DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

Rapport

Forebyggende indsatser til unge i psykisk mistrivsel

En vidensoversigt

Mai Heide Ottosen, Nichlas Permin Berger & Nanna Høygaard Lindeberg

Forebyggende indsatser til unge i psykisk mistrivsel – En vidensoversigt

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-7119-580-4
Forsidefoto: iStock
Projekt: 301111

VIVE – Viden til Velfærd
Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K
www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Flere nyere danske undersøgelser har peget på, at en ikke ubetydelig andel unge, navnlig unge kvinder, udviser symptomer på psykisk mistrivsel, og der er tegn på, at der er tale om en udvikling i vækst. ”Psykisk mistrivsel” refererer i almindelighed til et bredere område end psykiske lidelser, hvor der er en egentig diagnose, og kan fx omfatte lav livstilfredshed, ensomhed eller stress. Samtidig er der en voksende erkendelse af, at den forebyggende indsats for unge med psykiske mistrivselsproblemer må forstærkes for at undgå, at de unges problemer vokser sig større. Der savnes imidlertid indsigt om, hvilke forebyggende tilbud der er mest virksomme, og derfor er der behov for en systematisk gennemgang af studier og undersøgelser, som har evaluereret forskellige typer indsatser og metoder i forhold til netop denne målgruppe.

På baggrund af et litteraturstudie bidrager denne kortlægning til at tilvejebringe øget indsigt om, hvilke forebyggende indsatser og metoder der har vist sig at have en dokumenteret positiv effekt i forhold til unge i psykisk mistrivsel, som er i 16-30-årsalderen. Da fænomenet psykisk mistrivsel/sårbarhed blandt børn og unge er et relativt ubeskrevet og løst defineret vidensområde, indkredser kortlægningen desuden, hvad man ved om karakteristika ved målgruppen. Endelig giver kortlægningen et billede af udvalgte aktører og indsatser i Danmark, som det så ud i foråret 2018.

Undersøgelsen er gennemført af seniorforsker Mai Heide Ottosen, der har fungeret som projektets leder, forsker Nichlas Permin Berger og projektchef Nanna Høygaard Lindeberg. Bibliotekar Anne Nørgaard-Pedersen har forestået litteratursøgningen, mens stud.scient.pol. Kasper Winther og cand.scient.soc. Louise Jean Kristensen har bistået med desk research og screening af litteraturen.

I løbet af undersøgelsesprocessen har vi talt med en række fagprofessionelle, der til daglig arbejder med unge i psykisk mistrivsel. Vi takker disse fagpersoner, som har givet os værdifuld baggrundsviden om området. Til undersøgelsen har været tilknyttet en følgegruppe, som skal takkes for sine konstruktivt kritiske bidrag. Forskningschef Anna Paldam Folker, Statens Institut for Folkesundhed, der har været ekstern referee på undersøgelsen skal ligeledes takkes for gode kommentarer. Endelig vil vi takke seniorforsker Vibeke Koushede, Statens Institut for Folkesundhed, som venligst har udlånt os figurmateriale til denne rapport.

Undersøgelsen er rekvireret og finansieret af Socialstyrelsen.

Kræn Blume Jensen
Forsknings- og analysechef for VIVE Social
2018

Indhold

Sammenfatning 6

1 Undersøgelsens formål 10
1.1 Baggrund 10
1.2 Formål 11
1.3 Rapportens fremstilling 11

2 Fremgangsmåder 12
2.1 Afgrænsning af og karakteristika ved målgruppen ”unge i psykisk mistrivsel” 12
2.2 Aktører og indsatser 13
2.3 Systematisk litteraturkortlægning 13

3 Karakteristika ved unge i psykisk mistrivsel 22
3.1 Indledning 22
3.2 Indkredsning af begreberne om mental sundhed og psykisk mistrivsel 22
3.3 Operationalisering af mental sundhed og mental mistrivsel i befolkningsundersøgelser 24
3.4 Forekomst af psykisk mistrivsel og psykisk sygdom blandt unge i Danmark 26
3.5 Sammenfald mellem mistrivselssymptomer (komorbiditet) 35
3.6 Sammenhænge mellem symptomer på psykisk mistrivsel og kliniske diagnoser 37
3.7 Sammenhænge mellem psykisk mistrivsel og social funktionsmåde 40
3.8 Faktorer, der har sammenhæng med mental sundhed hhv. psykisk mistrivsel 42
3.9 Danmark i internationalt perspektiv 46
3.10 Konklusion 50

4 Eksempler på aktører og indsatser 51
4.1 Indledning 51
4.2 Aktører og indsatser 51
4.3 Unges egne perspektiver på psykisk mistrivsel 54
4.4 Konklusion 55

5 Virksomme forebyggende indsatser – en systematisk litteraturkortlægning 56
5.1 Forebyggelsestyper 56
5.2 Oversigt over inkluderede studier 57
5.3 Indsatstyper 61
5.4 Målgrupper 63
5.5 Mental sundhed i bred forstand 65
5.6 Forebyggelse af symptomer på depression og angst 69
5.7 Forebyggelse af selvskade 75
5.8 Forebyggelse af selvmord, selvmordsforsøg og tanker om selvmord 77
5.9 Forebyggelse af symptomer på spiseforstyrrelser 78
5.10 Forebyggelse af søvnløshed 79
5.11 Konklusion 81

Litteratur 83

Bilag 1 Overvejelser over målgruppeafgrænsninger – inklusions- og eksklusionskriterier 89

Bilag 2 Søgedokumentation 92

Bilag 3 Eksempler på aktører på området 100

Bilag 4 Eksempler på forebyggende indsatser i Danmark til unge i psykisk mistrivsel . 103

Sammenfatning

Undersøgelsens baggrund og formål

Flere nyere danske undersøgelser har peget på, at en ikke ubetydelig andel unge udviser tegn på psykisk mistrivsel. ”Psykisk mistrivsel”, ”psykisk sårbarhed” eller ”mentale helbredsproblemer” refererer i almindelighed til et bredere område end psykiske lidelser, hvor personer har fået en egentlig klinisk diagnose af en læge eller psykiater. Psykisk mistrivsel kan fx også omfatte lav livstilfredshed, psykiske og psykosomatiske symptomer, oplevet stress, ensomhed, selvskadende adfærd eller søvnproblemer.

Det centrale formål med denne undersøgelse er at tilvejebringe viden om effekten af eksisterende forebyggende indsatser og metoder for psykisk sårbare unge i 16-30-årsalderen. Det sker ved at identificere potentielle studier, der har en dokumenteret positiv effekt.

Fænomenet ”psykisk mistrivsel” blandt unge er et relativt ubeskrevet og løst defineret vidensområde i en dansk kontekst. Derfor har det også været et selvstændigt formål med kortlægningen at indkredse karakteristika ved målgruppen ud fra eksisterende undersøgelser. Da den aktuelle analyse skal understøtte Socialstyrelsens modning og videreudvikling af konkrete indsatser og metoder, har det tillige været det relevant at tilvejebringe et billede af, hvilke indsatser der i dag anvendes i det forebyggende arbejde. Analyserne i denne rapport omfatter derfor tre komponenter:

1. En forskningsbaseret gennemgang af karakteristika ved målgruppen
2. En indkredsning og karakteristik af de indsatser, der aktuelt tilbydes unge i psykisk mistrivsel her i Danmark
3. En systematisk litteraturkortlægning, der tilvejebringer viden om effekten af indsatser, som tilbydes målgruppen.

Indkredsning af og karakteristika ved unge i psykisk mistrivsel

Problemstillingen om unges psykiske mistrivsel hører til inden for et overordnet paradigme om mental sundhed og kan forstås som en række negative komponenter i den nedre ende af det mentale sundhedskontinuum, uden at man af den grund vil tale om psykisk sygdom. Undersøgelser om psykisk mistrivsel i den danske ungebefolkning har hidtil overvejende anvendt enkeltstående indikatorer, der fokuser på indadreagerende problemstillinger. Der synes at være konsensus om, hvilke indikatorer der er de relevante at inddrage, og der er også belæg for at antage, at der er et vist overlap mellem de forskellige symptomer på psykisk mistrivsel. Uden et samlet målingsinstrument er det imidlertid vanskeligt præcist at vurdere, hvor mange unge der er i psykisk mistrivsel. På grundlag af en undersøgelse fra 2017, som har identificeret grupperinger af svært belastede unge drenge og piger, anslår vi dog, at det som minimum er 9-10 pct. af de unge kvinder og 3-5 pct. af de unge mænd, som tilhører målgruppen ”unge i psykisk mistrivsel”, men der er derudover bredere grupperinger af unge, hvis mentale sundhed kan karakteriseres som jævn eller moderat.

Undersøgelser gennemført blandt danske unge har for det første fundet moderate eller betydelige kønsforskelle på stort set alle anvendte mistrivselsindikatorer. Der tegner sig således et billede af, at ældre piger og unge kvinder i større omfang trives dårligere i forhold til drenge og unge mænd. Fundene skal ses i sammenhæng med, at drenge og pigers problemadfærd typisk manifesterer sig forskelligt. Unge kvinders problemadfærd ytrer sig hyppigere ved indadreagerende symptomer, mens drenge og unge mænd hyppigere har en udadreagerende problemadfærd (fx et højere niveau af adfærdsforstyrrelser og misbrugsproblemer).

For det andet viser undersøgelser, at nogle indikatorer på psykisk mistrivsel varierer med de unges sociale baggrundsforhold. På nogle områder har psykisk mistrivsel en tendens til at vende den tunge ende nedad. Det gælder i forhold til selvoplevet helbred, psykiske symptomer, søvnunderskud, ensomhed, selvskadende adfærd og emotionelle lidelser samt i medicinforbrug. Der er dog ikke tale om et systematisk mønster, som gælder i forhold til alle mistrivselsindikatorer.

For det tredje tyder undersøgelser, som følger udviklingen over tid, på, at der gennem de senere år har været stigning i unges selvrapporterede psykiske mistrivsel, særligt blandt unge kvinder. Selvom disse udviklingstendenser må tages til efterretning, bør resultaterne dog tolkes med forsigtighed.

Set i et internationalt perspektiv hører Danmark sammen med andre nordiske lande til en af de regioner, hvor der over tid er konstateret en mindre stigning i omfanget af emotionelle og psykosomatiske symptomer blandt unge, men samtidig skal man være opmærksom på, at trivselsniveauet (fx målt ved livstilfredshed) blandt unge i Danmark gennemgående er højere i forhold til trivslen blandt unge i så mange andre lande.

Danske analyser af grupperinger af unge med lav grad af mental sundhed hhv. depressive symptomer viser, at unge i psykisk mistrivsel hyppigere end andre unge har udfordringer på en række livsområder i hverdagen, og vi finder tegn på, at nogle af dem befinder sig i risikozonen for social marginalisering. Selvom en del af de mest belastede unge selv oplyser, at de har haft en psykisk lidelse, er det ud fra de foreliggende data kun et mindretal, der har en klinisk diagnose, og som har fået medicinsk eller psykologisk behandling.

Der findes forskellige teorier og antagelser om, hvorfor danske unge mistrives, men en række af disse antagelser er svære at efterprøve empirisk. I Danmark skorter det gennemgående på undersøgelser, som kan udpege, hvilke omstændigheder der fungerer som risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykisk mistrivsel. Nyere undersøgelsesfund peger dog på, at ressourcer og belastninger i opvækstmiljøet spiller en rolle, lige som erfaringer med forskellige former for overgreb gennem opvæksten har sammenhæng med, at de unge trives dårligt. Derudover er en række individuelle risikofaktorer fundet, herunder den unges køn og risikoadfærd i ungdomsårene.

Selvom der gennem de seneste år er publiceret flere undersøgelser, som har kastet lys på danske unges mentale sundhedstilstand, er forskningsfeltet stadigt relativt umodent. Der forekommer først og fremmest at være behov for mere raffinerede måleredskaber for mere præcist at kunne afgrænse og differentiere målgruppen, som er i psykisk mistrivsel.

Unges egne perspektiver på psykisk mistrivsel

På grundlag af udvalgte udredninger, der tilsammen tilvejebringer et differentieret billede af de psykiske mistrivselsproblemer, kaster vi lys på unges egne perspektiver på, hvorfor nogle mistrives, og hvad der kan gøres for at hjælpe og støtte dem.

Spørger man den brede gruppe af unge på ungdomsuddannelserne, handler problematikkerne ofte om ”forventningspres” og ”tidspres”, hvor præstationsangst, forestillingen om det perfekte liv, uopnåelige skønhedsidealer og CV-pleje også er nogle af nøgleordene. De unges egne løsningsforslag handler her om, at de selv skal blive bedre til at prioritere deres tid, og at der bør skabes en mere hensigtsmæssig uddannelsesstruktur, så det oplevede tidspres bliver mere udjævnet.

Spørger man unge, som befinder sig i en trivselsmæssig gråzone, eller som er sværere belastet, kan problemerne fx dreje sig om cutting, ensomhed eller problemer med kropsopfattelsen og ikke mindst om angsten for at mislykkes. Her efterlyses der bl.a. lettilgængelige støtteforanstaltninger for dem, der føler sig utilpasse, men ikke er syge nok til at blive indrulleret i sundhedssystemet. Men

unge peger også på, at hjælpen kan komme fra nære venskabsrelationer, fra jævnaldrende ”næsten voksne” eller fra støttende voksne, der kan ”se” dem.

Aktører- og indsatser til målgruppen

Rapporten giver eksempler på aktører og forebyggende indsatser og kaster lys på, hvem der agerer i forhold til unge med psykiske mistrivselsproblemer i Danmark. Af aktører har vi både offentlige aktører inden for: social-, sundheds-, beskæftigelses- og uddannelsesområderne, men også interesseorganisationer, vidensinstitutioner, NGO'er/non-profit organisationer samt fonde/investorer, som har fokus på at skabe opmærksomhed på eller bedre vilkår for unge i psykisk mistrivsel. Vi giver også en række eksempler på indsatser, som kan karakteriseres som forebyggende lavtærskelindsatser. Disse indsatser er ret forskelligartede, og mens de fleste kan karakteriseres som universelle eller indikerende, har andre en mere behandlende eller rådgivende karakter og henvender sig direkte til unge, som har problemer.

Systematisk litteraturkortlægning

Vi har gennemført en systematisk litteraturkortlægning for at tilvejebringe viden om effekten af indsatser, som tilbydes målgruppen af unge, som er i psykisk mistrivsel. Vi har fokuseret på indsatser, som har vist sig at have en dokumenteret positiv virkning. På baggrund af en række in- og ekskluslionskriterier foretog vi en systematisk litteratursøgning i en række databaser og hjemmesider. Den resulterede i 2.861 potentielt relevante studier, som vi gennemgik og vurderede. Vi fandt i alt 17 relevante og tilfredsstillende studier. Blandt de 17 studier er 8 studier systematiske reviews og metareviews, mens 9 studier er enkeltstudier af en eller flere indsatser.

De 17 studier afdækker effekterne af indsatser, der primært har fokus på et eller flere af følgende områder hhv. symptomer på psykisk mistrivsel: mental sundhed, selvskadende adfærd, selvmordsforsøg/selvmordstanker, spiseforstyrrelser, depression, angst og søvnløshed.

De 17 inkluderede studier anvender forskellige aldersmæssige målgruppeafgrænsninger for indsatserne. Ud fra studierne tegner det mønster sig, at indsatserne ofte enten udvikles og afprøves til børn og unge i aldersgruppen op til 18 år eller til voksne over 18 år. Relativt få indsatser er udelukkende målrettet aldersgruppen 16-30 år, som vi interesserer os for i denne undersøgelse. Det er således et væsentligt opmærksomhedspunkt, at en række indsatser er målrettet til børn og unge under 18 år eller til personer over 18 år. I forlængelse heraf er der for nogle af de inkluderede studier et metodisk forbehold i relation til at anvende indsatser, som er udviklet til en delvist anden aldersgruppe end unge i 16-30-årsalderen.

Indsatserne er forankret i en række forskellige arenaer, og der er blandt de inkluderede studier eksempler på skolebaserede indsatser, indsatser forankret i lokalsamfundet, indsatser forankret på digitale platforme, indsatser forankret hos den praktiserende læge, samt indsatser, som er forankret på kombinationer af disse arenaer.

De tre inkluderede indsatser, der har et bredere sigte på **mental sundhed**, er relativt forskelligartede. For det første indgår et studie af en indsats med præventive konsultationer hos egen praktiserende læge, for det andet et studie af en indsats med et online computerspil, som er designet til at støtte unge menneskers mentale sundhed, og for det tredje indgår en indsats, hvor kultur og kunst benyttes som en form for medium til at opbygge pro-sociale færdigheder hos de unge.

Ni af de inkluderede studier undersøger indsatser til **forebyggelse af depression og angst.** Blandt disse studier finder vi også forskellige typer af forebyggende indsatser: Principper fra kognitiv adfærdsterapi indgår i en række af indsatserne. Endvidere er der indsatser baseret på andre typer af terapi, Motivational Interviewing, psykoedukation og mindfulness. I nogle af de undersøgte indsatser

arbejdes på forskellig vis med at styrke de unges evne til self-efficacy, problemløsning og samarbejde, Blandt de inkluderede studier er det også eksempler på studier af indsatser baseret på fysisk træning. Endelig undersøger et af de inkluderede studier effekten af en indsats, hvor unge ved hjælp af en mobilapplikation monitorerer egne depressive symptomer og deler data herom med egen læge.

Forebyggelse af selvskade undersøges i to af de inkluderede studier. Studierne undersøger det selvmordsforebyggende program ”Signs of Suicide” (SOS), ”Therapeutic Assessment”, der er baseret på kognitiv analytisk terapi, Familieindsatsen ”Family Intervention for Suicide Prevention” (FISP) og indsatsen Multisystemic therapy (MST), der har fokus på, om udvikling af forældrekompetencer og øget støtte fra netværk samt styrkelse af de unges prosociale relationer kan reducere gentagen selvskade sammenlignet med hospitalsindlæggelse. Endvidere indgår et studie af en mentaliseringsbaseret behandling (MBT-A) i vidensoversigten.

De to inkluderede studier, der vedrører **forebyggelse af selvmord, selvmordsforsøg og tanker om selvmord** undersøger skolebaserede indsatser med klasseundervisning.

Forebyggelse af symptomer på spiseforstyrrelser er undersøgt i et studie af en gruppebaseret indsats, Healthy Weight 2, hvor der indgår undervisning om spiseforstyrrelser.

Endelig er der i et af de inkluderede studier fokus på **forebyggelse af søvnløshed** ved hjælp af en indsats baseret på kognitiv adfærdsterapi.

Det har, jf. undersøgelsens projektbeskrivelse, været et ønske at inkludere oplysninger om de økonomiske omkostninger ved at implementere og drive de identificerede metoder. De 17 inkluderede studier indeholder imidlertid ikke oplysninger herom.

Samlet set peger de inkluderede studier på, at der findes forebyggende indsatser, der har vist positive effekter i forhold til forebyggelse af forskellige symptomer på psykisk mistrivsel blandt unge. Det er imidlertid samtidig en væsentlig konklusion, at der på tværs af studierne peges på behovet for yderligere dokumentation af effekter af indsatser for målgruppen, hvis der skal kunne drages mere entydige konklusioner.

Om undersøgelsens metoder

Undersøgelsen er i altovervejende grad basereret på desk research: Vi har gennemgået danske og internationale forskningsbaserede undersøgelser og udredninger for at afgrænse og karakterisere ”unge i psykisk mistrivsel” (kapitel 3). Kapitel 4 blev til på baggrund af søgninger på nettet og gennemgang af udredninger, og til vores baggrundsviden har vi tillige talt med en række fagprofessionelle, der arbejder med unge i psykisk mistrivsel. Kapitel 5 er baseret på en systematisk litteratursøgning.

Undersøgelsen er rekvireret og finansieret af Socialstyrelsen.

1 Undersøgelsens formål

1.1 Baggrund

Flere nyere danske undersøgelser har peget på, at en ikke ubetydelig andel unge udviser tegn på psykisk mistrivsel. (Due et al., 2014; Ottosen & Montgomery, 2016; Ottosen & Skov, 2012; Ottosen et al., 2010, 2014, 2015). ”Psykisk mistrivsel”, ”psykisk sårbarhed” eller ”mentale helbredsproblemer” refererer i almindelighed til et bredere område end psykiske lidelser, hvor personer har fået en egentlig klinisk diagnose i det lægelige eller psykiatriske system. Psykisk mistrivsel kan således også omfatte fx lav livstilfredshed, psykiske og psykosomatiske symptomer, oplevet stress, ensomhed, selvskadende adfærd eller søvnproblemer.

Ifølge Vidensråd for Forebyggelse (Due et al., 2014) udgør mentale helbredsproblemer en væsentlig del af sygdomsbyrden hos børn og unge. Det påvirker ikke kun deres velbefindende i hverdagen, men der er også risiko for, at psykisk mistrivsel tidligt i livet kan føre til mentale helbredsproblemer eller psykiske lidelser, når de unge senere når ind i voksenalderen. Det kan kompromittere den enkeltes muligheder i forhold til uddannelse, deltagelse på arbejdsmarkedet, sociale relationer og livskvalitet. Der er både i praksis og i undersøgelser fundet tegn på, at udviklingen af psykisk mistrivsel blandt børn og unge har været i vækst gennem de senere år (Due et al., 2014; Ottosen et al., 2014; Børne- og Socialministeriet, 2017).

I institutionel forstand er der typisk tre offentlige sektorer, som kommer i berøring med de psykisk sårbare unge: Uddannelsesstederne (fx lærere, studievejledere), hvor de unge er indskrevet, kan bidrage til at spotte de unge og evt. guide dem videre til noget professionel hjælp; sundhedsvæsenet (den primære sundhedstjeneste; psykiatrien), som udreder, diagnosticerer og behandler unge med sværere lidelser; og endelig det sociale system (kommunen), som ud fra en socialfaglig tilgang kan tilbyde støtte og hjælp til unge med psykiske vanskeligheder. For eksempel kan der efter servicelovens § 82b tilbydes tidsbegrænset individuel hjælp, omsorg og støtte til netop denne målgruppe. Ud over den offentlige hjælp eksisterer der en række vidensportaler og frivillige foreninger, som oplyser og rådgiver unge med psykiske mistrivselsproblemer.

Der er tegn på, at der gennem de senere år har været en voksende erkendelse af, at indsatsen for unge med psykiske mistrivselsproblemer må forstærkes. Man kan således konstatere, at flere organisationer og private fonde har opprioriteret dette område[1], ligesom den socialpolitiske redegørelse fra 2017, satspuljeaftalen på socialområdet (2018) og satspuljeaftalen for sundhedsområdet 2018-21 udtrykker samme hensigt. På trods af, at der således iværksættes forskellige hjælpeinitiativer, findes der intet samlet overblik over karakteren af forskellige forebyggende hjælpetiltag eller viden om, hvilke metoder, som anvendes. Socialstyrelsen vurderer således, at vi i dag savner indsigt om, hvilke forebyggende tidsbegrænsede tilbud, indsatser og metoder der har vist sig mest virksomme eller effektive i forhold til gruppen af psykisk sårbare unge (Socialstyrelsen, 2017). Der er derfor behov for en systematisk gennemgang af studier og undersøgelser, som har evaluereret forskellige typer indsatser og metoder i forhold til netop denne målgruppe. Det er baggrunden for, at denne undersøgelse blev iværksat. Viden fra denne rapport kan således bruges som inspiration til implementering og udvikling af fremtidige forebyggende indsatser i landets kommuner.

I denne rapport anvendes ”psykisk sårbare unge” synonymt med ”unge i psykisk mistrivsel”.

[1] For eksempel initiativer som Headspace, Mindhelper, LÆR AT TACKLE, Mindapps, Regiontrivsel.

1.2 Formål

Det centrale formål med forskningsoversigten er at tilvejebringe viden om effekten af eksisterende forebyggende indsatser og metoder for målgruppen af psykisk sårbare unge (16-30 år). Det sker ved at identificere potentielle studier, der har en dokumenteret positiv effekt. I denne gennemgang vil vi belyse indsatsernes/metodernes centrale elementer.

Da fænomenet psykisk mistrivsel/sårbarhed blandt børn og unge er et relativt ubeskrevet og løst defineret vidensområde i en dansk kontekst, er det desuden formålstjenligt at tilvejebringe en indkredsning af, hvad der karakteriserer målgruppen. Da den aktuelle analyse skal understøtte Socialstyrelsens modning og videreudvikling af konkrete indsatser og metoder, forekommer det tillige relevant at tilvejebringe et billede af, hvilke indsatser der i dag anvendes i det forebyggende arbejde. Analyserne i denne rapport omfatter således tre delelementer:

- En forskningsbaseret gennemgang af karakteristika ved målgruppen
- En indkredsning og karakteristik af indsatser, der aktuelt tilbydes psykisk sårbare unge i Danmark
- En systematisk litteraturkortlægning, der tilvejebringer viden om effekten af indsatser, som tilbydes målgruppen.

1.3 Rapportens fremstilling

Rapporten består af fem kapitler. Kapitel 2 redegør overordnet for de fremgangsmåder, som er anvendt i rapporten. Kapitel 3 tilvejebringer på baggrund af eksisterende undersøgelser en beskrivelse af, hvad der karakteriserer målgruppen unge i psykisk mistrivsel. Kapitel 4 tegner et strategisk overbliksbillede over typer af indsatser, som i dag bliver tilbudt til unge med psykiske mistrivselsproblemer. Rapportens sidste kapitel 5 præsenterer metoder og resultaterne fra en systematisk litteraturgennemgang af studier, der har belyst effekten af forebyggende indsatser til målgruppen.

2 Fremgangsmåder

2.1 Afgrænsning af og karakteristika ved målgruppen ”unge i psykisk mistrivsel”

I henhold til eksisterende undersøgelser og den socialpolitiske redegørelse (2017) afgrænser vi overordnet målgruppen ved hjælp af de begreber, som Vidensråd for Forebyggelse (Due et al., 2014, s. 25) har anvendt. Med psykisk sårbarhed eller mental/psykisk mistrivsel forstås, at den unge ud fra en mental helbredsdimension ikke betragtes som syg (dvs. at der ikke er nogen klinisk psykiatrisk diagnose, og at den unge derfor heller ikke modtager behandling i det psykiatriske/lægelige system), men at der ud fra en mental sundhedsdimension er indikationer og tegn på, at den unge fungerer mindre godt.

Tabel 2.1 Afgrænsning af målgruppen ”Unge i psykisk mistrivsel”.

		Helbred	
		Mentalt rask	Mentalt syg
Sundhed	Mentalt velfungerende		
	Mindre velfungerende/har symptomer	**Målgruppen**	

Kilde: Due et al. (2014).

Der er med andre ord tale om unge, der er påvirket af deres psykiske mistrivsel i en sådan grad, at de belastes og indskrænkes i deres livsudfoldelse. Der kan hos den unge således iagttages symptomer, som kan være forbigående, eller som kan udvikle sig til at blive mere eller mindre vedvarende problemer. Der vil være tale om et kontinuum af alvorlighed. I den alvorligere ende kan der være risiko for, at symptomerne er tegn på en begyndende psykisk lidelse, jf. at en del psykiske sygdomme debuterer i ungdomsårene. Ud fra eksisterende viden om symptomer, der er relevante for aldersgruppen, alvorlighedsgrader og forebyggelsespotentialer, har vi valgt at afgrænse målgruppen til at omfatte unge med indadreagerende vanskeligheder inden for et eller flere af følgende områder:

- Tegn eller begyndende symptomer på egentlige emotionelle lidelser, der omfatter depression, angst og OCD
- Psykiske symptomer (fx trist, irritabel, dårligt humør, ængstelig, nervøs, uro, lavt selvværd)
- Psykosomatiske symptomer (fx mavepine, hovedpine)
- Oplevet stress
- Ensomhed
- Selvskadende adfærd
- Tegn på lettere spiseforstyrrelser
- Søvnproblemer.

For nærmere overvejelser over målgruppeafgrænsningen henvises til bilag 1.

Selvom målgruppen er de 16-30-årige, har vi, fordi interessen netop samler sig om forebyggende indsatser, der kan få de unge på ret kurs igen, især været opmærksomme på indsatser og metoder til den del af målgruppen, som er under 24 år.

For at kvalificere, om de indsatser, der igangsættes, er relevante, har vi på baggrund af eksisterende danske undersøgelser beskrevet omfanget af og udviklingen i psykisk mistrivsel blandt unge i Danmark samt vist, hvilke centrale sammenhænge der er fundet mellem psykisk mistrivsel/sårbarhed og omstændigheder i den unges funktionsmåde og baggrundsforhold. Denne viden er ikke kun hjælpsom i forhold til litteratursøgningen efter virksomme indsatser, den er også central i forhold til den fremadrettede praktiske udvikling af området: Hvis investeringen i indsatser skal være præcis og målrettet, er det nødvendigt med kundskab om, hvad der karakteriserer målgruppen.

Beskrivelsen af målgruppen er baseret på større epidemiologiske undersøgelser om unges trivsel og sundhed og på specialanalyser af målgruppens problemstillinger, vanskeligheder og baggrundsforhold.

2.2 Aktører og indsatser

Gennem søgninger på Internettet og drøftelser med fagprofessionelle og eksperter inden for området, har vi fået kendskab til nogle af de forebyggende indsatser, som findes i Danmark. Vi giver ikke et fuldstændigt overblik over alle eksisterende forebyggende indsatser, men præsenterer dem, som de førnævnte fremgangsmåder har gjort det muligt at identificere.

Indsatserne betegnes overvejende som lavtærskelindsatser og har et ret forskelligartet indhold. Hvor nogle af indsatserne kan karakteriseres som universelle eller indikerende, er der også behandlende eller rådgivende indsatser, som henvender sig direkte til unge, som har problemer.

Med udgangspunkt i tre udvalgte undersøgelser beskriver vi, hvad unge selv peger på som årsager til, at de har det dårligt, og hvad skal der til, for at de får det bedre. De tre undersøgelser inddrager forskellige dele af den brede målgruppe af unge i psykisk mistrivsel lige fra ”almindelige” unge over en ”gråzone” til en gruppe, som i sværere grad er tynget af mistrivselsproblemer.

2.3 Systematisk litteraturkortlægning

Vi har gennemført en systematisk litteraturkortlægning for at tilvejebringe viden om effekten af forebyggende indsatser, som tilbydes målgruppen af unge i psykisk mistrivsel. Den anvendte litteratursøgningsmetode er inspireret af det britiske forskningscenter EPPI’s brede tilgang til forskningsoversigter, hvor både videnskabelige og ikke-videnskabelige studier og kvalitative såvel som kvantitative studier indgår. Dermed bliver der inddraget både videnskabelige og fagfællebedømte studier samt såkaldt grå litteratur, fx rapporter, evalueringer, udredninger, bøger mv., som ikke er videnskabeligt publiceret. Hensigten med at benytte denne tilgang er at opnå en mere omfattende afdækning af den eksisterende viden på området, end hvis fx kun publicerede videnskabelige studier var blevet indsamlet og vurderet. Tilgangen i dette studie adskiller sig dog fra EPPI’s tilgang ved, at studier med et metodisk design, der giver nogenlunde sikre effektestimater, prioriteres, jf. opdraget for undersøgelsen. Det betyder, at udelukkende kvalitative studier ikke inkluderes i kortlægningen. Se også nedenstående boks om in- og eksklusionskriterier.

Den systematiske litteratursøgning kortlægger studier, som belyser effekter/virkninger i en bred forståelse af effektivitet og både af lang- og kortsigtede resultater af indsatsen. Studier af effekter ønsker ofte at finde direkte og kausale forbindelser mellem intervention og ”outcome/impact”. Sådanne studier søger at besvare det centrale spørgsmål, hvordan det går modtagere af en intervention i forhold til, hvordan det ville være gået med de selvsamme personer, hvis ikke de havde modtaget den samme

intervention. Den helt grundlæggende udfordring er her, at man ikke kan observere de samme personer i de to grupper, indsats- og kontrolgruppen, og udfordringen er at få kontrolgruppen til at ligne indsatsgruppen bedst muligt. Graden af sammenfald mellem de to grupper vil derfor være central for effektmålingens kvalitet. Dette relativt snævre effektbegreb forudsætter en klar kausalitetsforståelse og vil ofte kunne findes i studier med design som forskningsoversigter, randomiserede kontrollerede lodtrækningsforsøg (RCT), kvasi-eksperimentelle før-efter-målinger og eftermålinger. De mere kortsigtede effekter, som vi kunne kalde kvalitative effekter eller virkninger, indeholder en mindre kausal orienteret forståelse af effekt og vil også indgå i kortlægningen, hvor der kan være tale om studier med andre typer af design, ofte tværmetodiske før-efter-målinger eller eftermålinger med brug af kvalitative metoder, survey- eller registerdata. Det er imidlertid en del af undersøgelsens opdrag, at mere sikre effektdesign foretrækkes, hvis det er muligt.

Processen for udvælgelse af studier er inddelt i tre faser:

- Fase 1. Søgning af potentielt relevante studier i relevante elektroniske databaser og hjemmesider
- Fase 2. Vurdering af studiernes relevans ift. inklusions- og eksklusionskriterier
- Fase 3. Systematisk vurdering af studiernes indhold og metodiske kvalitet.

I det følgende beskrives fremgangsmåden i hver af de tre faser.

Første fase af kortlægningsarbejdet bestod af en indledende søgning efter potentielt relevante studier i relevante elektroniske databaser og hjemmesider. Indledningsvist blev der med afsæt i projektets opdrag om at gennemføre "en systematisk litteraturkortlægning, der tilvejebringer viden om effekten af indsatser, som tilbydes målgruppen" (jf. afsnit 1) opstillet inklusions- og eksklusionskriterier. Dette var for at sikre, at de fundne studier var relevante i relation til projektets formål.

Der blev opstillet in- og eksklusionskriterier om studiernes udgivelsestidspunkt, studiernes sprog, den geografiske kontekst, som de indsatser, som studierne undersøger gennemføres i, målgruppens alder, målgruppens problematikker, studiernes metode samt indsatsens effekt.

In- og eksklusionskriterierne er afstemt således, at inkluderede studier i videst muligt omfang vil være relevante i forhold til de indsatser for målgruppen, som Socialstyrelsen planlægger at understøtte i en dansk kontekst. De opstillede in- og eksklusionskriterier fremgår af nedenstående boks.

In- og eksklusionskriterier for litteraturkortlægningen

	Inklusionskriterier	**Eksklusionskriterier**
Studiets udgivelsestidspunkt	2008- maj 2018	Før 2008 og efter juni 2018
Studiets sprog	Dansk-, svensk-, norsk- og engelsk	Studier på øvrige sprog
Geografisk kontekst for indsatsen	Vestlige lande, dvs. Europa, Nordamerika, New Zealand og Australien	Indsatser gennemført uden for Europa, Nordamerika, New Zealand og Australien
Målgruppens alder	Studier, der primært undersøger indsatser målrettet personer mellem 16 og 30 år	Studier, der primært undersøger indsatser målrettet børn og unge under 16 år eller voksne over 30 år
Målgruppens problematikker	Indadreagerende vanskeligheder inden for et eller flere af nedenstående områder: ▪ Tegn eller begyndende symptomer på emotionelle lidelser, herunder angst, OCD eller depression ▪ Psykiske symptomer (fx trist, irritabel, dårligt humør, ængstelig, nervøs, uro, lavt selvværd) ▪ Psykosomatiske symptomer ▪ Selvskadende adfærd	Problematikker, der har udløst psykiatriske diagnoser, fx autisme, skizofreni, ADHD eller misbrug, og som der evt. modtages behandling for i det psykiatriske system

In- og eksklusionskriterier for litteraturkortlægningen		
	▪ Ensomhed ▪ Selvmordsovervejelser ▪ Oplevet stress ▪ Tegn på lettere spiseforstyrrelser ▪ Søvnproblemer	
Studietyper	Empiriske studier. Peer reviewed forskning samt officielle rapporter, ph.d.-afhandlinger, konferencepapirer og myndighedsudgivelser. Systematiske review og meta-reviews, RCT, forsøg med kontrolgruppe, før-efter studier, kohorte-studier, analyser med tværmetodiske design.	Studier, der ikke bygger på empiriske data Pilot-studier, uafsluttede studier og studier, som ikke har været i peer-review, herunder master- og bacheloropgaver og andre studieopgaver. Studier med lille generaliserbarhed
Den undersøgte indsats effekt	Indsatser/metoder, som tilbydes psykisk sårbare, hvor effekt/virkning er undersøgt og dokumenteret positiv	Indsatser/metoder, som tilbydes psykisk sårbare, hvor effekt/virkning er undersøgt og dokumenteret uden effekt

Af nedenstående boks fremgår de databaser og hjemmesider, som søgningen er foretaget i.

Afsøgte databaser og hjemmesider	
Databaser	**Hjemmesider**
▪ Sociological Abstracts ▪ SocIndex ▪ PsycInfo ▪ ERIC ▪ PubMed ▪ Cinahl ▪ The Cochrane Library ▪ The Campbell Library ▪ SveMed ▪ Netpunkt/DanBib ▪ ORIA/BibSys ▪ LIBRIS ▪ Den Danske Forskningsbase ▪ SwePub ▪ NORA	▪ Socialstyrelsen, Danmark: https://socialstyrelsen.dk/ ▪ Sundhedsstyrelsen, Danmark: https://www.sst.dk/ ▪ Dansk Clearinghouse: http://edu.au.dk/forskning/danskclearinghouseforuddannelsesforskning/ ▪ KL: http://www.kl.dk/ ▪ Socialstyrelsen, Sverige: http://www.socialstyrelsen.se/ ▪ SBU, Sverige: http://www.sbu.se/ ▪ NUBU, Norge: http://www.nubu.no/ ▪ Fontene: http://fonteneforskning.no/ ▪ Ungsinn, Norge: http://www.ungsinn.no/ ▪ Kunnskapssenteret.no, Norge: http://www.kunnskapssenteret.no/ ▪ C4EO The Centre for Excellence and Outcomes in Children and Young People's Services, UK: https://www.ncb.org.uk/resources-publications ▪ EPPI Centre, UK: http://eppi.ioe.ac.uk/cms/ ▪ SCIE, Social Care Institute for Excellence, UK: http://www.scie.org.uk/

I databaserne anvendtes kontrollerede søgeord inden for databasernes egne emneord og fritekstsøgning ud fra på forhånd fastlagte søgekriterier og søgeord (se bilag 2). Der blev endvidere foretaget søgninger efter grå litteratur (rapporter mv.) på relevante institutioners hjemmesider.

Vi fandt ved søgningen 2.861 potentielt relevante studier, som gik videre til fase 2 med henblik på udvælgelse af relevante studier.

Efter fremsøgningen af de 2.861 potentielt relevante studier, blev alle potentielt relevante studier i litteraturkortlægningens anden fase gennemgået og vurderet i forhold til inklusions- og eksklusionskriterierne på baggrund af studiets titel og abstract.

I fase 2 blev en række studier ekskluderet bl.a. som følge af, at studierne vedrørte indsatser for en yngre målgruppe end den, der er i fokus i denne undersøgelse.

Ved denne screening blev i alt 96 studier vurderet "relevante" eller "måske relevante". De 96 studier blev rekvireret med henblik på endelig vurdering af det fulde studie.

I litteraturkortlægningens fase 3 blev de 96 studier, der i fase 2 var vurderet ”måske relevante” eller ”relevante” vurderet i fuld længde. Studierne blev underlagt en systematisk og ensartet gennemgang, og fuldtekstvurderingen blev især anvendt til at afklare usikkerheder om, hvorvidt studiernes målgruppe, indsatser, studietype og resultater faldt inden for undersøgelsens inklusionskriterier. Vurderingen af studierne blev drøftet i projektteamet med henblik på at sikre en ensartet vurdering i forhold til de opsatte in- og eksklusionskriterier og i forhold til vurdering af studiernes kvalitet.

Fravalg på baggrund af in- og eksklusionskriterier

En stor del (75 stk.) af de studier, der blev gennemgået i fuldtekst, blev sorteret fra, fordi de ved en nærmere gennemlæsning ikke levede op til et eller flere af de opsatte inklusionskriterier Det drejer sig om studier, der ved nærmere gennemlæsning viste sig:

- At vedrøre indsatser udelukkende for børn og unge under 16 år eller for personer over 30 år. I flere studier indgår deltagere med en bred aldersgruppe i afprøvningen af indsatsen og dermed også deltagere uden for den målgruppe, der er fastlagt i in- og eksklusionskriterierne for dette litteraturstudie. En række indsatser i de gennemgåede studier er gennemført for børn under 16 år. I de tilfælde, hvor kun en lille andel af deltagerne (typisk under ca. 10) er i aldersgruppen 16-30 år, er studiet ekskluderet.
- At vedrøre indsatser for personer med primært udadreagerende adfærd. En række af de indsatser, der undersøges i studierne, viste sig ved fuldtekstlæsning primært at vedrøre problematikker, der ligger uden for projektets inklusionskriterier (fx misbrug og kriminalitet).
- Ikke at vedrøre egentlige empiriske indsatser. Det gælder fx lærebøger og teoretiske artikler.
- Ikke at vedrøre forebyggende indsatser, men udelukkende behandlende indsatser for personer med en diagnose. Studier, der både vedrører forebyggende indsatser og behandlende indsatser for personer med en diagnose, er inkluderet. Således ekskluderes indsatser, hvor målgruppen har udviklet mental sygdom og er diagnosticeret, og hvor der derfor er tale om egentlig sygdomsbehandling og ikke forebyggelse. Det skal dog bemærkes, at nogle indsatser anvendes både forebyggende og behandlende. Endvidere inkluderer nogle meta-studier primærstudier, der både undersøger forebyggende og behandlende indsatser. Vi har valgt at medtage studier, der både vedrører forebyggelse og behandling. I disse tilfælde afrapporteres så vidt muligt udelukkende konklusioner vedrørende forebyggende indsatser, men for enkelte studier er det ikke muligt at uddifferentiere konklusionerne om forebyggelse hhv. behandling. Dette metodiske forbehold er et opmærksomhedspunkt i relation til anvendelse af de inkluderede studier i en forebyggende sammenhæng.
- Ikke at indeholde dokumentation for effekten af de studerede indsatser eller at indeholde dokumentation med studietyper, der falder under for undersøgelsens inklusionskriterier. Eksempler herpå er studier af primært organisatoriske indsatser. Disse studier blev frasorteret, da de ikke måler indsatsens effekt for den primære målgruppe for vores undersøgelse og/eller indeholder dokumentation på et lavt evidensniveau som følge af indsatsens karakter. I denne gruppe var der også studier med meget få deltagere i de undersøgte indsatser. Disse studier blev vurderet relevante, men ikke tilfredsstillende, og blev på den baggrund ekskluderet.
- At være udgivet før 2008.

