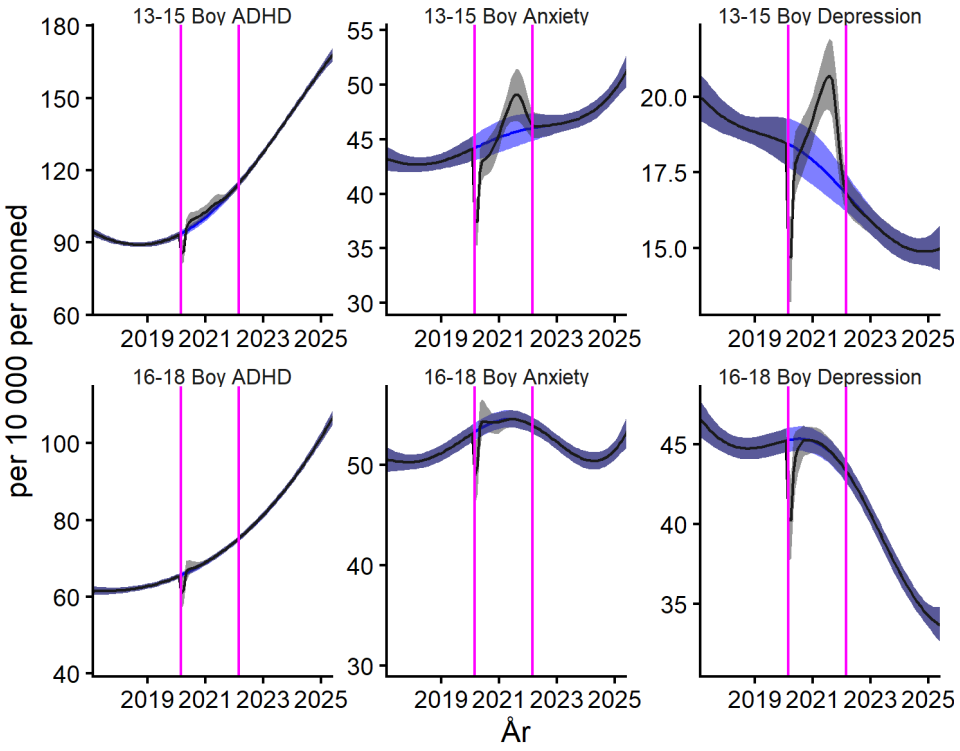
Figur 7 og Figur 8 viser at to resultater er felles for både gutter og jenter. For det første førte den covid-relaterte stengingen og gjenåpningen av BUP-er til en kortsiktig nedgang i registrerte besøk. For det andre har registreringene av ADHD, angst og depresjon innen 2025 vendt tilbake til den modellerte sekulære trenden.

For jenter i alderen 16–18 år ser man også et pandemirelatert overskudd av ADHD-registreringer fra 2021 til 2024, utover den allerede økende langsiktige trenden. For angst ser man bare et innledende fall i antall registreringer, men deretter ikke noe tydelig overskudd. De største covid-relaterte økningene gjaldt depresjon. Her var overskuddet langt større enn det innledende fallet i begge aldersgruppene, 13–15 år og 16–18 år.

Sammenlignet med jenter var de pandemirelaterte endringene i antall registreringer mindre for gutter, både i varighet og i ren størrelsesorden. Det er bare gutter i alderen 13–15 år som viser en liten, men tydelig pandemirelatert økning i registreringer av depresjon.



Figur 7: Sekulære trender i prevalens av psykisk helse blant jenter. Prevalensrater er presentert som månedlige tilfeller per 10 000 individer. Den svarte linjen og det grå skyggelagte området representerer de fullstendige modellestimatene – som inkluderer den langsiktige sekulære trenden, det innledende registreringssjokket og den pandemirelaterte modulasjonen – med 95 % kredible intervaller. Den blå linjen viser den kontrafaktiske sekulære trenden i fravær av pandemien. Vertikale magenta linjer indikerer start (mars 2020) og opphør (februar 2022) av nasjonale covid-19-restriksjoner. Små numeriske markører langs x-aksen (2021–2025) indikerer gjennomsnittsalderen for hver aldersgruppe ved pandemiens start (2020).