Det skal bemærkes, at in- og eksklusionskriterierne vedrørende studietyper i praksis betyder, at studier af nogle typer indsatser blev favoriseret i udvælgelsesprocessen, mens studier af andre typer af indsatser ikke inkluderes i afrapporteringen. Studier med et udelukkende kvalitativt design er ikke inkluderet i undersøgelsen, jf. undersøgelsens in- og eksklusionskriterier. Og endvidere prioriteres studier med et metodisk design, der giver nogenlunde sikre effektestimater, hvis muligt, jf. undersø-

gelsens opdrag. Det betyder for det første, at en række kvalitativt baserede studier af organisatoriske rammer for forebyggende indsatser for unge på den baggrund er ekskluderet. For det andet betyder in- og eksklusionskriterierne vedrørende studietyper, at forebyggende indsatser for unge, der har en karakter, der vanskeliggør dokumentation med kvantitativt design, fordi indsats og varighed af indsatsen ikke nødvendigvis er fastlagt på forhånd, ikke er inkluderet i undersøgelsen. Således opfylder fx indsatser med kognitiv adfærdsterapi i højere grad end indsatser, der trækker på andre terapeutiske tilgange, kriterier, der muliggør dokumentation med kvantitative metoder. Der ses således også en overvægt af studier af indsatser, der trækker på kognitiv adfærdsterapi blandt de inkluderede studier.

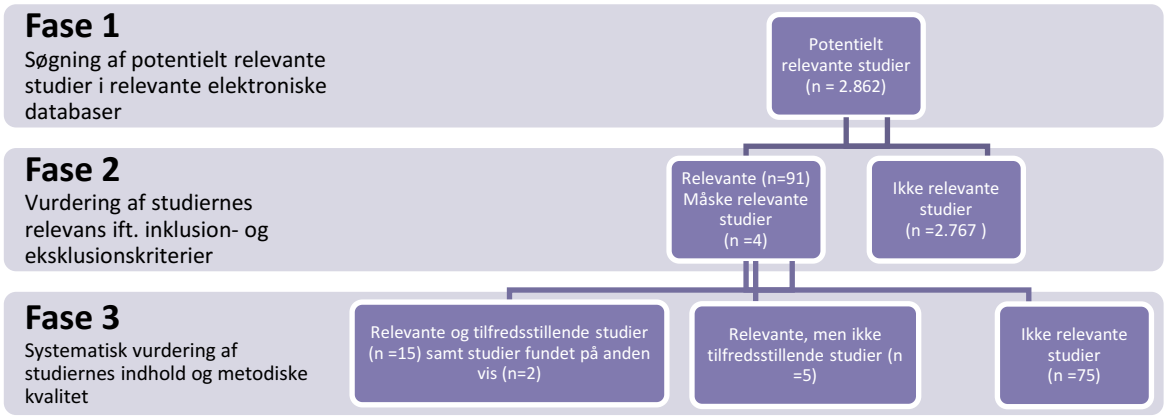
Kvalitetsvurdering

På det tredje og sidste trin i udarbejdelsen af litteraturoversigten blev de 96 udvalgte studier kvalitetsvurderet på grundlag af forfatternes helhedsvurdering af det enkelte studie. I den sammenhæng blev der lagt vægt på følgende overordnede kvalitetskriterier:

1. Hvorvidt studiet er baseret på et velegnet analysedesign (systematisk review/meta-review, RCT, andre eksperimentelle undersøgelser, casestudier) i forhold til problemstillingen.
2. Hvorvidt det empiriske grundlag i studierne er tilvejebragt på en tilfredsstillende måde – i kvantitative undersøgelser skal datagrundlaget muliggøre generalisering, i kvalitative undersøgelser skal datagrundlaget i tilstrækkelig grad kunne understøtte fortolkningerne, og inddragelse af eventuelle øvrige data (registerdata m.m.) skal være systematisk og udtømmende samt veldokumenteret og begrundet.
3. Hvorvidt konklusionerne i analysen bygger på velegnede metoder til at beregne effekter og indeholder redegørelser for valg af metode. Resultaterne af studierne bør også være underkastet en kritisk vurdering af resultaternes generaliserbarhed, herunder en inddragelse af øvrige relevante undersøgelser på området, og dette gøres ved hjælp af eksisterende systematiske reviews eller meta-reviews.
4. En mindre andel (5 stk.) af de 96 studier endte med at blive ekskluderet som kvalitetsmæssigt ikke-tilfredsstillende på grund af betydelige metode- og datamæssige svagheder, som studierne oftest også selv gjorde opmærksom på. Derved blev studierne ikke vurderet som tilstrækkeligt velunderbyggede til, at de bør indgå i litteraturoversigten.
5. I fase 3 blev der i forbindelse med en kvalitetssikring af vores undersøgelsesgennemgang identificeret to relevante studer, som ikke indgik i den oprindelige søgning. Da de to studier lever op til undersøgelsens inklusionskriterier, er de inkluderet i afrapporteringen.[2]
6. Vi har på ovenstående baggrund identificereret 17 studier, som indeholder dokumentation for indsatsens effektivitet og har vist positive effekter, virkninger eller outcomes i forhold til psykisk mistrivsel eller mental sundhed, jf. illustrationen i figur 5.1. Der er her tale om forebyggende eller tidlige indsatser, som såvel retter sig mod reduktion af risikofaktorer eller negative konsekvenser af psykisk mistrivsel, som indsatser, der fokuserer på mental sundhedsfremme og beskyttende faktorer, dvs. de mere positive aspekter af mental sundhed (Gullotta, Plant & Evans, 2015).

[2] De to studier er også afrapporteret i Skogen et al. (2018), der er offentliggjort, efter at søgningen til denne undersøgelse er afsluttet. Der er et mindre overlap mellem aldersgruppen i Skogen et al.'s undersøgelse og aldersgruppen for denne undersøgelse. Endvidere inkluderer Skogen et al. studier vedrørende et bredere problemfelt end denne undersøgelse.

Figur 2.1 Udvælgelse af studier. Fase 1-3.



Af de 17 relevante og tilfredsstillende studier afrapporterer 9 studier en afprøvning af en konkret indsats, mens 8 studier er meta-reviews af flere indsatser for en eller flere målgrupper. Flere af de inkluderede meta-reviews har fokus på en bredere målgruppe end målgruppen for denne undersøgelse. Der indgår således både forebyggende indsatser som behandlende indsatser for unge med diagnoser i de inkluderede reviews, og flere reviews inkluderer yngre eller ældre personer end den aldersgruppe, der er i fokus i denne undersøgelse. Det er derfor et metodiske forbehold, at de generelle konklusioner fra reviewene vedrører en bredere målgruppe end denne undersøgelses målgruppe.

Vi har ikke inden for projektets ramme haft mulighed for at gennemgå samtlige studier, der indgår i de inkluderede reviews, systematisk.

Tabel 2.2 Oversigt over inkluderede studier

Nr.	Forfatter	Titel	År	Land	Målgruppe/primær symptomer	Indsatsens navn	Indsatsens centrale elementer	Type (universel, selektiv, indikativ	Studiedesign
1	Carter et al.	The Effect of Exercise on Depressive Symptoms in Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis	2016	Flere lande	Forebyggelse af depression hos børn og unge	Inkluderer flere indsatser	Træning og fysisk aktivitet	Universel og selektiv	Meta-analyse af 11 RCT-studier
2	Das et al.	Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews	2016	Flere lande	Indsatser vedrørende unges mentale sundhed	Inkluderer flere indsatser. Navne ikke angivet i review	Skolebaserede indsatser, indsatser forankret i lokalsamfundet, indsatser på digitale platforme og individuelle/familiebaserede indsatser	Universel og selektiv	Meta-review af 38 systematiske review
3	Freund & Lous	The effect of preventive consultations on young adults with psychosocial problems: a randomized trial	2012	DK	Personer med multible psykosociale- og livsstilsproblematikker	Præventive konsultationer hos praktiserende læge	Præventive konsultationer hos praktiserende læge med inspiration fra Motivational Interviewing	Indikerende	RCT
4	Hetrick et. al.	Cognitive behavioural therapy (CBT). Third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents (Review)	2016	Flere lande	Forebyggelse af depression hos børn og unge	Inkluderer flere indsatser	Psykologiske interventioner som kognitiv adfærdsterapi (CBT) interpersonel terapi (IPT) og "tredje-bølge" kognitiv adfærdsterapi, der arbejder med tankeprocesser frem for tankeindhold	Universel og selektiv	Meta-review af 83 RCT-studier
5	Kauer et al.[3]	Self-monitoring Using Mobile Phones in the Early Stages of Adolescent Depression: Randomized Controlled Trial	2012	Australien	Depression	Mobile Tracking of Young People's Experiences	Selvovervågning via mobilapplikation til den unges brug i relation til egen læge	Selektiv	RCT
6	Merry et al.	Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents (Review)	2011	Flere lande	Forebyggelse af depression hos børn og unge	Inkluderer flere indsatser	Psykologiske og uddannelses indsatser De fleste indsatser indeholdt komponenter fra kognitiv adfærdsterapi. Nogle indsatser havde fokus på self-efficacy, stress-reduktion, traumer og optimisme. Mange indsatser er skolebaseret, mens nogle var digitale eller forankret i den primære sundhedssektor. Mange af indsatserne var gruppebaseret.	Universel	Meta-review af 53 RCT studier

[3] Litteratursøgningen fandt Reid et al. (2012). *Using a mobile phone application in youth mental health - an evaluation study*, som evaluerede mobilapplikationen, som skal understøtte lægen i arbejdet med unge i psykisk mistrivsel. Vi fandt dog, at det RCT-studie, som handlede om effekten af applikationen på unges mentale trivsel, var afrapporteret i Kauer et al. (2012). Derfor inddrog denne publikation nogle af de samme forfattere i stedet.

Nr.	Forfatter	Titel	År	Land	Målgruppe/primær symptomer	Indsatsens navn	Indsatsens centrale elementer	Type (universel, selektiv, indikativ	Studiedesign
7	Moreno-Peral Conejo-Cerón & Rubio-Valera	Effectiveness of Psychological and/or Educational Interventions in the Prevention of Anxiety. A systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression	2017	Flere lande	Forebyggelse af angst blandt alle aldersgrupper	Inkluderer flere indsatser	Psykologiske indsatser og psykoedukation	Universel	Meta-analyse af 29 RCT studier
8	Munthe-Kaas et al.	Effekt av psykosociale tiltak for ferebyggning og behandling av depresjon og angst blant risikoutsatte barn og ungdommer	2014	Flere lande	Depression og Angst	Inkluderer flere indsatser. Navne ikke angivet i review	Psykosociale indsatser for børn og unge i risiko for depression og angst og børn og unge med tydelige symptomer på depression og angst	Selektiv	Review af systematiske oversigter
9	Norell-Clarke et al	Group cognitive behavioural therapy for insomnia: effects on sleep and depressive symptomology in a sample with comorbidity	2015	Sverige	Søvnløshed, depression	Kognitiv adfærdsterapi vedrørende søvnløshed	Gruppebaseret indsats med kognitiv adfærdsterapi	Selektiv	RCT
10	Ougrin et al.	Practioner Review: Self-harm in adolescents	2012	Flere lande	Selvskadende adfærd	Inkluderer flere indsatser	Flere indsatser med bl.a. følgende elementer: Problemløsningsindsats designet med det formål at øge de unges engagement, kognitiv adfærdsterapi, familieterapi, gruppebaseret psykoterapi med elementer af kognitiv adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi og problemløsning og psykodynamisk gruppeterapi, individuel kognitiv analytisk terapi, familieterapi, terapeutisk vurdering for selvskade, gruppebaseret træning i følelsesmæssig regulering.	Selektiv	Review af 14 RCT studier
11	Rapp-Paglicci, Sewart & Rowe	Improving Outcomes for at-risk Youth: Findings from the Prodigy Cultural Arts Program	2012	USA	Mental sundhed	Prodigy Cultural Arts Program	Positive Youth Development Model, som har fokus på opbygning af bl.a. resiliens. Kulturel kunst benyttes her som en form for medium til at opbygge pro-sociale færdigheder hos de unge	Selektiv	Kvasi-eksperimentel, før-efter
12	Roussouw & Fonagy	Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial	2012	UK	Selvskadende adfærd	Mentaliseringsbaseret behandling (MBT-A)	Mentaliseringsbaseret behandling	Selektiv	RCT
13	Shandley et al.	An Evaluation of "Reach Out Central": An Online Gaming Program for Supporting the Mental Health of Young People	2010	Australien	Mental sundhed	Reach Out Central (ROC)	Et online spil for unge funderet i kognitive adfærdsprincipper	Universel	Kvasi-eksperimentelt, survey-baseret før-efter

Nr.	Forfatter	Titel	År	Land	Målgruppe/primær symptomer	Indsatsens navn	Indsatsens centrale elementer	Type (universel, selektiv, indikativ	Studiedesign
14	Stice et al.	Dissonance and Healthy Weight Eating Disorder Prevention Programs: Long-Term Effects from a Randomized Efficacy Trial	2008	USA	Spiseforstyrrelsessymptomer og BMI	Healthy Weight 2	Gruppesessioner over 4 uger med 6-10 deltagere i en gruppe. Indsatsen bliver faciliteret af studerende med klinisk baggrund	Selektiv	RCT
15	Van Voorhees et al.	Integrative Internet-based depression prevention for adolescents: A randomized clinical trial in primary care for vulnerability and protective factors	2008	USA	Depression	CATCH-IT (Competent Adulthood Transition with Cognitive-behavioral and Interpersonal Training	Baseret på kognitiv adfærdsmæssig psykoterapi, teknikker fra interpersonel psykoterapi og et begreb om samfundsmæssig resiliens. Motiverende komponenter 1) motiverende komponent MI (Motivational Interviewing), 2) BA (Brief Advise)	Selektiv	RCT
16	Wasserman et al.	School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial	2015	Flere europæiske lande	Selvmordsforsøg	Youth Aware of Mental Health Programme (YAM)	Klassebaseret indsats. Rollespilsessioner med interaktive workshops, bog, plakater, som ophænges i klasselokalerne samt to interaktive lektioner a 1 time om mental sundhed	Universel	RCT
17	Werner-Seidler et al.	School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis	2016	Flere lande	Depression og angst	Inkluderer flere indsatser	Flere indsatser med bla. følgende elementer: Psykologiske indsatser og psykoedukation, individuelle og gruppebaserede indsatser, kognitiv adfærdsterapi, mindfulness basert kognitiv adfærdsterapi	Universel og selektiv	Meta-analyse af 81 RCT studier

3 Karakteristika ved unge i psykisk mistrivsel

3.1 Indledning

Formålet med dette kapitel er ud fra eksisterende og overvejende danske studier at indkredse, hvad der karakteriserer målgruppen ”psykisk sårbare unge” eller unge i psykisk mistrivsel. Da den aktuelle vidensopsamling har sit hovedfokus på forebyggende interventioner, er udfordringen, at vi på den ene side må afgrænse målgruppen fra de unge, som trives og fungerer godt (god mental sundhed), og på den anden side også skal afgrænse den fra den gruppering af unge, hvis mentale helbredsproblemer er så alvorlige, at det allerede har udløst en diagnose og evt. et behandlingsforløb.

Opgaven er ikke nem, for mental sundhed/trivsel hhv. ”mental/psykisk mistrivsel” eller ”psykisk sårbarhed” mv. er brede og ikke entydigt definerede begreber. Begreberne om mental sundhed og psykisk mistrivsel reflekterer dog, at man i dag har bevæget sig væk fra en binær helbredstænkning, hvor individer enten anskues som raske eller syge. Mental sundhed kan således findes i forskellige grader og er ikke nødvendigvis ensbetydende med, om man har fået stillet en diagnose eller ikke.

I kapitlet tilnærmer vi os fænomenet ”psykisk mistrivsel” på baggrund af en række empiriske undersøgelser, som ved hjælp af forskellige indikatorer har beskrevet, hvor hyppigt forskellige tegn og symptomer på psykisk mistrivsel forekommer blandt den unge befolkning i Danmark. I gennemgangen beskæftiger vi også med spørgsmålet om, hvordan unge i ”psykisk mistrivsel” lader sig afgrænse fra de unge, som har egentlige psykiske lidelser.

I kapitlets første dele belyser vi, hvordan man kan definere og måle mental sundhed hhv. psykisk mistrivsel. Derefter redegør vi for, hvad forskellige undersøgelser har fundet om forekomster af psykisk mistrivsel og udvalgte psykiske lidelser blandt unge, og hvad analyser har vist om sammen-fald (komorbiditet) mellem disse psykiske sygdomme hhv. forskellige tegn på psykisk mistrivsel. Så følger en gennemgang af, hvad studier har vist om sammenhænge mellem udvalgte symptomer på psykisk mistrivsel og unges sociale funktionsmåde i dagligdagen. På baggrund af et studie om depressive symptomer præsenterer vi desuden resultater om, hvilke risikofaktorer der har sammenhæng med psykisk mistrivsel blandt unge danskere. I kapitlets sidste del sætter vi undersøgelsesfund om danske unge ind i et internationalt perspektiv.

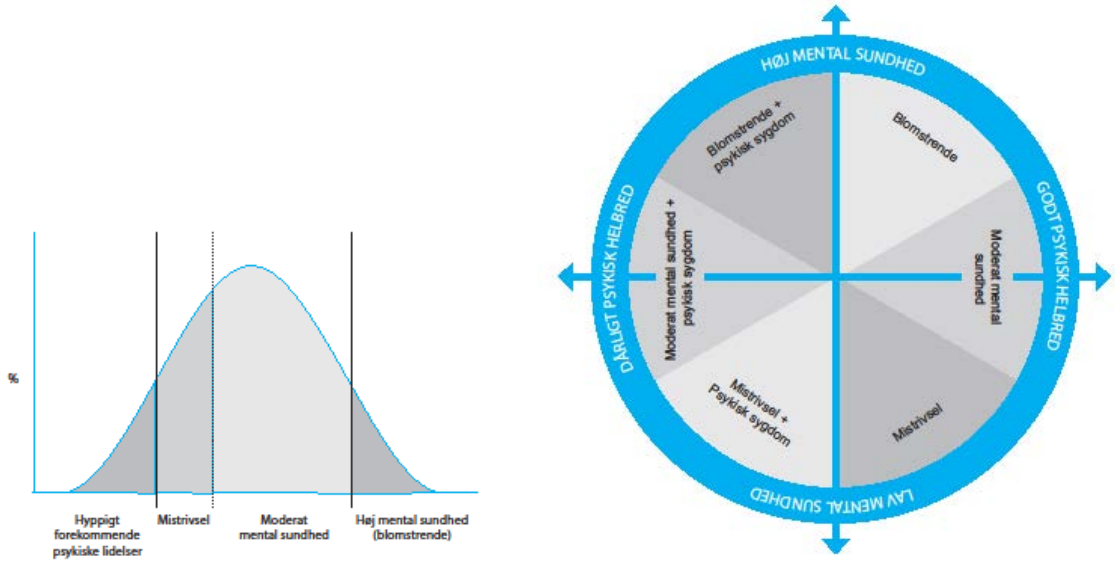
3.2 Indkredsning af begreberne om mental sundhed og psykisk mistrivsel

Gennem de seneste par årtier har der både internationalt og i Danmark været tiltagende opmærksomhed på den mentale sundhed i befolkningen. WHO har fx udviklet en handleplan, der skal få medlemslandene til at sætte den mentale sundhed på dagsordenen (WHO, Mental Health action plan 2013-20), og i Danmark har Sundhedsstyrelsen gjort mental sundhed til vigtigt indsatsområde for forebyggelse og sundhedsfremme. Baggrunden er bl.a., at antallet af psykiske lidelser har været stigende over en længere årrække og forventes at udgøre den største sygdomsbyrde på verdensplan i år 2020 (Koushede, 2015). Desuden har der været en stigende erkendelse af den mentale sundheds betydning for udviklingen af en række sygdomme – herunder som risikofaktorer for både psykisk og fysisk sygdom. Konkret har interessen for det mentale sundhedsområde medført, at der gennem de senere år er blevet publiceret flere undersøgelser om den mentale sundheds-og helbredstilstand i både den yngre og voksne del af den danske befolkning.

Det brede begreb ”mental sundhed” rummer både positive aspekter som velbefindende og god psykosocial funktion og negative aspekter som psykisk mistrivsel eller psykisk sårbarhed.[4] Der eksisterer forskellige definitioner af mental sundhed, men både WHO og Sundhedsstyrelsen forstår mental sundhed ”*som en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, samt indgå i fællesskaber med andre mennesker”* (WHO, 2001). Denne definition indeholder to dimensioner – en oplevelsesdimension og en funktionsdimension. Mens oplevelsesdimensionen henviser til oplevelsen af at have det godt med sig selv og sit liv (hvor livsglæde og selvværd er væsentlige elementer), henviser funktionsdimensionen til, hvordan man fungerer i hverdagen, når man udsættes for belastninger, og hvordan man fungerer i relation til sig selv og sine omgivelser (Christensen et al., 2017a).

Koushede (2015) har vist, at der i forskningen er divergerende opfattelser af, om mental sundhed og psykisk sygdom hører til på den samme eller på hver deres dimension. Nogle forskere, som opererer ud fra en todimensional model, argumenterer for, at det er muligt at have en psykisk sygdom og samtidig have god mental sundhed; fx er det muligt at have en god livskvalitet med en velbehandlet bipolar lidelse. Andre mener, at mental sundhed og psykisk sygdom hører til på den samme dimension. Her er betragtningen, at det er svært at forestille sig, at man kan være velfungerende og have det godt med sig selv og sin tilværelse, når man samtidig har en psykisk sygdom. Ifølge dette perspektiv vil hyppigt forekommende psykiske lidelser som fx angst eller depression hhv. god (”blomstrende”) mental sundhed befinde sig i hver sin ende af det samme spektrum. Koushede har illustreret de to perspektiver, som det fremgår af figur 3.1. Figuren til venstre (den endimensionale model), som er baseret på udenlandske undersøgelser, viser, at størstedelen af befolkningen har et moderat mentalt helbred, mens en mindre del mistrives, fx pga. stress. I hver ende af spektret er der endelig to mindre grupper, nemlig i den ene ende dem, som har et ”blomstrende” mentalt helbred, og i den anden ende dem, der er ramt af hyppigt forekommende psykiske lidelser, fx depression.

Figur 3.1 En endimensional og todimensional model over mental sundhed.



Kilde: Koushede, 2015.

[4] Ifølge Eplov & Lauridsen (2008) har Herrmann, Saxena & Moodie (2004) eksemplificeret den mentale sundheds negative komponent ved begreber som angst, depression, irritabilitet, fjendtlighed og selvdevaluering.

Eplov og Lauridsen (2008, s. 17), som også har gennemgået disse modeller, fæstner sig ved, at den endimensionelle model anskuer mental sundhed som en beskyttende faktor i forhold til udvikling af psykisk sygdom, mens den todimensionale model har fokus på, at graden af mental sundhed kan have betydning for det psykosociale funktionsniveau hos en person med psykisk sygdom, dvs. for forløbet ved psykisk (og fysisk) sygdom. Eplov og Lauridsen sætter spørgsmålstegn ved, om det giver mening enten at betragte mental sundhed og psykisk sygdom som liggende på samme kontinuum eller at betragte mental sundhed og psykisk sygdom som to helt uafhængige størrelser. I stedet foreslår hun, at man bør betragte mental sundhed og psykisk sygdom som to separate, men overlappende dimensioner. Spørgsmålet er da i givet fald, hvordan de to dimensioner mere præcist overlapper. Her savnes yderligere empirisk viden, som man må generere på baggrund af i undersøgelser i den almene befolkning og blandt mennesker med psykisk sygdom. Samlet set synes der således ikke at være fuldstændig konsensus om, hvordan mental sundhed og psykisk sygdom forholder sig til hinanden.

3.3 Operationalisering af mental sundhed og mental mistrivsel i befolkningsundersøgelser

3.3.1 Målinger i den voksne danske befolkning

Ifølge Koushede (2015, s. 66) er der i dag forskningsmæssig konsensus om, at mental sundhed ikke lader sig måle med et enkelt spørgsmål, fx om livskvalitet. Nogle forskere har foreslået, at man bør udvikle nye måleinstrumenter, der på samme måde, som når man måler psykiske lidelser, identificerer "symptomer" på høj (blomstrende) mental sundhed, fx kompetence, følelsesmæssig stabilitet, engagement, optimisme, positive følelser, positive sociale relationer, selvværd, vitalitet og mod. Et sådant forslag er i tråd med tænkningen om det mentale sundhedsspektrum som én dimension, med hyppigt forekommende psykiske lidelser og psykisk mistrivsel i den ene ende og høj mental sundhed i den anden. Kriterierne for at blomstre er således det modsatte af kriterierne for at have en psykisk lidelse. Andre forskere har identificeret nøgleelementer af mental sundhed og dernæst taget udgangspunkt i eksisterende skalaer og spørgsmål. Denne tilgang er bl.a. anvendt på Statens Institut for Folkesundhed, der har oversat og testet en valideret skala[5] til dansk. Skalaen fokuserer på den positive ende af det mentale sundhedsspektrum, dvs. dækker oplevelsen af både at have det godt og fungere godt (Koushede, 2015).[6] Der foreligger til dato ingen resultater, som viser, hvordan mental sundhed fordeler sig i den danske befolkning belyst med dette instrument.

I publicerede danske undersøgelser, der belyser mental sundhed og mistrivsel i den voksne befolkning, er der udviklet en samlet indikator for mental sundhed på baggrund af et spørgsmålsbatteri på 12 spørgsmål, der både rummer spørgsmål om det mentale og det fysiske helbred inden for de sidste 4 uger (SF-12). Afhængigt af hvordan man svarer på spørgsmålene, kan man score mellem 0 og 100 point, hvor 100 point udtrykker den bedst tænkelige helbredsstatus. Skalaen måler ikke mental sundhed absolut, men relativt. De 10 pct. af befolkningen, som har opnået den laveste score på SF-12's mentale helbredskomponent (MCS) defineres som dem, der har dårlig mental sundhed. De 65 pct. af befolkningen, der scorer højest på den mentale helbredskomponent, udgør gruppen med god mental sundhed. Gruppen med moderat mental sundhed udgøres af de resterende 25 pct. (Christensen et al., 2010, 2017a).

[5] Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS).

[6] Skalaen består af 7 items. Respondenten bliver bedt om at oplyse, hvor hyppigt han/hun i løbet af de 2 sidste uger fx har 1) følt sig optimistisk i forhold til fremtiden, 2) følt sig nyttig, 3) følt sig afslappet, 4) klaret problemer godt, 5) tænkt klart, 6) følt sig tæt på andre mennesker og 7) været i stand til at danne sin egen mening om ting.

3.3.2 Undersøgelser blandt danske børn og unge

I danske befolkningsundersøgelser gennemført blandt børn og unge er der hidtil ikke anvendt bestemte skalaer endsige noget samlet mål til at belyse den mentale trivselstilstand, hvilket reflekterer, at der endnu ikke findes helt ensartede standarder for, hvordan man skal måle mental sundhed hhv. mistrivsel, særligt på ungeområdet.[7] I stedet har undersøgelserne, der i altovervejende grad fokuserer på de negative aspekter ved mental sundhed, dvs. psykisk mistrivsel, anvendt serier af enkeltindikatorer, som ikke er søgt forbundet indbyrdes.

Der er gennem det seneste tiår udført en håndfuld studier i Danmark, som særligt fokuserer på mistrivsel blandt unge. Ud fra de tre nyeste eksemplificerer vi, hvilke indikatorer der er inddraget til at måle psykisk mistrivsel. Det første er en rapport fra Vidensråd for Forebyggelse (Due et al., 2014), som på baggrund af de sidste 20 års undersøgelser samler op på, hvad man ved om børn og unges mentale helbredsproblemer. Rapporten fokuserer på de 10-24-årige og søger såvel at kortlægge udviklingen i mental mistrivsel i bredere forstand som omfanget af egentligt psykiske lidelser blandt børn og unge. En væsentlig del af datagrundlaget hidrører fra Skolebørnsundersøgelsen, som hvert fjerde år gennemføres blandt børn i 11-15-årsalderen, samt SUSY-undersøgelsen (senere: Den Nationale Sundhedsprofil) om den voksne (16-64-årige) befolknings sundheds- og sygdomstilstand. Undersøgelsen om den nationale sundhedsprofil gentages også med mellemrum. Det andet studie, som bredt belyser den danske børnebefolknings velfærd og trivsel (3-19-årige), har i hidtil to dataindsamlingsrunder fokuseret særligt på psykisk mistrivsel blandt 19-årige (Ottosen et al., 2010, 2014). Det tredje studie, Ungeprofilen 2014, har i to publikationer belyst den mentale sundhedstilstand blandt elever på gymnasierne og erhvervsskolerne, hvor de fleste er 16-19 år (Bendtsen, Mikkelsen & Tolstrup, 2015; Christensen, et al., 2017b). Hvis man tager i betragtning, at de tre studier til dels har haft forskellige formål, fremgår det af tabel 3.1, at de kredser omkring de samme typer indikatorer på psykisk mistrivsel, selvom konkrete spørgemåder og svarkategorier kan variere.

Undersøgelsernes fokus indebærer derved, at der foreligger ganske god viden om forekomst af forskellige mistrivselssymptomer blandt unge under 20 år, mens informationer om den mentale sundhedstilstand er mere sparsom blandt de 20-30-årige. I undersøgelserne om den voksnes befolknings mentale sundhed findes visse informationer om de 16-24-årige, mens der ikke er afrapporteret selvstændige fund for yngre voksne i aldersgruppen 25-30 år (Christensen et al., 2010; Jensen & Nielsen, 2018).

Tabel 3.1 Indikatorer på mental sundhed/mistrivsel i tre nyere undersøgelser om børn og unge

Bendtsen et al. (2015): Ungdomsprofilen 2014	Due et al. (2014): Børn og unges mentale helbred	Ottosen et al. (2014): Børn og unge i Danmark – velfærd og trivsel
Fokus: Mental sundhed blandt elever på ungdomsuddannelser	Fokus: Mentale helbredsproblemer blandt børn og unge (10-24 år)	Fokus: Mentale trivselsproblemer blandt unge (19-årige)
Selvoplevet kropsopfattelse Livstilfredshed Self-efficacy Selvværd Psykiske symptomer (irritabel, nervøs, ked af det) Psykosomatiske symptomer (mavepine, hovedpine) Stress Selvskade, selvmordsadfærd	Selvvurderet helbred Livstilfredshed Psykiske symptomer (ked af det, irritabel, dårlig humør, nevøs) Psykosomatiske symptomer (hovedpine, mavepine) Stress Søvn Ensomhed Selvskade Selvmordsadfærd	Selvvurderet helbred Livstilfredshed Emotionel problemadfærd, herunder psykiske symptomer på: utryghed, bekymring, ængstelse, tristhed Psykosomatiske symptomer (kvalme, hovedpine, mavepine) Stress Søvn Ensomhed Selvskade (selvmordsadfærd)

[7] I forhold til børn anvender flere undersøgelser fx SDQ (Strenghts and Difficulties Questionnaire) eller HBSC's symptomtjekliste (jf. skolebørnsundersøgelsen).

Bendtsen et al. (2015): Ungdoms-profilen 2014	Due et al. (2014): Børn og unges mentale helbred	Ottosen et al. (2014): Børn og unge i Danmark – velfærd og trivsel
Depression OCD ADHD	Emotionelle lidelser (angst, depression, OCD) Spiseforstyrrelser ADHD Autisme-spektrum-forstyrrelser Adfærdsforstyrrelser Psykose Medicinforbrug	Haft psykisk lidelse Spiseforstyrrelse Modtaget psykologhjælp Medicineret mod psykiske problemer

Kilder: Bendtsen et al. (2015); Due et al. (2014); Ottosen et al. (2014).

3.4 Forekomst af psykisk mistrivsel og psykisk sygdom blandt unge i Danmark

Med afsæt i de tre ovennævnte undersøgelser, som suppleres med andre relevante studier, fokuserer vi i dette afsnit på forekomster af psykisk mistrivsel og relevante psykiske lidelser, som er baseret på selvrapporteringer fra unge, som har deltaget i surveys. Vi fokuserer på de symptomer og lidelser, som vi har defineret som relevante for denne vidensoversigt. Data om børne- og unge-psykiatriske diagnoser findes også i Landspatientregistret. Disse data er baseret på indberetninger fra sygehuse og klinikker. De fleste børn og unge med emotionelle lidelser bliver imidlertid udredt og behandlet i primærsektoren, dvs. i kommunalt regi hos den alment praktiserende læge (Due et al., 2014, s. 118). Antallet af diagnoser, som er indberettet fra de børnepsykiatriske afdelinger, afspejler derfor ikke den reelle forekomst, fordi det kun er et fåtal af de børn og unge, der opfylder kriterierne for en eller flere diagnoser på en emotionel lidelse, som vil blive henvist til et psykiatrisk hospital. Sundhedsstyrelsen vurderer derfor, at man for at nærme sig det bedste bud på en forekomst er henvist til spørgeskemaundersøgelser, som er stilet til forældre eller til børn og unge selv.

3.4.1 Udvalgte indikatorer på mental sundhed hhv. psykisk mistrivsel

Selvvurderet helbred

Ifølge Due et al. (2014) oplever 77-95 pct. af børn og unge mellem 10-24 år, at deres helbred er godt eller meget godt, mens ganske få, under 3 pct., oplever, at de har et dårligt helbred. Lidt flere piger end drenge oplever at have et dårligt helbred, men forekomsterne er lave. Blandt 15-24-årige vurderer flere, at deres helbred er godt sammenlignet med de 10-15-årige. Ottosen et al. (2014) finder, at unge fra hjem med gode uddannelsesmæssige og økonomiske ressourcer har en mere positiv vurdering af deres helbred end unge fra hjem med ringere socioøkonomiske ressourcer. Der er ikke fundet nogen ændringer i andelen med godt selvvurderet helbred blandt de 16-24-årige gennem de sidste 20 år (Due et al., 2014).

Livstilfredshed

Ottosen et al. (2014) finder, at oplevet livstilfredshed varierer med både køn og især med alder: Blandt de 11-årige er det som helhed 3 pct., der angiver, at deres livstilfredshed er lav, mens de tilsvarende andele for 15-årige er 4 pct. for drenge og 12 pct. for piger, og i 19-årsalderen er det 13 pct. af de unge kvinder, som angiver at have ringe livstilfredshed mod 9 pct. af de unge mænd.

I overensstemmelse med, hvad anden forskning (Rees m.fl., 2010) har konstateret, findes der beskedne sammenhænge mellem de socioøkonomiske baggrundsforhold og oplevet livstilfredshed.

Til gengæld er livstilfredshed, for både 11-årige, 15-årige og 19-årige, tæt sammenhængende med børns og unges sociale og følelsesmæssige integration i familien og vennenetværket. Livstilfredshed er ligeledes tæt forbundet med deres helbred, trivsel i skolen, adfærd og oplevelse af personlig frihed (Ottosen et al., 2014).

Der findes ingen data, som over en længere tidshorisont kan belyse udviklingen i unges livstilfredshed.

Psykiske og psykosomatiske symptomer

Psykiske og psykosomatiske symptomer er i undersøgelsen Børn og Unge i Danmark (Ottosen et al., 2014) belyst ved hjælp af en delskala fra måleinstrumentet SDQ[8], som her belyser emotionel problemadfærd. I figur 3.2 vises både den samlede andel 19-årige, som falder uden for det emotionelle normalområde samt besvarelserne på de enkelte items, der viser andelene, som 1) ofte er utrygge og usikre på sig selv, 2) tit er bekymrede, 3) ofte er triste, 4) er ængstelige, og 5) tit har psykosomatiske symptomer som hoved- og mavepine eller kvalme. Opgørelsen viser samlet set, at 19-årige unge kvinder 3-4 gange så hyppigt som jævnaldrende unge mænd har tegn på emotionel problemadfærd, 37 pct. mod 9 pct. Der er især indikatorerne om utryghed/usikkerhed og hyppige bekymringer, der bidrager til den høje andel af unge kvinder med emotionelle problemer.

I de andre danske undersøgelser har spørgemåderne været stillet anderledes, men der er tilsvarende fundet betydelige kønsforskelle i forekomsterne af nedtrykthed og ængstelse blandt unge på gymnasie- og erhvervsuddannelserne (Bendtsen, Mikkelsen & Tholstrup, 2015) og blandt de lidt ældre unge på 16-24 år, som har deltaget i undersøgelserne om befolkningens sundhed (Jensen & Nielsen, 2018).

En undersøgelse om unge med depressive symptomer, som gennemgås grundigere nedenfor (Ottosen & Montgomery, 2016), har vist, at morens uddannelsesressourcer har sammenhæng med forekomst af disse symptomer blandt de unge, idet få ressourcer udgør en risikofaktor. Billedet af, at der er social skævhed i oplevet nedstemthed mv., bekræftes også af resultaterne fra den Nationale sundhedsprofil 2017 (Jensen & Nielsen, 2018).

Kortlægningen af de sidste 20 års udvikling i de psykiske og psykosomatiske symptomer blandt 16-24-årige vanskeliggøres af ændringer i undersøgelsesmetoder og spørgsmålsformuleringer, men flere end tidligere svarer, at de er generet af nervøsitet og stress. Blandt 11-15-årige børn er der de sidste 20 år blevet færre, som ofte er kede af det og irritable, og færre blandt de yngste af de undersøgte skolebørn oplever ofte at have hovedpine. Der er ingen ændring i forekomsten af nervøsitet og mavepine blandt de 11-15-årige over de sidste 20 år (Due et al., 2014).

Stress/tidspres

Ottosen et al. (2014), har fundet, at knap hver fjerde (23 pct.) ung på 19 år oplever tidspres i hverdagen, dvs. at de unge oplever, at det af og til eller altid er svært at nå de ting, de gerne vil. Forekomsten af oplevet tidspres stiger med alderen, dvs. er højere blandt unge end blandt børn. Det kan hænge sammen med, at de unge har en øget arbejdsbyrde i ungdomsuddannelserne og også i et vist omfang påtager sig erhvervsarbejde. Flere piger end drenge oplever at føle sig tidspressede; blandt de 19-årige drejer det sig om 26 pct. (piger) hhv. 18 pct. (drenge). Mest udtalt er problemet blandt unge udeboende, hvor 28 pct. oplever tidskonflikter. Dette niveau ligger omtrent på linje med, hvad den voksne befolkning har svaret i undersøgelser om familie- og arbejdslivsproblemer (Familie- og Arbejdslivskommissionen, 2007). Ungeprofilundersøgelsen finder, at problemer med tidspres og stress er hyppigere forekommende blandt unge, der går i gymnasiet, sammenlignet med dem,

[8] Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman et al., 2000).

der er i gang med en erhvervsuddannelse (Bendtsen, Mikkelsen & Tholstrup 2015); mens den Nationale Sundhedsprofil 2017 viser, at de uddannelsesgrupper, der hyppigst har højt oplevet stressniveau, er dem, der er under uddannelse eller højst har grundskoleuddannelse. Personer uden for arbejdsmarkedet (arbejdsløse, førtidspensionister mv.) er langt hyppigere stressede end dem i beskæftigelse (Jensen & Nielsen, 2018).

Due et al. (2014) har peget på, at forekomsten af oplevet stress i alderen 16-24 år blev fordoblet i årene 1987-2005, mest udtalt for de unge kvinder, og forekomsten steg yderligere mellem 2010 og 2017 for de unge kvinder. Med 40 pct., der har et højt stressniveau, er de unge 16-24-årige kvinder den køns- og alderskategori, hvor stress er mest udbredt iflg. den Nationale Sundhedsprofil 2017 (Jensen & Nielsen, 2018).

Søvn

Due et al. (2014) har påpeget, at der blandt børn, men især blandt unge, er en stor andel, der sover mindre, end det anbefales. For eksempel sover 75 pct. af 15-årige mindre end de anbefalede 8 timer pr. nat. Også søvnkvaliteten (fx evnen til at falde i søvn og oplevelsen af træthed) er negativt påvirket blandt børn og unge. Hver tiende 11-15-årig sover dårligt om natten mindst én gang om ugen, og ca. hver fjerde har svært ved at falde i søvn. I undersøgelsen Børn og Unge i Danmark er der blandt 19-årige også fundet høje andele, som sover for lidt[9] (44 pct. jf. figur 3.2), men niveauet er ikke så højt som hos Due et al. (2014). Denne undersøgelse finder, at børn og unge i familier med lange uddannelser sover mere end dem fra familier med kort eller ingen uddannelse.

En sundhedsprofilundersøgelse fra Region Midtjylland, som har belyst søvnmønsteret blandt de 16-24-årige, har vist, at 25 pct. af de unge mænd og 22 pct. af de unge kvinder sover mindre end 7 timer om natten, men at de unge kvinder dobbelt så hyppigt (25 pct.) som de unge mænd (12 pct.) er generet af træthed (Ankersen et al., 2011). Omtrent samme resultater er den landsdækkende Sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 2013 nået frem til (Due et al., 2014).

Udviklingen viser en markant stigning i perioden fra 1984 til 2010 i andelen af børn på 11-15 år, som sover mindre end anbefalet. Samme stigende tendens ses for en række andre søvnrelaterede problemer. Due et al. (2014) peger på, at mens det i 1988 var ca. hver tredje skoleelev, som var træt om morgenen mindst én gang om ugen, var det i 2010 ca. 3 ud af 4. Også blandt de 16-24-årige er andelen med søvnproblemer og træthed steget voldsomt. Den nationale sundhedsprofil fra 2017 viser, at andelene med søvnproblemer og søvnbesvær steg fra 2010-2018 for både unge mænd og kvinder, men at stigningen var størst for de unge kvinder; fra 11 pct. (2010) til 18 pct. (2017) (Jensen & Nielsen, 2018).

Ensomhed

Forekomst af oplevet ensomhed stiger gennem barndommen og ungdommen. Blandt 19-årige føler 9 pct. sig meget ofte eller ofte ensomme; unge kvinder lidt hyppigere (10 pct.) end unge mænd (7 pct.) (Ottosen et al., 2014). Ungeprofilundersøgelsen (Bendtsen, Mikkelsen & Tholsrup, 2015) finder tilsvarende kønsvariationer blandt unge i ungdomsuddannelserne.

Ottosen et al. (2014), finder en højere forekomst af ensomhed blandt børn og unge, der lever i en stedfamilie (i forhold til kernefamilier), mens Due et al. (2014) viser, at der er en tendens til, at ensomhed blandt børn og unge er højest i de laveste socioøkonomiske grupper.

[9] Undersøgelsen har spurgt til, hvornår børn og unge går i seng og står op. Det er derved snarere unges sengetid end deres egentlige sovetid, som belyses.

Forekomsten af ensomhed blandt unge var uændret fra 1988 til 2010 (Due et al., 2014), men fra 2010-2017 iagttages en mindre stigning for både unge mænd og kvinder i 16-24-årsalderen (Jensen & Nielsen, 2018).

Selvmordsforsøg

Undersøgelsen Børn og unge i Danmark belyser selvmordsintentioner, dvs. andelen af unge på 15 og 19 år, der oplyser, at de på et eller andet tidspunkt gennem livet har forsøgt at begå selvmord. Det tilkendegiver i alt 4 pct. af de unge, at de har forsøgt en eller flere gange (2 pct. drenge og 6 pct. piger). Niveauet på denne alvorlige adfærd må alt andet lige betragtes som højt. Unge fra kernefamilier har i mindre grad end unge fra andre familietyper forsøgt at begå selvmord. Derudover er der en tendens til, at unge fra hjem med få socioøkonomiske ressourcer i lidt højere grad forsøger selvmord end unge fra socioøkonomisk bedrestillede hjem (Ottosen et al., 2014).

Der er i aldersgruppen 10-24 år ca. 30 selvmord om året i Danmark. Der er tre gange så mange fuldbyrdede selvmord blandt drenge og unge mænd som blandt piger og unge kvinder. Forekomsten stiger med alder.

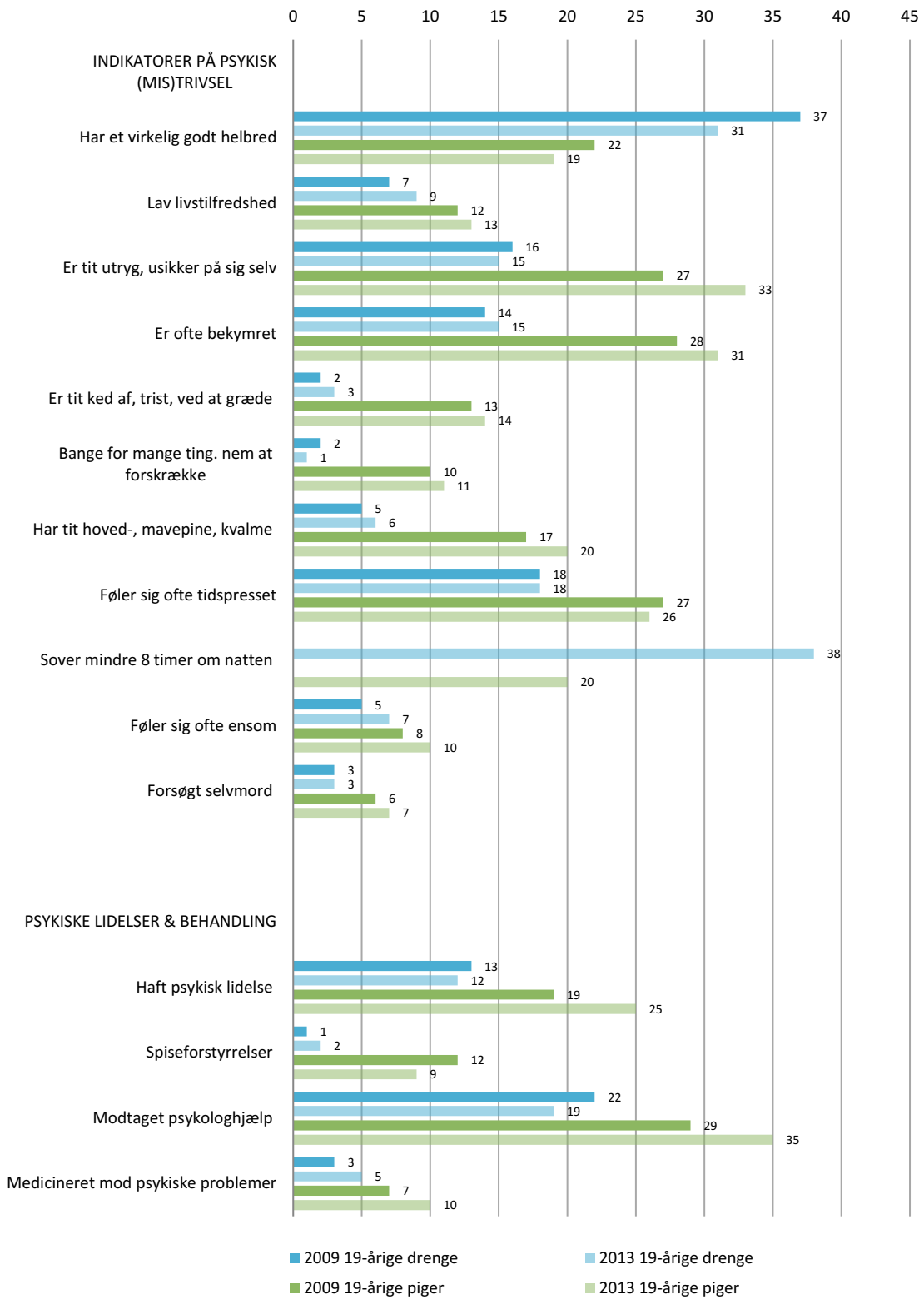
Gennem de seneste 30 år har der været et betydeligt fald i selvmordsraten blandt danske unge (Strøbæk et al., 2017; Center for selvmordsforskning, 2018), men samtidig har antallet af selvmordsforsøg i samme periode været markant stigende, især blandt 15-24-årige kvinder (Due et al., 2014).

Selvskadende adfærd

Selvskadende adfærd kan i en bredere kontekst forstås som en bevidst selvdestruktiv adfærd, der medfører fysisk smerte, fx ved at skære, brænde, rive eller slå sig selv (Bendtsen, Mikkelsen & Tholstrup, 2015). Formålet kan være at blive afledt fra en indre smerte (Vammen & Christoffersen, 2013). Gennemgående savnes viden om det sociale mønster for selvskade, men der er studier, som peger på, at hyppigheden af selvskade er højere hos unge med en traumatisk barndom, hos unge, der er homoseksuelle, og hos unge, der er psykisk sårbare eller som har en psykiatrisk diagnose (Due et al., 2014).

Danske undersøgelser, som har spurgt til selvskadende adfærd (cutting), peger på, at mellem 20-25 pct. af unge har erfaringer med at prøve at skade sig selv (Due et al., 2014). Nogle undersøgelser har fundet en ligelig kønsfordeling, mens andre har fundet en overvægt af piger (Møhl & Rubæk, 2017). Der er ingen sikker viden om udviklingen i andelen af denne tilstand blandt unge (fra 16 år) over de sidste par årtier, men problemet vurderes at være stigende (Nielsen et al., 2011). Center for Selvmordsforskning, som har fulgt udviklingen i de 13-16-åriges selvskadende adfærd, har fundet en stigning i perioden 2001-14 (Jensen & Zøllner, 2016).

Figur 3.2 Udvalgte indikatorer på 19-årige drenge og pigers trivsel i 2009 og 2013. Procent.



Kilde: Børn og unge i Danmark (2010, 2014) (2009 og 2013 data).

3.4.2 Psykiske lidelser og kontakt med behandlingssystemet

I dette afsnit fokuserer vi på, hvad forskellige undersøgelser har vist om forekomster af udvalgte, egentligt psykiske lidelser. Vi anvender fund fra de samme tre undersøgelser som i det foregående, men inddrager tillige også resultater fra SFI's forløbsundersøgelse af årgang 1995, som rummer deltaljerede informationer om, hvor mange unge der som 18-årige (i 2014) havde en psykiatrisk diagnose (Ottosen & Montgomery, 2016).

Undersøgelsesfundene fra de forskellige studier er oplistet i tabel 3.2. Der iagttages en vis variation i omfanget af de enkelte diagnoser. Det kan bero på, at der er forskelle i spørgemåder. Mens Ungeprofil-undersøgelsen synes at have spurgt til de unges aktuelle tilstand, har undersøgelsen om Børn og unge i Danmark (Ottosen et al., 2014) spurgt til livstidsprævalensen (dvs. om de unge nogensinde har haft en psykisk lidelse hhv. en spiseforstyrrelse). Når 14 pct. af de 15-19-årige (og hele 25 pct. af de 19-årige kvinder) oplyser, at de har eller har haft en psykisk lidelse, forekommer der at være tale om et meget højt niveau. Undersøgelsen kan ikke belyse, om der også er stillet en lægelig diagnose.

Ifølge SFI's forløbsundersøgelse var det som helhed 13,3 pct. af de 18-årige, der svarede, at de havde en lægelig eller psykologisk diagnose på en langvarig sygdom, et handicap eller en psykisk lidelse, heraf oplyste som helhed 4,4 pct., at de havde en børne- og ungdomspsykiatrisk diagnose.

Emotionelle lidelser

Ifølge Vidensråd for Forebyggelse omfatter kategorien "emotionelle lidelser" angst og depression, som ofte beskrives sammen hos børn og unge. Også obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD) hører til i denne gruppe. Vidensrådet vurderer på baggrund af tidligere undersøgelser, at angst- og depressionsforekomsten blandt børn og unge ligger mellem ca. 1,5 pct. og 4 pct., mens OCD-forekomsten ligger mellem 0,5 pct. og 4 pct. (Due et al., 2014). De nyere undersøgelser, som alene er baseret på informationer fra unge, finder en variationsbredde på 2,1-7,9 pct. for depression, at 1,1 pct. er diagnosticeret med angst, og at mellem 0,4-5,4 pct. lider af OCD. Depression synes således at være den hyppigst forekommende emotionelle lidelse blandt unge, et tema, som vi vender tilbage til.

Undersøgelserne viser, at angst og depression forekommer mindst dobbelt så hyppigt blandt unge kvinder som blandt unge mænd. Der synes tillige at være en social gradient. Bendtsen, Mikkelsen og Tholstrup (2015) finder således, at elever på erhvervsskolerne noget hyppigere end gymnasieeleverne er plaget af emotionelle lidelser, mens Due et al. (2014) tilsvarende viser, at børn og unge, der vokser op i familier med lavere socioøkonomisk status oftere har emotionelle problemer end dem, der kommer fra mere ressourcestærke hjem. Det vides ikke, om OCD-forekomsten varierer med sociale baggrundsforhold.

Ifølge Due et al. (2014) er der over tid sket en stigning i både affektive lidelser (depression og mani) og i andelen af børn og unge med diagnosticerede angstproblemer. Angstsymptomer manifesterer sig hyppigst i barndommen, mens depressive symptomer oftest debuterer i puberteten. Der findes ikke undersøgelser, som har kortlagt udviklingen i forekomsten af OCD. De nyeste tal fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at forekomsten af diagnosticeret angst og/eller depression blandt børn og unge (0-18 år) er steget væsentligt over en 10-årig periode, således at forekomsten i 2016 var 7.189 diagnosticerede børn og unge, mens det tilsvarende tal for 2006 var 2.354 diagnosticerede børn og unge (prævalens). Der er imidlertid ikke sikre holdepunkter for, at forekomsten af angst og depression er steget væsentligt blandt danske børn, og en øget forekomst er ikke nødvendigvis udtryk for, at flere får en psykisk lidelse, men kan være et udtryk for, at flere diagnosticeres end tidligere (Sundhedsstyrelsen, 2017a).

Spiseforstyrrelser

Mellem 0,6 og 6 pct. af de unge lider aktuelt af eller har tidligere haft en spiseforstyrrelse. Spiseforstyrrelser dækker over flere tilstande: anoreksi (hvor de unge sulter sig), bulimi (overspisning typisk efterfulgt af opkastning) samt overspisning. Undersøgelserne viser, at spiseforstyrrelser langt hyppigere forekommer blandt unge kvinder end blandt unge mænd. Efter Due et al.'s skøn (2014) optræder anoreksi hos ca. 0,5 pct. af danske piger og unge kvinder, mens 2 pct. har bulimi, og 3 pct. lider af overspisning.

Danske undersøgelser har iflg. Due et al. (2014) peget på, at der de sidste 25-30 år er sket en vækst i andelene med anoreksi og bulimi, men der findes ingen data, som kan dokumentere udviklingen i de enkelte spiseforstyrrelsesdiagnoser. Anskues spiseforstyrrelserne samlet, har der siden 2000 været en klar stigning i antallet af børn og unge, som er i behandling for en spiseforstyrrelse. De nyeste tal fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at forekomsten af spiseforstyrrelser blandt børn og unge (0-18 år) er steget over en 10-årig periode, således at forekomsten i 2006 var 1.118 diagnosticerede børn og unge, mens det tilsvarende tal for 2016 var 2.552 diagnosticerede børn og unge (prævalens) (Sundhedsstyrelsen, 2017b), men om denne stigning skyldes, at flere har fået sygdommen, at flere er alvorligere ramt, eller at flere opsøger behandling, vides ikke.

Kontakt med behandlingssystemet

I SFI's børneforløbsundersøgelse af årgang 1995 og i "Børn og unge i Danmark" blev de unge spurgt, om de nogen sinde har fået hjælp af en psykolog. Spørgsmålene blev stillet for at afdække, om de psykiske symptomer, som de unge rapporterede om, havde en så alvorlig karakter, at de havde opsøgt behandling. En overraskede stor andel – næsten hver tredje af de unge i forløbsundersøgelsen – svarede, at de havde modtaget psykologhjælp. Man skal her have in mente, at der blev spurgt til livstidsprævalensen, og at "psykologhjælp" lægger op til en vid fortolkningsramme, der kan strække sig fra en enkelt samtale med skolepsykologen til et længerevarende behandlingsforløb. Et opfølgningsspørgsmål, der kortlagde omfanget af hjælpen, afslørede således, at ca. hver tredje havde fået hjælp få (1-3) gange, at knap en tredjedel havde talt med en psykolog nogle (4-8) gange, mens den sidste tredjedel havde talt med en psykolog mange (9+) gange. Man må ud fra disse oplysninger således antage, at det ca. er hver tiende unge, der har (haft) behov for et mere intensivt psykologisk behandlingsforløb.

Medicinforbrug

I "Børn og Unge i Danmark" blev de unge også spurgt om, hvorvidt en læge havde ordineret medicin til dem pga. psykiske problemer. Blandt de 19-årige svarede 7 pct. af de unge mænd og 10 pct. af de unge kvinder, at de havde fået lægeordinereret medicin (Ottosen et al., 2014). Dette niveau, som forekommer at være ganske højt, tyder med andre ord på, at knap hver tiende ung, hvad enten der er en diagnose eller ikke, har haft så alvorlige psykiske vanskeligheder, at lægen har fundet det nødvendigt at udskrive medicin for at afhjælpe problemerne.

Due et al. (2014) viser, at børn og unge i almindelighed hyppigt bruger medicin. I de yngre aldersklasser (11-15-årige) bruger 34-60 pct. medicin mod hovedpine mindst en gang om måneden med de højeste forekomster blandt de 15-årige. Piger indtager hyppigere medicin mod symptomer end drenge, og kønsforskellene øges med alderen. Børn og unge fra de lavere socioøkonomiske grupper indtager hyppigere medicin mod hovedpine i forhold til dem, der hidrører fra de øvre socioøkonomiske lag. Over tid, dvs. fra 1988 og frem, er der blandt de yngste aldersgrupper konstateret en fordobling i andelen, der indtager hovedpinemedicin. Desværre findes der ikke tilsvarende tal, som har dokumenteret udviklingen i medicinforbruget blandt de 16-24-årige.

Tabel 3.2 Forekomst af udvalgte psykiatriske diagnoser ifølge forskellige undersøgelser.

	BFU, 2014 (18-årige)		Vidensråd for Forebyggelse, 2014	Unge-profilen, 2014	BUD, 2014 (15-19 årige)
	Pct.	N	Pct.	Pct.	Pct.
Andele med diagnoser					
Har lægelig/psykologisk diagnose på langvarig sygdom, handicap eller psykisk lidelse	13,5	581			
Har en børne-/ungdomspsykiatrisk forstyrrelse	4,4	187			14
Depressiv forstyrrelse	2,1	92	1,5-5	5,7-7,9	
Emotionel forstyrrelse: angst, fobi, social angst	1,1	49	1,5-4		
Tvangsmæssig forstyrrelse (OCD, tvangsmæssige ritualer)	0,4	17	0,5-4	4,4-5,4	
Spiseforstyrrelse	0,6	26	0,5-5,5	2,6-2,7	6
Har fået hjælp af psykolog en eller flere gange	31,3	1.344			23
N		4.294			

3.4.3 Opsummering

Som det er fremgået af gennemgangen, og som det også illustreres af figur 3.2 og tabel 3.3, er der fundet moderate eller betydelige kønsforskelle på stort set alle de indikatorer, som er anvendt til at indkredse fænomenet psykisk mistrivsel, sådan som det er defineret her og i andre tilsvarende undersøgelser. Gennemgangen tegner således et billede af, at større piger og unge kvinder i større omfang trives dårligere i forhold til drenge og unge mænd. Fundene skal ses i sammenhæng med, at drenge og pigers problemadfærd typisk manifesterer sig forskelligt. Unge kvinders problemadfærd ytrer sig hyppigere ved indadreagerende symptomer, mens drenge og unge mænd hyppigere har en udadreagerende problemadfærd (fx et højere niveau af adfærdsforstyrrelser og misbrugsproblemer).

I gennemgangen har vi tillige fremhævet, at nogle indikatorer på psykisk mistrivsel varierer med de unges sociale baggrundsforhold. Der tegnes således et billede af, at psykisk mistrivsel på nogle områder har en tendens til at vende den tunge ende nedad. Det gælder i forhold til selvoplevet helbred, psykiske symptomer, søvnunderskud, ensomhed, selvskadende adfærd og emotionelle lidelser samt i medicinforbrug. Der er dog ikke tale om et systematisk mønster, som gælder i forhold til alle indikatorer. For eksempel viser oplevet tidspres eller stress sig hyppigere som et problem blandt unge, der er i gang med en boglig ungdomsuddannelse.

Figur 3.2 indeholder informationer om psykisk mistrivsel, som er indsamlet i 2009 og 2013 blandt et stort og tilfældigt udvalgt udsnit af børn og unge. Opgørelsen, der således belyser udviklingen i psykisk mistrivsel blandt 19-årige inden for en kort tidshorisont på 4 år, viser, at udviklingstendenserne på næsten alle områder har været negativ, som helhed mest blandt de unge kvinder, men også for de unge mænd. Selvom disse udviklingstendenser må tages til efterretning, mener vi samtidig, at resultaterne skal tolkes med forsigtighed. Man bør måle over en længere periode med flere punktnedslag, før det er muligt at drage sikre konklusioner om udviklingstendenserne.

I gennemgangen ovenfor har vi via Due et al. (2014) refereret til undersøgelser, som varetages af Statens Institut for Folkesundhed: Skolebørnsundersøgelsen (11-15 år) og SUSY-undersøgelsen/Den Nationale Sundhedsprofil, som omfatter den voksne befolkning, herunder de 16-24-årige. Begge undersøgelser er gennemført med regelmæssige mellemrum over en længere årrække, dvs. siden midten af 1980'erne. Resultaterne fra disse undersøgelser giver belæg for at konkludere, at

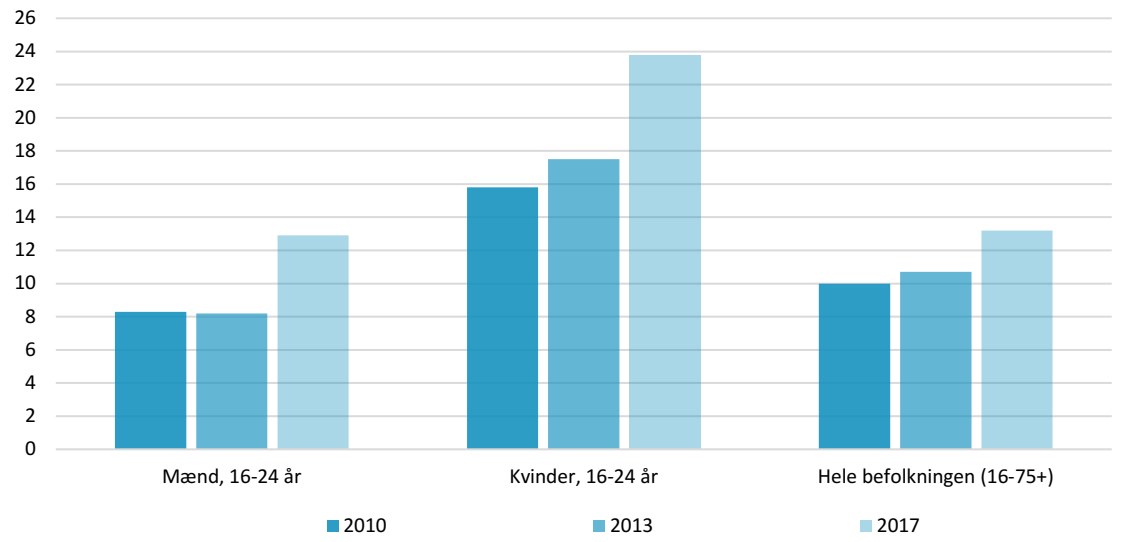
udviklingen på nogle – men ikke alle – områder har bevæget sig i en negativ retning. Blandt de yngste aldersgrupper (11-15 år) iagttages fx stigende andele med søvnproblemer og et højt medicinforbrug. Blandt 16-24-årige er der over tid konstateret en øget stressforekomst samt en tiltagende andel unge kvinder, som er plaget af søvnproblemer og har symptomer på angst og nervøsitet. Christensen et al. (2010) vurdererede i 2010 således, at mens befolkningens mentale sundhedstilstand generelt er blevet forbedret siden midten af 1990'erne, så har udviklingen bevæget sig i en negativ retning for de unge kvinder mellem 16-24 år. I de senere år er dette billede blevet yderligere forværret, især for de unge kvinder, men der ses på det seneste en mindre negativ udviklingstendens for de unge mænd (figur 3.3). Endelig peger undersøgelsesresultater på, at der har været en vækst i omfanget af unges selvmordsforsøg og en stigning i diagnosticerede emotionelle lidelser og spiseforstyrrelser, jf. tabel 3.3.

De negative udviklingstræk er gennem de senere år blevet bragt flittigt op i den offentlige debat. Her bliver de unges lidelsesforvaltning ofte forklaret inden for en fortolkningsramme, der baserer sig på bredt anlagte teorier om fx øget individualisering eller en tiltagende præstations- og perfektionskultur. Sådanne teorier er meget vanskelige at efterprøve empirisk. Da et komplekst fænomen som mental sundhed oftest også vil have komplekse årsagssammenhænge, kan man derfor forestille sig, at andre omstændigheder også vil kunne bidrage til at forklare dele af udviklingen, fx: Hvad betyder det for unges almene velbefindende, at de får for lidt søvn? Er der sammenhæng mellem udviklingen i unge danskeres overvægt og psykisk mistrivsel? Hvilke konsekvenser har det haft for unges oplevede selvmestring, at langt større andele af en ungdomsårgang i dag bliver sluset ind på en gymnasial uddannelse? Og har det nogen betydning for det mentale trivselsniveau, at unge i dag går tidligere i pubertet? Sådanne spørgsmål, der os bekendt ikke er belyst i Danmark, lader sig teste empirisk og bør derfor undersøges.

Tabel 3.3 Trends, kønsforskelle og sociale skævheder i psykisk mistrivsel blandt danske unge over 16 år.

Indikator	Trends	Kønsforskelle	Social ulighed
Selvvurderet helbred	Nej	Få forskelle	Ja
Livstilfredshed	Vides ikke	Ja	Nej
Psykiske symptomer	Ja, negativ	Ja	Ja
Psykosomatiske symptomer	Vides ikke	Ja	Uklart
Stress/tidspres	Ja, negativ	Ja	Ja, med også andre forhold
Søvnproblemer	Ja, negativ	Ja	Ja
Ensomhed	Tendens til lille negativ udvikling	Ja	Ja
Selvmordsforsøg	Ja, negativ	Ja	Ja
Cutting	Formodentligt negativ	Få forskelle, usikre tal	Vides ikke
Angst/depression	Vides ikke, vækst i diagnoser	Ja	Ja
OCD	Vides ikke	Vides ikke	Vides ikke
Spiseforstyrrelser	Formodentligt negativ, vækst i diagnoser	Ja	Vides ikke

Figur 3.3 Andele 16-24-årige mænd og kvinder med dårligt mentalt helbred i forhold til hele befolkningen.



Kilde: Figur er genereret ud fra databanken hos Den nationale sundhedsprofil 2010-17.

3.5 Sammenfald mellem mistrivselssymptomer (komorbiditet)

Mens vi har redegjort for forekomsten af enkeltstående mistrivselssymptomer og psykiske lidelser i ungebefolkningen, fokuserer vi nu på, hvad man ved om sammenhængen/sammenfaldet mellem disse symptomer.

Med afsæt i Thomsen og Skovgaards lærebog om børne- og ungdomspsykiatri (2013) starter vi i den tunge ende med udvalgte psykiatriske tilstande. Det ses, som det fremgår af tabel 3.4, at der i praksis ofte er et overlap mellem de forskellige lidelser: For eksempel ses hos børn og unge, der lider af angst, at de ofte også har symptomer på depression, søvnforstyrrelser eller klager over psykosomatiske reaktioner, mens depressive børn og unge også kan lide af angst, OCD eller spiseforstyrrelser. På trods af, at der for hver psykiatrisk lidelse er rimeligt klart definerede diagnosekritierier, ser det i praksis ikke ud til at være ualmindeligt, at børn og unge kan være plaget af flere lidelser på en og samme tid. Bevæger vi os over i den blødere ende, hvor børn og unge ikke er egentligt syge, men "blot" i psykisk mistrivsel, må vi derfor nok forvente at finde et lignende mønster, hvor forskellige symptomer eller indikatorer på psykisk sårbarhed/mistrivsel optræder samtidigt.

Tabel 3.4 Komorbiditet mellem forskellige udvalgte børne-ungdomspsykiatriske tilstande.

Børne-ungdomspsykiatrisk tilstand	Komorbiditet
Angsttilstande	Symptomer på depression, søvnforstyrrelser, psykosomatiske klager
OCD	Depressive tilstande (i adolenscensen), anorexia nervosa (piger), angst
Psykosomatiske reaktioner	Angst, depression
Spiseforstyrrelser	(Psykiatrisk): Tegn på depression
Affektive tilstande (depression – ikke bipolar)	Angstlidelser, OCD, spiseforstyrrelser

Kilde: Thomsen & Skovgaard, 2013.

I et stort datasæt har Christensen et al. (2017b) belyst, hvordan forskellige indikatorer for god mental sundhed hhv. mistrivsel indbyrdes hænger sammen og fordeler sig blandt unge på ungdomsuddannelserne. Den anvendte metode, latent klasseanalyse, klassificerer personer i nogle grundlæggende grupper på baggrund af, hvordan de har svaret på nogle udvalgte spørgsmål om (mis)trivsel. Latent klasseanalyse baserer sig således på en form for mønstergenkendelse.

Analysen viser, jf. tabel 3.5, at indikatorerne et stykke ad vejen "følges ad", sådan at den gruppe af unge, som har højst livstilsfredshed og self-efficacy samtidig yderst sjældent har mistrivselssymptomer som lavt selvværd, selvskadeerfaringer, ensomhed, stress, symptomer på depression og angst, psykosomatiske symptomer eller en negativ kropsopfattelse. I den anden ende af skalaen findes en gruppering af unge, som på stort set alle belyste områder har massive mistrivselsproblemer og sjældent er glade ved livet eller har tiltro til egen mestringsevne.

Tankegangen om, at alle mistrivselsindikatorer altid følges ad, dvs. lader sig rumme inden for det samme kontinuum, holder imidlertid kun delvist. For eksempel identificerer Christensen et al. (2017b) en gruppe af unge, som på trods af et ellers fint trivselsbillede ofte er plaget af hovedpine og mavepine. Om disse plager er fysiologisk betingede eller er psykosomatiske reaktioner, vides ikke. På samme vis identificeres en gruppering af unge, hvor trivselsbilledet gennemgående forekommer at være mere moderat uden dog at være alarmerende dårligt, men hvor der relativt set er en meget høj andel, som har emotionelle problemer (depressionstegn og ængstelighed).

Analysen klassificerer de unge i fem grupperinger efter graden af mental sundhed:

- Gruppe 1: Har en høj grad af mental sundhed (55-59 pct. af pigerne; 73-78 pct. af drengene)
- Gruppe 2: Høj grad af mental sundhed, men har ofte hoved- og mavepine (6-7 pct. af pigerne, 3-8 pct. af drengene)
- Gruppe 3: Jævn mental sundhed (10-12 pct. af pigerne; 10-15 pct. af drengene)
- Gruppe 4: Moderat livstilfredshed, høj self-efficacy, men mange har emotionelle problemer (15-17 pct. af pigerne; 5 pct. af drengene)
- Gruppe 5: Lav grad af mental sundhed (9-10 pct. af pigerne; 3-5 pct. af drengene).

Tabel 3.5 Eksempel fra Christensen et al. (2017b): Fordeling af gymnasiepiger i fem forskellige grupperinger af mental trivsel. Procent.

Indikatorer på mental sundhed og mistrivsel	(1) Grøn (59 pct.)	(2) Lysegrøn (6,9 pct.)	(3) Gul (10 pct.)	(4) Orange (15 pct.)	(5) Rød (9,3 pct.)
Høj livstilfredshed	88	76	30	51	7,9
Høj self-efficacy	91	83	59	76	41
Lavt selvværd	0,1	3,2	29	7,8	66
Selvskade (nogensinde)	10	26	40	32	68
Ensom ofte eller meget ofte	0,1	2,6	23	14	59
Stresset dagligt	3,9	21	17	27	51
Irritabel eller i dårligt humør ugentligt eller oftere	3,1	13	8,4	94	95
Ked af det ugentligt eller oftere	0,5	2,4	9,9	73	95
Nervøs ugentligt eller oftere	1,7	11	9,4	56	78
Hovepine ugentligt eller oftere	15	77	27	47	64
Mavepine ugentligt eller oftere	1,7	34	4,4	20	32
Føler sig meget for tyk	1,4	7,2	17	4,5	30

Kilde: Christensen et al. (2017b).

Ud fra denne opgørelse/analyse vil målgruppen for de indsatser, som denne undersøgelse skal kortlægge, helt sikkert opfatte gruppe 5 med lav grad af mental trivsel, selvom man ikke kan udelukke, at nogle af de unge, som falder i grupperne med et mere moderat eller jævnt trivselsbillede, også kan være omfattet af de indsatser, vi skal identificere.

3.6 Sammenhænge mellem symptomer på psykisk mistrivsel og kliniske diagnoser

3.6.1 En case: Depressive symptomer

Der findes intet systematisk overblik over, hvor mange af de unge der i undersøgelser har rapporteret at lide af angst, spiseproblemer mv., som faktisk har fået en lægelig stillet diagnose på deres problem. Men ud fra det ovenstående må vi tro, at det kun er en mindre del af de unge med mistrivselsproblemer, som også har en diagnose. Fordi de fleste undersøgelser er baserede på tværsnitsdata, som tilvejebringer et øjebliksbillede, er der heller ingen fyldestgørende viden om, hvor dybtgående eller vedvarende de unges mistrivselsproblemer er.

I en analyse baseret på SFI's forløbsundersøgelse af børn født i 1995 (Ottosen & Montgomery, 2016) forsøgte vi at erhverve en bedre forståelse af disse problemstillinger, idet vi brugte depressive symptomer som casen. Med en livstidsprævalens på 17-18 pct. (www.depressionsforeningen.dk) er depression en ganske udbredt sygdom i befolkningen, og den debuterer ofte i puberteten. Undersøgelser har vist, at depressioner i ungdomsårene øger risikoen for depressioner senere i livet 2-3 gange, og at disse da oftere er alvorlige og længerevarende (Due et al., 2014).

Analysen fulgte 3.742 unge over to dataindsamlingsrunder, fra de var 15 år, til de var fyldt 18 år. I begge dataindsamlingsrunde anvendte vi screeningsspørgsmål fra måleinstrumentet DAWBA (Development and Well-Being Assessment), som bruges til at generere psykiatriske ICD-10 og DSM-IV diagnoser blandt børn, unge og voksne. Screeningsspørgsmålene danner grundlag for at vurdere, om der er behov for en nærmere udredning for depression. Derved identificerer analysen den gråzone af unge, som vil have behov for en psykologisk, lægelig eller psykiatrisk undersøgelse for at afklare, om de kandiderer til en egentlig psykiatrisk diagnose. Analysen opererer derfor inden for et kontinuum, hvor nogle unge må forventes at være dybere berørt af de nævnte problemstillinger end andre.

I 15-årsalderen opfyldte 9 pct.af de unge kriterierne for at have depressive symptomer, heraf var der 6 pct. blandt de deltagende drenge og 13 pct. blandt pigerne. Ved målingen i 18-årsalderen var andelen mere end fordoblet, idet der nu var 22 pct., der rapporterede om disse problemer. Alt i alt var det 27 pct. (N = 1.023), der før og/eller siden havde været berørt af problemer med at være depressiv.

Ved at sammenkoble oplysningerne fra 15-årsalderen med dem fra 18-årsalderen, etablerede vi fire grupperinger, jf. tabel 3.6:

Den første gruppering, som vi inden for analysens rammer kunne kalde "de aldrig depressive", er dem, der hverken i 15- eller i 18-årsalderen rapporterede om depressive symptomer. Denne gruppering udgør 73 pct. af de 18-årige, og piger er underrepræsenteret her (44 pct.). I undersøgelsen spurgte vi de unge, om de en eller flere gange i løbet af deres tilværelse har haft en psykisk lidelse, uden at dette fænomen bliver nærmere specificeret. Det svarede 12 pct. i denne gruppering bekræftende på.

Den anden gruppe, "de tidligere depressive", udgør 5 pct. af de 18-årige og består af dem, der i 15-årsalderen, men ikke længere som 18-årige havde depressive symptomer. Her udgør pigerne 60 pct., og hver tredje oplyste, at de havde haft mindst en psykisk lidelse gennem opvæksten.

”De nye depressive” er den tredje og en relativt stor gruppe (18 pct.) af unge, som havde depressive symptomer i 18-årsalderen, men ikke havde disse problemer som 15-årige. Pigeandelen er her 63 pct., og 42 pct. oplyste, at de mindst en gang i livet havde haft en psykisk lidelse.

Endelig er der en fjerde lille gruppe på 4 pct., som på begge undersøgelsestidspunkter havde depressive symptomer: ”de vedvarende depressive”. I denne gruppering udgør pigerne et overvældende flertal (74 pct.), ligesom det nu også er et flertal på knap 60 pct., der oplyste, at de havde haft en psykisk lidelse, heraf rapporterede 33 pct., at de havde haft det flere gange.

Tabel 3.6 Unge med depressive symptomer i 15- og 18-årsalderen. Procent.

Depressiv som 15-årig (2011)?	Depressiv som 18-årig (2014)?			
	Nej	Ja	I alt, pct.	N
Nej	73	18	91	3.391
Ja	5	4	9	351
I alt, pct.	78	22	100	
N	2.913	829		3.742

Kilde: Ottosen & Montgomery (2016).

3.6.2 Kontakt med behandlingssystemet

Vi sammenholdt informationerne om forekomst af selvrapporterede psykiske lidelser, herunder særligt forekomst af depressive symptomer, med andre oplysninger fra undersøgelsen, som indikerede, om de unge havde været i kontakt med det professionelle (psykologiske/psykiatriske) behandlingssystem, jf. tabel 3.7. Meget få personer, som deltog i undersøgelsen, var registeret i Landspatientregistret med en depressionsdiagnose. Andelen med en psykiatrisk diagnose var da således også noget større, når vi spurgte de 18-årige selv, om en læge nogensinde havde konstateret, at de havde en psykiatrisk lidelse. Det svarede 4,5 pct. positivt på. Vi må konstatere, at der er en betydelig diskrepans mellem omfanget, der har fået stillet en psykiatrisk diagnose af en læge, og omfanget af selvrapporterede psykiske lidelser: Ifølge de unge selv er det som helhed 20 pct., der en eller flere gange gennem tilværelsen har haft en psykisk lidelse.

Tabel 3.7 Unge opdelt efter, om de havde depressive symptomer i 15- hhv. 18-årsalderen.

	De aldrig depressive	De tidligere depressive	De nye depressive	De vedvarende depressive	I alt	p<
Køn						***
Procentandel piger	44	60	63	74	50	
Selvrapporteret psykisk lidelse (livstidspræv.)						***
En gang	8,8	21,8	24,7	25,5	13	
Flere gange	2,7	9,3	16,9	33,1	6,9	
Diagnoser (livstidspræv.)						
Procentandel med psykiatrisk diagnose	2,1	5,2	10,9	16,7	4,5	***
Pct. med depressionsdiagnose	0,5	2,6	7	10,2	2,2	***
Psykologbistand						***
Procentandel, der har modtaget psykologbistand mellem 2011 og 2014	11	22	32	32	15	***

	De aldrig depressive	De tidligere depressive	De nye depressive	De vedvarende depressive	I alt	p<
Procentandel, der har fået lægeordineret medicin mod et psykisk problem (livstidspræv.)						***
En gang	1,8	3,6	5,1	8,9	2,8	
Flere gange	1,4	5,2	7,3	11,5	3,1	
Personlig trivsel						
Procentandel med lavt selvværd	1	8	15	24	5	***
Procentandel, der har forsøgt selvmord (livstidspræv.)	2	9	10	19	5	***
I alt pct.	73	5	18	4	100	
I alt N	2719	194	672	157	3.742	

Anm.: P-værdien hidrører fra chi^2 * = < 0,10, ** = < 0,05, ***= < 0,01.
Kilde: Ottosen & Montgomery (2016).

Tilsvarende er der en diskrepans mellem at have depressive symptomer og at have en egentlig depressionsdiagnose. 2,2 pct. (N = 96), dvs. halvdelen af dem, der oplyste, at de har fået stillet en psykiatrisk diagnose af en læge, svarede, at der er tale om en depressiv forstyrrelse. Diskrepansen reflekterer med stor sandsynlighed, at analysen inkluderede en gråzone af unge, som efter nærmere øjensyn må skønnes at være i normal udvikling ud fra en lægefaglig bedømmelse. Alligevel kan man ikke udelukke, at der blandt den gruppe unge, som analysen omhandler, også kan være grænsetilfælde af endnu ikke diagnosticerede psykiatriske lidelser. De fleste, som havde en lægelig depressionsdiagnose, havde fået denne stillet mellem 15- og 17-årsalderen.

Der var imidlertid også signifikante forskelle mellem de fire grupperinger, som analysen opererer med, når det drejer sig om erfaringer med kontakt til behandlingssystemet (tabel 3.7). Grupperingerne ”de nye depressive” og især ”de vedvarende depressive” havde i forhold til de to øvrige grupper langt hyppigere fået stillet en psykiatrisk depressionsdiagnose, de havde hyppigere modtaget psykologbistand mellem det femtende og attende år og havde oftere fået lægeordineret medicin mod et psykisk problem. Det tyder på, at problemtyngden er større her.

3.6.3 Indikationer på (manglende) mental sundhed

For at belyse, om der var trivselsvariationer mellem de fire grupperinger, satte analysen fokus på omfanget af unge med lavt selvværd. Vi anvendte Rosenbergs Self-Esteem (RSE) Scale, en spørgeserie med 10 udsagn, hvor interviewpersonerne bliver bedt om at reflektere over deres følelser ved at tage stilling til, hvor enige de er i de enkelte udsagn. Man kan score op til 30 point. Resultater mellem 15 og 25 er inden for normalområdet, mens resultater under 15 er tegn på et lavt selvværd (Rosenberg, 1965). Som helhed var der 5 pct. af de 18-årige, der havde problemer med selvværdet, mens andelen med selvværdsproblemer var betydeligt højere blandt ”de nye depressive” og særligt ”de vedvarende depressive”. Uanset om de unge havde depressive symptomer eller ikke, har problemer med lavt selvværd også sammenhæng med kønnet, idet lavt selvværd hyppigere forekommer hos piger. Blandt dem, der har depressive symptomer som 18-årige, var det således 9 pct. af drengene og 22 pct. af pigerne, som scorede lavt på selvværdsskalaen.

Vi belyste også, om der var sammenhæng mellem forekomst af depressive symptomer og erfaringer med selvmordsforsøg, belyst ved livstidsprævalensen. Mens det i undersøgelsen som helhed var 5 pct., der oplyste, at de havde forsøgt at tage livet af sig, var andelen dobbelt så høj blandt dem, der

enten tidligere havde haft eller for nylig fik depressive symptomer. Blandt ”de vedvarende depressive” havde hver femte erfaringer med selvmordsforsøg.

3.6.4 Opsummering

Alt i alt peger disse sammenhænge ikke så overraskende på, at trivselsproblemerne er større, hvis man har symptomer på depression, og særligt, hvis disse er vedvarende. Det er imidlertid en central pointe, at det selv i den hårdest ramte gruppe, som over flere år har døjet med depressive symptomer, efter alt at dømme kun er en tredjedel, der har modtaget psykologhjælp, kun hver femte, der har fået medicinsk behandling, og kun hver tiende, der efter egne oplysninger har fået en klinisk depressionsdiagnose. Der forekommer således ud fra det nævnte eksempel at være en betydelig diskrepans mellem andelen, der ud fra undersøgelsens screeningsspørgsmål passerer grænsen for en psykiatrisk udredning, og andelen, der faktisk får en lægelig diagnose.

3.7 Sammenhænge mellem psykisk mistrivsel og social funktionsmåde

Inden for paradigmet om mental sundhed, er det en central præmis, at personer med mindre god mental sundhed er hæmmede/begrænset i omgangen med verden. I dette afsnit fokuserer vi på sammenhænge mellem symptomer på psykisk mistrivsel, og hvordan unge fungerer socialt.

Med afsæt i den ovennævnte analyse om unge med depressive symptomer vil vi kort opsummere, hvilke sammenhænge vi fandt mellem symptomforekomst og de unges sociale funktionsmåde i dagligdagen. Vi fokuserede på de unges sociale relationer, relationen til forældrene, deres skolegang og indikatorer på risikoadfærd.

Kort fortalt viste analysen, jf. figur 3.4, at de tre gruppereringer, som havde erfaringer med depressive symptomer, på stort set alle parametre scorede dårligere end ”de aldrig depressive”, men også, at det var ”de vedvarende depressive”, som klarer sig dårligst: Her forekom omfanget af belastninger at være stort. I denne gruppering var der i forhold til ”de aldrig depressive” ganske høje andele, som ofte følte sig ensomme og udenfor, og som havde oplevet at blive mobbet og forskelsbehandlet. Tre gange så mange oplevede at have konfliktfyldte relationer til deres mor eller far.

I forhold til skolegangen fandt vi, at de unge vedvarende depressive allerede i 15-16-årsalderen havde klaret sig dårligere ved Folkeskolens afgangsprøve (FSA), og at omkring hver femte var droppet ud af den først påbegyndte ungdomsuddannelse. På undersøgelsestidspunktet i 18-årsalderen var det tilsvarende hver femte, der hverken var i gang med eller havde gennemført en ungdomsuddannelse, et niveau, der er fire gange så højt i forhold til de unge, der aldrig havde haft depressive symptomer.