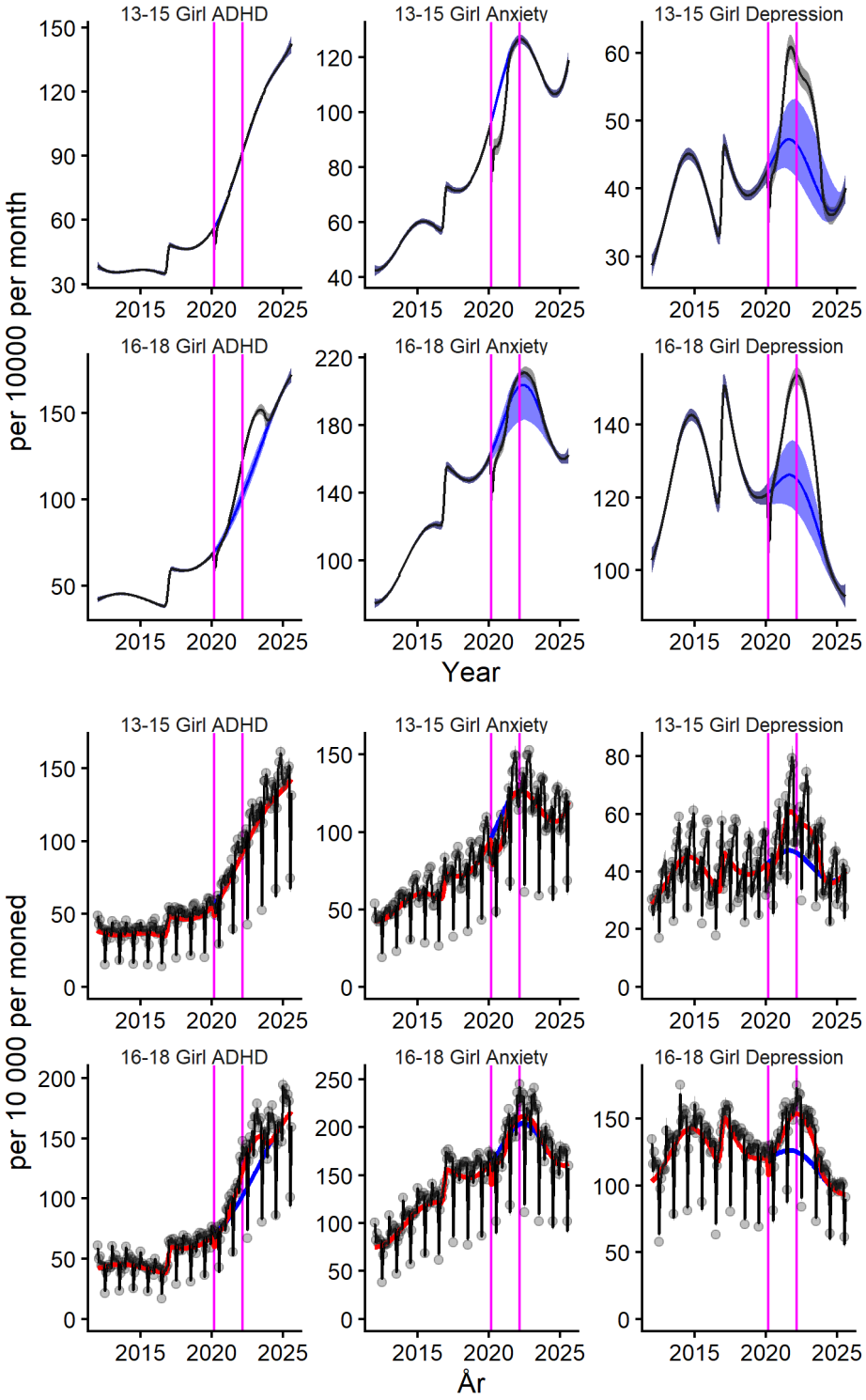
Figur 8: Sekulære trender i insidens av psykisk helse blant gutter. Insidensrater er presentert som månedlige tilfeller per 10 000 individer. Den svarte linjen og det grå skyggelagte området representerer de fullstendige modellestimatene – som inkluderer den langsiktige sekulære trenden, det innledende registreringssjokket og den pandemirelaterte modulasjonen – med 95 % kredible intervaller. Den blå linjen viser den kontrafaktiske sekulære trenden i fravær av pandemien. Vertikale magenta linjer indikerer start (mars 2020) og opphør (februar 2022) av nasjonale covid-19-restriksjoner. Små numeriske markører langs x-aksen (2021–2025) indikerer gjennomsnittsalderen for hver aldersgruppe ved pandemiens start (2020).

Disse resultatene kan tolkes på to måter. For det første skyldes den raske økningen i ADHD-registreringer de siste årene trolig ikke først og fremst pandemirelaterte effekter. For det andre var en betydelig del av økningen i registrert depresjonsprevalens blant jenter mellom 2020 og 2023 pandemirelatert, og ikke en del av den langsiktige trenden.