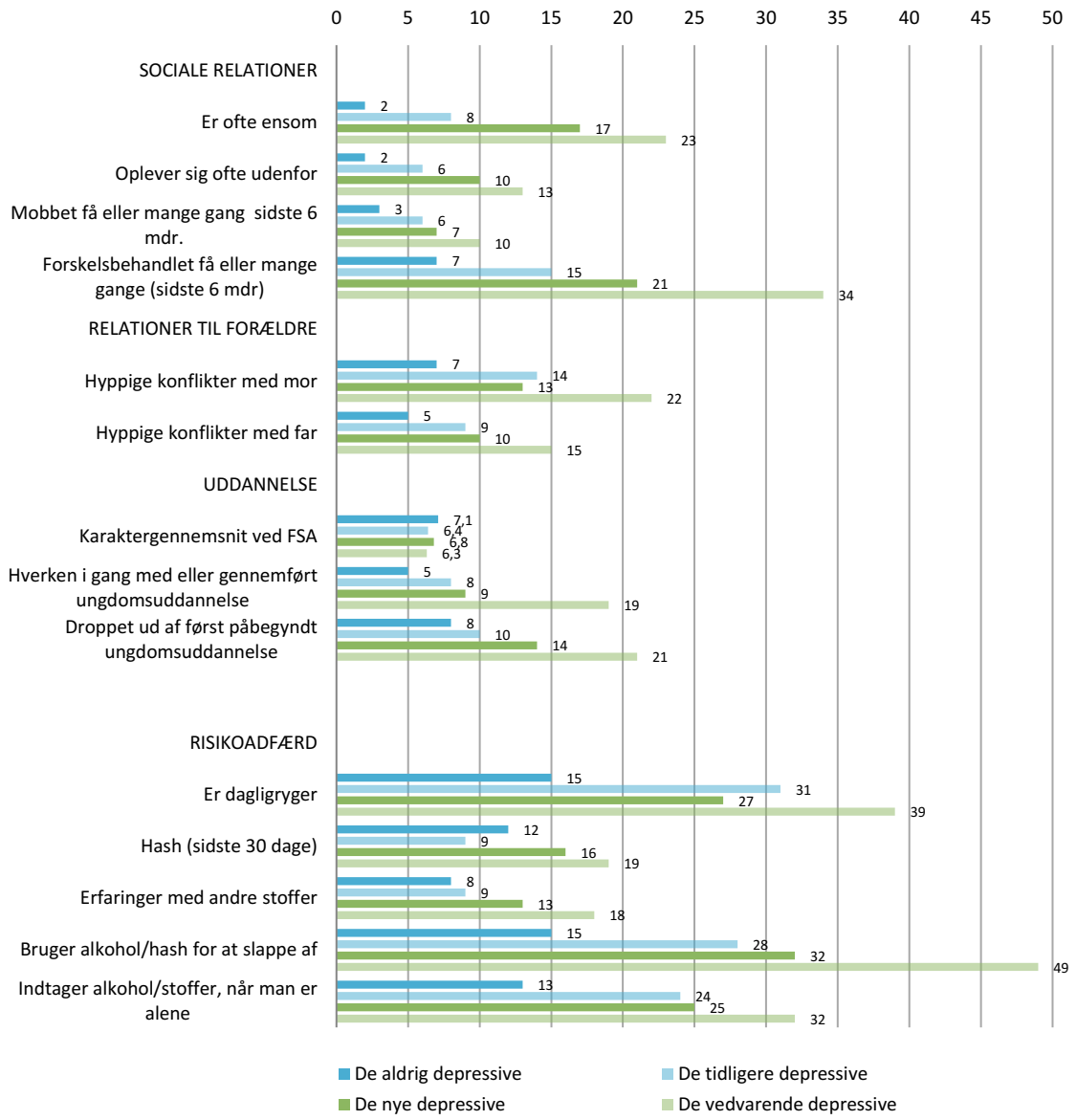
Blandt de unge vedvarende depressive fandt vi også en øget forekomst af risikoadfærd, belyst ved omgang med stimulanser. Der var således over dobbelt så mange dagligrygere (sammenholdt med de aldrig depressive unge) og flere, der havde brugt hash inden for den sidste måned eller havde erfaringer med andre stoffer. Vi fandt i denne kontekst også, at de vedvarende depressive unge (og i noget mindre omfang de andre grupper af depressive unge) syntes at have en anden omgang med rusmiddelforbruget end de aldrig depressive unge. Mens unge primært bruger rusmidler og stoffer, når de er sammen med venner i sociale sammenhænge, brugte hver tredje af vedvarende depressive 18-årige det, når de er alene; halvdelen af dem oplyste, at de brugte alkohol og stoffer for at slappe af. Det antyder ikke kun, at rusmiddelforbruget kan være større, men også, at nogle har problemer, som de mener, at rusmidlerne kan dulme. Disse informationer kan indikere, at der er tale om afhængighedsproblematikker.

Christensen et al. (2017b), der som nævnt identificerede fem forskellige grupperinger af unge med varierende mental sundhed, har også belyst, hvordan den sociale funktionsmåde tegner sig blandt dem, der har symptomer på psykisk mistrivsel. I den mest belastede gruppe 5 (den såkaldt røde gruppe) er det kun halvdelen af de unge, der angiver at have et fortroligt forhold med venner og forældre, og en kun en tredjedel oplever, at de klarer sig godt på deres uddannelse. I denne gruppering ses også flest, der har oplevet belastninger i familien som fx økonomisk knaphed eller alvorlig sygdom hos søskende eller forældre. Blandt gymnasieeleverne i den mest belastede gruppe 5 findes også den største andel, som angiver at have en forælder med et alkoholmisbrug, mens forskellen er mindre udtalt blandt eleverne på erhvervsuddannelserne.

Også i denne undersøgelse findes en stor andel af rygere i den mest belastede gruppe, hvor også 7 ud af 10 oplyser, at de har oplevet søvnproblemer mere end én gang om ugen gennem det seneste halve år. Relativt set er der i den mest belastede gruppe færrest, der vurderer deres eget helbred som godt, og i forhold til den mest velfungerende gruppe med høj mental sundhed er andelen af overvægtige dobbelt så høj.

Alt i alt finder de to refererede undersøgelser her således indikationer på, at unge, som i høj grad er belastet af psykiske mistrivselsproblemer, befinder sig i en zone, hvor der er risiko for social marginalisering. Uden at remse alt op er sådanne indikationer, at disse unge betydeligt hyppigere end andre unge har erfaringer med selvmordsforsøg, har lavere selvværd, har udtalte ensomhedsproblemer, har skrøbeligere sociale relationer, hyppigere er droppet ud af ungdomsuddannelsen eller oplever at klare sig dårligt, ryger mere og oftere har erfaringer med stoffer. Desuden er der tegn på, at nogle af dem har en risikobetonet omgang med rusmidler.

Figur 3.4 Sammenhænge mellem depressive symptomer og social funktionsmåde blandt 18-årige. Procent.



Kilde: SFI's forløbsundersøgelse af årgang 1995, 6. dataindsamling (Ottosen & Montgomery, 2016).

3.8 Faktorer, der har sammenhæng med mental sundhed hhv. psykisk mistrivsel

I dette afsnit berører vi spørgsmålet om, hvilke faktorer der bidrager til at udløse psykisk mistrivsel. Den overordnede tilgang til området skitseres først, og dernæst redegør vi for, hvilke sammenhænge der er fundet i et studie blandt unge i Danmark.

Generelle antagelser om faktorer, der fremmer mental sundhed hhv. fungerer som risikofaktorer

Årsagsmekanismerne bag mental sundhed og psykisk sygdom er komplekse. Man ved, at biologiske (fx genetik/arvelighed) og individuelle psykologiske faktorer (fx temperament) spiller ind, men

sociale og miljømæssige faktorer, herunder kulturelle og strukturelle forhold, har også en vigtig rolle. For eksempel har undersøgelser vist, at risikoen for at blive psykisk eller fysisk syg er større for personer med få socioøkonomiske ressourcer, mens den formindskes, hvis man er integreret i samfundet og har positive sociale relationer (Eplov & Lauridsen, 2008).

En model, der beskriver determinanterne for mental sundhed hhv. psykisk mistrivsel, må derfor anvende en tilgang, som rummer bredden af disse faktorer. Et bud på en sådan overordnet model er udviklet af Barry og Jenkins (2007), der oplister en række individuelle, sociale og strukturelle risiko- og beskyttelsesfaktorer, der antages at have indflydelse på den mentale sundhedstilstand (Eplov & Lauridsen, 2008), jf. tabel 3.8.

Barry og Jenkins' model er meget bred, og nogle af de nævnte faktorer kan være svære at teste empirisk i et nationalt datasæt, fx adgang til uddannelse. Modellen lider måske også af den mangel, at den ikke inddrager betydningen af biologiske forhold – faktorer, der i øvrigt også er vanskelige at efterprøve empirisk i de fleste almindelige befolkningsundersøgelser.

Tabel 3.8 Model, der beskriver determinanter – risiko- og beskyttelsesfaktorer – for mental sundhed**.**

	Beskyttende faktorer	Risikofaktorer
Individuelt niveau	Positiv selvopfattelse Gode evner til at håndtere stress og udfordringer Følelse af et socialt tilhørsforhold Gode kommunikationsevner God fysisk sundhed	Lavt selvværd Dårlige evner til at håndtere stress og udfordringer Dårlige familiære relationer Fysisk og psykisk handicap Risikoadfærd Dårlig fysisk sundhed
Socialt niveau	Omsorgsfulde forældre/gode familiebånd Tilhørsforhold til omgivelser Støttende sociale relationer Deltagelse i fællesskaber Positive erfaringer med uddannelse	Misbrug og vold Adskillelse og tab Social eksklusion
Strukturelt niveau	Sikre og trygge rammer Godt miljø og gode boligforhold Økonomisk sikkerhed Beskæftigelse Adgang til uddannelse Adgang til sociale støttefunktioner	Voldelige og kriminelle omgivelser Fattigdom Arbejdsløshed Hjemløshed Manglende skolegang Social og kulturel diskrimination Manglende støttefunktioner

Kilde: Barry og Jenkins' model for faktorer, der har betydning for mental sundhed (2007), her citeret efter Eplov & Lauridsen (2008).

Case: Faktorer, der har sammenhæng med depressive symptomer blandt unge

For at illustrere, hvordan man i praksis kan anvende en risiko- og beskyttelsesfaktortilgang til at kortlægge determinanter for psykisk mistrivsel blandt unge danskere, trækker vi endnu engang på studiet om unge med depressive symptomer. Studiet har den enestående fordel, at det er baseret på et prospektivt forløbsdesign, som gennem seks dataindsamlingsrunder har indhentet informationer om undersøgelsens deltagere, fra de var spædbørn og frem til deres attende leveår. Herved er det i højere grad end ved tværsnitsbaserede studier muligt at kortlægge de kausale relationer.

Vi interesserede os for, hvilke faktorer der kunne forklare, om en ung i 15- og 18-årsalderen havde depressive symptomer, men også for, hvorfor nogle 15-årige var vedvarende depressive i 18-årsalderen, mens andre depressive 15-årige var sluppet ud af den depressive tilstand 3 år senere. Inden for rammerne af de informationstyper, som datasættet indeholdt, var analysens udvalg af potentielt forklarende variable baseret på den eksisterende viden om, hvad der kan udløse depressive tilstande. Studiet havde således et stærkere perspektiv på de negative risikofaktorer end på de positive beskyttelsesfaktorer. Vi inddrog en række faktorer, der knyttede sig til individuelle forhold hos den unge (fx køn, fødselsvægt, mistrivsel i den tidlige barndom), faktorer, der knyttede sig til den tidlige opvækst (fx om moren røg, da barnet var spædt), faktorer, der belyste stressfulde begivenheder og genvordigheder gennem opvæksten frem til 11-årsalderen (fx skilsmisse/forældrekonflikter, fysisk afstraffelse, erfaringer med mobning og seksuelle overgreb) samt mere strukturelle faktorer (fx morens uddannelseskapital, fattigdom).

Risikofaktorer for depressive symptomer i 15- hhv. 18-årsalderen

Vi undersøgte først, hvilke faktorer der havde sammenhæng med, om en ung havde depressive symptomer i 15-årsalderen eller 18-årsalderen (jf. tabel 3.9).

Uden at gå ind i en detaljeret gennemgang viste de væsentlige fund for 15-årige at være (efter at der er taget højde for barnets førpubertære trivsel):

- at 15-årige piger har dobbelt stor risiko for at være depressivt anlagte som drenge
- at det er forskellige enkeltfaktorer, der viser sig at være signifikant udslagsgivende for drenge og piger (hvilket også må ses i lyset af datas omfang og sammensætning)
- at faktorer, der kan samles under begrebet ”erfaringer med overgreb” (dvs. fysisk afstraffelse, seksuelle overgreb og mobning) øger risikoen for at være depressiv som 15-årig.

Præcis den samme analysemodel blev anvendt til at undersøge, hvad der prædikerede depressive symptomer blandt 18-årige. Analysen viste, at det et stykke hen ad vejen er de samme faktorer, som er udslagsgivende, fx at man er en pige, har været udsat for seksuelle overgreb og mobning gennem opvæksten og kommer fra et hjem med få uddannelsesressourcer. Men blandt 18-årige var det iflg. analysen også betydningsfuldt, om moren havde røget, da barnet var spædt, hvor gammel moren var (formentlig en proxy for ressourcerne til at varetage forældrerolle), og om den unge (pige) var gået tidligt i pubertet. Der kan både være biologiske og psykologiske forklaringer på det sidstnævnte fund.

Tabel 3.9 Prædiktorer for depressive symptomer i 15- hhv. 18-årsalderen.

	Beskyttelsesfaktorer	Risikofaktorer
Individuelle faktorer		Pige Mistrivsel i 7-årsalder Lav fødselsvægt Fik tidlig menstruation (kun 18-årige piger)
Sociale faktorer		Depressiv mor (kun 15-årige) Mor røg ved barnets fødsel (kun 18-årige) Forældrekonflikter Afstraffet af forældre (kun 15-årige drenge) Mobbet som 11-årig Udsat for seksuelle overgreb
Strukturelle faktorer	Moren er ældre (kun 18-årig) Mor har erhvervs- eller videregående uddannelse	Ikke først født (kun 15-årige) Kontakt med socialforvaltning Mor har kun grundskoleuddannelse

Kilde: Ottosen & Montgomery (2016).

På analysens næste trin undersøgte vi forandringer mellem det femtende og det attende år. Hvilke forhold kunne forklare, at ”normale” 15-årige havde udviklet depressive symptomer som 18-årige, og hvilke omstændigheder havde sammenhæng med, om 15-årige depressivt anlagte fortsat var triste i 18-årsalderen eller var sluppet af med nedstemtheden? Fordi vi vidste, at 15-årige med depressive symptomer oftere end deres jævnaldrende er udsat for belastninger i hverdagen, som i sig selv kan udløse en depression (Ottosen & Skov, 2012), udvidede vi analysemodellen med en række udvalgte faktorer, der afdækkede, om de unge i 15-årsalderen var ensomme, udsat for mobning, havde haft tidlig sexdebut, havde erfaringer med hash og et højt alkoholforbrug, dyrkede motion og levede i harmoniske familierelationer.

Ikke depressiv som 15-årig, men depressiv i 18-års-alderen?

Ikke så overraskende viste analysen, at faktorer fra den tidlige opvækst kunne bidrage til at forklare, hvorfor ”normale” 15-årige 3 år senere var depressivt anlagte (jf. ovenfor og figur 2.8). Men også senere indtrufne omstændigheder øgede risikoen for at have depressive symptomer som 18-årig (figur 2.9). For både piger og drenge var risikoen forøget, hvis de var ensomme som 15-årige. Sammenhængen er i overensstemmelse med fund, som er fundet i ensomhedsstudier: Ensomhed er blevet forbundet med en variation af kognitive og følelsesmæssige udfald, bl.a. personlighedsforstyrrelser og psykoser, selvmord, nedsat kognitiv præstation, øget risiko for Alzheimer og øgede symptomer på depression. Den kausale karakter af sammenhængen mellem ensomhed og depressive symptomer synes at være gensidig, men nyere analyser baseret på gentagne årlige vurderinger af ensomhed og depressive symptomer har dog vist, at ensomhed prædikerer øgede depressive symptomer over 1-års-intervaller, mens depressive symptomer ikke forudsiger stigende ensomhed i samme tidsrum (Hawkley & Cacioppo, 2010).

Særskilt for drenge viste analysen, at et relativt højt forbrug af alkohol i 15-årsalderen kan være en risikofaktor, mens hyppig motionsudøvelse fungerer som en beskyttelsesfaktor. For piger gælder, at erfaringer med hash er en risikofaktor, mens oplevelsen af at befinde sig i harmoniske familierelationer omvendt er en beskyttelsesfaktor.

Vedvarende trist eller glad igen?

Den sidste del af analysen omhandlede faktorer, der kan forklare, hvorfor nogle, der var depressive i 15-årsalderen, vedvarende er det som 18-årige, eller hvorfor de slipper ud af den depressive tilstand. Analysen fandt ingen beskyttelsesfaktorer, der kunne forklare, hvorfor de 15-årige var sluppet ud af det nedsænkede stemningsleje, men modellen udpegede en række faktorer, som har sammenhæng med, om de unge havde depressive symptomer ved begge målinger (tabel 3.10). For piger er risikoen for at hænge fast i et nedsænket stemningsleje omtrent dobbelt så stor, hvis de i 15-årsalderen oplevede at blive mobbet, eller hvis de var gået tidligt i pubertet.

Risikoen for, at drenge hænger fast i de depressive symptomer er mere end dobbelt så stor, hvis de som 15-årige var ensomme, samt hvis de debuterede tidligt seksuelt. Undersøgelsen rummer ingen information om tidspunktet for drenges kønsmodning, men det er plausibelt at antage, at seksuelle erfaringer normalt vil forudsætte kønsmodning. Resultatet kan derfor indikere, at tidlig modning kan være en belastningsfaktor i forhold til depression for både drenge og piger. Forskningen om sammenhænge mellem drenges kønsmodning, seksuelle erfaringer og risiko for depression er sparsom, men enkelte studier understøtter den her opstillede hypotese (Kaltiala-Heino et al., 2003).

Endelig viste analysen, at røg den depressive unge hash som 15-årig, er der en stærkt forøget risiko for fortsat at have depressive symptomer i 18-årsalderen. Det er især blandt drenge, at denne sammenhæng findes. Der kan være flere forklaringer på sammenhængen mellem depression og brug af hash. Nogle studier peger på, at særligt et højt forbrug af hash kan være forbundet med en øget

risiko for at udvikle en depression. Omvendt peger andre studier på, at en depressionslidelse kan føre til et cannabis-forbrug, måske som et middel til "selvmedicinering" (Aspis et al., 2015).

Tabel 3.10 Prædiktorer for depressive symptomer i 18-årsalderen.

Ikke depressiv som 15-årig ("de nye depressive")		
	Beskyttelsesfaktorer	Risikofaktorer
Individuelle faktorer	Hyppig motion i 15-årsalder	Pige Mistrivsel i 7-årsalder Ensom i 15-årsalder Ryger hash i 15-årsalder Højt alkoholforbrug i 15-årsalder
Sociale faktorer	Familieharmoni i 15-årsalder	Mor røg ved barnets fødsel Mobbet som 11-årig
Strukturelle faktorer	Moren er ældre Mor har erhvervs- eller videregående uddannelse	Mor har grundskoleuddannelse

Kilde: Ottosen & Montgomery (2016).

Opsummering

Alt i alt pegede analysen på, at problemstillingen med depressive symptomer blandt unge overvejende vedrører piger. Faktorerne, der har sammenhæng med depressive symptomer i ungdomsårene, har en ganske forskelligartet karakter. Skal de overordnede fund trækkes op, hæfter vi os for det første ved, at forekomst af depressionssymptomer hænger sammen med, at der er få ressourcer i opvækstmiljøet, men også ved, at harmoniske familierelationer ser ud til at have en forebyggende effekt. Disse fund understøttes af et andet nyere studie, der peger på, at unge, som har været anbragt uden for hjemmet eller har modtaget forebyggende foranstaltninger, i langt højere grad end andre unge døjer med psykiske mistrivselsproblemer (Lausten, 2018). For det andet peger analyserne på, at oplevet ensomhed og udsathed for mobning (og andre overgreb) kan udløse og evt. fastholde de unge i en depressiv tilstand. For det tredje finder vi det påfaldende, at omstændigheder, der knytter sig til tidlig seksualitet (kønsmodning hhv. sexdebut), er en faktor, der har sammenhæng med, om depressive symptomer udløses og varer ved. Endelig fandt vi, at både forekomst og fastholdelse af depressive tilstande kan knyttes til forbrug af hash og alkohol, uden at vi af den grund kan fastslå kausale relationer.

3.9 Danmark i internationalt perspektiv

I det foregående har vi primært fokuseret på forekomst af psykiske mistrivselssymptomer blandt danske unge. Vi har på baggrund af de danske datagrundlag fastslået, at indadreagerende psykiske mistrivelssymptomer er mere udbredt blandt unge piger end drenge, og at der efter alt at dømme er tegn på en stigning i disse problemer over tid. Men hvordan ser billedet ud, hvis vi anlægger et bredere perspektiv og sammenligner undersøgelsesresultater fra Danmark med tilsvarende fund fra andre lande?

Set over en længere tidshorisont, dvs. gennem det 20. århundrede, er der sket et fald i dødeligheden og den fysiske sygdomsbyrde hos børn og unge, men iflg. Rutter og Smith (1995) kunne der i perioden fra 1950 til 1990 iagttages en stigning i andelen af unge med psykosociale forstyrrelser[10] i Europa, uden at man kender de dybereliggende og præcise årsager til denne udvikling (Bremberg,

[10] For eksempel spiseforstyrrelser, depression, selvmord, misbrugsproblemer, adfærdsforstyrrelser.

2015; Rutter & Smith, 1995). Stigningen kan på sin vis forekomme ulogisk, for i selvsamme periode skete der betydelige forbedringer i befolkningernes levevilkår; forbedringer, som egentlig burde modvirke udviklingen af mentale helbredsproblemer.

Vi fokuserer i dette afsnit på to dimensioner: For det første ser vi på udviklingstræk ud fra systematiske forskningsoversigter, som har gennemgået en række nationale eller tværnationale enkeltstudier om trends i unges psykiske (mis)trivsel. Udfaldsmålene, dvs. instrumenterne til at måle psykisk mistrivsel, kan være forskellige i de enkelte studier (fx CBCL, SDQ eller HBSC's symptomtjekliste); det afgørende er, at det enkelte studie har anvendt det samme instrument hver gang, der måles. For det andet fokuserer vi på prævalensen af psykisk mistrivsel blandt børn og unge på tværs af lande. Ved sådanne tværnationale sammenligninger er det afgørende, at de lande, der inddrages i sammenligningsgrundlaget, har anvendt det samme måleinstrument. En væsentlig kilde er her WHO's HBSC-undersøgelse (skolebørnsundersøgelsen), som siden midten af 1980'erne har været gennemført regelmæssigt blandt 11-15-årige i en lang række lande, herunder også Danmark. HBSC rummer bl.a. information om børns psykologiske og psykosomatiske problemer samt om deres selvoplevede livstilfredshed. Andre videnskilder om unges psykiske mistrivsel kan være information om selvmord blandt unge hentet fra dødsregistre eller data om selvrapporteret livskvalitet i tværnationale befolkningsundersøgelser, der også omfatter de yngre aldersgrupper.

3.9.1 Udviklingstendenser i psykisk mistrivsel blandt unge.

Vi har identificeret tre nyere relevante forskningsoversigter om udviklingstendenser i mentale helbredsproblemer blandt børn og unge. De enkeltstudier, som forskningsoversigterne baserer sig på, er delvist overlappende.

Den ene oversigt, "*Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review*" (Bor et al., 2014), har gennemgået 19 epidemiologiske studier, der belyser udviklingstræk i børn og unges mentale helbredsproblemer i starten af det 21. årh. Oversigten dækker perioden 1983-2011 og fokuserer både på udviklingen i udadreagerende og indadreagerende problemer hos børn og unge i 12 lande. Et mindretal af studierne omhandler yngre børn, mens 12 af studierne fokuserer på den mentale helbredsudvikling blandt unge (11-18 år); heraf har de fleste (8 studier) opmærksomheden rettet på udviklingen i indadreagerende trivselsproblemer. De enkelte studier har anvendt forskellige instrumenter til at måle udviklingen i mentale trivselsproblemer. Generelt viser resultaterne, at udviklingstendenserne i mentale helbredsproblemer hos børn og unge både beror på symptomtype, køn og barnets udviklingstrin. Hos småbørn og yngre børn er der som helhed ikke tegn på, at symptomer på trivselsproblemer er blevet forværret over tid, mens billedet tegner sig anderledes blandt de unge: Mens symptombyrden i (udadreagerende) adfærdsproblemer ser ud til at være stabil blandt de unge, har symptombyrden i indadreagerende problemer været stigende, navnlig blandt unge piger. 5 af 8 enkeltstudier konstaterer således en stigning i internaliserede (indadreagerende) problemer, mens de øvrige 3 studier finder mere blandede resultater.

Den anden og lidt nyere forskningsoversigt, Temporal trends in adolescents' self-reported psychosomatic health complaints from 1980-2016: A systematic review and meta-analysis (Potrebny, Wiium & Lundegaard, 2017) fokuserer på udviklingen i selvrapporterede psykosomatiske symptomer blandt unge (10-19 år) ved at gennemgå og analysere 21 epidemiologiske studier, som dækker perioden 1982-2013. Mere end 7 mio. unge fra 36 lande i Europa, Nordamerika, Israel og New Zealand indgår i dette oversigtsstudie. Den beskrivende del af analysen viser, at 10 studier påviser en stigende trend i psykosomatiske symptomer, at 8 studier fremviser en stabil udviklingstendens, mens 3 studier viser, at der har været en nedgang i forekomsten af psykosomatiske symptomer. På dette grundlag har oversigtsartiklens forfattere gennemført en uddybende meta-analyse, som for det første indikerer, at

der generelt var en mindre vækst i psykosomatiske symptomer i perioden fra 1980-2000, mens trenden har været mere stabil i 2000'erne og 2010'erne. For det andet har forfatterne opdelt enkeltstudierne efter geografisk område. De opererer med seks multinationale subregioner. Resultaterne af denne delanalyse viser som helhed, at der kun er mindre variationer mellem de forskellige regioner. De nordeuropæiske lande skiller sig dog ud ved, at der i denne region har været en signifikant stigning i omfanget af selvrapporterede psykosomatiske symptomer i undersøgelsesperioden.

Et af de enkeltstudier, som indgår i Potrebny, Wiium og Lundegårds oversigtsstudie, og som har konstateret en vækst i omfanget af psykiske mistrivselssymptomer i Nordeuropa, er Ottava-Jordan et al. (2015), der med afsæt i HBSC's symptomtjekliste[11] har undersøgt udviklingen i 15-åriges klager over to eller flere ugentlige helbredsproblemer i perioden 1994-2010. Dette enkeltstudie omfatter over 237.000 unge i aldersgruppen, som hidrører fra 35 lande og er baseret på fem målinger over tid. Det pågældende studie tegner ikke et billede af, at alle lande følger en ensartet og entydig udviklingstendens. I nogle lande har mønstret været stabilt, i andre lande følger udviklingen et nedadgående eller u-formet mønster, mens udviklingen i atter andre lande går i retning af, at en stigende andel af de 15-årige rapporterer om mentale trivselsproblemer. Blandt de fem lande, hvor der har været en lineær stigning i omfanget af psykiske og psykosomatiske helbredsklager indgår foruden Belgien (den flamske region), fire nordiske lande: Danmark, Norge, Finland og Grønland. Kurven for Sverige antager et u-formet mønster, idet der først har været stigning og siden fald i rapporteringen af mentale helbredsproblemer.

En tredje forskningsoversigt, som primært omhandler forholdene i Nordeuropa (Bremberg, 2015[12]) har sammenlignet udviklingstendenser i unges psykiske mistrivsel i perioden 1983-2010 og inddrager Danmark, Norge, Sverige, Finland og Holland, dvs. fem ret homogene lande. Der indgår 14 enkeltstudier i forskningsoversigten. Foruden indikatorer fra HBSC's symptomtjekliste (fx om nedtrykthed, søvnvanskeligheder og hovedpine) (blandt 15-årige) fokuserer denne forskningsoversigt også på udviklingstendenser blandt ældre unge op til 24 år. Til dette brug inddrages forskellige panelstudiers fund om udviklingen i emotionelle problemstillinger i perioden efter 2000 samt registerbaseret statistik om udviklingstendenser i selvmordsrater og misbrugsrelaterede dødsfald (unge under 24 år). Undersøgelsen viser, at der frem til 2010 gennemgående kan konstateres et fald i selvmord og misbrugsrelaterede dødsfald blandt unge, men til gengæld en svag stigning i omfanget af emotionelle og psykosomatiske mistrivselssymptomer. Sverige adskiller sig dog fra de øvrige lande ved at have højere andele, der trives betydeligt dårligere.

3.9.2 Prævalens

Når man anlægger et internationalt komparativt perspektiv, er det ikke kun relevant at fokusere på udviklingstendenser, men også på, hvordan Danmark placerer sig i forhold til andre lande, dvs. om omfanget af unge i en given befolkning, der rapporterer om symptomer på mistrivsel, adskiller sig væsentligt fra de lande, man gerne sammenligner sig med. Til dette formål inddrager vi tre nyere komparative undersøgelser/opgørelser, som hidrører fra internationale organisationer:

Den første er WHO's HBSC-undersøgelse (Inchley et al., 2016), der senest blev gennemført i 2014 blandt 11-15-årige børn i 42 lande. Her fokuserer vi kun på de 15-årige, og som indikatorer på psykisk (mis)trivsel inddrages resultater om livstilfredshed og psykosomatiske symptomer:

Når man anskuer de 42 lande under ét, er det 83 pct. af de 15-årige, der rapporterer at have høj livstilsfredshed (drenge hyppigere end piger). Danmark rangerer på sjettepladsen med 82 pct. piger

[11] Unge spørges, om de har haft nogle af følgende symptomer inden for de sidste 6 måneder: hovedpine, mavepine, nedtrykthed, irritabilitet/dårligt humør; nervøsitet, søvnvanskeligheder, svimmelhed.
[12] Dette studie indgår ikke i de to ovenfor omtalte forskningsoversigter,

og 93 pct. drenge, som rapporterer, at de efter denne målestok er meget tilfredse med livet. Andre nordiske lande som Norge, Finland og Island befinder sig også i den høje ende (drenge: > 90 pct., piger: 85-90 pct.), mens svenske unge gennemsnitligt set befinder sig på et lavere niveau (75-80 pct.).

Også når det drejer sig om forekomst af flere ugentlige psykosomatiske symptomer rapporterer piger hyppigere end drenge om sådanne problemer. Landene er rangeret efter, hvem der har de højeste forekomster af psykosomatiske symptomer. Danmark indtager den fjerdesidste plads med Norge og Finland i hælene på sig. I disse lande er der med andre ord relativt få 15-årige, der klager over disse problemer. Sverige, derimod, hører til blandt den gruppering af lande, hvor flest rapporterer om at have flere ugentlige psykosomatiske symptomer.

UNICEF (2016) har på baggrund af selvsamme HBSC-datasæt beregnet, om der er relativ social ulighed i børn og unges helbredsproblemer. I denne beregning anskues de 11-15-årige børn under ét, og der indgår 35 lande i opgørelsen. Danmark placerer sig på en tredjeplads, når det drejer sig livstilfredshed og på en femteplads med hensyn til selvrapporterede helbredsproblemer. Danmark er dermed blandt de lande, hvor kløften mellem de godt og mindre godt stillede børn er mindst. Norge og Finland hører også i den bedre ende, mens Sverige placerer sig i midterfeltet.

Den ældste aldersgruppe, som deltager i HBSC-undersøgelsen, er 15 år. For at belyse, hvordan billedet tegner sig blandt de ældre unge, inddrager vi resultater fra en Eurostat-undersøgelse (Eurostat, 2015), der i 2013 indsamlede data om den selvrapporterede livskvalitet blandt europæiske borgere i 16-75+-alderen i 28 lande. Mens gennemsnitsscoren for livtilfredshed er 7,1 i den europæiske befolkning som sådan, scorer de adspurgte fra Danmark lidt højere (8,0) og har derved en bedre oplevet livskvalitet end gennemsnittet. Ser man isoleret på de unge i 16-24-årsalderen er den gennemsnitlige EU-score 7,1, mens unge danske gennemsnitligt scorer lidt højere: 8,1. Sammen med de øvrige nordiske lande placerer Danmark sig således i den bedre ende, både når man isoleret ser på de unge, og når man anskuer den voksne befolkning under et.

På grundlag af disse data tyder billedet på, at Danmark hører til blandt de lande, hvor omfanget af lav livstilfredshed og psykosomatiske symptomer er mindst udbredt blandt unge.

3.9.3 Opsamling

Samlet set efterlader gennemgangen af de komparative studier følgende tentative konklusion: Der kan siden 1980 iagttages en mindre stigning i omfanget af indadrettede problemer i flere lande, særligt blandt piger. Stigningen synes navnlig at kunne relateres til de nordeuropæiske lande. Inden for de nordiske lande har stigningen i symptomer været relativt beskeden i Danmark, Finland og Norge, men større i Sverige. Man savner generelt viden om udviklingstendenserne siden 2010. Selvom Danmark hører til blandt de lande, hvor der er konstateret en stigning i udviklingen af psykisk mistrivsel blandt unge, tyder flere undersøgelser samtidig på, at danske unge gennemsnitligt set har det bedre end unge i så mange andre lande.

Mange faktorer kan influere på unges mentale helbredsproblemer, og samtidig er det en vanskelig opgave at forklare, hvorfor der kan iagttages en stigning i symptombyrden (Collingshaw, 2015). Nogle forfattere har foreslået, at en del af stigningen kan bero på, at unge i dag er mere villige til at indrømme, at de trives dårligt (Bor, 2014). Andre spekulerer over, om det skyldes samfundsmæssige eller kulturelle forklaringer, fx øget individualisering, ændringer i medie- og forbrugerkulturen (Hamilton, 2008), øget konkurrence på arbejdsmarkedet, som fordrer, at unge til stadighed må dygtiggøre sig i uddannelsessystemet (Bremberg, 2014), eller sundhedssystemer, der er utilstrækkeligt indrettet til at støtte unge med mentale helbredsproblemer (Potrebny, Wiium & Lundegård, 2017). Denne type forklaringer, som henviser til makroniveauet, lader sig vanskeligt eftervise empirisk.

Variationer i mentale helbredsproblemer kan bedre forklares ud fra individuelle faktorer. Potrebny, Wiium og Lundegård (2017) fremhæver, at de vigtigste faktorer, som har klar sammenhæng med, om unge klager over psykosomatiske symptomer er: at være en pige, at være udsat for mobning, at ryge og opleve skolerelateret pres. Også svage sociale netværk, jævnaldrende socialisering og et stort forbrug af elektroniske medier har vist sig at være negativt forbundet med øgede psykosomatiske symptomer, sidstnævnte måske fordi den mere tid foran skærmen har ændret den måde, hvorpå unge forholder sig til fysisk aktivitet og samvær med jævnaldrende. Når piger rammes hårdere af mentale helbredsproblemer, kan det iflg. Potrebny, Wiium og Lundegård (2017) dels hænge sammen med, at piger i højere grad end drenge er prædisponerede herfor. Dels kan det skyldes, at et øget skolerelateret pres, tidligere pubertet og seksualisering og andre samfundsmæssige ændringer, som fx de sociale medier, i højere grad påvirker unge piger end drenge.

3.10 Konklusion

Gennemgangen har vist, at problemstillingen om unges psykiske mistrivsel hører til inden for et overordnet paradigme om mental sundhed og kan forstås som en række negative komponenter i den nedre ende af det mentale sundhedskontinuum, uden at man af den grund vil tale om psykisk sygdom. Mens integrerede instrumenter til måling af mental sundhed i den voksne befolkning er under udvikling eller allerede er blevet anvendt, har undersøgelser om mental sundhed/psykisk mistrivsel i den danske ungebefolkning hidtil anvendt enkeltstående indikatorer. Der forekommer at være konsensus om, hvilke indikatorer der er de relevante at inddrage, og der er også belæg for at antage, at der er et vist sammenfald mellem de forskellige symptomer på psykisk mistrivsel. Uden et samlet målingsinstrument er det imidlertid vanskeligt præcist at vurdere, hvor mange unge der er i psykisk mistrivsel. På grundlag af en ny undersøgelse fra 2017, som har identificeret grupperinger af svært belastede unge drenge og piger, må man dog anslå, at det som minimum er 9-10 pct. af de unge kvinder og 3-5 pct. af de unge mænd, som tilhører målgruppen ”unge i psykisk mistrivsel”, men der er derudover bredere grupperinger af unge, hvis mentale sundhed kan karakteriseres som jævn eller moderat. Set i et internationalt perspektiv hører Danmark sammen med andre nordiske lande til en af de regioner, hvor der kan konstateres en mindre stigning i omfanget af emotionelle og psykosomatiske symptomer blandt unge, men samtidig skal man være opmærksom på, at unge i Danmark gennemgående ser ud til at trives bedre end unge i så mange andre lande.

Med afsæt i analyser, der har sat fokus på grupperinger af unge med lav grad af mental sundhed hhv. depressive symptomer, har gennemgangen vist, at unge i psykisk mistrivsel hyppigere end andre unge har udfordringer på en række livsområder i hverdagen, og vi finder tegn på, at nogle af dem befinder sig i risikozonen for social marginalisering. Selvom en del af disse mest belastede unge oplyser, at de har haft en psykisk lidelse, er det ud fra de foreliggende data kun et mindretal, der har en klinisk diagnose, og som har fået medicinsk eller psykologisk behandling.

Det skorter gennemgående på undersøgelser, som kan udpege, hvilke omstændigheder der fungerer som risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykisk mistrivsel, men en nyere dansk analyse har sammen med andre undersøgelsesfund peget på, at ressourcer og belastninger i opvækstmiljøet synes at spille en rolle, ligesom erfaringer med forskellige former for overgreb gennem opvæksten har sammenhæng med, at de unge trives dårligt. Derudover er en række individuelle risikofaktorer fundet, herunder den unges køn og risikoadfærd i ungdomsårene.

Selvom der gennem de seneste år er publiceret flere undersøgelser, som har kastet lys på danske unges mentale sundhedstilstand, er forskningsfeltet stadigt relativt umodent. Der forekommer først og fremmest at være behov for mere raffinerede måleredskaber for mere præcist at kunne afgrænse målgruppen, som er i psykisk mistrivsel.

4 Eksempler på aktører og indsatser

4.1 Indledning

Formålet med dette kapitel er at give en overordnet skitse af den danske praksis over for projektets målgruppe. Vi giver en række eksempler på danske aktører og indsatser, der agerer i forhold til unge med psykiske mistrivselsproblemer (4.2). Derefter redegør vi med udgangspunkt i konklusionerne fra tre undersøgelser for unges egne perspektiver på, hvorfor de har det dårligt, og hvad de mener, der skal til for at hjælpe dem p (4.3).

4.2 Aktører og indsatser

Eksempler på centrale aktører

Centrale aktører skal forstås i bred forstand, nemlig dem, som på den ene eller anden måde medvirker til at sætte rammerne for den velfærdsstatslige praksis over for unge i psykisk mistrivsel. Det drejer sig om offentlige aktører på områderne social, sundhed, uddannelse og beskæftigelse, men også interesseorganisationer, vidensinstitutioner, NGO'er/private aktører og fonde/investorer.

Blandt offentlige aktører inden for socialområdet er fx Børne- og Socialministeriet, Socialstyrelsen samt kommunernes forskellige aktiviteter på området. På fritidsområdet har vi ungdomsskoler, klubber, væresteder og fritidsvejledere. Endelig kan nævnes SSP, mentorlignende funktioner i kommuner, socialpsykiatrien samt jobcentrene inden for arbejdsmarkedsområdet. På sundhedsområdet kan vi fremhæve følgende offentlige aktører: Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (BUP-DK) samt Psykinfo. På skoleområdet gælder det for eksempel lærere og pædagogiske medarbejdere på skoler, AKT og forskellige inklusionsmedarbejdere samt skolepsykologer og PPR. På uddannelsesområdet er der fx Studenterrådgivningen på de videregående uddannelser, Studenterpræster på universiteterne, Bogstøtten, Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU) og Forberedende Grunduddannelse (FGU). Kommunernes Landsforening og Danske Regioner går på tværs de forskellige offentlige sektorer.

Af foreninger er fx Angstforeningen, Bedre Psykiatri, OCD-foreningen, Depressionsforeningen, SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed, LMS – Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade.

Der eksisterer desuden en række NGO'er/non-profit organisationer på området, såsom Ungdomsbureauet, Komiteen for Sundhedsoplysning, Videnrådet for Forebyggelse samt internationale organisationer som WHO, Nordisk Velfærdscenter og Nordisk Ministerråd.

Der er desuden en række af videns- og forskningsinstitutioner, herunder for eksempel SIF (Statens Institut for Folkesundhed under Syddansk Universitet) og andre universiteter, VioSS (Videnscenter om Spiseforstyrrelse og Selvskade), CEFU (Center for Ungdomsforskning), Socialt Udviklingscenter SUS og VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Endelig er der en hel række af fonde/investorer, som har også har fokus på målgruppen.

Eksempler på forebyggende indsatser

Tabel 4.1 indeholder eksempler på indsatser, som kan karakteriseres som lavtærskelindsatser i Danmark. Indsatserne er ret forskelligartede, og hvor de fleste kan karakteriseres som universelle eller indikerende, har andre en mere behandlende eller rådgivende karakter og henvender sig direkte til unge, som har problemer.

Tabel 4.1 Eksempler på lavtærskelindsatser til unge i mistrivsel.