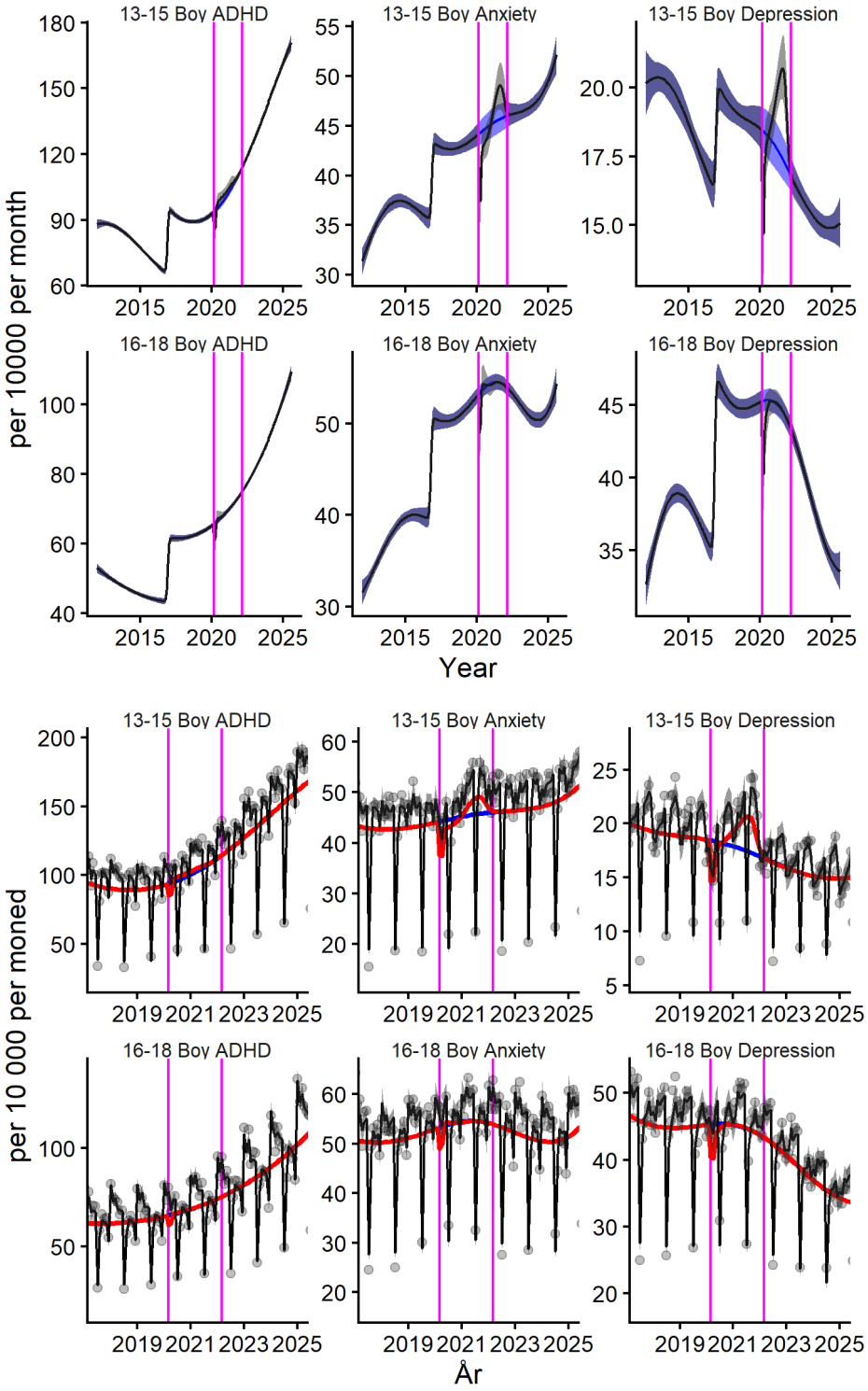
Resultatene for depresjon viser også at samfunnsmessige hendelser kan ha stor betydning for psykisk helse, her målt som prevalens i NPR, selv når slike hendelser i liten grad kan påvirkes av politiske beslutningstakere. Denne effekten er trolig flere størrelsesordener større enn effekten av forebyggende tiltak. Det gjør det vanskelig å måle effekten av tiltak i Opptrappingsplanen for ungdommers psykiske helse i perioder der samfunnsmessige hendelser påvirker psykisk helse sterkt. Først når slike effekter har avtatt, vil det vanligvis være mulig å vurdere tiltakenes effekt mer pålitelig. Erfaringene fra covid-19-pandemien viser at dette kan ta flere år.

Figurer med effekter av forandret refusjonsordning

En utfordring ved analysen av prevalensdata er at endringer i refusjonsordningen i 2017 førte til en kraftig økning i antallet registrerte besøk. Av denne grunn viser hovedfigurene bare data fra 2017 til 2025. For fullstendighetens skyld viser vi her også en figur med data for perioden 2012–2025. Merk at analysen for figurene ovenfor ble gjennomført med hele datagrunnlaget.



Figur 9: Sekulære trender i prevalens av psykisk helse blant jenter. Øverst: modellert prevalens med troverdighetsintervaller. Nederst: modellert prevalens sammen med rådata.



Figur 10: Sekulære trender i insidens av psykisk helse blant gutter. Øverst: modellert prevalens med troverdighetsintervaller. Nederst: modellert prevalens sammen med rådata.