Navn på indsats	Målgruppe	Primær metode	Kendskab til dokumentation for effektivitet
ABC for mental sundhed er en indsats, der fokuserer på mental sundhed ved at bidrage med råd og links på en hjemmeside med det formål at styrke den mentale sundhed og trivsel	Alle	Oplysning via internethjemmeside med råd og links	Nej
Børnetelefonen	Børn	Telefon-, sms- og chatrådgivning	Nej
Cyberhus	Børn og unge mellem 9-23 år	Rådgivning via internet	Ja
Forberedende Grunduddannelse (FGU)	Unge under 25 år, der ikke har gennemført eller er i gang med en ungdomsuddannelse, og som heller ikke er i beskæftigelse	Ungdomsuddannelse	Nej
GirlsTalk	Unge piger mellem 12-24 år	Rådgivning via internet	Ja
Headmatters	Unge	Oplysning via internet-hjemmeside med råd og links	Nej
Headspace	Unge mellem 12-25 år	Rådgivning gennem chat eller personlig samtale	Nej
KISS	Borgere, som lider af spiseforstyrrelse eller selvskade	KISS er en forkortelse af "Kommunernes Indsats mod Spiseforstyrrelser og Selvskade" og er et kursus, der opkvalificerer ansatte i landets kommuner til bedre at kunne opspore og tage hånd om borgere, der lider af spiseforstyrrelse eller selvskade	Nej
Livslinjen	Alle	Rådgivning gennem dialog til forebyggelse af selvmord	Ja
Lær at tackle angst og depression	15-25-årige med symptomer på angst og/eller depression	Korte gruppeforløb for unge med symptomer på angst og depression, der giver redskaber til selvhjælp	Ja
Mindapps.dk	Alle	MindApps er dels en apptjekker, der sikrer, at apps angående psykisk helbred er høj kvalitet, dels et mødested for patienter/behandlere/forskere, der vil udveksle ideer til sikring af kvaliteten af forskellige apps	Nej
Mindhelper	Unge	Rådgivning, vidensdeling, personlig hjælp i brevkasse, vejledning til mere hjælp til at forebygge trivselsproblemer	Ja

Navn på indsats	Målgruppe	Primær metode	Kendskab til dokumentation for effektivitet
Mindtalk	Unge 13-17 år	Mindtalk er et redskab til at styrke eget og andres selvværd, hvorigennem børn skal udvikle et sprog, så de bedre kan udtrykke deres følelser og herved til at forebygge nye tilfælde af spiseforstyrrelser og selvskade	Nej
MindU	Konfirmander	Undervisningskoncept til præster, der er interesseret i at arbejde med psykisk sårbarhed og trivsel som en central del af konfirmandforberedelsen	Nej
Psykisk sårbar (Det Sociale Netværk)	Alle	En platform, hvor man kan skrive og dele sin historie, så andre kan få glæde af ens erfaringer, plus en lang række andre initiativer	Nej
Pædagogisk Psykologisk Rådgivning	Institutioner og skoler	Skolepsykologisk rådgivning af institutioner og skoler omkring 0-18-årige børn og unge med specialpædagogiske problemstillinger	Nej
Regionstrivsel	Unge på ungdomsuddannelser	Kursusforløb for undervisere, mentorer, studievejledere, ledere og øvrige medarbejdere, der har daglig kontakt med unge under uddannelse på ungdomsuddannelser, produktionsskoler som består af en vekselvirkning mellem oplæg og workshops – evt. med afsæt i cases. Formål er at understøtte trivsel i skolerne.	Ja
Skolesundhed	Børn i skolealderen	Skolesundhed.dk er et redskab, som understøtter kommunernes indsats for, at børn og unge trives godt	Nej
Startlinjen	Alle, men man skal helst være 18+	Rådgivning fra frivillige over 28 år	Ja
SU til unge med varige funktionsnedsættelser	Studerende på videregående uddannelser	Policy. Økonomisk støtte til personer med fysisk og psykiske funktionsnedsættelser	Nej
Tværs	Børn, unge og voksne med komplekse sociale og psykiske problematikker, som alvorlig kriminalitet, aktivt misbrug, seksuelt krænkende adfærd og svært udadreagerende adfærd, og som kan have behov for akut anbringelse	Socialpædagogisk behandlingstilbud med socialrådgivere, der giver telefonisk vejledning, pædagogisk assistance og hjælper ved akutanbringelse	Nej
Unge på vej (Det Sociale Netværks rejsehold)	Unge på ungdomsuddannelse eller videregående uddannelser	Peer-to-peer koncept, som er bygget op omkring og formidlet af de unges personlige erfaringer ved selv at være eller have været psykisk sårbar eller pårørende til en, der er psykisk sårbar	Nej
Ungekompasset	Psykisk sårbare børn og unge	Internetplatform med information	Nej
Ventilen	Unge mellem 15 og 25 år	Frivillig social organisation, der driver tilbud for ensomme unge og arbejder for at skabe viden og debat om ungdomsensomhed med 18 lokale foreninger	
VærDig	Unge 12-25 år	Rådgivning individuelt, i grupper eller som familiesamtaler varetaget af rådgivere og frivillige, der har indsigt i problematikken	Ja

Som det ses af eksemplerne, er der mange indsatser, som har en rådgivende karakter, herunder rådgivning via chat eller pr. telefon. Enkelte indsatser vedrører informationsdeling om psykisk mistrivsel. Få indsatser er decideret målrettet fagprofessionelle på skoler og uddannelsesinstitutioner, mens de fleste er målrettet børn og unge i mistrivsel. Bilag 3 giver en mere detaljeret beskrivelse af ovenstående indsatser.

4.3 Unges egne perspektiver på psykisk mistrivsel

I takt med en generelt øget opmærksomhed på unges mistrivselssymptomer er det relevant at lytte til de unges egne stemmer: Hvad peger de selv på som årsager til, at unge kan få det dårligt, og hvad skal der til, for at de får det bedre? Til at belyse disse spørgsmål har vi udvalgt tre undersøgelser, som berører forskellige udsnit af unge.

Det første bidrag, *Unges bud på bedre trivsel*, er blevet til i samarbejde mellem Ungdomsbureauet (Salomonsen & Nielsen, 2016) og Region Syddanmark. Den er udarbejdet på baggrund af 20 workshops og en række fokusgruppeinterview med et bredt udsnit af elever fra forskellige ungdomsuddannelser. Formålet var at indkredse, hvad unge selv udpeger som de mest presserende årsager til mistrivsel, og i forlængelse heraf, hvilke forslag de har til forebyggelse af problemerne.

De to mest dominerende problematikker, som disse unge fremhævede, var ”forventningspres” og ”tidspres”. Præstationsangst, forestillingen om det perfekte liv, uopnåelige skønhedsidealer og CV-pleje er elementer, som relaterer sig til forventnings- og tidspresset. De unges løsningsforslag går bl.a. på, at de selv skal blive bedre til at prioritere deres tid, og at der bør skabes en mere hensigtsmæssig uddannelsesstruktur, så det oplevede tidspres bliver mere udjævnet. Endvidere burde der iværksættes kampagner, som problematiserer idealerne om ”det perfekte liv”.

De unge nævner imidlertid også andre udfordringer, fx karakterpres, fremtidsplanlægning og de mange valg, gruppepres, utryghed/ensomhed og sociale medier, økonomi, manglen på lærepladser, optagelseskrav, vold samt dårlig støtte til og forståelse for psykisk sygdom. Sidstnævnte er en problematik, der især bliver nævnt af unge fra produktions- og erhvervsskolerne. Disse unge beretter om begrænsede muligheder for hjælp, om en manglende opmærksomhed på de unge, som har det svært, samt om, at psykisk sygdom er tabubelagt. Disse unge efterlyser bl.a. også øget opmærksomhed på emnet, en fælles indsats mellem unge og voksne for at skabe et bedre sammenhold mellem de unge, samt bedre mulighed for at få hjælp og rådgivning fra flere professionelle.

Forskningsrapporten, *Når det er svært at være ung* (Nielsen et al., 2011), er et andet bidrag, hvori de unges egne stemmer optræder. Her har man interviewet 33 15-34-årige, der befandt sig i en trivselsmæssig gråzone, dvs. at de havde problemer, hvis omfang og intensitet forekom bekymringsvækkende, men uden at hele deres liv var domineret af mistrivsel. Disse unge kæmpede med varierende problemstillinger (fx cutting, ensomhed, problemer med kropsopfattelsen), men det var et tværgående træk, at mange havde høje forventninger om at lykkes, og at de fokuserede på perfektion. De oplevede det at skulle skabe deres egen tilværelse som et tyngende ansvar, der fremkaldte en udpræget frygt for at falde igennem, forspilde sine chancer og mislykkes som menneske. De betragtede deres mistrivsel som forårsaget af egne egenskaber og karaktertræk og havde således det kritiske blik rettet mod sig selv; også i de tilfælde, hvor fx oplevede ensomhedsproblemer var et resultat af årelang mobning og udstødelse af klassekammeraterne. Flere af de unge, der oplevede at have fået hjælp til at mestre deres problemer, fortalte, at de havde fået den gennem et nært venskab med en jævnaldrende, hvor de turde være sig selv, eller via en støttende voksen, der kunne ”se” dem.

Et tredje bidrag, *The Best Place for Children and Youth* (2018), hidrører fra Nordens Velfærdscenter, som gennem de senere år har fokuseret på den stigende tendens i mentale helbredsproblemer blandt unge i de nordiske lande. For at nærme sig løsninger på, hvordan man bedst kan forebygge disse vanskeligheder, blev der afholdt dialogmøder mellem eksperter, praktikere og psykisk sårbare unge i alle de nordiske lande i 2017. Her drøftede man, hvordan man bedst kan sætte ind med tidlige indsatser. Resultaterne fra møderne er dokumenteret i en film (Nordens Velfærdscenter, 2018). Nogle gennemgående forslag, som blev fremhævet af de unge, var bl.a.:

- Mange udsatte unge har negative erfaringer med det sociale system, og hvordan de behandles der. De efterlyste at blive mødt med en mere inkluderende og positiv tilgang.
- Unge, som havde oplevet at blive hjulpet, pegede på, at mødet og samtaler med en voksen eller ung voksen ("næsten jævnaldrende"), som kunne udvise tillid og støtte dem, var en central faktor.
- Skolen skal have fokus på at styrke de unges selvværd og mentale helbred, ligesom lærere og andre professioner, som møder børn og unge, skal rustes til at spotte børn og unge, der trives dårligt.
- De unge efterlyste videre et behov for lettilgængelige støtteforanstaltninger for dem, der føler sig utilpasse, men ikke er syge nok til at blive indrulleret i sundhedssystemet. For nogle er det nok at kunne kontakte engagerede voksne eller unge voksne, som har tid til at lytte; mens andre har brug for mere langsigtet støtte med fx en psykolog eller rådgiver.

Som beskrevet repræsenterer disse bidrag udsagn fra et spektrum, der strækker sig fra "almindelige" unge over en "gråzone" til en gruppering, som i sværere grad er tynget af mistrivselsproblemer. I den tunge ende efterlyses der i højere grad lettilgængelige professionelle indsatser. Men ellers er det påfaldende, at de unge på langs af dette spektrum peger på, at hjælpen kan ligge i de nære venskabsrelationer eller hos støttende voksne.

4.4 Konklusion

I dette kapitel har vi givet en række eksempler på udvalgte aktører på området for unge i psykisk mistrivsel. Eksemplerne illustrerer, at målgruppen er et opmærksomhedsområde for en række aktører, der befinder sig i forskellige sektorer og på forskellige niveauer i det danske samfund. Vi har ud fra internetsøgninger mv. identificeret en række eksisterende forebyggende indsatser i Danmark, som ligger uden for det kommunale regi, og som har fokus på målgruppen. Vi har vist eksempler på sådanne indsatser: Nogle foregår i offentligt regi, andre er forankret i frivillighedsområdet eller ser ud til at være konstrueret som partnerskaber mellem aktører fra forskellige sektorer. De indsatser, vi har identificeret, har ganske forskellig karakter, men en del synes at koncentrere sig om oplysning eller rådgivning direkte til unge, bl.a. via internetbaserede platforme.

Ud fra det kendskab vi har erhvervet om unges egne perspektiver på psykisk mistrivsel på baggrund af udredninger mv., tegner der sig et samlet billede af, at unge med mistrivselsproblemer er en differentieret målgruppe, som kan være belastet i forskellige grader. Flere kilder peger på, at de svært belastede unge efterlyser mere lettilgængelige professionelle indsatser. Samtidig har vi også hæftet os ved, at nogle unge selv peger på, at der kan være hjælp at hente i nære relationer til jævnaldrende og hos voksne, der lytter og er i stand til at "se" dem.

5 Virksomme forebyggende indsatser – en systematisk litteraturkortlægning

I dette kapitel præsenteres resultaterne af den systematiske litteraturkortlægning af virksomme forebyggende indsatser og metoder målrettet til unge i alderen 16-30 år, som er påvirket af psykisk mistrivsel.

Kapitlet indledes med en karakteristik af tilgangen til forebyggelse i de indsatser, der beskrives i de inkluderede studier (afsnit 5.1). I afsnit 5.2 præsenteres en samlet oversigt over de inkluderede studier. Herefter følger en overordnet karakteristik af de forskellige indsatstyper, der beskrives i de inkluderede studier, og vi diskuterer karakteren af den dokumentation og viden om effekt, som studierne bidrager med (afsnit 5.3). Alder og symptomer for de målgrupper, som de inkluderede indsatser er rettet imod, beskrives i afsnit 5.4. Endelig indeholder afsnit 5.5-5.10 en præsentationen af studiernes resultater grupperet efter de målgrupper/symptomer, som de studerede indsatser retter sig imod.

Den systematiske litteratursøgning er foretaget i en række databaser og hjemmesider på baggrund af på forhånd opstillede in- og eksklusionskriterier. Søgningen resulterede i 2.861 potentielt relevante studier, som vi har gennemgået og vurderet. Ved litteraturkortlægning er i alt 17 relevante og tilfredsstillende studier identificeret. Se eventuelt afsnit 2.3 for en detaljeret beskrivelse af den metodiske tilgang til litteraturkortlægningen.

5.1 Forebyggelsestyper

De indsatser, som vi i denne undersøgelse er interesseret i, kaldes undertiden for ”primær forebyggende interventioner”.[13] Det er en udbredt betegnelse for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, som har til formål at styrke menneskers mentale sundhed. Gordon (1983) differentierer mellem:

- *Universel forebyggelse:* som er interventioner, der i princippet er målrettet alle i en given population, for eksempel skoleelever, unge generelt eller lokalsamfundet, og hvor målet er at forebygge eller forsinke, at en given sygdom eller et givent problem opstår.
- *Selektiv forebyggelse:* som er interventioner, der fokuserer mere snævert på risikopopulationer eller grupper af individer, hvor sygdom eller symptomer er mere udbredt end gennemsnitlig. Det er fx tilfældet, når man ved, at der er epidemiologisk dokumentation for, at en bestemt gruppe, som har visse karakteristika, er i særlig høj risiko for at forværre symptomer eller udvikle egentlig mental sygdom. Disse undergrupper kan identificeres på deres karakteristika, som fx kontekstuelle risikofaktorer, som familiens historie, økonomisk status mv.
- *Indikerende forebyggelse:* på dette niveau involveres en screening eller opsporingsproces, som målrettes individer, der udviser tidlige tegn på en bestemt sygdom. Identifikationsmarkører er ofte kendte risikofaktorer for sygdommen, for eksempel kan adfærdsforstyrrede unge være i risiko for at udvikle angstrelaterede sygdomme.

Blandt de 17 inkluderede studier er der både eksempler på universelt forebyggende indsatser, selektivt forebyggende indsatser og indsatser, hvor der arbejdes med indikerende forebyggelse. Flest af de inkluderede indsatser er selektivt forebyggende, en del er universelt forebyggende, mens en

[13] I litteraturen anvendes ofte betegnelsen ”interventioner”, som overordnet betegnelse for strategier, modeller, programmer, metoder eller guidelines, som har bestemte formål. Dette forskningsreview inkluderer som udgangspunkt alle tre typer af ovenstående typer af interventioner, som vi benævner indsatser.

enkelt indsats arbejder med indikerende forebyggelse. Se endvidere afsnit 5.3, hvor hvert studies forebyggelsestype er markeret i Tabel 5.1.

5.2 Oversigt over inkluderede studier

Tabel 5.1 præsenterer en oversigt over de i alt 17 identificerede studier i alfabetisk rækkefølge. For hvert studie er forfatter, studiets titel, årstal for udgivelse, land, som den undersøgte indsats er foretaget i, målgruppens problemstillinger, indsatsens navn, indsatsens centrale elementer, type og studiedesign angivet.

Det har, jf. undersøgelsens projektbeskrivelse, været et opdrag at inkludere oplysninger om de økonomiske omkostninger ved at implementere og drive metoderne. De 17 inkluderede studier indeholder imidlertid ikke oplysninger herom, som kan afrapporteres i oversigten.

Tabel 5.1 Oversigt over inkluderede studier.

Nr.	Forfatter	Titel	År	Land	Målgruppe/primær symptomer	Indsatsens navn	Indsatsens centrale elementer	Type (universel, selektiv, indikerende	Studiedesign
1	Carter et al.	The Effect of Exercise on Depressive Symptoms in Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis	2016	Flere lande	Forebyggelse af depression hos børn og unge	Inkluderer flere indsatser	Træning og fysisk aktivitet	Universel og selektiv	Meta-analyse af 11 RCT-studier
2	Das et al.	Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews	2016	Flere lande	Indsatser vedrørende unges mentale sundhed	Inkluderer flere indsatser. Navne ikke angivet i review	Skolebaserede indsatser, indsatser forankret i lokalsamfundet, indsatser på digitale platforme og individuelle/familiebaserede indsatser	Universel og selektiv	Meta-review af 38 systematiske review
3	Freund & Lous	The effect of preventive consultations on young adults with psychosocial problems: a randomized trial	2012	DK	Personer med multible psykosociale- og livsstilsproblematikker	Præventive konsultationer hos praktiserende læge	Præventive konsultationer hos praktiserende læge med inspiration fra Motivational Interviewing	Indikerende	RCT
4	Hetrick et. al.	Cognitive behavioural therapy (CBT). Thisd-wave CBY amd interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents (Review)	2016	Flere lande	Forebyggelse af depression hos børn og unge	Inkluderer flere indsatser.	Psykologiske interventioner som kognitiv adfærdsterapi (CBT) interpersoel terapi (IPT) og "tredje-bølge" kognitiv adfærdsterapi, der arbejder med tankeprocesser frem for tankeindhold	Universel og selektiv	Meta-review af 83 RCT-studier
5	Kauer et al.[14]	Self-monitoring Using Mobile Phones in the Early Stages of Adolescent Depression: Randomized Controlled Trial	2012	Australien	Depression	Mobile Tracking of Young People's Experiences	Selvovervågning via mobilapplikation til den unges brug i relation til egen læge	Selektiv	RCT
6	Merry et al.	Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents (Review)	2011	Flere lande	Forebyggelse af depression hos børn og unge	Inkluderer flere indsatser.	Psykologiske og uddannelses indsatser De fleste indsatser indeholdt komponenter fra kognitiv adfærdsterapi. Nogle indsatser havde fokus på self-efficacy, stress-reduktion, traumer og optimisme. Mange indsatser er skolebaserede, mens nogle var digitale eller forankret i den primære sundhedssektor. Mange af indsatserne var gruppebaserede.	Universel	Meta-review af 53 RCT-studier
7	Moreno-Peral, Conejo-Cerón & Rubio-Valera	Effectiveness of Psychological and/or Educational Interventions in the Prevention of Anxiety. A systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression	2017	Flere lande	Forebyggelse af angst blandt alle aldersgrupper	Inkluderer flere indsatser	Psykologiske indsatser og psykoedukation	Universel	Meta-analyse af 29 RCT-studier

[14] Litteratursøgningen fandt Reid et al. (2012). *Using a mobile phone application in youth mental health – an evaluation study*, som evaluerede mobilapplikationen, som skal understøtte lægen i arbejdet med unge i psykisk mistrivsel. Vi fandt dog, at det RCT-studie, som handlede om effekten af applikationen på unges mentale trivsel, var afrapporteret i Kauer et al. (2012). Derfor inddrog denne publikation nogle af de samme forfattere i stedet.

Nr.	Forfatter	Titel	År	Land	Målgruppe/primær symptomer	Indsatsens navn	Indsatsens centrale elementer	Type (universel, selektiv, indikerende	Studiedesign
8	Munthe Kaas et al.	Effekt av psykosociale tiltak for ferebyggning og behandling av depresjon og angst blant risikoutsatte barn og ungdommer	2014	Flere lande	Depression og Angst	Inkluderer flere indsatser. Navne ikke angivet i review	Psykosociale indsatser for børn og unge i risiko for depression og angst og børn og unge med tydelige symptomer på depression og angst.	Selektiv	Review af systematiske oversigter
9	Norell-Clarke et al	Group cognitive behavioural therapy for insomnia: effects on sleep and depressive symptomology in a sample with comorbidity	2015	Sverige	Søvnløshed, depression	Kognitiv adfærdsterapi vedrørende søvnløshed	Gruppebaseret indsats med kognitiv adfærdsterapi	Selektiv	RCT
10	Ougrin et al.	Practioner Review: Self-harm in adolescents	2012	Flere lande	Selvskadende adfærd	Inkluderer flere indsatser	Flere indsatser med bl.a. følgende elementer: Problemløsningsindsats designet med det formål at øge de unges engagement, kognitiv adfærdsterapi, familieterapi, gruppebaseret psykoterapi med elementer af kognitiv adfærds-terapi, dialektisk adfærdsterapi og problemløsning og psykodynamisk gruppeterapi, individuel kognitiv analytisk terapi, familieterapi, terapeutisk vurdering for selvskade, gruppebaseret træning i følelsesmæssig regulering.	Selektiv	Review af 14 RCT studier
11	Rapp-Paglicci, Stewart & Rowe	Improving Outcomes for at-risk Youth: Findings from the Prodigy Cultural Arts Program	2012	USA	Mental sundhed	Prodigy Cultural Arts Program	Positive Youth Development Model, som har fokus på opbygning af bl.a. resiliens. Kulturel kunst benyttes her som en form for medium til at opbygge pro-sociale færdigheder hos de unge	Selektiv	Kvasi-eksperimentel, før-efter
12	Roussouw & Fonagy	Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial	2012	UK	Selvskadende adfærd	Mentaliseringsbaseret behandling (MBT-A)	Mentaliseringsbaseret behandling	Selektiv	RCT
13	Shandley et al.	An Evaluation of "Reach Out Central": An Online Gaming Program for Supporting the Mental Health of Young People	2010	Australien	Mental sundhed	Reach Out Central (ROC)	Et online spil unge funderet i kognitive adfærds principper	Universel	Kvasi-eksperimentelt, survey-baseret før-efter
14	Stice et al.	Dissonance and Healthy Weight Eating Disorder Prevention Programs: Long-Term Effects from a Randomized Efficacy Trial.	2008	USA	Spiseforstyrrelsessymptomer og BMI	Healthy Weight 2	Gruppesessioner over fire uger med 6-10 deltagere i en gruppe. Indsatsen bliver faciliteret af studerende med klinisk baggrund	Selektiv	RCT
15	Van Voorhees et al.	Integrative Internet-based depression prevention for adolescents: A randomized clinical trial in primary care for vulnerability and protective factors	2008	USA	Depression	CATCH-IT (Competent Adulthood Transition with Cognitive-behavioral and Interpersonal Training	Baseret på kognitiv adfærdsmæssig psykoterapi, teknikker fra interpersonel psykoterapi og et begreb om samfundsmæssig resiliens. Motiverende komponen ter 1) motiverende komponent MI (Motivational Interviewing), 2) BA (Brief Advise)	Selektiv	RCT

Nr.	Forfatter	Titel	År	Land	Målgruppe/primær symptomer	Indsatsens navn	Indsatsens centrale elementer	Type (universel, selektiv, indikerende	Studiedesign
16	Wasserman et al.	School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial	2015	Flere europæiske lande	Selvmordsforsøg	Youth Aware of Mental Health Programme (YAM)	Klassebaseret indsats. Rollespilsessioner med interaktive workshops, bog, plakater, som ophænges i klasselokalerne samt to interaktive lektioner a 1 time om mental sundhed.	Universel	RCT
17	Werner-Seidler et al.	School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis	2016	Flere lande	Depression og angst	Inkluderer flere indsatser	Flere indsatser med bl.a. følgende elementer: Psykologiske indsatser og psykoedukation, individuelle og gruppebaserede indsatser, kognitiv adfærdsterapi, mindfulness baseret kognitiv adfærdsterapi	Universel og selektiv	Meta-analyse af 81 RCT-studier

5.3 Indsatstyper

De inkluderede studier præsenterer eksempler på en bred palet af forskelligartede indsatser for målgruppen af unge, som er påvirket af psykisk mistrivsel. Indsatserne varierer for så vidt angår organiseringen af indsatsen, den organisatoriske arena, indsatsen er forankret i samt de centrale elementer, der indgår i indsatserne.

Organisering og organisatorisk arena

Blandt indsatserne er der både individuelle og gruppebaserede indsatser. Indsatserne er forankret i en række forskellige arenaer, og der er blandt de inkluderede studier eksempler på:

- Skolebaserede indsatser
- Indsatser forankret i lokalsamfundet
- Indsatser forankret på digitale platforme
- Indsatser forankret hos egen praktiserende læge eller andet sundhedsfagligt personale.

Nogle indsatser finder sted på en kombination af disse arenaer.

Centrale elementer

De indsatser, der indgår i de 17 inkluderede studier, består i flere tilfælde af mere end ét element. Det kan fx være en indsats, der består af både en samtalerække og supplerende opfølgende indsatser, eller en indsats, der består af terapi og psykoedukation. Studierne af indsatser med flere elementer er ikke designet med henblik på at identificere, om effekter for målgruppen skyldes ét enkelt af elementerne eller kombinationen af elementer. Selvom indsatserne er robust dokumenteret, kan det således ikke i alle tilfælde entydigt afgøres, hvilket af de elementer, der indgår i indsatsen, som er kerneelementer.[15] På den baggrund anvender vi i stedet begrebet ”centrale elementer” om de elementer, der har vist sig at producere de identificerede outcomes.

Alle inkluderede indsatser er psykosociale frem for farmaceutiske. Dog afprøves nogle af de psykosociale indsatser i kombination med farmaceutisk behandling, mens andre ikke kombineres.

På tværs af studierne ser vi, at individuelle og gruppebaserede samtaler indgår i en række af indsatserne. Disse trækker på principper fra forskellige terapeutiske tilgange samt på Motivational Interviewing. I flere indsatser anvendes principper fra kognitiv adfærdsterapi. Se nedenstående boks for en kortfattet beskrivelse af tilgangene.

[15] Jensen et al. (2018) beskriver kerneelementer som de elementer, der har vist sig at være virkningsfulde, og som er dokumenteret i et eller flere studier med et robust design. Betegnelsen *kerneelementer* dækker således over indsatser (bestående af én enkelt komponent), der har vist sig at producere et positivt outcome på baggrund af resultaterne af et forskningsmæssigt robust design (jævnfør Socialstyrelsens Vidensdeklaration effektviden klassificering A). *Formodede kerneelementer* refererer til indsatser (bestående af én enkelt komponent), som formodes at tilvejebringe et ønsket outcome, men hvor dokumentationen baserer sig på et mindre robust design (jævnfør Socialstyrelsens Vidensdeklaration effektviden klassificering C-B). Endelig dækker betegnelsen *ikke testede kerneelementer* over dele af sociale indsatser, som omtales som virksomme i et eller flere af de identificerede studier, men hvor delelementets virkning endnu ikke er testet som selvstændig komponent (Jensen et al., 2018).

Kognitiv adfærdsterapi, Motivational Interviewing

Kognitiv adfærdsterapi:

På Socialstyrelsens Vidensportal beskrives kognitiv adfærdsterapi for børn og unge bl.a. således:

"Udgangspunktet for den kognitive tilgang er, at menneskers væren i verden er styret af kognitive processer. Der lægges vægt på sammenhængen mellem den enkeltes tanker, antagelser, følelser, kropslige reaktioner og handlinger i forskellige situationer (Leth & Esbjørn, 2012; Stallard, 2007). Kognitiv adfærdsterapi (KAT) er baseret på denne model. KAT kan ses som en samlebetegnelse, som bruges til at beskrive en række forskellige interventioner, der dog ofte deler en række fælles centrale træk. Generelt kan man sige, at der i alle former for KAT fokuseres på forholdet mellem:

- kognitioner (hvad vi tænker)
- følelser (hvordan vi føler)
- adfærd (hvad vi gør).

I KAT forstås psykiske problemstillinger som noget, der afviger fra det normale i den kognitive bearbejdning – og som indebærer kognitive forvrængninger eller mangler. Det påvirker følelser og adfærd. Formålet med KAT er at "rette" og omstrukturere uhensigtsmæssige negative tanker og antagelser, så følelser og adfærd faktisk afspejler og passer til situationen. Derudover er formålet at øge evnen til at løse problemer (Leth & Esbjørn, 2012; Stallard, 2007)." (https://vidensportal.dk/temaer/Born-med-angst/kognitiv-adfaerdsterapi-og-angst).

Motivational Interviewing

På Socialstyrelsens Vidensportal beskrives Motivational Interviewing (MI) bl.a. med disse ord:

"MI er en samarbejdsbaseret rådgivningsstil, der sigter mod at styrke borgerens egen motivation til at foretage forandringer. Det er grundtanken i MI, at man bogstaveligt talt kan overtale sig selv til forandring. Derfor lægges der i MI særlig vægt på at fremkalde forandringsudsagn fra borgeren, dvs. at få borgeren til at fortælle om den forandring, vedkommende ønsker – frem for at det er rådgiveren, der fortæller, hvad borgeren bør gøre.

Rådgiveren skal via MI etablere et partnerskab med borgeren. Det indebærer, at rådgiveren skal udvise oprigtig medfølelse med borgeren og acceptere borgeren, som vedkommende er, og derved fremkalde motivation snarere end forsøge at tilføre motivation til borgeren".
(https://vidensportal.dk/voksne/psykiske-vanskeligheder-og-samtidigt-misbrug/indsatser/motivational-interviewing-mi)

Endvidere er følgende elementer repræsenteret i de inkluderede indsatser: Aktiviteter målrettet styrkelse af de unges evne til:

- Problemløsning
- Samarbejde
- Mestring af mental belastning
- Følelsesmæssig regulering
- Fysisk træning.

Hertil kommer psykoedukation som læring om psykiske mistrivselsproblemer, fx "mental health literacy" og viden om selvmord.

Det er et inklusionskriterium for de inkluderede studier, at der er dokumenteret positive effekter eller virkninger af de undersøgte indsatser. På tværs af de identificerede studier afrapporteres derfor positive effekter/virkninger.

I flere af studierne beskrives imidlertid metodiske begrænsninger, som det er væsentligt at have sig for øje ved tolkning af studiernes resultater. Det drejer sig dels om designmæssige begrænsninger for studiernes udsigelseskraft dels om, at der for nogle studier indgår relativt få borgere i de undersøgte indsatser.

Det er endvidere et centralt opmærksomhedspunkt, at mens alle studier lever op til denne undersøgelses inklusionskriterier, så stilles der varierede krav til dokumentationsniveauet i de inkluderede studier. Der er i forlængelse heraf varierende evidens for de afrapporterede positive effekter/virkninger. Mens der for nogen af de inkluderede meta-reviews er en målsætning om, at indsatsers effekt dokumenteres gennem blindende RCT studier med anvendelse af placebo til kontrol, så arbejder andre inkluderede studier med før- og eftermålinger, der ikke er randomiserede og forholder sig ikke til spørgsmål om, hvorvidt indsatserne er blindede, og om det ville være en fordel at anvende placebo til en kontrolgruppe. De enkelte studiers design fremgår af ovenstående og afsnit 5.5-5.10.

På tværs af studierne peges på, at der er et behov for yderligere dokumentation af effekter af indsatser for målgruppen, hvis der skal kunne drages mere entydige konklusioner.

5.4 Målgrupper

Vi finder på tværs af de inkluderede studier forskellige aldersmæssige målgruppeafgrænsninger for indsatserne. Gennemgangen af de fremfundne studier tegner et mønster af, at en række indsatser udvikles og afprøves enten til børn og unge i aldersgruppen op til 18 år eller til voksne over 18 år. Relativt færre indsatser er udelukkende målrettet aldersgruppen 16-30 år, som vi interesserer os for i denne undersøgelse.

Vi har ved udvælgelsen af studier prioriteret, at denne undersøgelses målgruppe aldersmæssigt skulle være velrepræsenteret i de inkluderede studier. I en række af studierne er indsatser afprøvet på en bred aldersgruppe, hvor den aldersgruppe, som vi i denne undersøgelse interesserer os for, kun udgør en mindre delmængde. I disse tilfælde har vi haft som tommelfingereregel, at mindst ca. 10 af de personer, der har indgået i afprøvningen af indsatsen, skulle falde inden for vores aldersmæssige inklusionskriterier. Det er imidlertid i flere af studierne ikke transparent, hvor mange deltagere i de respektive inkluderede aldersgrupper der har deltaget i den afrapporterede afprøvning af indsatsen.

Det er således dels et væsentligt opmærksomhedspunkt, at en række indsatser enten er udviklet til børn og unge under 18 år eller til personer over 18 år. I forlængelse heraf er der for nogle af de inkluderede studier et metodisk forbehold i relation til anvendelse af indsatser, at de er udviklet til en delvist anden aldersgruppe end til målgruppen i alderen 16-30 år.

Som beskrevet i afsnit **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.** har vi i denne undersøgelse fokus på forebyggende indsatser vedrørende:

- Tegn eller begyndende symptomer på emotionelle lidelser, herunder angst, OCD eller depression
- Psykiske symptomer (fx trist, irritabel, dårligt humør, ængstelig, nervøs, uro, lavt selvværd)
- Psykosomatiske symptomer
- Selvskadende adfærd
- Ensomhed
- Selvmordsovervejelser
- Oplevet stress
- Tegn på lettere spiseforstyrrelser
- Søvnproblemer.

Hovedparten af disse symptomer er adresseret i de 17 inkluderede studier. Mens nogle af de inkluderede indsatser har et bredere fokus på mental sundhed og/eller flere forskellige symptomer på

psykisk mistrivsel, har andre studier fokus på ét primært symptom. En række af studierne har endvidere fokus på sekundære outcomes, der kan vedrøre yderligere symptomtyper.

Der er i de 17 inkluderede studier et primært fokus på et eller flere af nedenstående indadreagerende symptomer på psykisk mistrivsel:

- Mental sundhed
- Selvskadende adfærd
- Selvmordsforsøg/selvmordstanker
- Spiseforstyrrelser
- Depression og angst
- Søvnløshed.

For så vidt angår symptomet "mental sundhed" defineres det i et studie som "helbredsrelateret livskvalitet" (Freund & Lous, 2012) og i et andet som overlappende med denne undersøgelses afgrænsning af symptomer på indadreagerende adfærd (Das et al., 2016).

Vi har ikke fundet enkeltstudier af indsatser med det primære formål at forebygge disse symptomer:

- Ensomhed
- Oplevet stress
- Psykosomatiske symptomer
- Enkeltstående psykiske symptomer (fx trist, irritabel, dårligt humør, ængstelig, nervøs, uro, lavt selvværd)[16]

En del af de inkluderede studier adresserer imidlertid indsatsernes virkning i relation til disse – og andre – symptomer, som i studierne undersøges som sekundære outcomes. De sekundære outcomes, der indgår i de 17 inkluderede studier, inkluderer både flere indadreagerende symptomer på psykisk mistrivsel og andre typer af outcomes. De sekundære outcomes er oplistet i denne boks:

Sekundære outcomes i de inkluderede studier

- Adfærdsforstyrrelse[17]
- Akademiske outcomes
- Angst
- Borderline personlighedsforstyrrelse
- Depression
- Emotionel selvbevidsthed
- Fysisk helbred
- Generel social funktion og velbefindende
- Livstilfredshed
- Mental belastning
- Mestringsstrategier
- Misbrug
- Relationer til jævnaldrende, herunder venskaber
- Resiliens
- Risikoadfærd
- Selvmordsforsøg/selvmordstanker
- Selvopfattelse
- Selvværd

[16] Disse symptomer kan ofte være tegn på angst og depression.
[17] Eng.: behavioural dysregulation.

- Sociale kompetencer
- Spiseforstyrrelser
- Udadreagerende adfærd.

Tabel 5.2 viser en oversigt over de primære symptomer/målgrupper, som hvert af de identificerede studier vedrører. Det fremgår af tabellen, at der blandt de identificerede studier er en relativt stor andel studier, der undersøger bredere indsatser målrettet unges mentale sundhed i bred forstand samt indsatser målrettet symptomer på depression og angst.

Tabel 5.2 Oversigt over primære symptomer/målgrupper i de identificerede studier.

Målgruppe	Studie nr., jf. afsnit 2.3
Mental sundhed i bred forstand	2, 3, 11, 13
Depression og angst	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8,15, 17
Selvmordsforsøg/selvmordstanker	2, 16
Selvskade	10,12
Spiseforstyrrelser	14
Søvnløshed	9

Der er altså tale om studier, som har et helt centralt og eksplicit fokus på indadrettede symptomer på psykisk mistrivsel.

Nedenfor følger en beskrivelse af hvert af de 17 identificerede studier. Præsentationen af studierne er struktureret sådan, at studierne er grupperet efter de primære symptomer/målgrupper, som de studerede indsatser retter sig imod. Fund fra de inkluderede reviews, der ser på tværs af flere studier, præsenteres indledningsvist i de respektive underafsnit, hvorefter vi beskriver resultater og konklusioner af individuelle indsatser samt indsatsernes indhold og symptomer/målgruppe, studiedesign, formål, måleredskaber samt forskningsspørgsmål.

Studierne i afsnit 5.6 om mental sundhed i bred forstand har i sagens natur et lidt bredere fokus end de øvrige, og de symptomer, som der dokumenteres, er typisk sammensat af flere forskellige symptomer/målgruppe.

5.5 Mental sundhed i bred forstand

3 af de inkluderede studier afrapporterer indsatser, der har et bredere sigte på mental sundhed. Det drejer sig for det første om en indsats med præventive konsultationer hos egen praktiserende læge, for det andet om en indsats med et online computer spil, som er designet til at støtte unge menneskers mentale sundhed, og for det tredje om en indsats, hvor kultur og kunst benyttes som en form for medium til at opbygge pro-sociale færdigheder hos de unge. De tre studier præsenteres her.

5.5.1 Indsats med præventive konsultationer hos praktiserende læge for personer med multible psykosociale og livsstilsproblematikker

Freund og Lous (2012) undersøger effekterne af at indføre præventive konsultationer hos egen praktiserende læge. De præventive konsultationer trækker på elementer fra bl.a. tilgangen Motivational Interviewing (MI). Indsatsen rettes mod de problemer, som patienten prioriterer, i forbindelse med at han/hun udfylder et spørgeskema, og dermed ikke mod på forhånd definerede problematikker.

Indsats

Indsatsen består at en 1-times patientcentreret individuel konsultation med egen praktiserende læge og en 20-minutters opfølgende konsultation. Konsultationerne gennemføres med inspiration fra tilgangen Motivational Interviewing.

Målgruppe

20-44-årige personer med multible psykosociale og livsstilsproblematikker. Målgruppen identificeres på baggrund af besvarelse af et spørgeskema om ressourcer, netværk, livsstil og sociale forhold.

Studiets design og formål

Formålet med studiet er at undersøge effekterne af præventive konsultationer hos egen praktiserende læge.

Studiet har et RCT-design og er gennemført i Danmark. Deltagere i studiet blev udvalgt blandt patienter, der var til konsultation hos egen praktiserende læge på særlige dage i en halvandens års periode. Udvælgelsen skete på baggrund af besvarelser af et udvælgelses-spørgeskema. Patienter med vanskeligheder med at forstå dansk, alvorlige psykiatriske problematikker eller alvorlig sygdom blev ekskluderet. De 30 pct. af respondenterne, der angav flest problematikker i udvælgelsesspørgeskemaet, blev inviteret til at udfylde et mere detaljeret baseline-spørgeskema, der blev anvendt som afsæt for en præventiv konsultation hos egen praktiserende læge samt en opfølgende konsultation efter 3 måneder.

Ud af 2.056 patienter, der udfyldte udvælgelses-spørgeskemaet, udfyldte 495 patienter baseline-spørgeskemaet. Af de 495 patienter blev 240 udtrukket til indsatsen og 255 til kontrolgruppe. Både indsats- og kontrolgruppe blev et år efter indsatsen bedt om at udfylde et SF12-spørgeskema, der afdækker selvvurderet helbred. Der afrapporteres ift. spørgeskemaets Mental Component Score (MCS) og Physical Component Score (PCS). Sekundære outcome mål var: deltagelse i forebyggende konsultationer, evne til at sætte mål, selvvurderet helbred, antal problemstillinger og livsstil.

Indsatsgruppen modtog en 1-times patientcentreret konsultation med egen praktiserende læge og en 20-minutters opfølgende konsultation. Kontrolgruppen modtog ikke de to konsultationer

Resultater og konklusioner

Studiet viser, at en gruppe af 20-44 årige patienter med multible problemer oplevede en signifikant positiv effekt af indsatsen på deres mentale helbred. Studiet finder en positiv udvikling for både indsats- og kontrolgruppe målt med MCS-SF12 et år efter indsatsen. Indsatsgruppens forbedring var dobbelt så stor som kontrolgruppens. Der blev ikke målt ændringer for grupperne med PSC-SF12. For så vidt angår de sekundære outcomemål, var resultaterne for indsatsgruppen mere positive end for kontrolgruppen.

Det konkluderes, at indsatsen har effekt for gruppen af patienter med flest problemer, og at den psykologiske forbedring, der kan opnås, kan være nøglen til, at patienterne udvikler større grad af selvtillid og kontrol og udvikler en sundere livsstil

5.5.2 Reach Out Central – et online spil til unge

Shandley et al. (2010) evaluerer indsatsen Reach Out Central (ROC). ROC er et online computerspil, der er designet til at støtte unge menneskers mentale sundhed.

Indsats

ROC er en tidlig forebyggede indsats, som har til formål at støtte den unge i at udvikle praktiske mestringsredskaber til brug i hverdagen til at håndtere belastninger, som på sigt kan medføre udvikling af mentale helbredsproblemer. ROC er funderet i kognitive adfærdsprincipper. Via rollespil deltager den unge i scenarier fra det virkelige liv. De unge støttes i at tænke løsningsorienteret på fælles problemstillinger samt i at konsolidere de opnåede kompetencer og anvende dem off-line. ROC spilles i "real-time", dvs. når deltageren logger ud, tager spillet tid på, hvor mange dage der går, samtidig med at dele af spillet fortsætter, begivenheder indtræffer, og andres humør forandres.

Målgruppe

Målgruppen for indsatsen er unge mellem 16-25 år.

Studiets design og formål

Studiets formål er at undersøge, hvorvidt ROC styrker centrale beskyttende faktorer i forhold til udvikling af mental sygdom.

Der fokuseres på følgende primære outcome: brug af alkohol, brug af mestringsstrategier, mental belastning, resiliens og livstilfredshed. Der bliver endvidere målt på følgende sekundære outcome-mål: ændringer i deltagernes sundhedsforståelse, villighed til at søge hjælp, tilfredshed med indsatsen, omfanget af brugen af spillet, symptomer på mental sygdom og oplevelse af stigmatisering. Indsatsen blev afprøvet af unge mellem 18-25 år og fandt sted i Melbourne, Australien.

Studiet har den hypotese, at de unge, som konsekvens af at spille ROC, vil forbedre sig på en række mentale sundhedsfaktorer og får en mere positiv indstilling til indsatsen.

Designet for studiet er kvasi-eksperimentelt. Der anvendes survey-baseret før- og efterdata og data fra en 2-måneders opfølgning. Måleredskaberne var: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Coping Strategy Indicator-Short Form (CSI-SF), Kessler Psychological Distress Scale (K10), Resilience Scale-Short Form (RS), Satisfaction With Life-Scales (SWLS) samt spørgsmål om "mental health literacy" (viden om og forståelser af psykisk lidelse og søgen efter viden om mental sundhed og behandling), stigma og søgen efter hjælp og tilfredshed ved at have deltaget.

395 ud af 595 personer blev ekskluderet, da de var uden for inklusionskriterierne. Antal deltagere i evalueringen var 266 personer, heraf gennemførte 154 deltagere en survey umiddelbart efter deltagelsen i programmet, mens 100 deltagere gennemførte den opfølgnings-survey, som lå 2 måneder efter afslutningen.

Studiet tager visse metodiske forbehold for evalueringen, dels fordi de benytter en "open trial" metodologi, hvor rekrutteringen foregik via diverse opslag, dels pga. et lavt antal mandlige deltagere i undersøgelsen. Ifølge forfatterne kan man bl.a. af disse grunde ikke entydigt afgøre, om forbedringer hos deltagerne skyldtes, at de havde spillet ROC, eller om andre forhold gjorde sig gældende.

Resultater og konklusion

Studiet finder, at der generelt var fremskridt for piger på alle outcome faktorer og peger på, at det ser ud til, at ROC fungerer som en beskyttende faktor i forebyggelsen af mental sygdom målt ved alkoholforbrug, brug af mestringsstrategier, psykisk lidelse, resiliens og livstilfredshed. Begge køn forbedrede deres forståelser af psykisk lidelse og søgen efter viden om mental sundhed og behandling ("mental health literacy"). Endelig fandt studiet forværrende, dog ikke-signifikante, effekter for mænd, som søgte mindre støtte, udviste tilbagetrækning og mindskede deres resiliens.

5.5.3 Indsats med kunst og kultur målrettet unge i risiko mellem 8-18 år

Rapp-Paglicci, Stewart og Rowe (2012) har gennemført et studie af indsatsen Prodigy Cultural Arts Program, der beskrives som en samfundsbaseret, tidlig forebyggende indsats målrettet unge i risiko. Indsatsen er både baseret på en kombination af en evidens-baseret komponent om kompetenceudvikling af de unges sociale problemløsningsfærdigheder og det samfundsbaserede Cultural Arts Program, der ikke er nyt som indsats, men som i forhold til målgruppen er relativ ny og her viser lovende resultater. Cultural Arts Program benyttes som medium til at opbygge pro-sociale færdigheder hos de unge. Indsatsen blev afprøvet i USA.

Studiet bemærker, at de fleste unge, som kommer ind i det ungdomsretlige system i USA, har mentale sundhedsproblemer. Det vil altså sige, at unge, som begår kriminalitet, som oftest også har symptomer på angst og depression, hvilket skaber udfordringer for den unge og for ungdomsretssystemet. Denne gruppe af unge har ofte også vanskeligt ved at regulere deres adfærd og/eller er impulsive, hvilket kan bane vejen for langvarige problemer i relation til humør, sociale relationer, beslutningstagen og vredeshåndtering. Tesen i studiet er, at denne gruppe unge nødvendigvis må gennemgå mere sammensatte indsatser.

Indsats

Indsatsen er baseret på en model kaldet Positive Youth Development Model (Edwards, Mumford & Serra-Roland, 2007), som fokuserer på opbygning af resiliens, på at fremme positiv udvikling i mental sundhed og på at nedtone uhensigtsmæssig adfærd (både udad- og indadrettet). Indsatser, som reflekterer denne model, giver muligheder for pro-social involvering, opbygning af kompetencer, facilitering af støttende relationer, skabelse af velegnet struktur for den unge og styrkelse af pro-sociale normer.

Programmet kombinerer en tilgang, hvor de unge får mulighed for at deltage i klasser, hvor der er fokus på individets kompetencer i kombination med kultur og kunst, fx visuel kunst, optræden, musical, medier og teaterkunst. Tre forskellige typer færdigheder indgår i programmet: 1) sociale færdigheder, 2) vredeshåndtering og 3) problemløsningsfærdigheder.

Målgruppe

Indsatsens målgruppe er unge mellem 10-18 år og retter sig både mod unge retsligt dømte og unge, ikke-gerningsmænd, som er i risiko for at blive det.

Studiets design og formål

Studiet har et kvasi-eksperimentelt design med før- og eftermåling af deltagernes psykiske helbredssymptomer. I alt begyndte 184 deltagere i programmet mellem 2007-08, heraf gennemførte 140 personer, som der derfor var både før- og efterdata på. Kønsfordelingen var 53 pct. drenge og 47 pct. piger, og deltagerne var 8-18 år. Gennemsnitsalderen var 16 år. 67 pct. af deltagerne i samplet var mellem 13-17 år. 77 pct. af de unge havde fået en dom af det statslige ungdomsretssystem i USA.

Der blev målt med fire forskelige redskaber: 1) Child Behaviour Checklist (CBCL), 2) Youth Self-Report (YSR), 3) Behaviour Dysregulation Scale (BDS) og Familiy Assessment Device (FAD) (Rapp-Paglicci, Stewart & Rowe, 2012: s. 516-7).

Studiet indeholder følgende tre forskningsspørgsmål, som oversat til dansk lyder:

a) Medfører deltagelse i programmet mindskelse af mentale helbredssymptomer og adfærdsmæssig dysregulering?

b) Er der signifikante demografiske karakteristika relateret til mentale helbredssymptomer ved enten før- eller eftertest?
c) Er der nogen relation mellem eftertest af det mentale helbredsniveau og resultater vedrørende adfærd og selvrapporteret boglig præstation?

Resultater og konklusion

Studiet beretter om lovende resultater af at deltage i indsatsen i form af reducerede mentale helbredssymptomer og adfærdsvanskeligheder, forbedring af de unges akademiske præstationer og relationer til familien.

Det fremhæves, at studiets største begrænsning er det kvasi-eksperimentelle design, som gør det umuligt endeligt at afgøre, hvorvidt reduktionen af mentale helbredssymptomer er en konsekvens af deltagelsen.

5.6 Forebyggelse af symptomer på depression og angst

9 af de inkluderede studier behandler indsatser, som er målrettet mod symptomer på depression og angst. Det drejer sig om 7 meta-review og 2 studier af konkrete indsatser. Fundene præsenteres her.

Et af de identificerede meta-review undersøger indsatser til forebyggelse af angst hos personer i alderen 0-65 år i en række forskellige lande[18] (Moreno-Peral, Conejo-Cerón & Rubio-Valera, 2017). I studiet inkluderes 29 RCT-studier, hvoraf 25 undersøger indsatser baseret på kognitiv adfærdsterapi, og 4 studier undersøger hhv. indsatser baseret på psykoedukation og andre typer af terapi.

Studiet konkluderer, at psykologiske indsatser og/eller psykoedukation har små, men statistisk signifikante positive effekter for de populationer, der indgik i de undersøgte studier.

Et andet af de inkluderede meta-review undersøger litteratur om indsatser om unges mentale sundhed (Das et al., 2016).[19] I studiet inkluderes 38 systematiske reviews af forskellige typer af indsatser til fremme af unges mentale sundhed. Målgruppen for inkluderede studier er som udgangspunkt afgrænset til 11-19-årige, men da mange enkeltstudier er målrettet til unge i alderen 15-24 år, er der gjort undtagelser, således at disse studier er inkluderet.

De indsatser, der indgår i reviewet inddeles i tre kategorier:

1. Skolebaserede indsatser
2. Indsatser forankret i lokalsamfundet
3. Indsatser på digitale platforme og individuelle/familiebaserede indsatser.

Der indgår flere studier af indsatser, der har outcome relateret til depression og angst. Studiet konkluderer på baggrund af de 12 inkluderede reviews af skolebaserede indsatser, at målrettede gruppebaserede indsatser og kognitiv adfærdsterapi er effektive indsatser til reduktion af depressive symptomer. De gruppebaserede indsatser er bl.a. skolebaserede sundhedsindsatser, indsatser, hvor eleverne understøttes i samarbejde, tur-tagning, problemløsning mv. Studiet inkluderer også 8

[18] I dette review indgår således enkelte studier fra geografiske kontekster, der ikke falder inden for denne undersøgelses geografiske afgrænsning

[19] Studiet er gennemført som et systematisk review af systematiske review af interventioner, der skal forebygge og afhjælpe problematikker vedrørende unges mentale helbred. Litteratur udgivet frem til 2015 er inkluderet i studiet. Der har ikke været fastsat eksklusions- eller inklusionskriterier vedr. de geografiske kontekster, studierne er gennemført i. Kvaliteten af de inkluderede studier er vurderet systematisk

reviews af indsatser på digitale platforme. Det drejer sig bl.a. om digitale indsatser baseret på kognitiv adfærdsterapi. Det konkluderes, at indsatser på digitale platforme vedrørende angst og depression tegner lovende, men der peges på, at der er behov for yderligere studier af, hvilke forhold der bedst understøtter denne type indsatser (Das et al., 2016).

Endelig inkluderer studiet 12 reviews af individuelle og familiebaserede indsatser. Blandt disse viser træningsindsatser effekt i forhold til selvværd og reduktion af depressive symptomer, men ikke i relation til angst. Der vises endvidere effekter af psykoterapi sammenlignet med antidepressiv medicin i forhold til depressive symptomer (Das et al., 2016).

Et tredje meta-review undersøger effekterne af 81 skolebaserede indsatser til forebyggelse af angst (Werner-Seidler et al., 2016). Indsatserne er målrettet børn og unge i alderen 5-19 år. Indsatserne består bl.a. af psykologiske indsatser og psykoedukation, individuelle og gruppebaserede indsatser, kognitiv adfærdsterapi og mindfulness baseret kognitiv adfærdsterapi. Dette studie konkluderer på linje med studiet af Das et al., at skolebaserede forebyggende indsatser har en mindre positiv effekt i relation til symptomer på depression og angst. Det konkluderes endvidere, at selektive depressionsforebyggende indsatser havde større effekt end universelle indsatser. For indsatser målrettet forebyggelse af angst findes ikke forskel på effekterne af universelle hhv. målrettede indsatser.

Forfatterne peger på, at der er behov for mere viden om de langvarige effekter af indsatserne, dvs. viden om effekter, der rækker ud over 12 måneder. Hovedparten af de inkluderede studier har ikke undersøgt effekter, der ligger ud over 12 måneder.

I et fjerde meta-review undersøger forfatterne, om psykologiske eller uddannelsesmæssige indsatser er effektive til forebyggelse af depression hos børn og unge (Merry et al., 2011)[20]. Målgruppen for de studier, der inkluderes i meta-reviewet, er børn og unge i alderen 5 til 19 år. Studierne vedrører børn og unge i aldersgruppen, der ikke på undersøgelsestidspunktet opfyldte kriterierne for depression, eller som lå under den kliniske standard på validerede depressionsskalaer.[21]

Psykologiske indsatser defineres som indsatser, der adresserer psykosociale processer, mens uddannelsesmæssige indsatser er indsatser, der giver læring om depression, årsager til depression og generel viden om livsstilsfaktorer, der har betydning for depression. Nogle indsatser indeholder både psykologiske og uddannelsesmæssige elementer.

De forebyggende indsatser, der indgår i de 53 inkluderede studier, er forskelligartede både i relation til målgruppe, indsatsens komponenter og fokus for indsatsen. De fleste indsatser indeholdt komponenter fra kognitiv adfærdsterapi. Nogle indsatser havde fokus på self-efficacy, stress-reduktion, traumer og optimisme. Mange indsatser er skolebaserede, mens nogle var digitale eller forankret i den primære sundhedssektor. Mange af indsatserne var gruppebaserede.

16 studier med i alt 3.240 deltagere rapporterede, at den afprøvede indsats havde positive resultater i form af en reduktion af depressive symptomer for deltagere, der havde været en del af indsats-

[20] Studiet har til formål at undersøge, om psykologiske eller uddannelsesmæssige indsatser er effektive til forebyggelse af depression hos børn og unge. De fleste studier, som involverede deltagernes etnicitet, var angivet som europæisk, amerikansk, australsk, og New Zealandsk. Der var også studier, hvor deltagernes etnicitet blev opgivet som afrikansk-amerikanere, latino eller amerikanere, som stammer fra folk fra Spanien, Portugal, eller spansk- eller portugisisk-talende lande i Latinamerika, asiatisk, asiatisk, amerikansk, oprindelige amerikanere, hollandsk, maori, pacific islands, kinesisk eller "andet". En række studier indeholder ikke angivelse af deltagernes etnicitet. Studiet undersøger både universelle indsatser og målrettede indsatser for unge i risiko for at udvikle depressive symptomer. Indsatsernes effekter er målt med anerkendte standardiserede diagnostiske redskaber som fx DSM-VI-TR og ICD-10.
Inkluderede studier er fundet via en systematisk litteratursøgning i The Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Review Group Register.

[21] I meta-reviewet inkluderes 53 RCT-studier af psykologiske eller uddannelsesmæssige indsatser for børn og unge. De 53 studier inkluderer i alt 14.406 deltagere.

gruppen, sammenlignet med deltagere, der havde været en del af kontrolgruppen. Der var signifikante forskelle på, om effekterne kunne måles 3, 9, 12, 24 og 36 måneder efter indsatsen. Endvidere henleder forfatterne opmærksomheden på, at der ikke var evidens for virkning i de få studier, der sammenlignede effekter af en intervention med placebo eller opmærksomhedskontrol.

Studiets forfattere konkluderer, at der er nogen evidens for, at både målrettede og universelle forebyggende indsatser kan forebygge depression. Der peges imidlertid også på, at der i nogle af de undersøgte studier ikke blev arbejdet med blindede indsatser. Der peges endvidere på, at der er behov for yderligere forskning på området.

Et femte review undersøger systematiske studier af psykosociale indsatser for børn og unge i risiko for depression og angst og børn og unge med tydelige symptomer på depression og angst (Munthe-Kaas et al., 2014).[22] Studiet inkluderer systematiske studier af psykosociale tiltag, der har til formål at forebygge angst eller depression blandt børn og unge. Psykosociale indsatser defineres som indsatser, hvor den centrale dynamik i behandlingen af patienten omfatter en form for psykologisk proces.

På linje med studiet af Merry et al. (2011) konkluderer Munthe-Kaas et al., at der mangler et solidt vidensgrundlag i relation til de forebyggende indsatser vedrørende depression og angst. Studiet konkluderer, at:

- Det er usikkert, om psykosociale indsatser har effekt, når de bruges forebyggende, idet der mangler et solidt vidensgrundlag.
- Kognitiv adfærdsterapi for børn med angstdiagnoser giver færre symptomer på angst, depression og post-traumatisk stress. Dokumentationen er af moderat kvalitet.
- Kognitiv adfærdsterapi reducerer muligvis alvorsgraden af symptomer på alvorlige tvangslidelser. Dokumentationen er af lav kvalitet.
- Kognitiv adfærdsterapi i kombination med antidepressive midler sammenlignet med antidepressive alene har muligvis ingen eller lille effekt på funktionsniveau, depressive symptomer og selvmordstanker hos børn med depression. Børn med tvangslidelser bliver muligvis noget bedre. Dokumentationen er af lav kvalitet
- Psykologiske/pædagogiske indsatser giver muligvis færre symptomer på depression 3-9 måneder efter behandling sammenlignet med ingen behandling. Indsatserne har muligvis ikke effekt sammenlignet med placebo. Dokumentationen er af lav kvalitet.

I et sjette review undersøger Hetrick et al. (2016) i et review af 83 RCT-studier, om terapeutiske indsatser kan forebygge depression hos børn og unge i alderen 5-19 år. Studierne vedrører børn og unge i aldersgruppen, der ikke på undersøgelsestidspunktet opfyldte kriterierne for depression, eller som lå under den kliniske standard på validerede depressionsskalaer. Studiet er et opfølgende studie ift. studiet af Merry et al., (2011). I dette studie af Hetrick et al. undersøges indsatser baseret på principper fra kognitiv adfærdsterapi og interpersonel terapi (IPT), da denne type indsatser i studiet af Merry et al., (2011) blev identificerede som lovende.

Af de 83 inkluderede indsatser var 29 universelle, mens 53 var målrettet udvalgte målgrupper. 67 af de inkluderede RCT-studier var skolebaserede, heraf 8 på colleges eller universiteter. 4 var forankret i kliniske rammer, 3 i lokalsamfundet og 4 indsatser var forankret i forskellige arenaer.

[22] Der er gennemført en systematisk litteratursøgning efter oversigter af høj kvalitet, som undersøgte effekter af forebyggende indsatser rettet mod børn og unge med risiko for at få depression eller angst og/eller behandlingsindsatser rettet mod børn og unge med forhøjede symptomer på depression eller angst, eller som har fået en depressions- eller angstdiagnose.
De identificerede studiers kvalitet er blevet vurderet af to forskere. Oversigter med moderat eller lav kvalitet er blevet ekskluderet. I alt 78 studier er vurderet relevante, heraf er 9 systematiske studier af høj kvalitet inkluderet i afrapporteringen.

For 32 af de inkluderede studier findes det, at risikoen for at have en *diagnose vedrørende depression* var mindre for de deltagere, der havde modtaget en indsats, end for kontrolgruppen 12 måneder efter indsatsen. De underliggende studier vurdereres af Hetrick et al. til at være af moderat kvalitet. For 70 af de inkluderede studier findes det, at risikoen for at have *depressive symptomer* 3-12 måneder efter indsatsen var mindre for de deltagere, der havde modtaget en indsats end for kontrolgruppen. Effekten findes dog ikke ved opfølgning efter 12 måneder. De underliggende studier vurdereres til at være af moderat kvalitet af Hetrick et al.

Studierne af universelle indsatser viser ikke effekt ift. forekomsten af depressionsdiagnoser, men en lille effekt ift. reduktion af depressive symptomer. For specifikke indsatser var der effekter både i relation til reduktion af depressionsdiagnoser og depressive symptomer.

Forfatterne konkluderer samlet set, at studiet viser små positive effekter i relation til forebyggelse af depression målt både som depressionsdiagnoser og depressive symptomer. Det pointeres dog, at evidensen af studierne er af moderat til lav kvalitet målt med GRADE framework, og at resultaterne er varierende. Forfatterne konkluderer på den baggrund, at der fortsat ikke er tilstrækkelig evidens til at understøtte implementering af depressionsforebyggende indsatser (Hetrick et al., 2016).

Endelig undersøger Carter et al. (2016) effekterne af fysisk træning i relation til depressive symptomer hos unge i alderen 13-17 år i et review af 11 RCT-studier. De underliggende studier sammenligner indsats med fysisk træning med ”treatment as usual” eller andre typer af indsatser.

Indsatserne i de 11 underliggende studier består af forskellige former for fysisk træning, fx løb, vægtløftning, aerobic, fitness, cykling, danseterapi, yoga mv. Træningsform og dosis af den fysiske træning varierer studierne imellem.

Carter et al. konkluderer på baggrund af studiet, at fysisk træning har positiv effekt i forhold til depressive symptomer hos målgruppen. Der peges imidlertid også på metodiske svagheder i de inkluderede studier, og at der således er behov for yderligere metodisk stærke studier af denne type indsatser.

5.6.1 To internetbaserede interventioner til forebyggelse af depression i dem primære sundhedssektor

Van Voorhees et al. (2008) har udviklet og undersøgt to versioner af en internetbaseret intervention til at forebygge depression.

Indsats

Studiet undersøger to variationer af indsatsen. Indsatsen blev afprøvet i USA. Kernekomponenten i begge variationer er et internetbaseret program. De to indsatser indeholder hver en af to forskellige motiverende komponenter.

I den første type indsats (version 1) er den motiverende komponent MI (Motivational Interviewing), der anvendes som tilgang til adfærdsforandring. I den anden type (version 2) benyttes BA (Brief Advise).

Det vil sige, at version 1 er: Internet komponent + MI, og version 2 er: Internet komponent + BA. BA og MI adskiller sig bl.a. fra hinanden med hensyn til varighed (5-15 minutters interview i MI vs. 1-2 minutters interview i BA), men også i forhold til krav til underviserkompetencer og omkostninger.

Den internetbaserede komponent har navnet CATCH-IT (Competent Adulthood Transition with Cognitive-behavioral and Interpersonal Training). CATCH-IT indeholder 14 moduler og er ifølge studiet baseret på kognitiv adfærdsmæssig psykoterapi, teknikker fra interpersonel psykoterapi og et begreb om samfundsmæssig resiliens. Indsatsen CATCH-IT skal lære unge, hvordan de kan styrke

en adfærd, der mindsker sårbarheden for psykisk sygdom, og fremme en adfærd, som beskytter mod depression.

Undervisningen varetages af uddannede læger, som har gennemgået nogle kursusprogrammer via egentlig undervisning og videooptagelser. I version 1 hjælper lægen den unge med at identificere et personligt rationale for at gennemføre indsatsen og facilitere den unges udvikling med støtte og motivation. Den unge modtager også tre motiverende telefonopkald. I version 2 fortæller lægen den unge, at denne bør klikke sig ind på websiden for at forbedre sin nedtrykthed. Det unge får også at vide, at der vil blive fulgt op med et opfølgningsbesøg og interview 4-6 uger senere.

Målgruppe

Unge i risiko for at udvikle egentlig depression, og som har mere end et enkelt kernesymptom på depression.

Studiets design og formål

Designet er RCT. Rekrutteringen af de unge foregik ved hjælp af et screeningsinstrument, hvor lægen interviewede de unge. Deltagerne var mellem 14 og 21 år. I alt 84 unge blev tilfældigt knyttet til enten version 1 (Internet + MI) eller version 2 (Internet + BA). Før- og efterændringer blev dokumenteret, og der blev målt på beskyttende faktorer, såsom motivation, symptomer på psykisk sygdom, affektregulering, kognition og self-efficacy, familiefaktorer, netværk og skole. Der var opfølgningsdata for 91 pct., og 86 pct. gennemførte studiets survey efter afslutning.

Det primære formål med studiet var at afgøre, hvilken af de to indsatser der som primær sundhedstilgang er mest effektiv i forhold til at reducere sårbarhed i forbindelse med alvorlig depression. Studiet arbejder med følgende tre hypoteser:

1. MI styrker villigheden til at forebygge depression, mens BA ikke gør det
2. MI vil være mere effektiv i kombination med internetkomponenten til at reducere nedtrykthed
3. MI vil give større før- og efterændringer end BA i forhold til sårbarhed og beskyttende faktorer (fx social støtte og automatiske negative tanker).

Graden af motivation blev målt vha. standardiserede spørgsmål (Miller & Rollnick, 2002), mens symptomer på andre psykiske sygdomme blev målt direkte med ja/nej spørgsmål. I forhold til humør og affektregulering blev anvendt CES-D (Center for Epidemologic Studies Depression). Både i forhold til kognition og for spørgsmål om self-efficacy anvendtes spørgsmål fra National Longitudinal Study of Adolescent Health (Van Voorhess et al., 2008: s. 187-88).

Resultater og konklusion

Studiet finder, at det ser ud til, at lægen ved begge indsatser spiller en vigtig rolle i forebyggelse af depression blandt unge. Det ser også ud til, at begge indsatser kan reducere antallet af unge, som senere diagnosticeres og evt. medicineres. Det påpeges, at lægens valgmuligheder, for så vidt angår mildt til moderat deprimerede unge, i dag begrænses af forbehold over for at medicinere unge og af få henvisningsmuligheder. Resultaterne viser, at en forebyggende selv-rettet og motiverende indsats hos lægen i den primære sundhedssektor kan være en fremtidig og konstruktiv model.

Studiet finder, at begge indsatser viser betydelige ændringer både på individniveau og på peer-/skoleniveau fra før til efter. Begge indsatser resulterer i mindre grad af nedtrykthed, mere social støtte fra netværk og en reduktion i depressionsrelateret funktionsnedsættelse i skolen.

I forhold til de tre hypoteser var der således en signifikant stigning i motivationen til at forebygge depression i MI-indsatsen, hvilket understøttede hypotese 1.

Nedtrykthed og humørsvingninger aftog i begge indsatser, hvilket ikke understøttede hypotese 2.

Endvidere kunne dokumenteres en stigning i social støtte fra netværket og et fald i oplevet funktionsnedsættelse i skolen relateret til depression for begge grupper, hvilket ikke understøttede hypotese 3.

Den største styrke, bemærker forfatterne, er bl.a., at interventionen er relativt let at implementere i praksis, at den kan varetages af læger, samt at den har en høj deltagelsesgrad. Den største begrænsning ved studiet finder forfatterne, er det lave antal efter-observationer i forhold til sårbarhedsfaktorer.

5.6.2 Indsats med mobilapplikation til unges selv-monitorering i tidligere stadier af depression blandt unge

Kauer et al. (2012) undersøger resultater af at indføre en mobilapplikation[23] på de unges mobiltelefon, som ”first-step-care” i indsatsen for at støtte unge med milde depressive symptomer. Informationer om humør, stress og hverdagsaktiviteter modtager egen læge løbende. Indsatsen blev afprøvet i en australsk kontekst fra 2009-2011. Studiet er, ifølge forfatterne, det første RCT-studie af et selvmonitoreringsredskab til unge med depressive symptomer. I det følgende indgår også en anden publikation. Forfatterne har også udgivet en artikel, som afrapporterer resultaterne i forhold til lægens brug og udbytte af applikationen, og denne berøres også kort nedenfor (Reid et al., 2012).

Indsats

Mobilapplikationen ”overvåger” den unges psykiske belastning, coping strategier og daglige aktiviteter flere gange dagligt samt deres spise-, sove-, bevægelses-/træningsmønstre og alkohol- og cannabisbrug en gang dagligt. Informationen uploades til lægen i et oversigtligt rapporteringsformat. Selv-monitoreringsteknikken skal bidrage til at understøtte den unges forståelse af egne mentale sundhedssymptomer ved at øge hans eller hendes følelsesmæssige selvbevidsthed samt hensigtsmæssigt understøtte lægens håndtering af den unges mentale sundhedsproblemer.

Målgruppe

Unge mellem 14-24 år med milde eller mere alvorlige følelsesmæssige eller mentale sundhedsproblematikker blev rekrutteret via praktiserende læge. Unge med alvorlig psykiatrisk eller medicinsk tilstand, som afholdt dem fra at kunne forholde sig til et informeret samtykke eller til studieprotokollen (fx ved psykose), blev ekskluderet.

Studiets design og formål

Studiet har et RCT-design. Ud af i alt 163 deltagere, og 118 tilfældigt allokeret, blev i alt 114 inkluderet i analysen, hvoraf 68 var i interventionsgruppen og 46 i kontrolgruppen. Hverken APL, deltagere og forskere kendte til gruppens allokering ved randomiseringen. Interventionsgruppen blev monitoreret for humør, stress og daglige aktiviteter, mens kontrolgruppen kun blev målt på deres daglige aktiviteter.

Studiets primære outcome vedrører depressive symptomer. Kauer et al. (2012) fremsætter to hypoteser: 1) Mennesker, som monitorerer deres humør, stress og copingstrategier, øger deres emotionelle selv-bevidsthed (Emotional self-awarenes (ESA)) fra før-intervention til 6-ugers

[23] Som forfatterne udviklet og testede under navnet Mobile Tracking of Young People’s Experiences.

opfølgning sammenlignet med en kontrolgruppe, 2) En stigning i ESA forudsiger et fald i depressive symptomer (Depression Anxiety Stress Scale (DASS)).

Resultater og konklusion

Studiet finder, at brugen af mobilapplikationen effektivt kan reducere depression via ESA-mekanismer (Kauer et al., 2012: s. 13). På en DASS sub-skala med point fra 0-42 estimeres effekten af interventionen at have en lineær reduktion af depressive symptomer på 0,688 pr. uge[24]. Hypotese 2 understøttes, idet der blev identificeret en stor effekt af indsatsen på depressive symptomer.

Studiet af Kauer et al. (2012) viser, at applikationen effektivt kan benyttes til at opdage tidligere tegn på mentale sundhedsproblemer, såsom en stigning i negativt humør, stress og årsager til stress og andre risiko- og beskyttelsesfaktorer.

Mobilapplikationen skal indgå som klinisk assistance for lægens forståelse af patienten, i journalen og i forhold til lægens beslutninger om behandlings- og henvisning til behandling (Reid et al., 2012).[25] Studiet viser, at applikationen kan understøtte lægens håndtering af den unges mentale sundhedsproblemer, at det øger lægens forståelse af patienten, af patientens aktuelle funktionsniveau, mentale og fysiske sundhedsmæssige problemer, og at det hjalp lægen med diagnoser, kommunikation, medicinering, understøttede beslutninger vedrørende medicinering og henvisninger og hjalp i diagnosticeringen (Reid et al., 2012). Analysen viser ingen forskelle i læge-patient rapporten eller i vejen til behandling (care). Det konkluderes, at applikationen har en masse at tilbyde egen læge i den ofte vanskelige og tidskrævende opgave med at undersøge og håndtere unges mentale sundhedsproblemer i primærsektoren, og at den er billig, let og hurtig at benytte.

5.7 Forebyggelse af selvskade

2 af de inkluderede studier vedrører indsatser til forebyggelse af selvskade i målgruppen. Det ene studie er et meta-review, mens det andet studie undersøger effekter af én konkret indsats. Konklusionerne præsenteres her.

I et af de inkluderede meta-reviews undersøger forfatterne effekterne af farmaceutisk behandling samt sociale og psykologiske terapeutiske interventioner i forhold til reduktion af unges selvskade (Ougrin et al., 2012). I studiet inkluderes 14 RCT-studier, der sammenligner specifikke terapeutiske indsatser for unge med selvskader med ”treatment as usual” eller placebo.[26]

I de 14 studier blev følgende typer af indsatser undersøgt: Problemløsningsindsats designet med det formål at øge de unges engagement, kognitiv adfærdsterapi målrettet problemløsning og mestring af følelser, familieterapi, gruppebaseret psykoterapi med elementer af kognitiv adfærds-terapi, dialektisk adfærdsterapi og problemløsning og psykodynamisk gruppeterapi, individuel kognitiv analytisk terapi målrettet borderline, tilknytningsbaseret familieterapi, terapeutisk vurdering for selvskade, gruppebaseret træning i følelsesmæssig regulering.

[24] Ikke-standardiseret, indirekte effektstørrelse (Kauer et al. 2012: s. 12).

[25] Hvilket blev målt ved hjælp af måleredskaberne subskalaer i General Practice Assessment Questionnaire and Enablement og Trust in Psysician Scale (TPS) samt The Party's Project's Exit Interview.

[26] Studiet er gennemført som et systematisk review af RCT-studier, der sammenlignede specifikke indsatser for unge, der selvskader, med ”treatment as usual” eller placebo. Søgningen er foretaget i gennemført i 2010 og opdateret i september 2011. I alt 14 studier opfyldte de opsatte inklusionskriterier. Den tilfældige allokering af deltagerne i indsatserne var klar i 9 af de 14 studier, men mere uklar i de sidste 5. Der gøres opmærksom på, at der for mange af de studier, der indgår i reviewet, har været relativt få deltagere i indsatserne.

Målgruppen for de indsatser, der undersøges i de inkluderede studier, er unge mellem 10 og 18 år, der udfører selvskade. Selvskade defineres i studiet som forgiftning af sig selv eller kvæstelser. Studiet inkluderer både selvskade med og uden fortsæt om selvmord.

Studiet konkluderer, at der for nuværende ikke er uafhængige replikerede fund af effekter af indsatser mod selvskade blandt unge. Der findes begrænset evidens for, at det selvmordsforebyggende program ”Signs of Suicide” (SOS) er effektivt i forhold til at forebygge selvskade. Der findes begrænset evidens for, at indsatsen ”Therapeutic Assessment”, der er baseret på kognitiv analytisk terapi, og Familieindsatsen ”Family Intervention for Suicide Prevention” (FISP), fører til øget engagement og modtagelighed for behandling og supervision. Der findes begrænset evidens for, at indsatsen Multisystemic therapy (MST), der har fokus på udvikling af forældre-kompetencer og øget støtte fra netværk samt styrkelse af de unges prosociale relationer, kan reducere gentagen selvskade sammenlignet med hospitalsindlæggelse.

Mens studier af voksne peger på effekter af kognitiv adfærdsterapi og dialektisk adfærdsterapi, finder forfatterne til dette studie ikke, at der er solid viden om effekterne af indsatserne for unge. Der peges på et behov for flere studier vedrørende indsatser til forebyggelse og behandling af selvskade hos unge.

5.7.1 Mentaliseringsbaseret behandling (MBT-A) rettet mod unge med selvskadende adfærd

Roussouw og Fonagy (2012) undersøger MBT-A i behandlingen af unge med selvskadende adfærd og bygger dermed videre på det, et tidligere studie har vist, nemlig at mentaliseringsbaseret behandling (MBT) er effektivt til at reducere selvskade blandt voksne.

Indsats

Mentalisering handler om kapaciteten til at forstå handlinger med tanker og følelser. Det antages, at hvis mentaliseringsgraden styrkes, så forbedres individets egen agens (eller mestring) og selvkontrol for de, som har svært at styre handlinger og er impulsstyrede. Forfatternes antagelse er, at selvskade blandt unge må forstås som resultat af stress i relationer til andre, når individet ikke formår at repræsentere hans eller hendes sociale erfaringer på et mentalt niveau. MBT-A inkluderer både individuel og familieterapi. Indsatsen blev afprøvet i London, England.

Målgruppe

Unge med selvskade, herunder også selvmordsproblematik mellem 12-17 år, som inden for den seneste måned har haft et tilfælde af selvskade, og hvor selvskade var den primære grund til henvisningen, samt hvor selvskaden var intentionel.

Studiets design og formål

Indsatsens varighed er et år, og opfølgningen sker henholdsvis 3, 6, 9, 12 måneder efter indsatsens gennemførelse. Primær outcome er selvskade, mens de sekundære outcomes er symptomer på borderline personlighedsforstyrrelse, risikoadfærd og depression. Deltagere blev tilfældigt inddelt i indsatsgruppen og dem, som fik ”treatment as usual”.

Måleredskaber var Risk-Taking and Self-Harm Inventory (RTSHI) i forhold til selvskade. I forhold til selvrapporteret selvskade blev gennemført et baseline-interview samt efter 12 måneder et semistruktureret interview med udgangspunkt i Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder (CI-BPD). De sekundære outcomes inkluderede depression målt hver tredje måned ved

hjælp af Mood and Feelings Questionnaire (MFQ), risikoadfærd (RTSHI) og borderline diagnoser ved hjælp af CIBPD.

Resultater og konklusion

MBT-A var mere effektiv end ”treatment-as-usual” til at reducere selvskade. Den er også effektiv til at reducere depression og borderline symptomer i testgruppen. Forfatterne forklarer dette som resultat af medierende faktorer såsom forøget positiv mentalisering, i kombination med en reduktion i at undgå tilknytning til andre (dvs. et forbedret interpersonelt funktionsniveau).

Konklusionen var, at MBT-A formentlig er en effektiv intervention til at reducere selvskade blandt unge. Der efterlyses derfor stor-skala studier for målgruppen af mennesker med komorbid depression og selvskade.

5.8 Forebyggelse af selvmord, selvmordsforsøg og tanker om selvmord

To af de inkluderede studier vedrører indsatser til forebyggelse af selvmord, selvmordsforsøg og tanker om selvmord. Det ene studie af Das et al. er et meta-review, mens det andet studie af Wasserman et al. undersøger effekter af én konkret indsats. Konklusionerne præsenteres her:

Et af de inkluderede meta-reviews undersøger litteratur om indsatser vedrørende unges mentale sundhed (Das et al., 2016). I studiet inkluderes 38 systematiske reviews af forskellige typer af indsatser til fremme af unges mentale sundhed. Målgruppen for de inkluderede studier er som udgangspunkt afgrænset til 11-19 år, men da mange enkeltstudier er målrettet unge i alderen 15-24 år, er der gjort undtagelser, således at disse studier om unge er inkluderet.

De indsatser, der indgår i reviewet, inddeles i tre kategorier:

1. Skolebaserede indsatser
2. Indsatser forankret i lokalsamfundet
3. Indsatser på digitale platforme og individuelle/familiebaserede indsatser.

Studiet konkluderer på baggrund af de 12 inkluderede reviews af skolebaserede indsatser, at erfaringer med skolebaserede indsatser til forebyggelse af selvmord peger på, at klasseundervisning kan øge viden om selvmord blandt unge, men der findes ikke evidens for effekt på selvmordsrelateret adfærd (Das et al., 2016).

5.8.1 Youth Aware of Mental Health Programme (YAM) – et universelt program, som skal forebygge selvmordsforsøg, alvorlige selvmordstanker og styrke opmærksomheden på mental sundhed

Youth Aware of Mental Health Programme (YAM) er et universelt program, som skal forebygge selvmordsforsøg, alvorlige selvmordstanker og styrke opmærksomheden på mental sundhed.

Wasserman et al. (2015) afrapporterer resultater fra et studie af effektiviteten af tre forskellige skolebaserede indsatser rettet mod at forebygge suicidal adfærd. I dette systematiske review er YAM den relevante indsats. Wasserman et al. (2015) fremhæver selvmordsforsøg og alvorlige selvmordstanker som vigtige indikatorer på psykisk mistrivsel.

Indsats

YAM er en manualbaseret indsats, som er universel, da den retter sig mod alle elever på skoler. YAM består af rollespilsessioner a 3 timers varighed og benytter interaktive workshops kombineret med en 32 siders bog, som eleverne kan læse hjemme. Derudover indeholder den seks informative plakater, som ophænges i klasselokalerne samt to interaktive lektioner om mental sundhed af en times varighed, heraf en time i starten og en hen imod slutningen af indsatsen. YAM har til formål at styrke skoleelevers opmærksomhed på mental sundhed og på risikofaktorer såvel som på beskyttende faktorer, der er associeret med selvmord. Det gælder også viden om depression og angst samt styrkelse af færdigheder, som er nødvendige til at håndtere vanskelige begivenheder i livet, stress og suicidal adfærd.

Målgruppe

Skoleelever i alderen 14-16 år.

Studiets design og formål

Studiet (SEYLE, The Saving and Empowering Young Lives in Europe) har et cluster-randomiseret design med et sample på 11.120 elever, der er rekrutteret på 168 skoler i 10 europæiske lande. Medianalderen er 15 år. Der blev rekrutteret deltagere i alderen 14-16 år. I YAM deltog 45 skoler og 2.721 elever. Der blev foretaget en tilfældig udvælgelse af skoler til hver af de tre indsatser (YAM, QPR, ProffScreen) eller til en kontrolgruppe. Ingen skole vidste om interventionerne i de tre andre grupper (dvs. de to øvrige interventioner og kontrolgruppen).

Det primære outcome mål i studiet var selvmordforsøg med opfølgning hhv. 3 og 12 måneder efter indsatsens afslutning. For selvmordsforsøg og alvorlig suicidal adfærd blev benyttet spørgsmål fra Paykel Hierachial Suicidal Ladder og for psykopatologi blev benyttet SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) (Wasserman et al. 2015: s. 1538).

Resultater og konklusion

For alle tre indsatser gælder, at der ikke var nogen signifikante forskelle mellem interventionsgrupperne og kontrolgrupperne ved 3 måneders opfølgningen. Ved 12 måneders opfølgningen var der for deltagere i YAM en signifikant reduktion af antallet af alvorlige suicidale tanker og af antallet af selvmordsforsøg sammenlignet med kontrolgruppen.

YAM-gruppens relative risiko for selvmordsforsøg og selvmordstanker blev reduceret med ca. 50 pct. i forhold til kontrolgruppen. Der forelå ingen rapporterede selvmord i løbet af studiets forløb. Det konkluderes, at en universel selvmordsforebyggende intervention i skolerne med fordel kan anvendes. Det nødvendige antal elever i YAM-indsatsen for at forebygge ét tilfælde af alvorlige selvmordsintentioner er 200.

5.9 Forebyggelse af symptomer på spiseforstyrrelser

Et af de inkluderede studier vedrører indsatser målrettet unge med spiseforstyrrelser.

Healthy Weight 2 – et selektivt forebyggelsesprogram om forebyggelse af spiseforstyrrelser og usund vægtforøgelse blandt unge kvinder.

Stice et al. (2008) undersøger effektiviteten af en indsats, som retter sig mod symptomer på spiseforstyrrelser og usund vægtforøgelse blandt unge kvinder.

Indsats

Indsatsen, Healthy Weight 2, består af fire 1-times gruppesessioner over 4 uger med 6-10 deltagere i en gruppe. Indsatsen bliver faciliteret af studerende med klinisk baggrund (graduate niveau). For at kvalificere sig som facilitator læser de studerende manualen (intervention script) og deltager i en 4-timers workshop med rollespil, hvor processen og forløbet drøftes.

Målgruppe

Unge kvinder med bekymringer om kropsbillede, fordi de er i øget risiko for at udvikle spiseforstyrrelser og usund vægtforøgelse.

Studiets design og formål

Undersøgelsen har et RCT-design, hvor deltagere tilfældigt udvælges til enten at deltage i Healthy Weight 2 eller at modtage en undervisningsbrochure om spiseforstyrrelser med navnet Ten Steps to Positive Body Image (kontrolgruppe). Der deltog 398 yngre kvinder (gennemsnitsalder 18,4 år, BMI 23,7). Kvinderne blev rekrutteret på et universitet via maillister, flyers og foldere. Det eneste eksklusionskriterium var, hvis man havde en aktuel spiseforstyrrelsesdiagnose.

Formålene med studiet er at undersøge:

1. Hvorvidt deltagere i indsatsen har større reduktion i spiseforstyrrelsessymptomer og BMI (studiets primære outcome) efter deltagelse og ved opfølgning efter 6 måneder end kontrolgruppen.
2. Kostindtag og -tilbageholdenhed og fysisk aktivitet.
3. Hvorvidt interventionseffekter er stærkere for de yngste.

Der blev benyttet følgende måleredskaber: 1) The Eating Disorder Diagnostic Interview i forhold til DSM-IV symptomer på spiseforstyrrelser, 2) BMI-tal, Block Food Frequency Questionnaire i forhold til konsumption af specifikke madtyper gennem to uger, Dutch Restrained Eating Scale, Paffenberger Activity Questionnaire, Body Dissatisfaction Scale, Schedule for Affective Disorders and Schizofrenia for School-Age Children (semi struktureret interview), Perceived Sociocultural Pressure Scale, Doubly Labeled Water (DLW) i forhold til at estimere energiforbrug og -indtag.

Resultater og konklusion

Studiet viser, at deltagerne i indsatsen sammenlignet med kontrolgruppen havde betydelig større reduktion i kropslig utilfredshed og spiseforstyrrelsessymptomer, og at den fysiske aktivitet steg på tidspunktet efter testen, men ikke ved 6 måneders opfølgningen. Ved 6 måneders opfølgningen viste det sig, at deltagerne havde betydelige større reduktion i BMI samt i selv-rapporterede slankekure. Det bemærkes, at ganske få programmer har dokumenteret reduktion i spiseforstyrrelses symptomer (DSM-V), heller ikke ved de ofte meget længerevarende og omfattende indsatser.

5.10 Forebyggelse af søvnløshed

Et af de inkluderede studier undersøger en indsats til afhjælpning af søvnløshed. Søvnløshed og depression optræder ofte sammen. Op mod 20 pct. af dem, der lider af søvnløshed, opfylder også kriterierne for alvorlig depression, og for mennesker med depression angiver 69 pct. mild eller moderat søvnløshed (Norell-Clarke et al., 2015).

5.10.1 Kognitiv adfærdsterapi til afhjælpning af søvnløshed

Norell-Clarke et al. (2015) undersøger effekterne af en gruppebaseret indsats med kognitiv adfærdsterapi i forhold til søvnløshed og depressive symptomer.

Indsats

Indsatsen består af fire møder af 2 timers varighed. De fire møder blev afviklet med 2 ugers mellemrum. Deltagerne blev inddelt i grupper på 5-8 personer. Indsatsen blev gennemført af en psykolog med erfaring med kognitiv adfærdsterapi og med anvendelse af en manual og indebar bl.a. psykoedukation og kognitive teknikker.

Målgruppe

Målgruppen for indsatsen er personer med søvnløshed og depressive symptomer i alderen 18-75 år.

Studiets design og formål

Formålet med studiet var at undersøge effekterne af gruppebaseret kognitiv adfærdsterapi på graden af søvnløshed og depressive symptomer.

Studiet har et RCT-design og er gennemført i Sverige. Deltagerne blev rekrutteret gennem annoncer i tre lokalaviser og opslag på Örebro Universitets Campus. Rekrutteringsprocessen indeholdt tre elementer: For det første korte telefoninterview, der afdækkede, om de personer, der henvendte sig, havde relevante symptomer. For det andet blev deltagerne bedt om at udfylde Insomnia Severity Index (ISI), the Beck Depression Inventory-II (BDI-II, spørgsmål om tidligere og nuværende psykologisk og farmaceutisk behandling fra The Duke Structured Interview for Sleep Disorders (DSISD). Potentielle deltagere, der opnåede på forhånd definererede scorer med disse målinger, gennemgik et grundigt klinisk interview pr. telefon, hvor The Duke Structured Interview for Sleep Disorders (DSISD) og The Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I) blev anvendt. Kontrolgruppen modtog en indsats, der bestod i afslapningstræning (relaxation training (RT)).

64 deltagere blev inkluderet i studiet. Heraf blev 32 udtrukket til indsatsen og 32 til kontrolgruppe. Udviklingen i søvnløshed for indsats- og kontrolgruppe blev målt med DSISD og ISI. Udviklingen i depressive symptomer blev målt med SCID-I og BDI-II. Sekundære outcome mål var: graden af hæmmethed i arbejds- og sociale relationer (målt med Work and Social Adjustment Scale (WSAS), sygedage og sundhedsydelser (målt ved deltagernes besvarelse af spørgeskema), registrering af søvn (målt ved deltagernes søvndagbog) samt deltagernes forventning til indsatsens effekt (målt med Credibility and Expectancy Questionnaire (CEQ). Der blev indsamlet data før indsatsen, efter indsatsen og 6 måneder efter indsatsen.

Indsatsgruppen modtog fire gruppeindsatser af 2 timers varighed med kognitiv adfærdsterapi, mens kontrolgruppen modtog fire gruppeindsatser af 2 timers varighed med afslapningstræning.

Det fremgår ikke af studiet, hvor mange af deltagerne i indsatsen der var i aldersgruppen 16-30 år. Det er oplyst, at gennemsnitsalderen for deltagerne i indsatsen var 49,3 år, hvilket indikerer, at en væsentlig andel af deltagerne var ældre end målgruppen for nærværende undersøgelse.

Studiets afrapportering af resultater

Studiet viser, at kognitiv adfærdsterapi var mere effektiv end afslapningstræning i forhold til at reducere alvorsgraden af søvnløshed. For så vidt angår depressive symptomer var begge indsatser effektfulde. Forfatterne peger på, at der er behov for yderligere undersøgelser af, hvilke faktorer der medierer effekterne, og for yderligere undersøgelser af effekter af kognitiv adfærdsterapi for komorbide målgrupper.

5.11 Konklusion

Gennemgangen har vist, at der blandt de studier, der indgår i den systematiske litteraturkortlægning, er studier af indsatser, som er målrettet en bred vifte af symptomer på psykisk mistrivsel blandt unge. Flest af de inkluderede studier beskæftiger sig med mental sundhed i bred forstand og symptomer på depression og angst.

De indsatser målrettet mental sundhed i bred forstand, der indgår i studierne, er relativt forskelligartede, både hvad angår de arenaer, indsatserne gennemføres på, de centrale elementer i indsatserne samt målgruppen for indsatserne. Indsatserne spænder fra præventive konsultationer hos egen praktiserende læge, onlinespil baseret på principper fra kognitiv adfærdsterapi til træning af sociale færdigheder, vredeshåndtering og problemløsningsfærdigheder.

Der er blandt de indsatser målrettet forebyggelse af depression og angst i de inkluderede studier et større antal indsatser med relativt ensartede centrale komponenter, men der er samtidig en vis variation i de centrale komponenter i de inkluderede indsatser: Hovedparten af de inkluderede indsatser trækker på principper fra kognitiv adfærdsterapi. Andre terapiformer indgår også i en mindre del af indsatserne. Endvidere indgår psykoedukation i flere af de inkluderede indsatser i kombination med terapi. Blandt studierne er der også eksempler på indsatser, der trækker på principper fra Motivational Interviewing. En anden type central komponent blandt de inkluderede indsatser er en mobilapplikation, der anvendes til at følge den unges psykiske belastning, hvilket dels understøtter den unges forståelse af eget mentale helbred, dels lægens indsigt i den unges symptomer. I et af de inkluderede studier undersøges fysisk træning som central komponent. Der findes således positive effekter af flere forskellige centrale komponenter i forhold til reduktion af symptomer på depression og angst.

De inkluderede indsatser målrettet forebyggelse af depression og angst er afprøvet i en række forskellige arenaer, og der indgår således både skolebaserede indsatser, indsatser forankret i lokalsamfundet og indsatser på digitale platforme i de inkluderede studier. Det er ikke på baggrund af de inkluderede studier muligt at konkludere, at indsatser i nogle arenaer er mere effektive end indsatser i andre arenaer.

De to inkluderede studier, der undersøger indsatser målrettet forebyggelse af selvskade, trækker på forskellige terapeutiske principper, herunder kognitiv adfærdsterapi.

De inkluderede studier vedrørende forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg er universelle og skolebaserede. Resultaterne er varierende, idet et studie konkluderer, at indsatserne har effekt i forhold til øget viden om selvmord blandt børn og unge, men ikke i forhold til selvmordsrelateret adfærd, mens det andet studie viser positive effekter i forhold til reduktion af selvmordstanker og selvmordsforsøg.

Det inkluderede studie vedrørende forebyggelse af symptomer på spiseforstyrrelser er en gruppebaseret indsats, hvori der indgår undervisning om spiseforstyrrelser. Indsatsen viser effekter på kort sigt, men ikke på længere sigt, hvilket er på linje med de effekter, der er afdækket for en række andre programmer målrettet reduktion af symptomer på spiseforstyrrelser.

Den inkluderede indsats vedrørende reduktion af søvnløshed trækker på principper fra kognitiv adfærdsterapi.

Som det fremgår af ovenstående, er de undersøgte indsatser både individuelle og gruppebaserede, og de er forankret i en række forskellige arenaer, herunder i skoler og øvrige uddannelsesinstitutio-

ner, i lokalsamfundet, på digitale platforme og hos egen praktiserende læge. Der er ikke på baggrund af gennemgangen af de inkluderede studier belæg for generelt at fremhæve nogen organiseringsformer frem for andre.

Det er et opmærksomhedspunkt, at flere af de undersøgte indsatser anvendes til en bred aldersmæssig målgruppe, der inkluderer personer, der er ældre eller yngre end den målgruppe, vi har fokus på i denne undersøgelse. Det er heller ikke i alle studier transparent, hvor mange deltagere i de respektive inkluderede aldersgrupper der har deltaget i den afrapporterede afprøvning af indsatsen. Dette metodiske forbehold er et opmærksomhedspunkt i relation til anvendelse af de inkluderede studier for målgruppen 16-30 år.

Samlet set peger de inkluderede studier på, at der findes forebyggende indsatser, der har vist positive effekter i forhold til forebyggelse af forskellige symptomer på psykisk mistrivsel blandt unge. Det er imidlertid samtidig en væsentlig konklusion, at der på tværs af studierne peges på behovet for yderligere dokumentation af effekter af indsatser for målgruppen, hvis der skal kunne drages mere entydige konklusioner.

Litteratur

*(De med * markerede titler indgår i undersøgelsens litteraturkortlægning af virksomme forebyggende indsatser)*

Ankersen, P.V., S. Poulsen, C. Schnohr, A.L. Nielsen, M.R. Hjortbak & F.B. Larsen (2011): *Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner – unge*. Aarhus: Region Midtjylland, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.

Aspis, I., D. Feingold, M. Weiser, J. Rehm, G. Shoval & S. Lev-Ran (2015): "Cannabis Use and Mental Health-Related Quality of Life among Individuals with Depressive Disorders". *Psychiatry research*. 230(2): s. 341-9.

Barry, M.M. & R. Jenkins (2007): *Implementing Mental Health Promotion.* Churchill Livingstone Elsevier.

Bendtsen, P.S., S.S. Mikkelsen & J.S. Tolstrup (2015): *Ungdomsprofilen 2014*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Bor, W., A.J. Dean, J. Najman & R. Hayatbakhsh, R. (2014): "Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review". *Australian & New Zealand journal of psychiatry,* 48(7) s. 606-616.

Bremberg, S. (2015): "Mental health problems are rising more in Swedish adolescents than in other Nordic countries and the Netherlands". *Acta Paediatrica*, *104*(10), s. 997-1004.

Børne- og Socialministeriet (2017): *Socialpolitisk redegørelse 2017*. København: Børne- og Socialministeriet.

*Carter, D., I.D. Morris, O. Meade & C. Patrick (2016): "The Effect of Exercise on Depressive Symptoms in Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Journal of the American Academy of Child Adolescent psychiatry*, 55(77), s. 580-590.

Center for selvmordsforskning (2018): http://selvmordsforskning.dk/statistikbank/fakta-om-selvmord-og-selvmordsforsoeg/

Christensen, A.I., M. Davidsen, M. Kjøller & K. Juel (2010): *Mental sundhed blandt voksne danskere*. København: Sundhedsstyrelsen.

Christensen, A.I., M. Davidsen, V. Koushede & K. Juel (2017a): *Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv. En analyse af registerdata fra Sundhedsprofilen 2010*. København: Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed.

Christensen, A.I., V. Pisinger, C.V.L. Larsen & J.S. Tolstrup (2017b): *Mental sundhed blandt unge. Resultater fra Ungdomsprofilen 2014*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Collishaw, S. (2015): Annual research review: secular trends in child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(3), 370-393.

*Das, J.K., R.A. Salam, Z.S. Lassi, N.M. Khan, W. Mahmood, V. Patel & Z.A. Bhutta (2016): "Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews". *The Journal of Adolescent Health*, 59(4), s.49-60.

Due, P., F. Diderichsen, C. Meilstrup, M. Nordentoft, O. Obel & A. Sandbæk (2014): *Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser.* København: Vidensråd for Forebyggelse.

Edwards, O., V. Mumford & R. Serra-Roland (2007): "A positive youth development model for students considered at-risk". *School Psychology International*, 28(1), s. 29-45.

Eplov, L.F. & S. Lauridsen (2008): *Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter*. København: Sundhedsstyrelsen.

EUROSTAT (2015): *Quality of life. Facts and views*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Familie- og Arbejdslivskommissionen (2007): *Chance for balance – et fælles ansvar*. København: Familie- og Arbejdslivskommissionen.

*Freund, K.S. & J. Lous (2012): "The effect of preventive consultations on young adults with psychosocial problems: a randomized trial". *Health education research*, 27(5), s. 927-945.

Goodman, R., T. Ford, H. Simmons, R. Gatward & H. Meltzer (2000): "Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to Screen for Child Psychiatric Disorders in a Community Sample". *Br J Psychiatry,* 177, s. 534-9.

Gordon, R.S. (1983): "An operational classification of disease prevention". *Public Health Reports*, 98(2), s. 107-109.

Gullotta, T.P., R.W. Plant & M.A. Evans (2015): *Handbook of Adolescent Behavioral Problems [Elektronisk resurs]: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*. Boston, MA.: Springer.

Hamilton M. (2008): *What's happening to our girls?* London: Penguin Books.

Hawkley, L.C. & J.T. Cacioppo (2010): "Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms". *Annals of Behavioral Medicine,* 40(2), S. 218-227.

Herrman, H., S. Saxena & R. Moodie (eds.) (2004): *Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva: World Health Organization.

*Hetrick, S.E., G.R. Cox, K.G. Witt, J.J. Bir & S.N. Merry (2016): "Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents". *The Cochrane database of systematic reviews*, (8): CD003380. doi, no. 8, pp. CD003380.

Inchley, J. et al. (eds). (2016): Growing up unequal – gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being (Health Policy For Children And Adolescents No.7). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Jensen, D.C & B.C.V. Nielsen (2018): *Kerneelementer og Fælleselementer i gruppebostøttemetoder*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Jensen, H.A.R., M. Davidsen, O. Ekholm & A.I. Christensen (2018): *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. Sundhedsstyrelsen: København.

Jensen, S.G. & L. Zøllner (2016): *Beskyttende faktorer for unge med selvskadende adfærd*. Odense: Center for Selvmordsforskning.

Kaltiala-Heino, R., A.M. Koivisto, M. Marttunen & S. Fröjd (2011): ”Pubertal Timing and Substance Use in Middle Adolescence: A 2-Year Follow-up Study”. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(10), s. 1288-1301.

*Kauer, S.D., S.C. Reid, A.H.D. Crooke, A. Khor, S.J.C. Hearps, A.F. Jorm, L. Ansci & G. Patton (2012): “Self-monitoring using mobile phones in the early stages of adolescent depression: randomized controlled trial”. *Journal of medical Internet research*, *14*(3), s. 1-17.

Koushede, V. (2015): *For mental sundhed – et nyt perspektiv*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Lausten, M. (2018): *Anbragte unge med psykiske vanskeligheder*. Notat. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Leth, I. & B.H. Esbjørn (2012): *Angst hos børn. Kognitiv terapi i teori og praksis. En håndbog for professionelle.* København: Dansk Psykologisk Forlag.

*Merry, S.N., S.E. Hetrick, G.R. Cox, T. Brudevold-Iversen, J.J. Bir & H. McDowell (2011): “Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents”. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. (12):CD003380. doi, no. 12, pp. CD003380.

Miller, W.R. & S. Rollnick (2002): *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York: The Guilford Press.

*Moreno-Peral, P., S. Conejo-Cerón & M. Rubio-Valera (2017): “Effectiveness of psychological and/or educational interventions in the prevention of anxiety: a systematic review, meta-analysis and meta-regression”. *JAMA Psychiatry*. 74(10): s. 1021-1029.

*Munthe-Kaas, H.M., S. Johansen, N. Blaasvær, N. & K.T. Hammerstrøm (2014): *Effekt av psykososiale tiltak for forebygging og behandling av depresjon og angst blant risikoutsatte barn og ungdommer* (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 22–2014), Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret).

Møhl, B. & L. Rubæk (2017): ”Selvskade, når psykisk smerte konverteres til fysisk smerte”. *Ugeskrift for Læger*, 179, V01170066, s. 2-4.

Nielsen, J.C., N.U. Sørensen, A. Grubb & I.W. Madsen (2011): *Når det er svært at være ung i DK: unges beretninger om mistrivsel og ungdomsliv*. København: Center for Ungdomsforskning, DPU, Aarhus Universitet.

Nordens Velfærdscenter (2018): *The Best Place for Children and Youth* [YouTube-film fra Nordic Council of Ministers]. Tilgængelig på: https://www.youtube.com/watch?v=dMY5JRdy16s (29. okt. 2018)

*Norell-Clarke, A., M. Jansson-Fröjmark, M. Tillfors, F. Holländare & I. Engström (2015): ”Group cognitive behavioural therapy for insomnia: Effects on sleep and depressive symptomatology in a sample with comorbidity”. *Behaviour research and therapy*, 74, s. 80-93.

Ottosen, M.H. & C.J. Montgomery (2016): ”Unge med depressive symptomer”. I: Thomsen, J.P. (red.): *Unge i Danmark – 18 år og på vej til voksenlivet*. *Årgang 95 – Forløbsundersøgelsen af børn født i 1995* (SFI 16:18): København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Ottosen, M.H. & P.R. Skov (2012): ”Unge med depressive symptomer og spiseproblemer”. I M.H. Ottosen (2012): *15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra femte dataindsamling af forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Ottosen, M.H., M. Lausten, S. Frederiksen & D. Andersen (2015): *Anbragte børn og unges trivsel 2014*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Ottosen, M.H., D. Andersen, L.P. Andersen, M. Lausten & S. Stage (2010): *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2010* (SFI 10:20). København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Ottosen, M.H., D. Andersen, K.M. Dahl, A.T. Hansen, M. Lausten & S.V. Østergaard (2014): *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2014* (SFI 14:30). København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Ottova-Jordan, V., O.R. Smith, I. Gobina, J. Mazur, L. Augustine, F. Cavallo et al. (2015): “Trends in multiple recurrent health complaints in 15-year-olds in 35 countries in Europe, North America and Israel from 1994 to 2010”. *Eur J Public Health*. 25(2), s. 24-27.

*Ougrin, D., T. Tranah, E. Leigh, L. Taylor & J.R. Asarnow (2012): “Practitioner Review: Self-Harm in Adolescents”. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(4), s. 337-350.

Potrebny, T., N. Wiium & M.M.-I. Lundegård (2017): “Temporal trends in adolescents’ self-reported psychosomatic health complaints from 1980-2016: a systematic review and meta-analysis”. *PloS One* 12(11): e0188374.

*Rapp-Paglicci, L., C. Stewart & W. Rowe (2012): “Improving Outcomes for at-risk Youth: Findings from the Prodigy Cultural Arts Program”. *Journal of Evidence-Based Social Work*. 9(5), s. 512-523.

Rees, G., J. Bradshaw, H. Goswami & A. Keung (2010): *Understanding Children’s Well-Being: A National Survey of YoungPeople’s Well-Being*. London: The Children’s Society.

Reid, S.C., S.D. Kauer, A.S. Khor, S.J. Hearps, L.A. Sanci, A.D. Kennedy & G.C. Patton (2012): "Using a mobile phone application in youth mental health – an evaluation study". *Australian Family Physician*, 41(9), s. 711-714.

Reynolds et al. (2012): “Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review”. *Clinical Psychology Review*, 32.

*Rossouw, T.I. & P. Fonagy (2012): “Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial”. Journal of the *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 51(12), s. 1304-1313.

Rosenberg, M. (1965): *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rutter, M. & D.J. Smith (1995): *Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes*. Chichester: Wiley.

*Shandley, K., D. Austin, B. Klein & M. Kyrios (2010): “An Evaluation of "Reach Out Central": An Online Gaming Program for Supporting the Mental Health of Young People”. *Health education research*, 25(4), s. 563-574.

Skogen, C.J., O.R.F. Smith, L.E. Aarø, J. Siqveland & S. Øverland (2018): *Forebygging blant barn og unge. Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelsetiltak. En kunnskabsoversigt*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

*Stice, E., C.N. Marti, S. Spoor, K. Presnell & H. Shaw (2008): “Dissonance and Healthy Weight Eating Disorder Prevention Programs: Long-Term Effects from a Randomized Efficacy Trial”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), s. 329-340.

Strøbæk, L., E.M. Flachs, J.T. Ryd, M. Davidsen, L. Eriksen, H.A.R. Jensen, E.D. White & K. Juel (2017): *Sygdomsbyrden i Danmark. Ulykker, selvskade og selvmord*. København: Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed.

Sundhedsstyrelsen (2017a): *Forløbsprogram for børn og unge med angst og/eller depression*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2017b): *Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser*. København: Sundhedsstyrelsen.

Thomsen, P.H. & A.M. Skovgaard (2013): *Børne-og ungdomspsykiatri: en lærebog om børn og unges psykiske sygdomme*. 3. udg. København: FADL.

Salomonsen, K. & J.S.F. Nielsen, F. (2016): *Unges bud på bedre trivsel – et ungeinvolverende initiativ*. [U.st.]: Region Syddanmark.

UNICEF Office of Research (2016): ”Fairness for Children: A league table of inequality in child well-being in rich countries”. *Innocenti Report Card 13*, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence.

Vammen, K.S. & M.N. Christoffersen (2013): *Unges selvskade og spiseforstyrrelse: Kan social støtte gøre en forskel? Can social support make a difference?*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

*Van Voorhees, B.W., Vanderplough-Booth, K., Fogel, J., Gladstone, T., Bell, C., Stuart, S., Gollan, J., Bradford, N., Domanico, R., Fagan, B., Ross, R., Larson, J., Watson, N., Paunesku, D., Melkonian, S., Kuwabara, S., Holper, T., Shank, N., Saner, D., Butler, A., Chandler, A., Louie, T., Weinstein, C., Collins, S., Baldwin, M., Wassel, A. & Reinecke, M.A. (2008): “Integrative Internet-based depression prevention for adolescents: A randomized clinical trial in primary care for vulnerability and protective factors”. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent* Psychiatry. 17(4), s. 184-196.

Wasserman, D., C.W. Hoven, C. Wasserman, M. Wall, M., R. Eisenberg, G. Hadlaczky & J. Bobes (2015): “School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial”. *The Lancet*, 385(9977), s. 1536-1544.

*Werner-Seidler, A, Y. Perry, A. Calear, J.M. Newby & H. Christensen (2017): “School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis”. *Clinical Psychology Review,* 51, s. 30-47.

WHO (2001): *The World Health Report (2001). Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2013): *Mental Health action plan 2013-20*. Geneva: World Health Organization

Bilag 1 Overvejelser over målgruppeafgrænsninger – inklusions- og eksklusionskriterier

Afgrænsning af forebyggelsestypen

Det fremgår af Socialstyrelsens opgavebeskrivelse, at de indsatser, som tænkes iværksat i kommunerne, og som derfor skal indkredses i reviewet, afgrænses til at være såkaldte lavtærskeltilbud, hvor unge med en målrettet støtte får hjælp til at løse deres aktuelle udfordringer, således at de efter endt indsats kan fortsætte deres liv uden støtte. Der er således tale om en indikerende eller tertiær forebyggelsestype, som efter konkret vurdering henvender sig til unge, som er i risikozonen for at udvikle mentale problemer. Reviewet skal derfor ikke beskæftige sig med universelle eller primært forebyggende tiltag henvendt til alle unge eller selektive tiltag (sekundær forebyggelse) for særlige højrisikogrupper (fx unge, der er anbragt eller har været ude for omsorgssvigt).

Afgrænsning af målgruppen

I henhold til opgavebeskrivelsen skal vi identificere virksomme forebyggende indsatser for psykisk sårbare unge i 16-30-årsalderen. Af opgavebeskrivelsen fremgår det, at "målgruppen er præget af et bredt spektrum af problematikker, bl.a. ensomhed, angst, depression eller selvskadende adfærd". For at kunne lave en effektiv og dækkende litteratursøgning mener vi, at der er behov for en mere præcis definition af målgruppen.

Selvom målgruppen dækker aldersspændet fra 16-30 år, mener vi, at det vil give bedst mening, at opgaven har sit hovedfokus på de yngre op til omkring 24 år, da der netop er tale om forebyggende tiltag, som skal hjælpe unge med begyndende vanskeligheder til at komme på ret køl igen.

Overordnet kan man afgrænse målgruppen ved hjælp af de begreber, som Vidensråd for Forebyggelse (Due et al., 2014, s. 25) har anvendt. Med psykisk sårbarhed eller mental/psykisk mistrivsel forstås, at den unge ud fra en mental helbredsdimension ikke betragtes som syg (dvs. at der ikke er nogen klinisk psykiatrisk diagnose, og at den unge derfor heller ikke modtager behandling i det psykiatriske/lægelige system), men at der ud fra en mental sundhedsdimension er indikationer og tegn på, at den unge fungerer mindre godt: Der kan iagttages symptomer, som kan være forbigående, eller som kan udvikle sig til at blive mere eller mindre vedvarende problemer. Der vil være tale om et kontinuum af alvorlighed. I den alvorligere ende kan der være risiko for, at symptomerne er tegn på en begyndende psykisk lidelse, jf. at en del psykiske sygdomme debuterer i ungdomsårene.

Tabel 5.2 Målgruppen for undersøgelsen.

		Helbred	
		Mentalt rask	Mentalt syg
Sundhed	Mentalt velfungerende		
	Mindre velfungerende/har symptomer	Målgruppen	

Kilde: Due et al. (2014).

Afgræsning af symptombilleder

For at afgrænse målgruppens mentale problemstillinger og symptomatologi mere præcist, kan det være hensigtsmæssigt at tage afsæt i de klassifikationer af psykiske vanskeligheder, som folkesundhedsvidenskaben og børne- og ungdomspsykiatrien selv opererer med. Vidensrådet sondrer overordnet mellem 1) psykiske forstyrrelser, 2) øvrige psykiske lidelser og 3) mentale helbredsproblemer. I vores afgrænsningsproces forekommer følgende kriterier at være væsentlige:

- **Hvilke symptomer/vanskeligheder er relevante for aldersgruppen**? Er de tegn på psykisk sårbarhed, som vi skal inddrage i vores søgestrenge, udtryk for vanskeligheder, som typisk opstår og opdages i barndommen, eller manifesterer tegnene/symptomerne sig fortrinsvist og typisk i ungdomsårene?
- **Alvorsgraden**. I den ene ende af spektret kan de psykiske symptomer/tegn skabe mistanke om en egentlig behandlingskrævende psykisk lidelse; i den anden ende af spektret bør man nok sættes en bagatelgrænse for symptomer på ikke-kliniske mentale sundhedsproblemer (fx varighed, dybde, graden af social funktionshæmning)
- **Forebyggelsespotentialet**. Hvis der er symptomer/tegn på en begyndende psykisk lidelse, har denne da et potentiale for socialpædagogisk forebyggelse i et kommunalt regi?
- **Begrebspræcision**: Er de begreber, som litteraturen anvender om mentale helbredsproblemer, ”oversættelige” og ”omsættelige” i forhold til søgning efter konkrete forebyggende tiltag?

Ud fra disse kriterier vil vi i søgningen ikke inddrage tegn eller begyndende symptomer på følgende børne- og ungdomspsykiatriske lidelser:

- Udviklingsforstyrrelser (mental retardering, ADHD, autisme-spektrum-forstyrrelser), fordi de typisk manifesterer sig i barndommen, og fordi de er vanskelige at forebygge.
- Tilknytningsforstyrrelser, fordi de opstår i den tidlige barndom.
- Adfærdsforstyrrelser, fordi disse typisk manifesterer sig før teenagealderen.
- Sværere spiseforstyrrelser, fordi de fordrer lægelig behandling, og fordi forebyggelsespotentialet er usikkert (Lægehåndbogen).
- Psykoser, fordi de kræver lægelig behandling, og fordi forebyggelsespotentialet er usikkert (Lægehåndbogen). Blandt tilbageværende egentlig *klinisk psykiatriske lidelser*, som bør inkluderes i vores litteratursøgning, er tegn eller symptomer på begyndende emotionelle lidelser, der omfatter depression, angst og OCD.

Blandt tilbageværende egentlig *klinisk psykiatriske lidelser*, som bør inkluderes i vores litteratursøgning, er tegn eller symptomer på begyndende emotionelle lidelser, der omfatter depression, angst og OCD.

Blandt *ikke-psykiatriske lidelser*, som iflg. Vidensrådet udgør et mentalt sundhedsproblem for børn og unge, vil vi på forhånd ekskludere følgende tilstande/begreber i søgningen:

- Selvmordsadfærd og -tanker isoleret set, fordi disse, såfremt de opdages, kalder på øjeblikkelig behandling.

Blandt tilbageværende *mentale sundhedsproblemer*, som bør indgå i litteratursøgningen, er:

- Psykiske symptomer (fx trist, irritabel, dårligt humør, ængstelig, nervøs, uro, lavt selvværd)
- Psykosomatiske symptomer (fx mavepine, hovedpine)
- Oplevet stress
- Ensomhed
- Selvskadende adfærd
- Tegn på lettere spiseforstyrrelser
- Søvnproblemer.

En samlet afgrænsning af mentale trivselsproblemer, som bør indgå i reviewet

Samlet set peger denne gennemgang på, at litteratursøgningen bør fokusere på forebyggende indsatser, der dæmmer op for indadreagerende/indadvendte psykiske problematikker. Målgruppens vanskeligheder vil umiddelbart typisk omfatte:

- Tegn eller symptomer på begyndende egentlige emotionelle lidelser, der omfatter depression, angst og OCD
- Psykiske symptomer
- Psykosomatiske symptomer
- Oplevet stress
- Ensomhed
- Selvskadende adfærd
- Tegn på lettere spiseforstyrrelser
- Søvnproblemer.

Bilag 2 Søgedokumentation

SocIndex – søgt 26.3.2018

Limiters - Date of Publication: 20080101-20180331, Narrow by Language: - Danish, English, Norwegian, Swedish

#1 (DE "YOUNG adults" OR DE "YOUTH" OR DE "YOUNG men" OR DE "YOUNG women" OR DE "ADOLESCENCE" OR DE "TEENAGERS") OR TI young people OR AB young people OR TI(teen* or adolescen* or youth or young) OR AB (teen* or adolescen* or youth or young): 48.848 fund

#2 (DE "AT-risk youth" OR DE "PROBLEM youth" OR DE "YOUTH with social disabilities" OR DE "TEENAGERS with social disabilities": 350 fund

#3 (DE "Mental health" OR DE "PSYCHOLOGICAL factors" OR DE "Psychosocial factors" OR DE "DISTRESS(Psychology)"OR DE "Mental depression" OR DE "Behavior disorders in adolescence" OR TI(vulnerab* or problem* or "mental health") OR AB (vulnerab* or problem* or "mental health")): 58.388 fund

#4 (#1 AND #4): 10.211 fund

#5 (#2 OR #4): 10.478 fund

#6 (DE "SOCIAL adjustment in adolescence" OR DE "ADOLESCENT psychotherapy" OR DE "PSYCHOTHERAPY" OR DE "Group psychotherapy for teenagers" OR DE "Group psychotherapy" OR DE "Stress management" OR DE "Stress (Psychology) -- Prevention" OR DE "Social support" OR DE "Intervention (Social services)" OR DE "Community support") OR DE "INTERVENTION (Social services)" OR DE "SOCIAL services" OR DE "EARLY intervention (Education)" OR DE "EDUCATIONAL intervention" OR DE "COUNSELING" OR DE "HELPING behavior" OR DE "GROUP counseling" OR DE "MENTORING" OR DE "TEENAGERS -- Counseling of"): 12.258 fund

#7 (TI intervention* OR AB intervention* OR TI program* OR AB program* OR TI method* OR AB method* OR TI mentor* OR AB mentor* OR TI prevent* OR AB prevent* OR TI guid* OR AB guid*): 109.025 fund

#8 (#6 OR #7): 116.313 fund

#9 (#5 AND #8): 4.903 fund

#10 (DE "QUALITY of life" OR DE "WELL-being" OR DE "SOCIAL skills" OR DE "SOCIAL adjustment" OR DE "ABILITY" OR DE "LIFE skills" OR DE "SOCIAL skills" OR DE "ASSESSMENT of education" OR DE "OUTCOME assessment in psychotherapy" OR DE "EVIDENCE-based social work" OR DE "PUBLIC health -- Evaluation" OR DE "QUALITY of life -- Evaluation" OR DE "OUTCOME assessment (Social services)"OR DE "SOCIAL work education -- Evaluation" OR DE "EVALUATION research (Social action programs)" DE "SOCIAL development" OR DE "BEHAVIORAL assessment of teenagers" OR TI empowerment OR AB empowerment OR TI resilience OR AB resilience): 17.140 fund

#11 (#9 AND #10): 485, limit: *Academic journals*: 475 fund, til Refworks/efter frasortering af dubletter: **438 fund**

Sociological Abstracts, søgt 27.3.2018

Limits: Date: After January 01 2008, Source type: Scholarly Journals, Working Papers, Language: Danish, English, Norwegian, Swedish

#1 (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Adolescents") OR MAINSUBJECT.EXACT("Young Adults") OR MAINSUBJECT.EXACT("Youth")) OR (ti(young) OR ab(young) OR ti(adolescen*) OR ab(adolescen*) OR ti(youth) OR ab(youth) OR ti(teenager*) OR ab(teenager*)): 44.070 fund

#2 (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Vulnerability") OR (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Psychological Distress") OR MAINSUBJECT.EXACT("Psychological Factors")) OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Psychosocial Factors") OR MAINSUBJECT.EXACT("Mental Health") OR MAINSUBJECT.EXACT("Behavior Problems")): 11.026 fund

#3 ti(adolescent vulnerability) OR ab(adolescent vulnerability): 221 fund

#4 (#1 AND #2): 2.833 fund

#5 (#3 OR #4): 2.960 fund

#6 (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Intervention") OR (MAINSUBJECT.EXACT("Treatment") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Counseling") OR MAINSUBJECT.EXACT("Helping Behavior")) OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Guidance") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Mentoring") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Support") OR (MAINSUBJECT.EXACT("Self Help Groups") OR MAINSUBJECT.EXACT("Support Networks")) OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Sociotherapy") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Psychotherapy")) OR (ti,ab(intervention*) OR ti,ab(early intervention*) OR ti,ab(prevent*) OR ti,ab(program*) OR ti,ab(method*) OR ti,ab(guid*) OR ti,ab(mentor*) OR ti,ab(support*) OR ti,ab(prevent*) OR ti,ab(service*)): 133.078 fund

#7 (#5 AND #6): 1.655 fund

#8 ((MAINSUBJECT.EXACT("Evaluation Research") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Evaluation") OR MAINSUBJECT.EXACT("Quality") OR MAINSUBJECT.EXACT("Program Evaluation") OR MAINSUBJECT.EXACT("Treatment Outcomes") OR MAINSUBJECT.EXACT("Research") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Self Evaluation") OR MAINSUBJECT.EXACT("Effectiveness") OR MAINSUBJECT.EXACT("Standards")) OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Effectiveness") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Effects") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Evidence Based Practice") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Empowerment") OR (MAINSUBJECT.EXACT("Coping") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Resilience")) OR (MAINSUBJECT.EXACT("Quality of Life") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Impact Assessment") OR MAINSUBJECT.EXACT("Social Change"))): 30.530 fund 29.085

#9 (#7 AND #8): 237 fund til Refworks, efter frasortering af dubletter, **229 fund**

PsycInfo – søgt 27.3.2018

Limiters: Published Date: 20080101-20180331, Narrow by Language: - Danish, English, Norwegian, Swedish, Exclude dissertations, Peer reviewed

#1 DE failure to thrive OR DE mental health OR DE Special needs OR DE Distress OR DE Stress OR DE Psychiatric symptoms OR DE Sensitivity OR DE Psychological stress OR DE Emotional Disturbances OR DE Emotional Instability OR DE Rumination OR DE Sadness OR SU vulnerab*: 67.519 fund, *Narrow by SubjectAge: adolescence (13-17 yrs)/Narrow by SubjectAge: - young adulthood (18-29 yrs)*: 5.395

#2 DE Intervention OR DE Early intervention OR DE Crisis intervention OR DE Supportive psychotherapy OR Support groups OR Group counseling OR Counseling OR Group psychotherapy OR Group intervention OR DE Educational counseling OR Social support OR Social services OR Social programs OR Mental health programs OR Community services OR Mental health services OR Protection services OR Social skills training OR DE Treatment OR DE Behavior Modification OR DE Cognitive Techniques OR DE Psychotherapy OR DE Counseling OR DE Prevention OR DE Psychoeducation OR Emotional adjustment OR Social networks OR DE Social support: 240.190

#3 (#1 AND #2): 1.699 fund

#4 DE Response to intervention OR DE Program evaluation OR DE Mental health program evaluation OR DE Treatment outcomes OR DE Best practice OR DE Treatment effectiveness OR DE Quality of care OR DE Quality of life OR DE Psychosocial development OR DE Psychological development OR DE Empowerment OR

DE Independence OR DE Coping behavior DE Self-control OR DE Self-efficacy OR DE Recovery OR DE Resilience OR DE Evidence based practice OR DE Clinical Trials: 80.834 fund

#5 (#3 AND #4): 210 fund, til Refworks, efter frasortering af dubletter: **207 fund**

PubMed (inkl. Cochrane-reviews) – søgt 28.3.2018

#1 (((((("Young Adult"[Mesh]) OR "Adolescent"[Mesh]) OR "young"[Title]) OR "teen"[Title]) OR "teenager"[Title]) OR "juvenile"[Title]: 2.240.802 fund

#2 (((((((((((((((Mental disorders[MeSH Terms]) OR Affective symptoms[MeSH Terms]) OR Behavioral symptoms[MeSH Terms]) OR Social isolation[MeSH Terms]) OR Loneliness[MeSH Terms]) OR Social marginalization[MeSH Terms]) OR Vulnerable populations[MeSH Terms]) OR Stress, psychological[MeSH Terms]) OR vulnerable[Title]) OR vulnerability[Title]) OR distress[Title]) OR "psychological problems"[Title]) OR "mental health problems"[Title]) OR "failure to thrive"[Title]) OR "emotional disturbance"[Title]) OR "emotional instability"[Title]) OR "rumination"[Title]: 1.361.762 fund

#3 (#1 AND #2): 282.801 fund

#4 (((((("Mental Disorders/therapy"[Mesh]) OR "Early Intervention (Education)"[Mesh]) OR "Crisis Intervention"[Mesh]) OR "Primary Prevention"[Mesh]) OR "Counseling"[Mesh]) OR "Motivational Interviewing"[Mesh]: 566.120 fund

#5 (#3 AND #4): 72.770 fund

#6 "Program Evaluation"[Mesh] OR "Evaluation Studies" [Publication Type]: 292.916 fund

#7 (#5 AND #6): 1966 fund / Filters activated: Review, Systematic Reviews, Controlled Clinical Trial, Evaluation Studies, Publication date from 2008/01/01 to 2018/03/31, English, Norwegian, Swedish, Danish: 679 fund til Refworks, dubletter frasorteret, herefter **671 fund**

Cinahl (inkl. Cochrane-reviews) – søgt 28.3.2018

#1 ((MM "Young Adult") OR (MM "Adolescence")) OR TI young OR TI juvenile* OR TI teen*: 38.349 fund

#2 (MH "Behavioral and Mental Disorders+") OR (MH "Social Behavior Disorders+") OR (MM "Behavioral Symptoms+") OR (MM "Vulnerability") OR (MH "Failure to Thrive") OR (MH "Loneliness") OR (MH "Social Isolation+") OR TI distress OR TI vulnerab* OR TI emotional disturbance*: 464.169 fund

#3 (#1 AND #2): 9.684 fund

#4 (MH "Early Intervention+") OR (MM "Crisis Intervention") OR (MH "Psychotherapeutic Processes+") OR (MH "Support, Psychosocial+") OR (MH "Behavior Modification+") OR (MH "Psychotherapy+") OR (MM "Support Groups") OR (MH "Counseling+") OR (MM "Community Programs") OR (MH "Preventive Health Care+") OR TI intervention* OR TI program* OR TI method* OR TI service*: 450.901 fund

#5 (#3 AND #4): 2.296 fund

#6 (MH "Evaluation Research+")*, used for Evaluation Studies* OR (MH "Evaluation+") OR (MH "Outcome Assessment") OR (MH "Program Development+") OR (MH "Treatment Outcomes+") OR (MH "Professional Practice, Evidence-Based+") OR ("Effect" OR "Effectiveness")/searched as keywords OR TI (controlled trial* OR RCT): 524.321 fund

#7 (#5 AND #6): 586, *Limiters - Published Date: 20080101-20180331, Narrow by Language: - Danish, English, Norwegian Swedish, Peer reviewed/Academic journals:* 283 fund, efter frasortering af dubletter: **265 fund**

ERIC – søgt 28.3.2018

#1 DE "Young Adults" OR DE "Youth" OR DE "Adolescents" OR TI young OR TI youth OR TI teen*: 83.688 fund

#2 DE mental disorders OR DE mental health OR DE youth problems OR DE psychological patterns OR DE psychological disorders OR DE psychosomatic disorders OR DE emotional problems OR DE self destructive behavior OR DE stress variables OR DE addictive behaviour OR DE social isolation OR TI failure to thrive OR TI rumination OR TI sadness OR TI loneliness OR TI emotional disturbance: 44.991 fund

#3 (#1 AND #2): 9.696 fund

#4 DE "Intervention" OR DE "Early Intervention" OR DE "Crisis Intervention" OR DE "Outreach Programs" OR DE "Psychotherapy" OR DE "Program Development" OR DE "Social Support Groups" OR DE "Community Support" OR DE "Family Programs" OR DE "Prevention" OR DE "Dropout Prevention" OR DE "Health Promotion" OR DE "Group Guidance" OR DE "Group Therapy" OR DE "Individual Counseling" OR DE "Mentors" OR DE "Mental Health Programs" OR DE "Therapy" OR DE "Psychotherapy" OR TI intervention* OR TI program* OR TI method* OR TI service*: 261.433 fund

#5 (#3 AND #4): 3.069 fund

#6 DE "Program Evaluation" OR DE "Evaluation" OR DE "Evidence Based Practice" OR DE "Outcomes of Treatment" OR DE "Program Effectiveness" OR DE "Randomized Controlled Trials" OR DE "Research Utilization" OR DE "Response to Intervention" OR DE "Outcomes of Treatment" OR DE "Program Effectiveness" OR DE "Randomized Controlled Trials" OR DE "Evidence" OR DE "Resilience (Psychology)" OR DE "Well Being" OR DE "Quality of Life" OR DE "Life Satisfaction": 152.411 fund

#7 (#5 AND #6): 860 fund, Limiters - Date Published: 20080101-20180331, Peer Reviewed/acad. Journals: 404 fund til Refworks, efter frasortering af dubletter: **401 fund**

Campbell Library – søgt 3.4.2018

Limits: 2008-01-01-2018-04-03 / Campbell-reviews, Policy briefs, Methods publications, Policies and guidelines, Campbell innovations:

142 fund, alle gennemset, evt. relevante valgt til gennemsyn i Refworks inkl. dublettjek: **17 fund**

SveMed – søgt 3.4.2018

#1 (exp:"Young Adult" OR exp:"Adolescent"): 10.700 fund

#2 (exp:"Mental Disorders" OR exp:"Behavioral Symptoms" OR exp:"Social Isolation" OR exp:"Loneliness" OR exp:"Social Marginalization" OR exp:"Vulnerable Populations" OR exp:"Stress, Physiological"): 16.246 fund

#3 (#1 AND #2): 2.649 fund

#4 (exp:"Early Intervention (Education)" OR exp:"Crisis Intervention" OR exp:"Psychotherapy" OR exp:"Counseling" OR exp:"Individual counseling" exp:"Distance Counseling" OR exp:"Mentoring" OR exp:"Group Practice" OR exp:"Mental Health Services" OR exp:"Health Promotion" OR exp:"Mentoring" OR exp:"Preventive Health Services" OR exp:"Preventive Psychiatry" OR exp:"Community Mental Health Services" OR exp:"family support" exp:"Therapy, Computer-Assisted" OR exp:"Program Development"): 15.863 fund

#5 (#3 AND #4): 834 fund

#6 (exp:"Program Evaluation" OR exp:"Evaluation Studies" OR exp:"Treatment Outcome" OR evaluering OR utvärdering): 9.919 fund

#7 (#5 AND #6): 160 fund, Peer reviewed/ 2008-marts 2018: 78 fund til Refworks, efter frasortering af dubletter: **75 fund**

Danske baser:

Danbib/Netpunkt – søgt. 22.3.2018

Søgt med kontrollerede emneord (lke) og fritekst. Sprog: dansk*:*

#1 (lke=ung? og sp=dan og (ma=bå eller ma=ap) og år>2007) eller (ung? eller teenager?) og sp=dan og (ma=bå eller ma=ap) og år>2007: 17.916 fund

#2 (lke=psykisk sårbar) eller (lke=psykiske problemer) eller (lke=psykiske faktorer) eller (lke=psykiske symptomer) eller (lke=psykiske reaktioner) eller (lke=socialt udsatte) eller (lke=sårbarhed) eller (lke=mistrivsel) og sp=dan og (ma=bå eller ma=ap) og år>2007: 751 fund

#3 ((sårbar? eller udsat? eller mistriv? eller problem? eller sensitiv? eller symptom? eller reaktion? eller udfordring? eller belast? eller marginaliser? og sp=dan og (ma=bå eller ma=ap) og år>2007: 14.623

#4 (#2 eller #3): 14.666 fund

#5 (#1 og #4): 1764 fund

#6 (lke=sårbare unge) eller (lke=truede unge) eller (lke=udsatte unge) og sp=dan og (ma=bå eller ma=ap) og år>2007: 272

#7 (#5 eller #6): 1861 fund

#8 (lke=intervention) eller (lke=tidlig intervention) eller (lke=indsats) eller (lke=tidlig indsats) eller (lke= forebyggende indsats) eller (lke=forebyggelse) eller (lke=rådgivning) eller (lke=behandling) eller (lke=mental sundhedsfremme) eller (lke= metode) eller (lke=motivation) eller (lem=evidensbaseret social forsorg) eller (lke=socialt arbejde) eller (lke=socialpædagogisk arbejde) og sp=dan og (ma=bå eller ma=ap) og år>2007: 7.592 fund

#9 ((intervention? eller indsats? eller støtte? eller program? eller metode? eller hjælp? eller omsorg? eller mentor? eller coach? eller kontaktperson? eller forebyg? eller præventiv? eller opspor? eller sundhedsfremme? og sp=dan og (ma=bå eller ma=ap) og år>2007: 25.562 fund

#10 (#8 eller #9): 30.381 fund

#11 (#7 og #10): 709 fund

#21 ((lke=evaluering) eller (lke=evidensbaseret viden) eller (lke=evidens) eller (lke=forskningsbaseret) eller (lke)forskningsoversigt) eller (lke=forsøg) eller (lke=forsøgsprogram) eller (lke=virkning) eller (lke=outcome) eller (lke=effekt) og sp=dan og (ma=bå eller ma=ap) og år>2007: 776 fund

#22 Fritekst: ((effekt? eller evaluer? eller resultat? eller virkning? eller outcome eller studie? eller forskning? og sp=dan og (ma=bå eller ma=ap) og år>2007: 29.357

#23 (#21 eller #22): 29.477 fund

#24 (#11 og #23): 176 fund, gennemset, åbenlyst irrelevante frasorteret (materialetype/aldersgruppe etc.), til gennemsyn i Refworks: **88 fund**

Den Danske Forskningsdatabase – søgt 5.4.2018

#1 (Ung* OR young OR teenager* OR youth OR juvenile* OR adolescen*) **AND** (sårbar* OR vulnerab* OR mistriv* OR vanskelig* OR udsat* OR problem* OR "mental disorder" OR isolation OR ensom* OR distress* OR psychosomatic OR psykosomatisk* OR disturb*) **AND** (intervention* OR rådgiv* OR counsel* OR mentor* OR forebyg* OR prevent* OR støtte* OR support* OR program* OR empower* OR indsats* OR tilbud* OR service* OR behandl* OR treatment* OR gruppe* OR group* OR famil* OR terapi* OR therapy OR "best practice" OR protect* OR psychoeducat* OR psykoedukat*) **AND** (evaluering* OR evaluation* OR effekt* OR effect* OR evidens* OR evidence* OR outcome), udgivelsesår 2008-2018, videnskabeligt niveau: 254 fund til Refworks, dubletter frasorteret: **234 fund**

Svenske baser:

LIBRIS – søgt 6.4.2018

#1 (Ung* OR young OR tonåring* OR youth OR juvenile* OR adolescen*) (sårbar* OR vulnerab* OR svårighet* OR utsatt* OR problem* OR "mental disorder" OR isolation OR utanförskap* OR ensam* OR distress* OR psykisk* OR psychosomatic OR psykosomatisk* OR disturb*) (intervention* OR rådgiv* OR counsel* OR mentor* OR förebyg* OR prevent* OR stöd* OR support* OR program* OR empower* OR insats* OR erbjudande* OR service* OR behandl* OR treatment* OR grupp* OR group* OR famil* OR terapi* OR therapy OR "best practice" OR protect* OR psychoeducat* OR psykoedukat*) (utvärder* OR evaluation* OR effekt* OR efffect* OR evidens* OR evidence* OR outcome) (ÅR:2008 OR ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011 OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 ÅR:2018): 508 fund, heraf:

465 bogtitler gennemset/48 til Refworks, 29 bogkapitler/tidsskriftartikler gennemset/21 til Refworks, Avhandlingar: 7/4 til Refworks, Annat: 1, til Refworks. I alt efter frasortering af dubletter, til gennemsyn: **69 fund**

SwePub – søgt 6.4.2018

#1 (Ung* OR young OR tonåring* OR youth OR juvenile* OR adolescen*) (sårbar* OR vulnerab* OR svårighet* OR utsatt* OR problem* OR "mental disorder" OR isolation OR utanförskap* OR ensam* OR distress* OR psykisk* OR psychosomatic OR psykosomatisk* OR disturb*) (intervention* OR rådgiv* OR counsel* OR mentor* OR förebyg* OR prevent* OR stöd* OR support* OR program* OR empower* OR insats* OR erbjudande* OR service* OR behandl* OR treatment* OR grupp* OR group* OR famil* OR terapi* OR therapy OR "best practice" OR protect* OR psychoeducat* OR psykoedukat*) (utvärder* OR evaluation* OR effekt* OR efffect* OR evidens* OR evidence* OR outcome) (ÅR:2008 OR ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011 OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 ÅR:2018): 689 fund, heraf:

Rapporter: 87, titler gennemset/8 til Refworks, Tidskriftsartikel: 255, gennemset/26 til Refworks, Konferensbidrag: 83 gennemset/7 til Refworks, Forskningsöversikt: 15 gennemset/ingen relevante, Doktorsavhandling: 216 gennemsey/19 til Refworks. I alt efter frasortering af dubletter, til gennemsyn: **60 fund**

Norske baser:

NORA – norske vitenarkiv – søgt 6.4.2018

#1 (Ung* OR young OR tenåring* OR youth OR juvenile* OR adolescen*) AND (sårbar* OR vulnerab* OR mistriv* OR vanskelig* OR problem* OR "mental disorder" OR isolation OR isolasjon OR ensom* OR einsam OR distress* OR psychosomatic OR psykosomatisk* OR disturb*) AND (intervention* OR intervensjon* OR rådgiv* OR counsel* OR mentor* OR forebyg* OR prevent* OR støtte* OR support* OR program* OR empower* OR innsats* OR tilbud* OR service* OR behandl* OR treatment* OR gruppe* OR group* OR famil* OR terapi* OR therapy OR "best practice" OR protect* OR psychoeducat* OR psykoedukat*) AND (evaluering* OR evaluation* OR effekt* OR efffect* OR evidens* OR evidence* OR outcome): 342 fund, heraf:

297 studentarbeider, ikke relevante, 19 tidsskriftartikler gennemset/7 til Refworks, 6 rapporter, til Refworks, 19 avhandlinger gennemset/ 5 til Refworks, 7 publikationer: Annet, ingen relevante. I alt til gennemsyn: **18 fund**

Oria.no – søgt 9.4.2018:

#1 (Tenåring* OR ung*) AND (sårbar* OR problem* OR mistriv* OR ensom* OR isolasjon) AND (intervensjon OR innsats OR program OR metode) AND (evaluering* OR effekt OR evidens OR evidence OR outcome), avgrenset til: årstall: 2008 til 2018: 863 fund, avgrenset til: Språk: Engelsk, Norsk (bokmål og nynorsk), Dansk, Svensk / Avgrenset til materialtype: Tekstressourcer (rapporter): 38 gennemset, 4 til Refworks / Avgrenset til: fagfellevurderte tidsskrift: 315, tjekket for dubletter fra øvrig søgning, derefter 5 til Refworks / Avgrenset til: Bøker: 189 gennemset, tjekket for dubletter fra øvrig søgning, derefter 2 til Refworks. I alt til gennemsyn fra Oria: **11 fund**

Hjemmesider – søgt 7.-15. maj 201

Gennemset via emneindgange og/eller søgt ved søgemulighed. Evt. relevante publikationer er indlagt i Refworks til gennemsyn (efter dublettjek):

DANMARK

Socialstyrelsen:

Unge/Psykisk sårbarhed/Udgivelser: https://socialstyrelsen.dk/unge/psykisk-saarbarhed: **10 fund**

Psykiske vanskeligheder/Udgivelser: https://socialstyrelsen.dk/handicap/psykiske-vanskeligheder/udgivelser: **8 fund**

Sundhedsstyrelsen:

Børn og unge/Psykiatri og mental sundhed: https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/boern-og-unge: **1 fund**

Børn og unge/ 16-24 årige: https://www.sst.dk/da/udgivelser/~/link.aspx?_id=8895F9F08F3C333EA5791D9D828D7A7D&_z=z: **0 fund**

Udgivelser om mental sundhed: https://www.sst.dk/da/udgivelser/~/link.aspx?_id=88B6982E7FA940B0803FEFAE8E80DAA6&_z=z: **5 fund**

Udgivelser om psykisk sygdom: https://www.sst.dk/da/nkr/udgivelser/psykisk-sygdom: **2 fund**

Dansk Clearinghouse:

Udgivelser: http://edu.au.dk/forskning/danskclearinghouseforuddannelsesforskning/udgivelser/: **2 fund**

Evidensbasen, Sundhed og sundhedsfremme: http://edu.au.dk/forskning/danskclearinghouseforuddannelsesforskning/evidensbasen/: **3 fund**

KL. Kommunernes Landsforening:

Udsatte børn og unge: http://www.kl.dk/Kommunale-opgaver/Born-og-unge/Udsatte-born-og-unge/: **2 fund**

Inklusion og fællesskaber – gennemset: 0 fund

Ungdomsuddannelser og ungdomsskoler: http://www.kl.dk/Kommunale-opgaver/Born-og-unge/Ungdomsuddannelser/: **2 fund**

SVERIGE

Kunskapsguiden

(Søger på tværs vedr. publikationer fra *Socialstyrelsen, SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Sveriges Kommuner och Landsting, Folkhälsomyndigheten, Forte, NKA* m.fl.): http://www.kunskapsguiden.se

Psykisk ohälsa: http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Sidor/default.aspx: **2 fund**

Barn och unga / Teman (temaer): http://www.kunskapsguiden.se/barn-och-unga/Teman/Sidor/default.aspx: **11 fund**

NORGE

Folkehelseinstituttet:

Psykisk helse hos barn og unge: https://www.fhi.no/: **3 fund**

Fontene:

Forskningsartikler, 2010-2017: http://fonteneforskning.no/: **0 fund**

Helsedirektoratet:

http://www.forebygging.no/Rapporter-og-undersokelser/Temarapporter/: **1 fund**

Kunnskapssenteret, Norge:

https://forskning.no/institusjon/nasjonalt-kunnskapssenter-helsetjenesten-0: **2 fund**

NUBU – Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (Tidl. Atferdssenteret),

Publikasjoner (2010-2018): https://forskning.no/institusjon/nubu: **4 fund**

Ungsinn, Norge: *Liste over alle tiltak i Ungsinn:* https://ungsinn.no/tiltak-liste/: **2 fund**

ENGLAND /UK

C4EO, Centre for Excellence:

Resources and publications: https://www.ncb.org.uk/resources-publications/resources-library: **5 fund**

EPPI Centre, Social Science Research:

Knowledge library: https://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=60: **2 fund**

SCIE, Social Care Institute for Excellence:

A-Z subject topic/ Gennemset: *Mental health/Mental health problems/Prevention/Psychotherapy/Young adults /Young people*: https://www.scie.org.uk/atoz/: **2 fund**

Google:

Søgt i variationer: psykisk sårbar(e), ung(e), indsats, forebygge/forebyggelse: gennemset de første sider, valgt: **9 fund**

I alt fra søgning: 2861 fund

Bilag 3 Eksempler på aktører på området

Aktør	Formål og virke
Sundhedsområdet	
Sundhedsministeriet	Vi skaber grundlaget for ministrenes og regeringens beslutninger på sundheds- og ældreområdet og bidrager til at formulere dagsordener, finde løsninger og skabe sammenhæng. SM vil bidrage afgørende til udviklingen af et sundt Danmark. Vi vil sætte rammerne for et velfungerende, moderne og effektivt sundhedsvæsen med borgeren i centrum. (Kilde:sm.dk, citat fra: ”Mission, vision og værdier”)
Sundhedsstyrelsen	Sundhedsstyrelsen varetager opgaver inden for forebyggelse og sundhedsfremme. Opgaverne består af: at formidle viden til befolkningen og myndigheder om befolkningens sundhedstilstand, sundhedsmæssige risikofaktorer og forebyggelse af fx usund livsstil; at fremme strukturelle, forebyggende indsatser. Kilde: sm.dk/.
Komiteen for sundhedsoplysning	Komiteens hovedaktiviteter er projektudvikling, efteruddannelse af sundhedsprofessionelle, kursusvirksomhed og foredrag samt udgivelse og distribution af sundhedsoplysende materialer. Kilde: www.sundhedsformidling.dk/
Vidensråd for forebyggelse	Vidensråd for Forebyggelse består af 15 forskere inden for sundhed og samfund. Rådet samler, bearbejder og formidler viden baseret på forskning. Målet er at bidrage til, at borgere lever et bedre og længere liv. Kilde: www.vidensraad.dk/
Danske Regioner	Regionernes hovedopgave er at styre det danske sundhedsvæsen, og varetager også opgaver inden for socialområdet og regional udvikling. Kilde: www.regioner.dk/
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (BUP-DK)	BUP-DK er et lægevidenskabeligt selskab, hvis formål er at fremme dansk børne- og ungdomspsykiatri. I særlig grad forskning, at sikre den bedst mulige uddannelse af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, at arbejde for at børn og unge får et optimalt behandlingstilbud og at udbrede kendskabet til børne- og ungdomspsykiatri. Kilde: www.bupnet.dk/forside
Socialområdet	
Socialministeriet	Børne- og Socialministeriet har det overordnede ressortansvar for socialområdet, dagtilbudsområdet og familieretsområdet. Heri indgår bl.a. ansvaret for kommunernes indsatser over for børn, unge og voksne, der er socialt udsatte eller har psykisk eller fysisk nedsat funktionsevne, ansvaret for dagtilbud. Kilde: https://socialministeriet.dk/ministeriet/
Socialstyrelsen	Socialstyrelsen bidrager aktivt til en vidensbaseret socialpolitik, der medvirker til en effektiv social indsats til gavn for borgerne. Kilde: https://socialstyrelsen.dk/
Beskæftigelsesområdet	
	Indsatser hvor unge jobsøgende under 30 får støtte til at komme ind på arbejdsmarkedet.
Kommuner/regioner	
PPR, Pædagogisk Psykologisk Rådgivning	Målrettet børn, unge og deres forældre, som oplever problemer.
PsykInfo	Videnscentre rundt i de forskellige regioner, der arbejder for at udbrede viden om psykiske lidelser.
Uddannelsesområdet	
Studenterrådgivningen til videregående uddannelser	Yde rådgivning og behandling til studerende på SU-godkendte videregående uddannelser når studielivet er alvorligt udfordret på grund af studiemæssige, personlige og sociale vanskeligheder. Stiller viden til rådighed ved at målrette informationsvirksomhed til målgruppen og øvrige interessenter i form af oplysningsmaterialer og selvhjælpsværktøjer. Kilde: www.srg.dk/

Aktør	Formål og virke
Studenterpræster på danske universiteter	Studenterpræsten har tavshedspligt, og samtalerne tager udgangspunkt i det, du gerne vil tale om. Det kan være alt fra mindre overvejelser eller udfordringer på studiet til personlige problemer og tanker om fremtiden.
Bogstøtten	Bogstøtten er et tilbud til psykisk sårbare studerende, med eller uden diagnose. I Bogstøtten kan du få støtte og vejledning til at komme igennem dine studier, men også til at få et afbalanceret studieliv med plads til både arbejde og fritid. Kilde: www.fountain-house.dk/bogstotten
UU	Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU). Kilde: www.ug.dk/6til10klasse/ungdommens-uddannelsesvejledning
FGU	Forberedende Grunduddannelse (FGU). Samler 1) Ungdommens Uddannelsesvejledning, 2) SSP, 3) PPR, 4) SPS, 5) turboforløb og 6) misbrugsindsats. Starter først op i aug. 2019 og overtager UU og PPR funktioner. Kilde: https://uvm.dk/reform-af-de-forberedende-tilbud
SGU	Studenterrådgivningen (SGU) Kilde: www.srg.dk/da
Interesseorganisationer	
Sind	SIND- Landsforeningen for psykisk sundhed Kilde: www.sind.dk/
LMS - Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade	LMS arbejder både for mennesker berørt af en spiseforstyrrelse eller selvskade og for deres pårørende. Kilde: www.lmsos.dk/
Angstforeningen	Foreningens formål er at virke som landsdækkende patientforening for angstramte ved at varetage deres interesser, udbrede viden om og forebygge angstlidelser samt informere om behandlingen af disse. Kilde: https://angstforeningen.dk/
Bedre Psykiatri	Bedre Psykiatri er et tilbud til alle, der kender et menneske med psykisk sygdom. Bedre Psykiatri taler pårørendes sag over for politikere og fagfolk i psykiatrien, opsamler og generer viden omkring værdien af pårørende i psykiatrien, sætter pårørendes vilkår og ressourcer på dagsorden, skaber lokale netværk og samtalegrupper for pårørende. Kilde: www.bedrepsykiatri.dk/
OCD-foreningen	Gennem rådgivning at støtte og hjælpe de OCD-ramte og deres pårørende. Oplyse og udarbejde informationsmateriale om OCD til ramte, pårørende og ikke mindst til behandlingssystemerne. Kilde: www.ocd-foreningen.dk/
Depressionsforeningen	Depressionsforeningen er en ambitiøs landsdækkende forening og et unikt fællesskab for mennesker med depression, bipolar lidelse og deres pårørende – syge som raske. En forening skabt, drevet og baseret på frivillighed. Kilde: www.depressionsforeningen.dk/
Fonde/investorer	
TrygFonden	Nogle projekter driver vi selv. Andre bliver til i samarbejde med førende organisationer og andre igen som donationer. Fælles for alle indsatser er, at de skal bidrage til at afhjælpe et klart defineret samfundsproblem. Kilde: www.trygfonden.dk/
Psykiatrifonden	Psykiatrifonden er en humanitær, sygdomsbekæmpende organisation, der arbejder for at fremme psykisk sundhed, så alle får mulighed for at leve et godt liv, uanset om de er psykisk sårbare, har en diagnose eller oplever en midlertidig krise. Kilde: www.psykiatrifonden.dk/
Nordea-fonden	Nordea-fonden har et almennyttigt og velgørende formål. Kilde: www.nordeafonden.dk/
Mary Fonden	Alle har ret til at høre til. Det er grundtanken i Mary Fonden, som er stiftet med det formål at bekæmpe social isolation. Kilde: www.maryfonden.dk/

Aktør	Formål og virke
AskovFonden	AskovFonden arbejder nonprofit med at udvikle sociale løsninger til udsatte i samfundet. Kilde: www.askovfonden.dk/
VeluxFonden	VeluxFonden er en almennyttig fond, der støtter videnskabelige, kulturelle, sociale og miljømæssige formål. Kilde: www.veluxfoundations.dk/da
Vidensorganisationer	
SIF – Statens Institut for Folkesundhed	SIF er et nationalt forskningsinstitut, der forsker i folkesundhed (under SDU – Syddansk Universitet). Kilde: www.sdu.dk/da/sif
VIVE	VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd leverer viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og til at styrke kvalitetsudvikling, effektivisering og styring i den offentlige sektor både i kommuner, regioner og nationalt. Kilde: www.vive.dk
CEFU (AAU, Institut for Læring og Filosofi på Aalborg Universitet, Campus København)	Center for Ungdomsforskning (CeFU) forsker i unge, ungdom og ungdomsliv. CeFU arbejder tværfagligt, problemorienteret og praksisrelateret. Kilde: www.vioss.dk/forside/
VioSS	Videnscenter om Spiseforstyrrelser og Selvskade. Kilde: www.vioss.dk/forside/
Center for Selvmordsforskning (selvejende institution under Børne- og Socialministeriet).	Formål:1) at forske i selvmordsadfærd og at føre to offentlige registre: Register for selvmordsforsøg og Register for Selvmord samt at at bidrage med viden om selvmordsadfærd, 2) at formidle viden med henblik på forebygge selvmordsadfærd, 3) at bidrage til undervisning og uddannelse af de personalegrupper. Kilde: www.selvmordsforskning.dk/
NGO/private aktører	
Ungdomsbureauet	Vores mission er at engagere flere og skabe ny viden og debat om unges muligheder og livsvilkår gennem mødet med unge. Vi vil sikre unge muligheder for at komme til orde og for at få indflydelse. Kilde: www.ungdomsbureauet.dk/
SUS	Vores mål er at forbedre livskvaliteten for mennesker, der har brug for en ekstra hånds-ræk-ning. For eksempel fordi de har et fysisk eller kognitivt handicap eller en psykisk lidelse, eller fordi de har problemer med hjemløshed eller misbrug.
Øvrige	
WHO	Verdenssundhedsorganisationen til varetagelse af international sundhed. Kilde: www.who.int/
Nordisk Velfærdscenter	Nordens Velfærdscenters opgave er at styrke de nordiske landes samarbejde på velfærdsområdet. NVC yder tilskud til og støtter netværk, faciliterer erfaringsudveksling, formidler viden og gennemfører nordisk samarbejde. NVC har kontorer i Finland og Sverige. Kilde: www.nordicwelfare.org/da/
Nordisk Ministerråd	De nordiske regeringers officielle samarbejdsorgan. Kilde: www.norden.org/da

Bilag 4 Eksempler på forebyggende indsatser i Danmark til unge i psykisk mistrivsel

Indsatser	Indsats (type, formål, indhold og teori)	Metode/intervention	Målgruppe	Implementering	Afprøvet og dokumenteret	Link til dokumentation?	Effekt/virkningsmål/design	Resultat
ABC for mental sundhed	ABC for mental sundhed er en forskningsbaseret indsats, der giver et nyt, positivt og handlingsorienteret fokus på mental sundhed ved at bidrage med råd, der styrker den mentale sundhed og trivsel.	ABC giver råd om mental sundhed ved at bidrager med konkrete råd. ABC linker desuden til potentielle fællesskaber, som der kan opsøges.	Alle	Råd og links på hjemmeside. http://www.abcmentalsundhed.dk/	ABC bliver p.t. evalueret af Statens Institut for Folkesundhed.	Nej	Vides ikke	Vides ikke
Børnetelefonen	Børnetelefonen er børnenes linje til rådgivning eller trøst. Det er gratis og anonym rådgivning om små og store børneproblemer. Børnetelefonen giver gode råd og forklarer børn om deres rettigheder.	Alle rådgiverne på Børnetelefonen er frivillige med børnefaglige kompetencer. Rådgiverne har arbejdet med børn og unge i praksis, og de har en teoretisk viden om børns pædagogiske, sociale- og psykologiske udvikling.	Børn	400 frivillige rådgivere, der sidder klar ved telefonen. Også rådgivning på sms, chat eller igennem vores brevkasse samt et børn hjælper børn-forum. https://www.bornetelefonen.dk/	Ja, men ikke offentligt tilgængelig.	Nej	Vides ikke	Vides ikke
Cyberhus	I Cyberhus kan børn og unge tale med en voksen, der lytter og prøve at hjælpe	Rådgivning over brevkasse eller chat, peer to peer, net-opholdssted.	9-23 år	Gratis platform på nettet. Alle voksne rådgivere er frivillige, men har en relevant faglig baggrund, og er derudover oplært i online rådgivning af Cyberhus. https://cyberhus.dk/	Ja, Ineva har lavet en evaluering i 2010. Der er løbende interne evalueringer. Der kommer desuden en ekstern evaluering til December.	https://cyberhus.dk/sites/default/files/cyberhusdk/dokumenter/EvalueringCyberhus2008-2010-.pdf	Evalueringen data er fra: Google Analytics, registreringer vedrørende chatrådgivningen og cyberskolen. Derudover årsrapporter regnskaber	Evalueringens konklusion er, at Cyberhus har en vigtig position for en gruppe

Forberedende Grunduddannelse (FGU)	De retningsgivende mål for Forberedende Grunduddannelse følges på lokalt og nationalt niveau[27]. Det primære mål med Forberedende Grunduddannelse (FGU) er, at give de unge kompetencer til at gå i gang med en ordinær uddannelse. Sekundært er det målet at gøre de unge parate til at indgå på et ufaglært arbejdsmarked. Det ufaglærte arbejdsmarked kræver ofte gode personlige og sociale kompetencer og specialiserede faglige kompetencer, for eksempel med krav om certifikater. Det er op til kommunerne selv at fastlægge den konkrete organisering af ungeindsatsen, men målet er et samarbejde omkring den unge ved at skabe en tværgående kommunalt forankret indsats. Det kommunale ansvar for målgruppen betyder, at kommunerne får ansvaret for at koordinere den samlede kommunale ungeindsats.	Unge under 25 år, der ikke har gennemført eller er i gang med en ungdomsuddannelse og som heller ikke er i beskæftigelse Man skal være påbegyndt før, at man er fyldt 25 år.	Implementeres i August 2019. https://uvm.dk/reform-af-de-forberedende-tilbud/forberedende-grunduddannelse	Nej	Nej	Nej	Nej
GirlsTalk	Girl Talk er et frirum til de piger, der har problemer med selvskade, spiseforstyrrelser, skilsmisse, mobning selvmordstanker, depression, stress, lavt selvværd. GT mener, at alle er særlige og har brug for en at snakke med. Rådgivning, Individuelle samtaler, familiesamtaler samt forældresamtaler	12-24 år.	Primært anonym digital rådgivning varetaget af frivillige unge piger. Samtaler med psykolog mod betaling. Derudover udbydes foredrag. 125 frivillige rådgivere, 6 ansatte og en frivillig bestyrelse.	Ja	https://girltalk.dk/images/pdf/Evalueringsrapport.pdf	Analyser på baggrund af både kvalitativt og kvantitativt data indsamlet over et forløb på halvandet år af Socialt Udviklingscenter SUS.	Ifølge rapporten mener 3 ud af 4 brugere, at GirlTalk.dk støtter dem i hverdagen.
Headmatters	Information om psykiske lidelser hos børn og unge	Unge	Platform med information	Nej	Nej	Vides ikke	Vides ikke

[27] Den politiske målsætning er, at mindst 90 pct. af de 25-årige skal gennemføre en ungdomsuddannelse, og andelen uden tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarkedet skal halveres. FGU skal hjælpe til at opnå dette mål ved at tage udgangspunkt i de unges forudsætninger og kompetencemål og har fokus på de unges vej mod uddannelse eller beskæftigelse.

	Information og generisk ikke-personlig rådgivning						
Headspace	Headspace er rådgivningstilbud, der skal virke før problemer såsom modløshed, kaotiske tanker etc. bliver så omfattende, at kommunen må træde til. Headspace vil møde de unge i øjenhøjde og hjælpe de unge på de unges præmisser Rådgivning gennem chat eller samtale	12-25 år	Rådgivningen sker i de ét af de 17 centre, der findes i landet. Headspace er drevet af 450 frivillige	Ja. Men det er ikke offentlig tilgængelig	Nej	Vides ikke	Vides ikke
KISS	Det er et kursus, der opkvalificerer ansatte i landets kommuner til bedre at kunne opspore og tage hånd om borgere, der lider af spiseforstyrrelse eller selvskade. Målet er at forbedre den tidlige og rehabiliterende indsats. Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade - LMS har udviklet undervisningsmaterialet og står for undervisningen. Vi har mange års erfaring med undervisning, rådgivning og formidling, og vores undervisere er fagpersoner, som har erfaring med emnet og målgruppen.	Borgere, der lider af spiseforstyrrelse eller selvskade.	Kurset henvender sig til en bred målgruppe blandt kommunens ansatte, da det både sætter fokus på tidlig opsporing og rehabilitering	Vides ikke	Nej	Vides ikke	Vides ikke
Livslinjen	Livslinjen vil forebygge selvmord ved at få selvmordstruede til at se andre muligheder. Ifølge Livslinjen er selvmordstanker ikke nødvendigvis et udtryk for, at man vil dø. Det er nærheden ikke diagnosen, der er afgørende for et menneske i krise. Rådgivning gennem dialog.	Alle	Telefon og net-rådgivning ydes af frivillige rådgivere.	Natrådgivningen blev evalueret ekstern af Deloittes i 2014. Bestilt af sundhedsministeriet. 2017 blev de akkrediteret af rådgivning Danmark.	Nej, Ikke offentlig tilgængeligt, men det kan måske graves frem.	Vides ikke	Vides ikke
Lær at takle angst og depression	”Lær at takle angst og depression” er et gruppeforløb for unge der har symptomer på angst og depression. ”Lær at takle” tilbyder korte kursusforløb, der giver redskaber til selvhjælp. På de gratis gruppeforløb får man redskaber til at tackle det, der føles svært og	15-25-årige	LÆR AT TACKLE udbydes og afholdes af kommunerne. Holdet ledes af to instruktører, som selv har prøvet at have angst eller depression. Man mødes en gang i ugen i 2½ time, 7 uger i træk. Der er ca. 12-14 unge på et hold.	Indsatsen er evalueret for dem, der er 18+. Ungeindsatsen er baseret på denne evaluering. Der er en igangværende evaluerings.	http://www.patientuddannelse.info/media/155554/ungeindsats_fungerer_godt.pdf	Vides ikke	* Indsatsen fungerer godt blandt unge • De unge får redskaber til at håndtere deres

	mulighed for at blive en del af et fællesskab med andre ligesindede unge. Forløbet er baseret på et program, der er udviklet på Stanford Universitet.						sympto-mer • De unge oplever indsatsen som relevant for deres situation
Minda-pps.dk	MindApps er udviklet af psykiatrien i Region Syddanmark, der sætter fokus krydsfeltet mellem teknologi og psykiske lidelser. MindApps er dels en apptjekker, der sikrer at apps angående psykisk helbred er høj kvalitet, dels et mødested for patienter, behandlere, forskere der vil udveksle ideer, udvikling og evaluering til sikring af kvaliteten af forskellige apps.	Alle	Man kan søge efter apps til bestemte målgrupper og indsatser. Læse anmeldelser. Få viden om muligheder og begrænsninger ved brug af apps i psykiatrien. Få inspiration til hvordan apps kan hjælpe	Nej	Nej	Nej	Nej
Mindhelper	Mindhelper vil hjælpe unge tidligt, inden problemer vokser dem over hovedet. Derudover vil Mindhelper bidrage til at forebygge trivselsproblemer og hjælpe unge med at foretage relevante selvstøttende handlinger. Rådgivning, vidensdeling, personlig hjælp i brevkasse, vejledning til mere hjælp.	Unge	Tekst på hjemmeside, brevkasse på hjemmeside. Svar fra psykologer eller psykologistuderende	Ja	http://mindhelper.dk/wp-content/uploads/2017/11/Effektevaluerings-rapport.pdf	Indsamling af kvalitativ og kvantitativ data: • 13 interviews med unge • 7 interviews med relevante fagpersoner •Spørgeskema-undersøgelse foretaget blandt besøgende på Mindhelper.dk • Analyse af datatræk fra Site Improve. • Analyse af data fra Facebook	Mindhelper.dk har mere end levet op til den målsætning, ift. besøgstal og oplevelse af sitet. Mindhelper er i mindre grad lykkedes med at rette hjælp til unge med begyndende psykiske vanskeligheder

							eller mistrivsel.
Mindtalk	MindTalk er LMS workshop om selvværd. MT vil sikre den mentale sundhed ved at forebygge nye tilfælde af spiseforstyrrelser og selvskade. Det vil de gøre ved at styrke de unges selvtillid, så de ikke påvirkes negativ af de kropsidealer, der fremstilles i idealerne. Mindtalk tilbyder redskaber til at styrke eget og andres selvværd. Børnene skal udvikle et sprog, så de bedre kan udtrykke deres følelser.	13-17 år. (MindTalk er ved at udvide, så tilbuddet også gælder først folkeskoler og senere ungdomsuddannelser og produktion højskoler).	De forbyggende og oplysende workshops koster mellem 1500-2600 kr.	Ja, LMS har en vidensafdeling ViOSS, der evaluerer indsatserne. De har lavet tilfredshedsevaluering, som del af en afrapportering til Velux-fonden, men den er ikke offentligt tilgængelig.	Nej	Vides ikke	Vides ikke
MindU	mindU er et projekt udviklet af Det Sociale Netværk, der sætter fokus på psykisk sårbarhed og mental trivsel blandt unge, der går til konfirmandforberedelse. MindU vil skabe et nyt rum for talen om mental sundhed uden for klasseværelset. MindU er et gratis undervisningskoncept til præster, der er interesseret i at arbejde med psykisk sårbarhed og trivsel som en central del af konfirmandforberedelsen. Tanken er, at konfirmander i præsten har en anden voksenautoritet at spille op imod, ligesom talen om tro og følelser – både de svære og de umiddelbare – får en helt anden dimension hos præsten. MindU kan dog også bruges af lærere i folkeskolen.	Konfirmander	Workshop med medfølgende undervisningsmateriale.	Ja, men ikke offentlig	Nej	Vides ikke	Vides ikke
Psykisk sårbar (Det Sociale Netværk)	Det Sociale Netværk - overordnede mål er at fjerne tabuer og fordomme på social- og psykiatriområdet og dermed skabe grundlaget for en bedre og mere sammenhængende indsats for samfundets udsatte og psykisk sårbar. DSN mener, at alle mennesker har brug for at blive set og hørt.	Alle	Hjemmesiden: https://www.psykisksaarbar.dk/om-det-sociale-netvaerk	Nej	Nej	Nej	Nej

	DSN er en platform, hvor man kan skrive og dele din historie, så andre kan få glæde af ens erfaringer. Derudover har Foreningen DSN iværksat en række initiativer for psykisk sårbare såsom: Kom Trygt Ud, Unge På Vej, MindU, Byg Bro, headspace, Ungekompasset, Peer-støtte i Region Hovedstaden						
Pædagogisk Psykologisk Rådgivning	Formålet med PPR er generelt at understøtte de specialpædagogiske opgaver for kommunens børn og unge. Der med inklusion i almene skoler og dagintitutioner ved at hjælpe og vejlede de professionelle voksne omkring børn og unge i udviklingsmæssige, faglige og sociale vanskeligheder. Rådgivning og vejledningstilbud PPR rådgiver institutioner og skoler omkring 0-18-årige børn og unge med specialpædagogiske problemstillinger.		Rådgivning omkring børn almenområdet varetages af psykologer og tale/hørepædagoger, der har hjemme i områdernes tværfaglige støttefunktioner. Men PPR er også en del af ressourcecentrene ude på skolerne	Nej	Nej	Nej	Nej
Regionstrivsel	Region Syddanmark har igangsat en række initiativer, bl.a. kursusforløb rettet mod vejledere, mentorer, undervisere og ledere på ungdomsuddannelser og produktionsskoler. Formålet er at: Understøtte den generelle trivsel på ungdomsuddannelserne, bl.a. ved at øge opmærksomheden på psykisk sundhed og forebyggelse • Styrke fokus og færdigheder hos de professionelle voksne, så de kan understøtte trivsel på ungdomsuddannelsen og blive bedre til at spotte de unge, der ikke trives. Dette formål opnås ved at give undervisere og vejle-	Undervisere, mentorer, studievejledere, ledere og øvrige medarbejdere, der har daglig kontakt medunge under uddannelse på ungdomsuddannelser, produktionsskoler etc.	Kurset består af en vekselvirkning mellem oplæg og workshops– evt. med afsæt i cases. Underviserne har alle mangeårig praksiserfaring med sårbare unge og har arbejdet med psykisk sygdom/mistrivsel samt psykisk sundhed/trivsel og mestring	Ja	http://docplayer.dk/43310181-Evaluering-af-den-tvaergaaende-indsats-trivsel-og-psykisk-sundhed-paa-ungdomsuddannelserne-region-syddanmark-rapport.html	Kvantitativt og kvalitativt datagrundlag består af fokusgruppeinterviews med elever og lærere smat spørgeskemaundersøgelser.	Resultaterne viser, at der er en positiv udvikling i trivslen hos 13 pct. af eleverne, der i førmålingen har vurderet deres trivsel til at være dårlig eller nogenlunde, og som dermed udgjorde den primære

	dere øget viden og forståelse for, hvordan man møder og støtter disse unge.						mål-gruppe for Region Syddanmarks indsats. Hertil kommer, at der er i resultaterne fra effektmålingen er tendens til at samtaler har positiv indflydelse på elevtrivslen
Skolesundhed	Skolesundhed.dk er et redskab, som understøtter kommunernes store indsats for, at børn og unge trives godt. Redskabet er baseret på spørgeskemaer målrettet forældre, børn og unge. Viden fra spørgeskemaerne giver kommunen overblik over trivsel og sundhed på både klasse-/stue-, skole-/institutions- og kommuneniveau i form af børne- og ungeprofiler. Skolesundhed.dk skaber en tværfaglig platform, der giver anledning til dialog og bedre mulighed for at støtte det enkelte barn og den enkelte unge. Den viden, der indsamles via Skolesundhed.dk, gør det muligt at nytænke indsatser samt – i højere grad end tidligere – at målrette	Børn i skolealderen	Forskellige undersøgelser i løbet af året. Småbørnsundersøgelser Grundskoleundersøgelser Ungeprofilundersøgelsen Undervisningsmiljøvurdering Den nationale trivselsmåling Skolesundhed PLUS	Nej	Nej	Nej	Nej

	ressourcerne til børn og unge med særlige behov.						
Startlinjen	Startlinjen er en landsdækkende, gratis og frivilligbaseret telefonrådgivning. Startlinjen værdier er, at det smertefulde er en del af livet, og at alle er i stand til at handle og skabe forandring. Det understreges, at rådgivning, der varetages af frivillige, bygger på et ægte engagement, hvorved der skabes et særligt rum, hvor den enkelte kan genfinde troen på sig selv og håbet for fremtiden. Startlinjen udbyder telerådgivning med retning. Det vil sige samtaler, der giver redskaber, håb, indsigt samt kompetencer og strategier der gør den sårbare i stand til at forandre en kritisk livssituation. En kritisk livssituation kan eksempelvis skyldes psykisk sårbarhed, ensomhed, svigt, samlivsophør, afskedigelse, tab eller en vanskelig rolle som pårørende.	Alle, men man skal helst være 18+	Startlinjen består af frivillige rådgivere. De er alle over 28 år og grundigt uddannet i Startlinjens værdier og metoder.	Ja.	https://issuu.com/startlinjen/docs/startlinjens__rsberetning_2017	Metoden er, at der bliver spurgt til 6 fremsatte effektmål efter hver samtale.	83pct. af brugerne tager noget med sig fra samtalerne. Dette indfrier målsætningen på 80 pct.
SU til unge med varige funktionsnedsættelser	Studerende på videregående uddannelser kan få et handicaptillæg sammen med et SU-stipendium og studielån eller sammen med slutlån. Økonomisk støtte til personer med fysisk og psykiske funktionsnedsættelser	Adgangsgivende er: Svære psykiske og psykosociale vanskeligheder, fx som følge af angst, fobier, autisme, personlighedsforstyrrelser.	Betingelsen for handicaptillægget er, at den studerende på grund af varige fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser har meget betydelige begrænsninger i evnen til at tage erhvervsarbejde. Det er Styrelsen for Statens Uddannelsesstøtte, der bevilger tillægget.	Nej	Nej	Nej	Nej
Unge på vej	Unge på vej er Det Sociale Netværks rejsehold. Unge På Vej, hjælper med at sætte på dagsordenen -	Unge på ungdomsuddannelse eller videregående uddannelser	De unge tager rundt og fortæller om deres erfaringer med en vanskelig og udfordrende ungdomstid, og hvordan de har lært af deres erfaringer samt,	Nej	Nej	Nej	Nej

	vedrørende emner som usikkerhed, ensomhed, mindreværd, stress, præstationsangst og lignende - rundt omkring i landet på ungdomsuddannelser, videregående uddannelser eller der hvor der er behov for det. Unge På Vej er, at det er bygget op omkring og formidlet af de unges personlige erfaringer ved selv at være eller have været psykisk sårbar eller pårørende til en, der er psykisk sårbar.		hvad der skal til for at passe på deres psykiske sundhed.				
Ungekompasset	Ungekompasset er en digital GPS, der samler Danmarks forskellige tilbud i én database. UK nedbryder tabuer, giver mulighed for netværk og gøre adgangen til ungdomsuddannelser lettere. UK er en database med links til viden og behandlingstilbud. Desuden kan psykisk sårbare dele deres personlige historier på sitet.	Psykisk sårbare børn og unge	UK er en hemmeside, som giver et overblik over relevante tilbud til sårbare unge, og som fungerer en platform for kommunikation til og med unge.	Ja, men det er ikke offentlig tilgængelig	Nej	Vides ikke	Vides ikke
Ventilen	Ventilen er en frivillig social organisation, der driver tilbud for ensomme unge og arbejder for at skabe viden og debat om ungdomsensomhed. Ventilen yder hjælp til selvhjælp. Ung til ung. Mødestedsaktiviteter. Husmøder	15-25 år	Ventilen driver 18 lokale ventilforeninger. Ventilens ansatte og frivillige holder desuden foredrag om ensomhed.	Ja, der udgives årlige dokumentationsrapporter	https://ventilen.dk/site_media/user_files/Dokumentation/Moedesteder_dokumentationsrapport_2016.pdf	Analyser på baggrund af både kvalitativt (interview) og kvantitativt data	Ud af de fem opstillede succesmål for de unges oplevelser og udbytte af Ventilen blev de fire opnået helt.

							Det sidste mål blev delvist opnået (resultatet er én procent under det fastlagte mål.)
VærDig	VærDig hjælper folk, der føler ubehag ved sin krop. Den teoretiske baggrund er, at negative tanker omkring kroppen og kontrol med vægt, mad og motion ofte dækker over noget andet. Det kan altså være en måde at håndtere stress, kaos eller bekymringer i hverdagen. Rådgivning individuelt, i grupper eller som familiesamtaler.	12-25 år	Individuel eller grupperådgivning. Rådgivningen tager udgangspunkt i de lokale Headspace kontorer i Storkøbenhavn, Syddanmark og Midtjylland, hvor det er muligt at få samtaler med rådgivere og frivillige, der har indsigt i problematikken.	Nej.	Nej	Vides ikke	Vides ikke

VIDEN VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD