



EN RAPPORT FRA

VIDENSRÅD FOR FOREBYGGELSE
KRISTIANIAGADE 12
2100 KØBENHAVN Ø

VFF@DADL.DK
WWW.VIDENSRAD.DK

MENTAL SUNDHED OG SYGDOM HOS BØRN OG UNGE I ALDEREN 10-24 ÅR

FOREKOMST, UDVIKLING OG FOREBYGGGELSE- MULIGHEDER

AF

PIA JEPPESEN CARSTEN OBEL LISBETH LUND KATHRINE BANG MADSEN LINE NIELSEN MERETE NORDENTOFT



EN RAPPORT FRA

VIDENSRÅD FOR FOREBYGGELSE
KRISTIANIAGADE 12
2100 KØBENHAVN Ø

VFF@DADL.DK
WWW.VIDENSRAD.DK

MENTAL SUNDHED OG SYGDOM HOS BØRN OG UNGE I ALDEREN 10-24 ÅR

FOREKOMST, UDVIKLING OG FOREBYGGELSE- MULIGHEDER

AF

PIA JEPPESEN
CARSTEN OBEL

LISBETH LUND
KATHRINE BANG MADSEN

LINE NIELSEN
MERETE NORDENTOFT

MENTAL SUNDHED OG SYGDOM HOS BØRN OG UNGE I ALDEREN 10-24 ÅR – FOREKOMST, UDVIKLING OG FOREBYGGELSESMULIGHEDER

Udarbejdet af Pia Jeppesen (formand)
Carsten Obel (næstformand)
Lisbeth Lund
Kathrine Bang Madsen
Line Nielsen
Merete Nordentoft

Fagredaktion Kirstine Struntze Krogholm

ISBN 978-87-971490-1-0
Design B14
Publikationsår 2020

1. udgave

Rapporten refereres Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen KB, Nielsen L, Nordentoft M. Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år – forekomst, fordeling og forebyggelsesmuligheder. København: Vidensråd for Forebyggelse, 2020: 1-359.

Rapporten kan frit downloades på

www.vidensraad.dk

FORORD	6
KOMMISSORIUM	7
ARBEJDSGRUPPENS SAMMENSÆTNING	8
ANDRE BIDRAGSYDERE TIL RAPPORTEN	9
SAMMENFATNING AF RAPPORTEN	12
1 INDLEDNING	21
1.1 BAGGRUND	22
1.2 FORMÅL	23
1.3 DERFOR ER DET VIGTIGT MED MERE FOKUS PÅ BØRN OG UNGES MENTALE SUNDHED OG MENTALE HELBREDSPROBLEMER	23
1.4 AFGRÆNSNINGER	28
1.5 MÅLGRUPPE	29
1.6 METODE	29
1.7 LITTERATUR	32
2 BEGREBSDEFINITIONER OG -FORKLARINGER	39
2.1 MENTAL SUNDHED	40
2.2 MENTAL SUNDHED OG PSYKISK SYGDOM	42
2.3 DEN SOCIALE KONTEKST OG RESILIENS	43
2.4 MENTAL SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE	44
2.5 LITTERATUR	49
3 MENTAL SUNDHED	53
3.1 LIVSTILFREDSHED	58
3.2 SELVVURDERET HELBRED	62
3.3 MÅL FOR FORSKELLIGE ASPEKTER AF MENTAL SUNDHED	66
3.4 LITTERATUR	90
4 MENTALE HELBREDSPROBLEMER	99
4.1 ENSOMHED	100
4.2 MOBNING	109
4.3 SKOLEFRAVÆR	121
4.4 USPECIFIKKE FYSISKE SYMPTOMER (MAVEPINE OG HOVEDPINE)	125
4.5 FORBRUG AF MEDICIN MOD SMERTER	135
4.6 SØVNPROBLEMER	142
4.7 STRESS	152
4.8 ANDRE PSYKISKE SYMPTOMER	157
4.9 LITTERATUR	166

5	PSYKISKE SYGDOMME, UDVIKLINGSFORSTYRRELSER OG UDVALGTE RISIKOFAKTORER FOR UDVIKLING AF PSYKISKE SYGDOMME	181
5.1	OPMÆRKSOMHEDS- OG HYPERAKTIVITETSFORSTYRRELSER	185
5.2	AUTISMESPEKTRUMFORSTYRRELSER	192
5.3	ANGST	198
5.4	DEPRESSION	207
5.5	OBSESSIV-KOMPULSIV TILSTAND	214
5.6	TOURETTE SYNDROM	219
5.7	ADFÆRDSFORSTYRRELSER	223
5.8	SPISEFORSTYRRELSER	228
5.9	PSYKOSER I SKIZOFRENISPEKTRET	234
5.10	SELVSKADENDE ADFÆRD	238
5.11	SELMORDSADFÆRD OG SELVMORDSTANKER	242
5.12	OPVÆKST I FAMILIE MED EN FORÆLDER MED PSYKISK SYGDOM, ALKOHOL- ELLER RUSMIDDELMISBRUG ELLER ALKOHOLPROBLEMER	249
5.13	LITTERATUR	252
6	SUNDHEDSFREMMENDE OG FOREBYGGENDE INDSATSER	273
6.1	SAMMENFATNING	274
6.2	INDLEDNING	275
6.3	UNIVERSELLE SUNDHEDSFREMMENDE OG FOREBYGGENDE INDSATSER	278
6.4	SELEKTIVE OG INDIKEREDE FOREBYGGENDE INDSATSER	288
6.5	LITTERATUR	304
7	FEM RÅD TIL FORBEDRING AF BØRN OG UNGES MENTALE HELBRED	319
7.1	LITTERATUR	335
	APPENDIKS 1 DATAGRUNDLAG I KAPITEL 3-4	336
	ORDLISTE	344
	SUMMARY OF THE REPORT	352

FORORD

Det mentale helbred er afgørende for den enkeltes daglige funktion, personlige udvikling, livskvalitet og sociale relationer. Dertil kommer, at mentale helbredsproblemer tidligt i livet er forbundet med en øget risiko for psykiske og somatiske sygdomme og negative sociale konsekvenser senere i livet.

Derfor bekymrer det, at psykiske sygdomme og selvrapporterede mentale helbredsproblemer er vidt udbredte blandt danske børn og unge og samlet set har været stigende de seneste år.

Udviklingen er særligt bekymrende, fordi der er en stor social ulighed, når det kommer til det mentale helbred blandt børn og unge, og der er et stort potentiale for forbedring på området. Derfor er det også glædeligt, at feltet i øjeblikket er genstand for stor politisk bevågenhed.

Vidensråd for Forebyggelse nedsatte en arbejdsgruppe bestående af førende danske forskere på feltet, som fik til opgave at skabe et overblik over forekomst og udvikling i en række indikatorer for mental sundhed og mentale helbredsproblemer samt psykisk sygdom blandt danske børn og unge samt tilhørende forebyggelsesmuligheder.

Resultatet er denne rapport, som både præ-senterer den eksisterende viden om forekomst, fordeling og udvikling af mental sundhed, mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme blandt børn og unge i Danmark og bidrager med et overblik over de vidensbaserede sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, der er tilgængelige i Danmark, eller som vurderes relevante at overføre til en dansk kontekst.

Det er håbet, at rapporten ved at fremlægge et samlet overblik over udvikling og indsatser på området kan fungere som inspiration og arbejdsredskab for sundheds- og fagprofessionelle, og i særdeleshed at rapportens sidste kapitel med råd kan danne grundlag for, at politikere og beslutningstagere formulerer og vedtager en samlet national strategi for det mentale helbred blandt børn og unge i Danmark.

Morten Grønbæk

Formand, Vidensråd for Forebyggelse

KOMMISSORIUM

I gennem livet er det mentale helbred afgørende for individets daglige funktion, personlige udvikling, livskvalitet og sociale relationer. En række undersøgelser har vist, at børn og unge i tiltagende grad beretter om mentale helbredsproblemer og diagnosticeres med psykiske sygdomme. Udover kønsforskelle er der en social skævhed i forekomsten af de mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme. Udviklingen i Danmark ser ud til at følge den globale udvikling – også når det gælder den store og stigende psykiske sygdomsbyrde.

I 2014 udgav Vidensråd for Forebyggelse rapporten 'Børn og unges mentale helbred – forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser'. Siden rapportens udgivelse er der kommet meget ny viden samt større og mere dækkende undersøgelser. Det gælder både i forhold til forekomsten af mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme blandt børn og unge, og i forhold til sundhedsfremmende og forebyggende indsatsmuligheder. Området oplever samtidig en stigende politisk bevågenhed.

Med støtte fra Sundheds- og Ældreministeriet samt Helsefonden har Vidensråd for Forebyggelse fået mulighed for at opdatere og udvide rapporten fra 2014. Denne nye rapport kortlægger forekomsten, fordelingen (køn, alder og socioøkonomisk gruppe) og udviklingen (tidstrend) i en række indikatorer for mental sundhed og mentale helbredsproblemer samt psykisk sygdom blandt 10-24-årige børn og unge i Danmark. Kortlægningen bygger på de seneste cirka 30 års danske spørgeskemaundersøgelser og registerdata. Rapporten giver også et udvidet overblik over udvalgte vidensbaserede sundhedsfremmende og -forebyggende tiltag.

Her er der fokus på de programmer og principper for universelle, målrettede og indikerede indsatser, der er tilgængelige i Danmark, eller som vurderes at være relevante at overføre til en dansk kontekst for at fremme den mentale sundhed og reducere forekomsten af mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme blandt børn og unge. Arbejdsgruppen giver samtidig deres bud på en række råd til politikere og beslutningstagere om indsatser og organisatoriske forandringer, der har potentiale til at forbedre den mentale sundhed og mindske forekomsten af psykiske sygdomme blandt børn og unge i alderen 10-24 år i Danmark.

ARBEJDSGRUPPENS SAMMENSÆTNING

Arbejdsgruppens formand er udpeget af formandskabet for Vidensråd for Forebyggelse, mens arbejdsgruppens medlemmer er udpeget i fællesskab af formanden for arbejdsgruppen og formandskabet for Vidensråd for Forebyggelse. Arbejdsgruppens medlemmer er valgt på baggrund af deres faglige kompetencer og for at sikre tilstrækkelig faglig bredde inden for de emner, som rapporten indeholder. Alle medlemmer i arbejdsgruppen har udfyldt habilitetserklæringer.

Arbejdsgruppen, som har fungeret som hovedforfattere og redaktion for rapporten, består af følgende personer (angivet i alfabetisk rækkefølge med undtagelse af formand og næstformand):

- › **Pia Jeppesen** (formand), seniorforsker, klinisk lektor, overlæge, ph.d., Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri.
- › **Carsten Obel** (næstformand), professor i børn og unges mentale sundhed, ph.d., speciallæge i almen medicin, Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, overlæge hos Komiteen for Sundhedsoplysning.
- › **Lisbeth Lund**, videnskabelig assistent, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- › **Kathrine Bang Madsen**, postdoc, ph.d., Center for Registerforskning, Aarhus Universitet.
- › **Line Nielsen**, postdoc, ph.d., Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- › **Merete Nordentoft**, professor, dr.med., ph.d., MPH, Københavns Universitet, Copenhagen Research Center for Mental Health (CORE), Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens Psykiatri.

Kirstine Struntze Krogholm, specialkonsulent, ph.d., fra Vidensråd for Forebyggelses sekretariat, har fungeret som projektleder og fagredaktør for arbejdsgruppen. **Signe Herbers Poulsen**, ph.d. cand.mag., kommunikationsansvarlig, Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, har bidraget til redigeringen af rapporten.

ANDRE BIDRAGSYDERE TIL RAPPORTEN

Vidensråd for Forebyggelse vil gerne takke alle nedenstående enkeltpersoner og organisationer for deres engagerede og kvalificerede bidrag til rapporten i form af enten tekstbidrag, illustrationer, dataudtræk og -analyser, input til kortlægningen af lovende danske indsatser i forhold at forbedre børn og unges mentale helbred samt faglig kommentering på hele eller dele af rapporten.

Tekstbidrag

- › **Anette Andersen**, læge, ph.d., klinisk specialist, Steno Diabetes Center, Aarhus Universitetshospital, for bidrag til afsnit om forbrug af medicin mod smerter (afsnit 4.5).
- › **Camilla Thørring Bonnesen**, postdoc, ph.d., Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for bidrag til afsnit om stress (afsnit 4.7).
- › **Anna Kongsted**, ph.d., cand.scient., fagkonsulent, Vidensråd for Forebyggelse, for bidrag til fagkorrektur (kapitel 4).
- › **Bjørn Holstein**, professor emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for bidrag til kapitel om sammensatte mål for forskellige aspekter af social og mental sundhed (afsnit 3.3) og til afsnit om søvnproblemer (afsnit 4.6).
- › **Vibeke Jenny Koushede**, institutleder, professor, jordemoder, MPH, Ph.d., Institut for Psykologi, Københavns Universitet, for bidrag til afsnit om indikatorer for mental sundhed (afsnit 3.3)
- › **Magnus Krusell**, cand.scient.san., Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, for udarbejdelse af afsnit om mobning (se afsnit 4.2).
- › **Katrine Rich Madsen**, postdoc, ph.d., Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for bidrag til afsnit om ensomhed (afsnit 4.1).
- › **Kristina Schwenn Madsen**, stud.scient.san. publ., studentermedhjælper, Vidensråd for Forebyggelse, for bidrag til referencehåndtering og optegning af rapportens figurer og tabeller.
- › **Charlotte Meilstrup**, postdoc, ph.d., Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for bidrag til afsnit om indikatorer for mental sundhed (afsnit 3.3).
- › **Britt Morthorst**, postdoc, ph.d., Forskningsenheden ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center samt Danish Research Institute for Suicide Prevention – DRISP, Region Hovedstadens Psykiatri, for udarbejdelse af afsnit om selvskadende adfærd (afsnit 5.10 og 6.4.9).
- › **Else-Marie Olsen**, ekstern lektor, ph.d., speciallæge, Afdeling for Epidemiologi, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, for udarbejdelse af afsnit om spiseforstyrrelser (afsnit 5.8 og 6.4.7).
- › **Anja Pinborg**, klinisk professor, overlæge, Institut for Klinisk Medicin, Rigshospitalet, for bidrag til tekst om mentale helbreds-konsekvenser af undfangelse ved reagensglasmetoden (indledning til kapitel 5).
- › **Anne Ranning**, psykolog, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens Psykiatri, for udarbejdelsen af afsnit om betydningen af opvækst i familie med en forælder med misbrug (afsnit 5.12).
- › **Charlotte Ulrikka Rask**, klinisk professor, overlæge, ph.d., Team 1 for Funktionelle Lidelser & Forskningsafsnit ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling (BUA), Aarhus Universitetshospital, for bidrag til afsnit om selvvurderet

helbred (3.1), uspecifikke fysiske symptomer (mavepine og hovedpine) (afsnit 4.4) samt andre psykiske symptomer (afsnit 4.8).

- › **Lotte Rubæk**, psykolog, specialist i psykoterapi, leder af Team for selvskade, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri, for udarbejdelse af afsnit om selvskadende adfærd (afsnit 5.10 og 6.4.9).
- › **Liselotte Skov**, overlæge, dr.med., Børn- og Unge Klinik 2, Herlev Hospital, for udarbejdelse af afsnit om Tourette syndrom (afsnit 5.6).
- › **Katrine Svendsen**, akademisk medarbejder, cand.scient.san., kommunikationsansvarlig, Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, for bidrag kapitel 3-4.
- › **Mikael Thastum**, professor, ph.d., Psykologisk Institut, Center for Psykologisk Behandling til Børn og Unge, for udarbejdelse af afsnit om skolefravær (afsnit 4.3 og 6.4.12).
- › **Anne Amalie Elgaard Thorup**, professor MSO, overlæge, ph.d., Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden, Region Hovedstadens Psykiatri, for udarbejdelse af afsnit om betydningen af psykisk sygdom ved forældre ift. børn og unges mentale helbred (afsnit 6.3.1 og 5.14).
- › **Janne Tolstrup**, professor, ph.d., Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for udarbejdelse af afsnit om betydningen af alkoholmisbrug og alkoholproblemer ved forældre ift. børn og unges mentale helbred (afsnit 5.12).
- › **Rikke Thaarup Wesselhöft**, ph.d., cand.med., postdoc, Klinisk Farmakologi og Farmaci, Syddansk Universitet, for udarbejdelse af afsnit om depression (afsnit 5.4).

Illustrationer

- › **Thomas Møller Larsen**, Explain Agency, www.explainagency.dk, for udarbejdelse af illu-

strationer til kapitel om fem råd til forbedring af børn og unges mentale helbred (kapitel 7).

Dataudtræk- og analyser

- › **Anette Andersen**, læge, ph.d., klinisk specialist, Steno Diabetes Center, Aarhus Universitetshospital, for bidrag til afsnit om forbrug af medicin mod smerter (afsnit 4.5).
- › **Mogens Trab Damsgaard**, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for bidrag til afsnit om livstilfredshed (afsnit 3.1), afsnit om selvvurderet helbred (afsnit 3.2) og afsnit om Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) (afsnit 3.3.5).
- › **Annette Erlangsen, seniorforsker**, MA, ph.d., Danish Research Center for Suicide Prevention (DRISP), Copenhagen Research Center for Mental Health, Psykiatrisk Center København (CORE), for bidrag til afsnit om selvmordsadfærd og selvmordstanker (afsnit 5.11).
- › **Carsten Hjorthøj**, seniorforsker, lektor, ph.d., Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center København, for bidrag til afsnit om psykoser i skizofrenispektret (afsnit 5.10).
- › **Bjørn Holstein**, professor emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for bidrag til afsnit om søvnproblemer (afsnit 4.6).
- › **Thomas Munk Laursen**, professor, Center for Registerforskning, Aarhus Universitet, for bidrag til afsnit om psykoser i skizofrenispektret (afsnit 5.10).
- › **Veronica Pisinger**, videnskabelig assistent, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for bidrag til afsnit om sammensatte mål for forskellige aspekter af social og mental sundhed (afsnit 3.3).
- › **Katrine Svendsen**, cand.scient.san., dataansvarlig, Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus

Universitet, for bidrag til afsnit om indikatorer for mental sundhed (afsnit 3.3), afsnit om ensomhed, mobning, skolefravær og uspecifikke fysiske symptomer (afsnit 4.1-4.4) samt afsnit om ADHD, ASF, angst, depression, OCD, Tourette syndrom, adfærdsforstyrrelser, spiseforstyrrelser og psykoser i skizofrenispektret (afsnit 5.1-5.9).

- › **Ziggi Ivan Santini**, ph.d., postdoc, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for bidrag til afsnit om indikatorer for mental sundhed (afsnit 3.3).
- › **Jin Liang Zhu**, læge, lektor, ph.d., Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, for analyser under afsnit om ADHD, ASF, angst, depression, OCD, Tourette syndrom, adfærdsforstyrrelser, spiseforstyrrelser og psykoser i skizofrenispektret (afsnit 5.1-5.9).

Input til kortlægningen af danske, lovende indsatser

Følgende danske organisationer, institutioner og fonde har givet input til effektive og lovende universelle, indikerede og selektive danske indsatser i forhold at forbedre børn og unges mentale helbred: Dansk Center for Mindfulness, Det Sociale Netværk/Head Space, Egmont Fonden, Komiteen for Sundhedsoplysning, Red Barnet, Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet, TrygFondens Børneforskningscenter og Unicef Danmark.

Faglig kommentering af rapport

Følgende enkeltpersoner har kommenteret på det faglige indhold i et eller flere kapitler i rapporten. Kommentarerne har givet anledning til værdifulde faglige diskussioner i arbejdsgruppen og har bidraget til at give indholdet i rapporten et væsentligt løft:

- › **Niels Bilenberg**, professor, forskningsleder, ph.d., Børne og Ungdomspsykiatri Odense, Syddansk Universitet.
- › **Barbara Hoff Esbjørn**, leder af Center for Psykiatrisk Simulation, Region Hovedstadens Psykiatri.
- › **Liv Lyngå Von Folsach**, overlæge, Sundhedsstyrelsen.
- › **Bjørn Holstein**, professor emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- › **Lisbeth Holm Olsen**, specialkonsulent, Center for Forebyggelse i Praxis, Kommunernes Landsforening.
- › **Susse Kolster**, konsulent i Center for Sundheds- og Socialpolitik, Kommunernes Landsforening.
- › **Sara Korngut**, specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen.
- › **Jens Kristoffersen**, specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen.
- › **Tina Levysohn**, chefkonsulent i Center for Sundheds- og Socialpolitik, Kommunernes Landsforening.
- › **Charlotte Ulrikka Rask**, klinisk professor, overlæge, ph.d., Institut for Klinisk Medicin – Børne- og Ungdomspsykiatri, Aarhus Universitet.
- › **Per Hove Thomsen**, lærestolsprofessor, Institut for Klinisk Medicin, Børne- og Ungdomspsykiatri, Aarhus Universitet.
- › **Anne Amalie Elgaard Thorup**, professor MSO, overlæge, ph.d., Institut for Klinisk Medicin, Region Hovedstadens Psykiatri, Københavns Universitet.
- › **Ditte Lammers Vernal**, specialpsykolog, ph.d., Institut for Klinisk Medicin, Psykiatrien - Aalborg Universitetshospital.

SAMMENFATNING AF RAPPORTEN

Psykiske sygdomme er blandt de mest udbredte hos børn og unge, og psykiske sygdomme har ofte stor indflydelse på børns og unges liv og mange negative konsekvenser for dem selv og deres omgivelser. Forekomsten af psykiske sygdomme og en række selvrapporterede mål (indikatorer) for mentale helbredsproblemer har samlet set været stigende gennem de seneste år, og en stigende andel af børn og unge scorer lavt på forskellige selvrapporterede indikatorer for mental sundhed. Sundhedsfremmende og forebyggende indsatser har dokumenterede gavnlige effekter i videnskabelige forsøg, men deres omsætning til praksis har hidtil været usystematisk og utilstrækkelig. Med udgangspunkt i de særlige muligheder, vi har i Danmark for at forebygge, identificere og behandle problemerne på en systematisk måde, råder vi derfor beslutningstagere og politikere til at etablere en samlet national strategi for børns og unges mentale helbred.

BAGGRUND (KAPITEL 1)

Der er brug for at sætte større fokus på børns og unges mentale helbred. Mentale helbredsproblemer tidligt i livet øger risikoen for psykiske og somatiske sygdomme samt negative sociale konsekvenser senere i livet, og der er betydelig social ulighed i forekomsten. Ifølge FN's børnekonvention har børn og unge ret til de bedste forhold for udvikling af mental sundhed. Både europæiske og internationale sundhedsøkonomiske analyser viser, at mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme udgør en stor del af sygdomsbyrden blandt børn og unge i dag, og der er stigende efterspørgsel på hjælp.

FORMÅL (KAPITEL 1)

Denne rapport har til formål at samle den nyeste viden om forekomsten, fordelingen og udviklingen over tid i indikatorer for mental sundhed, mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme hos danske børn og unge i alderen 10-24 år. Rapporten har også til formål at levere en oversigt over udvalgte vidensbaserede sundhedsfremmende og forebyggende indsatser til 10-24-årige børn og unge med fokus på programmer, interventioner og principper, der er målrettet mental sundhed, mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme. Endelig er formålet på baggrund af den viden, der er opsamlet i rapporten, at udarbejde en række råd til politikere og beslutningstagere. Der er fokus på implementering af indsatser og organisatoriske forandringer som tilsammen kan forbedre den mentale sundhed og mindske forekomsten af mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme i Danmark.

METODE (KAPITEL 1)

Vi har tilstræbt at beskrive forekomsten, fordelingen og udviklingen i en så bred vifte af indikatorer for mental sundhed og mentale helbredsproblemer samt psykisk sygdom som muligt baseret på data indsamlet fra danske registre og repræsentative spørgeskemaundersøgelser. Udenlandske undersøgelser er også inddraget som supplement til de danske undersøgelser. Vi har prioriteret at medtage kilder, som omfatter så stor en del af populationen som muligt, og som kan bidrage til et samlet billede af udviklingen over de seneste to-tre årtier, samt alders-, køns- og sociale forskelle. Til vores overblik over sundhedsfremmende og fore-

byggende indsatser er der, i det omfang det har været muligt, benyttet internationale, systematiske litteraturgennemgange og metaanalyser, og større rapporter samt nyere og særligt vigtige enkeltstudier fra ind- og udland. Danske enkeltstudier, der ikke er publiceret internationalt, er beskrevet særskilt under 'danske erfaringer'.

DEFINITION (KAPITEL 2)

Mental sundhed defineres som en tilstand af velbefindende, hvor individet udfolder sit potentiale, kan klare dagligdagens og livets udfordringer, kan bidrage med arbejde som skaber værdi og kan bidrage til de fællesskaber, det indgår i. Psykiske sygdomme klassificeres ud fra tilstedeværelsen af væsentlige symptomer samt belastning og funktionspåvirkning i dagligdagen. Der er ikke nogen skarp adskillelse mellem 'normalitet' og psykisk sygdom, og mental sundhed kan være til stede i større eller mindre grad - med eller uden tilstedeværelsen af psykisk sygdom. I kapitel 2 præsenteres centrale begreber og definitioner som et bud på et fælles grundlag for forståelse på tværs af de fagfolk, som arbejder med mental sundhed og sygdom. Vi præsenterer endvidere en række teoretiske modeller, der samler forskellige faglige forståelser og tilgange til arbejdet med børn og unges mentale helbred - herunder sundhedsfremme og forebyggelse.

KORTLÆGNING AF MENTAL SUNDHED, MENTALE HELBREDSPROBLEMER OG PSYKISK SYGDOM (KAPITEL 3, 4 OG 5)

Nedenfor følger en opsummering af rapportens resultater vedrørende forekomsten, fordelingen og udviklingen i indikatorer for mental sundhed og mentale helbredsproblemer samt psykisk sygdom med fokus på udviklingen i forekomster og

fordelinger over de seneste to-tre årtier. For nogle af indikatorerne er det svært at sammenligne resultaterne på tværs af de forskellige undersøgelser på grund af forskelle i de anvendte målemetoder og forskelle i alder, køn og socioøkonomisk gruppe. For et mere nuanceret billede henvises til de enkelte kapitler i rapporten. Der er stor variation i kvaliteten af datagrundlaget for de forskellige indikatorer, og selv om resultaterne er oplyst som absolutte tal uden sikkerhedsintervaller, vil der altid være en større eller mindre usikkerhed om resultatet.

FOREKOMST OG UDVIKLING I MENTAL SUNDHED (KAPITEL 3)

En del børn og unge scorer lavt på forskellige indikatorer for mental sundhed, og overordnet synes udviklingen at være negativ med et stigende antal børn og unge med lav mental sundhed.

Eksempler:

- 6-11% af børn og unge rapporterer lav livstilfredshed, og andelen med høj livstilfredshed blandt 11-15-årige er faldet over de seneste årtier.
- Andelen, der oplever at have et meget godt helbred, er faldet betydeligt over de seneste tre årtier. I 1984 rapporterede 48% af de 13-årige drenge og 47% af de 13-årige piger et virkelig godt selv vurderet helbred, mens det i 2018 var 32% af de 13-årige drenge og 24% af de 13-årige piger, der oplevede deres helbred som virkelig godt.
- Over de seneste fem år er en række andre mål for mental sundhed (bl.a. self-efficacy, selvværd, social kompetence og social trivsel) samt nye spørgeskemaer (WHO-5, Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) og Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)) blevet tilføjet flere af de store danske befolkningsundersøgelser.

Disse mål er for nye til indgå i den overordnede vurdering af udviklingen over tid. Nedenfor fremhæves en række fund vedrørende de vigtigste indikatorer for mental sundhed.

- 16% af 4.-9.-klassens elever rapporterer lav self-efficacy, og omkring 18-20% af de unge på gymnasier og erhvervsskoler rapporterer, at de aldrig, næsten aldrig eller en gang imellem ikke kan klare det, de sætter sig for.
- 5% af 4.-9.-klassens elever rapporterer meget lav social kompetence og 18% lav social kompetence.
- 10-11% af 13-15-årige drenge og omkring 20% af 13-15-årige piger rapporterer et lavt niveau af mental sundhed målt med et spørgeskema, der fokuserer på positive aspekter af mental sundhed (WEMWBS).
- Op mod 10% af 4.-9.-klassens elever scorer lavt på social trivsel.
- SDQ-scoren for sociale styrkesider og problemer med jævnaldrende har været ret konstant fra 2014 til 2018 hos begge køn.

FOREKOMST OG UDVIKLING I MENTALE HELBREDSPROBLEMER (KAPITEL 4)

De fleste indikatorer for mentale helbredsproblemer blandt børn og unge viser forekomster, der enten har været stigende eller har stabiliseret sig på et relativt højt niveau over de seneste årtier (se nedenfor). Den eneste positive undtagelse fra denne negative udvikling er, at omfanget af mobning er faldet, måske i takt med en øget forebyggelsesrettet indsats på området.

Eksempler:

- › 5-12% af børn og unge føler sig tit eller ofte ensomme, og der ses en samlet tendens til,

at forekomsten er steget blandt unge over de seneste årtier.

- › 3-6% af folkeskoleelever rapporterer at være blevet mobbet tit inden for det seneste skoleår, mens 5-16% har været udsat for mobning på internettet. Forekomsten af mobning i skolen er samlet set faldet markant over de seneste par årtier. Der har især været et fald i andelen af 11-årige drenge, som er blevet mobbet mindst et par gange om måneden, fra 33% til 5%.
- › Skolefraværet ligger samlet for folkeskoleelever på 5,8% (3% grundet sygdom, 1,8% grundet ekstraordinær frihed og 1% grundet ulovligt fravær). Det gennemsnitlige niveau af ulovligt fravær og fravær grundet sygdom har været stabilt gennem de seneste fem år, men 14% af eleverne har et bekymrende skolefravær på mere end 10% af skoletiden.
- › Forekomsten af hovedpine og mavepine har over de seneste tre årtier overordnet ligget stabilt med en lille stigning blandt de ældste piger. Den nyeste undersøgelse blandt folkeskoleelever viser, at ca. 8% har mavepine, og ca. 17% har hovedpine tit eller meget tid. Der er sket en markant stigning i forbruget af smertestillende medicin blandt 11-15-årige over de seneste årtier. Eksempelvis brugte 17% af de 15-årige drenge medicin mod hovedpine mindst én gang om måneden i 1988, mens andelen var 40% i 2014.
- › Omkring halvdelen af 11-15-årige sover mindre end anbefalet. Andelen af børn og unge, der sover for lidt, er fordoblet over de seneste tre årtier. Ligeledes er andelen af 11-15-årige, der føler sig trætte mindst en gang om ugen, steget markant over de seneste årtier.
- › 2-8% af 11-15-årige folkeskoleelever og 8-15% af unge på gymnasierne og de erhvervsrettede uddannelser føler sig stressede dagligt. Udviklingen over tid er kun målt blandt 16-24-årige,

hvor forekomsten gennem de seneste tre årtier er steget for begge køn, tydeligst blandt unge kvinder (fx fra 22% i 2005 til 40,5% i 2017).

- En stor andel af 11-15-årige er kede af det (12-40%), irritable/i dårligt humør (32-52%) eller nervøse (26-43%) mindst én gang om ugen (forekomsterne er lavere for drenge end for piger (se kønsforskelle), og stiger med alderen – især for piger). Blandt unge på gymnasierne og de erhvervsrettede uddannelser rapporterer 3-11% at være kede af det, irritable/i dårligt humør eller nervøse næsten dagligt. Der ses ingen entydig udvikling over kalendertid i forekomsten af disse indikatorer. Dog ses en markant stigning over det seneste årti i andelen af piger, der har angivet at være nervøse (fra 23% i 2010 til 43% i 2018), og en stigning hos 15-årige piger i oplevet irritabilitet og dårligt humør mindst ugentligt (fra 41% i 2010 til 58% i 2018).

FOREKOMSTEN OG UDVIKLINGEN I PSYKISKE SYGDOMME OG UDVIKLINGSFORSTYRRELSER (KAPITEL 5)

Omkring 15% af børn og unge får på et tidspunkt inden de fylder 18 år diagnosticeret en psykisk sygdom eller udviklingsforstyrrelse i børne- og ungdomspsykiatrien. I forbindelse med denne rapport har vi haft adgang til dataudtræk fra tre danske nationale registre for perioden fra 1996 til 2016 for aldersgruppen 10-24 år. Et udpluk af resultaterne fra registrene ses nedenfor.

Samlet set er der registreret store stigninger i Danmark i perioden fra 1996 til 2016 af børn og unge, som får stillet en eller flere psykiatriske diagnoser. Dog har andelen af børn og unge med diagnosticerede adfærdsforstyrrelser ligget på samme niveau, formentlig fordi børn og unge med adfærdsforstyrrelser oftere behandles uden diagnose

i kommunalt regi. Forekomsten af spiseforstyrrelser er fordoblet, mens forekomsten af ADHD og autisme er steget svarende til en hyppighed, der er øget mere end ti gange i perioden fra 1996 til 2016. Stigningerne i antallet af børn og unge, der bliver diagnosticeret med en given psykisk sygdom, kan være udtryk for en ændret praksis for henvisning og diagnostik på baggrund af ændret sociokulturel og politisk praksis, og er således ikke nødvendigvis udtryk for en stigning i den reelle sygelighed.

Forekomsten af selvskaade og selvmordsforsøg er ligeledes steget over de seneste årtier, mens forekomsten af selvmord er faldet.

Eksempler:

- Omkring en femtedel af unge har skadet sig selv mindst en gang i løbet af deres liv, og der er sket en tydelig stigning i forekomsten af selvskaade over de seneste to til tre årtier.
- Antallet af selvmord er faldet med ca. 70% fra 1980 til 2007, men herefter har selvmordstallet ligget ret stabilt, og de seneste år har der i aldersgruppen 10-24 år været 30-40 selvmord årligt.
- Forekomsten af selvmordsforsøg har i løbet af de seneste årtier været stigende for begge køn, men mest udtalt blandt piger/unge kvinder, hvor antallet af selvmordsforsøg er tredoblet i perioden.

KØNSFORSKELLE I MENTAL SUNDHED, MENTALE HELBREDSPROBLEMER OG PSYKISK SYGDOM (KAPITEL 3, 4 OG 5)

Drenge/unge mænd scorer højere end piger/unge kvinder på de fleste mål for mental sundhed (livstilfredshed, selv vurderet helbred, self-efficacy, selvværd, WEMWBS og social trivsel). Samme kønsfordeling findes for størstedelen af indikatorerne for mentale helbredsproblemer (ensomhed,

→ **OVERSIGT OVER DATAUDTRÆK FRA TRE DANSKE NATIONALE REGISTRE, DET PSYKIATRISKE CENTRALREGISTER, LANDSPATIENTREGISTRET OG LÆGEMIDDELSTATISTIKREGISTRET, FOR PERIODEN FRA 1996 TIL 2016 FOR ALDERSGRUPPEN 10-24 ÅR.**

ÅRSTAL	FOREKOMST (PRÆVALENSRATE, %)			ÅRLIGT ANTAL NYE TILFÆLDE (INCIDENSRATE, %)					
	2016			1996			2016		
KØN	SAMLET	DRENGE	PIGER	SAMLET	DRENGE	PIGER	SAMLET	DRENGE	PIGER
DIAGNOSE									
ADHD	› 4,50	› 6,03	› 2,95	› 0,02	› 0,03	› 0,00	› 0,32	› 0,35	› 0,30
AUTISME	› 2,17	› 3,14	› 1,19	› 0,02	› 0,03	› 0,01	› 0,21	› 0,25	› 0,17
ANGST	› 1,77	› 1,43	› 2,16	› 0,05	› 0,04	› 0,07	› 0,31	› 0,20	› 0,43
DEPRESSION	› 1,67	› 1,01	› 2,38	› 0,04	› 0,03	› 0,05	› 0,30	› 0,19	› 0,43
OBSSESSIV-KOMPULSIV TILSTAND	› 0,65	› 0,54	› 0,78	› 0,01	› 0,01	› 0,01	› 0,08	› 0,06	› 0,11
TOURETTE SYNDROM OG TICS-LIDELSER	› 0,70	› 1,08	› 0,31	› 0,01	› 0,01	› 0,00	› 0,03	› 0,05	› 0,02
ADFÆRDSFORSTYRRELSER	› 0,81	› 1,04	› 0,57	› 0,03	› 0,04	› 0,02	› 0,04	› 0,05	› 0,04
SPISEFORSTYRRELSER	› 0,83	› 0,22	› 1,47	› 0,05	› 0,00	› 0,10	› 0,1	› 0,02	› 0,18
PSYKOSE	› 0,75	› 0,75	› 0,8	› 0,05	› 0,06	› 0,04	› 0,14	› 0,14	› 0,15

hovedpine og mavepine, medicinforbrug mod hovedpine og mavepine, søvnkvalitet og stress), hvor markant flere piger/unge kvinder end drenge/unge mænd rapporterer problemer. Der er ikke tydelige kønsforskelle i niveauet af selvoplevet social kompetence og problemer med jævnaldrende eller i andelen af børn og unge, der føler sig mobbet i skolen, har bekymrende skolefravær eller sover for

lidt. Endelig er der en tendens til, at piger vurderer deres sociale styrke lidt højere end drenge. For diagnosticerede psykiatriske sygdomme ses en tydelig overvægt af drenge/unge mænd med hjerneudviklingsforstyrrelser (ADHD og autisme), adfærdsforstyrrelser, Tourette syndrom samt selvmord, der har en 2-5 gange højere forekomst blandt drenge/unge mænd. Forekomsten af

psykose i skizofrenispektret er ændret fra en tidligere overvægt af drenge/unge mænd til en lille overvægt af piger/unge kvinder under 18 år. For selvmordsforsøg og diagnosticerede psykiske sygdomme som angst, depression og obsessiv-kompulsiv tilstand er forekomsterne ca. 1,5-2,5 gange højere blandt piger/unge kvinder end blandt drenge/unge mænd. Når det gælder spiseforstyrrelser, er kønsforskellen markant, idet anoreksi og bulimi har en væsentligt lavere forekomst hos drenge end hos piger (ca. i forholdet 1:10), mens tvangsoverspisning ses hos ca. en dreng for hver tre piger. Der er ikke entydige fund for fordelingen af selvskade blandt kønnene. Der ses dog en tendens til, at de to køn anvender forskellige selvskademetoder; de fleste piger skærer sig, mens de fleste drenge slår eller brænder sig, og forskellen i typen af læsioner kan betyde, at selvskade oftere overses hos drenge end hos piger.

SOCIOØKONOMISKE FORSKELLE I MENTAL SUNDHED, MENTALE HELBREDSPROBLEMER OG PSYKISK SYGDOM (KAPITEL 3, 4 OG 5)

Rapporten bekræfter, at der er øget forekomst af problemer i de lave socioøkonomiske grupper for langt de fleste indikatorer for mental sundhed (livstilfredshed, selvvurderet helbred, self-efficacy, selvværd og social trivsel) og mentale helbredsproblemer (ensomhed, mobning, skolefravær, hovedpine og mavepine, medicinforbrug mod hovedpine og mavepine samt stress). Kun søvnproblemer (søvnkvantitet og kvalitet) og kun de hyppigt forekommende psykiske symptomer som at være ked af det og nervøs adskiller sig fra dette mønster.

Tilsvarende ses der for ADHD, angst, adfærdsstyrrelser, selvskade, psykose i skizofrenispektret, selvmord og selvmordsforsøg en hyppigere forekomst i de lave socioøkonomiske grupper. Anoreksi

og bulimi ses hyppigere i familier, hvor forældrene har høj uddannelse, men det vides ikke, i hvor høj grad dette skyldes eventuelle sociale forskelle i henvendelses- og henvisningsmønstre. Danske studier finder ikke nogen konsistent sammenhæng mellem familiens socioøkonomiske status og forekomsten af autisme blandt børn og unge. Der er ikke nok evidens til at drage konklusioner om socioøkonomiske forskelle i forekomsten af obsessiv-kompulsiv tilstand og Tourette syndrom.

RISIKOFAKTORER FOR UDVIKLING AF PSYKISKE SYGDOMME (KAPITEL 5)

Samspillet mellem de genetiske og de miljømæssige faktorer er afgørende i udviklingen af de psykiske sygdomme, og mange af de kendte påvirkninger finder sted tidligt i livet og påvirker den videre psykiske udvikling og sårbarhed.

Det er veldokumenteret, at børn født af forældre med alvorlige psykiske sygdomme selv er i forhøjet risiko for at blive syge, både mens de er børn, og når de bliver voksne. Ligeledes er det veldokumenteret, at forældres alkohol- eller stofmisbrug samt alkoholproblemer er en risikofaktor for senere dårligt mentalt helbred eller psykisk sygdom hos barnet eller den unge.

SUNDHEDSFREMMENDE OG FOREBYGGENDE INDSATSER (KAPITEL 6)

Der er i de senere år udviklet en række programmer og metoder til forebyggelse og behandling af psykiske sygdomme på alle niveauer (universelt, selektivt og indikeret niveau). Vi præsenterer i denne rapport et overblik over udvalgte vidensbaserede, sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, der vurderes at være relevante i en dansk sammenhæng.

Universelle sundhedsfremmende indsatser:

Kortlægningen af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser viser, at der er dokumentation for små, men alligevel betydende, gavnlige effekter af universelle sundhedsfremmende indsatser (fx indsatser der sigter på at styrke elevernes relationer, selvværd og handlekompetence), særligt i skoler og på videregående uddannelser i form af helskoleindsatser. Der er desuden dokumentation for, at indsatser, der sigter på at reducere mobning og afbøde de negative konsekvenser af mobning, har haft en tydelig effekt. Nogle af indsatserne har også vist sig at være omkostningseffektive.

Universelle forebyggelse indsatser:

Når det kommer til universel forebyggelse med indsatser, der fokuserer mere snævert på at reducere forekomsten af mentale helbredsproblemer (fx symptomer på angst og depression samt selvskade) i skolen og på videregående uddannelser, er dokumentationen for positive effekter samlet set mere usikker og blandet.

Indikerede og sekundære forebyggelsesindsatser:

På det indikerede og sekundære forebyggelsesniveau er der samlet set relativt god evidens for gavnlige effekter af en række pædagogiske og psykologiske behandlingsprogrammer til børn og unge med mentale helbredsproblemer af mere almindelig karakter (fx angst, depressive symptomer, tvangstanker/handlinger, urolig eller forstyrrende adfærd, forstyrrelser vedrørende vægt og spisning og selvskade). Selv om langtidseffekterne fortsat er uafklarede, er der gode grunde til at antage, at de gavnlige effekter både på kort og længere sigt vil øge barnet/den unges muligheder for en sund psykisk udvikling og dermed bidrage til at forebygge udviklingen af sværere psykiske sygdomme. Rapporten peger samtidig på et stort behov for at øge tilgængeligheden af effektive indsatser mod de mest almindelige psykiske sygdomme som

angst, depression og adfærdsforstyrrelser samt forstyrret spisning og selvskade.

Der er evidens for, at begrænsning af adgangen til selvmordsmetoder (herunder begrænsning af adgangen til receptfri medicin, der kan benyttes til selvforgiftning) nedsætter risikoen for selvmord og selvmordsforsøg blandt unge. Desuden kan forskellige former for psykoterapi mindske risikoen for at gentage selvmordsforsøg. Mulighederne for primær forebyggelse af psykose inden for skizofrenispektret er fortsat begrænsede, men der er et godt grundlag for at antage, at indsatser, der nedbringer brug af cannabis og andre rusmidler, kan bidrage til at nedsætte risikoen for udvikling af psykose. Derudover er der gode muligheder for at forbedre prognosen gennem tidlig og forstærket intervention ved første episode af psykose.

Selektive forebyggelsesindsatser:

På det selektive forebyggelsesniveau mangler der evidens for effekt af indsatser til børn og unge af forældre med psykisk sygdom, fordi der mangler forskning på området. Der er brug for at udvikle og implementere systematiske tilbud, som på en helhedsorienteret måde kan styrke børnenes resiliens og trivsel, blandt andet ved at sikre at familien fungerer bedst muligt, både i de perioder, hvor forælderen psykiske sygdom er aktiv, og når den er i remission. Der er nogen evidens for effekt af indsatser mod bekymrende skolefravær rettet mod børn og unge med skolevægring og/eller børn og unge, der pjækker, omend effektstørrelserne ikke er store.

FEM RÅD TIL FORBEDRING AF BØRN OG UNGES MENTALE HELBRED (KAPITEL 7)

Der er brug for en samlet national strategi for børn og unges mentale helbred i Danmark. Strategien

skal styrke rettidige og sammenhængende forløb med effektiv støtte og behandling for de børn, unge og familier, som har nedsat livskvalitet og reduceret funktion som følge af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom.

På baggrund af resultater fra kortlægningen i denne rapport foreslår vi fem overordnede initiativer, der kan styrke børn og unges mentale helbred. Vores råd er målrettet beslutningstagere og politikere og fokuserer på en overordnet national organisering og koordinering af indsatser på tværs af uddannelsesinstitutioner, kommunale og regionale aktører og forskningsmiljøer. Rationalet bag vores fem råd forklares i kapitel 7.

→ FEM RÅD TIL FORBEDRING AF BØRN OG UNGES MENTALE HELBRED

- 1 Indfør evidensbaserede indsatser over hele landet med fokus på:
 - a) mental sundhedsfremme de steder, hvor børn og unge har deres dagligdag
 - b) bedre tilbud til familier, hvor en eller flere forældre har psykisk sygdom eller misbrug
 - c) lettilgængelig adgang til sammenhængende behandlingsforløb for børn og unge med følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer
- 2 Skab koordinering på nationalt niveau
- 3 Evaluer indsatserne løbende
- 4 Opkvalificer fagprofessionelle på alle niveauer
- 5 Invester i forskning og udvikling



1

INDLEDNING

I DETTE KAPITEL BESKRIVES FORMÅLET MED RAPPORTEN SAMT FEM GODE GRUNDE TIL AT SÆTTE ØGET FOKUS PÅ BØRN OG UNGES MENTALE SUNDHED OG HELBREDSPROBLEMER. ENDVIDERE UDDYBES RAPPORTENS AFGRÆNSNINGER SAMT METODE TIL AT ANALYSERE, BESKRIVE OG SAMMENFATTE DEN VIDENSKABELIGE VIDEN OM DETTE FELT.

1.1 BAGGRUND

Afgrænsningen mellem mental sundhed og psykisk sygdom volder ofte vanskeligheder. Der er ofte meget forskellige forståelser af problemernes årsagsmekanismer og løsninger blandt forældre og de mange forskellige faggrupper, der er involveret i børn og unges uddannelse, udvikling og behandling. Den aktuelle debat kan give det indtryk, at forekomsten af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom er ny i vores tid. Der er ligeledes naturligt overvejelser om nye årsager til psykiske sygdomme blandt børn og unge, såsom stress i forbindelse med øget digitalisering, konkurrence, præstationskrav og perfektionisme. Dette har vi aktuelt begrænset viden om, men der er solid dokumentation for, at psykisk sygdom allerede debuterer i barne- og ungealderen, idet halvdelen har debut før 14-årsalderen og tre fjerdedele før 24-årsalderen (1). Det er derimod ikke afklaret, om der er sket en reel stigning i forekomsten af mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme blandt børn og unge, eller om vi blot er blevet mere opmærksomme på mentale helbredsproblemer. Der er undersøgelser, der tyder på, at emotionelle problemer, fx angst og depression, har

været stigende blandt unge, i hvert fald indtil 2006 (2). Betydningen af nye risikofaktorer kan derfor ikke udelukkes. En ny stor kortlægning af børn og unge i England har imidlertid kun fundet en svag stigning i forekomsten af mentale problemer hos 5-15-årige børn og unge i befolkningen. Forekomsten af problemer over tærsklen for en diagnose steg fra 9,7% i 1999 og 10,1% i 2004 til 11,2% i 2017 (3). Desuden er der på trods af en markant stigning i forekomsten af børn og unge i længe-revarende psykiatrisk behandling i England kun fundet små ændringer i forekomsten af selv-rapporteret psykisk belastning og velbefindende i befolkningen (4). Da mentale helbredsproblemer er en vigtig markør for psykisk sygdom, er den meget beskedne stigning i forekomsten af mentale helbredsproblemer ikke forenelig med betydelige stigninger i sygeligheden. Øget opmærksomhed på mentale helbredsproblemer, øget efterspørgsel på hjælp, ændret klinisk praksis og en lavere klinisk tærskel for at få en diagnose kan være en del af forklaringen på, at flere børn og unge er blevet udredt for og diagnosticeret med psykisk sygdom i Danmark og i andre vestlige lande de seneste årtier end i tidligere tider (5).

Overordnet ved vi derfor ikke i hvilken grad, de stigninger, vi ser over tid, skyldes en øget sårbarhed blandt de unge på grund af ændrede forhold under opvæksten eller en ændret opmærksomhed eller rapportering af psykiske fænomener (se afsnit 1.6).

1.2 FORMÅL

De tre overordnede formål med denne rapport er:

1. at samle den nyeste viden om forekomst, fordeling (køn, alder og socioøkonomisk gruppe) og udvikling (tidstrend) af indikatorer for mental sundhed og mentale helbredsproblemer samt psykiske sygdomme blandt 10-24-årige børn og unge i Danmark. Kortlægningen vil så vidt muligt dække de seneste 20-30 år med baggrund i danske repræsentative undersøgelser og registerinformation.
2. at udarbejde en oversigt over udvalgte vidensbaserede sundhedsfremmende og forebyggende indsatser til 10-24-årige børn og unge med fokus på programmer, interventioner og principper, der er målrettet mental sundhed, mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme. Udvælgelsen har fokus på særligt lovende indsatser, som er tilgængelige i Danmark, eller som vurderes at være relevante at overføre til en dansk kontekst.
3. at oversætte den viden, der er opsamlet i rapporten til en række råd til politikere og beslutningstagere om indsatser og organisatoriske forandringer, der potentielt kan forbedre den mentale sundhed og mindske forekomsten af mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme i Danmark.

1.3 DERFOR ER DET VIGTIGT MED MERE FOKUS PÅ BØRN OG UNGES MENTALE SUNDHED OG MENTALE HELBREDSPROBLEMER

Der er fem væsentlige grunde til, at det er vigtigt at fokusere på børn og unges mentale sundhed og mentale helbredsproblemer og sygdomme:

1. Alle børn og unge har ret til de bedste forhold for udvikling af mental sundhed.
2. Mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme udgør en betydelig del af sygdomsbyrden blandt børn og unge.
3. Der er en stigende efterspørgsel på hjælp til børn og unge med mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme.
4. Der er en betydelig social ulighed i forekomsten af mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme hos børn og unge.
5. Mentale helbredsproblemer tidligt i livet øger risikoen for psykiske og fysiske sygdomme samt negative sociale konsekvenser senere i livet.

De følgende afsnit uddyber hver af de fem argumenter (se afsnit 1.3.1-1.3.5) for at fokusere på børn og unges mentale sundhed og mentale helbredsproblemer og sygdomme.

1.3.1 Alle børn og unge har ret til de bedste forhold for udvikling af mental sundhed

FN's Børnekonvention fra 1989 markerer et vendepunkt i forhold til børn og unges rettigheder. Konventionen tager udgangspunkt i, at alle børn og unge har en række grundlæggende rettigheder, og at staten er forpligtet til at sikre børns overlevelse og udvikling (6). Heri ligger således en forpligtelse til at sikre børns sundhed, herunder deres mentale sundhed. Mental sundhed er afgørende for, at individet trives og oplever at kunne

mestre dagligdagens udfordringer, udfolde sig produktivt i uddannelse og arbejdsliv og deltage i meningsfulde fællesskaber (7). Mental sundhed i barne- og ungeårene har stor betydning for det generelle helbred både på kort og længere sigt (8, 9), idet en god social og følelsesmæssig udvikling i barndommen skaber gode forudsætninger for en sund overgang fra barndom til ungdoms- og voksenalderen (10). God mental sundhed i barndommen forudsiger et bedre selv vurderet helbred og en lavere grad af risikoadfærd i den tidlige voksenalder (11) samt et højere akademisk præstationsniveau (12-14).

1.3.2 Mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme udgør en stor del af sygdomsbyrden blandt børn og unge

De samfundsmæssige omkostninger, der er forbundet med psykiske sygdomme, er i Danmark estimeret til 5% af vores bruttonationalprodukt, hvilket er på højde med udgifterne til alle kræftsygdomme. Omkostningerne dækker de direkte udgifter til sundhedsvæsen og sociale ydelser samt de indirekte udgifter, der er forbundet med tabt arbejdsevne hos voksne (15). Det vurderes, at omkostningerne er underestimerede, dels fordi de mentale helbredsproblemer, der ligger under tærsklen for diagnose og behandling, er langt hyppigere og ikke medregnet, og dels fordi konsekvenserne af et dårligt mentalt helbred griber ind i mange andre områder af livet for individet, de pårørende og for samfundet som helhed, hvilket betyder at de samlede omkostninger er vanskelige at opgøre.

De psykiske sygdomme udgør en stor og stigende del af sygdomsbyrden globalt set (16). Når sygdomsbyrden opgøres som Disability Adjusted Life Years (DALYs), dvs. mistede år levet med godt helbred uden funktionsnedsættelse, udgør de psykiske sygdomme ca. 10% af den globale

sygdomsbyrde for alle aldre og mindst 15% af sygdomsbyrden for unge og yngre voksne (16).

De nationale fordelinger af sygdomsbyrden kan studeres på Global Burden of Disease' hjemmeside (17), hvor man selv kan vælge at se eller sammenligne data for forskellige lande, sygdomsgrupper og aldersgrupper (17). Her er bl.a. sygdomsbyrden af de psykiske sygdomme i aldersgrupperne 5-14 år og 15-49 år i Danmark i perioden 1990-2019 opgjort i procent af den samlede sygdomsbyrde for aldersgruppen. For børn i alderen 5-14 år ligger de psykiske sygdomme på en kedelig førsteplads, idet de tegner sig for over 22,15% af den samlede sygdomsbyrde målt i DALYs. De psykiske sygdomme bidrager til omkring 15,49% af den samlede sygdomsbyrde blandt unge/voksne i alderen 15-49 år i Danmark, hvilket er på niveau med resten af verden.

1.3.3 Stigende efterspørgsel på hjælp til børn og unge med mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme

De seneste 30 års globale undersøgelser har vist, at mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme er almindelige blandt børn og unge. Omkring 13% af alle børn og unge har mindst en diagnosticerbar psykisk sygdom, når de undersøges på et vilkårligt tidspunkt (18). De psykiske sygdomme i barnealderen er ofte vedvarende eller tilbagevendende, og antallet af nye tilfælde stiger blandt unge.

Det er anslået, at mindst 20% af alle børn og unge i Europa oplever psykiske symptomer i en sådan grad, at der er tale om egentlig psykisk sygdom inden voksenalderen (også kaldet for kumuleret forekomst eller incidensrate) (19). Det at have en psykisk sygdom er ikke ensbetydende med at opnå kontakt til den hospitalsbaserede psykiatri. Derfor er de estimerede forekomster af psykiske sygdomme

ofte højere i epidemiologiske undersøgelser af befolkningen end i registerbaserede undersøgelser af psykiatriske patienter.

Der er over de seneste 20 år registreret store stigninger i Danmark af børn og unge, som får stillet én eller flere psykiske diagnoser. Tal fra Sundhedsdatastyrelsen viser fx, at antallet af børn og unge med de mest almindelige diagnoser (ADHD, spiseforstyrrelse, angst og depression) steg fra år til år i perioden fra 2006 til 2016, med stigninger i antallet af nye (incidente) tilfælde i størrelsesordenen 1,5 til 2,5 gange udgangspunktet i 2006 (20). I et nyt dansk studie er de børn, der er født i Danmark i 1995, fulgt indtil 2013 (21), og her har man fundet en kumuleret incidensrate på 11% for at få mindst én psykiatrisk diagnose inden 18-årsalderen. Den kumulerede incidensrate er antallet af nye sygdomstilfælde i en befolkningsgruppe i løbet af en given tidsperiode (se også rapportens ordliste). Det vil sige, at 11% af den pågældende fødselsårgang har fået stillet en eller flere af følgende diagnoser i den hospitalsbaserede eller på anden måde offentligt finansierede børne- og ungdomspsykiatri.

Et nyere og større dansk registerbaseret studie har kortlagt de køns- og aldersspecifikke forekomster (incidensrater og kumuleret incidens) af diagnosticeret psykiatrisk sygdom ved at følge alle individer, som blev født i Danmark mellem 1. januar 1995 og 31. december 2016 (1.3 million individer). Individerne blev fulgt indtil deres 18-årsfødselsdag eller så længe som muligt (22). Undersøgelsen inkluderede diagnoser fra de hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, børneafdelinger og fra andre speciallæger, der indberettede psykiatriske diagnoser i forbindelse med indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg i perioden. Den hyppigst diagnosticerede sygdom i denne undersøgelse var angst (7,9%) hos pigerne og ADHD

(5,9%) hos drengene. Tallene indikerer, at børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark bevæger sig i retning af at udrede og diagnosticere nogenlunde det antal børn og unge, der må forventes at have behov for hjælp i psykiatrien, vurderet på baggrund af resultaterne fra de store europæiske og internationale befolkningsundersøgelser (18). Diagnose er dog ikke ensbetydende med, at der følger behandling med. Desværre findes der ingen systematiske opgørelser af den behandlingsaktivitet, der ydes i forbindelse med psykiatrisk udredning og diagnostik til børn og unge.

Stigningerne i det samlede antal danske børn og unge, der søger professionel hjælp, og som får stillet psykiatriske diagnoser, afspejler en øget hjælpsøgende adfærd, en ændret klinisk praksis og en lavere klinisk tærskel for at få en diagnose kombineret med en politisk prioritering af udrednings- og behandlingsgarantien. Stigningerne kan også afspejle reelle stigninger i forekomsten af visse mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme, hvilket vil blive beskrevet nærmere i kapitel 3-5.

1.3.4 Betydelig social ulighed i forekomsten af mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme hos børn og unge

I en del danske undersøgelser af børn og unge finder man, at børn og unge med ringere sociale eller økonomiske vilkår har en højere forekomst af mentale helbredsproblemer (23-29).

Den sociale ulighed i forekomsten af mentale helbredsproblemer hos børn og unge er veldokumenteret (30). Lav indkomst og lav uddannelse hos forældrene er forbundet med en øget risiko for mentale helbredsproblemer hos børn og unge (31-33). Meget tyder på, at forskellige indikatorer, fx økonomisk råderum, forældres uddannelsesniveau

og modtagelse af velfærdssydelse, har indvirkning på omfanget af mentale helbredsproblemer hos børn og unge. Mens økonomiske vanskeligheder i familien er fundet at være stærkt forbundet med tidlig debut af mentale helbredsproblemer, men ikke med forløbet eller alvorligheden af problemerne, har forældrenes uddannelsesniveau betydning for varigheden og alvorligheden af problemerne samt for brugen af sundhedsydelse (34).

Der eksisterer en række teoretiske forklaringer på den sociale ulighed i mentalt helbred. Den sociale årsagshypotese indebærer, at et længerevarende eller højt niveau af stress forbundet med lav social status bidrager til udviklingen af psykiske sygdomme. Den sociale selektionshypotese indebærer, at genetisk sårbare individer vil miste social status som følge af de psykiske problemer (35). Forklaringerne udelukker dog ikke hinanden, og der er sandsynligvis tale om en cyklus af deprivation og psykiske problemer på tværs af generationer (31).

Sammenhængen mellem fattigdom og barnets mentale helbredsproblemer er stærkest tidligt i barndommen (31), men påvirkningen fra fattigdom kan også øges med stigende alder (36), det ses fx for de udadrettede adfærdsproblemer, der øges i ungealderen ved opvækst under ringe sociale vilkår. Enkelte undersøgelser tyder på, at en ændring, hvor familien hjælpes ud af fattigdom, fører til færre mentale helbredsproblemer hos barnet (37).

På befolkningsniveau er der tegn på, at øget ulighed i indkomst fremfor selve indkomstens størrelse er forbundet med dårligere trivsel hos børn i de vestlige lande (38). Den negative effekt af social ulighed på børns mentale helbred er stærkere for de udadrettede adfærdsproblemer end for de indadrettede følelsesmæssige problemer såsom angst, bekymringer og tristhed hos barnet (31). Sammenhængen mellem fattigdom og

adfærdsproblemer hos barnet er til dels forbundet med (medieret via) forældrenes egne psykiske vanskeligheder og sygdomme (særligt depression hos moderen) og en uhensigtsmæssig opdragelsespraksis (39). Dette er i overensstemmelse med litteraturen, hvor adfærdsforstyrrelser konsistent er forbundet med en negativ opdragelsespraksis, fx en hård og kritisk holdning hos forældrene og/eller manglende involvering i barnet (40). Sammenhængen mellem fattigdom og følelsesmæssige problemer hos barnet er mere direkte forbundet med stress og bekymringer og synes i mindre grad at være forklaret af forældreadfærd.

Hvordan kan vi forklare, at et stigende antal børn og unge udtrykker følelsesmæssige problemer samtidig med, at levestandarden generelt er øget i den vestlige verden? En forklaring kan være, at forskellen mellem lav- og højindkomstgrupper er øget (41), og at den øgede sociale ulighed har mere negative konsekvenser for børn og unges mentale helbred i dag end tidligere (42, 43).

1.3.5 Mentale helbredsproblemer tidligt i livet øger risikoen for psykiske og fysiske sygdomme samt for negative sociale konsekvenser senere i livet

Særligt har studier, der har fulgt hele fødselsår-gange under deres opvækst og udvikling (longitudinelle fødselskohorteundersøgelser), vist, at mange af de psykiske sygdomme i barndommen, som man tidligere mente ville gå over med alderen, ofte har et vedvarende eller tilbagevendende forløb med samme type problemer, fx angst (homotype forløb) eller med skift i problemer, fx fra angst til depression (heterotype forløb) (44). Forud for psykisk sygdom hos et barn har der typisk været uspecifikke psykiske og udviklingsrelaterede vanskeligheder tidligt i barnets liv (45). Når psykisk sygdom hos et barn fortsætter ind i vok-

senlivet, kan det bl.a. skyldes, at genetisk betingede sårbarheder i barnet og miljømæssige påvirkninger udefra forstærker hinanden i kritiske perioder af individets liv. Derved skabes en vedvarende psykisk belastning, som med tiden kan udløse en egentlig psykiatrisk lidelse (46).

Epidemiologiske undersøgelser fra USA har vist, at ca. halvdelen af de psykiske sygdomme har debuteret inden 14-årsalderen, og at 75% har debuteret ved 24-årsalderen (1). Depressioner i ungdomsårene øger risikoen for depressioner senere i livet med en faktor 2-3, og depressioner i voksenlivet, som følger efter depressioner i ungealderen, er oftere alvorlige og længerevarende (47). Også blandt de sjældnere, men mere alvorlige psykiske sygdomme som skizofreni, er ungdomsårene centrale, idet langt de fleste mennesker med skizofreni oplever en gradvis forværring med stigende problemer og faldende funktionsniveau i årene forud for deres sygdomsdebut (48-50).

Mentale helbredsproblemer tidligt i livet mindsker børns evne til at klare kravene i skolen og på arbejdsmarkedet senere hen, hvilket har betydning både for helbredet og for den sociale ulighed i helbredet, som er til stede senere i livet. Undersøgelser viser (51), at der er en stærk kobling mellem mentale helbredsproblemer og indlæringen i skolen. Sammenhængen forstærkes af, at den går begge veje – dels kan børn og unge med mentale helbredsproblemer have svært ved at lære, fordi de har det skidt – og dels får børn og unge det skidt, hvis de har svært ved at lære. Meget taler også for, at begge faktorer påvirker social position, sundhedsadfærd og helbred senere i voksenalderen og dermed er med til at skabe den stærke relation, der findes mellem socioøkonomisk gruppe og sundhed allerede i 30-40-årsalderen. Hvis man kan bryde den onde cirkel i skolealderen, tyder meget på, at det vil være muligt at forebygge

noget af den sociale ulighed i sundhed.

For unge i uddannelsesalderen øger mentale helbredsproblemer risikoen for, at de enten ikke påbegynder uddannelsen, eller at de stopper på uddannelsen (52). I 2017 var omkring 86% af alle 18-årige i gang med en ungdomsuddannelse, mens dette blot gjorde sig gældende for omkring 60% af unge med psykiske sygdomme som angst, OCD, ADHD og autisme. Blandt unge med ADHD eller autisme har mindre end 40% fuldført en ungdomsuddannelse som 25-årig, sammenlignet med 80% af alle unge (53).

De mentale helbredsproblemer, der rapporteres i dag, har muligvis større negativ indflydelse på børnenes sociale udvikling end tidligere. Dette støttes af en ny stor undersøgelse (54), som viste, at mentale helbredsproblemer var stærke prædiktorer for senere sociale, uddannelsesmæssige og mentale problemer i de seneste generationer end i en kohorte af 7-årige børn fra 1965. Studiet tyder på en betydelig alvorsgrad og kontinuitet af mentale helbredsproblemer hos børn og unge i dag.

Mentale helbredsproblemer og sygdomme er også fundet at være stærkt forbundet med fysiske helbredsproblemer. Et nyligt dansk registerstudie har fundet, at psykiske sygdomme øger risikoen for en lang række fysiske sygdomme. Eksempelvis er risikoen for kredsløbssygdomme 15 år efter en diagnose for angst, depression eller bipolar lidelse på omkring 40%, mens den i baggrundsbefolkningen er omkring 30% (55).

Gennemgangen i afsnit 1.3.1-1.3.5 dokumenterer samlet set, at de mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme hos børn og unge er et folkesundhedsproblem, der har konsekvenser langt ud over barndom og ungdom.

1.4 AFGRÆNSNINGER

Denne rapport fokuserer på børn og unge i alderen 10-24 år og sætter således fokus på en helt afgørende livsperiode, hvor psykisk sårbarhed kan blive til psykisk sygdom, og hvor forløbet er afgørende for helbredet og den sociale funktion langt op i voksenlivet. Denne livsperiode omfatter udviklingen fra barn til voksen, hvor familien og skolen har en afgørende betydning for børns og unges mentale sundhed og udvikling. Forældrene (eller andre omsorgspersoner) spiller en altafgørende rolle for barnet og den unges psykiske udvikling, herunder for udviklingen af tilknytning og mentalisering, dvs. evnen til at forstå egne og andres tanker, følelser og intentioner og evnen til at handle hensigtsmæssigt ud fra denne forståelse i sociale situationer.

De sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, der retter sig mod forældre og børns tidlige udvikling, er ikke omtalt i denne rapport, selvom forældrenes samspil med hinanden og med barnet er helt centralt for samtlige aspekter af barnets liv, særligt udviklingen af barnets mentale sundhed. Indsatser i sundhedsplejen, familien og daginstitutioner målrettet fremme af mental sundhed og forebyggelse af mentale helbredsproblemer blandt børn i Danmark vil blive behandlet i en særskilt rapport fra Vidensråd for Forebyggelse om mental sundhed og mentalt helbred blandt 0-9-årige børn. Denne rapport forventes udgivet i 2021. Der er mere information om denne rapport på Vidensrådets hjemmeside www.vidensraad.dk.

Forandringerne i ungdomsårene omfatter alle livets aspekter. Der sker store biologiske, herunder hormonelle, kropslige og hjernemæssige forandringer, samt store psykologiske og sociale forandringer i takt med, at den unge møder nye, udviklingsrelaterede opgaver. Den unge vil orientere sig mere

mod gruppen af jævnaldrende og være optaget af at udforske sin identitet, kønsidentitet og seksuelle orientering, etablere parforhold og venskaber og samtidigt søge at løsrive og selvstændiggøre sig i forholdet til forældrene (56). Ungdomsårene omfatter de afgørende sidste skoleår, tiden med ungdomsuddannelse og – for mange – de år, hvor man færdiggør sin uddannelse, flytter hjemmefra og etablerer sig på arbejdsmarkedet. Udviklingen vil uundgåeligt byde på mange overgange, herunder overgangen fra den kommunale folkeskole (eller et andet skoletilbud) til en ungdomsuddannelse, eventuelle overgange mellem forskellige ungdomsuddannelser og til en videregående uddannelse, arbejde eller arbejdsløshed. De mange transitioner særligt i ungdomsårene betyder, at de unge har berøring med et meget stort antal aktører og organisationer (se kapitel 7).

Samspillet mellem de genetiske, biologiske og psykiske risikofaktorer har en afgørende rolle i udviklingen af psykiske sygdomme. Der kan fx være tale om samspil mellem dårlig ernæring, infektioner eller toksiske påvirkninger før fødslen, lav fødselsvægt og fødselskomplikationer, udsættelse for fysisk/kemiske påvirkninger (fx industrielle kemikalier), belastende sociale forhold (fx fattigdom, marginalisering), manglende omsorg eller begrænset stimulation af den kognitive udvikling. Mange af påvirkningerne fra disse risikofaktorer udspiller sig tidligt i livet og medfører sårbarheder under opvæksten. Sårbarhederne kan, i kombination med psykologiske og sociale faktorer, bidrage til udviklingen af psykisk sygdom langt senere i livet. Denne forståelse er væsentlig i et sundhedsfremmende og forebyggende perspektiv. Hvis psykisk sygdom udvikles i et samspil mellem genetiske og miljømæssige sårbarheder i løbet af opvæksten, betyder det, at der er et potentiale for forebyggelse på alle niveauer i udviklingen fra mental sundhed til psykisk sygdom.

Ungealderen og den tidlige voksenalder udgør de hyppigste debutaldre for de svære psykiske sygdomme (depression, psykose, skizofreni, mani), og de psykologiske og sociale udfordringer, der ses i disse perioder, kan som sagt have deres afsæt i tidligere udviklingsmæssige vanskeligheder. Samtidigt kan tidlige problemer såsom angst og depressive symptomer virke som udløsende eller vedligeholdende faktorer i en fortsat sygdomsudvikling. Vi ved, at der forud for det tidspunkt, hvor en svær psykisk sygdom erkendes, ofte har været en længere periode med belastning og nedsat funktionsniveau (50). Derfor har vi en forventning om, at tidlig behandling af de lettere mentale helbredsproblemer af mere almindelig karakter (fx fysiske klager, ængstelse, ensomhed, stress eller adfærdsproblemer) i mange tilfælde kan forebygge eller udskyde udviklingen af en sværere psykisk sygdom. Mange af de indikerede forbyggende indsatser består netop i behandling af følelsesmæssige og adfærdsmæssige helbredsproblemer.

Det er velkendt, at nogle børn og unge er i særlig risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer eller psykisk sygdom. I denne gruppe er børn og unge, som er udsat for vold og/eller seksuelt misbrug, anbragte børn og unge samt børn og unge med flygtninge- og indvandrerstatus i særlig risiko. Det ligger uden for denne rapport's kommissorium at kortlægge omfanget af eller udpege indsatser til disse særlige grupper af børn og unge.

1.5 MÅLGRUPPE

Rapporten henvender sig til alle personer, der arbejder med børn og unge, fx fag- og sundhedsprofessionelle såsom pædagoger, psykologer og læger, kommunale sundhedsplanlæggere, skolelærere, skoleledere og rektorer på landets ungdomsuddannelser samt politikere og beslutningstagere på alle niveauer.

1.6 METODE

I denne rapport kortlægges i kapitel 3-5 udviklingen i danske børn og unges mentale helbred på baggrund af tilgængelige skole- og befolkningsundersøgelser af repræsentative grupper af børn og unge samt registerbaserede undersøgelser af børn og unge, der diagnosticeres i psykiatrien.

For at få et fyldestgørende billede af det mentale helbred blandt børn og unge er det centralt både at måle og følge udviklingen i positive aspekter af mental sundhed (fx individets egen oplevelse af velbefindende og dets livsmuligheder) (kapitel 3) og at belyse mentale helbredssymptomer (kapitel 4) og egentlig psykisk sygdom (kapitel 5). At inddrage såkaldt positive aspekter af mental sundhed som en del af grundlaget for vurdering af børn og unges mentale helbred ligger i tråd med definitionen af mental sundhed som mere og andet end blot fravær af symptomer og sygdom (kapitel 2).

Hvor der findes landsrepræsentative undersøgelser med anerkendte valide mål for mental sundhed (kapitel 3) og mentale helbredsproblemer (kapitel 4) benyttes kun disse i kortlægningen. Hvis der ikke findes sådanne undersøgelser, benyttes andre, mindre repræsentative, danske undersøgelser med angivelse af datagrundlaget (årstal, antal deltagere, alder osv.). Internationale data inkluderes kun i begrænset omfang, når det vurderes relevant. Kortlægningen er baseret på flere undersøgelser, hvor børn og unge selv har svaret på en række spørgsmål. Der er således tale om data, der bygger på selvrapporteringer. Derfor er det ikke muligt at vurdere i hvilken grad, der er tale om vedvarende eller betydende indikatorer for en påvirkning af funktionen hos de pågældende børn og unge i dagligdagen, samt i hvilket omfang de optræder sammen med andre indikatorer. Derfor er resultaterne i kapitel 3-4 udelukkende

en redegørelse for forekomsten af de enkelte indikatorer, og det kan ikke entydigt konkluderes, om deres forekomst er et udtryk for et tegn på mental sundhed eller mistrivsel. Samtidigt giver denne form for undersøgelser kun øjebliksbilleder af, hvordan børn og unge har det netop på det tidspunkt, hvor de deltog i undersøgelsen. Derfor kan mindre problemer fylde meget, men der er også en risiko for at overse alvorlige udfordringer. Enkeltstående dårlige oplevelser på legepladsen i et forudgående frikvarter eller aktuelle konflikter med venner eller familie kan blive styrende for respondenternes besvarelse af spørgsmålene (57). Af denne grund har vi, så vidt det har været muligt, valgt at koncentrere os om resultater, hvor børn og unges angiver, at de oplever den pågældende indikator hver uge eller oftere. Det er dog ikke i alle undersøgelser muligt at bevare dette skæringspunkt, da der er mange forskellige måder at måle og opgøre mental sundhed og mentale helbreds-symptomer på. Desuden anvendes for nogle af de inkluderede indikatorer forskellige afgrænsninger af samme overordnede begreb, hvilket der også må tages forbehold for i sammenligninger af resultaterne. I flere tilfælde spørges der desuden ind til flere indikatorer og/eller symptomer på samme tid, og det er derfor ikke til at vide, hvilken indikator eller hvilket symptom, den enkelte informant har tænkt på, da han/hun svarede.

Alle disse forhold medfører udfordringer og begrænsninger i kortlægningen af forekomsten og fordelingen i forhold til alder, køn, socioøkonomiske forhold og udvikling over tid, idet det er vanskeligt at sammenligne resultaterne på tværs af forskellige undersøgelser. Endelig er det afgørende, hvor mange i målgruppen det lykkes at få til at medvirke i undersøgelserne, dvs. undersøgelsens svarprocent. Det er ikke ualmindeligt, at der mangler oplysninger vedrørende en tredjedel eller flere, og at forekomsten af mentale

helbredsproblemer, psykiske sygdomme og social belastning er større i frafaldsgruppen (58, 59). I rapportens appendiks 1 er der mere information om de forskellige danske undersøgelser, herunder om antal deltagere, aldersgrupper, svarprocenter og repræsentativitet m.m., der danner baggrund for kapitel 3-4.

Til kortlægningen af forekomsten, fordelingen og udviklingen over tid for de psykiske sygdomme og neuropsykiatriske udviklingsforstyrrelser (se kapitel 5) har vi valgt at inkludere både kliniske og epidemiologiske undersøgelser. Vi har desuden haft adgang til dataudtræk fra tre danske nationale registre, det Psykiatriske Centralregister (PCR), Landspatientregistret (LPR) og Lægemedelstatistikregistret (LSR) i perioden fra 1996 til 2016 for aldersgruppen fra 10 til 24 år for piger/unge kvinder og drenge/unge mænd. Her findes oplysninger om indlæggelser på psykiatriske afdelinger siden 1969, og siden 1995 også om ambulante kontakter og skadestuekontakter samt alle recepter indløst i Danmark på medicin, der anvendes til ADHD og depression/angst fra samme periode. Vi har i Danmark siden midt i 1990'erne registreret både ambulante diagnoser og indlæggelsesdiagnoser med WHO's internationale diagnosesystem (på engelsk kaldet International Classification of Diseases (ICD)) (60). På baggrund af disse data har vi analyseret prævalensen i 2016 samt årlige incidensrater fra 1996 til 2016. Herudover har vi suppleret med nationale og internationale befolkningsundersøgelser, som har anvendt standardiserede spørgeskemaer/interviews til forældre, lærere eller de unge selv samt registerbaserede undersøgelser. Endelig har vi anvendt selvrapporterede data fra skoler i en række danske kommuner, som anvender platformen BørnUngeliv (61) til understøttelse af deres arbejde med sundhed i skolerne. Knap 12.000 børn fra Favrskov, Holstebro, Ikast, Brande, Kolding, Middelfart, Nordfyn, Nyborg, Odense,

Sønderborg, Tønder, Varde, Vejen og Vordingborg har bidraget med data SDQ scorer til dette kapitel.

De psykiske sygdomme, der kortlægges i kapitel 5, er ligesom indikatorerne i kapitel 3-4 et øjeblikksbillede, der kan ændre sig over tid, fx kan antallet af diagnoser stige eller falde over tid.

Ændringer over tid i indikatorerne for mental sundhed og sygdom kan skyldes øget sygelighed, ændret rapportering af psykiske fænomener og/eller andre kulturelle og epidemiologiske forandringer. Det vil kort forklaret sige, at ændringer i vores måde at tale om mental sundhed på, opmærksomheden på mental sundhed og tærsklen for, hvornår vi mener, der er et problem, kan spille en rolle. Det samme kan være tilfældet med den måde, vi håndterer og forstår negative følelser på, og hvornår, vi mener, de kræver behandling samt tilgængeligheden til behandlingstilbud. Endelig er der den mulighed, at udviklingen skyldes en reel reduktion i den mentale helbredstilstand i befolkningen.

Denne rapport har som hovedformål at samle oplysninger fra forskellige kilder, som via forskellige indikatorer kan give os et bedre overblik over udviklingen i det mentale helbred i Danmark. Rapporten vil imidlertid ikke kunne bidrage væsentligt til afklaring af, hvad der ligger til grund for udviklingen. Rapporten har dels ikke fokus på undersøgelser, som fokuserer på årsagssammenhænge, dels mangler vi et generisk mål for mental sundhed og mentale helbredsproblemer, som på tværs af symptomer og diagnoser måler påvirkning af dagligdagen for barnet, den unge og familien i forhold til velbefindende og social funktion, som beskrevet i kapitel 2.

I kapitel 6 om sundhedsfremmende og forebyggende indsatser er der, i det omfang det har været muligt, benyttet internationale, systematiske litteraturgennemgange og metaanalyser, og større

rapporter samt nyere og særligt vigtige enkeltstudier fra ind- og udland. Danske enkeltstudier, der ikke er publiceret internationalt, er beskrevet særskilt under 'danske erfaringer' i de enkelte underafsnit om henholdsvis universelle, selektive og indikerede indsatser i kapitel 6.

1.7 LITTERATUR

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):593–602.
2. Collishaw S, Maughan B, Natarajan L, Pickles A. Trends in adolescent emotional problems in England: a comparison of two national cohorts twenty years apart. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51(8):885–94.
3. Sadler K, Vizard T, Ford T, Goodman A, Goodman R, McManus S. Mental health of children and young people in England, 2017: trends and characteristics. 2018.
4. Pitchforth J, Fahy K, Ford T, Wolpert M, Viner RM, Hargreaves DS. Mental health and well-being trends among children and young people in the UK, 1995-2014: Analysis of repeated cross-sectional national health surveys. *Psychol Med* 2019;49(8):1275–85.
5. Wiens K, Bhattarai A, Pedram P, Dores A, Williams J, Bulloch A, et al. A growing need for youth mental health services in Canada: Examining trends in youth mental health from 2011 to 2018. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020.
6. Børnerådet. FN's Børnekonvention: Alle børn har rettigheder. Børnerådet.
7. World Health Organization. The world health report 2001 — Mental health: new understanding, new hope. Vol. 79, Bulletin of the World Health Organization. Geneva 2001.
8. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, et al. Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry* 2018;5(7):591–604.
9. Skogen JC, Smith ORF, Aarø LE, Siqveland J, Øverland S. Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt. Oslo, Norway. Folkehelseinstituttet 2018. p. 1–184.
10. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 2012;379(9826):1641–52.
11. Hoyt LT, Chase-Lansdale PL, McDade TW, Adam EK. Positive youth, healthy adults: does positive well-being in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood? *J Adolesc Health* 2012;50(1):66–73.
12. F. B. The link between pupil health and wellbeing and attainment. *Public Heal* 2014;(Nov):1–14.
13. Kirkwood TBJ, May C MI et al. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Mental capital through life: Future challenges. London 2008.
14. Stewart-Brown S. Promoting health in children and young people: Identifying priorities. *J R Soc Promot Health* 2005;125(2):61–2.
15. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. Available from: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

16. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* 2018;392(10157):1553–98.
17. IHME. Global Burden of Disease (GBD). Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
18. Polanczyk G V, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56(3):345–65.
19. Alemán-Díaz AY, Backhaus S, Siebers LL, Chukwujama O, Fenski F, Henking CN, et al. Child and adolescent health in Europe: monitoring implementation of policies and provision of services. *Lancet Child Adolesc Heal.* 2018;2(12):891–904. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352464218302864?via%3Dihub>
20. Sundhedsstyrelsen. Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser. København 2017. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/-/media/930B6F0B2829492A8CB5BC-434CA5DE4A.ashx>
21. Steinhausen H-C, Jakobsen H. Incidence Rates of Treated Mental Disorders in Childhood and Adolescence in a Complete Nationwide Birth Cohort. *J Clin Psychiatry* 2019;80(3). Available from: <https://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2019/v80/17m12012.aspx>
22. Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg BB, Schullehner J, Plana-Ripoll O, Brikell I, et al. Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. *JAMA psychiatry* 2019.
23. Holstein BE, Currie C, Boyce W, Damsgaard MT, Gobina I, Kokonyei G, et al. Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. *Int J Public Health* 2009;54 Suppl 2:260–70.
24. Berntsson LT, Kohler L, Gustafsson JE. Psychosomatic complaints in schoolchildren: a Nordic comparison. *Scand J Public Health* 2001;29(1):44–54.
25. Reinhardt Pedersen C, Madsen M. Parents' labour market participation as a predictor of children's health and wellbeing: A comparative study in five Nordic countries. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(11):861–7.
26. Pedersen CR, Holstein BE, Köhler L. Parents' labour market participation as predictor of children's well-being: Changes from 1984 to 1996 in the Nordic countries. *Eur J Public Health* 2005;15(4):431–6.
27. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 og udviklingen siden 1987. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2012. p. 1–260.

28. Holstein BE, Andersen A, Denbæk AM, Johansen A, Michelsen SI, Due P. Short communication: Persistent socio-economic inequality in frequent headache among Danish adolescents from 1991 to 2014. *Eur J Pain* 2018;22(5):935–40.
29. Madsen KR, Holstein BE, Damsgaard MT, Rayce SB, Jespersen LN, Due P. Trends in social inequality in loneliness among adolescents 1991–2014. *J Public Health* 2019;41(2):e133–40.
30. Van Oort FVA, Van Der Ende J, Wadsworth ME, Verhulst FC, Achenbach TM. Cross-national comparison of the link between socioeconomic status and emotional and behavioral problems in youths. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46(2):167–72.
31. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Soc Sci Med* 2013;90:24–31.
32. H. L, S. H, A. P. Socioeconomic inequalities in parent-reported and teacher-reported psychological well-being. *Arch Dis Child* 2015;100:38–41.
33. Wickham S, Whitehead M, Taylor-Robinson D, Barr B. The effect of a transition into poverty on child and maternal mental health: a longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study. *Lancet Public Heal* 2017;2(3):141–8.
34. McLaughlin KA, Breslau J, Green JG, Lakoma MD, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood socio-economic status and the onset, persistence, and severity of DSM-IV mental disorders in a US national sample. *Soc Sci Med* 2011;73(7):1088–96.
35. Murali V, Oyeboode F. Poverty, social inequality and mental health. *Adv Psychiatr Treat* 2004;10:216–24.
36. Wadsworth ME, Achenbach TM. Explaining the link between low socioeconomic status and psychopathology: Testing two mechanisms of the social causation hypothesis. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(6):1146–53.
37. Strohschein L. Household income histories and child mental health trajectories. *J Health Soc Behav* 2005;46(4):359–75.
38. Pickett KE, Wilkinson RG. Child wellbeing and income inequality in rich societies: Ecological cross sectional study. *Br Med J* 2007;335(7629):1080–5.
39. Rijlaarsdam J, Stevens GWJM, van der Ende J, Hofman A, Jaddoe VW V, Mackenbach JP, et al. Economic disadvantage and young children's emotional and behavioral problems: mechanisms of risk. *J Abnorm Child Psychol* 2013;41(1):125–37.
40. Boe T, Sivertsen B, Heiervang E, Goodman R, Lundervold AJ, Hysing M. Socioeconomic status and child mental health: the role of parental emotional well-being and parenting practices. *J Abnorm Child Psychol* 2014;42(5):705–15.
41. Musterd S, Marcińczak S, van Ham M, Tammaru T. Socioeconomic segregation in European capital cities. Increasing separation between poor and rich. *Urban Geogr* 2017;38(7):1062–83.

42. Collishaw S. Annual research review: Secular trends in child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2015;370–93.
43. Langton EG, Collishaw S, Goodman R, Pickles A, Maughan B. An emerging income differential for adolescent emotional problems. *J Child Psychol Psychiatry* 2011;10:1081–8.
44. Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2006;47(3–4):276–95.
45. Maughan B, Kim-Cohen J. Continuities between childhood and adult life. Vol. 187, *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. England 2005. p. 301–3.
46. McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R, Nelson B. Beyond the “at risk mental state” concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry* 2018;17(2):133–42.
47. Zisook S, Lesser I, Stewart JW, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Fava M, et al. Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2007;164(10):1539–46.
48. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. London, England. *Lancet* 2004;363(9426):2063–72.
49. Thorup A, Waltoft BL, Pedersen CB, Mortensen PB, Nordentoft M. Young males have a higher risk of developing schizophrenia: a Danish register study. *Psychol Med* 2007;37(4):479–84.
50. Agerbo E, Byrne M, Eaton WW, Mortensen PB. Marital and Labor Market Status in the Long Run in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(1):28–33.
51. Wolf RT, Jeppesen P, Gyrd-Hansen D, Oxholm AS. Evaluation of a screening algorithm using the Strengths and Difficulties Questionnaire to identify children with mental health problems: A five-year register-based follow-up on school performance and health-care use. *PLoS One* 2019;14(10).
52. Newman L, Wagner M, Cameto R, Knokey A-M, Buckley JA, Malouf D, et al. The Post-High School Outcomes of Youth With Disabilities up to 4 Years After High School A Report From the National Longitudinal Transition Study-2 (NLTS2). *Natl Cent Spec Educ Res* 2009.
53. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd. Flere unge med handicap består ikke folkeskolens afgangsprøve. København 2019.
54. Sellers R, Warne N, Pickles A, Maughan B, Thapar A, Collishaw S. Cross-cohort change in adolescent outcomes for children with mental health problems. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2019;60(7):813–21.
55. Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, Benros ME, Børglum AD, Christensen MK, et al. Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. *N Engl J Med* 2020;382(18):1721–31.

56. Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry: Sixth Edition (6th ed.). Rutter's Child and Adolescent Psychiatry 2015. p. 1-1077.
57. Obel C, Madsen K, Poulsen S, Svendsen K. Hvordan har vi det i dag? Tidsskr Forsk i Sygd og Samf 2018;15(29 SE-Essays). Available from: <https://tidsskrift.dk/sygdomogsamfund/article/view/111308>
58. Petersen D, Bilenberg N, Hoerder K, Gillberg C. The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9-year-old children. Eur Child Adolesc Psychiatry 2006;15(2):71-8.
59. Goodman A, Gatward R. Who are we missing? Area deprivation and survey participation. Eur J Epidemiol 2008;23(6):379-87.
60. WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva. World Health Organisation 1993.
61. BørnUngeLiv. Hvad er BørnUngeLiv. 2020. Available from: <https://www.boernungeliv.dk/Public/Om/HvadErBoernUngeLiv.aspx>
62. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). European Union 2018.



2

BEGREBSDEFINITIONER OG -FORKLARINGER

DETTE KAPITEL PRÆSENTERER EN RÆKKE AF RAPPORTENS CENTRALE BEGREBER. UDGANGSPUNKTET ER WORLD HEALTH ORGANISATIONS (WHO'S) DEFINITION AF MENTAL SUNDHED SAMT EN RÆKKE TEORETISKE MODELLER, DER SAMLER RELEVANTE FAGLIGE TILGANGE I ARBEJDET MED BØRN OG UNGES MENTALE HELBRED - HERUNDER SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE.

Børns mentale sundhed, trivsel og resiliens er omdrejningspunktet for mange fagmiljøers arbejde. Derfor findes der også en række forskellige måder at definere og arbejde med mental sundhed hos børn og unge på. I denne rapport har vi valgt at tage udgangspunkt i WHO's definition af mental sundhed. Definitionen præsenteres sammen med en række teoretiske modeller, der samler relevante faglige tilgange i arbejdet med børn og unges mentale helbred. Her tager vi udgangspunkt i de opfattelser som bygger på, at mental sundhed og psykisk sygdom er to relaterede men forskellige dimensioner (1), at børn og unges udvikling altid sker i forhold til og under påvirkning af den sociale kontekst (2), og at resiliens beror på egenskaber både hos individet og omgivelserne og udvikles igennem barndommen i et dynamiske samspil mellem individet og omgivelserne (3). I forlængelse heraf præsenteres tilgange til arbejdet med mental sundhed i form af 'mental sundhedsfremme' og 'forebyggelse'. De nævnte modeller og tilgange peger alle på vigtigheden af, at mental sundhed altid bør forstås ud fra barnets og den unges interaktion med det sociale miljø, det er en del af. Dette gælder for alle børn og unge, uanset hvor sårbare de måtte være på grund af svagere

sociale, kognitive eller emotionelle kompetencer.

2.1 MENTAL SUNDHED

Mental sundhed og trivsel er begreber, der ofte går hånd i hånd, men de defineres ofte forskelligt afhængigt af forskningsdisciplin og profession. Mange danske fagmiljøer opfatter trivsel som et dynamisk begreb, der omfatter udvikling og fremgang. Der vil naturligt være mere fokus på mistrivsel og psykopatologi på det sociale og psykiatriske område, og mere fokus på trivsel og de positive aspekter af mental sundhed blandt fagprofessionelle, som primært beskæftiger sig med læring og udvikling, fx skolelærere og pædagoger. Psykopatologi betyder beskrivelse og karakteristik af de symptomer, der kendetegner og definerer psykiske sygdomme. Der er derfor forskel på, hvad de forskellige fagmiljøer forbinder med begrebet trivsel. Da der ikke findes en klar og fælles definition, bruger vi i denne rapport alene mental sundhed, som WHO har udviklet en definition for. WHO's definition er anerkendt på tværs af fagdiscipliner og er udbredt internationalt. Sundhedsstyrelsen i Danmark henviser også til denne definition, der er udviklet af WHO i 2002 og senest revideret i 2014:

Engelsk: 'Mental health is defined as 1) a state of well-being in which 2) every individual realizes his or her own potential, 3) can cope with the normal stresses of life, 4) can work productively and fruitfully, and 5) is able to make a contribution to her or his community' (4).

Denne definition kan oversættes nogenlunde direkte til dansk som: 'Mental sundhed er defineret som 1) en tilstand af velbefindende, 2) hvor individet udfolder sit potentiale, 3) kan klare dagligdagen og livets udfordringer, 4) kan bidrage med arbejde, som skaber værdi, og 5) kan bidrage til de fællesskaber, det indgår i'.

Den danske sundhedsstyrelse har lavet sin egen oversættelse hvor punkt 4 er udeladt og punkt 5 ændret fra 'bidrage til' til 'indgå i': 'Mental sundhed er en tilstand af trivsel, hvor det enkelte menneske kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress og indgå i fællesskaber med andre mennesker' (5). Hvor WHO lægger særlig vægt på det bidragende (eudaimoniske) perspektiv, er dette nedtonet i Sundhedsstyrelsens fortolkning.

Sundhedsstyrelsens og WHO's definitioner har det til fælles, at mental sundhed skal forstås som en kombination af individets oplevelse af velbefindende og et funktionelt velbefindende knyttet til dagligdagen (se **boks 2.1**).

Især WHO's definition af mental sundhed er et godt udgangspunkt for et fælles mål for enhver borger, og for børn og unge er udviklingsperspektivet særlig centralt. I forhold til børn og unges mentale sundhed lægger WHO særlig vægt på udviklingsmæssige aspekter såsom positivt selvværd, evnen til at håndtere følelser og tanker, evnen til at opbygge positive sociale relationer og evnen til at lære og gennemføre en uddannelse (7).

Vi har i det følgende valgt at beskrive de teoretiske modeller, som vi erfaringsmæssigt har fundet brugbare til at forstå mental sundhed for at nå til en vis fælles forståelse, der kan understøtte tværfagligt samarbejde. Det er vigtigt at understrege, at disse modeller blot er enkelte eksempler blandt mange på et område med mange faglige tilgange.

→ BOKS 2.1

Sundhedsstyrelsens og WHO's definitioner af mental sundhed har en del til fælles, som kan sammenfattes i to dimensioner (6).

En oplevelsesdimension

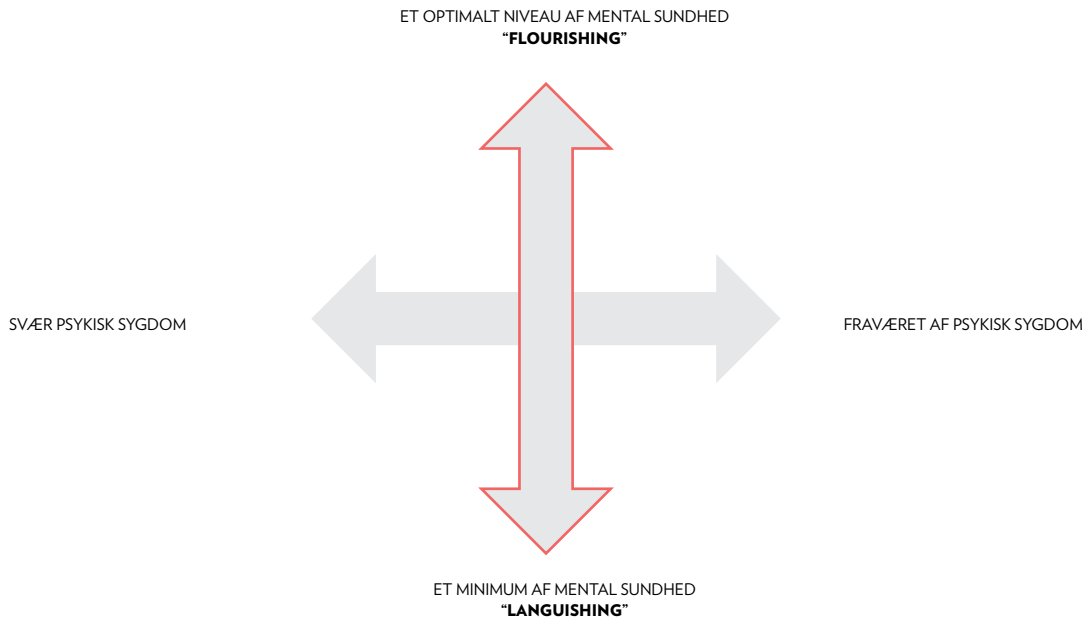
At man oplever velbefindende, at man overvejende har det godt, er glad, i godt humør og tilfreds med livet.

En funktionsdimension

At man kan klare dagligdags gøremål og almindelige udfordringer som fx at købe ind, lave mad, gå på arbejde eller i skole, indgår i og gerne bidrager til de fællesskaber, man er del af og løbende udvikler sit potentiale.

→ **FIGUR 2.1**

Figuren illustrerer en skelnen mellem psykisk sygdom og mental sundhed (9).



2.2 MENTAL SUNDHED OG PSYKISK SYGDOM

WHO's definition understøtter tanken om, at mental sundhed er mere end blot fravær af psykiske symptomer og sygdomme. Ifølge den amerikanske psykolog og sociolog Corey Keyes må mental sundhed og psykisk sygdom forstås som relaterede men forskellige dimensioner (se **figur 2.1**) (8). Den ene dimension, psykisk sygdom, spænder fra fraværet af psykisk sygdom til tilstedeværelsen af svær psykisk sygdom. Den anden dimension, mental sundhed, går fra et minimum af mental sundhed (på engelsk kaldet languishing) til et optimalt niveau af mental sundhed (på engelsk kaldet flourishing). Languishing henviser til, at individet er 'psykisk udtrættet'. Det omfatter et lavt niveau af mentalt velbefindende, en tilstand der er præget af lavt selvværd, en følelse af tomhed, social isolation og på anden vis et lavt socialt funk-

tionsniveau. Flourishing henviser til, at individet har et højt niveau af subjektivt mentalt velbefindende, er optimistisk, har energi, er målrettet, har et positivt selvbillede og højt socialt funktionsniveau (1). Modellen understreger, at der er behov for, at begge dimensioner har en væsentlig rolle i arbejdet med mental sundhed og psykisk sygdom. Har man begrænset mental sundhed, er man ikke nødvendigvis på vej til at udvikle psykisk sygdom. Ikke desto mindre skal signaler tages alvorligt, og man skal hjælpe disse børn og unge til at kunne håndtere hverdagens udfordringer.

Psykiske symptomer blandt børn og unge, som det vil fremgå af denne rapport, almindeligt forekommende, og alvorsgraden afhænger af, om problemerne belaster barnet og påvirker dets daglige funktion. For at kunne tale om psykisk sygdom kræves altid tilstedeværelse af både 1) væsentlige symptomer og 2) en væsentlig grad af belastning

og funktionspåvirkning i dagligdagen. Da dette beror på en vurdering (diagnostiske kriterier skal være opfyldt) og afhænger af barnet eller den unges kontekst, er der ikke nogen skarp adskillelse mellem 'normalitet' og psykisk sygdom. Der er tale om et kontinuum af symptomer, belastning og funktionspåvirkning, der typisk udvikler sig over tid og er afhængig af livssituation og udviklingsniveau. Psykiske sygdomme diagnosticeres kun, når der er tale om en tydelig belastning og påvirkning af de daglige og sociale funktioner gennem længere tid, og målet med behandling er at forbedre barnets eller den unges evne til at mestre dagligdagen og leve et tilfredsstillende og meningsfuldt liv på trods af psykiske sårbarheder og symptomer. Øget trivsel og social funktion og dermed øget mental sundhed er principielt målet for diagnostik og behandling af psykiske sygdomme, dvs. at målet er bredere end et snævert fokus på at reducere psykiske symptomer.

2.3 DEN SOCIALE KONTEKST OG RESILIENS

I WHO's definition af mental sundhed fremhæves de sociale relationer og fællesskaber som centrale. Det understreges, at mental sundhed ikke kun er et intrapersonelt forhold, men også involverer individets relationer til andre mennesker og tilhørsforhold til fællesskaber. Mennesket er et socialt væsen, der trives og udvikler sig i kraft af de krav og udfordringer, som det møder i samværet med andre mennesker under opvæksten og videre gennem livet. Både for svært psykisk syge og for meget velfungerende børn og unge synes der at være et særligt interval, hvor det enkelte individ kan udfordres svarende til sine evner/sårbarhed. Denne form for udfordring virker udviklende, mens udfordringer, som overstiger barnets eller den unges muligheder og handleevne, har den modsatte effekt og kan medføre psykiske symp-

tomter og funktionsnedsættelse. Også forskningen i resiliens har de senere år skiftet fokus fra det enkelte individ hen mod betydningen af interaktionen mellem individet og miljøet inspireret af Urie Bronfenbrenners 'økologiske udviklingsmodel' (3, 10). Som psykologisk mål betegner begrebet resiliens individets evne til at komme godt igennem negative oplevelser (11). I den social-økologiske tilgang til resiliens understreges betydningen af systemiske faktorer. Når mennesket udvikler sig, sker det altid i forhold til og under påvirkning af den sociale kontekst, som det enkelte menneske er en del af. Resiliens hos et individ er en dynamisk proces, som udvikles igennem opvæksten, hvor individuelle faktorer løbende interagerer med de sociale netværk, individet indgår i, og former individets modstandskraft gennem livet. Denne forståelse bygger på en kombination af en social resiliens-model (12), Bronfenbrenners økologiske udviklingsmodel (10, 12) og livsforløbsforståelse, som vi har forsøgt at visualisere i **figur 2.2**.

» **Familie og nære relationer:** I kernen af modellen (se **figur 2.2**) finder vi familie, nære relationer og skole/uddannelse. Familien giver tryghed, og det er her barnet, især tidligt i livet, lærer at knytte tætte emotionelle bånd til primære omsorgspersoner både via fysisk og psykisk interaktion. Det er i kontakten med forældre og jævnaldrende, at identiteten som selvstændigt individ udvikles. Interaktionen mellem familie, skole og andre fællesskaber har væsentlig betydning for barnets og den unges trivsel. Eksempelvis fungerer børn og unge med udadreagerende adfærd bedre, hvis skole og forældre er i jævnlig kontakt og har god kommunikation. Relationer med jævnaldrende, følelsen af tilhørsforhold til fx skole, samt accept og respekt fra lærere er væsentlige faktorer for resiliens. Skolen udgør barnets eller den unges fællesskaber i dagligdagen, og re-

lationer til lærere og pædagoger kan inspirere individet til at klare nye udfordringer i livet og være en væsentlig, alternativ støtte eller rollemodel. Som det fremgår senere i rapporten, er skolen en oplagt arena for sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, da man her har kontakt med børnene og de unge i det daglige og derfor har mulighed for at påvirke og styrke deres medvirken til fællesskabet.

- › **Samfund:** Fællesskaber, ressourcer i netværket, sociale tilbud samt støttende tilbud, der kan gives et individ eller en familie, hvis de har særlige behov for hjælp, har væsentlig betydning for børn og unges muligheder for mental sundhed og resiliens. Mere perifert i modellen findes aktører som politikere og myndigheder, der har indflydelse på grundvilkårene for børn og unges liv. Eksempelvis i form af de rammer og krav, som sættes for børnehaver og skoler i form af tests, læringsmål, normeringer og ressourcer. Ligeledes er også holdninger, værdier, normer og kultur i samfundet væsentlige.
- › **Digitale teknologier:** Den teknologiske udvikling har medført, at digitale teknologier er blevet en integreret del af de allerfleste børn og unges hverdag (14). I en senere udbygning af Bronfenbrenners økologiske udviklingsmodel har digitale teknologier fået en central rolle (13). Smartphones, tablets, computerspil, spillekonsoller og sociale medier som YouTube, Snapchat, Tik Tok, Instagram og Facebook anvendes til underholdning, læring, undervisning, informationssøgning og som en naturlig måde at kommunikere med familie, venner og bekendte på. Undersøgelser peger på, at skærmtid er forbundet med en række fysiologiske og psykologiske effekter (15, 16), men sammenhængen mellem digital teknologi og børn og unges mentale sundhed er sparsomt belyst, og resultaterne er ikke entydige (17, 18).
- › **Livstidsperspektiv:** Den sidste dimension i

modellen, der går på tværs af lagene, er det tidslige aspekt. Det er vigtigt at se på mental sundhed i et livstidsperspektiv. Hermed henvises til, at begivenheder tidligt i livet kan påvirke den mentale sundhed senere i livet. Samtidig spiller den historiske tid en rolle for den kontekst, som barnet eller den unge vokser op i.

2.4 MENTAL SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE

I det konkrete arbejde med børn og unges mentale sundhed og i forbindelse med anvendelsen af indsatser tales der ofte om forskellige tilgange som 'sundhedsfremme' og 'forebyggelse'. Begreberne anvendes med henblik på at udtrykke forskellige fokusområder, men samtidig er det ikke muligt at skelne skarpt mellem de to, da de indeholder elementer af hinanden (se boks 2.2) (19).

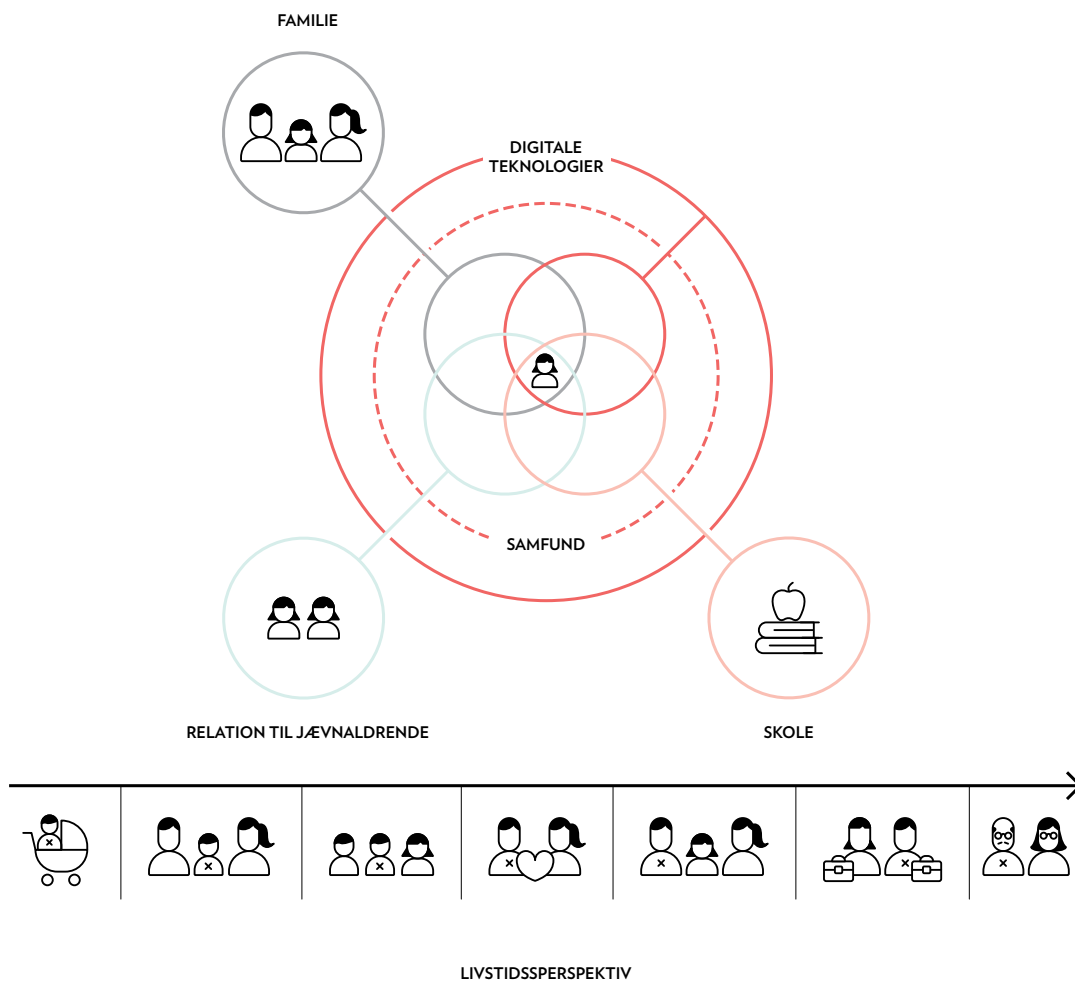
Mental sundhedsfremme

Mental sundhedsfremme har fokus på at fremme mental sundhed ved at øge psykologisk velvære, kompetencer og resiliens samt skabe støttende miljøer. Mental sundhedsfremme kan forstås som en tilgang til at fremme og vedligeholde mental sundhed ud fra en salutogen tilgang (dvs. fokus på årsager til og udvikling af sundhed) frem for en patogen tilgang (dvs. fokus på årsager til og udvikling af sygdom) (20, 21). Ved en salutogen tilgang er der således fokus på ressourcer og på, hvad der skaber og vedligeholder sundhed (22).

Med udgangspunkt i WHO's definition kan mental sundhedsfremme defineres som: Indsatser, der fremmer menneskers trivsel og evne til at håndtere dagligdagens udfordringer og bidrage i sociale fællesskaber (23). Mental sundhedsfremme har fokus på at fremme beskyttende faktorer ved at være rettet mod at styrke og vedligeholde

→ **FIGUR 2.2**

Udviklings- og social resiliens. Denne enkle model tager udgangspunkt i Bronfenbrenners økologiske modeller (13) tilføjet livsforløbs- og det sociale resiliensperspektiv (optegnet og gengivet med tilladelse fra Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Aarhus Universitet).



ressourcer (6, 20, 24). Ressourcer findes både som personlige ressourcer og i vores omgivelser. Det primære fokus skal således ikke være på individet alene, men derimod på at skabe rammer og omgivelser, der er mentalt sundhedsfremmende – det kan fx være i skolen, gennem forældreforberedelse eller sundhedsplejen, eller gennem forenings- og kulturlivet. Personlige ressourcer kan fx være viden, optimisme, tro på egen formåen, sociale, kognitive

og emotionelle kompetencer osv. I omgivelserne kan ressourcer på gruppeniveau fx dække over et socialt netværk og støtte fra de mennesker, man omgiver sig med i sin dagligdag. På samfundsmæssigt niveau kan ressourcer for mental sundhed fx dække over adgang til uddannelse, arbejde, gode boligforhold, et velfungerende sundhedsvæsen, natur og kultur.

→ **BOKS 2.2**

Definition af sundhedsfremme og forebyggelse (19).

Sundhedsfremme

Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgeres ressourcer og handlekompetence.

Forebyggelse

Sundhedsrelaterede aktiviteter, der søger at forhindre udviklingen af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed forbedre den enkeltes sundhed og folkesundheden.

Mental sundhedsfremme retter sig mod alle børn og unge, uanset om de har mentale helbredsproblemer eller ej, og fokus vil således være på hele befolkningen i hverdagslivets kontekst.

Forebyggelse af mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme

Forebyggende tiltag søger at reducere forekomsten af psykiske sygdomme, og de virker efter hensigten, hvis de bidrager til at reducere antallet af nye sygdomstilfælde (incidens). Forebyggende tiltag kan dog også have som formål at reducere forekomsten af mentale helbredsproblemer, fx psykiske symptomer så som nedtrykthed, stress og ensomhed (se kapitel 4).

I denne rapport anvender vi den såkaldte USI-model for forebyggelse: universel, selektiv og indikeret forebyggelse (25) (se desuden **tabel 6.1** og **figur 6.1**).

- › **Universel forebyggelse** omhandler tiltag, der er rettet mod alle eller brede grupper i befolkningen, uden at man på forhånd har identificeret individer eller grupper med øget risiko for mentale helbredsproblemer.

- › **Selektiv forebyggelse** omfatter tiltag, som henvender sig til en særlig målgruppe, som ud fra sociale og helbredsmaessige kriterier eller af andre grunde har en dokumenteret højere gennemsnitlig risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom.
- › **Indikeret forebyggelse** omfatter tiltag, som kun henvender sig til de børn og unge, som udviser tegn på at være i risikozonen for at udvikle mentale helbredsproblemer eller egentlig psykisk sygdom, fx fordi de har milde symptomer eller tegn på sygdom. Indikeret forebyggelse kan også omfatte elementer af egentlig behandling eller være i efterforløbet af en behandling for at forhindre tilbagefald eller nye sygdomsudbrud med alvorligere diagnoser.

Der har de seneste årtier været en del faglige diskussioner, om hvilke terminologier og klassificeringer der er mest hensigtsmæssige i forbindelse med forebyggelse. Særligt udbredt er anvendelse af primær, sekundær og tertiær forebyggelse. Denne terminologi er traditionelt blevet forbundet med et sygdomsfokus i klassisk biologisk forstand, og begrebet 'primær forebyggelse' har ofte været brugt i forbindelse med strukturel forebyggelse

af specifikke årsager og sygdomme som fx vaccinationer, folkeskolens seksualundervisning og tandplejens undervisning i god tandhygiejne. USI-modellen fokuserer derimod i udgangspunktet på målgruppen og målgruppens risikostatus. Den bygger på en cost-benefit-analyse af passende indsatser til den pågældende målgruppe. Modellen opfattes af mange forskere og fagfolk som en bredere tilgang, der er mere velegnet i forbindelse med mental sundhed og komplekse tilstande, som ikke kan forbindes med en specifik ætiologi eller en velafgrænset sygdom. Dermed kan modellen fremstå som mere anvendelig i det praktiske og tværfaglige arbejde med mental

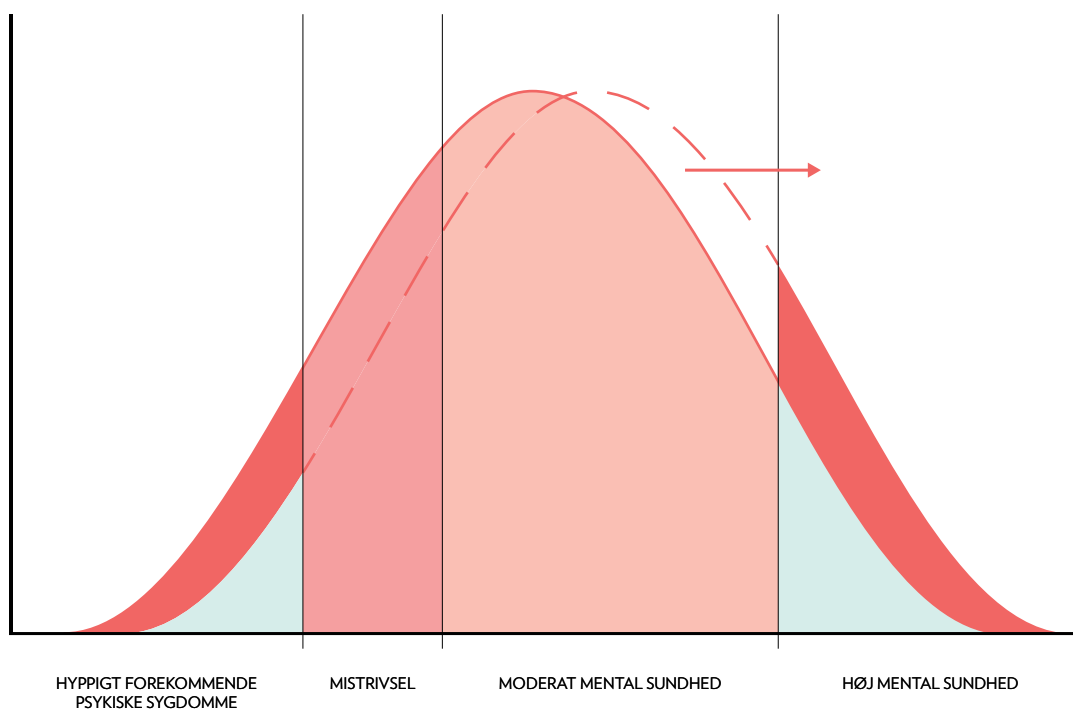
sundhed og i forebyggelsen af mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme (19, 25).

Ifølge Felicia A Huppert er det ikke tilstrækkeligt, at forebyggende tiltag intervererer over for børn og unge i mistrivsel eller børn og unge med psykisk sygdom (se **figur 2.3**) (26). Forebyggelse og sundhedsfremme må fokusere på at forskyde fordelingen af børn og unge mod højre (i retning mod høj mental sundhed), hvilket gør tiltag blandt alle grupper af børn og unge, og dermed alle niveauer af sundhedsfremme og forebyggelse, relevante. En forskydning af hele kurven mod højre vil reducere det generelle niveau af psykiske

→ FIGUR 2.3

Det mentale sundhedsspektrum (26).

% AF BEFOLKNINGEN



sygdomme i befolkningen af to grunde. For det første vil en forskydning reducere antallet af børn og unge med mentale helbredsproblemer, som er i øget risiko for at udvikle psykiske sygdomme. For det andet vil forskydningen øge gruppen af børn og unge med moderat og høj mental sundhed, som har en lavere risiko for at udvikle psykiske sygdomme (26) (se **figur 2.3**). Forebyggelse og sundhedsfremme er således mest effektive, når det lykkes at flytte alle børn og unge i retning af høj mental sundhed.

2.5 LITTERATUR

1. Keyes CLM. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav* 2002;43(2):207–22.
2. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts, and London, England. Harvard University Press 1979.
3. Ungar M. The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *Am J Orthopsychiatry* 2011;81(1):1–17.
4. World Health Organization. *Mental Health: A state of well-being..* 2014. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
5. Sundhedsstyrelsen. *Mental sundhed*. Available from: <https://www.sst.dk/da/viden/mental-sundhed>
6. Sundhedsstyrelsen. *Forebyggelsespakke: Mental Sundhed*. København 2018.
7. World Health Organization. *Mental Health: Action plan 2013-2020*. Geneva. WHO 2013.
8. Westerhof GJ, Keyes CLM. Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *J Adult Dev* 2010;17(2):110–9.
9. Keyes CLM. Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. In: Bauer GF, Hämmig O, editors. *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach*. Springer 2014. p. 182.
10. Bronfenbrenner U, Ceci SJ. Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychol Rev* 1994;101(4):568–86.
11. Fonagy P, Steele M, Steele H, Higgitt A, Target M. The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992 The Theory and Practice of Resilience. *J Child Psychol Psychiatry* 1994 1;35(2):231–57.
12. Ungar M, Ghazinour M, Richter J. Annual research review: What is resilience within the social ecology of human development? Vol. 54, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Wiley-Blackwell Publishing Ltd. 2013. p. 348–66.
13. Johnson G, Pupilampu K. Internet use during childhood and the ecological techno-sub-system. *Can J Learn Technol / La Rev Can l'apprentissage la Technol*. 2008;34.
14. Johansen SL. *Everyday Media Play: Children's playful media practices*. *Conjunctions Transdiscipl J Cult Particip* 2018;4(1).
15. Stiglic N, Viner RM. Effects of screentime on the health and well-being of children and adolescents: a systematic review of reviews. *BMJ Open* 2019;9(1):e023191.

16. Københavns Universitet. SmartSleep: Et forskningsprojekt om søvn og mobiltelefoner . 2020. Available from: <https://www.smartsleep.ku.dk/>
17. Orben A, Przybylski AK. The association between adolescent well-being and digital technology use. *Nat Hum Behav* 2019;3(2):173–82.
18. Kardefelt-Winther D. How does the time children spend using digital technology impact their mental well-being, social relationships and physical activity? An evidence-focused literature review Florence, Italy 2017. Available from: www.unicef-irc.org
19. Sundhedsstyrelsen. Terminologi: Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. København 2005. Available from: <http://www.sst.dk>
20. Kalra G, Christodoulou G, Jenkins R, Tsipas V, Christodoulou N, Lecic-Tosevski D, et al. Mental health promotion: guidance and strategies. *Eur Psychiatry* 2012;27(2):81–6.
21. Tamminen N, Solin P, Barry MM, Kannas L, Stengård E, Kettunen T. A systematic concept analysis of mental health promotion. *Int J Ment Health Promot* 2016;18(4):177–98.
22. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco, CA, US. Jossey-Bass 1987. p. 218.
23. Koushede V, Koushede V, Nielsen L. For mental sundhed – et nyt perspektiv. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2015. p. 189.
24. World Health Organization. Mental Health Action Plan for Europe - Facing the Challenges, Building Solutions. Geneva 2005.
25. Gordon Jr RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep* 1983;98(2):107–9.
26. Huppert FA. Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. *Appl Psychol Heal Well-Being* 2009;1(2):137–64.



3

MENTAL SUNDHED

I DETTE KAPITEL PRÆSENTERES FOREKOMST OG UDVIKLING I EN RÆKKE INDIKATORER FOR MENTAL SUNDHED, SOM RELEATERER SIG TIL DEN DEFINITION AF MENTAL SUNDHED, DER ER OMTALT I KAPITEL 2.

Som første del af kortlægningen præsenterer vi her i kapitel 3 en række indikatorer for mental sundhed, som relaterer sig til den definition af mental sundhed, der er omtalt i kapitel 2. De efterfølgende kapitler har fokus på mentale helbredsproblemer (kapitel 4) og egentlig psykisk sygdom (kapitel 5). Mental sundhed er, som pointeret i kapitel 2, mere og andet end fravær af psykiske symptomer og sygdomme. Når det handler om børn og unges mentale sundhed, fremhæves udviklingsmæssige aspekter såsom positivt selvværd, evnen til at opbygge positive sociale relationer og evnen til at lære og gennemføre en uddannelse (1). Det er udgangspunktet for dette kapitel, som sammenfatter viden om mål for forskellige aspekter af mental sundhed, der gennem de seneste år er blevet anvendt i større befolkningsundersøgelser blandt børn og unge i Danmark. Mere konkret fokuserer vi på indikatorer for positive og beskyttende dimensioner af mental sundhed som fx livstilfredshed og selv vurderet helbred, self-efficacy og social kompetence samt på mere sammensatte mål, hvor der typisk indgår overvejende positivt formulerede spørgsmål (se **tabel 3.1** for en oversigt over de mål for mental sundhed, der gennemgås i dette kapitel). Metodiske overvejelser omkring anvendelsen af disse indikatorer for mental sundhed fremgår af afsnit 1.6.

Der er sammenhæng mellem forekomsten af en række indikatorer for mental sundhed og børn og

unges sundhed og helbred både på kort og lang sigt (2, 3). Denne sammenhæng understøtter tanken om, at en god social og følelsesmæssig udvikling i løbet af barndommen giver bedre forudsætninger for en sund overgang fra barndommen til voksenalderen (4). En tidlig tryk tilknytning er en særlig afgørende faktor for individets udvikling i et livslangt perspektiv – både som en udviklingsfremmende faktor og som en beskyttende faktor i de perioder, hvor individet oplever modstand og vanskeligheder (5). Der er i dag omfattende evidens for, at kvaliteten af den tilknytningsrelation, som barnet udvikler til sine forældre, varierer, og at netop disse forskelle i kvalitet har stor betydning for barnets fremtidige udvikling (6). En omfattende metaanalyse har vist, at tryk tilknytning er forbundet med bedre selvfølelse og følelsesregulering, færre følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer og større social kompetence i den senere barndom (7). Ligeledes ses det, at trykt tilknyttede børn i førskolealderen er bedre sprogligt udviklet end utrygge/desorganiserede børn (8). Forskning har desuden vist, at høje niveauer af social og følelsesmæssig kompetence er relateret til skolepræstation, læring og et lavere niveau af tidlig problemadfærd (9-11). Et højt niveau af mental sundhed i barndommen er ligeledes relateret til et bedre selv vurderet helbred, en lavere grad af risikoadfærd i den tidlige voksenalder (12) og til højere akademisk præstation (13, 14). Børn, der af deres lærere vurderes at have en positiv indstilling, er ikke overraskende mere

tilbøjelige til at være tilfredse med deres arbejde, at have kontakt med venner og familie og at engagere sig i sociale aktiviteter senere i livet (15). Der ser også ud til at være en beskyttende effekt af positive aspekter af mental sundhed på udviklingen af psykiske sygdomme i barndommen. Et britisk forløbsstudie fra 2015 blandt børn i alderen 5-16 år har vist, at børn med prosocial adfærd (fx at være en god ven, hjælpsom derhjemme og høflig) havde en lavere risiko for at opleve psykiske symptomer og psykiske sygdomme tre år senere end børn, som i mindre grad havde denne adfærd (16).

I dette kapitel præsenteres en række af de indikatorer for mental sundhed, der i den seneste tid er blevet anvendt i danske befolkningsundersøgelser og i initiativer, som udgår fra styrelser, ministerier og forskningsinstitutioner (se **tabel 3.1**). Undersøgelserne er præsenteret i detaljer i rapportens appendiks 1.

→ TABEL 3.1

Mål for forskellige aspekter af mental sundhed beskrevet i kapitel 3.

MÅL FOR MENTAL SUNDHED	SPØRGSMÅLSFORMULERING ^a	UNDERSØGELSE
LIVSTILFREDSHED	<ul style="list-style-type: none"> › Her er et billede af en stige. Trin 10 betyder 'det bedst mulige liv' for dig, og trin 0 betyder 'det værst mulige liv' for dig. Hvor på stigen synes du selv, du er for tiden? 	<ul style="list-style-type: none"> › Skolebørnsundersøgelsen 2018 › Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2018 › Forløbsundersøgelsen af danske børn født i 1995 › Ungdomsprofilen 2014 › UNG19 › UNG19 EUD
SELVVURDERET HELBRED	<ul style="list-style-type: none"> › 'Synes du, dit helbred er...' med svarmulighederne 'Virkelig godt', 'Godt', 'Nogenlunde' og 'Dårligt' 	<ul style="list-style-type: none"> › Skolebørnsundersøgelsen 2018 › Forløbsundersøgelsen af danske børn født i 1995 › Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2018 › Ungdomsprofilen 2014 › UNG19 › UNG19 EUD › Den Nationale Sundhedsprofil 2017
SELF-EFFICACY	<ul style="list-style-type: none"> › Hvor tit kan du finde en løsning på problemer, bare du prøver hårdt nok? › Hvor tit kan du klare det, du sætter dig for? 	<ul style="list-style-type: none"> › Skolebørnsundersøgelsen 2018 › Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling › Børn og Unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2018 › Ungdomsprofilen 2014 › UNG19 › UNG19 EUD
SELVVÆRD	<ul style="list-style-type: none"> › Jeg synes godt om mig selv › Jeg er god nok, som jeg er › Andre på min alder kan godt lide mig 	<ul style="list-style-type: none"> › Skolebørnsundersøgelsen 2018 › Ungdomsprofilen 2014 › UNG19 › UNG19 EUD

→ **TABEL 3.1 (FORTSAT)**

Mål for forskellige aspekter af mental sundhed beskrevet i kapitel 3.

MÅL FOR MENTAL SUNDHED	SPØRGSMAÅLSFORMULERING ^A	UNDERSØGELSE
SOCIAL KOMPETENCE	<ul style="list-style-type: none"> › Jeg prøver at forstå mine venner, når de er triste eller sure › Jeg er god til at arbejde sammen med andre i en gruppe › Jeg siger min mening, når jeg synes, noget er uretfærdigt 	<ul style="list-style-type: none"> › Skolebørnsundersøgelsen 2014 › Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling
WHO-5	<ul style="list-style-type: none"> › Har jeg været glad og i godt humør? › Har jeg følt mig rolig og afslappet? › Har jeg følt mig aktiv og energisk? › Er jeg vågnet frisk og udhvilet? › Har dagligdagen været fyldt med ting, der interesserer mig? 	<ul style="list-style-type: none"> › Danskernes Trivsel 2016
WARWICK-EDINBURGH MENTAL WELL-BEING SCALE (WEMWBS)	<ul style="list-style-type: none"> › Hvor tit føler du, at det vil gå dig godt i fremtiden? › Hvor tit føler du dig nyttig? › Hvor tit føler du dig afslappet? › Hvor tit klarer du problemer godt? › Hvor tit tænker du klart? › Hvor tit føler du dig tæt med andre mennesker? › Hvor tit har du din egen mening om tingene? 	<ul style="list-style-type: none"> › Skolebørnsundersøgelsen 2018 › Ungdomsprofilen 2014 › Danskernes Trivsel 2016
SOCIAL TRIVSEL	<p>Om skolen</p> <ul style="list-style-type: none"> › Er du glad for din skole? › Hvor ofte føler du dig tryk i skolen? › Jeg føler, at jeg hører til på min skole › Jeg kan godt lide pauserne i skolen <p>Om klassen</p> <ul style="list-style-type: none"> › Er du glad for din klasse? › De fleste af eleverne i min klasse er venlige og hjælpsomme › Andre elever accepterer mig, som jeg er <p>Social mistrivsel</p> <ul style="list-style-type: none"> › Føler du dig ensom? › Er du blevet mobbet i dette skoleår? › Er du bange for at blive til grin? 	<ul style="list-style-type: none"> › Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling

→ **TABEL 3.1 (FORTSAT)**

Mål for forskellige aspekter af mental sundhed beskrevet i kapitel 3.

MÅL FOR MENTAL SUNDHED	SPØRGSMÅLSFORMULERING ^A	UNDERSØGELSE
STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE (SDQ)	<p>Sociale styrkesider^B</p> <ul style="list-style-type: none"> › Er hensynsfuld og betænksom over for andre › Deler gerne med andre børn (slik, legetøj, spil og lign.) › Prøver at hjælpe, hvis nogen slår sig, er kede af det eller skidt tilpas › Er god mod yngre børn › Tilbyder ofte at hjælpe andre (forældre, lærere, andre børn) <p>Følelsesmæssige symptomer</p> <ul style="list-style-type: none"> › Klager ofte over hovedpine, ondt i maven eller kvalme › Bekymrer sig om mange ting eller virker ofte bekymret › Er ofte ked af det, trist eller har let til gråd › Er utryg eller klæbende i nye situationer, bliver nemt usikker › Er bange for mange ting, bliver nemt skræmt <p>Adfærdsproblemer^C</p> <ul style="list-style-type: none"> › Har ofte raserianfald eller bliver let hidsig › Gør for det meste, hvad der bliver sagt › Slås ofte eller mobber andre børn › Lyver eller snyder ofte › Stjæler fra hjemmet, i børnehaven eller andre steder <p>Hyperaktivitet^C</p> <ul style="list-style-type: none"> › Er rastløs, overaktiv, har svært ved at holde sig i ro i længere tid › Kan ikke sidde stille på stolen, har svært ved at holde hænder og fødder i ro › Bliver nemt distraheret, mister let koncentrationen › Tænker sig om, før han/hun handler › Færdiggør opgaver, er god til at fastholde opmærksomheden <p>Problemer med jævnaldrende^B</p> <ul style="list-style-type: none"> › Er lidt af en enspænder, holder sig mest for sig selv › Har mindst én god ven › Er generelt vellidt af andre børn › Bliver mobbet eller drillet af andre børn › Kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn <p>Belastning og påvirkning af funktionen</p> <ul style="list-style-type: none"> › Synes du samlet set, at barnet har vanskeligheder på et eller flere af følgende områder: følelser, koncentration, adfærd eller samspil med andre mennesker? <ul style="list-style-type: none"> › Påvirker vanskelighederne hans/hendes dagligdag i forhold til: <ul style="list-style-type: none"> • familieliv • venskaber • læring • leg og fritidsaktiviteter • helbred 	› BørnUngeLiv

A DEN PRÆCISE SPØRGSMÅLSFORMULERING OG SVARKATEGORIERNE VARIERER FRA UNDERSØGELSE TIL UNDERSØGELSE (SE TABEL 3.2).

B BESKRIVES I AFSNIT 3.3.7.

C BESKRIVES I AFSNIT 5.1 OG 5.7.

3.1 LIVSTILFREDSHED

Dette afsnit beskriver forekomsten af livstilfredshed blandt børn og unge på grundlag af deres egne besvarelser samt fordeling på køn, alder, socioøkonomiske vilkår og udvikling over tid.

3.1.1 Sammenfatning

Livstilfredshed kan defineres som: 'en evalueringsproces, i hvilken individer vurderer kvaliteten af deres liv ud fra deres egne unikke kriterier'. **Forekomst:** Danske undersøgelser finder, at mellem 32% og 42% af børn og unge rapporterer en høj livstilfredshed. Forekomsten af høj livstilfredshed er dog lavere blandt elever på erhvervsuddannelser og gymnasier (15-28%). Mellem 6-11% af børn og unge rapporterer lav livstilfredshed. Mere end halvdelen af børn og unge i Danmark har hverken høj eller lav livstilfredshed, men ligger et sted midt imellem med middel livstilfredshed. **Køn og alder:** Det er særligt drenge og yngre børn, som oplever en høj livstilfredshed. Flere piger end drenge har en lav livstilfredshed, og forekomsten af lav livstilfredshed stiger med alderen. **Socioøkonomi:** Flere børn og unge fra lave socioøkonomiske grupper har en lav livstilfredshed end blandt børn og unge fra højere socioøkonomiske grupper. **Udvikling over tid:** Udviklingen i livstilfredshed over tid er kun blevet undersøgt i en enkelt dansk undersøgelse, Skolebørnsundersøgelsen, som viser, at der i perioden fra 2002 til 2018 er sket et fald i andelen af 11-15-årige, der oplever en høj livstilfredshed. Andelen af 11-15-årige, som oplever en lav livstilfredshed, har været stort set den samme i perioden fra 2002 til 2018.

3.1.2 Indledning

Livstilfredshed kan defineres som: 'en evalueringsproces, i hvilken individer vurderer kvaliteten af

deres liv ud fra deres egne unikke kriterier' (17). For børn og unge er tilfredshed med livet vigtigt for at trives i hverdagen. Livstilfredshed anvendes ofte som en overordnet indikator for mental sundhed. Lav livstilfredshed hos børn og unge ser ud til at hænge sammen med sundheds- og risikoadfærd såsom høj skærmtid og lav fysisk aktivitet. Forhold som dårlige sociale relationer, mobning og belastninger i familien også har betydning for livstilfredshed hos børn og unge (18-20).

Livstilfredshed måles ofte med den såkaldte Cantril-stige (på engelsk kaldet 'Cantril ladder'), hvor børn og unge bliver bedt om at vurdere, hvor på stigen, de er for tiden (21). Cantril-stigen har 11 trin (0-10). Toppen af stigen indikerer det bedst tænkelige liv og bunden af stigen det værst tænkelige liv. Livstilfredshed angives ofte som en tredeling, hvor trin 0-5 på stigen defineres som lav livstilfredshed, trin 6-8 som middel livstilfredshed og trin 9-10 som høj livstilfredshed (21-23). Andre opdelinger forekommer i enkelte undersøgelser (se **tabel 3.2**).

3.1.3 Forekomst

Tabel 3.2 viser resultaterne fra større danske undersøgelser, som inden for de seneste år har spurgt børn og unge om deres livstilfredshed. Resultaterne fra de sammenlignelige danske undersøgelser (analysemetode angivet i fodnote) viser, at mellem 32% og 40% af danske børn og unge har en høj livstilfredshed, og at ca. 6-11% af børn og unge har lav livstilfredshed. Ifølge den nyeste Skolebørnsundersøgelse (se appendiks 1) fra 2018, angav 32% af de 11-15-årige elever, at de havde en høj livstilfredshed og 11%, at de havde en lav livstilfredshed. Resten lå midt imellem. **Figur 3.1.1** viser den procentvise fordeling af livstilfredshed på den fulde skala fra 0 til 10 blandt 11-15-årige drenge og piger i Skolebørnsundersøgelsen 2018.

→ **TABEL 3.2**

Oversigt over forekomst af livstilfredshed fra undersøgelser af danske børn og unge.

UNDERSØGELSE, INSTITUTION OG ÅRSTAL FOR DATAINDSAMLING	ALDERSGRUPPE	LIVSTILFREDSHED (%) ^C		
		LAV	MIDDEL	HØJ
BØRN OG UNGE I DANMARK. VELFÆRD OG TRIVSEL 2018 (24) ^A	› 11, 15 og 19 år	› 9	› 51	› 40
SKOLEBØRNSUNDERSØGELSEN 2018 (25) ^A	› 11, 13 og 15 år	› 11	› 57	› 32
15-ÅRIGES HVERDAGSLIV OG UDFORDRINGER (26) ^A	› 15 år	› 6	› 56	› 39
UNGDOMSPROFILER 2014 (27) ^B	› 15-25 år			
› UNGE PÅ GYMNASIER		› 8	› 72	› 20
› UNGE PÅ ERHVERVSUDDANNELSER		› 8	› 64	› 28
UNG19 (28) ^B	› 15-30 år			
› PIGER		› 9	› 76	› 15
› DRENGE		› 7	› 70	› 23
UNG19 EUD (29)	› 15-30 år			
› PIGER		› 8	› 74	› 18
› DRENGE		› 6	› 69	› 25

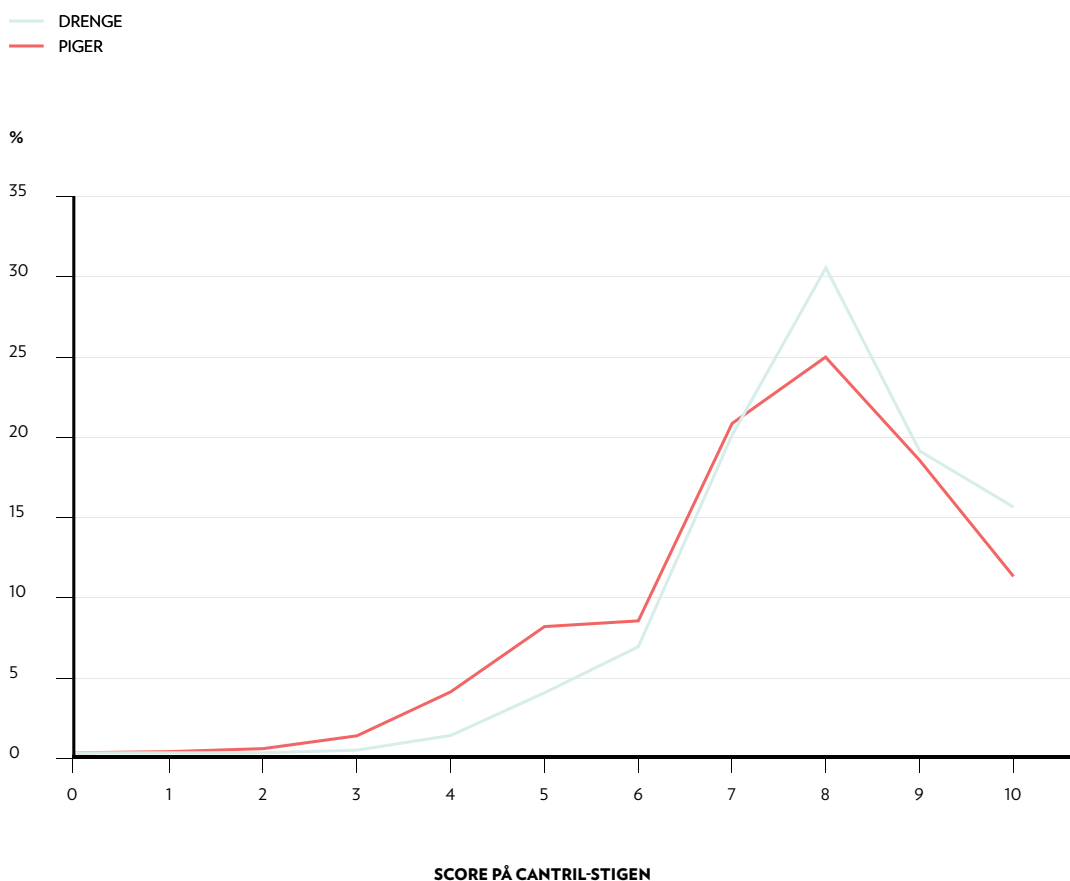
A TRIN 0-5 PÅ STIGEN DEFINERES SOM LAV LIVSTILFREDSHED, TRIN 6-8 SOM MIDDEL LIVSTILFREDSHED OG TRIN 9-10 SOM HØJ LIVSTILFREDSHED.

B MEGET LAV LIVSTILFREDSHED KATEGORISERES I UNGDOMSPROFILER 2014, UNG19 OG UNG19 EUD SOM TRIN 0-2, LAV LIVSTILFREDSHED SOM TRIN 3-4, MIDDEL LIVSTILFREDSHED SOM TRIN 5-6, HØJ LIVSTILFREDSHED SOM 7-8 OG MEGET HØJ LIVSTILFREDSHED SOM TRIN 9-10. HER PRÆSENTERES TALLENE PÅ FØLGENDE VIS: LAV LIVSTILFREDSHED (TRIN 0-4), MIDDEL LIVSTILFREDSHED (TRIN 5-8) OG HØJ LIVSTILFREDSHED (9-10).

C TALLENE ER GENGIVET DIREKTE FRA DE PÅGÆLDENDE UNDERSØGELSER/RAPPORTER. FOREKOMSTEN SUMMERER IKKE TIL 100% ALLE STEDER.

→ FIGUR 3.1.1

Procentvis fordeling af livstilfredshed på en skala fra 0-10 blandt drenge og piger i 5.-9. klasse (30).

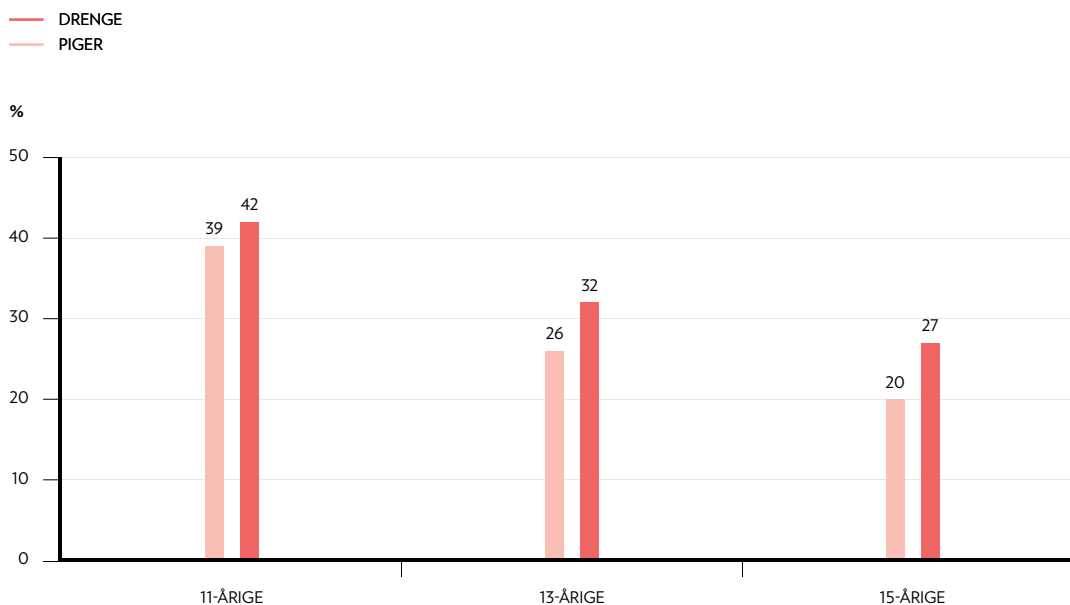


Ungdomsprofilen 2014 og UNG19-undersøgelsen på gymnasier og erhvervsskoler (se appendiks 1) opgør livstilfredshed anderledes, og tallene kan derfor ikke sammenlignes direkte med de øvrige undersøgelser i **tabel 3.2**. Ungdomsprofilen fandt, at 20% af de unge på gymnasier og 28% af de unge på erhvervsskoler oplevede en høj livstilfredshed (defineret som trin 9-10 på Cantril-stigen), mens 8% af de unge på både gymnasier og erhvervsskoler havde en lav livstilfredshed (trin 0-4 på Cantril-stigen) (31). I UNG19-undersøgelsen blandt 15-30-årige gymnasieelever

blev forekomsten af livstilfredshed opgjort efter køn, og her fandt man, at 15% af pigerne og 23% af drengene havde en høj livstilfredshed (trin 9-10 på Cantril-stigen), og at 9% af pigerne og 7% af drengene havde en lav livstilfredshed (trin 0-4 på Cantril-stigen) (28). Blandt 15-30-årige erhvervsskoleelever fandt UNG19 EUD-undersøgelsen, at 18% af pigerne og 25% af drengene havde en høj livstilfredshed (trin 9-10 på Cantril-stigen), og at 8% af pigerne og 6% af drengene havde en lav livstilfredshed (trin 0-4 på Cantril-stigen) (29).

→ FIGUR 3.1.2

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge med en høj livstilfredshed (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (25).



3.1.4 Køn og alder

Der er generelt flere piger end drenge, som har en lav livstilfredshed, og der er flere drenge end piger, som oplever en høj livstilfredshed. For eksempel var der blandt 15-årige skoleelever i Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 20% af pigerne og 27% af drengene, som rapporterede en høj livstilfredshed (25) (se **figur 3.1.2**).

Andelen af børn og unge med en høj livstilfredshed falder med alderen og mest blandt piger. For eksempel var der blandt de 11-årige drenge i Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 42%, som havde en høj livstilfredshed, mens der blandt 13-årige og 15-årige drenge var henholdsvis 32% og 27%. For pigernes vedkommende var der 39% af de 11-årige og henholdsvis 26% og 20% af de 13-årige og 15-årige en høj livstilfredshed (se **figur 3.1.2**). Undersøgelsen Børn og unge i Danmark - Velfærd

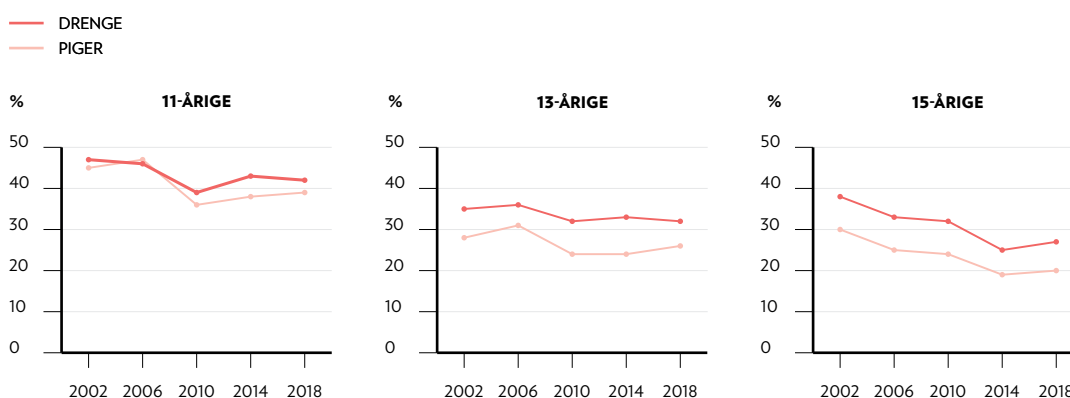
og trivsel 2018 (se appendiks 1) fandt tilsvarende, at andelen med høj livstilfredshed falder med alderen, og at andelen med lav livstilfredshed stiger med alderen blandt 11-, 15- og 19-årige (24).

3.1.5 Socioøkonomi

Livstilfredshed hos børn og unge ser ud til at hænge sammen med, hvilken socioøkonomisk gruppe familien tilhører, således at lav livstilfredshed forekommer hyppigere hos børn og unge fra lavere socioøkonomiske grupper end hos børn og unge fra højere socioøkonomiske grupper (32-34). Når vi ser på danske sammenhænge, er den sociale forskel mellem grupperne fremtrædende i Skolebørnsundersøgelsen fra 2018, hvor der var 15% i lav socialgruppe, 12% i middel socialgruppe og 9% i høj socialgruppe, der rapporterede lav livstilfredshed (25). Et studie af udviklingen over tid baseret på den danske skolebørnsundersøgelse fandt, at den

→ FIGUR 3.1.3

Andel med høj livstilfredshed blandt 11-, 13- og 15-årige drenge og piger (%), Skolebørnsundersøgelsen 1984-2018 (25).



sociale ulighed i lav livstilfredshed var konstant i perioden fra 2002 til 2018 (34). Undersøgelsen Børn og unge i Danmark - Velfærd og Trivsel 2018 fandt en tilsvarende sammenhæng mellem socioøkonomisk gruppe og livstilfredshed (24).

3.1.6 Udvikling over tid

Skolebørnsundersøgelsen har haft fokus på forekomsten af høj livstilfredshed og har fulgt udviklingen i perioden fra 2002 til 2018 (25). Mens der har været en lidt svingende forekomst af høj livstilfredshed på omkring 40-45% hos de 11-årige elever og omkring 30% hos de 13-årige elever, har der fra 2002 været en faldende andel af 15-årige elever, der angiver at have en høj livstilfredshed. Eksempelvis har der blandt 15-årige drenge været et fald fra 38% med høj livstilfredshed i 2002 til 27% i 2018, mens de tilsvarende tal for 15-årige piger var 30% i 2002 og 20% i 2018 (se figur 3.1.3) (25). Tilsvarende fald i andelen med en høj livstilfredshed er blevet observeret i de øvrige nor-

diske lande (Finland, Sverige og Island) undtagen Norge i perioden fra 2002 til 2014 (35). Andelen af 11-15-årige med en lav livstilfredshed i den danske Skolebørnsundersøgelse har i perioden fra 2002 til 2018 været nogenlunde konstant (mellem 10% og 13%) (36).

3.2 SELVVURDERET HELBRED

Dette afsnit beskriver børn og unges vurdering af deres eget helbred fordelt på køn, alder og socioøkonomiske vilkår samt udviklingen over tid.

3.2.1 Sammenfatning

Selvurderet helbred er et menneskes egen vurdering af dets helbred. **Forekomst:** Langt de fleste børn og unge i Danmark vurderer, at deres eget helbred er godt eller meget godt (77-94%), og kun meget få oplever at have et dårligt helbred (<3%). **Køn og alder:** Generelt oplever flere drenge end piger, at de har et godt eller meget godt helbred.

Socioøkonomi: Der er flere børn og unge med bedre sociale vilkår end børn og unge fra lavere socioøkonomiske grupper, som vurderer deres helbred positivt. **Udvikling over tid:** På trods af den meget høje andel af børn og unge, som vurderer, at deres helbred er godt, er der gennem de seneste tre årtier observeret et betydeligt fald i andelen af skolebørn, som angiver, at deres helbred er meget godt. I 1984 rapporterede 48% af de 13-årige drenge og 47% af de 13-årige piger et virkelig godt selvvurderet helbred, mens det i 2018 var 32% af de 13-årige drenge og 24% af de 13-årige piger, der oplevede deres helbred som virkelig godt. Andelen med et godt, vældigt godt eller fremragende selvvurderet helbred blandt unge i alderen 16-24 år har været nogenlunde stabilt siden 2010 (96% for unge mænd og 93% for unge kvinder) med et lille fald i 2017 (94% af unge mænd og 90% af unge kvinder).

3.2.2 Indledning

Selvvurderet helbred er et menneskes vurdering af sit eget helbred, og det bruges ofte som mål til at karakterisere børn og unges overordnede fysiske og psykiske helbred. Dårligt selvvurderet helbred blandt voksne har vist sig at hænge sammen med et øget forbrug af sundhedsydelser og med en øget sygelighed og dødelighed (37-40). Flere undersøgelser blandt børn og unge har også vist sammenhænge mellem dårligt selvvurderet helbred og en række forhold såsom utilstrækkelig søvn, fysisk inaktivitet, øget forbrug af sundhedsydelser, lavere livstilfredshed, skrive- og læsevan-skeligheder samt fysisk og psykisk sygdom (40-46). Det ser ligeledes ud til, at lavt selvvurderet helbred blandt børn og unge kan have betydning for helbredet senere i livet (47). Et norsk studie (n=23.679) fandt således, at unge i alderen 13-35 år med lavt selvvurderet helbred havde næsten dobbelt så stor risiko for at dø i den tidlige voksenalder

(inden de blev 54 år) end unge, der oplevede at have et godt selvvurderet helbred (47). I undersøgelsen blev der taget højde for underliggende forklarende faktorer (confoundere) som fx psykisk og fysisk sygdom, rygning og fysisk aktivitet ved undersøgelsens start.

Selvvurderet helbred bliver ofte målt ved at stille et enkelt spørgsmål: 'Synes du, dit helbred er...' med svarmulighederne 'Virkelig godt', 'Godt', 'Nogenlunde' og 'Dårligt' (eksempel fra Skolebørnsundersøgelsen (se **tabel 3.1**) (25)). Den præcise spørgsmålsformulering og svarkategorierne varierer dog fra undersøgelse til undersøgelse. Når børn og unge bliver bedt om at vurdere deres overordnede helbred, er deres svar formentlig baseret på andet og mere end deres helbred i ren medicinsk forstand. Fx vil opfattelsen af eget helbred sandsynligvis også være påvirket af den mentale sundhedstilstand. Det enkelte barns forståelsesramme har også betydning, og den kan variere afhængigt af faktorer på overordnet kulturelt niveau, men også på familie- og individniveau (48, 49).

En lang række undersøgelser har beskrevet børn og unges selvvurderede helbred. Som tidligere nævnt har vi i denne rapport valgt de undersøgelser, hvor barnet eller den unge er blevet bedt om at give en overordnet vurdering af deres eget helbred. Den præcise formulering af spørgsmålene og svarmulighederne varierer i de forskellige undersøgelser, og direkte sammenligninger af forekomster, fordeling og udvikling over tid skal derfor fortolkes varsomt.

3.2.3 Forekomst

Størstedelen af børn og unge vurderer, at de har et godt eller meget godt helbred. Skolebørnsundersøgelsen (se appendiks 1) fra 2018 fandt, at 87% af 11-15-årige børn vurderede deres helbred som

godt eller virkelig godt (30). Yderligere fandt en undersøgelse blandt 15-årige unge i 2012, at ca. ni ud af ti vurderede deres helbred som godt eller virkelig godt (26). I tråd med dette fandt undersøgelsen Børn og unge i Danmark - Velfærd og trivsel 2018 (se appendiks 1), at der i 2018 var 87% af de 11-19-årige, der vurderede deres helbred som godt eller virkelig godt (24).

Blandt de lidt ældre unge kan Den Nationale Sundhedsprofil, Ungdomsprofilen 2014 og UNG19 blandt henholdsvis gymnasieelever og erhvervsskoleelever fortælle os noget om forekomsten af selv vurderet helbred (se appendiks 1). Den Nationale Sundhedsprofil blandt 16-24-årige fandt, at ca. ni ud af ti vurderede deres helbred som godt, vældig godt eller fremragende (50). Ungdomsprofilen 2014 fandt, at 91% af de unge på gymnasierne og 88% af de unge på erhvervsuddannelserne oplevede deres helbred som godt, vældig godt eller fremragende (31). UNG19-undersøgelsen blandt unge på gymnasiale uddannelser fra 2019 viste, at 80-94% af de unge på HHX, STX, HTX og HF vurderede deres eget helbred som godt, vældig godt eller fremragende (28). UNG19 EUD-undersøgelsen blandt erhvervsskoleelever fandt, at 86% af erhvervsskoleeleverne rapporterede at have et godt, vældig godt eller fremragende selv vurderet helbred (29).

På tværs af undersøgelserne viser det sig, at ganske få børn og unge – under 3% – oplever, at deres helbred er decideret dårligt (24, 29, 50, 51). Forløbsundersøgelsen af danske børn født i 1995 (se appendiks 1) fandt, at som 11-årige vurderede 1%, at deres helbred var meget dårligt (51). Som 15-årige vurderede 1,4%, at deres helbred var meget dårligt, mens den tilsvarende andel var 2,8%, da de unge var blevet 18 år. Det kan skyldes, at de unge oplever flere helbredsproblemer, og at sygdomsforekomsten stiger, jo ældre de bliver,

men det kan også skyldes, at ældre unge generelt svarer mindre positivt end yngre unge på en række forskellige spørgsmål (51). I Den Nationale Sundhedsprofil fra 2017 rapporterede omkring 1% af de 16-24-årige mænd og kvinder, at deres helbred var dårligt (50).

3.2.4 Køn og alder

I Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 var der en tendens til, at flere 13- og 15-årige drenge end piger oplevede at have et virkelig godt helbred (25) (se figur 3.2.1).

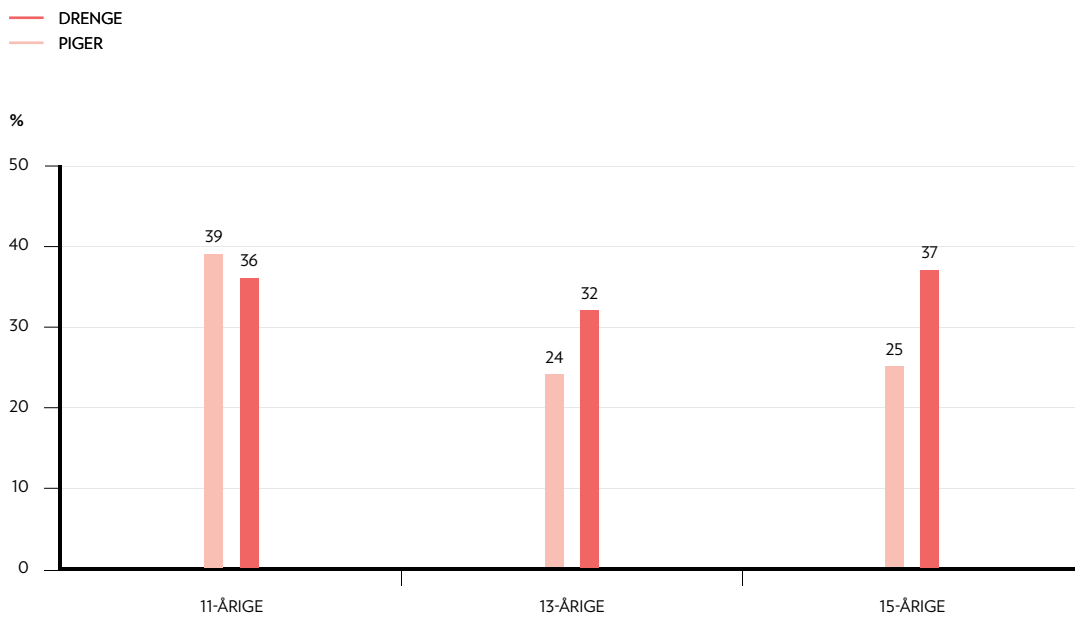
Ungdomsprofilen 2014 havde ligeledes fokus på forekomsten af et højt niveau af selv vurderet helbred og fandt også kønsforskelle. På gymnasier var det 52% af pigerne og 63% af drengene, der oplevede deres helbred som fremragende eller vældig godt. De tilsvarende tal for unge på erhvervsuddannelser var 36% for pigerne og 56% for drengene (31). UNG19 undersøgelsen fra 2019 blandt gymnasieelever viste også kønsforskelle. Andelen, der vurderede eget helbred til at være fremragende eller vældig godt, var 67% blandt drenge og 51% blandt piger på HHX, mens de tilsvarende andele var 63% og 50% på STX, 56% og 47% på HTX og 47% og 35% på HF (28). UNG19 EUD blandt erhvervsskoleeleverne viste, at 50% af drengene og 35% af pigerne rapporterede at have et fremragende eller vældig godt selv vurderet helbred (29).

3.2.5 Socioøkonomi

Skolebørnsundersøgelsen har gennem tiden fundet, at børn og unge fra familier i de højeste socioøkonomiske grupper i højere grad rapporterer et bedre selv vurderet helbred end børn og unge fra familier i de laveste socioøkonomiske grupper (52, 53). Denne sociale ulighed i selv vurderet hel-

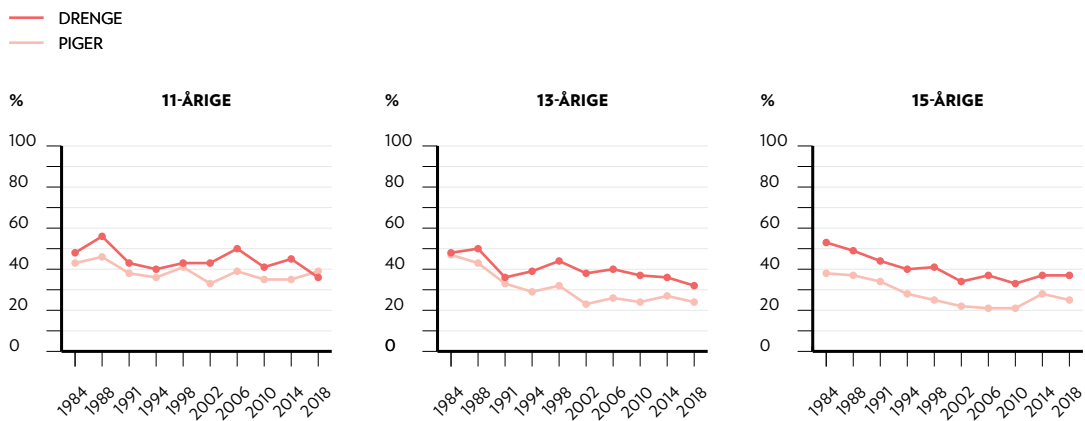
→ **FIGUR 3.2.1**

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge med virkelig godt selvvalueret helbred (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (25).



→ **FIGUR 3.2.2**

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge med virkelig godt selvvalueret helbred (%), Skolebørnsundersøgelsen 1984-2018 (25).



bred blandt danske skolebørn ser ud at have været nogenlunde konstant i perioden fra 1991 til 2014 (54). Der er også fundet sociale forskelle i selvvurderet helbred i Den Nationale Sundhedsprofil fra 2017, som rapporterede en sammenhæng mellem uddannelseslængde og selvvurderet helbred hos 16-24-årige unge. Således var der ca. 69% af de unge med grundskole uden erhvervsuddannelse, der vurderede deres helbred som godt, vældig godt eller fremragende, mens det gjorde sig gældende for 90% eller derover blandt unge, der havde gennemført en kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse (55). Størstedelen af unge i alderen 16-24 år er stadig under uddannelse, og i denne gruppe fandt undersøgelsen, at ca. 93% vurderede, at deres helbred var godt, vældigt godt eller fremragende (55).

3.2.6 Udvikling over tid

Der ser ud til at være sket et fald i andelen af børn og unge, der oplever deres helbred som virkelig godt over de seneste årtier. Ifølge Skolebørnsundersøgelsen har der været et fald i andelen med virkelig godt selvvurderet helbred blandt de 13-årige piger og de 15-årige elever med en vis stagnering over de seneste 10-15 år. Blandt de 13-årige drenge har der over hele perioden fra 1984 til 2018 været en tendens til et fald i andelen, som har et virkelig godt selvvurderet helbred. Andelen af 11-årige drenge og piger, der angiver at have et virkelig godt helbred, har været ret stabil fra 1984 til 2014. De nyeste tal fra 2018 viste et fald blandt de 11-årige drenge fra 45% i 2014 til 36% i 2018. Spørgsmålet om selvvurderet helbred har været næsten uændret siden 1984. I undersøgelserne i 1994 og 1998 var der kun tre svarkategorier, da den fjerde svarkategori 'Dårligt' var udeladt, men det er blevet vurderet, at ændringen i svarkategorier ikke kan være den eneste grund til de observerede mønstre i udviklingen (se **figur 3.2.2**) (25).

Selvvurderet helbred blev målt blandt 16-24-årige i Den Nationale Sundhedsprofil i både 2005, 2010, 2013 og 2017 og kan derfor også bruges til at sige noget om udvikling over tid i dette mål (50, 56-58). Både spørgsmål og svarkategorier er blevet ændret fra første til anden undersøgelse, og det er derfor ikke muligt at sige noget om udviklingen over tid blandt unge over 16 år fra 2005 til 2010. Fra 2010 til 2013 var andelen af 16-24-årige, som anså deres selvvurderede helbred for godt, vældig godt eller fremragende, uændret: omkring 96% for unge mænd og ca. 93% for unge kvinder (58). I 2017 rapporterede 94% af de unge mænd og 90% af de unge kvinder at have et godt, vældigt godt eller fremragende selvvurderet helbred (50).

3.3 MÅL FOR FORSKELLIGE ASPEKTER AF MENTAL SUNDHED

Dette afsnit præsenterer forskellige mål for såkaldt positive aspekter af mental sundhed (self-efficacy, selvværd, social kompetence, WHO-5 og Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS), samt mål som tilstræber at afdække mental sundhed med både styrker og udfordringer (Social trivsel fra Den Nationale Trivselsmåling samt Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)). Afsnittet adskiller sig fra de andre afsnit i kapitel 3-5 ved, at det i mindre grad præsenterer udviklingen over tid. Det skyldes, at mange af målene er forholdsvis nye i forbindelse med danske befolkningsundersøgelser.

3.3.1 Sammenfatning

Forekomst: De fleste børn og unge har et godt selvværd, en høj grad af self-efficacy, gode sociale kompetencer, god mental sundhed (målt med WEMWBS) samt gode sociale styrkesider og få problemer med jævnaldrende (målt med SDQ), men en relativ stor gruppe af børn og unge

oplever ikke dette. Kun én dansk undersøgelse har målt WHO-5 for rapportens aldersgruppe. Her ligger de unge i 16-24-årsalderen lavere end befolkningen som helhed. **Køn og alder:** Drengene scorer højere end pigerne på de fleste mål for mental sundhed. **Self-efficacy:** Nogle undersøgelser finder, at flere drenge end piger oplever høj self-efficacy. Samtlige undersøgelser finder, at høj self-efficacy stiger med alderen. **Selvværd:** Flere drenge end piger oplever at have et godt selvværd. Blandt pigerne falder andelen med godt selvværd med alderen. **Social kompetence:** Der er ikke et entydigt billede af kønsforskelle i social kompetence. Høj social kompetence stiger med alderen. **WHO-5:** Den eneste danske undersøgelse af WHO-5 viser, at unge mænd har en højere score end unge kvinder. **WEMWBS:** Der er kønsforskelle, hvor drenge og unge mænd scorer højere end piger og unge kvinder. **Social trivsel:** Der er en tendens til, at pigerne har en lidt lavere score på den sociale trivsel end drengene. **SDQ:** Der er en tendens til, at piger vurderer deres sociale styrker højere end drenge, mens kønsforskellene var mindre markante for scoren for problemer med jævnaldrende. **Socioøkonomi:** Der ser ud til at være en højere forekomst af højt selvværd, høj self-efficacy og høj social trivsel blandt børn og unge fra højere socioøkonomiske grupper end blandt børn og unge fra lavere socioøkonomiske grupper. Der kan ikke findes et tydeligt mønster i fordelingen af indikatorer for mental sundhed målt med den korte version af WEMWBS (SWEMWBS) blandt 11-15-årige skoleelever. **Udvikling over tid:** Der er endnu kun ganske få gentagne målinger af positive aspekter af mental sundhed blandt børn og unge i Danmark, og der kan derfor ikke konkluderes noget overordnet om udviklingen over tid i disse mål, dog har SDQ-scoren for henholdsvis sociale styrkesider og problemer med jævnaldrende været ret konstant fra 2014 til 2018 blandt begge køn.

3.3.2 Indledning

I en dansk sammenhæng er det relativt nyt at inddrage mål for mental sundhed i repræsentative befolkningsundersøgelser blandt børn og unge, og der er derfor kun få undersøgelser, der kan sige noget om forekomsten og fordelingen heraf. Afsnittet adskiller sig fra de foregående afsnit ved, at det samler viden om flere forskellige mål herunder: selvværd, self-efficacy og social kompetence samt sammenhængende spørgsmål (spørgsmålsbatterier) fra Den Nationale Trivselsmåling (trivselsindikatorer), WEMWBS, WHO-5 og SDQ. Da flere af disse mål for mental sundhed er relativt nye i en dansk sammenhæng, kommer vi også kort ind på, hvad målene indeholder, og hvordan de anvendes.

3.3.3 Forekomst, fordeling og udvikling over tid

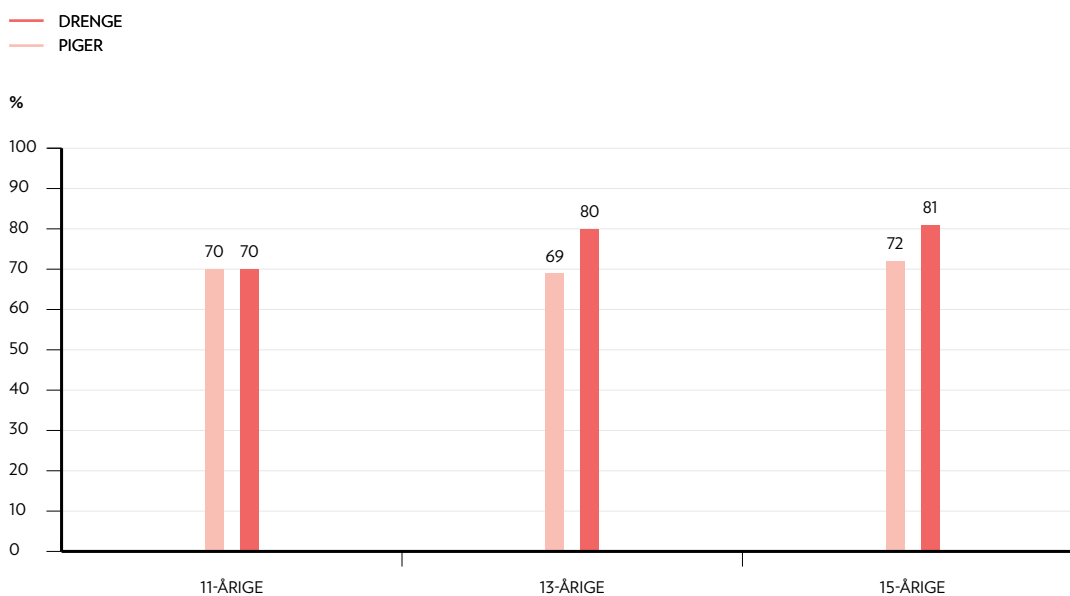
Self-efficacy

Self-efficacy er et begreb, som stammer fra den sociale kognitive teori udviklet af Bandura i 1995 (59). Mens Bandura refererede til self-efficacy i forhold til noget specifikt, for eksempel akademisk self-efficacy, introducerede Schwarzer begrebet generel self-efficacy (60). Det dækker over overbevisningen om, at man kan sætte sig et mål og nå det. De danske undersøgelser bygger på Schwarzers teoretiske tilgang til generel self-efficacy. Der findes ikke noget præcist dansk ord for begrebet, men self-efficacy kan oversættes til 'mestringsevne' eller 'tro på egen formåen', hvilket er væsentligt, særligt for funktionsdimensionen af mental sundhed (61).

I den seneste Skolebørnsundersøgelse (se appendiks 1) fra 2018 har man forsøgt at få et indtryk af elevernes generelle self-efficacy ved at stille to spørgsmål: 1) 'Hvor tit kan du finde en løsning på problemer, bare du prøver hårdt nok?' og 2) 'Hvor tit kan du klare det, du sætter dig for?' med

→ FIGUR 3.3.1

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som angiver at have høj self-efficacy (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (25).



svarkategorierne: 'Aldrig', 'For det meste', 'Nogle gange', 'Sjældent' og 'Aldrig' (25). Spørgsmålene er udviklet i Danmark til skolebørn i alderen 11-15 år. Høj self-efficacy defineres i rapporten for Skolebørnsundersøgelsen 2018 ved positive svar ('Aldrig' eller 'For det meste') på begge spørgsmål.

Af **figur 3.3.1** ses den procentdel af eleverne, der rapporterede høj self-efficacy i Skolebørnsundersøgelsen 2018. Der var kønsforskelle i forekomsten af høj self-efficacy blandt 13- og 15-årige, hvor flere drenge end piger oplevede høj self-efficacy. Blandt pigerne var andelen, der havde høj self-efficacy, stort set den samme i alle tre aldersgrupper. I Skolebørnsundersøgelsen 2018 var andelen af elever med høj self-efficacy højere blandt elever fra høje end fra lave socialgrupper (79% vs. 67%) (25). Der var ikke tydelige forskelle i andelen af elever med høj self-efficacy i Skolebørnsundersøgelsen i hen-

holdsvis 2014 og 2018. Den eneste tydelige forskel var, at andelen af 11-årige piger med høj self-efficacy var steget fra 65% i 2014 til 70% i 2018.

Elever i 4.-9- klasse i alle landets almindelige folkeskoler er i Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling (se appendiks 1) fra 2017 blevet spurgt om self-efficacy ud fra de samme spørgsmål som i Skolebørnsundersøgelsen, hvilket beskrives i en rapport fra Dansk Center for Undervisningsmiljø (36). I denne rapport blev 16% af eleverne kategoriseret med lav self-efficacy, dvs. de havde ikke svaret positivt på nogen af de to spørgsmål; 29% havde middel og 56% havde høj self-efficacy, dvs. de havde svaret positivt på henholdsvis ét og to af spørgsmålene. Der var næsten samme fordeling af lav, middel og høj self-efficacy blandt drenge og piger. Der var aldersforskelle i self-efficacy i Den Nationale Trivselsmåling: Andelen med

→ **TABEL 3.3.1**

Procentvis fordeling af svar på spørgsmålet 'Hvor ofte kan du klare, det du sætter dig for?' blandt gymnasie- og erhvervsskoleelever opdelt på køn (%) (62).

SVARMULIGHEDER (LODRET)	GYMNASIER			ERHVERVSSKOLER		
	DRENGE (n=26.429)	PIGER (n=41.295)	TOTALT (n=67.724)	DRENGE (n=3.301)	PIGER (n=999)	TOTALT (n=4.300)
ALDRIG	› <1	› <1	› <1	› 1,2	› <1	› 1,1
NÆSTEN ALDRIG	› 1,2	› 2,4	› 2,0	› 1,3	› 3,5	› 1,8
EN GANG IMELLEM	› 11	› 18	› 15	› 14	› 24	› 17
OFTE	› 53	› 56	› 55	› 49	› 49	› 49
MEGET OFTE	› 34	› 24	› 28	› 34	› 23	› 32

lav self-efficacy faldt fra 21% i fjerde klasse til 12% i niende klasse, og andelen med høj self-efficacy steg fra 43% i fjerde til 67% i niende klasse (36).

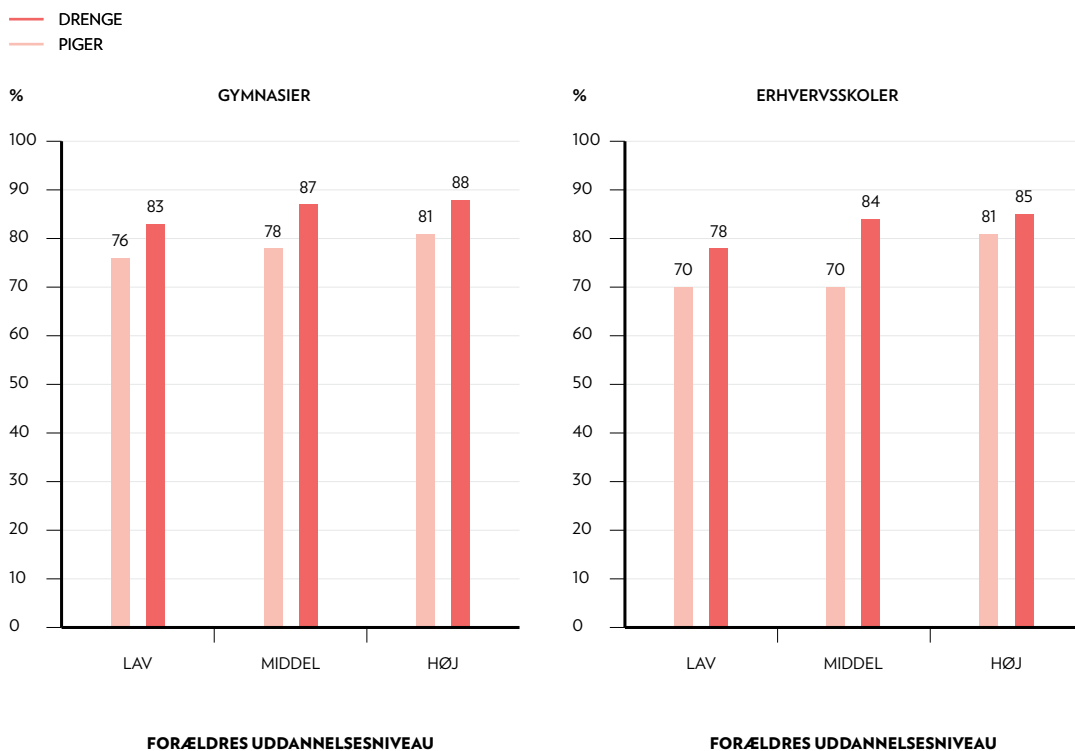
Undersøgelsen Børn og Unge i Danmark - Vel-færd og trivsel 2018 (se appendiks 1) (24) brugte de samme to spørgsmål for self-efficacy, som blev anvendt i Skolebørnsundersøgelsen fra 2018. Et stort flertal af undersøgelsens 11-19-årige rapporterede høj self-efficacy (89%), som her blev defineret ved at have svaret 'meget tit' eller 'tit' på begge spørgsmål, mens 6% havde lav self-efficacy (ingen positive svar på de to spørgsmål). Andelen med høj self-efficacy steg med alderen, og der sås ikke kønsforskelle i høj self-efficacy blandt 11-årige, men blandt 15-19-årige var der flere drenge end piger, der oplevede høj self-efficacy. I undersøgelsen sås en høj forekomst af høj self-efficacy i alle socioøkonomiske grupper, men forekomsten af høj

self-efficacy var højest blandt børn og unge fra højere socialgrupper end blandt børn og unge fra lavere socialgrupper (24).

Self-efficacy er også blevet målt blandt unge på gymnasier og erhvervsskoler i Ungdomsprofilen 2014 (se appendiks 1) (31). Her blev der spurgt til self-efficacy med et enkelt spørgsmål: 'Hvor ofte kan du klare, det du sætter dig for?' med svarmulighederne 'meget ofte', 'ofte', 'en gang imellem', 'næsten aldrig' og 'aldrig'. Elever, der svarede 'meget ofte' eller 'ofte' på spørgsmålet om, hvor ofte de kan klare ting, de sætter sig for, bliver karakteriseret som gruppen med høj self-efficacy. I Ungdomsprofilen 2014 var det 87% af drengene og 80% af pigerne på gymnasierne, og på erhvervsuddannelserne var det 83% af drengene og 72% af pigerne, der havde høj self-efficacy (se **tabel 3.3.1**).

→ **FIGUR 3.3.2**

Andel af gymnasie- og erhvervsskoleelever med høj self-efficacy fordelt på køn og forældres uddannelsesniveau (%), Ungdomsprofilen 2014 (62).



Endelig er self-efficacy blevet målt i UNG19-undersøgelsen blandt gymnasieelever (se appendiks 1). Her fandt man, at 85% af de unge mænd ofte eller meget ofte følte, at de kunne klare det, de satte sig for, mens det samme gjaldt for 78% af de unge kvinder (28). Der var en større andel blandt HF-elever (24% af unge mænd og 33% af unge kvinder), der følte, at de aldrig eller kun en gang imellem kunne klare det, de satte sig for, end blandt elever fra STX (13% af unge mænd og 22% af unge kvinder), HHX (12% af unge mænd og 20% af unge kvinder) og HTX (17% af unge mænd og 22% af unge kvinder). UNG19 EUD-undersøgelsen blandt erhvervsskoleelever viste også kønsforskelle i målet for self-efficacy. Undersø-

gelsen fandt, at 86% af de unge mænd ofte eller meget ofte følte, at de kunne klare det, de satte sig for, mens det samme gjaldt for 78% af de unge kvinder (29). Der var en større andel blandt de unge kvinder (22%) end blandt de unge mænd (15%), der følte, at de aldrig eller næsten aldrig kunne klare det, de satte sig for.

I **figur 3.3.2** ses andelen af unge på gymnasier og erhvervsuddannelser med høj self-efficacy i forhold til forældrenes uddannelsesniveau fra Ungdomsprofilen 2014. Oplysninger om forældrenes uddannelsesniveau blev hentet fra registre og inddelt i lav, middel og høj, hvor lav er grundskole, middel er gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse, og høj

er videregående uddannelser (62). Forekomsten af høj self-efficacy var konsistent, men kun lidt større blandt elever, hvis forældre har et højt uddannelsesniveau end blandt elever, hvis forældre har et lavere uddannelsesniveau.

Selvværd

Selvværd er et menneskes vurdering af sit eget værd (63). Det hører til den oplevelsesmæssige dimension af mental sundhed (se kapitel 2). Et godt selvværd er en betydningsfuld ressource for et menneske, og selvværd kan have afgørende betydning for en sund udvikling fra barn til voksen (1). I Skolebørnsundersøgelsen (se appendiks 1) måles selvværd med tre spørgsmål: 1) 'Jeg synes godt om mig selv', 2) 'Jeg er god nok, som jeg er', og 3) 'Andre på min alder kan godt lide mig' med svarmulighederne: 'Helt enig', 'Enig', 'Hverken

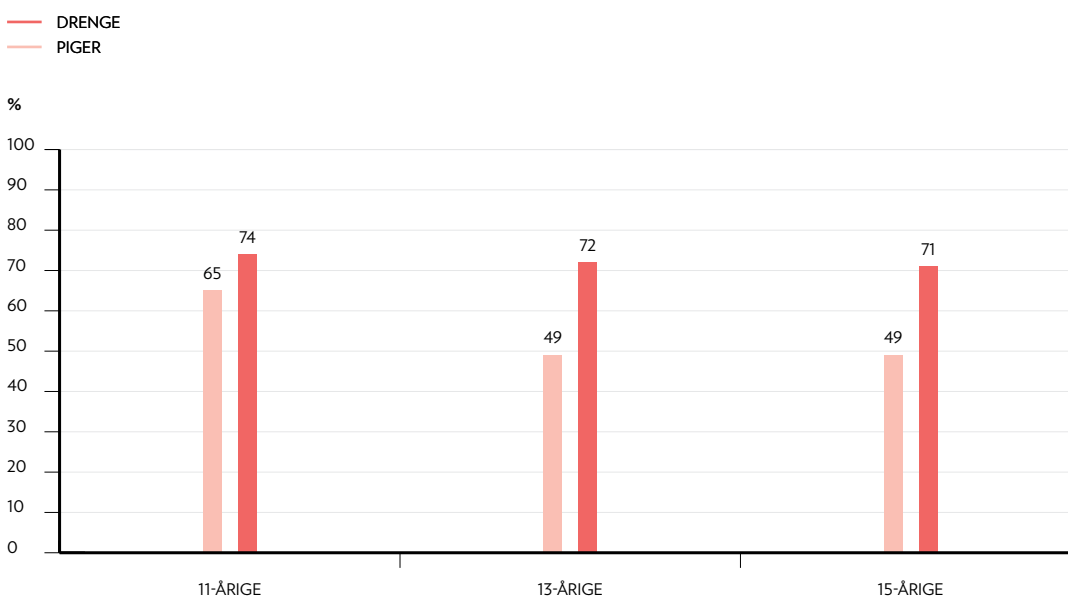
enig eller uenig', 'Uenig' og 'Helt uenig' (25). Et godt selvværd er defineret ved, at skolebørnene svarer positivt ('Helt enig' eller 'Enig') på alle tre spørgsmål.

Figur 3.3.3 viser andelen af elever i Skolebørnsundersøgelsen fra 2018, der angav at have et godt selvværd efter alder og køn. Der var flere drenge end piger, der rapporterede at have et godt selvværd. Blandt pigerne faldt andelen med et godt selvværd desuden med alderen, mens andelen af drenge med godt selvværd var uændret med alderen. Andelen af elever med godt selvværd var større blandt elever fra høje end lave socialgrupper (67% vs. 60%).

Selvværd blev også målt i Skolebørnsundersøgelsen i 2014, hvor andelen af elever med godt

→ **FIGUR 3.3.3**

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge med godt selvværd (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (25).



selvværd var nogenlunde den samme. Den eneste tydelige forskel mellem de to undersøgelser var, at andelen af 11-årige drenge med godt selvværd var faldet fra 80% i 2014 til 74% i 2018.

I Ungdomsprofilen 2014 (se appendiks 1) vurderede eleverne deres selvværd ud fra et enkelt spørgsmål 'Jeg er god nok, som jeg er' med svarmuligheder fra 'helt enig' til 'helt uenig' (31). Blandt elever på gymnasier var der 65% af pigerne og 83% af drengene, der mente, at de var gode nok, som de var. På erhvervsuddannelserne gjaldt det for 61% af pigerne og 82% af drengene. Blandt gymnasieeleverne var 12% af pigerne og 5% af drengene uenige eller helt uenige i udsagnet om, at de er gode nok, som de er. De tilsvarende tal for elever på erhvervsuddannelser var 15% for pigerne og 5% for drengene.

I UNG19-undersøgelsen blandt gymnasieelever (se appendiks 1) svarede eleverne også på, hvor enige eller uenige de var i udsagnet 'Jeg er god nok, som jeg er' (28). Blandt HF-elever angav 16% unge kvinder og 12% unge mænd, at de var helt uenige eller uenige i udsagnet. De tilsvarende andele var 15% og 10% blandt HTX-elever, 11% og 6% blandt STX-elever og 10% og 4% blandt HHX-elever. Overordnet set mente 62% af de unge kvinder, at de var gode nok, som de er, mens dette gjaldt for 79% af de unge mænd. I UNG19 EUD-undersøgelsen blandt erhvervsskoleelever (se appendiks 1) var 64% af de unge kvinder og 78% af de unge mænd enige i udsagnet om, at de er gode nok, som de er (29).

Social kompetence

Børn og unges egen vurdering af social kompetence er tæt knyttet til self-efficacy. Social kompetence kan defineres som et individs kompetencer i forhold til at fungere i samspillet med andre mennesker og håndtere social kontakt (64). Social

kompetence er en vigtig side af et menneskes funktion, og for børn og unge kan social kompetence have afgørende indflydelse på mentale helbredsproblemer, dannelse og generel udvikling (11, 65).

I Skolebørnsundersøgelsen (se appendiks 1) fra 2014 blev data om social kompetence indhentet blandt elever i alderen 11, 13 og 15 år baseret på tre spørgsmål: 1) 'Jeg prøver at forstå mine venner, når de er triste eller sure', 2) 'Jeg er god til at arbejde sammen med andre i en gruppe' og 3) 'Jeg siger min mening, når jeg synes, noget er uretfærdigt' med svarmulighederne: 'Næsten aldrig', 'Nogle gange', 'Ofte' og 'Næsten altid' (66). Spørgsmålene om social kompetence er udviklet i Danmark til skolebørn i alderen 11-15 år og har vist sig at fungere tilfredsstillende, da skolebørnene forstår dem og gerne vil svare på dem, og da indledende valideringsarbejde viser, at de er pålidelige (65, 67).

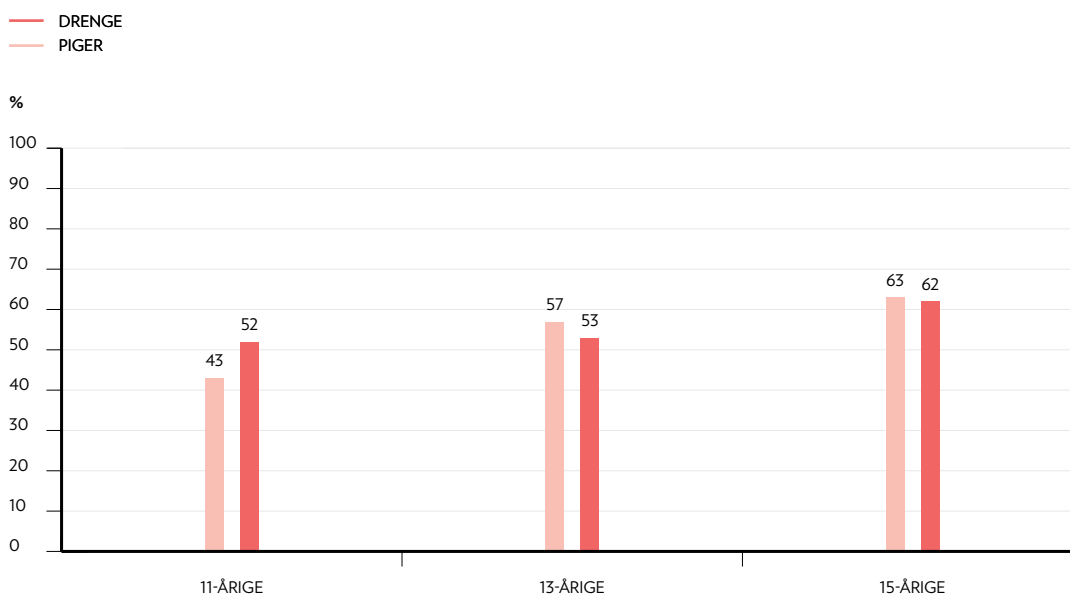
I Skolebørnsundersøgelsen blev høj social kompetence defineret ved, at eleverne svarede positivt ('Næsten altid' eller 'Ofte') på alle tre spørgsmål. Andelen af elever, som med denne definition havde høj social kompetence, vises i **figur 3.3.4**.

Blandt de 11-årige var der flere drenge end piger, som havde høj social kompetence, mens der blandt de 13- og 15-årige ikke var stor forskel mellem de to køn. For både drenge og piger steg andelen med høj social kompetence med alderen (se **figur 3.3.4**).

Elever i 4.-9- klasse i alle landets almindelige folkeskoler er også i Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling fra 2017 (se appendiks 1) blevet spurgt om social kompetence ud fra de samme spørgsmål som i Skolebørnsundersøgelsen (36). Dog anvendes andre svarkategorier, nemlig 'Aldrig', 'Sjældent', 'En gang imellem', 'Tit'

→ FIGUR 3.3.4

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, der angiver at have høj social kompetence (%), Skolebørnsundersøgelsen 2014 (66).



og 'Meget tit' samt 'Jeg ønsker ikke at svare'. I en undersøgelse af social kompetence fra Dansk Center for Undervisningsmiljø, der er baseret på tal fra Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling fra 2017, blev der brugt en anden kategorisering af graden af social kompetence end i Skolebørnsundersøgelsen: her blev svarkategorierne 'tit' og 'meget tit' kategoriseret som positive, og eleverne kunne svare positivt på nul, et, to eller tre af spørgsmålene (værdierne 0, 1, 2 eller 3). Hvis eleverne ikke havde svaret positivt på nogle af de tre spørgsmål (værdi 0), blev de kategoriseret med 'meget lav social kompetence'. Havde eleverne svaret positivt på et, to eller tre af spørgsmålene, havde de henholdsvis 'lav', 'middel' og 'høj' social kompetence. I undersøgelsen havde 5% af eleverne med denne kategorisering fået betegnelsen 'meget lav social kompetence', 18% havde fået betegnelsen 'lav' social kompetence, 38% havde

fået betegnelsen 'middel' og 39% 'høj' social kompetence. Der var flere piger end drenge med høj social kompetence (42% vs. 37%), og der var flere drenge end piger med 'meget lav' og 'lav' social kompetence (27% vs. 19%). Andelen med 'meget lav' og 'lav' social kompetence faldt med alderen, fra 30% blandt elever i 4. klasse til 17% blandt elever i 9. klasse. Tilsvarende steg andelen med 'høj' social kompetence fra 31% i 4. klasse til 44% i 8. klasse med et lille fald i 9. klasse til 40% (36).

WHO-5

WHO-5 er en skala med fem spørgsmål, som er positive formuleringer af de spørgsmål, som definerer kernesymptomerne på depression, og derfor anvendes WHO-5 også som et screeningsinstrument for depression (68). WHO-5 dækker primært den følelsesmæssige dimension af positiv mental sundhed og måler ikke direkte dagligdags-

funktionen (67). WHO-5 er udviklet og valideret i en dansk sammenhæng og anvendes i både danske og internationale studier (69). WHO-5 er udviklet til voksne, men er blevet anvendt til børn fra ni år (70). Pointtallet beregnes ved at summere en samlet score, som ganges med fire, hvorved der fås et tal mellem 0 og 100. Jo højere score, des højere trivsel.

WHO-5 er medtaget i denne rapport, fordi den anbefales af Sundhedsstyrelsen som et centralt mål for mental sundhed, og Sundhedsstyrelsen angiver, at gennemsnittet for befolkningen som helhed er en score på 68 (69).

I undersøgelsen Danskernes Trivsel 2016 (se appendiks 1) har deltagerne svaret på WHO-5. Til trods for at undersøgelsen kun har få deltagere i alderen 16-24 år (n=299), har vi valgt at medtage den her, da det, så vidt vi ved, er den eneste danske undersøgelse, der måler WHO-5 i denne aldersgruppe. Gennemsnitsscoren for unge i aldersgruppen 16-24 år var lavere end i befolkningen som helhed, nemlig 59 (71). Unge mænd havde en score på 64, hvilket er højere end de unge kvinder, der i gennemsnit scorede 55.

Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS)

Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) er skala, der fokuserer på de positive aspekter af mental sundhed (72). Udviklingen af skalaen har været omfattende, og ambitionen er at dække både den følelses- og funktionsmæssige dimension af mental sundhed. Der findes to versioner af WEMWBS-skalaen (73); den oprindelige version, der består af 14 spørgsmål (WEMWBS) og en forkortet version med syv af de 14 spørgsmål (SWEMWBS – S for short), som er blevet udskilt på baggrund af Rasch analyser på skotske data fra 779 voksne personer (74).

Skalaen er siden blevet ret udbredt og oversat til en række sprog. Der foreligger en dansk oversættelse af de 14 spørgsmål (67). Brugen af skalaen er undersøgt blandt 3.508 unge og voksne over 16 år i Danmark med den konklusion, at begge versioner (WEMWBS og SWEMWBS) er velegnede til at måle positive aspekter af mental sundhed i en dansk sammenhæng (75). Forskerne bag den danske undersøgelse anbefaler brugen af WEMWBS og SWEMWBS i epidemiologiske studier samt i interventions- og evalueringstudier (75). Selvom skalaen ikke er udviklet til brug blandt børn og unge, er validiteten af WEMWBS undersøgt med psykometriske test og fokusgruppeinterviews blandt 1.650 engelske og skotske teenagere. Undersøgelsen konkluderede, at skalaen var psykometrisk velfungerende samt forstået og accepteret af unge (76). Forskerne bag den danske Skolebørnsundersøgelse har oversat og tilpasset den korte 7-items-version (SWEMWBS) til brug blandt børn fra 13 år og opefter – den tilpassede version kaldes HBSC-DK SWEMWBS (66, 77, 78). Oprindeligt er skalaen udviklet til at spørge til de forudgående to uger, men i Skolebørnsundersøgelsen anvendes i stedet følgende fem svarkategorier: 'Altid', 'For det meste', 'Nogle gange', 'Sjældent' og 'Aldrig'. Formuleringen af de syv spørgsmål i HBSC-DK SWEMWBS fremgår af **figur 3.3.5**. Præliminære valideringsanalyser tyder på, at HBSC-DK SWEMWBS har gode psykometriske egenskaber (78).

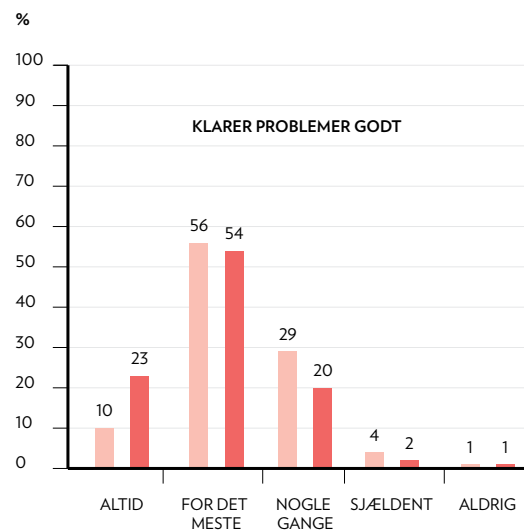
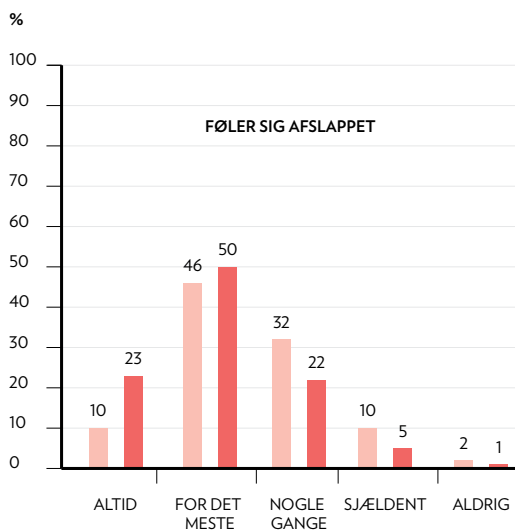
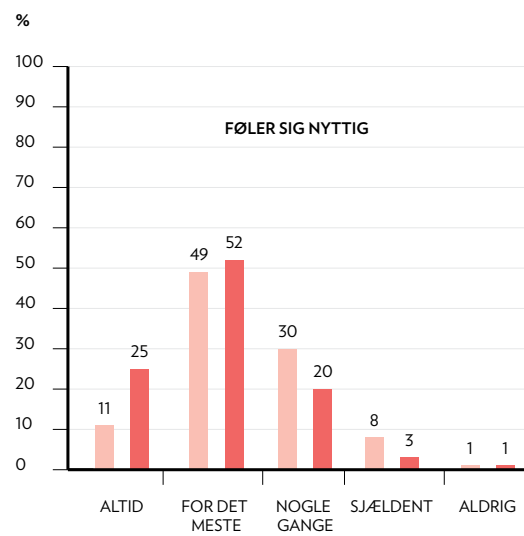
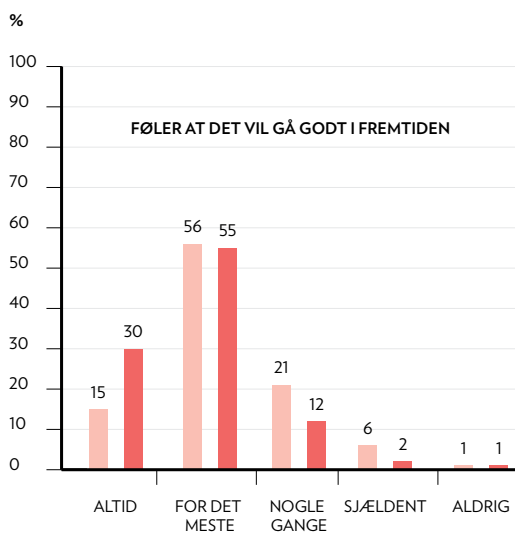
I Skolebørnsundersøgelsen (se appendiks 1) fra 2018 blev spørgsmålene i HBSC-DK SWEMWBS stillet til elever i 7. og 9. klasse (se **figur 3.3.5**).

Figur 3.3.5 viser, at der var et flertal af elever, som benyttede de to positive svarkategorier ('Altid' og 'For det meste'), og at der var få, der brugte de negative svarkategorier ('Sjældent' og 'Aldrig'). Der var flere drenge end piger, der benyttede den

→ **FIGUR 3.3.5**

Procentvis fordeling af svar på de syv spørgsmål i HBSC-DK SWEMWBS blandt 13- og 15-årige drenge og piger (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (25).

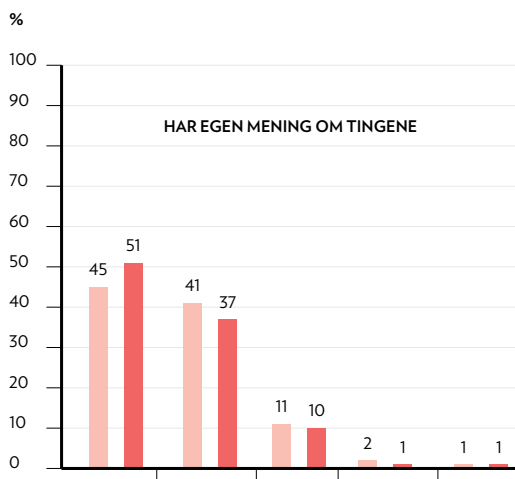
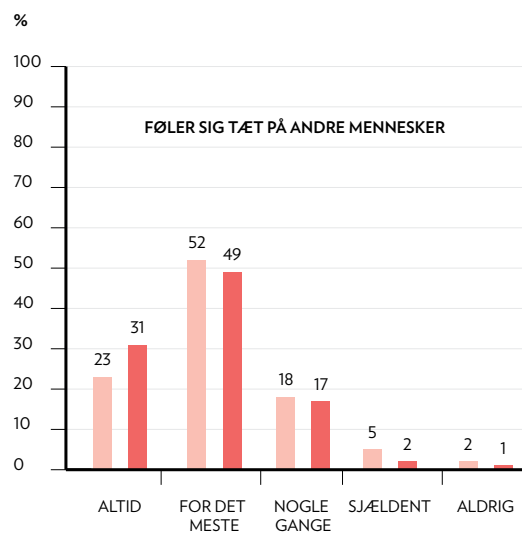
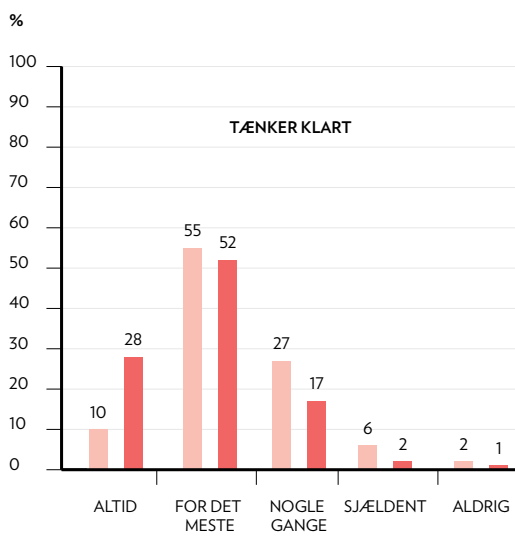
— DRENGE
— PIGER



→ **FIGUR 3.3.5 (FORTSAT)**

Procentvis fordeling af svar på de syv spørgsmål i HBSC-DK SWEMWBS blandt 13- og 15-årige drenge og piger (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (25).

— DRENGE
— PIGER



mest positive svarkategori, og der var færre drenge end piger, der anvendte svarkategorierne 'Nogle gange' og 'Sjældent'. Samlet set gav drengene således mere positive svar på spørgsmålene i HBSC-DK SWEWMBS i Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 (25).

Med udgangspunkt i Skolebørnsundersøgelsen 2018 er HBSC-DK SWEWMBS blevet inddelt i kategorier (høj, middel og lav) i et nyt notat om monitorering af børns mentale sundhed (78). Svarene på SWEWMBS blev kodet fra et (Aldrig) til fem (Altid) og lagt sammen til en sumscore, som går fra syv til 35, hvorefter svarene på de syv spørgsmål blev inddelt i tre grupper. Med udgangspunkt i middelværdi og standardafvigelser i Skolebørnsundersøgelsen 2018 blev følgende inddeling benyttet: Lav: score 7-23, Middel: score

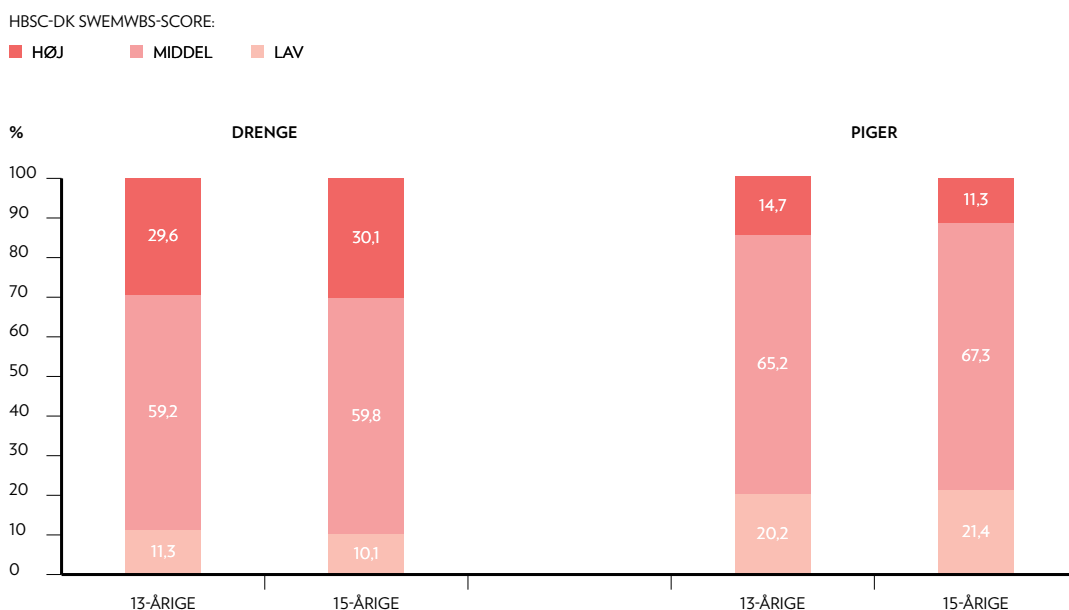
24-30, Høj: score 31-35 (78) for herefter at rapportere andele af børn i hver kategori.

Figur 3.3.6 viser fordelingen af de tre HBSC-DK SWEWMBS-grupper på køn og alder (13- og 15-årige). Der var forskelle mellem køn. Andelen med en høj score på SWEWMBS var omkring 30% blandt drengene, mens den var 15% blandt de 13-årige piger og 11% blandt de 15-årige piger. Samtidig lå kun 10-11% af drengene i den lave gruppe, mens det gjaldt for omkring 20% af pigerne. Der var ikke større forskelle mellem aldersgrupperne (78).

Når HBSC-DK SWEWMBS blev fordelt på familiesocialgruppe (baseret på elevernes oplysninger om forældrenes stilling inddelt i høj, mellem og lav familiesocialgruppe), sås der ikke gradienter hen over socialgrupperne i andelen, som scorede højt

→ **FIGUR 3.3.6**

HBSC-DK SWEWMBS blandt 13- og 15-årige drenge og piger (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (78).

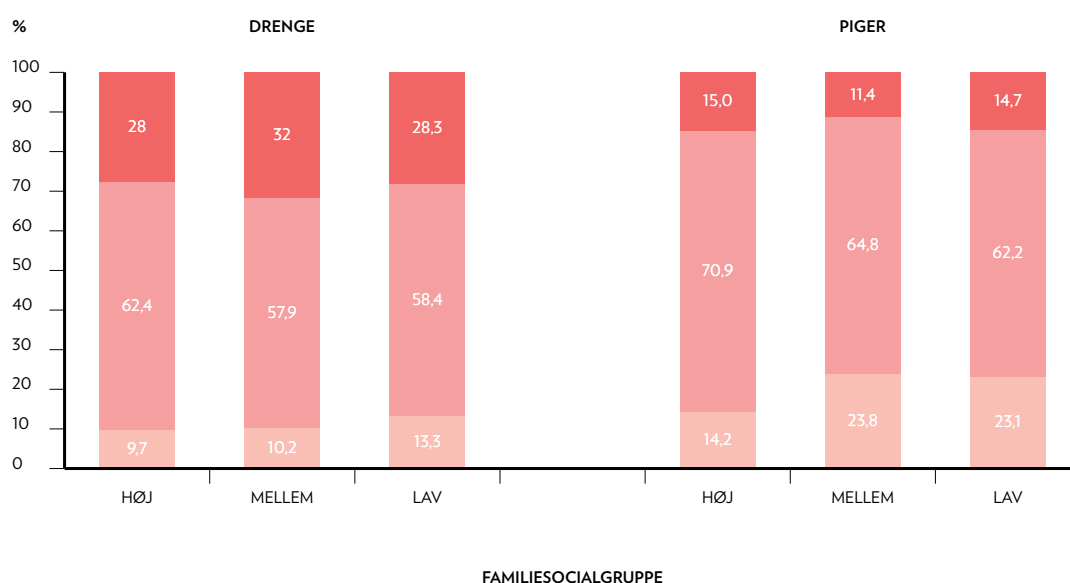


→ **FIGUR 3.3.7**

HBSC-DK SWEMWBS blandt drenge og piger (alderstandardiseret) fordelt på familiesocialgruppe (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (78)

HBSC-DK SWEMWBS-SCORE:

■ HØJ ■ MIDDEL ■ LAV



på SWEWMBS (se **figur 3.3.7**) (78). Derimod var der kun 14% blandt pigerne i den høje familiesocialgruppe, der scorede lavt på SWEMWBS mod godt 23% i de to andre socialgrupper.

HBSC-DK SWEMWBS har været med i to runder af Skolebørnsundersøgelsen, nemlig i 2014 og 2018. **Figur 3.3.8** viser fordelingen af de tre SWEMWBS-grupper på køn og alder (13- og 15-årige) i Skolebørnsundersøgelsen 2014 og 2018 (79). Der var nærmest ikke forskel mellem 2014 og 2018 for drengenes vedkommende. For pigerne sås et mindre fald i andelen, som scorede højt og en tilsvarende stigning i andelen, som scorede lavt fra 2014 til 2018. Udviklingen over tid bør ses i et længere tidsperspektiv end disse to målinger kan

give, og resultaterne fra de to stikprøver skal tolkes med forsigtighed.

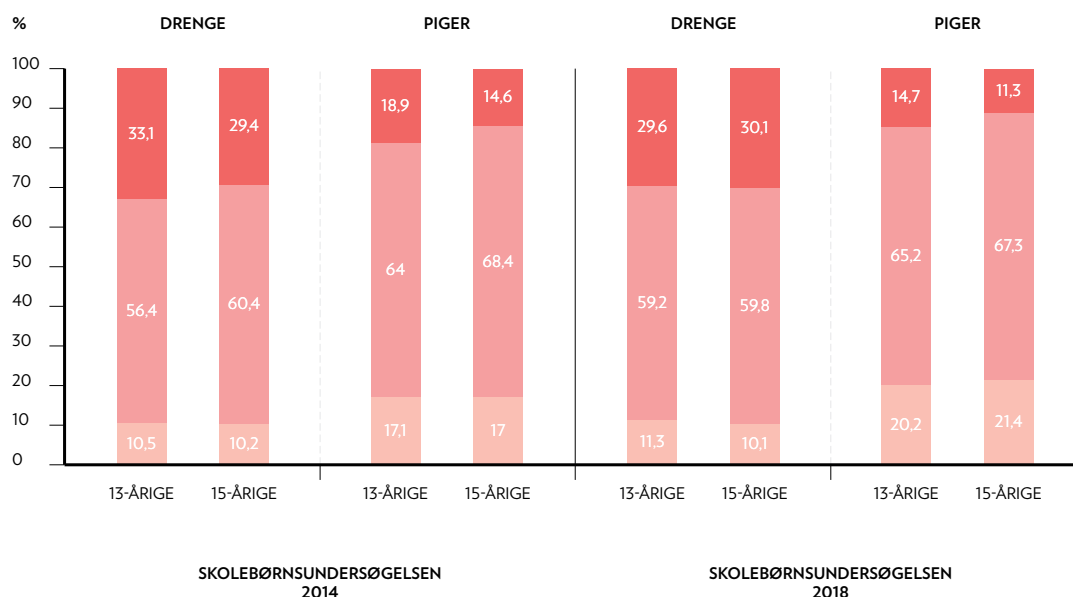
I Ungdomsprofilen 2014 (se appendiks 1) blev gymnasieelever spurgt om de syv spørgsmål i SWEMWBS. Spørgsmålsformuleringer og fordelingen af svar på de syv spørgsmål kan ses i **tabel 3.3.2**. Her fremgår, at de unge mænd og kvinder i de fleste tilfælde svarede 'Meget ofte' og 'Ofte' til de syv spørgsmål. Generelt var de unge mænd mere tilbøjelige til at svare positivt på de syv spørgsmål end de unge kvinder. Eksempelvis var der 19% af de unge mænd og 12% af de unge kvinder, der svarede 'Meget ofte' på spørgsmålet 'Jeg har følt mig optimistisk i forhold til fremtiden'. I Ungdomsprofilen 2014 blev der også beregnet

→ **FIGUR 3.3.8**

HBSC-DK SWEMWBS blandt 13- og 15-årige drenge og piger (%), Skolebørnsundersøgelsen 2014-2018 (79).

HBSC-DK SWEMWBS-SCORE:

■ HØJ ■ MIDDEL ■ LAV



en gennemsnitsscore for de syv spørgsmål i SWE-BWMS, som går fra syv til 35, hvor en højere score er positivt (73). Gennemsnittet var 24,5 for unge mænd og 22,8 for unge kvinder (62). Gennemsnitsscoren for SWEMWBS var en smule højere blandt unge kvinder og mænd med forældre med højt uddannelsesniveau (unge mænd: 24,7 og unge kvinder: 23,0) end blandt unge med forældre med middel uddannelsesniveau (unge mænd: 24,3 og unge kvinder: 22,6) eller lavt uddannelsesniveau (unge mænd: 23,7 og unge kvinder: 22,2).

Danskernes Trivsel 2016 er en spørgeskemaundersøgelse, som bl.a. havde til formål at afprøve anerkendte mål for positive aspekter af mental sundhed i en dansk kontekst, og her blev begge versioner af skalaen (WEMWBS og SWEMWBS)

afprøvet (67) (se appendiks 1). Der blev udregnet en score for både WEMWBS, som går fra 14 til 70, og for SWEWMBS, som går fra syv til 35 (73). For begge versioner af skalaen gælder, at jo højere score des højere mental sundhed (75). I Danskernes Trivsel 2016 var den gennemsnitlige score 50,9 for WEMWBS og 23,3 for SWEWMBS blandt 16-24-årige. De unge mænd scorede højere (WEMWBS: 53,0 og SWEMWBS: 24,2) end de unge kvinder (WEMWBS: 49,3 og SWEMWBS: 22,6) (71).

Social trivsel

Undervisningsministeriet har defineret 'Social trivsel' ud fra 10 spørgsmål (se **tabel 3.1**), som omhandler elevernes opfattelse af deres tilhørsforhold til skolen, klassen og fællesskabet samt deres

→ **TABEL 3.3.2**

Procentvis fordeling af svar på de syv spørgsmål i SWEMWBS blandt unge mænd (n=26.326) og unge kvinder (n=41.564) i gymnasiet, Ungdomsprofilen 2014 (62).

SPØRGSMÅL	KØN	SVARKATEGORI (PROCENTVIS FORDELING AF SVARERNE VANDRET)				
		ALDRIG	NÆSTEN ALDRIG	EN GANG IMELLEM	OFTE	MEGET OFTE
JEG HAR FØLT MIG OPTIMISTISK I FOR- HOLD TIL FREMTIDEN	UNGE MÆND	› 2	› 7	› 30	› 41	› 19
	UNGE KVINDER	› 3	› 11	› 38	› 36	› 12
JEG HAR FØLT MIG NYTTIG	UNGE MÆND	› 1	› 6	› 32	› 46	› 14
	UNGE KVINDER	› 2	› 11	› 41	› 38	› 8
JEG HAR FØLT MIG AFSLAPPET	UNGE MÆND	› 2	› 10	› 27	› 39	› 22
	UNGE KVINDER	› 4	› 20	› 37	› 31	› 9
JEG HAR KLARET PROBLEMER GODT	UNGE MÆND	› 1	› 5	› 29	› 48	› 16
	UNGE KVINDER	› 2	› 10	› 37	› 43	› 9
JEG HAR TÆNKT KLART	UNGE MÆND	› 1	› 5	› 23	› 50	› 22
	UNGE KVINDER	› 2	› 9	› 32	› 45	› 11
JEG HAR FØLT MIG TÆT PÅ ANDRE MENNESKER	UNGE MÆND	› 1	› 5	› 20	› 44	› 30
	UNGE KVINDER	› 2	› 7	› 21	› 42	› 28
JEG HAR VÆRET I STAND TIL AT DANNE MIN EGEN MENING OM TING	UNGE MÆND	› <1	› 1	› 9	› 36	› 53
	UNGE KVINDER	› <1	› 3	› 13	› 42	› 42

oplevelse af tryghed og mobning (80). Dette er en blandt fem skalaer fra Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling blandt 4.-9.-klassens folkeskoleelever, som består af 40 spørgsmål, der danner baggrund for en overordnet trivselsindikator, der betegnes 'Generel trivsel', samt fire specifikke trivselsindikatorer, der alle fremstilles som

et gennemsnit af barnets besvarelse med scorerne 1-5, hvor fem angiver den bedst mulig trivsel. De fire specifikke trivselsindikatorer betegnes 'Social trivsel', 'Faglig trivsel', 'Støtte og inspiration' samt 'Ro og orden'. Undervisningsministeriet fremstiller kun udviklingen i disse fem trivselsindikatorer på gennemsnitsniveau (se **figur 3.3.9**). Som det

fremgår af **figur 3.3.9** har gennemsnittet for de fem indikatorer været ret stabilt fra 2014 til 2019, men lidt højere for den specifikke trivselsindikator 'social trivsel'. I 2019 var der ikke stor forskel på drenge og pigers trivsel; dog havde pigerne (score = 4,0) en lidt lavere score på social trivsel end drenge (score = 4,2) (se **figur 3.3.10**).

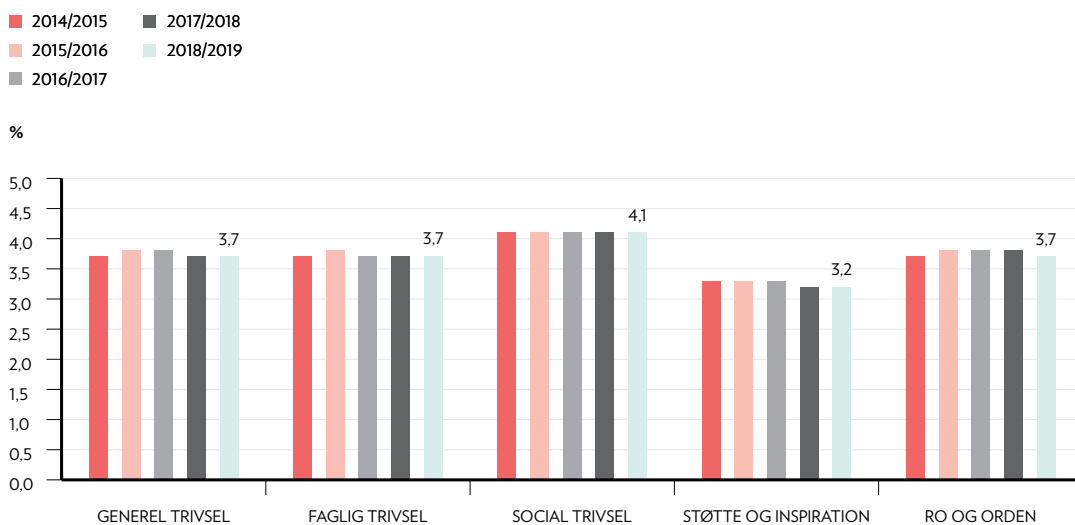
Et gennemsnit på sammensatte scorere kan imidlertid skjule væsentlige forskelle, og derfor præsenterer vi i dette afsnit yderligere en række mindre summariske analyser, som er mere velegnede, hvis man er interesseret i at detektere sociale og kønsforskelle samt udvikling over tid. Vi fokuserer ligeledes alene på den specifikke trivselsindikator social trivsel og spørgsmålene, som indgår i denne indikator (se **tabel 3.1**). To af spørgsmålene ('Føler du dig ensom?' og 'Er du blevet mobbet i dette skoleår?') behandles nærmere i kapitel 4. Som det fremgår af **tabel 3.1**,

rummer de ti spørgsmål ret forskellige aspekter af social trivsel. Social trivsel udtrykkes som en score mellem 0 og 50, hvor 50 udtrykker højeste trivsel på alle 10 parametre. Enkelte studier har set på denne underscore og fundet et lavere niveau af social trivsel blandt brudte familier (82).

I **figur 3.3.11** vises den gennemsnitlige udvikling i social trivsel blandt de samme børn, men opdelt efter den forælder, som har det højeste uddannelsesniveau. Som det fremgår, angav elever med forældre med kort uddannelse en lidt lavere social trivsel, svarende til mellem 0,15-0,2 point, end elever med forældre med lang uddannelse, og forskellen blev ikke mindre over de fire år, målingerne blev foretaget. Fra 2014 til 2015 var der en tendens til, at den generelle trivsel var let stigende, hvorefter den var let faldende frem til 2018; især blandt børn med forældre med kort uddannelse (83).

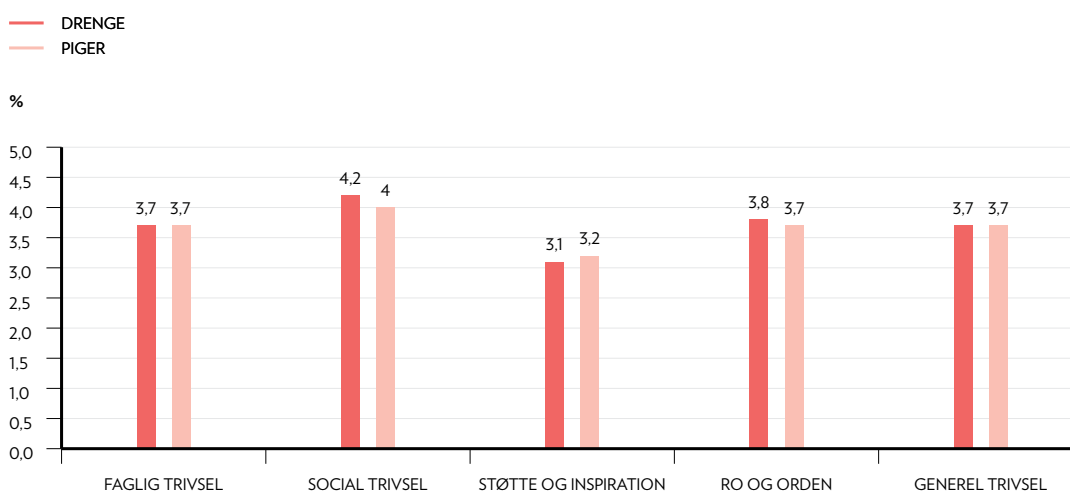
→ **FIGUR 3.3.9**

Trivsel hos 4.-9.-klasses folkeskoleelever fordelt på fem forskellige indikatorer, Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling 2014-2019 (81).



→ **FIGUR 3.3.10**

Gennemsnitlige trivselsscorer for 4.-9. klasse fordelt på køn og indikator, Undervisningsministeriets Nationale Trivselmåling 2018/2019 (81).



I **figur 3.3.12** vises samme udvikling baseret på fordelingen af de faktiske besvarelser af de ti spørgsmål i indikatoren for social trivsel. Langt de fleste børn og unge, over 90%, scorede højt på scoren for social trivsel, men der var tydeligvis færre børn og unge med forældre med kortere uddannelse, som scorede i den helt høje ende (dvs. over 45); disse børn og unge scorede oftere omkring 35. Af figuren er det ikke muligt at se, om der var sociale forskelle blandt børn og unge, som scorede i den lave ende af skalaen. I **figur 3.3.13** og **3.3.14** har vi derfor fokuseret på andelen af børn og unge, der havde det laveste trivselsniveau og set på de sociale forskelle over tid og på klassetrin. Vi har defineret børn og unge med 'lav social trivsel' som dem, der på mere end halvdelen af spørgsmålene i indikatoren svarede en af de to laveste svarkategorier. Andelen, som havde en lav score for social trivsel, var næsten konstant i perioden fra skoleåret 2014/2015 til 2017/2018, men det så ud til, at den sociale forskel var mindre i de

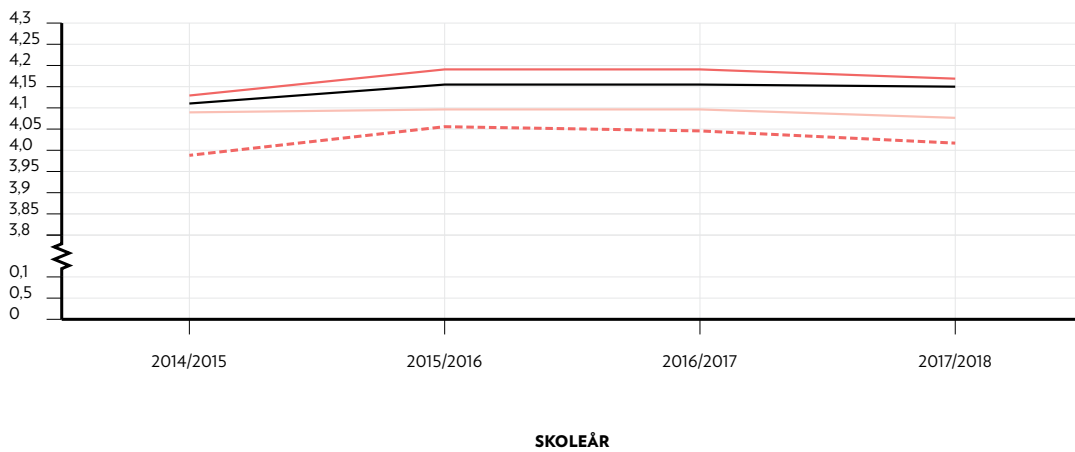
større klasser. Dette kunne optimistisk set tolkes positivt i forhold til folkeskolens indsats for at støtte de børn og unge, hvor uddannelsesniveauet i hjemmet er lavest (se **figur 3.3.13** og **3.3.14**). Hvorvidt dette er en kvalificeret tolkning, vil imidlertid kræve analyser, som ligger uden for denne rapport's muligheder. Som nævnt ovenfor, og som vist i **tabel 3.1**, bygger scoren for social trivsel på et heterogent udvalg af spørgsmål på mange niveauer, men som vægtes ens, hvilket typisk vil gøre det vanskeligere at identificere væsentlige ændringer over tid eller årsagsfaktorer.

→ **FIGUR 3.3.11**

Fordeling af total score for social trivsel blandt 4.-9.-klasses folkeskoleelever fordelt på forældres uddannelsesniveau og skoleår. Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling 2015-18 (83).

- LANG UDDANNELSE INKL. PH.D.
- MELLEMLANG UDD. INKL. BACHELOR
- ERHVERVSUDDANNELSE
- - - KORT UDD. EKSKL. ERHVERVSUDDANNELSE

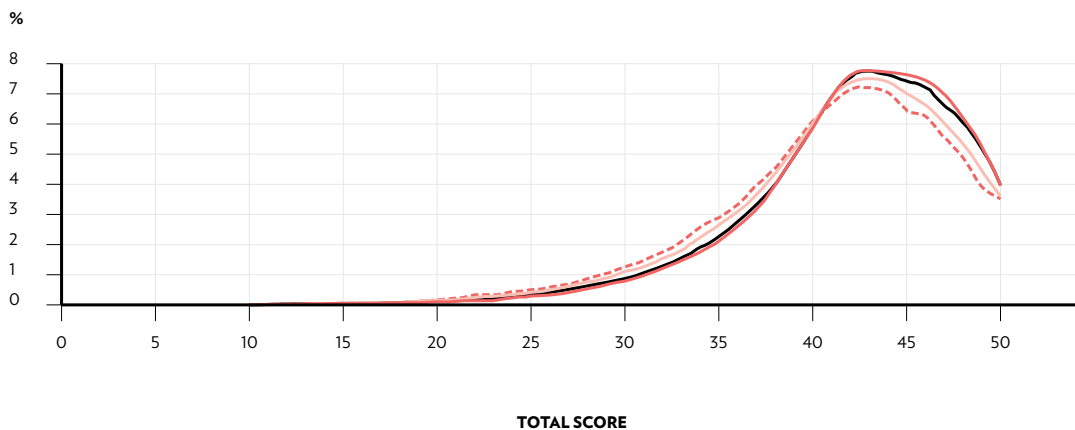
GENNEMSNITLIG SCORE



→ **FIGUR 3.3.12**

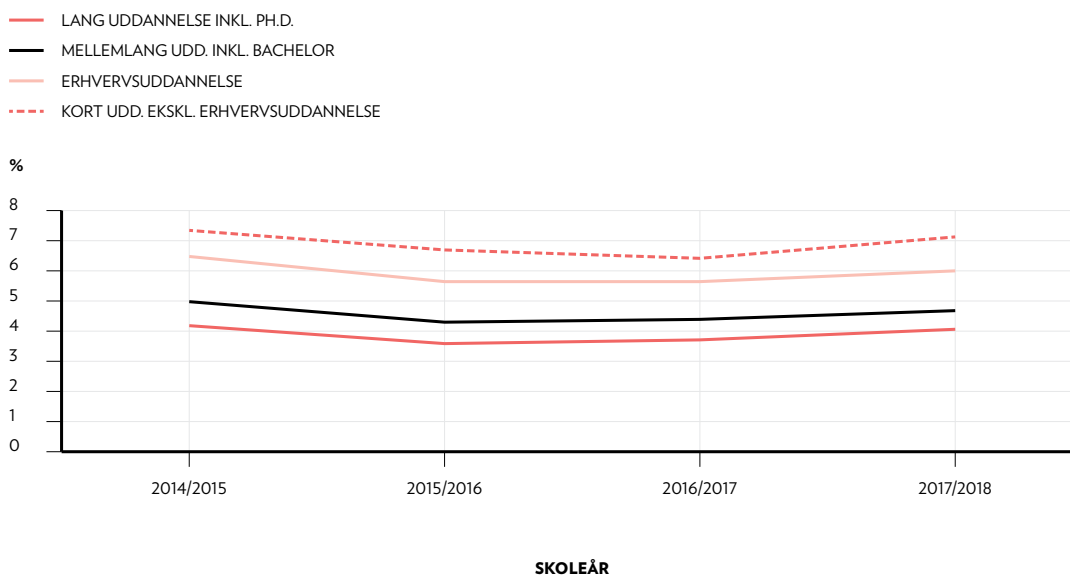
Fordeling af scoren baseret på besvarelser af spørgsmål under 'social trivsel' i forhold til forældrenes uddannelsesniveau, Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling 2014/2015-2017/2018 (83).

- LANG UDDANNELSE INKL. PH.D.
- MELLEMLANG UDD. INKL. BACHELOR
- ERHVERVSUDDANNELSE
- - - KORT UDD. EKSKL. ERHVERVSUDDANNELSE



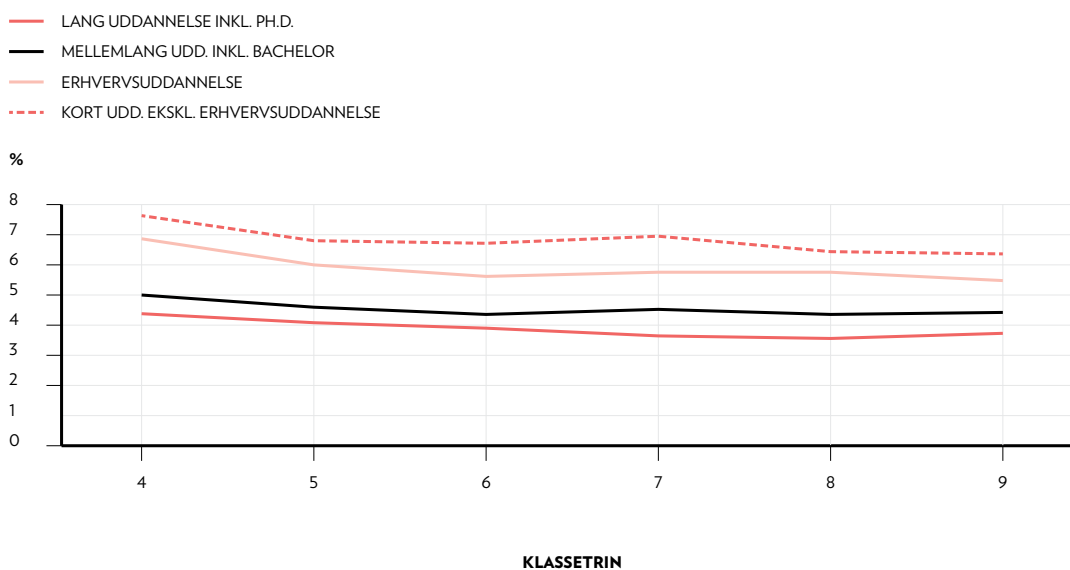
→ FIGUR 3.3.13

Andel af 4.-9.-klasses elever, der scorer lavt på 'social trivsel', fordelt på skoleår og forældres uddannelsesniveau (%), Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling 2014/2015-2017/2018 (83).



→ FIGUR 3.3.14

Andel af 4.-9.-klasses elever, der scorer 'lav social trivsel', fordelt på klassetrin og forældres uddannelsesniveau (%), Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling 2014/2015-2017/2018 (83).



Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) er et spørgeskema, der primært har fokus på at afklare mistrivsel, men som også belyser barnets sociale styrker og funktion i dagligdagen. SDQ er internationalt set et af de mest anvendte spørgeskemaer i den videnskabelige litteratur på området med næsten 5.000 publikationer fra mere end 100 lande. SDQ belyser børn og unges psykiske udfordringer og styrker samt funktion i dagligdagen, dækker aldersintervallet fra to til 17 år og adskiller sig fra de fleste andre spørgeskemaer ved at kunne besvares af både forældre, lærere/pædagoger og af barnet selv fra 11-årsalderen og opefter. SDQ-symptomdelen består af 25 spørgsmål (hvoraf ni er formuleret positivt), som definerer fem områder: følelsesmæssige symptomer, adfærdsproblemer, hyperaktivitet, problemer med jævnaldrende og sociale styrkesider. Hver af skalaerne består af fem spørgsmål, som har tre svarmuligheder ('Passer ikke', 'Passer delvist', 'Passer godt'). Vi har i dette afsnit, hvis fokus er positive mål for mental sundhed, fokuseret på at beskrive udviklingen i to underscorer, som beskriver henholdsvis sociale styrkesider og problemer med jævnaldrende. Begge scorer går fra nul til ti, og en score på ti på sociale styrkesider er positivt, mens en score på 10 på problemer med jævnaldrende er den mest negative. Vi viser resultater af udviklingen i nogle af de andre scorer i kapitel 4 (belastning af symptomer på daglig funktion) og kapitel 5 (adfærdsproblemer og hyperaktivitet).

Formålet med SDQ er at arbejde aktivt med børn og unges mentale sundhed, og SDQ fungerer mest effektivt, når man sammenligner svar på samme spørgsmål på tværs af informanter og kan kvalificere et tværsektorielt samarbejde (84). I Danmark bliver SDQ i stigende grad også anvendt ved evaluering af indsatser, som skal reducere mental og social mistrivsel. Den danske version er undersøgt i forhold til psykometriske egenskaber,

hvor den eksisterende faktorstruktur er blevet udfordret (85, 86). Som det eneste redskab på dansk er dets prædikative egenskab evalueret i forhold til attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) og den generelle identifikation af mentale helbredsproblemer (87-89). Herudover er de foreløbige erfaringer med at bruge redskabet i at kvalificere arbejdet med at forebygge mistrivsel lovende og har dannet grundlag for udformningen af danske normer i forbindelse med brugen af SDQ (90). SDQ er klinisk mest anvendeligt, når flere informanter inddrages, og årlig gentagelse af SDQ-besvarelsen kombineret med en klinisk vurdering anbefales (89).

BørnUngeLiv (91) indeholder en elektronisk udgave af SDQ, som også kan anvendes af fagfolk i forbindelse med deres arbejde med børn og unge. SDQ som en integreret del af BørnUngeLiv har i mange kommuner været omdrejningspunktet for kommunernes arbejde med børn og unges mentale sundhed i de forløbne år. SDQ udfyldes af en forælder ved 0. klasse og af børnene/de unge selv på de andre klassetrin.

I forhold til dette afsnits fokus har vi valgt primært at illustrere hele fordelingen og at fokusere på begge ender af fordelingen, som det fremgår af **figur 3.3.15-3.3.19**, der viser kønsforskelle og udviklingen i de to udvalgte underscorer. Vi har ikke haft mulighed for at analysere SDQ i forhold til sociale forskelle. Når figurerne læses, er det vigtigt at være opmærksom på, at en høj score (over tre) for problemer i relationen til jævnaldrende betegner vanskeligheder, mens scoren for sociale styrkesider vender modsat; her er en lav score (under 6) betegnende for vanskeligheder. Figurerne illustrerer data fra 2015 til 2018 på forskellige klassetrin i fem deltagerkommuner fra BørnUngeLiv.dk (n=3.542 i 2015/2016, n=7.098 i 2016/2017, n=6.970 i 207/2018 og n=7.104 i 2018/2019).

I **figur 3.3.15** kan man se, at piger generelt vurderer deres sociale styrkesider højere end drenge; en forskel som i det sidste af de fire skoleår tenderer til at blive mere udtalt i forhold til de lave scorer, hvor færre piger scorer sig selv lavt.

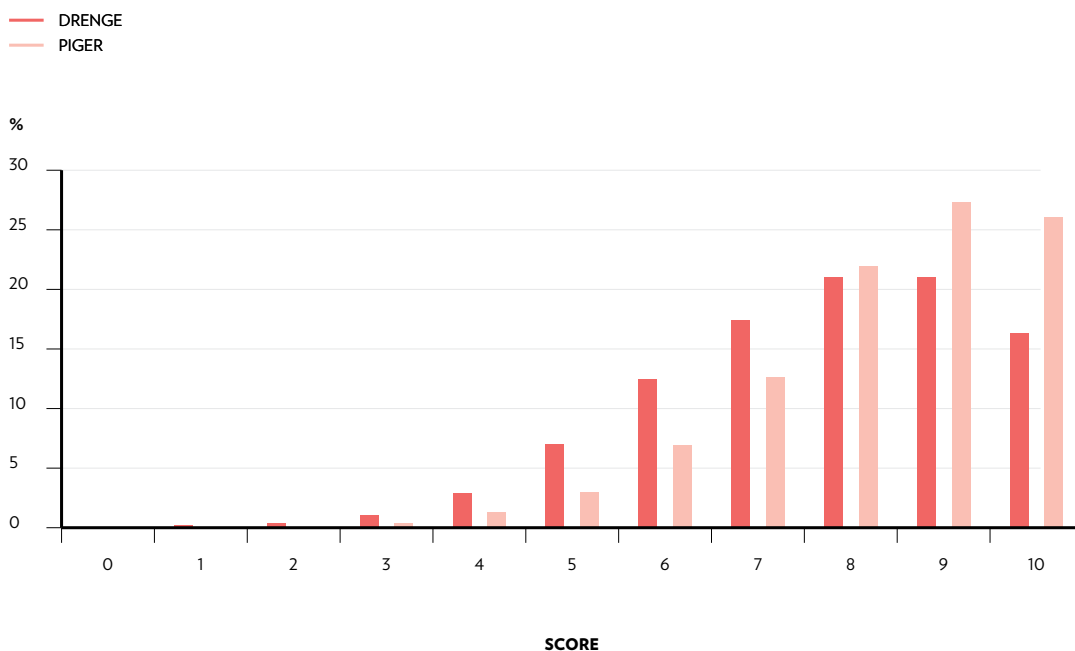
i **figur 3.3.19**, at andelen af børn, der scorer højt for problemer med jævnaldrende, falder ca. 5% fra 5. til 8. klasse (92).

Figur 3.3.16 viser, at andelen af børn med en lav score for sociale styrkesider stiger fra 5. til 8. klasse, mest for piger, men ligger konstant resten af skoletiden.

Kønsforskellene i sociale styrkesider var mindre markante end for scoren for problemer med jævnaldrende, som det fremgår af **figur 3.3.17** og af **figur 3.3.18 A** og **3.3.18 B** har udviklingen over tid været ret konstant for begge køn. Desuden ses

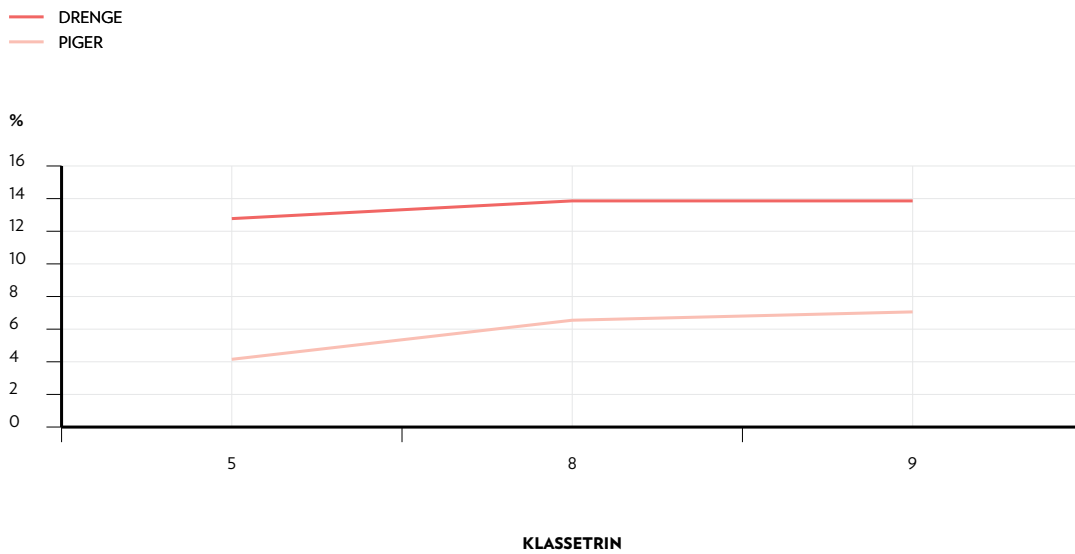
→ **FIGUR 3.3.15**

Fordelingen af scorer (fra nul til ti, hvor en score på ti er mest positiv) for selvrapporterede sociale styrkesider blandt 5., 8. og 9.-klassens elever under ét, fordelt på køn, BørnUngeLiv 2015-2018 (92).



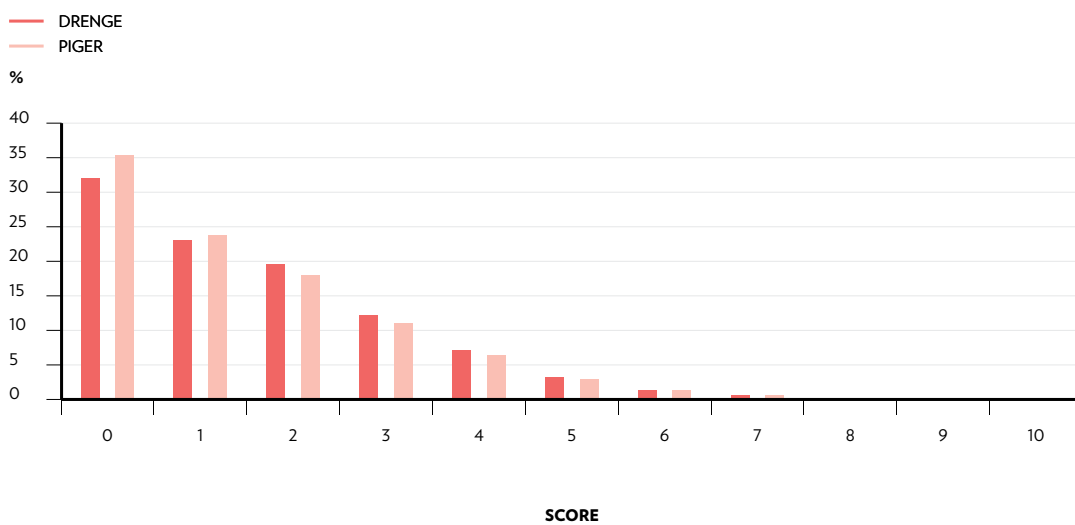
→ **FIGUR 3.3.16**

Andelen af børn, der scorer lavt på scoren for sociale styrkesider, i 5., 8. og 9. klasse, fordelt på køn, BørnUngeLiv 2019 (92).



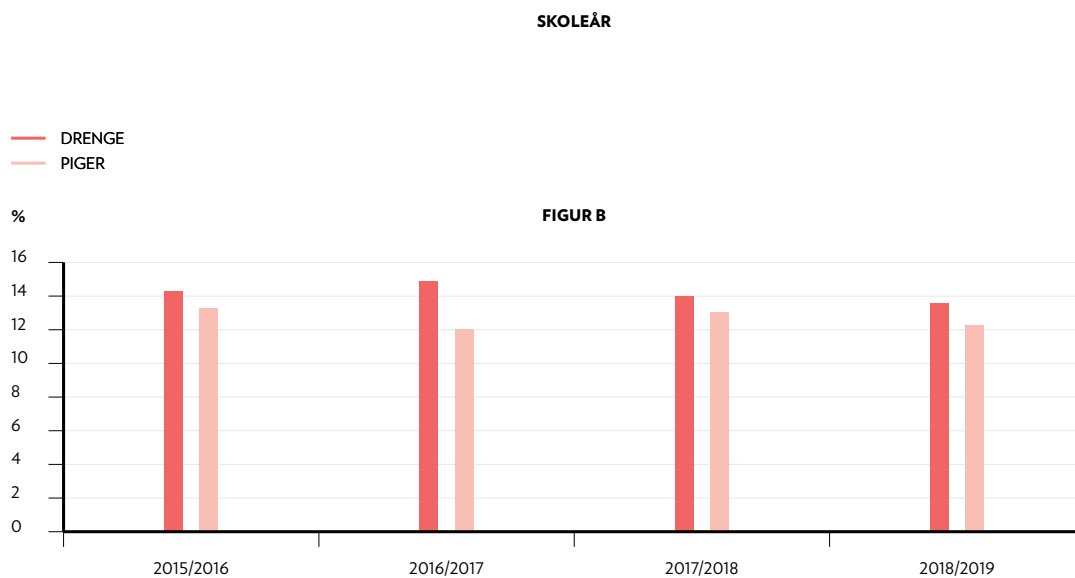
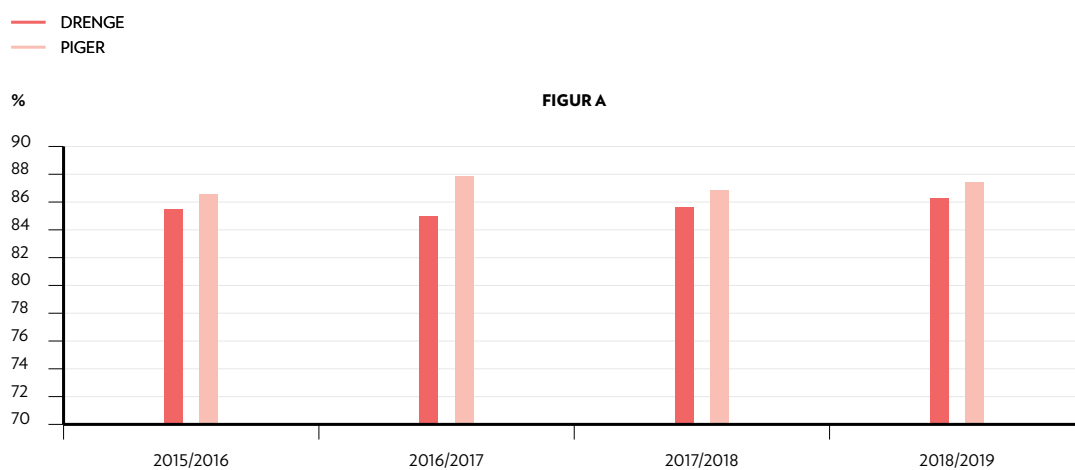
→ **FIGUR 3.3.17**

Fordelingen af scorer (fra nul til ti, hvor ti er den mest negative) for problemer i forhold til jævnaldrende blandt elever i 5., 8. og 9. klasse samlet fordelt på køn, BørnUngeLiv 2015-2019 (92).



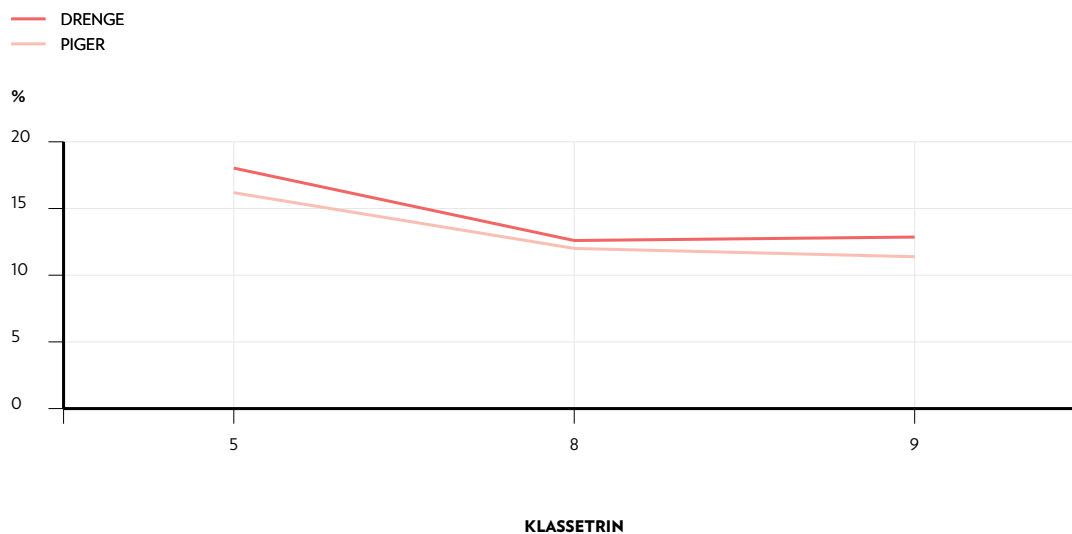
→ **FIGUR 3.3.18**

Udvikling i andelen af elever i 5., 8. og 9. klasse samlet, der scorer henholdsvis lavt (under fire) (**figur 3.3.18 A**) og højt (over tre) (**figur 3.3.18 B**) for problemer i forhold til jævnaldrende, fordelt på køn (%). BørnUngeLiv 2015-2019 (92).



→ **FIGUR 3.3.19**

Andel af børn, der scorer højt på scoren for problemer med jævnaldrende, i 5., 8. og 9. klasse, fordelt på køn. BørnUngeliv 2019 (92).



3.4 LITTERATUR

1. World Health Organization. Mental Health: Action plan 2013-2020. Geneva. WHO 2013.
2. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, et al. Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry* 2018;5:591–604.
3. Skogen JC, Smith ORF, Aarø LE, Siqveland J, Øverland S. Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelse tiltak. En kunnskapsoversikt. Oslo, Norway. Folkehelseinstituttet 2018. p. 1–184
4. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 2012;379(9826):1641–52.
5. Masten AS. Resilience from a developmental systems perspective. *World Psychiatry* 2019;18(1):101–2.
6. van IJzendoorn MH, Dijkstra J, Bus AG. Attachment, Intelligence, and Language: A meta-analysis. *Soc Dev* 1995;4(2).
7. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Dev* 2011;82(1):405–32.
8. Weare K, Gray G. What Works in Developing Children's Emotional and Social Competence and Wellbeing? London. Department for Education and Skills 2003. Available from: [http://www.playfieldinstitute.co.uk/information/pdfs/publications/Flourishing_Wellbeing/](http://www.playfieldinstitute.co.uk/information/pdfs/publications/Flourishing_Wellbeing/What_Works_in_Developing_Childrens_Emotional_and_Social_Competence_and_Wellbeing_publication.pdf)
9. Cole DA, Martin JM, Powers B, Truglio R. Modeling causal relations between academic and social competence and depression: A multitrait-multimethod longitudinal study of children. *J Abnorm Psychol* 1996;105(2):258–70.
10. Hoyt LT, Chase-Lansdale PL, McDade TW, Adam EK. Positive youth, healthy adults: does positive well-being in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood? *J Adolesc Health* 2012;50(1):66–73.
11. Kirkwood TBJ, May C MI et al. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Mental capital through life: Future challenges. London 2008.
12. Stewart-Brown S. Promoting health in children and young people: Identifying priorities. *J R Soc Promot Health* 2005;125(2):61–2.
13. Richards M, Huppert FA. Do positive children become positive adults? Evidence from a longitudinal birth cohort study. *J Posit Psychol* 2011;6(1):75–87.
14. Vidal-Ribas P, Goodman R, Stringaris A. Positive attributes in children and reduced risk of future psychopathology. *Br J Psychiatry* 2015;206(1):17–25.
15. Pavot W, Diener E. Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychol Assess* 1993;5(2):164–72.

16. Hrafnkelsdottir SM, Brychta RJ, Rognvaldsdottir V, Gestsdottir S, Chen KY, Johannsson E, et al. Less screen time and more frequent vigorous physical activity is associated with lower risk of reporting negative mental health symptoms among Icelandic adolescents. *PLoS One* 2018;13(4).
17. Lim MSC, Cappa C, Patton GC. Subjective well-being among young people in five Eastern European countries. *Glob Ment Heal* 2017;4.
18. Przybylski AK, Bowes L. Cyberbullying and adolescent well-being in England: a population-based cross-sectional study. *Lancet Child Adolesc Heal* 2017;1(1):19–26.
19. Zubaida SD, Cantril H. The Pattern of Human Concerns. *Br J Sociol* 1967;18:212.
20. Bradshaw J, Hoelscher P, Richardson D. Comparing Child Well-Being in OECD Countries: Concepts and Methods. *Innocenti Work Pap* 2006;1–5.
21. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C et al. Social determinants of health and well-being among young people: health behaviour in school-aged children (HBSC) study : international report from the 2009/2010 survey. Geneva. World Health Organization, Regional Office for Europe 2012.
22. Særkørsler fra Skolebørnsundersøgelsen 2018. www.hbsc.dk.
23. Bendtsen P, Mikkelsen SS, Tolstrup JS. Ungdomsprofilen 2014. Sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt elever på ungdomsuddannelser. København 2015.
24. Pisinger V, Thorsted A, Jezek A, Jørgensen A, Christensen A, Thygesen L. UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019. København 2019.
25. Ringgaard LW, Heinze C, Andersen NBS, Hansen GIL, Hjort AV, Klinker CD. UNG19 - Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019. 2020. Available from: www.sdcc.dk
26. Rasmussen M, Kierkegaard L, Rosenwein SV, Holstein BE, Damsgaard MT, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2018. Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2019.
27. Ottosen MH, Andreasen AG, Dahl KM, Hestbæk A-D, Lausten M, Rayce SB. Børn og unge i Danmark: Velfærd og trivsel 2018. København. VIVE - Det nationale forsknings- og analysecenter for Velfærd 2018. p. 7-247. Available from: <http://www.sfi.dk/rapportoplysninger-4681.aspx?Action=1&Newslid=4537&PID=9267>
28. Ravens-Sieberer U, Torsheim T, Hetland J, Vollebergh W, Cavallo F, Jericek H, et al. Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *Int J Public Health* 2009;54.
29. Levin KA, Torsheim T, Vollebergh W, Richter M, Davies CA, Schnohr CW, et al. National Income and Income Inequality, Family Affluence and Life Satisfaction Among 13 year Old Boys and Girls: A Multilevel Study in 35 Countries. *Soc Indic Res* 2011;104(2):179–94.

30. Holstein BE, Trab Damsgaard M, Rich Madsen K, Rasmussen M. Persistent social inequality in low life satisfaction among adolescents in Denmark 2002–2018. *Child Youth Serv Rev* 2020;116:105097.
31. Eriksson C, Damsgaard M, Due P. Trends in life satisfaction. Under review. *Nordic Welfare Research* 2019.
32. Holstein BE, Knoop HH, Laflor M, Viskum H. Social kompetence og skoletrivsel: Analyser fra Den Nationale Trivselsmåling 2020. Available from: dcum.dk
33. Idler EL, Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *J Health Soc Behav* 1997;38(1):21–37.
34. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question: A meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2006;21(3):267–75.
35. Ganna A, Ingelsson E. 5 year mortality predictors in 498 103 UK Biobank participants: A prospective population-based study. *Lancet* 2015;386(9993):533–40.
36. Hetlevik Ø, Vie TL, Meland E, Breidablik HJ, Jahanlu D. Adolescent self-rated health predicts general practice attendance in adulthood: Results from the Young-HUNT1 survey. *Scand J Public Health* 2019;47(1):37–44.
37. Yeo SC, Jos AM, Erwin C, Lee SM, Lee XK, Lo JC, et al. Associations of sleep duration on school nights with self-rated health, overweight, and depression symptoms in adolescents: problems and possible solutions. *Sleep Med* 2019;60:96–108.
38. Marques A, Mota J, Gaspar T, de Matos MG. Associations between self-reported fitness and self-rated health, life-satisfaction and health-related quality of life among adolescents. *J Exerc Sci Fit* 2017;15(1):8–11.
39. Kjeldsen MMZ, Stapelfeldt CM, Lindholdt L, Lund T, Labriola M. Reading and writing difficulties and self-rated health among Danish adolescents: Cross-sectional study from the FOCA cohort. *BMC Public Health* 2019;19(1):1–9.
40. Sokol R, Ennett S, Gottfredson N, Halpern C. Variability in self-rated health trajectories from adolescence to young adulthood by demographic factors. *Prev Med* 2017;49(4):73–6.
41. Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health during adolescence: Stability and predictors of change (Young-HUNT study, Norway). *Eur J Public Health* 2009;19(1):73–8.
42. Vie TL, Hufthammer KO, Meland E, Breidablik HJ. Self-rated health (SRH) in young people and causes of death and mortality in young adulthood. A prospective registry-based Norwegian HUNT-study. *SSM - Popul Heal* 2019;7.
43. Tissue T. Another look at self-rated health among the elderly. *J Gerontol* 1972;27(1):91–4.
44. Joffer J, Jerdén L, Öhman A, Flacking R. Exploring self-rated health among adolescents: A think-aloud study. *BMC Public Health* 2016;16(1):1–10.

45. Ottosen MH. 15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra femte dataindsamling af forløbsundersøgelsen af børn født i 1995. København. SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd 2012. p. 1-346.
46. Jensen H, Davidsen M, Ekholm O, Christensen A. Danskernes Sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København. Sundhedsstyrelsen 2018. p. 3-121. Available from: <https://www.sst.dk/-/media/EAB50E1A9D-D84D1D822308CE397AD19D.ashx>
47. Thomsen J-P. Unge i Danmark - 18 år og på vej til voksenlivet : årgang 95 - forløbsundersøgelsen af børn født i 1995. København. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 2016. p. 1-279..
48. Torsheim T, Currie C, Boyce W, Kalnins I, Overpeck M, Haugland S. Material deprivation and self-rated health: A multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Soc Sci Med* 2004;59(1):1-12.
49. Torsheim T, Nygren JM, Rasmussen M, Arnarsson AM, Bendtsen P, Schnohr CW, et al. Social inequalities in self-rated health: A comparative cross-national study among 32,560 Nordic adolescents. *Scand J Public Health* 2018;46(1):150-6.
50. Holstein BE, Jørgensen SE, Due P, Damsgaard MT, Rasmussen M. Short report: Persistent social inequality in poor self-rated health among adolescents in Denmark 1991-2014. *Eur J Public Health* 2018;28(6):1114-6.
51. Sundhedsstyrelsen. Danskernes sundhed. Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil. danskernesundhed.dk 2019.
52. Christensen AI, Davidsen M, Kjølner M, Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere: analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005. København. Sundhedsstyrelsen 2010.
53. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 og udviklingen siden 1987. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2012. p. 1-260.
54. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K, Statens Institut for Folkesundhed. Danskernes sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København. Sundhedsstyrelsen 2014. p. 1-125.
55. Bandura A. *Self-Efficacy in Changing Societies*. Cambridge University Press 1995.
56. Schwarzer R, Jerusalem M. General Self-Efficacy Scale (GSE). In: *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*. Gen self-efficacy scale, 1st ed, J Weinman, S Wright, M Johnston. Nfer-Nelson 1995;35-7.
57. Koushede V, Koushede V, Nielsen L. *For mental sundhed – et nyt perspektiv*. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2015. p. 189.
58. Upublicerede dataudtræk fra Ungdomsprofilen 2014, analyseret af Veronica Pisinger, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2020.

59. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: Princeton Legacy Library; 1965.
60. Elias M, Zins J, Weissberg R, Frey K, Greenberg M, Haynes N, et al. *Promoting Social and Emotional Learning. Guidelines for Educators*. ASCD, Alexandria, VA 1997.
61. Meilstrup C, Holstein BE, Nielsen L, Due P, Koushede V. Self-efficacy and social competence reduce socioeconomic inequality in emotional symptoms among schoolchildren. *European Journal of Public Health*. Oxford University Press (OUP) 2019.
62. Rasmussen M, Pedersen TP, Due P. *Skolebørnsundersøgelsen 2014*. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2015.
63. Nielsen L, Hinrichsen C, Santini ZI, Koushede V. *Måling af mental sundhed. En baggrundsrapport for spørgeskemaundersøgelsen Danskernes Trivsel 2016*. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2017. Available from: <https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2017/maaling+af+mental+sundhed>
64. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 well-being index: A systematic review of the literature. *Psychother Psychosom* 2015.
65. Sundhedsstyrelsen. *Guide til trivselsindekset: WHO-5*. København. Sundhedsstyrelsen 2017.
66. Socialstyrelsen. WHO-5. Vidensportalen på det sociale område. Available from: <https://vidensportal.dk/dokumentation/udsatte-voksne/WHO-5>
67. Upublicerede dataudtræk fra Danskernes Trivsel 2016, analyseret af Ziggi Ivan Santini, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2019.
68. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, et al. The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes* 2007;5(63):1–13.
69. Stewart-Brown S. *Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (WEMWBS)*. Warwick Medical School 2020. Available from: <https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/using/howto/>
70. Stewart-Brown S, Tennant A, Tennant R, Platt S, Parkinson J, Weich S. Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health Qual Life Outcomes* 2009;7(1):15. Available from: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-15>
71. Koushede V, Lasgaard M, Hinrichsen C, Meilstrup C, Nielsen L, Rayce SB, et al. Measuring mental well-being in Denmark: Validation of the original and short version of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS and SWEMWBS) and cross-cultural comparison across four European settings. *Psychiatry Res* 2019;271:502–9.

72. Clarke A, Friede T, Putz R, Ashdown J, Martin S, Blake A, et al. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. *BMC Public Health* 2011;11.
73. Nelausen MK. Bidrag til udvikling af items omhandlede positive dimensioner af psykisk trivsel. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2013.
74. Damsgaard M, Madsen K. Monitorering af børns mentale sundhed. HBSC studiets nye indikatorer for positiv mental sundhed 2018 samt nordiske sammenligninger af indikatorer for mental sundhed 2002-2018. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2020.
75. Upublicerede dataudtræk fra Skolebørnsundersøgelsen 2014 og 2018, analyseret af Mogens Trab Damsgaard, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2020.
76. Undervisningsministeriet. Trivselsmålingen: Information og vejledning til skolens ledelse og pædagogiske personale. 2019. Available from: emu.dk
77. Børne- og Undervisningsministeriet, Styrelsen for IT og Læring. Trivslen hos elever i folkeskolen 2018/2019. 2019.
78. Laursen LL, Madsen KB, Obel C, Hohwu L. Family dissolution and children's social well-being at school: a historic cohort study. *BMC Pediatr* 2019;19(1):449.
79. Upublicerede dataudtræk fra Styrelsen for It og Læring, analyseret af Katrine Svendsen og Carsten Obel, Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet 2020.
80. Obel C, Arnfred J, Svendsen K, Breinholm N, Langkilde L, Poulsen SH. Måling af mental sundhed med spørgeskemaet SDQ: Anvendelse af SDQ i Skolesundhed.dk 2016. Available from: susa.au.dk
81. Niclasen J, Teasdale TW, Andersen A-MN, Skovgaard AM, Elberling H, Obel C. Psychometric properties of the Danish Strength and Difficulties Questionnaire: the SDQ assessed for more than 70,000 raters in four different cohorts. *PLoS One* 2012;7(2):e32025.
82. Niclasen J, Skovgaard AM, Andersen A-MN, Sømhøvd MJ, Obel C. A confirmatory approach to examining the factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): a large scale cohort study. *J Abnorm Child Psychol* 2013;41(3):355-65.
83. Overgaard KR, Madsen KB, Oerbeck B, Friis S, Obel C. The predictive validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire for child attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019;28(5):625-33.
84. Wolf RT, Jeppesen P, Gyrd-Hansen D, Oxholm AS. Evaluation of a screening algorithm using the Strengths and Difficulties Questionnaire to identify children with mental health problems: A five-year register-based follow-up on school performance and health-care use. *PLoS One* 2019;14(10).

85. Nielsen LG, Rimvall MK, Clemmensen L, Munkholm A, Elberling H, Olsen EM, et al. The predictive validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire in preschool age to identify mental disorders in preadolescence. *PLoS One* 2019;14(6):e0217707.
86. Arnfred J, Svendsen K, Rask C, Jeppesen P, Fensbo L, Houmann T, et al. Danish norms for the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Dan Med J* 2019;66(6).
87. BørnUngeLiv. Hvad er BørnUngeLiv. Boernungeliv.dk 2020. Available from: <https://www.boernungeliv.dk/Public/Om/HvadErBoernUngeLiv.aspx>
88. Upublicerede dataudtræk fra BørnUngeLiv, analyseret af Katrine Svendsen og Carsten Obel, Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet 2020.



4

**MENTALE
HELBREDSPROBLEMER**

DETTE KAPITEL GENNEMGÅR EN RÆKKE ENKELTSTÅENDE INDIKATORER FOR MENTALE HELBREDSPROBLEMER FORDELT PÅ FOREKOMST, FORDELING OG UDVIKLING OVER TID.

Psykiske og fysiske symptomer er hyppigt forekommende hos børn og unge. De mest almindelige symptomer er uspecifikke og ofte forbigående. Når symptomerne er tilbagevendende eller vedvarende, kan de være tegn på mentale helbredsproblemer, der kan udvikle sig til egentlig psykisk sygdom (se kapitel 2). Det kan være selvrapporterede symptomer som at opleve ensomhed, træthed, mavepine, hovedpine, at føle sig stresset, ked af det eller nervøs. Påvirker de barnet/den unge i en sådan grad, at hverdagen ikke fungerer normalt, bør de tages alvorligt. Grænsen for, hvornår der er tale om henholdsvis mistrivsel og psykisk sygdom, er derfor glidende og afhængig af en faglig vurdering og af, i hvilken grad barnets daglige funktion er påvirket. Det er en vurdering, der i praksis altid vil kræve grundige undersøgelser, hvor relevante omsorgspersoner og fagfolk inddrages. Som det fremgår i kapitel 2, kan mental sundhed forstås via sygdoms- og sundhedsdimensioner, hvor den mentale tilstand ligger på et spektrum fra normale reaktioner over begyndende eller tilbagevendende symptomer til egentlig psykisk sygdom.

Der kan for nogle børn/unge være en ophobning af symptomer over tid, således at de børn/unge, som oplever at være meget nervøse, siden oplever andre fysiske og psykiske symptomer så som hoved- og mavepine, søvnproblemer og tristhed, og derefter oplever at være ensomme og alene og stressede samt ender med at føle sig deprimerede (1). Derfor kan det både i befolkningsundersø-

gelses og i det daglige arbejde med børn og unge være relevant at følge udviklingen i flere former for symptomer som indikator for mulig mistrivsel (1-4).

Kapitel 4 gennemgår en række enkeltstående indikatorer for mentale helbredsproblemer blandt børn/unge: ensomhed (4.1), mobning (4.2), skolefravær (4.3), uspecifikke fysiske symptomer (hovedpine og mavepine) (4.4), forbrug af smertestillende medicin (4.5), søvnproblemer (4.6), stress (4.7) og andre psykiske symptomer (4.8). Metodiske overvejelser i forhold til anvendelsen af disse selvrapporterede mentale helbredsproblemer fremgår af rapportens afsnit 1.6. I rapportens appendiks 1 kan der læses mere om de forskellige danske undersøgelser, der er anvendt til belysning af forekomst, fordeling og udvikling over tid i de mentale helbredsproblemer, der er gennemgået i dette kapitel. I selve kapitlet er disse undersøgelser kun nævnt med navn og få detaljer for at lette læsbarheden.

4.1 ENSOMHED

I dette afsnit beskrives børn og unges egne rapporteringer af ensomhed. Afsnittet giver et indblik i forekomsten af ensomhedsfølelsen samt fordelingen i forhold til køn og alder, socioøkonomiske forhold samt udviklingen over tid.

4.1.1 Sammenfatning

Ensomhed kan defineres som en subjektiv, ubehagelig følelse, der opstår ved en iagttaget diskre-

pans mellem individets vurdering af egne sociale relationer og individets ønsker til disse relationers kvantitet og kvalitet. Ensomhed kan opstå mere eller mindre kortvarigt ved særlige begivenheder eller opleves som en varig følelse. **Forekomst:** 5-12% af børn og unge i alderen 10-24 år føler sig ensomme tit/ofte. **Køn og alder:** Forekomsten er højere blandt piger/unge kvinder end blandt drenge/unge mænd, uanset hvordan undersøgelserne har valgt at spørge til ensomheden. Nogle, men ikke alle undersøgelser finder, at forekomsten af ensomhed stiger med alderen blandt begge køn. **Socioøkonomi:** Følelsen af ensomhed er oftere forekommende blandt børn og unge i de laveste socioøkonomiske grupper end i de højeste socioøkonomiske grupper. **Udvikling over tid:** Samlet set er der en tendens til, at forekomsten af ensomhed i mindre grad er steget over tid blandt børn og unge, dog ikke blandt de yngre skolebørn.

4.1.2 Indledning

Nære og tilfredsstillende relationer og følelsen af at høre til blandt andre er fundamentale for en god mental sundhed, særligt gennem barndommen og ungdomsårene, hvor de sociale relationer og behovet for relationer ændres, men vægtes meget højt (5-7). Mulighederne for at omgås mange jævnaldrende er i dag udbredt i en grad, som langt overgår tidligere generationers muligheder. Foruden de relationer, som skabes i skolen, når barnet går til fritidsaktiviteter, og i hjemmet, øger de sociale medier mulighederne for at skabe og fastholde relationer. Alligevel peger flere både danske og internationale undersøgelser på, at ensomhed er et alvorligt problem blandt 10-24-årige børn og unge, og at det netop er i denne livsfase, at ensomheden er mest udtalt (8-10). Flere forskere peger endvidere på, at det er særligt alvorligt at føle sig ensom i denne livsfase (7).

Ensomhed kan defineres som en subjektiv, ubehagelig følelse, der opstår ved en iagttaget diskrepans mellem individets vurdering af egne sociale relationer og individets ønsker til disse relationers kvantitet og kvalitet (11). Ensomhed er en følelse, langt de fleste børn og unge på et tidspunkt vil opleve, men på tværs af lande, køn og kulturer (12, 13) er ensomhed også identificeret som en væsentlig mental sundhedsudfordring hos en mindre gruppe børn og unge, hvor ensomheden kan blive en fast og smertefuld del af hverdagen. Følelsen af ensomhed kan altså opstå mere eller mindre kortvarigt ved særlige begivenheder eller opleves som langvarig (7, 12, 14). Denne skelnen mellem kortvarig, momentvis ensomhed og langvarig ensomhed er central, da unge, der oplever langvarig ensomhed, er i højere risiko for at opleve trivsels- og helbredsproblemer og have uhensigtsmæssig risikoadfærd (15).

Der findes i litteraturen mange bud på definitioner af ensomhed, som hviler på forskellige teoretiske indgangsvinkler. Men på trods af forskellene, er der enighed om at skelne mellem at være ensom og alene (16). Der er børn og unge, som på trods af at de er meget alene, ikke føler sig ensomme, og andre børn og unge, der oplever en høj grad af ensomhed, selvom de er omgivet af mennesker. Trods denne skelnen er de to fænomener forbundet, og børn og unge, der er meget alene, vil være i større risiko for at føle sig ensomme (17).

Qualter og kollegaer fulgte i et kohortestudie syvårige børn til de var 17 år og karakteriserede dem i fire grupper i relation til udviklingen af deres ensomhed gennem tidsperioden (18). Forfatterne fandt, at 22% af de børn, som følte sig meget ensomme som syvårige, stadig var det som 17-årige. Et tilsvarende longitudinelt studie, der fulgte børn fra de var 12 til 18 år, viste, at ca. 14% af disse børn og unge følte sig meget ensomme gennem hele

tidsperioden (19). Følelsen af ensomhed i barndommen kan således fortsætte ind i ungdommen. Et stigende antal internationale forløbsstudier, der følger børn og unge over en længere tidsperiode, har således vist, at længerevarende, intense følelser af ensomhed øger risikoen for senere depressive symptomer og diagnosticeret depression (18, 20, 21), dårligt selv vurderet helbred (18, 20, 21), selvskadende adfærd og selvmordstanker (22, 23), søvnproblemer (20, 24), somatiske symptomer som fx hovedpine, mavesmerter og kvalme (25), stigning i risikofaktorer, der er relateret til kardiovaskulær sygdom (21, 26), samt forhøjet skolefravær og ringere karakterer i skolen (27, 28). En del af disse sammenhænge er også blevet fundet i danske undersøgelser. Fx har Ottosen og kollegaer fundet, at der blandt de 11-19-årige ensomme børn og unge er en langt højere andel, der ikke kan lide skolen (30%) end blandt børn og unge, der ikke føler sig ensomme (5%). Samtidigt fandt samme undersøgelse, at børn og unge, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, havde en markant større risiko for at angive et dårligt selv vurderet helbred og en lav livstilfredshed end de, der ikke føler sig ensomme (29). At svær ensomhed går hånd i hånd med mange andre symptomer på forringet mental sundhed og mentale helbredsproblemer er også blevet bekræftet i en anden dansk undersøgelse blandt 16-24-årige af Lasgaard et al. (30).

Ensomhed måles på mange måder. I befolkningsundersøgelser anvendes ofte enkeltspørgsmål om ensomhed, hvor der spørges direkte til, om og hvor ofte individet føler sig ensom. Hvor nogle forskere hævder, at denne metode er den mest korrekte til at få information om ensomhed (31), hævder andre, at dette giver for simple svar på et kompliceret fænomen (32). Inden for rammen af denne rapport har vi valgt at fokusere på data om børn og unges ensomhed, som er indsamlet ved at spørge enten direkte til, om barnet/den unge

føler sig ensom, eller som anvender etablerede og validerede mål for ensomhed, som fx the UCLA Loneliness Scale eller den korte version af the UCLA Loneliness Scale (Three-Item Loneliness Scale, T-ILS) (33). Børn og unge blev spurgt, i hvilken grad de har følt sig ensomme, men har dog ikke haft denne definition at forholde sig til.

4.1.3 Forekomst

En række danske undersøgelser har spurgt ind til forekomsten af ensomhed blandt børn og unge.

I Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling (se appendiks 1) blev alle elever på landets folkeskoler, herunder også specialskoler, spurgt, hvor ofte de følte sig ensomme. De seneste tal fra 2018 viste, at ca. 5-7% af eleverne i 4.-9. klasse tit eller meget tit følte sig ensomme (se **figur 4.1.1**).

I Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 (se appendiks 1) følte 6% af de 11-, 13- og 15-årige skolebørn sig ofte eller meget ofte ensomme (35).

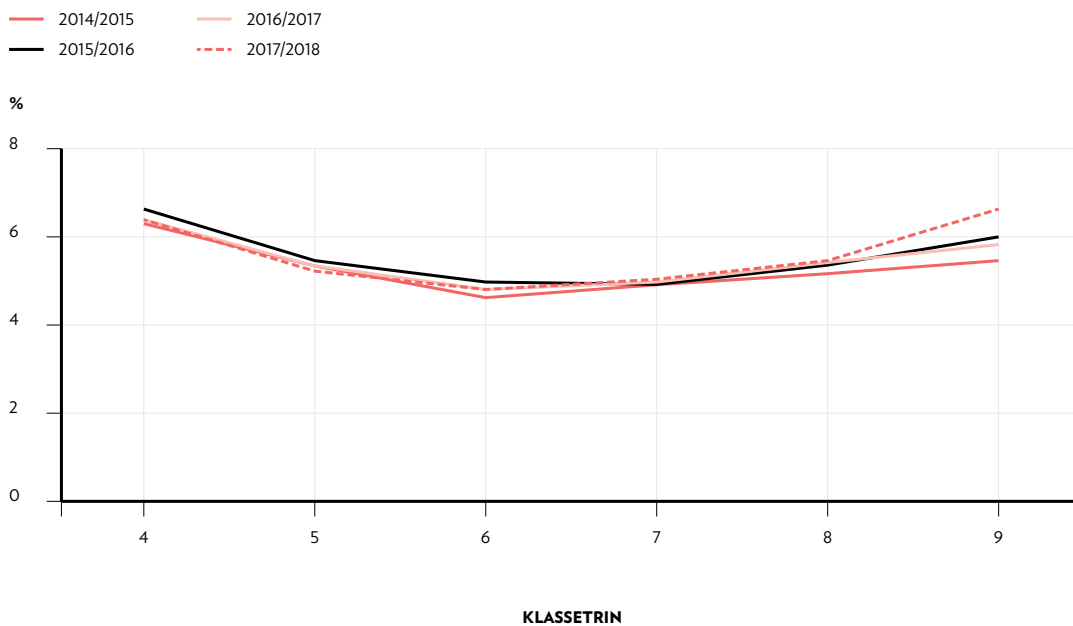
Undersøgelsen Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel fra 2017 (se appendiks 1) blandt 3-19-årige fra hele landet viste, at 3,5% af de 11-årige, 9% af de 15-årige og 11,5% af de 19-årige ofte eller meget ofte følte sig ensomme (29).

I undersøgelsen UNG19 (se appendiks 1) var andelen af elever, der ofte eller meget ofte følte sig ensomme, 6% blandt drenge og 11% blandt piger (36). I UNG19 EUD-undersøgelsen blandt elever på erhvervsuddannelser svarede i alt 10%, at de ofte eller meget ofte følte sig ensomme (37).

I undersøgelsen Ensom i gymnasieskolen (se appendiks 1) var andelen af ensomme unge på de gymnasiale ungdomsuddannelser undersøgt mere detaljeret blandt førsteårselever med

→ FIGUR 4.1.1

Andel af elever i 4.-9. klasse, der følte sig ensomme meget tit eller tit fordelt på klassetrin og skoleår (%). Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling 2014-2018 (34).



udgangspunkt i tre forskellige målemetoder; enkeltspørgsmål om selvoplevet ensomhed og to ensomhedsskalaer (UCLA Loneliness Scale og Social and Emotional Loneliness Scale for Adult (SELSA-S)). I alt 5,5% angav, at de tit eller altid følte sig ensomme (38).

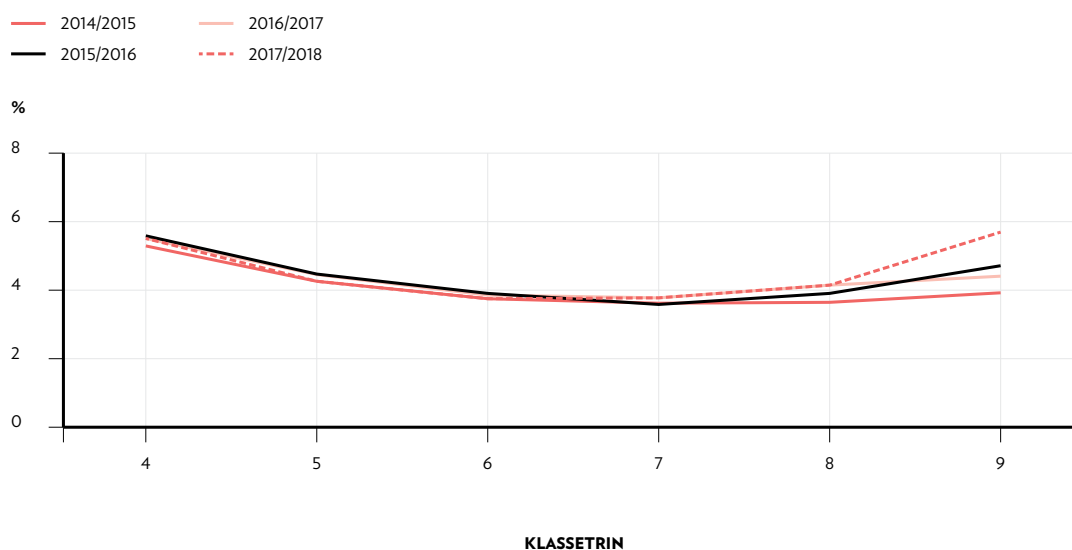
Undersøgelsen Ensomhed blandt unge, som omfattede 3.790 16-24-årige i Region Midtjylland, fandt, at 12% af denne aldersgruppe oplevede svær ensomhed (30). Undersøgelsen var baseret på data fra Region Midtjyllands sundhedsprofil fra 2017 og anvendte T-ILS til at måle svær ensomhed.

4.1.4 Alder og køn

I Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling fra 2018 følte en større andel af piger end drenge sig ensomme (se figur 4.1.2 og 4.1.3). Igennem skoletiden udviklede forekomsten af ensomhed sig lidt forskelligt mellem de to køn. Hos pigerne var ca. 8% i 4. klasse tit eller meget tit ensomme, og denne andel faldt en smule til 6% i 6. klasse og steg så igen frem mod slutningen af skoletiden, hvor ca. 8% af pigerne i 9. klasse var ensomme. For drengene skete der et fald fra 6% i 4. klasse til 4% i 6. klasse, der tit eller meget tit var ensomme. Fra 6. klasse og frem lå andelen af ensomme drenge stort set stabilt på ca. 4% med undtagelse af skoleåret 2017/2018, hvor andelen var knap 6% i 9. klasse.

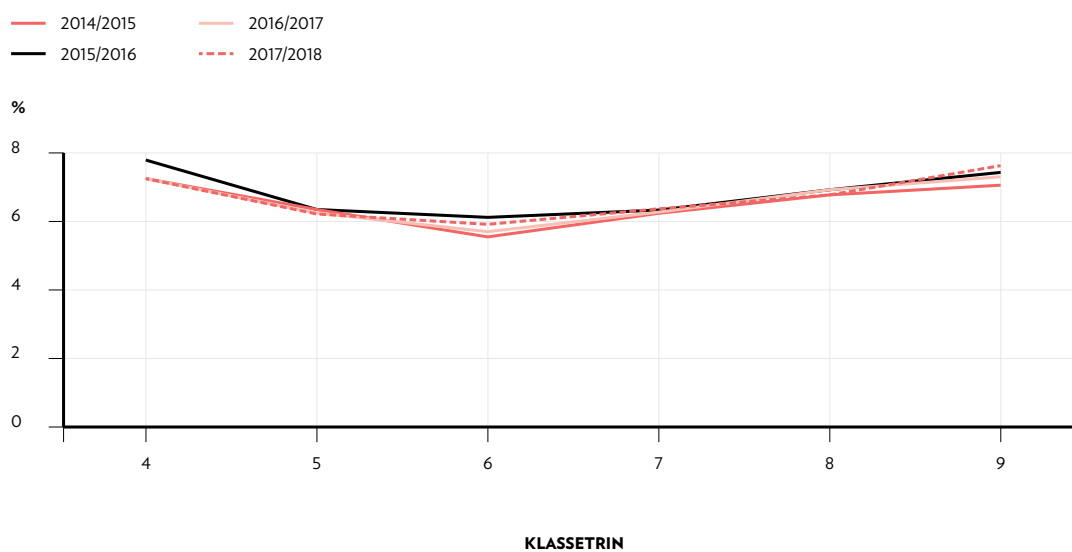
→ **FIGUR 4.1.2**

Andel af drenge i 4.-9. klasse, der følte sig ensomme meget tit eller tit fordelt på klassetrin og skoleår (%), Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling 2018 (34).



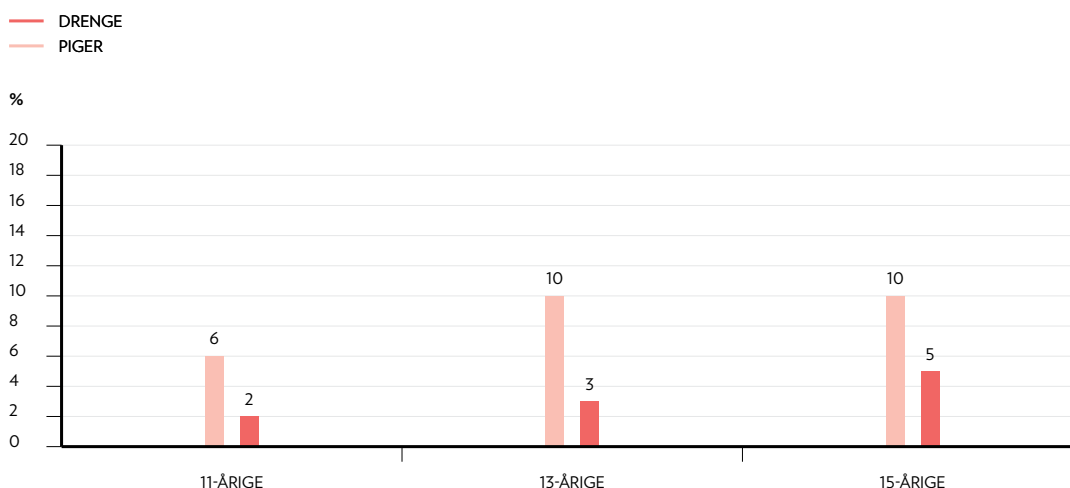
→ **FIGUR 4.1.3**

Andel af piger i 4.-9. klasse, der følte sig ensomme meget tit eller tit fordelt på klassetrin og skoleårgang (%), Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling 2018 (34).



→ FIGUR 4.1.4

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som ofte eller meget ofte følte sig ensomme (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (35).



I Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 forekom ensomhed ligeledes hyppigere hos piger end hos drenge (se figur 4.1.4). Den største kønsforskel sås her blandt de 13-årige, hvor 10% af pigerne følte sig ensomme, mens dette gjaldt for 3% af drengene (35).

I undersøgelsen Børn og unge i Danmark – Velværd og trivsel fra 2017 steg forekomsten af ensomhed med alderen således, at henholdsvis 3,5% af de 11-årige, 9% af de 15-årige og 11,5% af de 19-årige rapporterede, at de ofte eller meget ofte følte sig ensomme. Der var ingen kønsforskel blandt de 11-årige, men blandt de to ældste aldersgrupper i undersøgelsen var der igen en højere andel af ensomme piger/unge kvinder (11% blandt de 15-årige og 14% blandt de 19-årige) end blandt drenge/unge mænd (7% blandt de 15-årige og 9% blandt de 19-årige) (29).

I Ungdomsprofilen 2014 var andelen, der ofte følte sig ensomme, 9% blandt gymnasieelever og 8% blandt erhvervsskoler. Igen var kønsforskellen

udtalt med flere unge kvinder end unge mænd, der følte sig ensomme. Blandt gymnasieeleverne angav således 11% af de unge kvinder og 5,9% af de unge mænd, at de følte sig ensomme, og for erhvervsskoleeleverne var billedet det samme (12% af unge kvinder og 6,9% af unge mænd føler sig ensomme) (n≈70.000) (39).

UNG19-undersøgelsen blandt gymnasieelever og elever på erhvervsuddannelser viste også kønsforskelle i ensomhed (36, 37). Eksempelvis var der en større andel blandt kvindelige (12%) end blandt mandlige elever (9%) på erhvervsuddannelserne, som ofte eller meget ofte følte sig ensomme (37).

I undersøgelsen Ensom i gymnasieskolen, der omfattede 1.009 førsteårselever, svarede 7% af de unge kvinder og 4% af de unge mænd, at de tit eller altid følte sig ensomme. Der var således også i denne undersøgelse flere unge kvinder end mænd, der følte sig ensomme. Til gengæld var der i undersøgelsen ingen kønsforskelle i undergrupper af såkaldt social ensomhed og emotionel ensomhed,

men drengene følte sig mere ensomme i relation til kæresteforhold end pigerne (38). Emotional ensomhed er forbundet med mangel på nærhed og intimitet, for eksempel savn af en kæreste, nær ven eller en tæt forældrerelation, mens social ensomhed er forbundet med manglende integration og et svagt netværk, såsom savn af en kammerat-skabsgruppe eller kollegaer.

Region Midtjyllands undersøgelse Ensomhed blandt unge fandt i overensstemmelse med ovenstående danske undersøgelser, at en større andel af unge kvinder (15%) end unge mænd (10%) følte sig svært ensomme (målt med T-ILS – en kort version af UCLA-skalaen). Der var ingen forskel i forekomsten af svær ensomhed mellem de to aldersgrupper (16-19 år og 20-24 år) (30). Som ovenstående danske undersøgelser indikerer, stiger andelen, der føler sig ensomme, fra

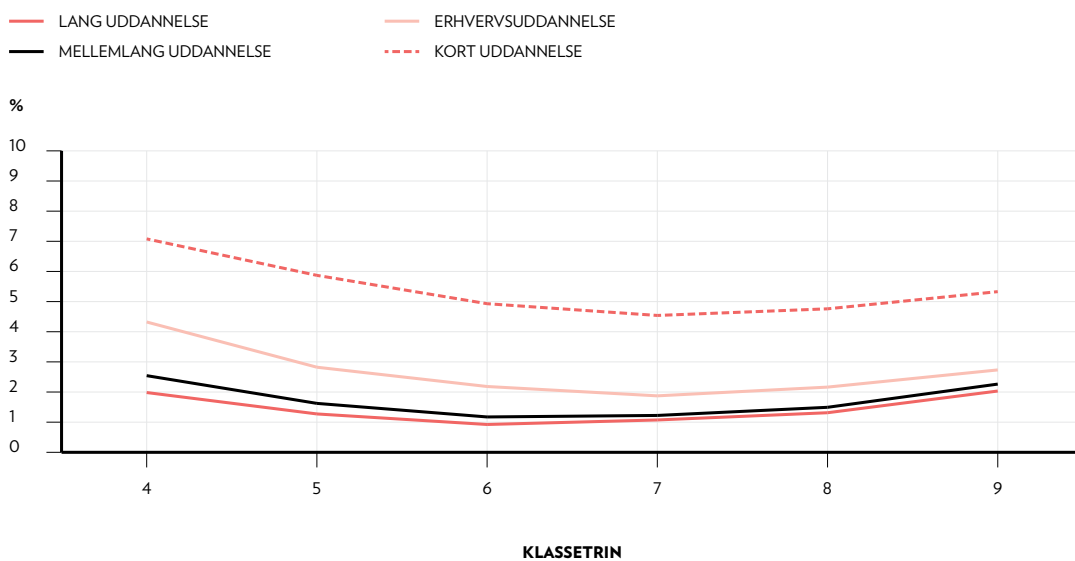
barndommen til ungdommen, hvilket er helt i tråd med den eksisterende internationale litteratur om ensomhed (16). Ligeledes viser størstedelen af ovenstående undersøgelser et andet generelt mønster; nemlig at en større andel af piger/unge kvinder end drenge/unge mænd ofte/meget ofte føler sig ensomme. Den konsistente danske kønsforskel er dog ikke et gennemgående fund i den internationale litteratur, hvor resultater, der måler kønsforskelle i ensomhed, er mere blandede og indbyrdes modstridende (40, 41).

4.1.5 Socioøkonomi

De undersøgelser, som har studeret sammenhængen mellem socioøkonomiske vilkår og ensomhed, har samstemmende fundet, at forekomsten af ensomhed er højest blandt børn og unge fra lavere socioøkonomiske grupper (1, 30,

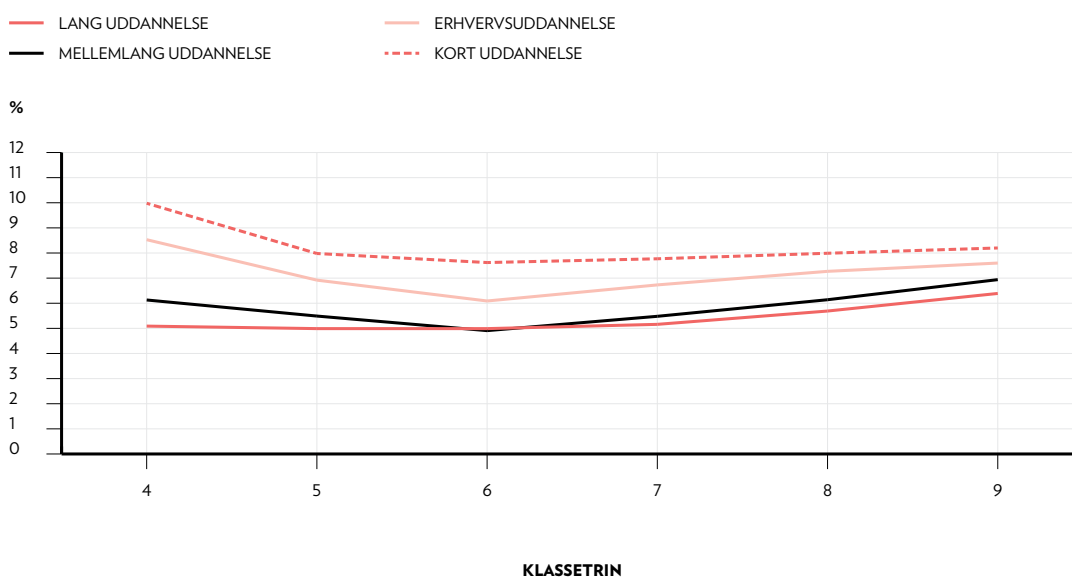
→ FIGUR 4.1.5

Andel af drenge i 4.-9. klasse, der følte sig ensomme meget tit eller tit fordelt på klassetrin og forældres uddannelsesniveau (%), Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling 2018 (34).



→ **FIGUR 4.1.6**

Andel af piger i 4.-9. klasse, der følte sig ensomme meget tit eller tit fordelt på klassetrin og forældres uddannelsesniveau (%), Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling (34).



42, 43). Et studie har undersøgt udviklingen i den sociale ulighed i ensomhed over tid med udgangspunkt i data fra Skolebørnsundersøgelsen i årene 1991-2014 (n = 19.096). Forskerne fandt, at der i alle årene havde været social ulighed i ensomhed, men at den sociale ulighed i ensomhed faldt i perioden 1991-2014, hvilket skyldtes en stigende forekomst af ensomhed blandt børn fra højere socialgrupper (43). I Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling fra 2018 sås tilsvarende, at følelsen af ensomhed oftere forekom blandt unge i de laveste socioøkonomiske grupper, men at den sociale forskel blev lidt mindre i løbet af skoletiden både blandt piger og drenge (se **figur 4.1.5** og **4.1.6**).

4.1.6 Udvikling over tid

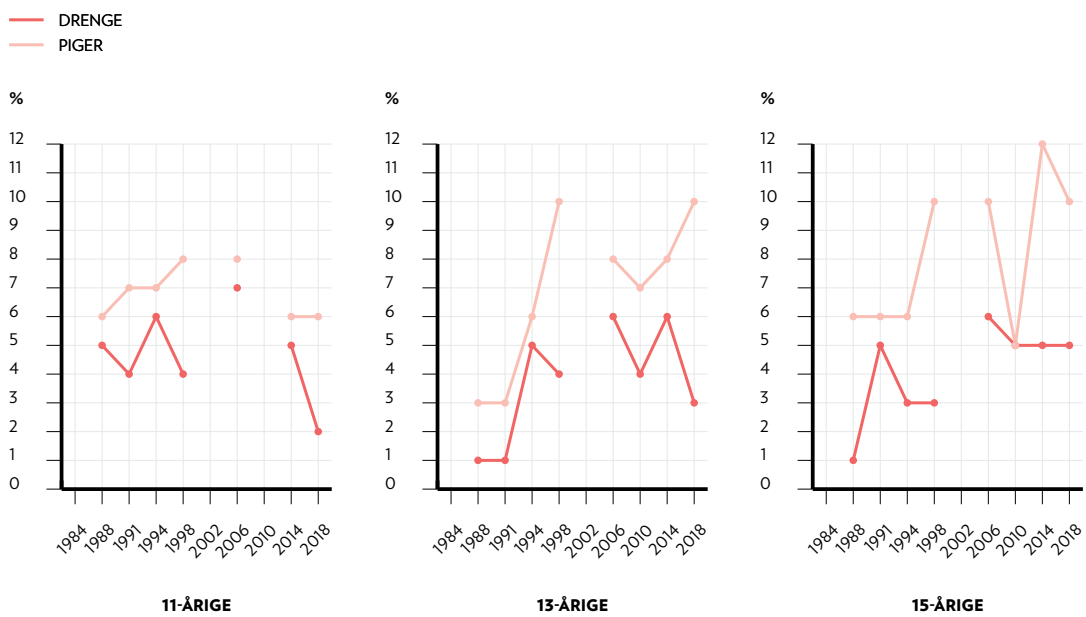
Skolebørnsundersøgelsen har fulgt udviklingen i forekomsten af ensomhed blandt børn og

unge siden 1988 og fundet, at der har været en del mindre udsving i forekomsten af ensomhed mellem 1988 og 2018. Af **figur 4.1.7** ses, at med undtagelse af nogle enkelte udsving, har forekomsten af ensomhed været ret stabil blandt drengene og særligt blandt de 11-årige. For de 13- og 15-årige piger er der over den samlede periode sket en stigning, men i perioden fra 1998 til 2018 er andelen stagneret blandt de 13- og 15-årige piger (35).

I Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling, som måler på en langt kortere tidsperiode end Skolebørnsundersøgelsen, var forekomsten af elever, der følte sig ensomme, ret konstant fra skoleåret 2014/2015 til skoleåret 2017/2018. For 9.-klasserne var der dog en lille stigning på et par procent fra 5% i 2014/2015 til 7% i 2017/2018 i andelen af elever, der angav, at de følte sig ensomme tit eller meget tit (se **figur 4.1.1**).

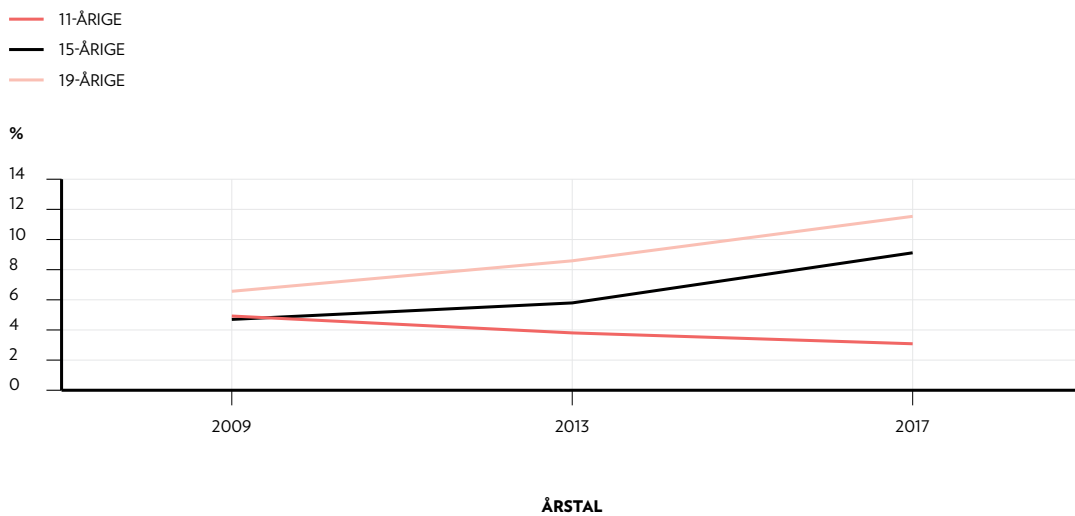
→ FIGUR 4.1.7

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som ofte føler sig ensomme (%), Skolebørnsundersøgelsen 1984-1998 og 2006-2018 (35).



→ FIGUR 4.1.8

Andel af 11-, 15- og 19-årige, der føler sig ensomme (%), Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel 2009-2017 (29).



Ligeledes fandt Programme for international student assessment (PISA)-undersøgelsen blandt 15-16-årige danske skolebørn, at der i 2003 var 93,7%, som var uenige eller stærkt uenige i, at de følte sig ensomme i skolen, mens denne andel var faldet til 87,1% i 2015. Denne tendens var gældende på tværs af de deltagende OECD-lande (44).

Også VIVE's undersøgelse Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel har fulgt forekomsten af ensomhed over tid, og her har andelen, der ofte eller meget ofte føler sig ensom, været stigende blandt de 15- og 19-årige siden 2009. I 2009 svarede eksempelvis 7% af de 19-årige, at de følte sig ensomme, mens tallet var 12% i 2017. Blandt de 11-årige fandt undersøgelsen modsat et lille fald i forekomsten (29) (se **figur 4.1.8**).

4.2 MOBNING

I dette afsnit beskrives den selvrapporterede forekomst af henholdsvis mobning i skolen (direkte mobning) og indirekte digital mobning blandt jævnaldrende samt fordelingen på køn og alder, socioøkonomiske forhold og udviklingen over tid.

4.2.1 Sammenfatning

Mobning er, når en person gentagne gange og over en vis tid bliver udsat for negative handlinger fra én eller flere andre personer. Digital mobning henviser til indirekte mobning, som foregår via mobiltelefoner, computere eller andre elektroniske enheder. **Forekomst:** 3-6% af folkeskoleelever angiver, at de inden for det seneste skoleår tit er blevet mobbet, og 1-5% angiver, at de har mobbet andre. 5-16% folkeskoleelever angiver, at de har været udsat for mobning på internettet, og 4-15% angiver, at de har mobbet andre på internettet. I undersøgelser blandt unge, der er gået ud af folkeskolen, angiver op til 50%, at de på et eller andet

tidspunkt er blevet mobbet i løbet af deres skoletid. Variationsbredden i disse tal afspejler formodentligt både forskelle i målemetode, definitioner og populationer på tværs af undersøgelserne. **Køn og alder:** Der er ikke store kønsforskelle i forekomsten af at være blevet mobbet, men flere drenge end piger angiver at have mobbet andre. Enkelte undersøgelser peger desuden på, at de yngste elever angiver at være blevet mobbet mere end de ældste elever. Angående mobning på internettet peger to undersøgelser på, at flere piger end drenge har været udsat for internetmobning. **Socioøkonomi:** Børn og unge med forældre i lavere socialgrupper eller med kort uddannelse bliver i højere grad udsat for både traditionel og digital mobning end børn og unge med forældre i højere socialgrupper og med højt uddannelsesniveau. **Udvikling over tid:** Der er over de seneste 20 år sket et tydeligt fald i andelen af børn og unge, som er blevet mobbet. I 1998 var det omkring hver tredje 11-årige skoleelev og hver femte 15-årige skoleelev, som oplevede at blive mobbet, mens det i 2018 var ca. hver tyvende skoleelev. I den seneste periode fra 2014 til 2018 ses et fald i andelen af 11-årige drenge, som er blevet mobbet fra 11% til 5%, hvor de 13- og 15-årige lå stabilt på 4-5%. For pigerne var der et fald fra 9% til 6% for de 11-årige, og for de 13- og 15-årige lå det stabilt på 4%.

4.2.2 Indledning

Mobning kan defineres som: 'Når en person gentagne gange og over en vis tid bliver udsat for negative handlinger fra én eller flere personer' (45, 46). Mobning kan være direkte og indirekte samt verbal og fysisk, hvorfor mobning kan finde sted både på traditionel vis i virkeligheden, fx på skolen, samt på internettet via sociale medier i form af digital mobning (47). Konsekvenserne er knyttet til lavt selvværd, ensomhed og psykiske problemer såsom depression og angst. Disse problematikker

synes at kunne følge individet fra barndommen til voksenlivet. Eksempelvis viste et studie, at finske mænd, der var blevet mobbet som 8-årige (n= 2.348), havde større risiko for at udvikle depression som 18-årige (48). Ligeledes fandt en anden longitudinal undersøgelse fra Norge, at 12-16-årige, som blev udsat for mobning, hyppigere havde emotionelle problemer som 26-28-årige (49).

Undersøgelsen fra Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE): Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel fra 2014 (se appendiks 1), fandt, at børn og unge, der var blevet mobbet, havde større sandsynlighed for at trives dårligt end børn, der ikke var blevet mobbet (50). Endvidere har adskillige tværsnitsundersøgelser dokumenteret sammenhænge mellem udsættelse for traditionel eller digital mobning og depressive symptomer, sociale problemer, opmærksomhedsproblemer, aggressiv adfærd, mentale helbredsproblemer som nervøsitet, tristhed, følelsen af at være værdiløs samt generel negativ indflydelse på mental sundhed (49, 51-54).

4.2.3 Forekomst

Direkte mobning i skolen

Forekomsten af mobning blandt skolebørn er blevet undersøgt i fem større danske undersøgelser i nyere tid.

I Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling (se appendiks 1) blev eleverne spurgt om mobning i to spørgsmål: 'Er du blevet mobbet i dette skoleår?' og 'Har du selv mobbet nogen i skolen i dette skoleår?' I skoleåret 2017/2018 oplevede 3% af eleverne i 4.-9. klasse at være blevet mobbet 'tit' eller 'meget tit'. Yderligere angav lidt over 1% af eleverne i 4.-9. klasse at have mobbet andre i det pågældende skoleår (55).

I Skolebørnsundersøgelsen (se appendiks 1) blev

mobning i skolen opdelt i to kategorier; at være offer for mobning og at deltage i mobning af andre (35). Rapporten fra 2018 opsummerede, at 4-6%, afhængigt af køn og alder, oplevede at være blevet mobbet mindst et par gange om måneden (se figur 4.2.4). Samtidigt viste besvarelsene, at 1-5% af de 11-, 13- og 15-årige havde mobbet andre mindst et par gange om måneden (35).

En undersøgelse fra Børnerådet i 2012/2013 blandt børn og unge i Roskilde Kommune om folkeskoleoplevelsers betydning for valg af ungdomsuddannelse, viste, at unge, der ofte var blevet mobbet i folkeskolen, i højere grad fortsatte deres skolegang på produktionskoler (24%) og erhvervsuddannelser (18%) end på gymnasiale uddannelser (7%) (n= 4.477) (56).

Undersøgelsen: Når det er svært at være ung i DK - Unges trivsel og mistrivsel i tal (se appendiks 1) fandt, at halvdelen af de unge havde erfaringer med at blive mobbet i løbet af deres skoletid. 32% af de unge angav, at de af og til var blevet mobbet, mens 18,8% svarede, at de ofte havde været udsat for mobning under deres skoletid (57).

Digital mobning

Tre større danske undersøgelser har spurgt ind til forekomsten af digital mobning blandt børn og unge.

I Skolebørnsundersøgelsen var mobning på internettet opdelt i to kategorier; om de selv var blevet mobbet på internettet, og om de havde mobbet andre på internettet inden for de seneste par måneder. Et eksempel på mobning på internettet kunne være at få ubehagelige beskeder eller få delt pinlige billeder på internettet uden tilladelse. Resultaterne fra den seneste undersøgelse fra 2018 viste, at hver tiende 11-årige skoleelev og lidt mindre end hver tiende 15-årige skoleelev var blevet mobbet

på internettet inden for de seneste par måneder. 4-11% af eleverne havde mobbet andre på internettet, og forekomsten var størst hos de 13- og 15-årige drenge, hvor hver tiende angav at have mobbet andre inden for den seneste måned (35).

Ifølge panelundersøgelsen Børn og Unge i Danmark – Velfærd og trivsel fra 2017 (se appendiks 1) blandt 3-19-årige (n=7.697) oplevede henholdsvis 5% af de 11-årige og 13-14% af 15- og 19-årige at være blevet mobbet på de sociale medier eller via mobiltelefon mindst en gang (29).

Endelig har en undersøgelse blandt elever i 9. klasse i Børnerådets Børne- ungepanel fra 2017 (n=1.390) vist, at 16% af unge i 9. klasse var blevet mobbet på internettet inden for det seneste år. Ydermere havde 15% mobbet andre på internettet inden for det seneste år (58).

4.2.4 Alder og køn

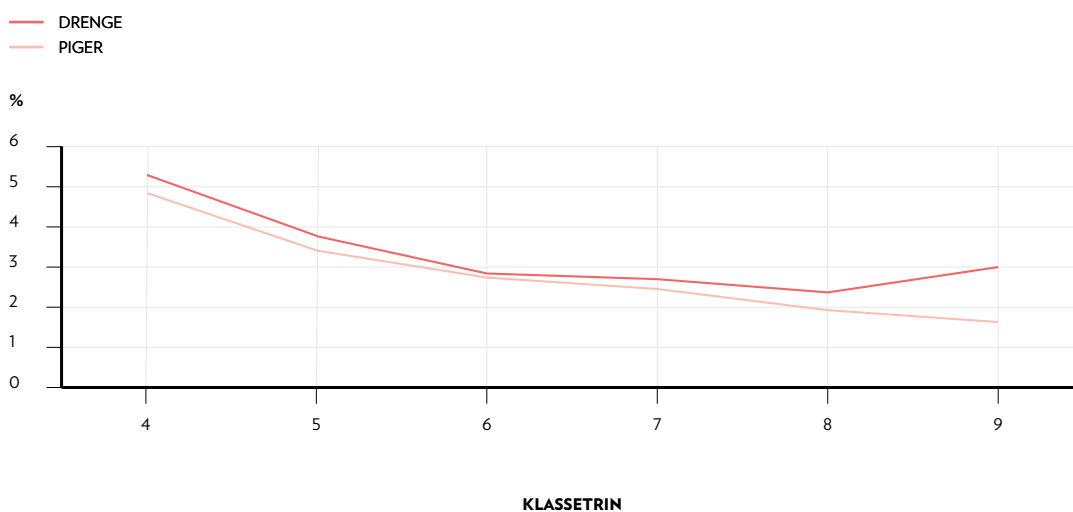
Direkte mobning i skolen

Ifølge Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling var der ikke nævneværdige forskelle mellem drenge og piger, der oplevede at være blevet mobbet tit eller meget tit i 2018 (se figur 4.2.1). Der var dog små forskelle for 9. klasserne, hvor 3% af drengene og ca. 1,5% af pigerne angav, at de var blevet mobbet tit eller meget tit. Der var et fald i forekomsten af mobningen fra 4. til 9. klasse fra omkring 5% til ca. 2%. For drengene sås dog en lille stigning igen fra 8. til 9. klasse.

I forhold til udøvelse af mobning var der i Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling fra 2018 flere drenge end piger, der havde mobbet andre inden for det seneste skoleår: Knap 2% for drengene og 0,5% for pigerne (se figur 4.2.2). Der var desuden en stigning i andelen, der udøvede mobning blandt drengene fra 5. klasse til 9. klasse fra lidt over 1% til 3,5% (se figur 4.2.3).

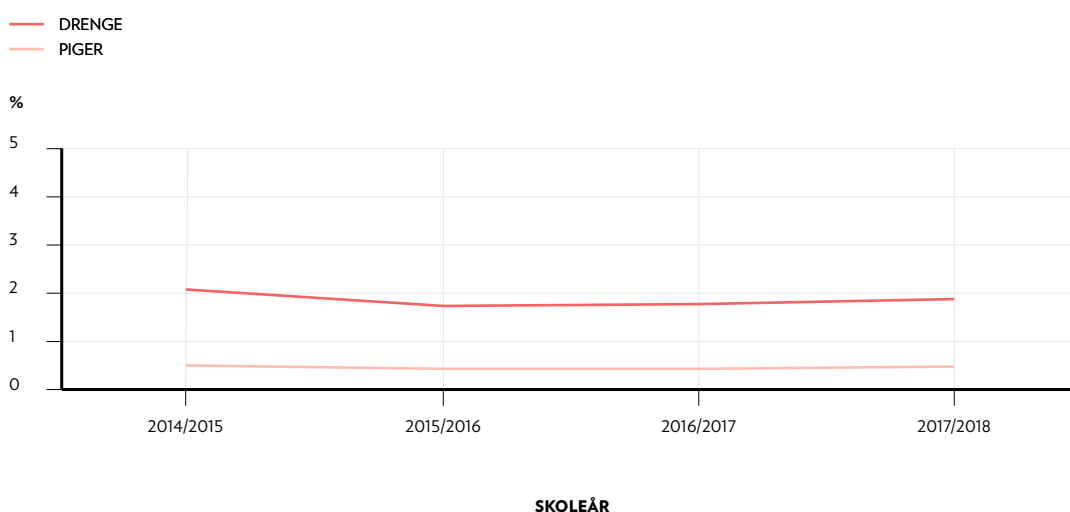
→ FIGUR 4.2.1

Andel af elever i 4.-9. klasse, der tit eller meget tit er blevet mobbet fordelt på klassetrin og køn (%), Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling 2018 (34).



→ FIGUR 4.2.2

Andel af elever i 4-9.-klasse, der tit eller meget tit har mobbet andre fordelt på skoleår og køn (%), Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling 2018 (34).



Af den seneste Skolebørnsundersøgelse fra 2018 fremgik det, at 5% af 11-årige drenge, 4% af 13-årige drenge og 5% af 15-årige drenge var blevet mobbet mindst et par gange om måneden. Blandt pigerne var det 6% af 11-årige, 6% af 13-årige og 4% af 15-årige, der var blevet mobbet mindst et par gange om måneden (se **figur 4.2.4**) (35). Skolebørnsundersøgelsen fandt dermed ligesom Undervisningsministeriets Nationale trivselsmåling ingen væsentlige kønsforskelle i andelen af skoleelever, der oplever at blive mobbet. Yderligere fremgår det af **figur 4.2.5**, at 3% af de 11- og 13-årige drenge og 5% af de 15-årige drenge havde mobbet andre mindst et par gange om måneden. For pigerne gjaldt dette for 1% i alle tre aldersgrupper. Dette viser, at flere drenge end piger har deltaget i mobning af andre (35) (se **figur 4.2.2**).

Forekomsten af mobning fordelt på alder er også blevet undersøgt i undersøgelsen Børn og Unge i Danmark – Velfærd og trivsel 2018 (se appendiks 1).

Her fandt man, at andelen, der havde oplevet mobning i det sidste halvår af 2017, var markant større i starten af skoletiden, altså som 7-årig (19%), end blandt 11- og 15-årige (9-10%) (29) (se **figur 4.2.6**).

Undersøgelsen: Når det er svært at være ung i DK - Unges trivsel og mistrivsel i tal fandt, at lidt flere unge kvinder (19,8%) end unge mænd (17,9%) ofte var blevet mobbet. Samtidig angav lidt flere unge kvinder (50,6%) end unge mænd (47,9%), at de aldrig var blevet mobbet (57).

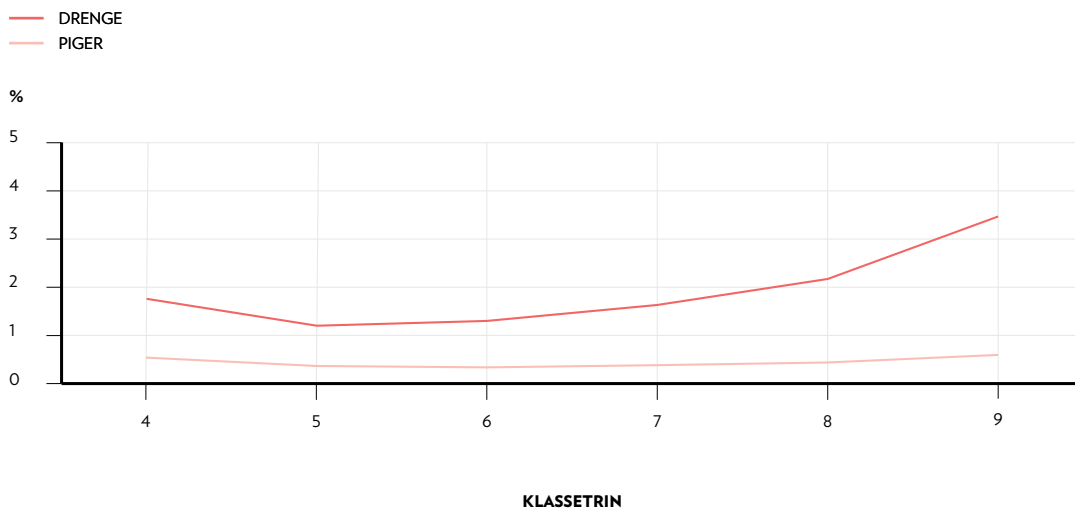
Digital mobning

Ifølge Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 havde lidt flere piger end drenge oplevet at blive mobbet på internettet inden for de seneste par måneder (35) (se **figur 4.2.7**).

Ydermere sås af Skolebørnsundersøgelsen fra 2018, at en større andel af drenge end piger angav at have mobbet andre på internettet (se **figur**

→ **FIGUR 4.2.3**

Andel af elever i 4.-9. klasse, der tit eller meget tit har mobbet andre fordelt på klassetrin og køn (%), Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling 2018 (34).



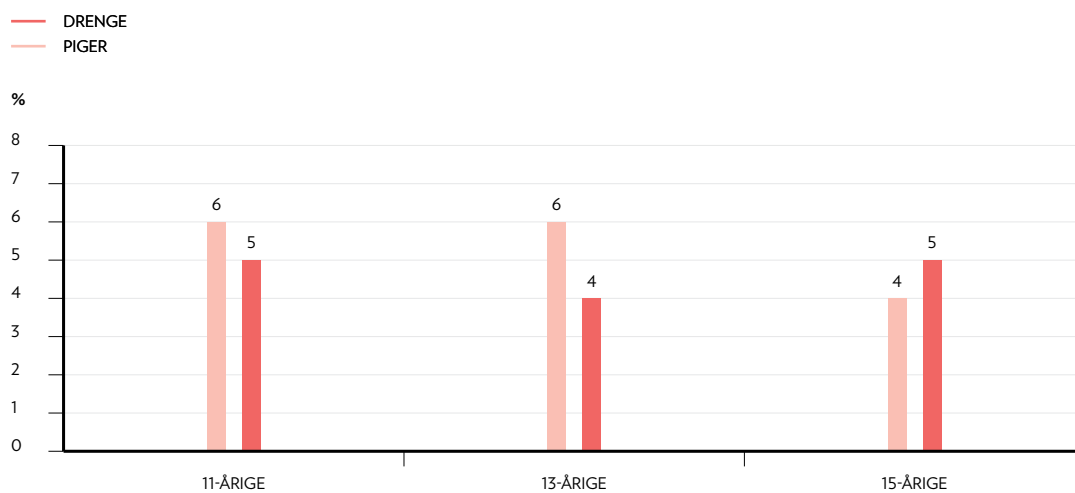
4.2.8). Blandt drengene blev andelen større med stigende alder, og det var således hver tiende 13- og 15-årig dreng, som i 2018 havde mobbet andre på internettet inden for de seneste par måneder (se **figur 4.2.8**) (35).

13% af de 15-årige og 15% af de 19-årige angav, at de havde oplevet at blive mobbet på de sociale medier (29).

Panelundersøgelsen Børn og Unge i Danmark – Velfærd og trivsel 2018 fandt i lighed med Skolebørnsundersøgelsen fra 2018, at digital mobning hyppigere rammer pigerne end drengene. Blandt hele gruppen af de 11-19-årige udtrykte dobbelt så mange piger/unge kvinder (14%) som drenge/unge mænd (7%), at de var blevet mobbet på de sociale medier. Blandt 19-årige unge kvinder angav 21%, at de mindst én gang havde oplevet mobning på de sociale medier mod 8% af 19-årige unge mænd. Hos 15-årige var det 18% af pigerne og 8% af drengene, der var blevet mobbet på de sociale medier. Aldersmæssigt var der også en forskel, og mobning på de sociale medier forekom mere hyppigt hos de ældre unge. I alt 5% af de 11-årige,

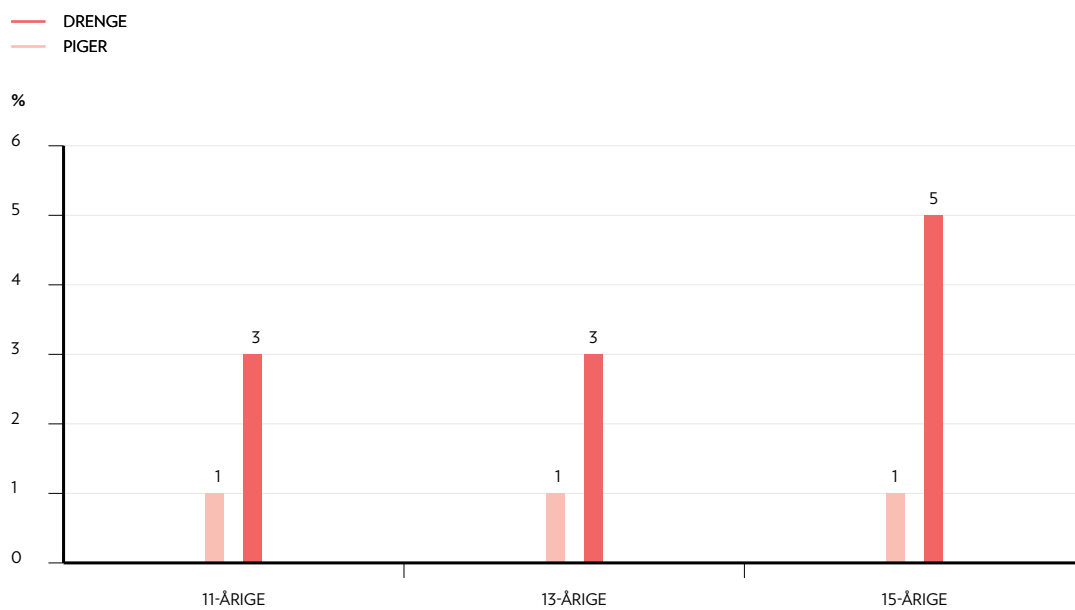
→ **FIGUR 4.2.4**

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som er blevet mobbet mindst et par gange om måneden (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (35).



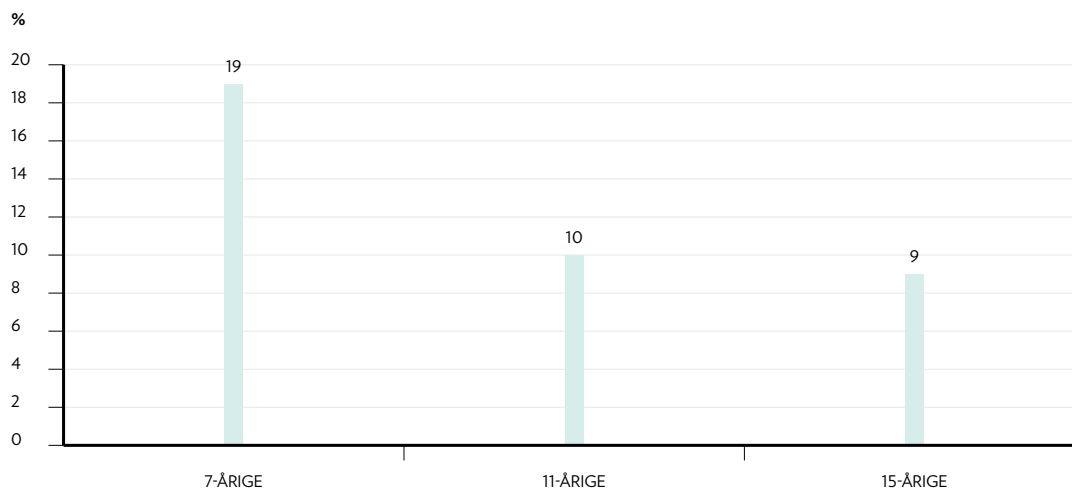
→ **FIGUR 4.2.5**

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som har mobbet andre mindst et par gange om måneden (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (35).



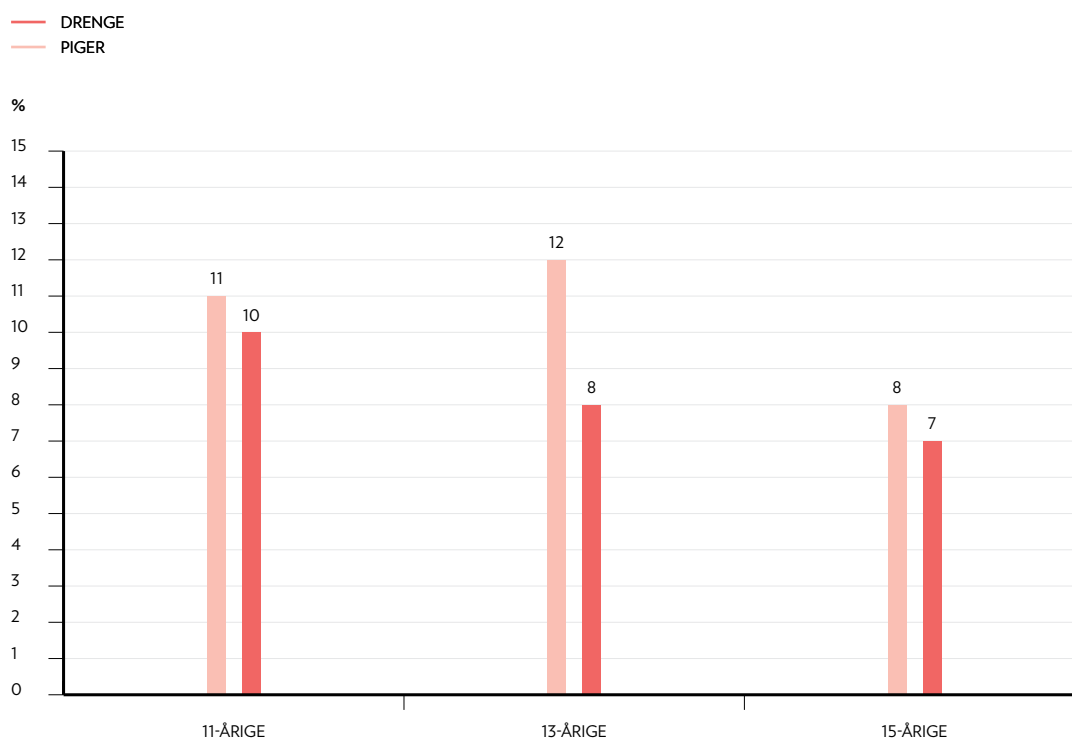
→ FIGUR 4.2.6

Andel af 11- og 15-årige, som er blevet mobbet i det sidste halvår af 2017 (%), Børn og unge i Danmark -Velfærd og trivsel 2018 (29).



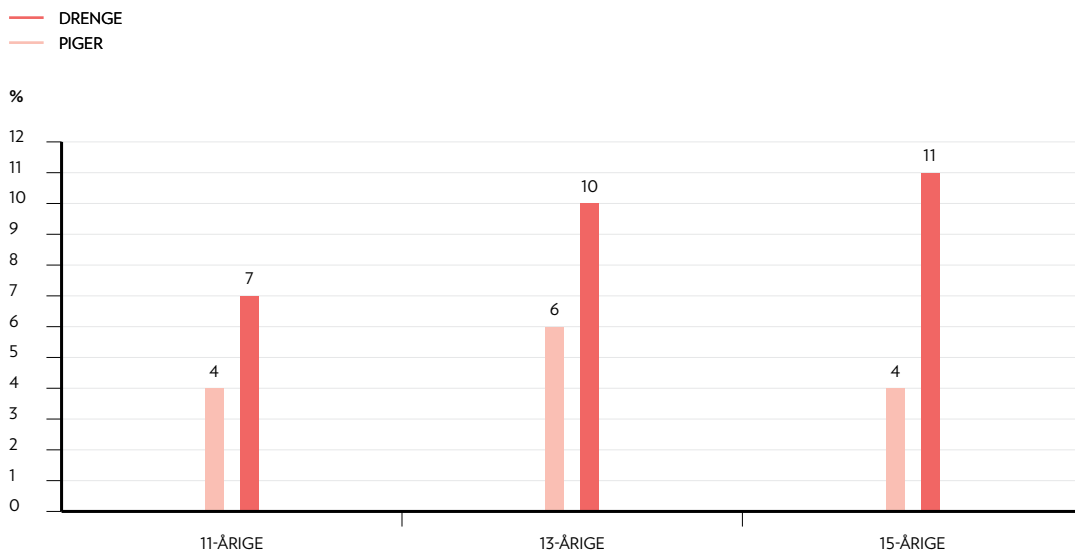
→ FIGUR 4.2.7

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som har oplevet at blive mobbet på internettet inden for de seneste par måneder (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (35).



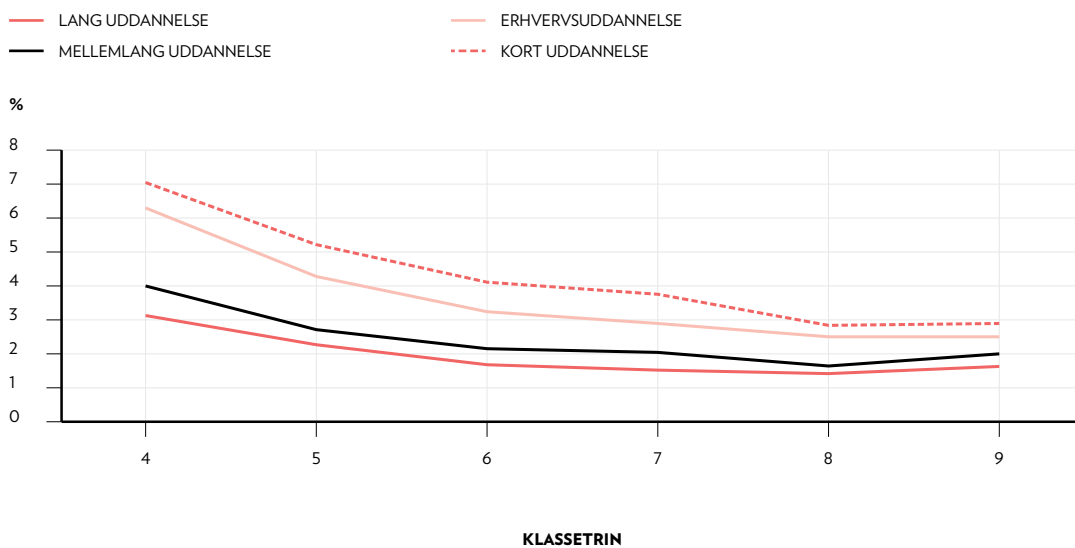
→ FIGUR 4.2.8

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, der havde mobbet andre på internettet inden for de seneste par måneder (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (35).



→ FIGUR 4.2.9

Andel af 4.-9.-klassens elever, der tit eller meget tit har oplevet at blive mobbet fordelt på forældrenes uddannelsesniveau og klassetrin (%), Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling 2018 (34).



4.2.5 Socioøkonomi

Direkte mobning i skolen

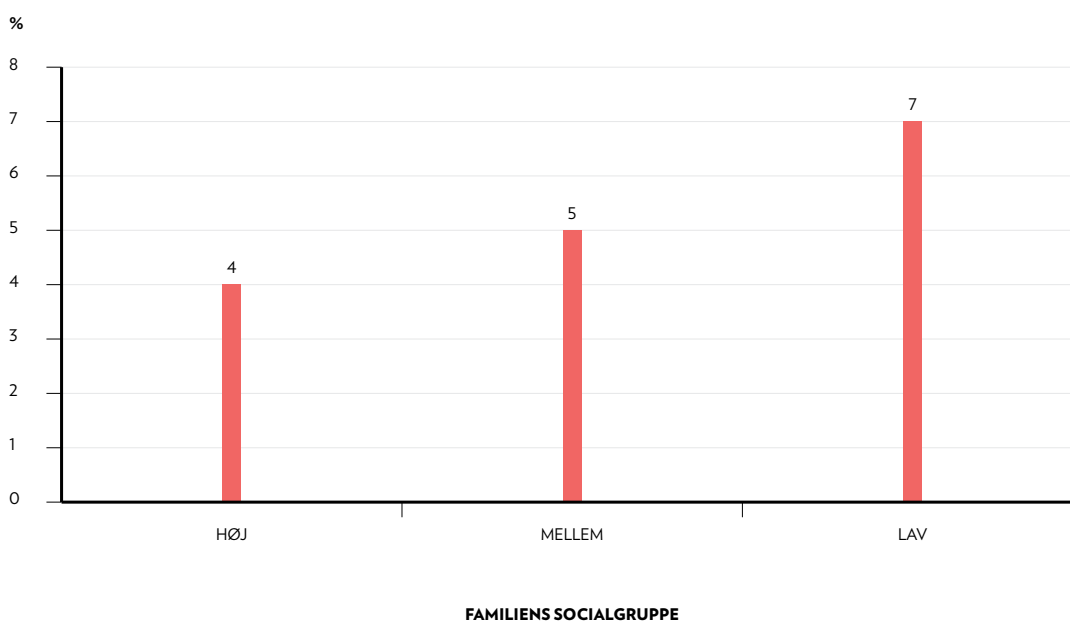
Af Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling fra 2018 fremgik det, at børn og unge med højtuddannede forældre i mindre grad blev mobbet end børn og unge med forældre med en kortere uddannelse. Dette var mest tydeligt blandt børn i 4.-5. klasse i folkeskolen. I udskolingen var tendensen mindre tydelig (se **figur 4.2.9**). Børn og unge med forældre med en kort uddannelse udgjorde samtidigt en højere andel af de børn og unge, der mobbede, end børn og unge med forældre med en længerevarende uddannelse. Af den seneste Skolebørnsundersøgelse fra 2018 fremgik det, at en større andel af børn og unge med forældre i den lave socialgruppe (7%) blev mobbet sammenlignet med børn og unge med

forældre i den høje socialgruppe (4%) (35) (se **figur 4.2.10**).

I undersøgelsen Børn og Unge i Danmark – Velfærd og trivsel 2018 fremgik også forskelle i forældres uddannelse, beskæftigelse og mobning blandt 3-15-årige. Undersøgelsen viste, at børn og unge med forældre, som kun havde en grundskoleuddannelse, blev mobbet mere (22%) end de børn og unge, hvis forældre havde en erhvervsfaglig uddannelse (14%) eller en lang videregående uddannelse (8%). Ligeledes sås, at børn og unge med forældre, hvor kun den ene forælder var i beskæftigelse (17%) eller, hvor ingen af forældrene var i beskæftigelse (19%), blev mobbet mere end de børn og unge, hvor begge forældre var i beskæftigelse (10%) (29) (se **figur 4.2.11**).

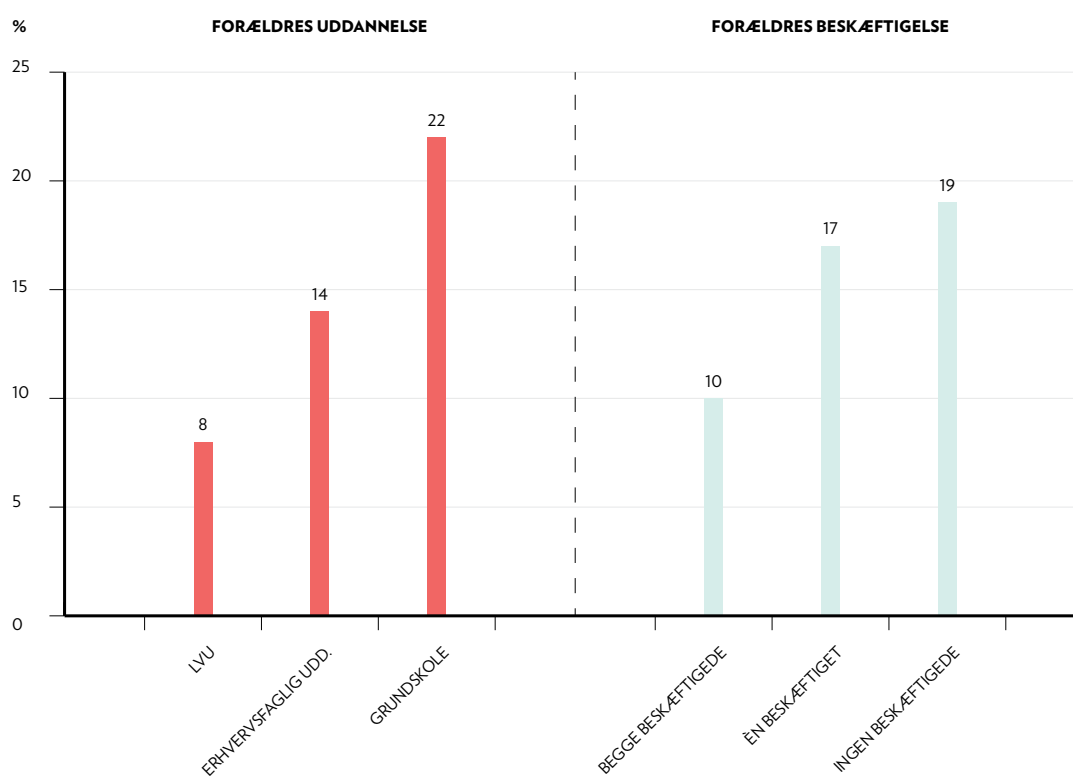
→ FIGUR 4.2.10

Andel af 11-15-årige folkeskoleelever, som er blevet mobbet mindst et par gange om måneden fordelt på familiens socialgruppe (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (35).



→ **FIGUR 4.2.11**

Andel af 3-15-årige, der bliver mobbet opdelt efter forældres uddannelse og beskæftigelse (%), Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel 2018 (29).



Digital mobning

Ifølge Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 var der flere børn og unge med forældre i den lave socialgruppe (12%) end i den høje socialgruppe (8%), der blev mobbet digitalt inden for de seneste par måneder (35) (se **figur 4.2.12**).

I forhold til de børn og unge, som mobber andre på internettet inden for de seneste par måneder, var der i seneste Skolebørnsundersøgelse til gengæld ingen sociale forskelle (35).

4.2.6 Udvikling over tid

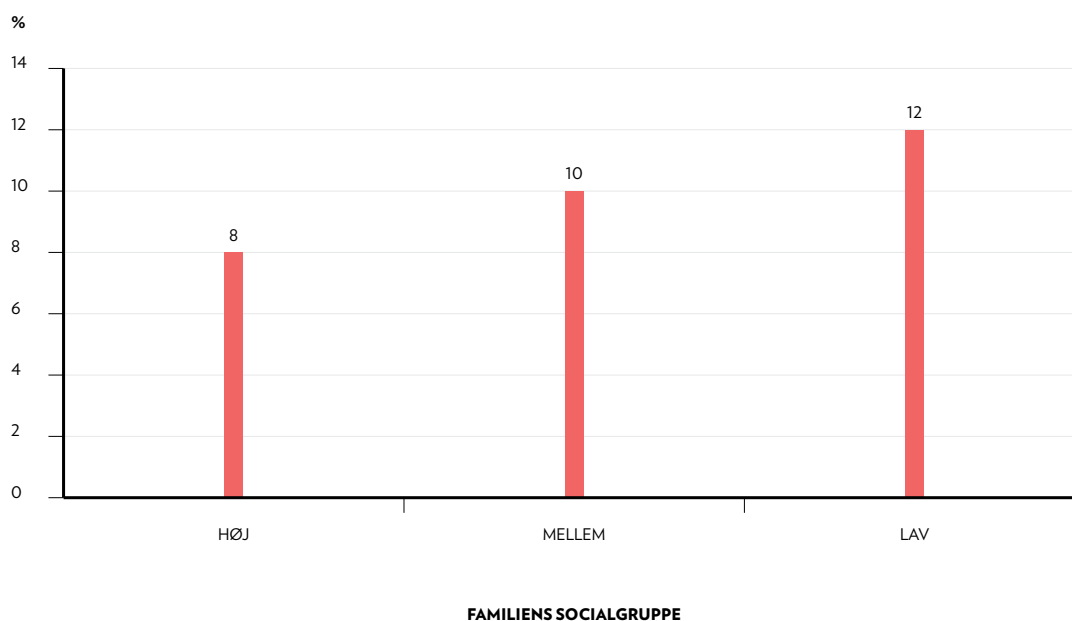
Direkte mobning i skolen

Ifølge Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling har der været et lille fald i andelen af børn og unge, der er blevet mobbet over de seneste fire skoleår; fra ca. 3,8% i skoleåret 2014/2015 til ca. 3% i skoleåret 2017/2018 (se **figur 4.2.13**). I samme periode var der ikke store forskelle i andelen af børn og unge i 4.-9. klasse, der havde mobbet andre (34).

Ifølge Skolebørnsundersøgelsen er der fra 1998 og frem til i dag sket et tydeligt fald i andelen af

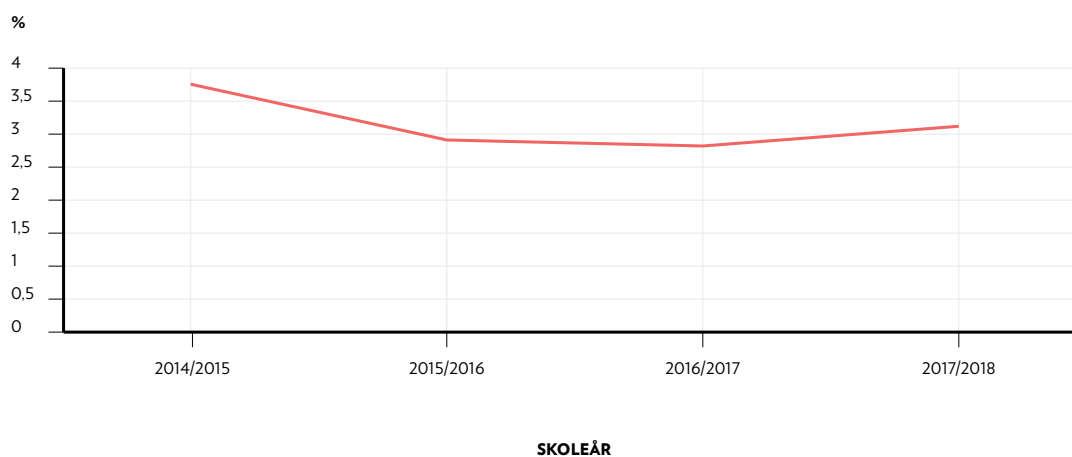
→ **FIGUR 4.2.12**

Andel af 11-15-årige folkeskoleelever, som er blevet mobbet på internettet inden for de seneste par måneder, fordelt på familiens socialgruppe (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (35).



→ **FIGUR 4.2.13**

Andel af 4.-9.-klassens elever, der er blevet mobbet fordelt på skoleår (%), Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling 2014-2018 (34).



11-15-årige skoleelever, som er blevet mobbet. Der har især været et fald i andelen af 11-årige drenge, som var blevet mobbet, fra 33% til 5% (35) (se **figur 4.2.14**).

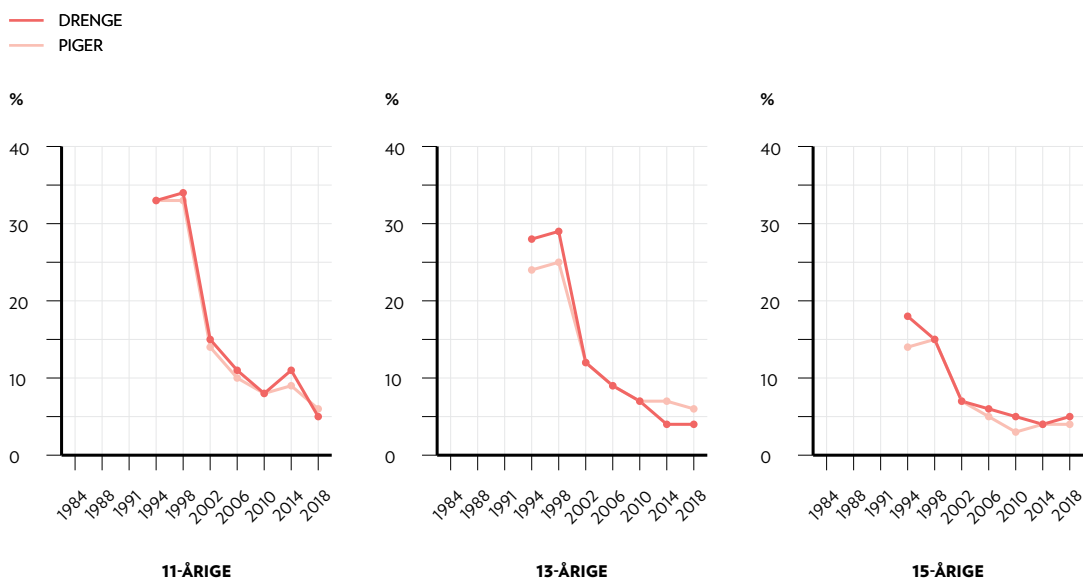
I Skolebørnsundersøgelsen blev der også fra 1998 til 2002 registreret et markant fald i andelen af børn og unge, som havde mobbet andre (se **figur 4.2.14**). Som det fremgår, var det i 1990'erne næsten hver anden af de 13- og 15-årige drenge, der deltog i mobning, mens det i 2018 gjaldt for 1-5%. Siden 2010 er udviklingen dog stagneret blandt de 15-årige drenge (se **figur 4.2.15**) (35).

Digital mobning

Der findes indtil videre ingen opgørelser af, hvordan forekomsten af digital mobning har udviklet sig over tid blandt danske børn og unge.

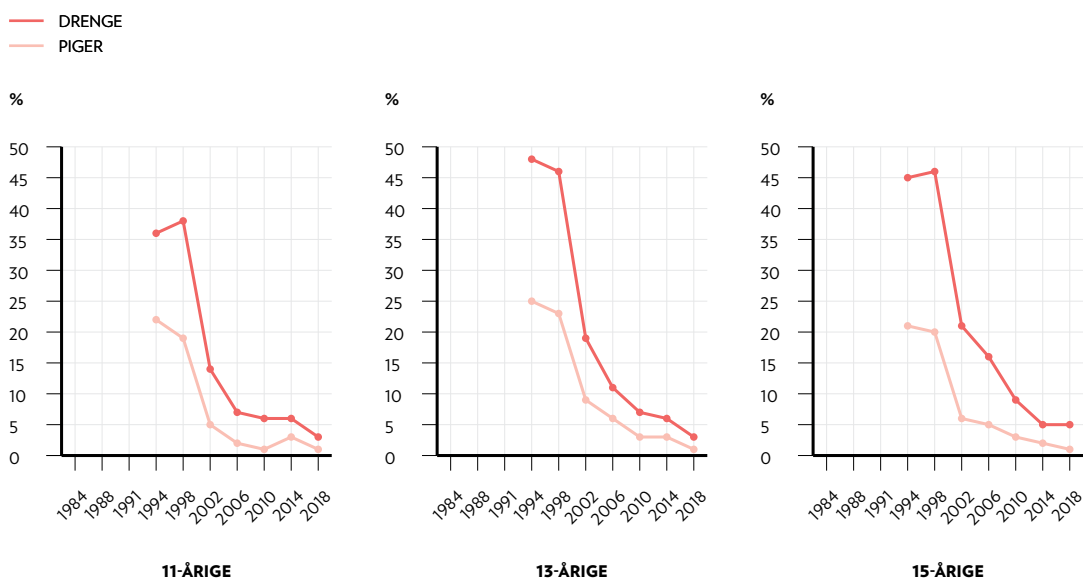
→ FIGUR 4.2.14

Andel af 11-, 13- og 15-årige folkeskoleelever, som er blevet mobbet mindst et par gange om måneden (%) fordelt på køn og årstal, Skolebørnsundersøgelsen 1984 til 2018 (35).



→ FIGUR 4.2.15

Andel af 11-, 13- og 15-årige folkeskoleelever, som har mobbet andre mindst et par gange om måneden (%) fordelt på køn og årstal, Skolebørnsundersøgelsen 1984-2018 (35).



4.3 SKOLEFRAVÆR

Dette afsnit omhandler udbredelsen i skolefravær fordelt på køn og alder, socioøkonomiske forhold samt udviklingen over tid.

4.3.1 Sammenfatning

Skolefravær henviser til det, at et barn ikke møder frem til skole og deltager i undervisningen. Et højt fravær kan være bekymrende, da det kan skyldes trivselsproblemer eller være med til at skabe dem. **Forekomst:** Skolefraværet ligger samlet for folkeskoleelever på 5,8% (3% grundet sygdom, 1,8% grundet ekstraordinær frihed og 1% grundet ulovligt fravær). Det gennemsnitlige skolefravær dækker over en stor spredning, således at 25,6% af eleverne med fravær har et lavt fravær på under 2%, men ca. 14,2% af eleverne har et fravær på

mere end 10%. Det er op til de enkelte skoler at definere disse fraværskategorier nærmere, og der er store lokale variationer i, hvordan fraværet registreres og kategoriseres. **Køn og alder:** Fraværet øges med stigende alder, mens der ikke ses kønsforskelle af betydning. **Socioøkonomi:** Der er sammenhæng mellem forældrenes uddannelsesniveau og fraværet, således at fraværet er lavere jo højere uddannelsesniveaet er hos forældrene. **Udvikling over tid:** Fraværsprocenten har ligget stabilt gennem de seneste fem år for ulovligt fravær og sygefravær. I perioden 2011-2015 sås et mindre fald i fraværsprocenten svarende til 1-2%.

4.3.2 Indledning

Fravær i folkeskolen har betydning for, hvor meget børn og unge lærer, og om de får en ungdomsuddannelse. Analyser fra Undervisningsministeriet

viser, at jo mere fravær eleven har, jo lavere er elevens karaktergennemsnit (59). Blandt de elever, der forlod folkeskolen i skoleåret 2011/2012, fik elever med under 2% fravær i 9. klasse 7,3 i gennemsnit ved de bundne prøver, mens elever med 10% eller mere fravær fik en gennemsnitskarakter på 4,8. Fraværet hænger også sammen med, om eleven starter på en ungdomsuddannelse, og om eleven dropper ud af denne. 90-97% af de elever, der havde mindre end 10% fravær i 9. klasse i 2011/2012, startede på en ungdomsuddannelse, mens det kun var tilfældet for 69% af de elever, der havde mere end 10% fravær. Og blandt elever med mere end 10% fravær i 9. klasse, som alligevel startede på en ungdomsuddannelse, droppede 16% ud af ungdomsuddannelsen inden for det første år. Det tilsvarende tal for elever med mindre end 10% fravær i 9. klasse lå på 4-7%. En anden analyse fra 2016 af sammenhængen mellem fravær og målingen af trivsel i Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling i folkeskolen viste, at jo lavere faglig og social trivsel eleverne angav at have, jo mere fravær havde de (60). International forskning viser, at skolefravær er en risikofaktor i forhold til øget frafald senere i uddannelsessystemet, som igen er en risikofaktor for sociale, økonomiske og psykiatriske problematikker i voksenlivet (61).

Skolefravær kan opdeles i to kategorier; lovligt fravær (sygefravær og fravær med skolelederens tilladelse (ekstraordinær frihed)) og ulovligt fravær. Ifølge Bekendtgørelse om elevers fravær fra undervisningen i folkeskolen (62), som for nylig er blevet revideret, skal skolelederen sikre, at elevers fravær registreres dagligt ved skoledagens begyndelse. Som noget nyt skal fraværet for elever i 7.-10. klasse desuden registreres dagligt ved skoledagens afslutning. Den enkelte elevs fravær skal registreres elektronisk, og fraværregistreringerne skal være tilgængelige for kommunalbestyrelsen. Der skal angives én af følgende tre grunde til fraværet:

1. fravær grundet sygdom, funktionsnedsættelse eller lignende, dvs. når en elev på grund af smittefare eller af hensyn til elevens sundhed eller velfærd ikke kan møde frem til undervisningen,
2. fravær i form af ekstraordinær frihed (fravær med skolelederens tilladelse på grund af rejser og lignende) og
3. ulovligt fravær (fravær uden skolelederens tilladelse).

Det er op til de enkelte skoler at definere disse fraværskategorier nærmere, og der er store lokale variationer i, hvordan fraværet registreres og kategoriseres. Om fravær registreres som sygefravær, bestemmes hovedsageligt af, om forældrene har sygemeldt barnet. En sygemelding kan imidlertid dække over mange andre forhold end egentlig sygdom, som fx angst- eller stressrelateret hovedpine eller mavepine, at barnet eller den unge af forskellige grunde modsætter sig at komme i skole, eller at der er forhold på skolen, som gør, at barnet eller den unge ikke trives og derfor ikke kommer afsted. Fravær registreres som ulovligt, hvis forældrene ikke har meldt barnet eller den unge fraværende på grund af sygdom eller fået skolelederens tilladelse til fraværet. En manglende sygemelding kan således skyldes en forglemmelse fra forældrenes side. Hvis forældrenes sygemelding af barnet er forsinket, og fraværet allerede er registreret som ulovligt, kan der blive tale om, at fraværet skal omregistreres, hvilket muligvis ikke sker. De nye regler for bortfald af børnechecken, hvis børn har mere end 15% ulovligt fravær i et kvartal, vil muligvis også have indflydelse på, hvorledes fraværet registreres, da typen af registrering har alvorlige konsekvenser for forældrene og dermed for samarbejdsrelationen til skolen.

Hvilke typer fravær, der registreres som lovligt fravær, varierer meget fra skole til skole. På nogle skoler er det sædvane at tillade fravær, for ek-

sempel ved skiferier i skoletiden, mens andre skoler ikke tillader denne type fravær. Det varierer også, i hvilken udstrækning og på hvilken måde fraværet bliver registreret. Det er et krav, at skolerne dagligt registrerer fravær elektronisk, mens det vedtages lokalt, hvornår registreringen skal finde sted, herunder om der registreres på dags- eller timebasis. En undersøgelse fra 2018 bekræfter, at der både på tværs af kommuner og skoler er stor forskel på, hvordan lovligt og ulovligt fravær defineres, og at alt fravær ikke nødvendigvis registreres (63).

I dette afsnit har vi valgt at fokusere på registreringer af ulovligt fravær og sygefravær, da begge er forbundet med forskellige mål for mentale helbredsproblemer. Børn og unge med fravær med skolelederens tilladelse ligner børn og unge uden eller med meget lidt fravær.

4.3.3 Forekomst

I skoleåret 2018/2019 lå det samlede fravær for folkeskolens elever på 5,8% ifølge Undervisningsministeriets statistik om elevfravær i Folkeskolen. Det svarer til ca. én dag om måneden eller 11,5 dages fravær i løbet af skoleåret. Det gennemsnitlige skolefravær dækker over en stor spredning mellem eleverne. Således havde 25,6% af eleverne et lavt fravær på 0-2% i 2018/2019, mens 14,2% af eleverne havde et fravær på mere end 10%. For elever på specialskoler var det gennemsnitlige fravær noget højere, nemlig 8,9%, svarende til ca. 18 fraværsdage i løbet af et skoleår (64). Fordelt på fraværskategorier udgjorde sygefraværet 3,1%, lovligt fravær 1,8% og ulovligt fravær 1%.

4.3.4 Alder og køn

Fraværet er jævnt stigende med stigende alder. Således har elever i indskoling 5,1% fravær, på mellemtrinnet 5,8%, i udskoling 6,8% og i 10.

klasse 7,8% fravær. Stigningen skyldes i høj grad, at ældre børn har mere ulovligt fravær, fra 0,5% i indskoling til 2,5% i 10. klasse. Drengene og pigerne har i gennemsnit lige meget fravær.

4.3.5 Socioøkonomi

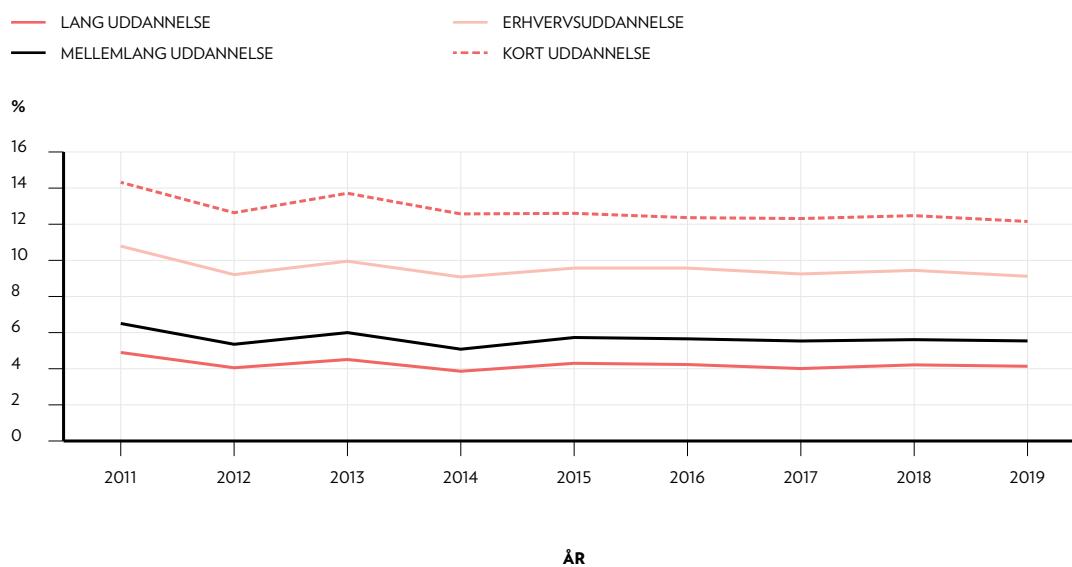
En sammenholdning af data fra fraværsregisteret med data om forældres højeste uddannelsesniveau har vist, at forældres uddannelsesniveau har stor betydning for forekomsten af ulovligt fravær og sygefravær blandt børn og unge. Således havde børn og unge med forældre med lang videregående uddannelse og mellemlang uddannelse i 2019 samlet henholdsvis 4% og 6% ulovligt fravær og sygefravær, mens børn og unge med forældre med kort uddannelse og erhvervsuddannelse havde henholdsvis 9% og 12%. Denne tendens fremgår tydeligt fra 2011 til 2019 (se **figur 4.3.1**). Af **figur 4.3.2** ses det desuden, at forekomsten af ulovligt fravær og sygefravær samlet blandt 0.-9.-klassens elever i 2019 steg med stigende alder for alle fire kategorier af forældres uddannelsesniveau, men igen var fraværet højest i den laveste uddannelseskategori på alle klassetrin (34).

4.3.6 Udvikling over tid

Ifølge analyser af skoleelevers fravær og forældres uddannelse har forekomsten af ulovligt fravær og sygefravær været nogenlunde stabil i perioden 2015-2018 uanset forældrenes uddannelse. I perioden 2011-2014 sås et mindre fald for alle fire uddannelseskategorier blandt forældrene (se **figur 4.3.1**). Eksempelvis havde børn og unge med forældre med en lang videregående uddannelse en fraværprocent på ca. 5% i 2011, mens den i 2019 var ca. 4%. Samme tendens sås for mellemlang uddannelse, erhvervsuddannelse og kort uddannelse, som henholdsvis havde et procentdelsfald fra ca. 7% til 6%, 11% til 9% og 14% til 12% (se **figur 4.3.1**).

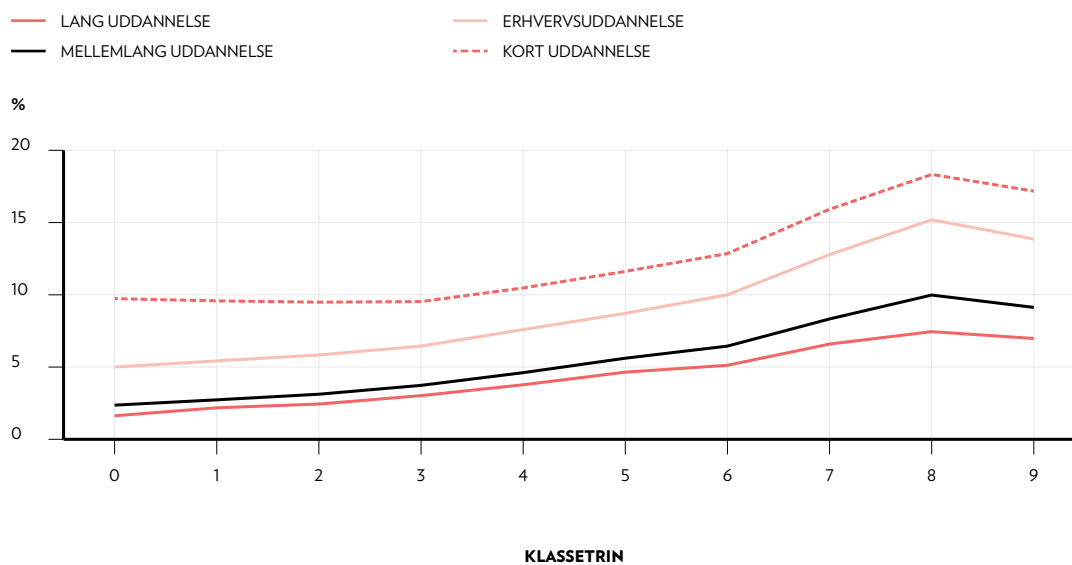
→ **FIGUR 4.3.1**

Andel med ulovligt fravær og sygefravær samlet fordelt på skoleår og højst uddannede forældres uddannelsesniveau (%), Fraværsregisteret 2011-2019 (34).



→ **FIGUR 4.3.2**

Andel med ulovligt fravær og sygefravær samlet fordelt på 0.-9. klassetrin og højst uddannede forældres uddannelsesniveau (%), Fraværsregisteret 2011-2019 (34).



4.4 USPECIFIKKE FYSISKE SYMPTOMER (MAVEPINE OG HOVEDPINE)

Dette afsnit beskriver forekomsten af uspecifikke fysiske symptomer som mavepine og hovedpine hos børn og unge. Afsnittet omfatter børn og unges selvrapportering af mavepine og hovedpine fordelt på køn og alder, socioøkonomiske forhold samt udviklingen over tid.

4.4.1 Sammenfatning

Uspecifikke fysiske symptomer henviser til fysiske symptomer, som ikke kan forklares ved en veldefineret fysisk sygdom. I dette afsnit sætter vi fokus på to sådanne symptomer: mavepine og hovedpine.

Forekomst: Der er stor forskel på forekomsten af mavepine og hovedpine hos børn og unge i de forskellige undersøgelser, og der kan derfor ikke konkluderes noget samlet om forekomsten af disse to symptomer. Den nyeste undersøgelse blandt folkeskoleelever viser fx, at ca. 8% har mavepine og ca. 17% har hovedpine tit eller meget tid. Blandt elever på ungdomsuddannelser har man senest fundet, at afhængigt af køn og uddannelsesretning har 1-5% næsten dagligt mavepine og 2-14% har næsten dagligt hovedpine. **Køn og alder:** Forekomsten af hovedpine er næsten dobbelt så høj hos pigerne som hos drengene i alle undersøgelser og lidt højere blandt de ældste aldersgrupper. Forekomsten af mavepine er også næsten dobbelt så udbredt blandt piger som blandt drenge, men her er der ingen tydelige aldersforskelle. **Socioøkonomi:** Både mavepine og hovedpine er hyppigere hos børn og unge med forældre, som har kort uddannelse og er fra lavere socialgrupper end blandt børn og unge med forældre, der har en lang uddannelse og høj socialgruppe. **Udvikling over tid:** Siden 1980'erne har forekomsten af mavepine ligget ret stabilt med undtagelse af enkelte udsving, dog med en stigning blandt 15-årige piger siden 2010.

Forekomsten af hovedpine har ligeledes, trods visse udsving, ligget ret stabilt siden 1980'erne, dog med en stigning blandt pigerne siden 2010.

4.4.2 Indledning

Hos børn og unge såvel som hos voksne kan belastninger og udfordringer være knyttet til fysiske symptomer eller klager, ofte i form af smerter, som ikke kan forklares ved en veldefineret fysisk sygdom, men i stedet betragtes som udtryk for kropsligt stress. Eksempler på disse er hovedpine og mavepine. Hovedpine og mavepine er relevante symptomer at inddrage, fordi sådanne smerter er forbundet med eller er prædiktive for mentale helbredsproblemer. Man har således fundet, at hyppig forekomst af hovedpine blandt børn og unge er forbundet med en række mentale helbredsproblemer såsom angst, depressive symptomer, adfærdsproblemer, nedsat psykologisk funktion, søvnproblemer og stress (65-70), mens gentagen mavepine er prædiktiv for søvnproblemer, depressive symptomer, ringe livstilfredshed og psykiatrisk sygdom (71-75).

Det er normalt for børn og unge at have hovedpine eller mavepine i perioder, men optræder de hyppigt og i en sådan grad, at de påvirker barnets daglige aktiviteter, kan de påvirke barnets trivsel. Der kan være tale om symptomer, som ikke kan forklares tilstrækkeligt med en veldefineret fysisk sygdom (på engelsk kaldet 'medically unexplained symptoms'), og i denne rapport omtaler vi dem derfor som 'uspecifikke fysiske symptomer' (76-78). Inden for sundhedsvæsenet anvendes forskellige begreber for disse. Tidligere var udtrykket psykosomatiske symptomer særligt udbredt, men det erstattes i stigende grad af betegnelsen funktionelle symptomer. I alvorlige tilfælde kan symptomerne fylde meget i hverdagen, føre til bekymring hos forældrene og til gentagne lægebesøg og

undersøgelser for diverse medicinske sygdomme og dermed påvirke et barns fysiske, psykiske og sociale udvikling (79). Symptomerne kan i yderste tilfælde føre til, at man taler om egentlige funktionelle lidelser, hvor personen er bekymret og belastet som følge af uforklarede fysiske symptomer i en grad og over så lang tid, at han/hun vanskeligt kan fungere i dagligdagen. Sundhedsstyrelsen definerer funktionelle lidelser som en samlet betegnelse for en række lidelser, der alle er kendetegnet ved, at personen har et eller flere fysiske symptomer, som påvirker funktionsevne og livskvalitet, og som ofte har et karakteristisk mønster. Et fælles kendetegn for funktionelle lidelser er, at de ikke kan påvises ved blodprøver, røntgenundersøgelser eller andre medicinske tests (80).

Internationale opgørelser viser, at børn/unge med bl.a. funktionelle mavelidelser udgør mere end 50% af patienterne i børne- og ungeklinikker med speciale i undersøgelse og behandling af maveproblemer og mellem 5% og 10% i almene børne- og ungeklinikker (81). En nylig dansk undersøgelse har desuden vist en stigning blandt 11-17-årige unge, som henvises til og undersøges i det sekundære sundhedsvæsen grundet uspecifikke symptomer (n=1.456.049) (82).

Det er vigtigt at fremhæve, at de tal, vi præsenterer i dette afsnit, ikke kan sige noget om udviklingen i funktionelle lidelser, men alene vedrører besvarelser fra børn og unge på spørgsmål om, hvorvidt de oplever henholdsvis mavepine og hovedpine. Svarene kan heller ikke give os noget indtryk af årsagen til disse fysiske symptomer eller af, i hvilket omfang der er tale om funktionelle lidelser. Der er samtidigt heller ingen mulighed for at vurdere, om der er tale om vedvarende symptomer, der påvirker funktionen hos de pågældende børn og unge i dagligdagen.

4.4.3 Forekomst

Mavepine

I Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling (se appendiks 1) fra 2018 havde ca. 8% af eleverne i 4.-6. klasse samt 7.-9. klasse tit eller meget tit ondt i maven (55).

Skolebørnsundersøgelsen (se appendiks 1) fra 2018 viste, at 18-20% af de 11-15-årige piger havde haft mavepine mindst en gang om ugen inden for de seneste seks måneder, mens tallet for drengene var 9-10% (35).

Blandt de lidt ældre unge kan vi finde oplysninger om forekomsten af mavepine i Ungdomsprofilen 2014 samt i UNG19-undersøgelsen for henholdsvis gymnasie- og erhvervsskoleelever (se appendiks 1). Der er ikke spurgt ind til forekomsten af mavepine i Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen. I Ungdomsprofilen 2014 havde ca. 2% på gymnasier og ca. 3% på erhvervsuddannelser mavepine næsten dagligt (39). I UNG 19 undersøgelsen blandt gymnasieelever havde ca. 3% unge kvinder og 1% unge mænd haft mavepine næsten dagligt inden for de seneste seks måneder (36). Blandt erhvervsskoleelever i UNG19 EUD-undersøgelsen var forekomsten højere blandt begge køn. Her havde ca. 5% unge kvinder og 3% unge mænd mavepine næsten hver dag (37).

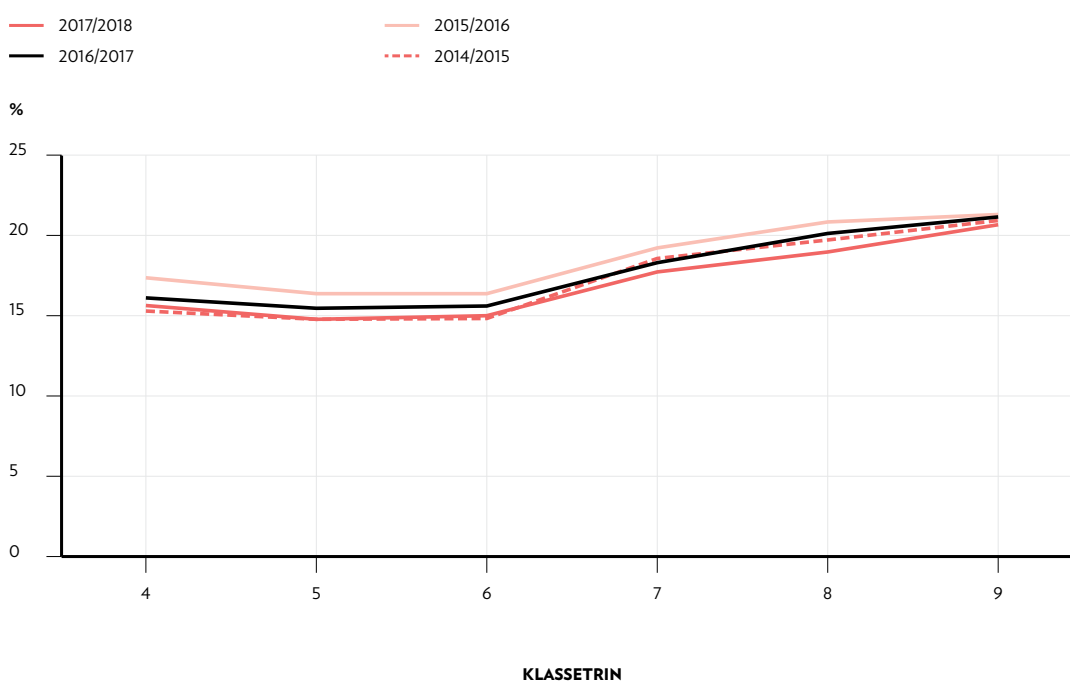
I Region Midtjyllands Sundhedsprofil fra 2010 blandt 16-24-årige (n>7.000) svarede 6% af de unge, at de inden for de seneste 14 dage havde været generet af ondt i maven eller haft oppustet mave (83).

Hovedpine

Analyser af data fra Folkeskolens Trivselsundersøgelse viser, at ca. 17% af eleverne tit eller meget tit havde ondt i hovedet. Fordelingen var på 15% hos

→ FIGUR 4.4.1

Andel af elever i 4.-9. klasse, der tit eller meget tit havde ondt i hovedet fordelt på klassetrin og skoleår, Den Nationale Trivselsmåling 2015-2018 (34).



eleverne i 4.-6. klasse, mens tallet for elever i 7.-9. var omkring 20% (se **figur 4.4.1**) (55).

I Ungdomsprofilen 2014 blev der spurgt ind til forekomsten af næsten daglig hovedpine inden for de seneste seks måneder, hvilket knap 7% af gymnasieeleverne og 6% af erhvervsskoleeleverne svarede ja til (39). I UNG19-undersøgelsen blandt gymnasieelever havde ca. 9% pigerne og 2% drengene haft hovedpine næsten dagligt inden for de seneste seks måneder (36). Blandt erhvervsskoleelever i UNG19 EUD-undersøgelsen var der ca. 14% unge kvinder og 4% unge mænd, der havde haft hovedpine næsten hver dag inden for de seneste seks måneder (37).

I Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen fra 2018 blandt 16-24-årige blev forekomsten af hovedpine også registreret. Her havde henholdsvis 58% kvinder og 33% mænd været meget eller lidt generede af hovedpine inden for de seneste 14 dage (84).

4.4.4 Køn og alder

Mavepine

I Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling fra 2018 var der flere piger end drenge i 7.-9. klasse, der angav at have haft ondt i maven (tit eller meget tit); 10% piger og 6% drenge (34). Blandt drenge faldt forekomsten af mavepine fra 4. klasse (8%) til 6. klasse (6%), hvorefter den forblev konstant på ca. 6% til og med det 9. klassetrin. For

pigerne faldt forekomsten ligeledes fra 4. klasse (11%) til 6. klasse (9%), men endte på 10-12% i de ældre klasser.

I Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 var der ligesom i Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling flere piger end drenge, der havde mavepine. 18-20% af de 11-, 13- og 15-årige piger angav at have mavepine mindst en gang om ugen, mens tallet var 10% blandt de 11-årige og 13-årige drenge og 9% for de 15-årige (35).

Blandt 16-24-årige var der 2% unge mænd og 10% unge kvinder i Den Nationale Sundhedsprofil Region Midtjylland, der havde været meget generet af ondt i maven eller oppustet mave inden for de seneste 14 dage, og 37% af de unge kvinder og 32% af de unge mænd havde været lidt generet af disse symptomer (83).

Også i Ungdomsprofilen 2014 var forekomsten af mavepine dagligt mere end dobbelt så høj hos unge kvinder (3% blandt gymnasieelever og 7% på erhvervsskoleelever) som hos de unge mænd (<1% blandt gymnasieelever og 2% blandt erhvervsskoleelever) (39). Og det samme var tilfældet i UNG19-undersøgelsen på de gymnasiale uddannelser, hvor henholdsvis 1% af unge mænd og 3% af unge kvinder havde oplevet mavepine dagligt inden for de seneste seks måneder. Højest var forekomsten for HF-elever, hvor 3% af unge mænd og 6% af unge kvinder oplevede mavepine dagligt (36). Også i UNG19 på erhvervsskolerne havde en væsentlig større andel af de kvindelige elever end af de mandlige elever næsten dagligt mavepine (37).

Hovedpine

Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling fandt i 2018, at forekomsten af hovedpine

var højere blandt piger end drenge. Drengene lå konstant på omkring 15% fra 4. klasse til 9. klasse, mens pigerne konstant lå på 19% fra 4-6. klasse, og derefter steg udbredelsen blandt pigerne til omkring 30% i 9. klasse.

Den seneste Skolebørnsundersøgelse fra 2018 viste i overensstemmelse med Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling, at der generelt er en større andel af piger end af drenge, som angiver at have hovedpine mindst én gang ugentligt (35). Skolebørnsundersøgelsen har også vist, at forekomsten af hovedpine blandt piger stiger med stigende alder. Således var det i 2018 omkring hver fjerde 11-årige pige, der havde hovedpine ugentligt, mens dette gjaldt for næste hver anden 15-årige pige. Blandt drengene i de tre aldersgrupper i Skolebørnsundersøgelsen sås ingen betydende forskel i andelen, som angav at have hovedpine mindst én gang ugentligt. Dette gjaldt for omkring hver sjette 11-årige dreng og hver femte 15-årige dreng.

Hos de 16-24-årige i den Nationale Sundhedsprofil fra 2017 kunne denne tendens til højere forekomst af hovedpine blandt den ældste del af de unge også ses, men da undersøgelserne anvender andre spørgsmålsformuleringer, er tallene ikke umiddelbart sammenlignelige. Andelen af 16-24-årige med meget eller lidt generende smerter i form af hovedpine de seneste 14 dage var i Den Nationale Sundhedsprofil fra 2017 henholdsvis 57,5% blandt unge kvinder og 33,2% blandt unge mænd (84).

I Ungdomsprofilen 2014 havde mere end tre gange så mange unge kvinder (10% blandt gymnasieelever og 12% på erhvervsskoleelever) som unge mænd (2% blandt gymnasieelever og 4% blandt erhvervsskoleelever) hovedpine næsten dagligt (39).

I UNG19 undersøgelsen blandt gymnasieelever havde 2% af de unge mænd og 9% af de unge kvinder oplevet hovedpine næsten dagligt inden

for de seneste seks måneder. Her var udbredelsen størst hos HF-elever, hvor 5% af de unge mænd og 14% af de unge kvinder oplevede hovedpine næsten dagligt, og lavest for STX, hvor 2% af de unge mænd og 8% af de unge kvinder oplevede hovedpine hver dag (36). UNG19 EUD-undersøgelsen viste, at 4% af de unge mænd og 14% af de unge kvinder rapporterede at have hovedpine næsten hver dag (37).

4.4.5 Socioøkonomi

Mavepine

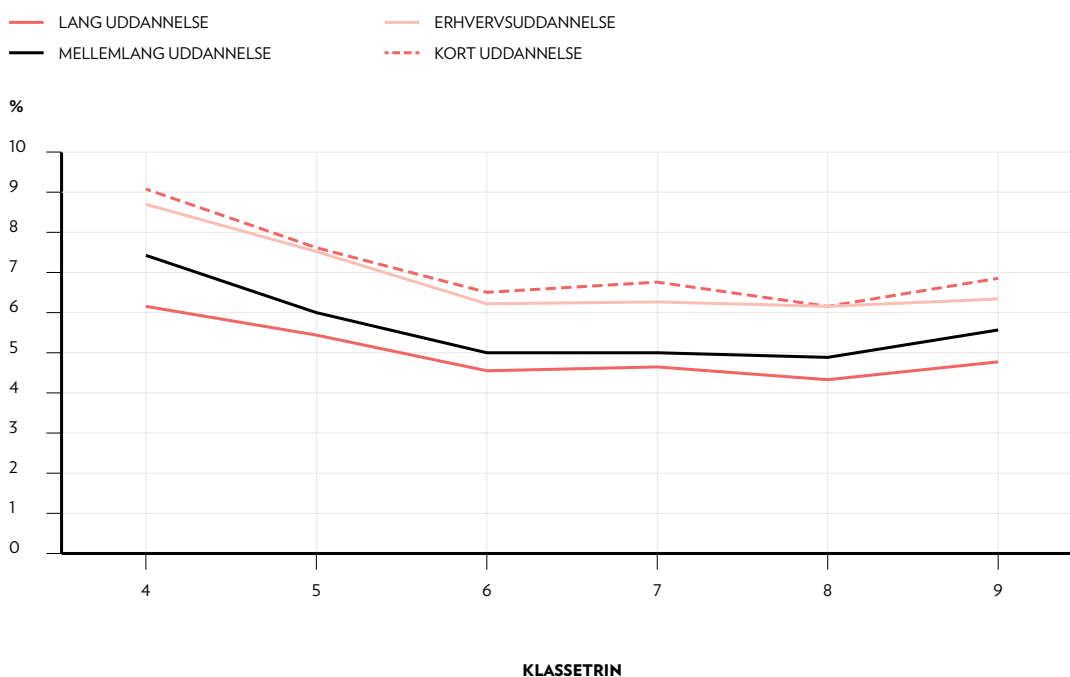
Af Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling fremgår det, at flere børn med forældre, der har kort uddannelse, tit eller meget tit har

haft ondt i maven sammenlignet med børn og unge med forældre, der har en lang uddannelse (se figur 4.4.2 og 4.4.3). Den relative fordeling af symptomet (ondt i maven) på tværs af socialgrupperne (defineret ved forældres uddannelse) var nogenlunde den samme hos drenge og piger, mens de absolutte forskelle mellem socialgrupper var noget større hos pigerne, se figurerne 4.4.2 og 4.4.3 for begge køn (34).

Figur 4.4.4 viser andelen af skoleelever, som rapporterede at have mavepine mindst én gang ugentligt, efter familiens socialgruppe. Som det fremgår, var der en større forekomst af mavepine i den lave socialgruppe (19%) end i den mellemste (14%) og højeste socialgruppe (13%) (35).

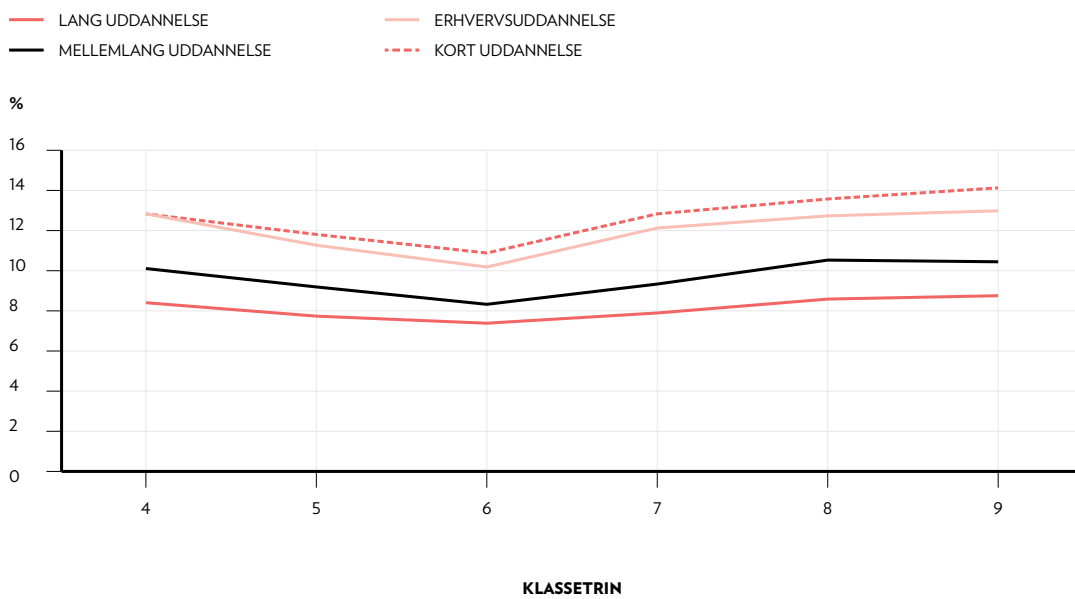
→ FIGUR 4.4.2

Andel af drenge med mavepine tit eller meget tit fordelt på klassetrin og forældres uddannelsesniveau (%), Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling 2015-2018 (34).



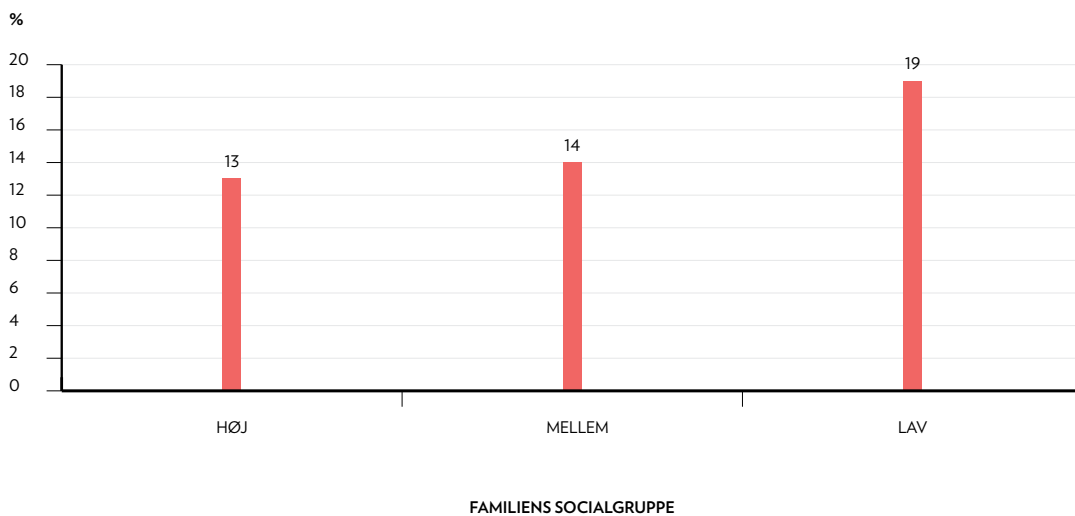
→ **FIGUR 4.4.3**

Andel af piger med mavepine tit eller meget tit fordelt på klassetrin og forældres uddannelsesniveau (%), Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling 2015-2018 (34).



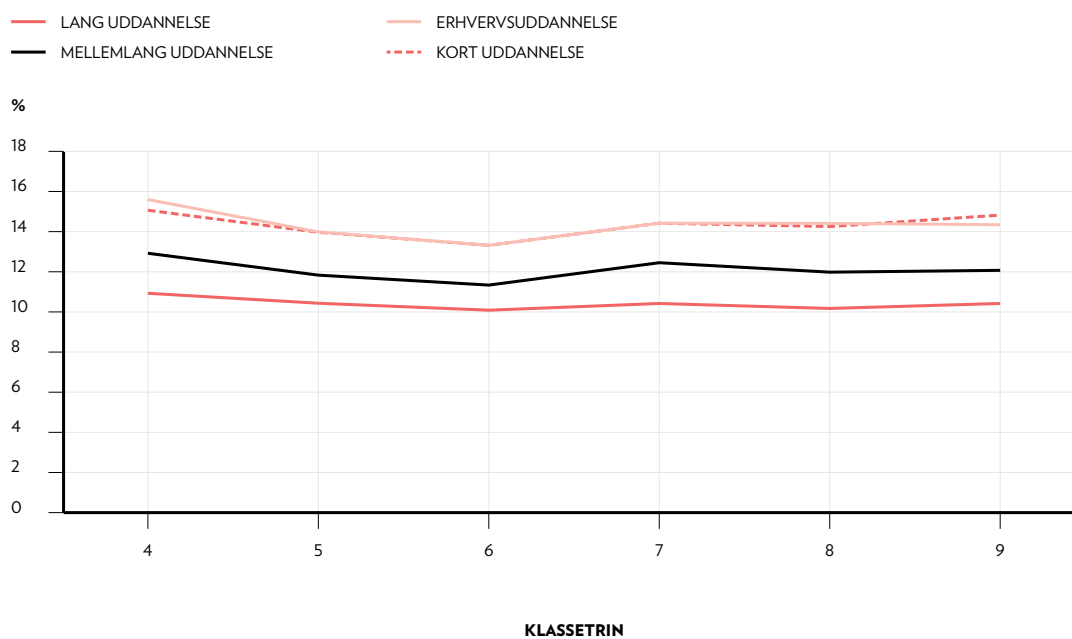
→ **FIGUR 4.4.4**

Andel af 11-15-årige skoleelever med mavepine mindst en gang ugentligt fordelt på socialgruppe (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (35).



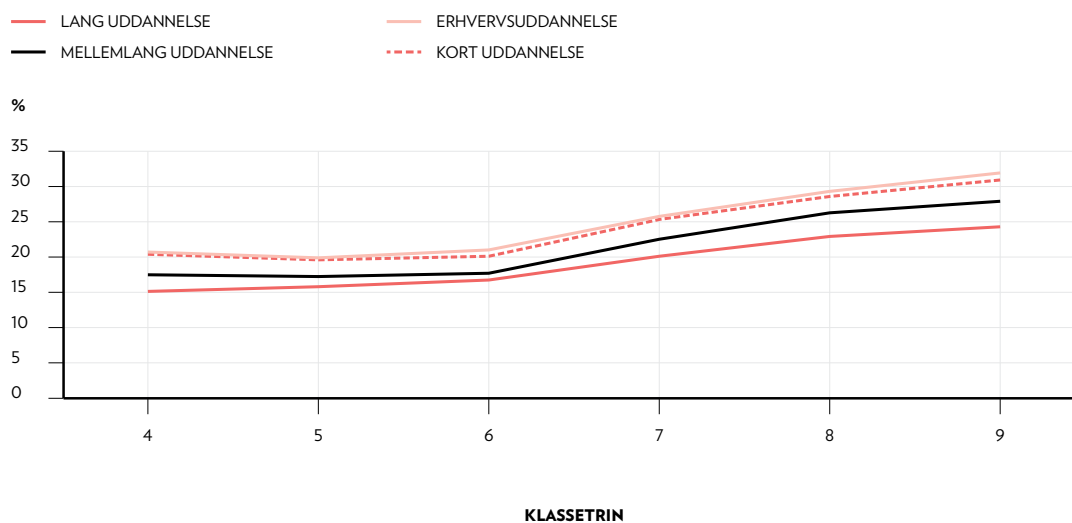
→ **FIGUR 4.4.5**

Andel af drenge med hovedpine tit eller meget tit fordelt på klassetrin og forældres uddannelsesniveau (%), Undervisningsministeriets Trivselsmåling 2015-2018 (34).



→ **FIGUR 4.4.6**

Andel af piger med hovedpine tit eller meget tit fordelt på klassetrin og forældres uddannelsesniveau (%), Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling 2015-2018 (34).



Hovedpine

Af Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling fremgår det, at forekomsten af hyppig hovedpine er højest blandt børn og unge med forældre med kort uddannelse sammenlignet med børn og unge med forældre, der har mellemlang og lang uddannelse. De absolutte forskelle mellem højeste og laveste uddannelsesniveau var nogenlunde den samme for piger og drenge uanset klassetrin (se **figur 4.4.5** og **4.4.6**).

Også Skolebørnsundersøgelsen har vist, at der i de yngre aldersgrupper er en sammenhæng mellem socioøkonomisk gruppe og hovedpine, så forekomsten af hovedpine dagligt eller mere end ugentligt er højere blandt børn i familier i lavere socioøkonomiske grupper end blandt børn fra familier i højere socioøkonomiske grupper (35, 85).

Man har også i Den Nationale Sundhedsprofil fundet, at forekomsten af hovedpine blandt 16-24-årige er højere for lavere socialgrupper end for højere socialgrupper. I Region Midtjyllands Sundhedsprofil fra 2010 for unge fandt man fx, at andelen, der havde være generet af hovedpine inden for de seneste 14 dage, var 18% blandt unge med lavt uddannelsesniveau, mens den var henholdsvis 14% og 12% blandt unge med middel og højt uddannelsesniveau (83).

4.4.6 Udvikling over tid

Mavepine

Mavepine har været målt i Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling siden 2014. Udviklingen i forekomsten fra 2014 til 2018 viser kun små ændringer og en marginal positiv udvikling blandt både drenge og piger (se **figur 4.4.7** og **4.4.8**).

I Skolebørnsundersøgelsen har mavepine været målt ved børnenes selvrapportering hvert 3.-4. år

siden 1984 (35). I denne periode har forekomsten af ugentlig mavepine overvejende ligget mellem 5% og 15% hos drengene og mellem 13% og 20% hos pigerne, uden sikre ændringer over skoleårene for nogen af de tre aldersgrupper (se **figur 4.4.9**). Blandt de 15-årige piger har der dog været en mindre stigning i perioden 2010-2018 fra 13% til 19%. Udviklingen har ligget mere stabilt for 11- og 13-årige over de seneste otte år.

Hovedpine

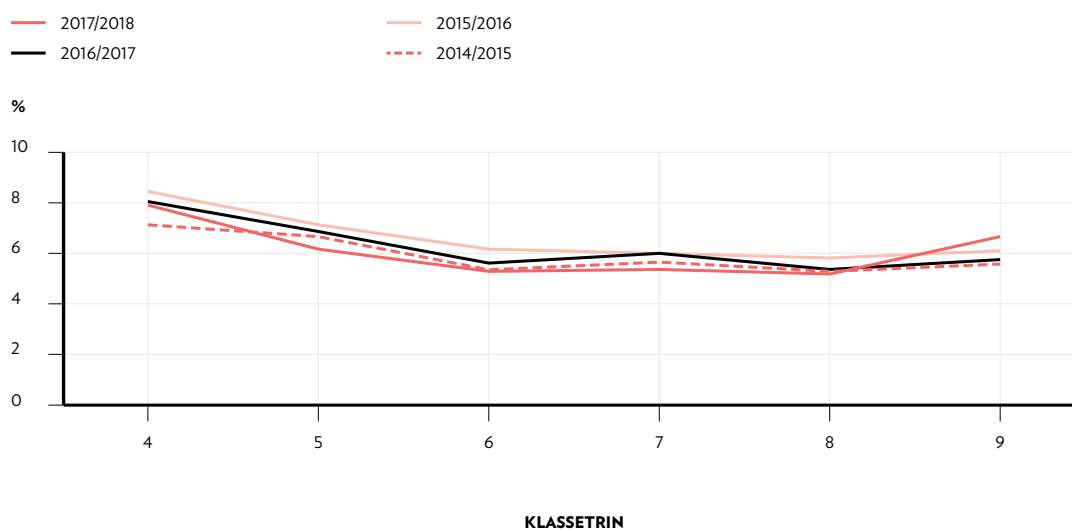
Figur 4.4.10 fra seneste Skolebørnsundersøgelse viser, at der blandt 11-årige er sket et stort fald i forekomsten af hovedpine siden 1984; blandt drenge fra 29% til 16%, og blandt piger fra 36% til 26% (35).

Forekomsten af hovedpine er også blevet målt gentagende gange i Undervisningsministeriets Nationale Trivselsmåling, og her fandt man ikke den store ændring i forekomsten af hovedpine rapporteret tit eller meget tit fra 2014 til 2018 (se **figur 4.4.1**) (55).

Blandt de 16-24-årige har forekomsten af hovedpine på ca. 40% ikke ændret sig fra 2010 (39,8%) til 2013 (40,2%), hvor målingerne har været foretaget med sammenlignelige data, men i 2017 sås en mindre stigning i forekomsten af hovedpine til 45,3% (86).

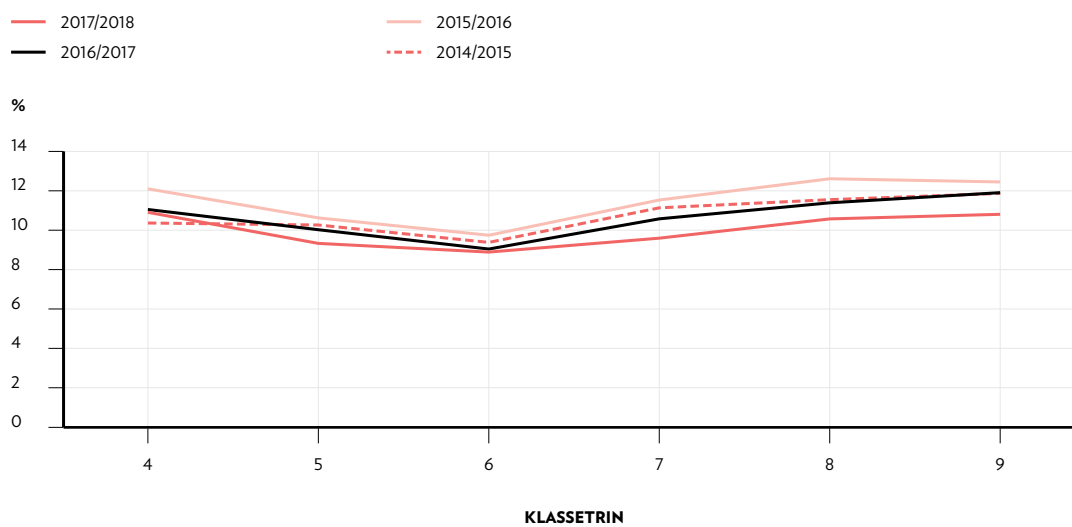
→ **FIGUR 4.4.7**

Andel af drenge med ondt i maven tit eller meget tit fordelt på klassetrin og skoleår (%), Undervisningsministeriets Trivselsmåling 2015-2018 (34).



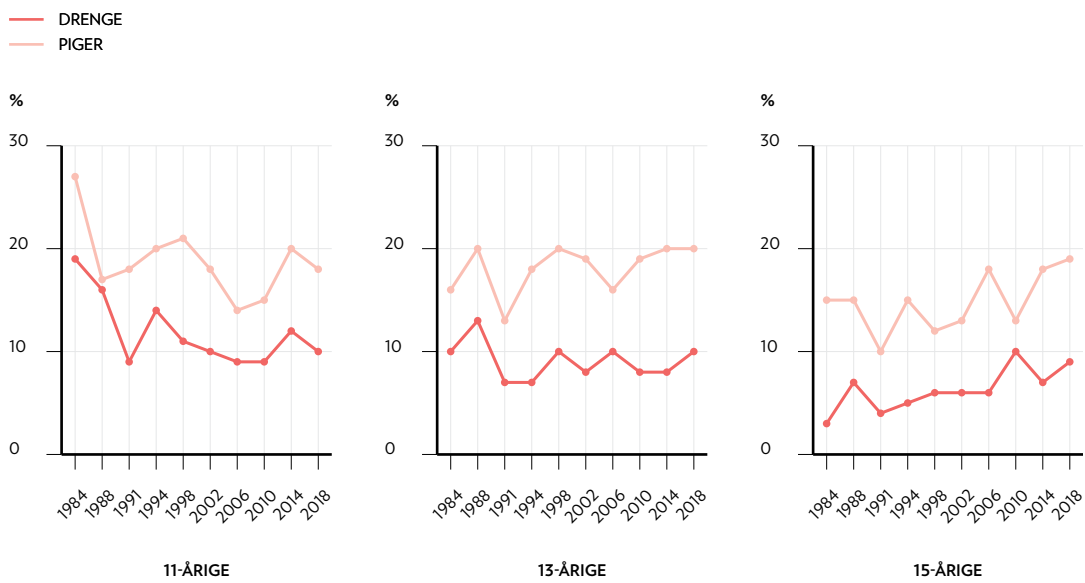
→ **FIGUR 4.4.8**

Andel af piger med mavepine tit eller meget tit fordelt på klassetrin og skoleår (%), Undervisningsministeriets Trivselsmåling 2015-2018 (34).



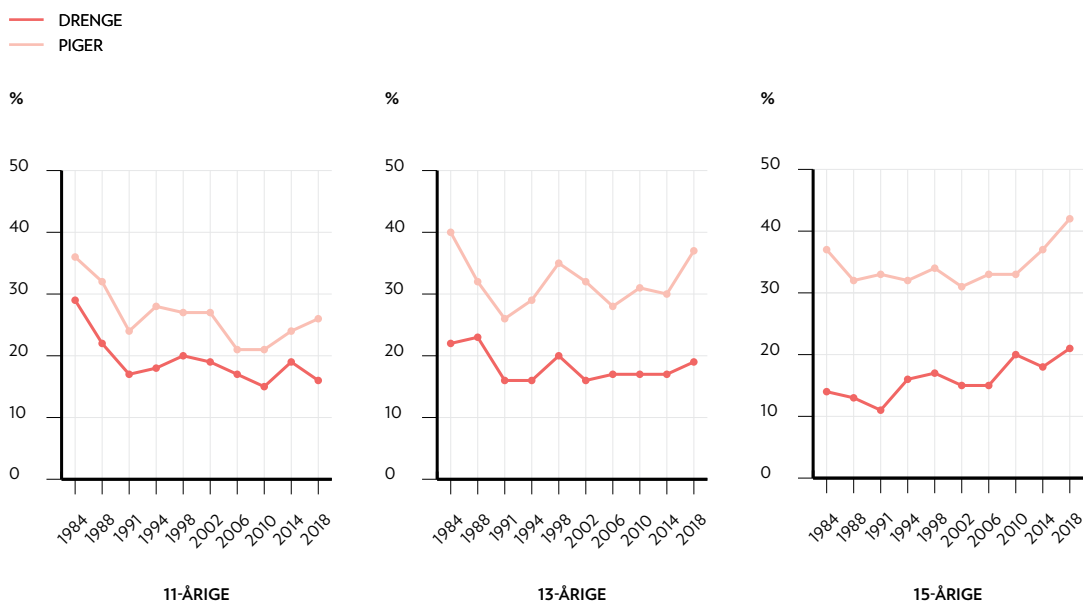
→ FIGUR 4.4.9

Udvikling i andelen af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som har mavepine mindst én gang om ugen (%), Skolebørnsundersøgelsen 1984-2018 (35).



→ FIGUR 4.4.10

Udvikling i andelen af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som har hovedpine mindst én gang om ugen (%), Skolebørnsundersøgelsen 1984-2018 (35).



4.5 FORBRUG AF MEDICIN MOD SMERTER

Dette afsnit omhandler selvrapporteret forbrug af medicin mod smerter blandt børn og unge. Der er typisk tale om håndkøbsmedicin, som de unge eller deres forældre selv anskaffer. I afsnittet redegøres for udbredelse af forbrug af medicin mod smerter fordelt på køn og alder, socioøkonomiske forhold samt udviklingen over tid.

4.5.1 Sammenfatning

Forbruget af medicin mod smerter blandt børn og unge er generelt et underbelyst område. Dette afsnit handler om brugen af medicin mod almindelige symptomer som fx hovedpine og mavepine, som ofte vil være medicin, der kan købes uden recept fra lægen. **Forekomst:** De få undersøgelser, der findes, peger på, at børn og unges forbrug af medicin mod almindelige symptomer (fx hovedpine og mavepine) er udbredt. 42% af 11-15-årige angiver eksempelvis, at de har brugt medicin mod hovedpine den seneste måned. **Køn og alder:** Piger/unge kvinder har et højere forbrug af medicin mod hovedpine og mavepine end drenge/unge mænd, og piger/unge kvinders forbrug øges med alderen. **Socioøkonomi:** Børn i lavere socioøkonomiske grupper har et højere medicinforbrug end børn fra højere socioøkonomiske grupper. Blandt unge ses denne sociale forskel i medicinforbrug ikke. **Udvikling over tid:** Der er sket en stigning i forbruget af medicin fra 1988 til 2014 ifølge Skolebørnsundersøgelsen. I 1988 brugte fx 17% af de 15-årige drenge medicin mod hovedpine mindst én gang om måneden, mens tallet i 2014 var 40%. I samme periode steg forbruget blandt 15-årige piger fra 37% til 60%.

4.5.2 Indledning

Børn og unges forbrug af medicin mod almindelige symptomer er udbredt (87, 88). Medicinforbrug for smerter og uspecifikke fysiske symptomer blandt børn og unge udgør et vigtigt folkesundhedsaspekt (89). Forbruget er hyppigt (90-95) og har været stigende over tid (89, 96-102), uden at der er sket en tilsvarende stigning i de symptomer, medicinen angives at blive taget for (87, 103). En undersøgelse har vist, at brug af smertestillende medicin øges med stigende stress og mindskes med stigende oplevelse af sammenhæng, og medicinforbrug er derfor en indikator for mentale helbredsproblemer og relevant at inddrage i denne rapport (104). Selvom brug af smertestillende håndkøbsmedicin i mange tilfælde kan betragtes som en fornuftig adfærd mod generende smerter, er et stort forbrug og/eller et overforbrug ikke ufarligt. Håndkøbsmedicin, som indeholder paracetamol eller acetylsalicylsyre, kan fx i større doser give bivirkninger i form af leverskader, blødninger i mave/tarm-kanalen (105) og overforbrugshovedpine (106-108).

En del børn og unge bruger medicin, uden at de samtidig har det symptom, som medicinen angives at være taget for at dulme (87). Undersøgelser peger bl.a. på, at nogle børn og unge benytter smertestillende medicin mod andet end smerter (109, 110) og således ses fx en sammenhæng mellem øget brug af medicin og generelt ubehag, tidspres i familien, stress og udsættelse for mobning (111-115). Dette er både en uhensigtsmæssig brug af medicin og en uhensigtsmæssig måde at håndtere stress, belastninger og ubehag på. Der ses en stærk sammenhæng mellem børn og unges tidlige forbrug af medicin og deres forbrug senere i livet (116). Eksempelvis har en undersøgelse vist, at brug af smertestillende håndkøbsmedicin i 15-årsalderen øgede risikoen for medicinforbrug i 19-årsalderen, og at medicinforbrug i 19-årsalderen

bidrog til at forudsige medicinforbrug i 27-årsalderen (110). Blandt drenge var risikoen for at bruge medicin i 19-årsalderen tre gange større, hvis de brugte medicin i 15-årsalderen, end hvis de ikke anvendte medicin som 15-årige. Den tilsvarende risiko var dobbelt så stor for piger.

Unge har en tendens til at opfatte håndkøbsmedicin som mere sikker og stort set uden bivirkninger sammenlignet med receptpligtig medicin, fordi præparaterne er billige, ofte benyttes af voksne, er lette at få fat i og er lovlige (117, 118). Desuden har forskningen vist, at unge mangler viden om risikoen ved brug af håndkøbsmedicin og dens bivirkninger (119). Det er således vigtigt fremadrettet at få et bedre indblik i baggrunden for børn og unges medicinforbrug, ligesom det er vigtigt at undersøge betydningen af forbrug og tilgængelighed i børn og unges omgivelser.

Forskning i medicinforbrug blandt børn og unge har ofte været baseret på forældres besvarelser om deres børns og unges brug af medicin. Forældrene ved sandsynligvis, hvilke lægemidler deres små børn har fået, men de ved ikke nødvendigvis, hvilken medicin og hvor meget de større børn og unge har fået, da de kan få medicin fra andre end deres forældre (120). Undersøgelser har vist, at børn og unge forstår spørgsmål om medicin, og der er generelt en høj overensstemmelse mellem forældres og 11- og 13-årige børns besvarelser på spørgsmål om medicin, når det drejer sig om medicin for fx nervøsitet og astma. Børnene rapporterer imidlertid, at de har et højere forbrug af medicin for hovedpine, end det deres forældre rapporterer (121). I Skolebørnsundersøgelsen spørges til brug af medicin mod bestemte symptomer. Derfor ved man ikke præcist, hvilken medicin eleverne tager. Kvalitative interviews gennemført som led i validering af spørgsmålene viste, at de lægemidler, eleverne nævnte mod

smerter, næsten udelukkende var almindelige håndkøbsmidler (122). Desuden har analyser vist en meget stærk sammenhæng mellem hyppighed af symptomer som hovedpine og mavepine og brug af medicin mod disse symptomer (115, 123). Redskabet til at måle børn og unges medicinforbrug virker således validt og frembringer andreog mere relevante data end dem, man ville være i stand til at få via lægemiddelstatistikker og forældrebesvarelser. I **tabel 4.5.1** ses en oversigt over de anvendte spørgsmålsformuleringer i de danske undersøgelser, som dette afsnit er baseret på.

4.5.3 Forekomst

Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 (se appendiks 1) indeholder ikke spørgsmål om børn og unges brug af medicin, men undersøgelsen fra 2014 viste, at 42% af skolebørnene havde brugt medicin mod hovedpine den seneste måned (47).

I undersøgelsen Trivsel på Trods 2016 (n=10.792) (se appendiks 1) blev der spurgt til medicinforbrug mod en række symptomer blandt unge i grundskolens 7.-10. klasse, på efterskoler og på ungdomsuddannelser. **Tablet 4.5.2** viser elever, der flere gange i løbet af den seneste måned har taget medicin mod de pågældende symptomer. Medicinforbruget mod hovedpine var det hyppigst forekommende. Fx angav 20,1% af pigerne og 11,7% af drengene i 7.-10. klasse at have taget medicin mod hovedpine flere gange den seneste måned. På de erhvervsfaglige uddannelser var det 31,6% af de unge kvinder og 12,2% af de unge mænd, og på de gymnasiale uddannelser var det 24,8% af de unge kvinder og 11,2% af de unge mænd. Andelene, der har svaret, at de har brugt medicin mod mavepine (ikke menstruationssmerter) og smerter i bevægelsesapparatet, er lavere end for hovedpine (125).

→ **TABEL 4.5.1**

Udvalgte resultater fra undersøgelser af børn og unges medicinforbrug og de anvendte spørgsmålsformuleringer.

UNDERSØGELSENS NAVN ^A	SPØRGSMÅL
<p>SKOLEBØRNSUNDERSØGELSEN 2014 (47)</p>	<p>Medicinforbrug: Inden for den sidste måned, har du taget piller eller medicin for...(herefter nævnes hovedpine, mavepine)? Svar: Nej, Ja, en gang, Ja, flere gange</p> <p>Symptomer: Tænk på de sidste 6 måneder: Hvor ofte har du haft/været ...(herefter nævnes hovedpine, mavepine)? Svar: Næsten hver dag, Mere end én gang om ugen, Næsten hver uge, Næsten hver måned, Sjældent eller aldrig.</p> <p>Med de to spørgsmål kan medicinforbrugsadfærden beregnes i relation til symptomets hyppighed. Der spørges ikke til, hvilken specifik medicin eleverne har taget, eller til brug af medicin for andet end de symptomer, der er fokus på i undersøgelserne.</p>
<p>THE DANISH LONGITUDINAL HEALTH BEHAVIOUR STUDY (110)</p>	<p>Har du inden for de sidste 14 dage taget piller mod hovedpine? Svar: Nej, En eller nogle få gange, dagligt.</p>
<p>HEALTH AND WELFARE AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE NORDIC COUNTRIES 1996 (124)</p>	<p>Her svarer forældrene på barnets brug af håndkøbsmedicin for hovedpine, led- eller muskelsmerter, forkølelse, hoste, feber, søvnløshed eller nervøsitet, træthed, mavepine eller forstoppelse inden for de seneste fire uger. Derudover svarer forældrene på, hvorvidt barnet har haft disse symptomer, og om det har været i mild, middel eller svær grad.</p>
<p>TRIVSEL PÅ TRODS 2016 (125)</p>	<p>Inden for den sidste måned, har du taget piller eller medicin for... (herefter nævnes hovedpine, mavepine (ikke menstruationssmerter), ondt i ryg/nakke/arme/ben/led)? Svar: Nej, Ja, en enkelt gang, Ja, flere gange</p>

^A FOR FLERE DETALJER OM DE OMTALTE UNDERSØGELSER SE RAPPORTENS APPENDIKS 1.

4.5.4 Køn og alder

Af Skolebørnsundersøgelsen fra 2014 fremgik det, at andelen af skoleelever, der brugte medicin mod hovedpine, steg med alderen, og det største forbrug sås blandt de 15-årige piger, hvor 55% brugte medicin mod hovedpine mindst en gang om måneden (47) (se figur 4.5.1).

En stor andel, særligt blandt pigerne, har brugt medicin mod mavepine mindst én gang den seneste måned (47). Blandt de 15-årige piger gjaldt dette for mere end hver tredje i Skolebørnsundersøgelsen fra 2014, og også for medicinforbrug mod mavesmerter sås, at forbruget blandt piger steg med alderen. Blandt drengene faldt forbruget en smule med alderen, og generelt brugte langt færre drenge end piger medicin mod mavepine i Skolebørnsundersøgelsen fra 2014 (se figur 4.5.2) (47). I undersøgelsen Trivsel på Trods 2016 sås ligeledes

store forskelle mellem drenge og piger for brug af medicin mod hovedpine og mavepine (se tabel 4.5.2). Eksempelvis steg forbruget af medicin mod hovedpine hos pigerne fra 20,1% i grundskolen til henholdsvis 24,8% blandt unge kvinder på gymnasial uddannelse og 31,6% blandt unge kvinder på erhvervsfaglig uddannelse. Hos de unge mænd steg forbruget ikke med alderen. Blandt begge køn var det næsthyppest symptom, der blev taget medicin mod, smerter i bevægeapparatet (125). For unge mænd gjaldt, at omkring 6-9% tog medicin mod smerter i bevægeapparatet i alle aldersgrupper. Blandt unge kvinder var tallet lidt højere svarende til 8-19% (se tabel 4.5.2) (125).

En opfølgingsundersøgelse (n= 996) fulgte forbruget af medicin mod hovedpine hos unge fra de var 15 år (i 1990) til 19 år (1994) og til 27-årsalderen (2002). Her fandt man, at forbruget blandt unge mænd steg fra 15- til 19-årsalderen fra 18% til 22%

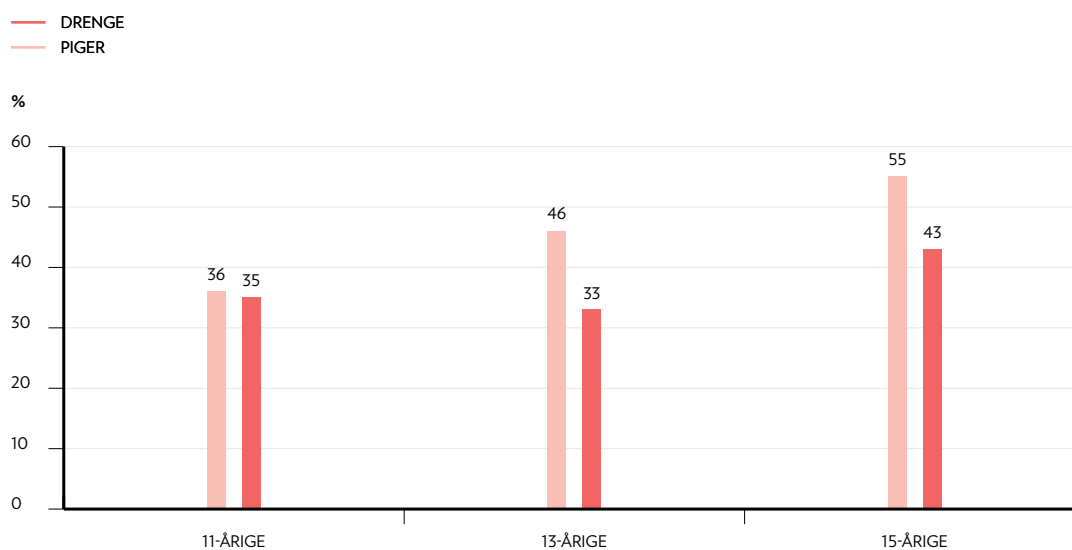
→ TABEL 4.5.2

Andel af elever, der har brugt medicin mod symptomer flere gange i løbet af den seneste måned fordelt på køn og skoletype (%), Trivsel på Trods 2016 (126).

LÆGEMIDDELBRUG MOD:	GRUNDSKOLENS 7-10. KLASSE		EFTERSKOLE		GYMNASIAL UDDANNELSE		ERHVERVSFAGLIG UDDANNELSE	
	DRENGE	PIGER	DRENGE	PIGER	UNGE MÆND	UNGE KVINDER	UNGE MÆND	UNGE KVINDER
..HOVEDPINE	› 11,7	› 20,1	› 10,6	› 22,1	› 11,2	› 24,8	› 12,2	› 31,6
..MAVEPINE (IKKE MENSTRUATIONSSMERTER)	› 4,9	› 5,9	› 2,2	› 6,1	› 3,1	› 6,4	› 2,2	› 10,3
..SMERTER I BEVÆGEAPPARAT	› 8,6	› 7,9	› 5,7	› 11,1	› 5,7	› 8,5	› 8,0	› 19,1

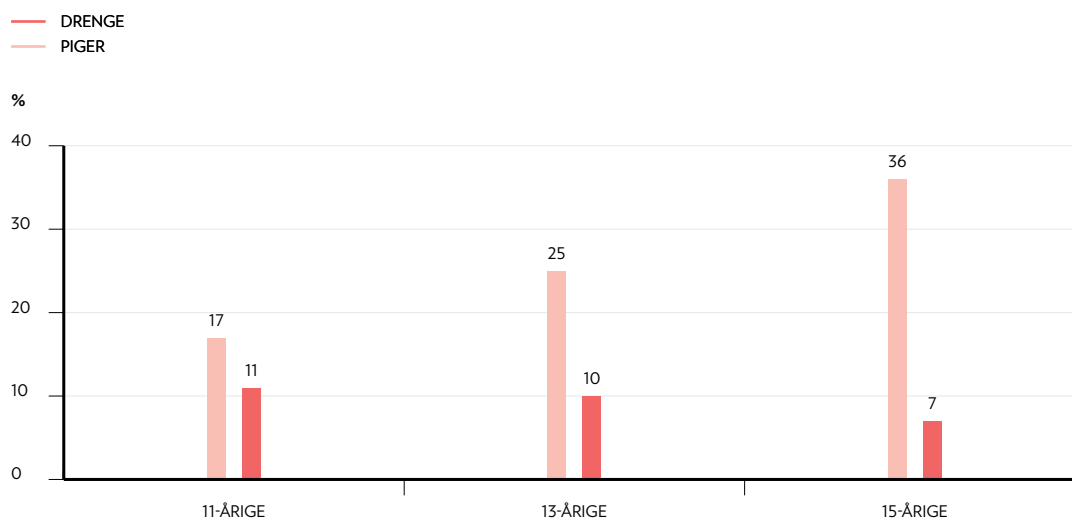
→ FIGUR 4.5.1

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som inden for den seneste måned, har brugt medicin mod hovedpine (%), Skolebørnsundersøgelsen 2014 (47)



→ FIGUR 4.5.2

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som inden for den seneste måned, har brugt medicin mod mavepine (%), Skolebørnsundersøgelsen 2014 (47).



og yderligere til knapt 30%, frem til 27-årsalderen. Blandt de unge kvinder steg forbruget fra ca. 35% til 45% fra 15- til 19-årsalderen, hvorefter forbruget stagnerede indtil 27-årsalderen (110).

4.5.5 Socioøkonomi

Der er fundet sammenhæng mellem lav socioøkonomisk gruppe og brug af håndkøbsmedicin. Eksempelvis var der 35% større risiko for at bruge medicin mod hovedpine blandt børn fra lav socioøkonomisk gruppe end blandt børn fra høj socioøkonomisk gruppe (127). Den sociale ulighed i skolebørns forbrug af medicin mod hovedpine har været konstant i perioden 1991-2014 i Danmark (88).

I undersøgelsen Trivsel på Trods 2016 sås, modsat Skolebørnsundersøgelsen, ikke en tydelig social forskel i medicinforbrug blandt unge i grundskolens 7.-10. klasse, på efterskoler og på ungdomsuddannelser. **Figur 4.5.3** viser medicinbrug mod fysiske symptomer (hovedpine, mavepine, smerter i bevægeapparatet) fordelt på køn og forældrenes socialgruppe (125).

Figur 4.5.3 Andel af elever i 7.-10. klasse, på efterskoler og på ungdomsuddannelser, der har brugt medicin mod fysiske symptomer (hovedpine, mavepine og smerter i bevægeapparatet) flere gange den seneste måned fordelt på køn og forældrenes socialgruppe (%), Trivsel og Trods 2016 (126).

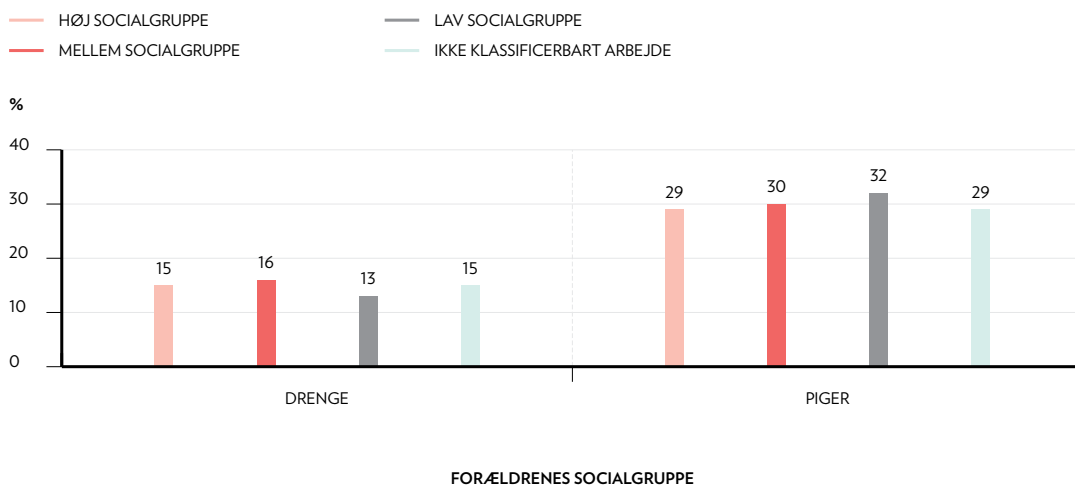
4.5.6 Udvikling over tid

Skolebørnsundersøgelsen har fulgt udviklingen i brug af medicin blandt skolebørn frem til 2014 (47). Fra 1988 til 2010 steg forbruget af medicin mod hovedpine samlet set den seneste måned hos begge køn og i alle de tre aldersgrupper, som indgår i Skolebørnsundersøgelsen, fx fra 17% til 40% blandt de 15-årige drenge og fra 37% til 60%

blandt de jævnaldrende piger (87) (se **figur 4.5.4**). Fra 2010 til 2014 sås ingen signifikante ændringer i forbruget af medicin (47). Forbruget af medicin mod mavepine den seneste måned steg også i perioden 1988-2010, fx fra 2% til 7% blandt 15-årige drenge og fra 18% til 25% blandt 15-årige piger. En fortsat stigning i brugen af medicin mod mavepine fra 2010 til 2014 er kun observeret blandt de 11-årige piger (47).

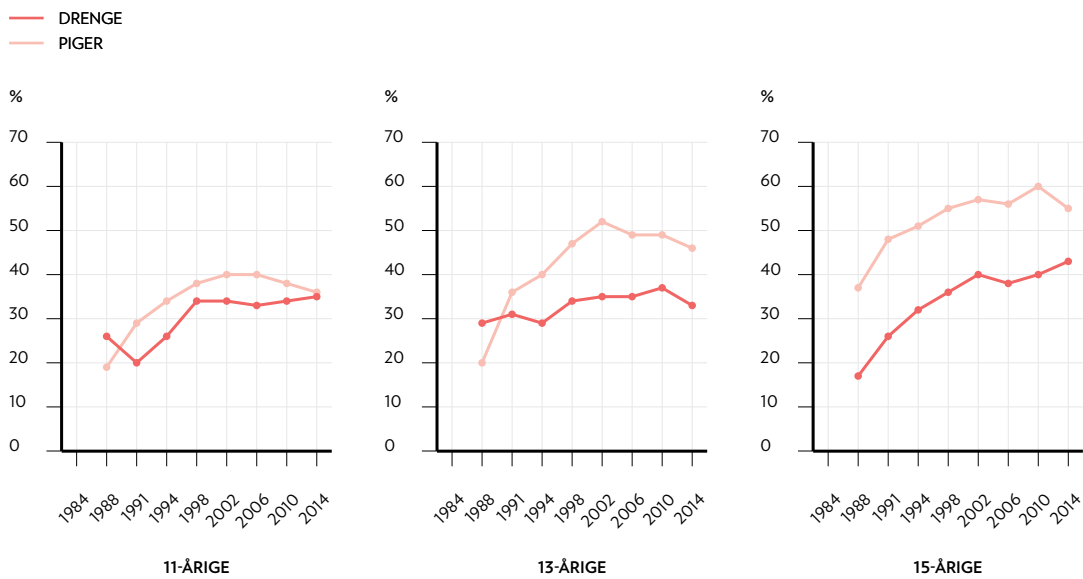
→ FIGUR 4.5.3

Andel af elever i 7.-10. klasse, på efterskoler og på ungdomsuddannelser, der har brugt medicin mod fysiske symptomer (hovedpine, mavepine og smerter i bevægeapparatet) flere gange den seneste måned fordelt på køn og forældrenes socialgruppe (%), Trivsel og Trods 2016 (126).



→ FIGUR 4.5.4

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som har brugt lægemidler mod hovedpine den seneste måned (%), Skolebørnsundersøgelsen 1988-2014 (47).



4.6 SØVNPROBLEMER

Dette afsnit omhandler udbredelsen af søvnproblemer hos børn og unge. Der redegøres for søvnproblemer fordelt på køn og alder, socioøkonomiske forhold samt udviklingen over tid.

4.6.1 Sammenfatning

Søvnproblemer omfatter symptomer og gener, der er forbundet med søvn. De dækker over dårlig søvnkvalitet og for kort eller for lang søvnlængde.

Forekomst: **Søvnkvantitet:** Undersøgelser af hvor meget børn og unge sover, eller om de sover mindre end anbefalet, er svære at sammenligne pga. forskellige målemetoder, men der tegner sig alligevel et tydeligt billede af, at en stor del af danske børn og unge sover mindre end det anbefalede. Den nyeste undersøgelse blandt folkeskoleelever viser fx, at omkring halvdelen af 11-15-årige sover mindre end anbefalet. **Søvnkvalitet:** Mere end hvert tiende skolebarn sover dårligt eller uroligt om natten mindst én gang om ugen, og op mod hver fjerde angiver, at de ofte føler sig trætte. **Køn og alder:** **Søvnkvantitet:** Undersøgelserne peger på forskellige tendenser i forhold til antallet af timer, som drenge og piger sover. En stigende andel af børn og unge sover mindre end anbefalet med stigende alder. **Søvnkvalitet:** Flere piger end drenge sover dårligt eller uroligt om natten flere gange om ugen, og flere piger/unge kvinder er generet af træthed og søvnproblemer. Det ser samtidigt ud til, at børn og unge sover dårligere og mere uroligt med stigende alder. **Socioøkonomi:** **Søvnkvantitet:** Tre undersøgelser har set på socioøkonomisk fordeling i forhold til søvnkvantitet. Den ene undersøgelse fandt ingen sociale forskelle i søvnkvantitet blandt 10-17-årige, men de to andre viste sociale forskelle, fx at 11-15-årige skoleelever fra lav socialgruppe i højere grad (32%) sov mindre end otte timer pr. nat end skoleelever fra højere social-

grupper (39%). **Søvnkvalitet:** Søvnkvalitet og socioøkonomi er kun undersøgt i en enkelt undersøgelse, der peger på, at lidt flere 11-15-årige skoleelever fra lavere socialgrupper (19%) sover dårligt eller uroligt om natten end elever fra højere socialgrupper (14%). **Udvikling over tid:** **Søvnkvantitet:** Fra 1984 til 2010 var der en markant stigning i andelen af 11-15-årige skoleelever, som sover mindre end otte timer om natten; en fordobling for de 15-årige og en endnu større stigning for de 11-13-årige. Siden 2010 er udviklingen vendt, men der er også sket ændringer i måden, hvorpå søvnlængden måles, og resultaterne er derfor ikke direkte sammenlignelige. **Søvnkvalitet:** Der har været en markant stigning i forekomsten af træthed om morgenen fra 2010 til 2018 blandt 11-årige, men en stagnation blandt 13- og 15-årige, som dog ligger på et højt niveau (>79%). Andelen af 11-15-årige, der har svært ved at falde i søvn om aftenen, er samtidigt steget over de seneste tredivede år. Blandt 16-24-årige er der fra 2013 til 2017 sket en stigning i andelen, der har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer inden for de seneste 14 dage.

4.6.2 Indledning

Problemer med at falde i søvn og dårlig søvnkvalitet kan være udtryk for fx mistrivselproblemer og bekymringer, fordi det kan medføre nedsat søvnmængde og efterfølgende træthed i dagtimerne, og fordi utilstrækkelig søvn i sig selv er en risikofaktor for mistrivsel og psykiske vanskeligheder. En omfattende forskningsoversigt konkluderede, at der har været en jævn nedgang i søvnmængden blandt børn og unge i de seneste 100 år i Europa, USA og flere andre lande (128) men med store variationer fra land til land (129). Utilstrækkelig søvn blandt børn og unge øger risikoen for ringe selv vurderet helbred, usund livsstil, læringsproblemer og nedsat livstilfredshed (130-136).

Problemer med at falde i søvn, dårlig søvnkvalitet, utilstrækkelig søvn og træthed i løbet af dagen er ofte forekommende blandt børn og unge i internationale undersøgelser (137-140). Problemerne kan både skyldes fysiologiske ændringer, som opstår i puberteten, og udefrakommende forhold (141-143). Både blandt børn, unge og voksne er der en stigende tendens til at 'være på' i mange af døgnetimer, hvilket bl.a. hænger sammen med de elektroniske medier såsom mobiltelefoner, computere og TV. Mange mennesker har en fornemmelse af, at man skal kunne komme i kontakt med dem, uanset hvor de befinder sig. Hermed nærmer man sig en tilstand af konstant aktivering, hvilket påvirker både søvnkvalitet og søvnlængde. I de seneste 10-15 år har der været en massiv stigning i brugen af smartphones, som er lette at tage med i seng, og som tilbyder mange faciliteter (fx opkald, sms, spil, film og internet), der kan forstyrre søvnen, og som kan aktivere en egentlig stressreaktion (144). I den danske undersøgelse SmartSleep blev det således vist, at 30% af de unge danskere i aldersgruppen 16-25 år tjekkede deres mobiltelefon om natten, efter at de havde lagt sig til at sove, og hver fjerde dansker følte, at de i høj eller meget høj grad var afhængige af mobiltelefonen (145).

Det er uklart, hvorvidt søvnproblemer i barndommen og ungdommen følger med ind i voksenalderen, men konsekvenserne af utilstrækkelig søvn og træthed kan være både alvorlige og mangfoldige. Kroppen bruger natten på at restituere og reproducere sig selv, og søvn er derfor fundamental for en sund udvikling og vækst. Derudover er søvn central for at forebygge sygdom og skader, øge koncentrationen, forbedre indlæringen og sikre den daglige trivsel (142, 146, 147). En del studier har fundet, at dårlig søvnkvalitet og nedsat søvnmængde er forbundet med ringere skolepræstationer, koncentrationsbesvær og indlæringsvanskeligheder blandt unge (138, 139, 143).

I denne rapport skelner vi mellem søvnkvantitet og -kvalitet, og læner os på den måde op ad en skelnen, som bruges andre steder i litteraturen, hvor søvn er omtalt (147-149). Søvnkvantiteten defineres normalt som antal timer nattesøvn. Behovet for søvn nedsættes med alderen (150), og Sundhedsstyrelsen (2011) anbefaler 9-11 timers søvn pr. nat for de 7-12-årige, og 8-10 times søvn til de 13-18-årige unge, hvilket er i tråd med internationale anbefalinger (151). Der er ikke officielle søvn anbefalinger for unge og voksne over 18 år. Nogle undersøgelser opgør søvnkvantiteten i et præcist antal timer på baggrund af information omkring, hvornår den unge går i seng og står op (152, 153). Andre undersøgelser spørger direkte til, hvor mange timer børn og unge i gennemsnit sover (83). Derudover findes der undersøgelser, som forholder sig til søvnkvantitet, såsom andelen af børn og unge, der sover henholdsvis mere eller mindre end den anbefalede mængde (153, 154). Der anvendes også forskellige indikatorer for søvnkvaliteten, fx om den unge føler sig udhvilet om morgenen, følelsen af at have sovet dårligt eller uroligt om natten, følelse af træthed igennem dagen eller at have svært ved at falde i søvn om aftenen. Derudover er der forskel på, hvorvidt undersøgelserne skelner mellem hverdag og weekend. Da der særligt igennem ungdommen kan være store variationer mellem hverdags- og weekendvaner, kan det være et vigtigt aspekt at tage højde for (141).

Anbefalet søvn

Sundhedsstyrelsen anbefaler (149):

- 9-11 timers søvn pr. nat for de 7-12-årige
- 8-10 times søvn pr. nat for de 13-18-årige
- Hos voksne er det gennemsnitligesøvnbehov 7,5 timer, og for langt de fleste ligger søvnbehovet på 6-9 timer pr. nat (147).

4.6.3 Forekomst

Søvnkvantitet

I Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 (se appendiks 1) blev søvnkvantiteten undersøgt ud fra spørgsmål om, hvornår eleverne plejer at falde i søvn om aftenen og stå op om morgenen (35). Blandt de 11-årige var det 46% af drengene og 48% af pigerne, som sov for lidt defineret som højst ni timer eller mindre i gennemsnit pr. nat. Blandt de 13-årige var det 45% af drengene og 56% af pigerne, som sov for lidt defineret som højst 8,5 timer eller mindre i gennemsnit pr. nat. Blandt de 15-årige var det 54% af drengene og 56% af pigerne, som sov for lidt defineret som højst otte timer pr. nat (155).

Undersøgelsen Børn og Unge i Danmark – Velværd og trivsel 2018 (se appendiks 1) opgjorde 11-19-åriges søvnlængde på to måder, nemlig ud fra 1) hvornår de går i seng, dvs. ligger i deres seng (sengetid), og 2) hvornår de sover (sovetid), og finder, at det at gå i seng ikke nødvendigvis er det samme som at lægge sig til at sove (153). Omkring hver femte 11-årig sov i denne undersøgelse mindre end de anbefalede 9-11 timer pr. nat, og næsten halvdelen af de 15-årige sov mindre end otte timer pr. nat. Blandt de 19-årige sov 22% af de unge kvinder og 32% af de unge mænd mindre end syv timer og fik dermed ikke nok søvn (153).

I Ungdomsprofilen 2014 (se appendiks 1) blev søvnkvantiteten beregnet ud fra, hvornår de unge typisk gik i seng og stod op (156). Andelen, der sov mindre end syv timer om natten, var 21% blandt gymnasieelever og 34% blandt erhvervsskoleelever (156).

I undersøgelsen Bruger skolebørn tiden hensigtsmæssigt? (se appendiks 1) fra Rockwoolfonden blandt 10-17-årige fandt man bl.a., at mere end halvdelen af 15-17-årige skolebørn sov mindre

end anbefalet på en skoledag, mens dette gjaldt for omkring en tredjedel af 10-11-årige og 12-14-årige drenge samt halvdelen af 12-14-årige piger. Bortset fra de 10-11-årige, hvor det 'kun' var hver syvende, der sover meget mindre end anbefalet (dvs. mindst én time mindre end anbefalet), var det mere end hver femte for de 12-14-årige og for de 15-17-årige hver tredje, der fik så lidt søvn på en skoledag (154).

I UNG19-undersøgelsen (se appendiks 1) blandt elever på de gymnasiale uddannelser blev elevernes gennemsnitlige nattesøvn også beregnet; her på baggrund af følgende to spørgsmål: 1) 'Hvornår plejer du at falde i søvn, hvis du skal i skole næste dag?', og 2) 'Hvornår plejer du at vågne om morgenen, når du skal i skole?'. I undersøgelsen havde STX-elever en gennemsnitlig nattesøvn på 7,4 timer, mens de tilsvarende tal var 7,2 timer blandt HTX-elever, 7,2 timer blandt HHX-elever og 7,1 timer blandt HF-elever (36). I UNG19 EUD (se appendiks 1) blandt erhvervsskoleelever blev søvnkvantiteten opgjort på lidt en anden måde end i UNG19; nemlig med svar på spørgsmålet 'Hvor mange timer sover du, når du skal op i skole næste dag?' Til dette spørgsmål svarede 27% af eleverne, at de sov mindre end syv timer, når de skulle op i skole næste dag (37).

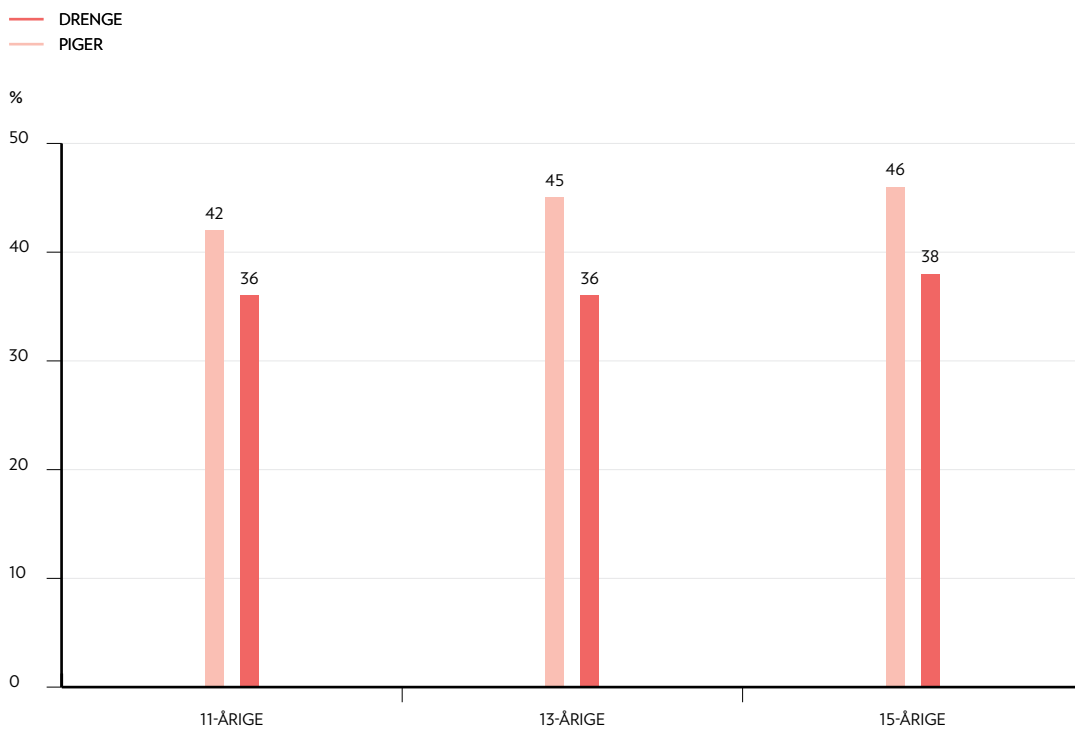
De nævnte undersøgelser er således ikke direkte sammenlignelige pga. forskellige opgørelsesmetoder og aldersgrupper mv., men der tegner sig et tydeligt billede af, at en stor del af danske børn og unge sover mindre end det anbefalede.

Søvnkvalitet

I Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 blev der spurgt til to dimensioner af søvnkvalitet, henholdsvis hvor ofte eleven sover dårligt eller uroligt om natten, samt hvor ofte eleven føler sig træt om morgenen inden skolestart. Opgørelserne viste, at

→ FIGUR 4.6.1

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som havde svært ved at falde i søvn mindst én gang ugentligt (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (35).



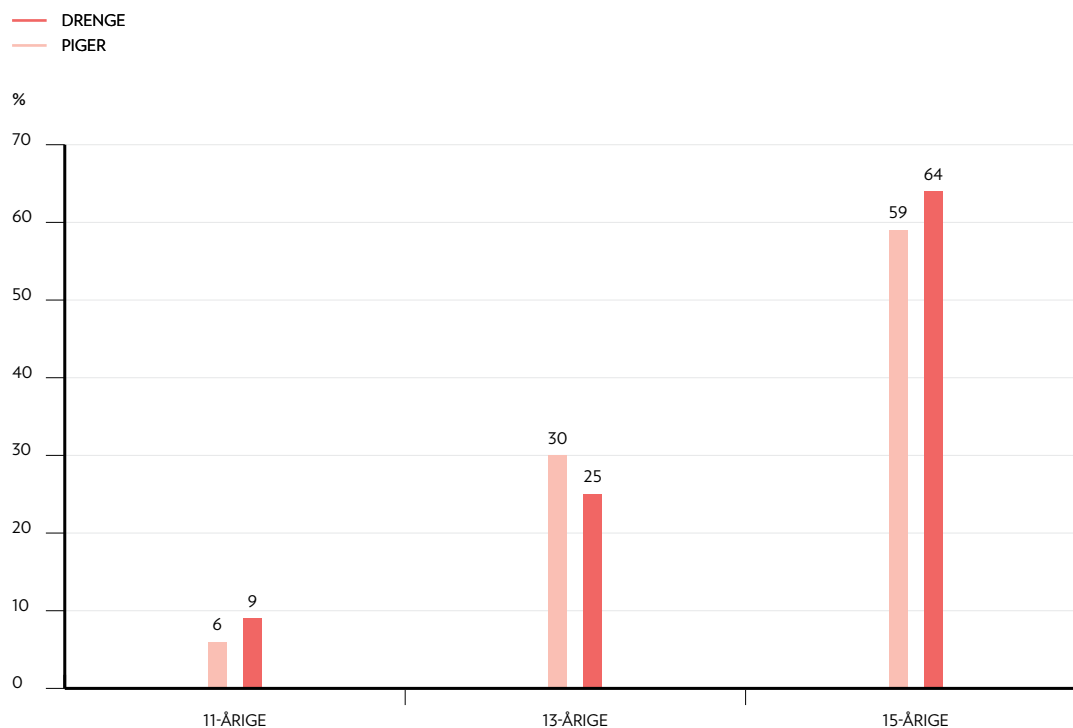
mere end hver tiende elev sov dårligt eller uroligt om natten mindst én gang om ugen. Både for de 11-, 13-, og 15-årige gjaldt det, at en stor del andel af eleverne var trætte om morgenen. Den største andel sås blandt de 15-årige elever, hvor 88% af pigerne og 80% af drengene svarede, at de var trætte mindst én morgen om ugen på skoledage (35). Hertil kom, at omkring 40% af eleverne angav, at de havde svært ved at falde i søvn mindst én gang om ugen, lidt flere piger end drenge (35) (se figur 4.6.1).

I Ungdomsprofilen 2014 blev eleverne spurgt om, hvorvidt de oplevede søvnproblemer, som dog ikke blev defineret yderligere (156). Andelen, der

oplever søvnproblemer mindst ugentligt, var 20% blandt gymnasieelever og 22% blandt erhvervsskoleelever. 30% af gymnasieeleverne angav hertil, at de havde været meget generede af træthed inden for de seneste 14 dage (156). I UNG19-undersøgelsen blandt gymnasieelever blev eleverne spurgt, om de fik nok søvn til at føle sig udhvilede, samt hvor generede de havde været af træthed inden for de seneste 14 dage. Andelen af elever, der svarede 'Nej, aldrig (næsten aldrig)', til spørgsmålet om, hvorvidt de fik nok søvn til at føle sig udhvilede, var 34% blandt unge mænd og 41% blandt unge kvinder. Med hensyn til træthed angav 29% af de unge kvinder samtidig, at de havde været meget generet af træthed, mens 61% havde været

→ FIGUR 4.6.2

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, der sov otte timer eller mindre om natten (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (35).



lidt generet af træthed inden for de seneste 14 dage. De tilsvarende andele var 18% og 62% blandt de unge mænd. Generelt var andelen af elever, der var meget generet af træthed, større blandt elever på HF end på STX, HHX og HTX (36). I UNG19 EUD blandt erhvervsskoleelever svarede hver fjerde elev, at de inden for de seneste 14 dage havde været meget generet af træthed (37).

4.6.4 Alder og køn

Søvnkvantitet

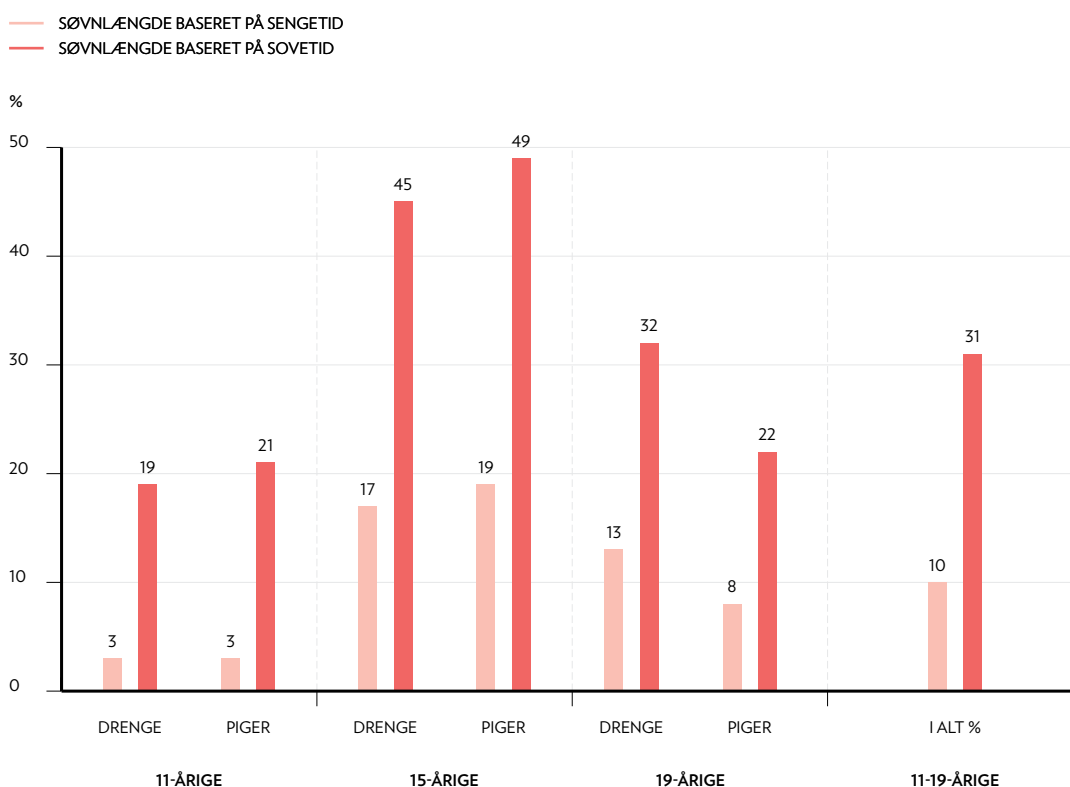
I Skolebørnsundersøgelsen fremgår, at antallet af elever, der sover otte timer eller mindre om natten, stiger markant med alderen. 6% af de 11-årige piger og 9% af de 11-årige drenge sov otte timer

eller mindre om natten i 2018. Hos de 13-årige gjaldt det for hver tredje pige og hver fjerde dreng (se **figur 4.6.2**). Også Rockwoolfondens undersøgelse Bruger skolebørn tiden hensigtsmæssigt fandt, at andelen af børn og unge, der sover for lidt, stiger med stigende alder (154).

Man kan også opgøre tallene fra Skolebørnsundersøgelsen 2018 således, at man i hver aldersgruppe opgør procentandelen, som sover mindre end anbefalet. Blandt de 11-årige var det med denne opgørelsesmetodik 46% af drengene og 48% af pigerne, der sov for lidt defineret som højst ni timer pr. nat. Blandt de 13-årige var det 45% af drengene og 56% af pigerne, som sov for lidt defineret som højst 8,5 timer per nat. Blandt de 15-årige var det

→ **FIGUR 4.6.3**

Andel af børn og unge, der fik mindre end de anbefalede timers søvn i forhold til anbefalinger for den pågældende aldersgruppe (%), Børn og Unge i Danmark – Velfærd og trivsel 2018 (153).



54% af drengene og 56% af pigerne, som sov for lidt defineret som højst otte timer per nat (155).

I Undersøgelsen Børn og Unge i Danmark – Velfærd og trivsel 2018 sås ikke væsentlige forskelle mellem kønnene blandt de 11- og 15-årige, men der var en statistisk signifikant kønsforskel blandt de 19-årige. Mens mindst 22% af de unge kvinder sov mindre end syv timer, var det tilsvarende tal 32% for unge mænd (se **figur 4.6.3**) (153).

I Ungdomsprofilen 2014 var det også i højere grad de unge mænd end unge kvinder, der sov mindre end syv timer. På gymnasierne sov 18% af de unge

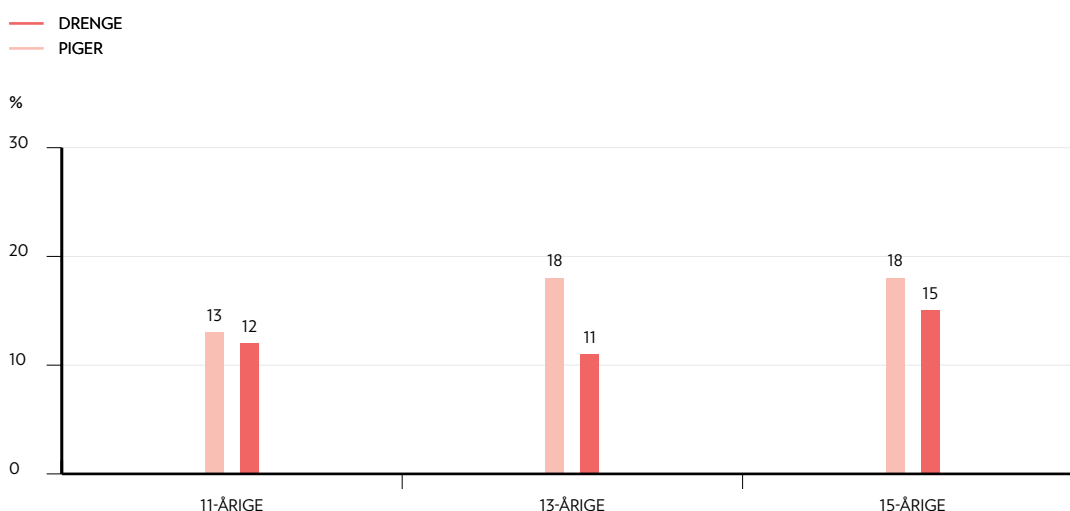
kvinder og 26% af de unge mænd mindre end syv timer pr. nat, og på erhvervsskolerne var det 28% af de unge kvinder og 36% af unge mænd (156).

UNG19-undersøgelsen blandt gymnasieelever fandt, at piger havde en gennemsnitlig nattesøvn på 7,5 timer, mens drenge havde en gennemsnitlig nattesøvn på 7,2 timer (36).

I UNG19 EUD blandt erhvervsskoleeleverne var der flere unge mænd (30%) end unge kvinder (22%), der sov mindre end syv timer, når de skulle op i skole næste dag (37).

→ **FIGUR 4.6.4**

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som flere gange om ugen sov dårligt eller uroligt om natten (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (35).



Søvnkvalitet

Ifølge Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 steg andelen af børn og unge, der sover dårligt og uroligt om natten flere gange om ugen med alderen. Samtidigt sås, at der blandt de 13-15-årige var flere piger end drenge, der rapporterede, at de sov dårligt eller uroligt om natten flere gange om ugen (se **figur 4.6.4**) (35).

Den Nationale Sundhedsprofil fra 2017 viste tydelige kønsforskelle i træthed blandt de 16-24-årige. Ca. 16% af de unge mænd og 32% af de unge kvinder havde været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage. Derudover sås det, at ca. 12% af de unge mænd og 18% af de unge kvinder havde været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer inden for de seneste 14 dage (84).

I Ungdomsprofilen 2014 observeredes den samme tendens i forhold til træthed hos gymnasieelever,

hvor unge kvinder (34%) end unge mænd (24%) havde været generet af træthed inden for de seneste 14 dage (156).

I UNG19 EUD blandt erhvervsskoleelever var der ligeledes betydeligt flere unge kvinder (34%) end unge mænd (18%), der inden for de seneste 14 dage, havde været meget generet af træthed (37).

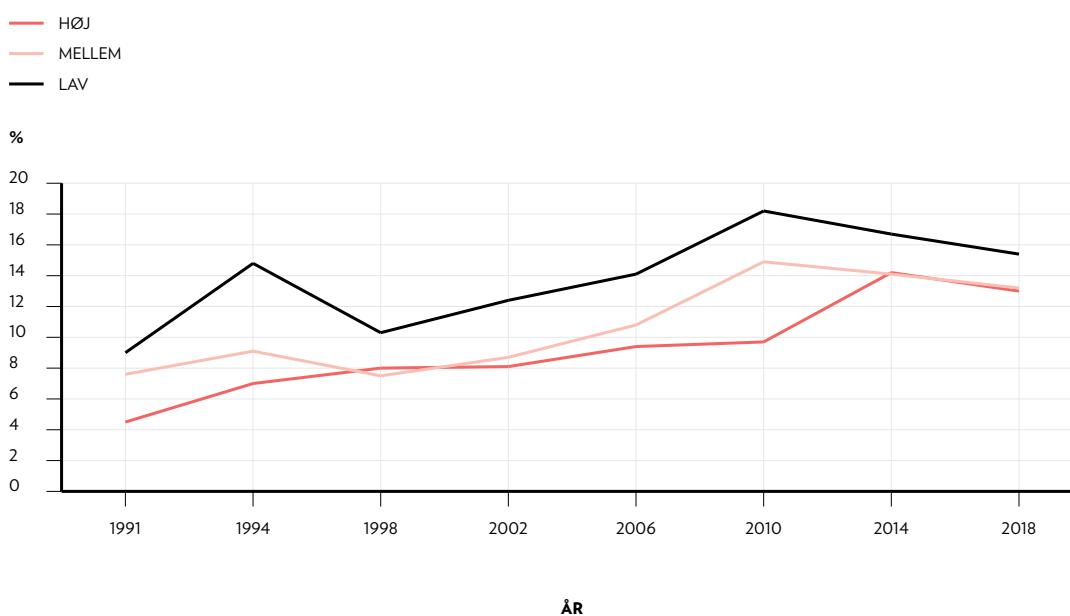
4.6.5 Socioøkonomi

Søvnkvantitet

I undersøgelsen Bruger skolebørn tiden hensigtsmæssigt? fandt man ingen sammenhæng mellem de unges socioøkonomiske gruppe, målt ved forældrenes uddannelse og indkomst, og søvnlængde (154). Modsat viste Skolebørnsundersøgelsen fra 2018, at der var flere elever i 11-15-årsalderen fra lav socialgruppe (39%), der sov gennemsnitligt otte timer eller mindre om natten, end elever fra høj (32%) og mellem socialgruppe (32%) (35).

→ FIGUR 4.6.5

Køns- og aldersstandardiseret procent blandt 11-15-årige skoleelever, som har svært ved at falde i søvn hver dag, efter år og social-gruppe (157).



Der er også set på sociale forskelle i søvnkvantitet i undersøgelsen Børn og unge i Danmark – Vel-færd og trivsel 2018. Her blev det vist, at en lidt højere andel af børn og unge fra arbejderklassen (37%), eller hvor ingen i husstanden var i arbejde (34%), ikke sov tilstrækkeligt sammenlignet med socialklasserne højere service (29%), lavere service (29%) og selvstændige (30%) (153).

Søvnkvalitet

I Skolebørnsundersøgelse fra 2018 fandt man, at andelen, som sov dårligt eller uroligt om natten, var højere blandt elever fra lavere (19%) end fra højere socialgrupper (14%). Dog sås der ikke sociale forskelle i andelen af elever, som var trætte om morgenen (35).

Et nyligt studie så på forekomsten af 'at have svært ved at falde i søvn' blandt 11-15-årige i forhold til

socialklasse og over tid (n=30.002) (157). Undersøgelsen fandt en ret stor stigning i andelen, som havde svært ved at falde i søvn hver dag, og man så, at forekomsten var højest i lavere socialgruppe i hele perioden fra 1991 til 2019 (se figur 4.6.5).

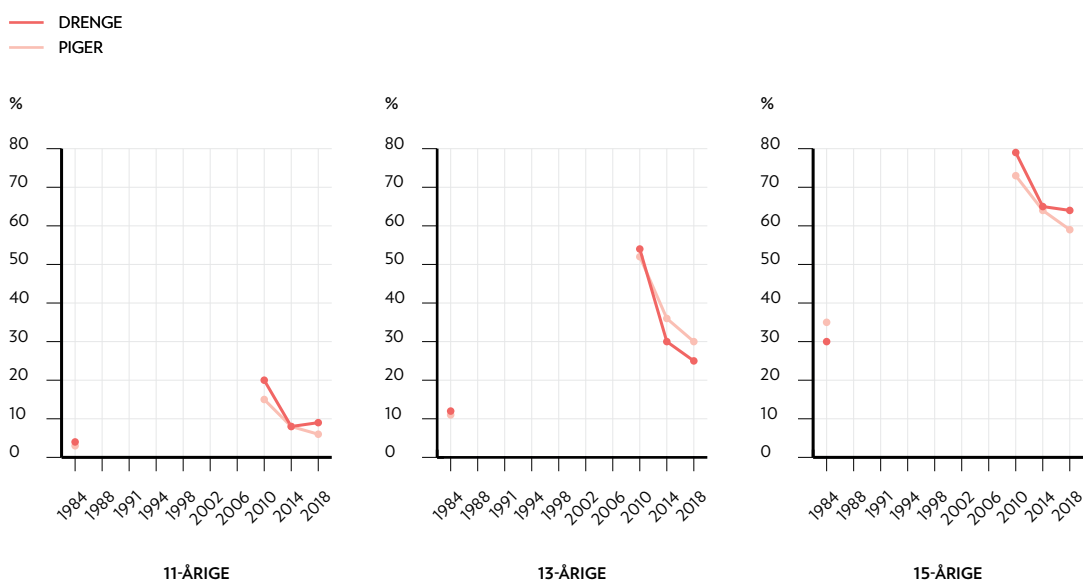
4.6.6 Udvikling over tid

Søvnkvantitet

Skolebørnsundersøgelsen har fulgt udviklingen i søvnkvantitet siden 1984 og fundet, at andelen af 11-15-årige elever, som sover mindre end otte timer om natten var markant større i 2010 end i 1984 (se figur 4.6.6). Fra 2010 vendte udviklingen, således at der fra dette tidspunkt sås et generelt fald i andelen af elever, som sov mindre end otte timer om natten. Fra 2014 til 2018 fortsatte dette fald, særligt blandt de 13-årige elever. Det skal nævnes, at der er sket ændringer i formuleringen af spørgsmålene,

→ FIGUR 4.6.6

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som sov/lå i deres seng otte timer eller mindre (%), Skolebørnsundersøgelsen 1984-2018 (35).



der gør, at resultaterne ikke er direkte sammenlignelige. Før 2010 blev eleverne spurgt til, hvornår de plejede at gå i seng, samt hvornår de plejede at stå op. Derfor inkluderer det også tid anvendt til at ligge og læse i sengen. Efter 2010 blev de spurgt direkte om det tidspunkt, de plejede at falde i søvn. Dette mål afspejler derfor i højere grad elevernes egentlige søvnkvantitet (35).

Søvnkvalitet

Siden 1988 er eleverne i Skolebørnsundersøgelsen blevet spurgt, hvor ofte de var trætte, når de skulle i skole om morgenen (35). For begge køn på alle klassetrin har der været en markant stigning over tid i andelen af elever, der var trætte, når de skulle i skole, mindst én morgen hver uge frem til 2010 (se figur 4.6.7). Stigningen sås fortsat frem til 2018 blandt de 11-årige drenge, hvor andelen steg fra 67% i 2014 til 77% i 2018. I de øvrige aldersgrupper

sås en stagnering på et højt niveau af træthed relateret til dårlig søvnkvalitet fra 2010 til 2018.

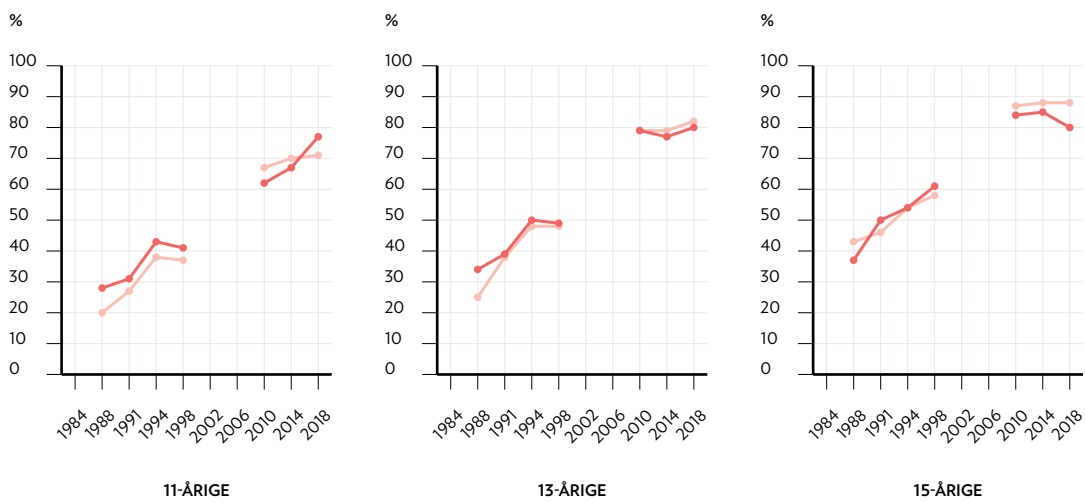
Forekomsten af problemer med at falde i søvn har været stigende siden 1984 for de 15-årige, se figur 4.6.8, som viser procentandele, der har svært ved at falde i søvn mindst én gang ugentligt.

Udviklingen i de 16-24-åriges søvnkvalitet kan findes i Den Nationale Sundhedsprofil for perioden 1987-2005. For problemer med både træthed og søvnbesvær sås i denne undersøgelse en markant stigning hos begge køn med 3-6 gange øget forekomst frem til 2005 og mindre stigninger herefter. Fra at ca. 9% af de unge mænd svarede ja til at have været generet af træthed inden for de seneste 14 dage i 1987, steg andelen til ca. 28% i 2005. Hos de unge kvinder svarede ca. 9% ja til spørgsmålet om træthed i 1987 og 36% i 2005.

→ FIGUR 4.6.7

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, der var trætte, når de skulle i skole mindst én morgen hver uge (%), Skolebørnsundersøgelsen 1988-2018 (35).

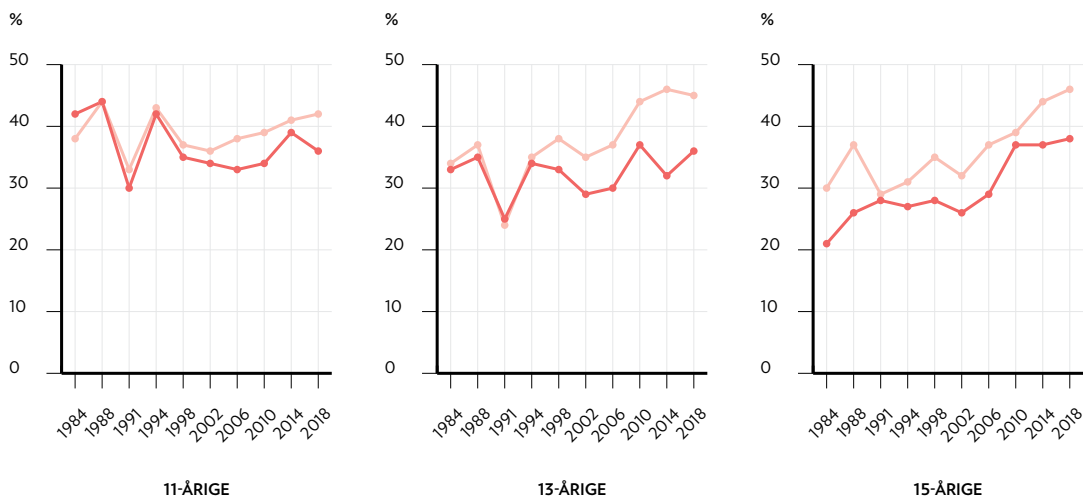
— DRENGE
— PIGER



→ FIGUR 4.6.8

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som havde problemer med at falde i søvn mindst én gang ugentligt (%), Skolebørnsundersøgelsen 1984-2018 (35).

— DRENGE
— PIGER



Udviklingen i søvnbesvær ser tilsvarende ud, og fra at ca. 2% af de unge mænd i 1987 svarede ja til at have været generet af søvnbesvær inden for de seneste 14 dage, var andelen steget til ca. 12% i 2005. Blandt de unge kvinder steg andelen, der var generet af søvnbesvær inden for de seneste 14 dage, fra ca. 6% i 1987 til 19% i 2005 (158). Endvidere har Den Nationale Sundhedsprofil fra 2013 vist, at andelen af unge mænd mellem 16 og 24 år, der var meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer, var konstant fra 2010 til 2013, mens der hos de 16-24-årige kvinder sås en mindre stigning fra ca. 11% i 2010 til ca. 14% i 2013 (159). Den nyeste Nationale Sundhedsprofil fra 2017 har vist, at andelen af 16-24-årige, der har været meget generet af søvnproblemer, er fortsat med at stige, da 12% af de unge mænd og 18% af de unge kvinder i 2017 var meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer inden for de seneste 14 dage (84).

4.7 STRESS

I dette afsnit beskrives udbredelse af stress blandt børn og unge i Danmark. Afsnittet giver et indblik i forekomsten af stress målt som selvoplevet stress fordelt på køn og alder, socioøkonomiske forhold samt udviklingen over tid.

4.7.1 Sammenfatning

Stressbegrebet anvendes hyppigt i mange sammenhænge, men der er en vis uklarhed om definitionen af begrebet. **Forekomst:** Det er svært at sammenligne resultaterne for forekomst af stress hos børn og unge på tværs af undersøgelser, da der anvendes mange forskellige mål, og da der ikke er målt på forekomsten af stress blandt 11-15-år i mere end ti år. De nyeste tal peger på, at 8% unge mænd og 13-15% unge kvinder på gymnasiale og erhvervsrettede uddannelser føler sig stresset dagligt, og at henholdsvis 31-40% unge kvinder og 21-

27% unge mænd føler stress ugentligt. Blandt de 16-24-årige har 32% et højt stressniveau målt med Percieved Stress Scale (PSS) (fordelt på 23,4% unge mænd og 40,5% unge kvinder). **Køn og alder:** Der er flere piger/unge kvinder end drenge/unge mænd, som føler sig stressede. Der er også en tendens til, at forekomsten af stress stiger med stigende alder. **Socioøkonomi:** Flere børn og unge fra familier fra lav socioøkonomisk gruppe end fra familier fra højere socioøkonomiske grupper føler sig stressede. **Udvikling over tid:** Udviklingen i forekomsten af stress over tid er kun undersøgt blandt 16-24-årige, hvor forekomsten gennem de seneste 30 år er steget for begge køn; tydeligst blandt de unge kvinder, hvor 22% i 2005 og 41% i 2017 angav et højt stressniveau målt med PSS.

4.7.2 Indledning

Langvarig stress kan påvirke risikoen for store folkesygdomme som hjerte-kar-sygdomme og depression samt påvirke livskvaliteten og det generelle velbefindende i negativ retning. Desuden kan stress øge risikoen for smertetilstande og forværre kroniske lidelser såsom astma og allergi. Langvarig stress kan ses som en ubalance mellem aktivering (arousal) og hvile (restitution), og det er derfor heller ikke overraskende, at der er klare sammenhænge mellem langvarig stress, udrændthed og dårlig søvnkvalitet (144). To danske undersøgelser har desuden vist, at unge, der oplevede stress, vurderede deres helbred dårligere end unge, der ikke oplevede stress (160, 161). Ligeledes blev det i den ene af disse danske undersøgelser fundet, at unge, som oplevede stress, var mere tilbøjelige til at opleve meningsløshed end unge, der ikke oplevede stress (161). Stress blandt unge er også fundet at være relateret til alvorlige mentale problemer som fx depression og angst (162, 163), og unges sundheds- og risikoadfærd idet unge, der føler sig stressede, oftere sover mindre og mere uroligt, of-

tere har et højere indtag af alkohol, stoffer, fastfood og medicin, oftere er fysisk inaktive og oftere er rygere end unge, som ikke føler sig stressede (160, 162, 164-170). En systematisk forskningsoversigt har desuden fundet, at unge med kronisk stress er mere overvægtige (171).

Det vides ikke, om oplevelsen af at være stresset i ungdomsårene øger risikoen for stress i voksenlivet. Studier har imidlertid vist, at et højt stressniveau hos unge er relateret til en række faktorer, som på kort sigt kan have alvorlige konsekvenser for deres livskvalitet og trivsel, og som på længere sigt kan have en negativ betydning for deres helbred og sygelighed (172).

En norsk forskningsoversigt fra 2017, som undersøgte årsager til stress blandt unge, fandt, at de seks mest udbredte årsager til stress blandt unge var: for lidt tid til sociale aktiviteter, konflikter i hjemmet, konkurrence med andre studerende, manglende støtte fra lærere, forventningspres fra en selv og forventningspres fra skolen (173).

I den videnskabelige litteratur arbejder man generelt ud fra tre forskellige definitioner på stress, der ikke skal eller kan forstås uafhængigt af hinanden (144):

1. Stress defineres som faktorer i omgivelserne, der påvirker individet (stressorer).
2. Stress defineres som det interaktionelle forhold mellem belastninger i omgivelserne og individets forventning til at kunne håndtere disse belastninger (oplevet stress).
3. Stress defineres som den fysiologiske, psykologiske eller adfærdsmæssige reaktion på eksterne belastninger (stressreaktion).

Disse tre teoretiske tilgange vil naturligt føre til forskellige måder at operationalisere stressbegrebet

på. Stressbegrebet har derfor også været anvendt til at dække en eller flere af disse definitioner i forskellige sammenhænge, hvilket har medført en del uklarhed om udbredelsen og konsekvenserne af stress.

I dette afsnit beskæftiger vi os med selvoplevet stress blandt børn og unge og dermed med spørgsmål, der spørger direkte til stress eller til, hvordan individet håndterer stress. Der findes ikke tal på, i hvilket omfang denne oplevelse af stress påvirker funktionen i dagligdagen, og om der er tale om decideret mistrivsel. Der anvendes mange forskellige mål og spørgsmål for stress, og derfor kan resultaterne på tværs af undersøgelserne i dette afsnit være svære at sammenligne. En del undersøgelser anvender indirekte mål, som søger at indfange stress ved at spørge til oplevelsen af tidspres eller ved at spørge de unge, om de føler, at de har for meget at se til. Disse undersøgelser er ikke medtaget i denne rapport, ligesom vi heller ikke har medtaget biologiske målinger af stress.

4.7.3 Forekomst

Det er svært at sammenligne resultaterne af stress hos børn og unge på tværs af undersøgelser, da der anvendes mange forskellige mål. Desuden findes der ikke nyere undersøgelser af forekomsten af stress blandt 11-15-årige. En række undersøgelser er samlet i **tabel 4.7.1** og heraf fremgår bl.a., at 2-8% af de 11-15-årige og henholdsvis 8-15% af de unge på gymnasiale og erhvervsrettede uddannelser følte sig stresset dagligt, mens henholdsvis 31-40% unge kvinder og 21-27% unge mænd oplevede stress ugentligt.

4.7.4 Køn og alder

Der er kønsforskelle, således at en større andel af piger end drenge oplever at være stressede

→ **TABEL 4.7.1**

Udvalgte resultater fra danske undersøgelser af stress blandt 11-25-årige.

UNDERSØGELSENS NAVN ^A	ALDERSGRUPPE/ KLASSETRIN	OPLEVER OFTE STRESS	OPLEVER NÆSTEN ALTID STRESS
MENTAL SUNDHED 2009 - AT FØLE MAN ER NOGET VÆRD (4)	› 7. klasse	› 23% oplever stress en gang om ugen eller mere	› 2% oplever stress stort set hver dag
UNGESHVERDAG.DK (174)	› 8. klasse	› 42% medium stress ^B	› 4% høj stress ^B
	› 9. klasse	› 46% medium stress ^B	› 8% høj stress ^B
UNDERSØGELSE AF 11-15-ÅRIGES LIVSSTIL OG SUNDHEDSVANER 1997- 2008 (175)	› 11-15-årige	› 38% lidt stressede i hver- dagen	› 4% meget stressede i hverdagen
DEN NATIONALE SUND- HEDSPROFIL 2017 (86)	› 16-24-årige	› 27,2% føler sig ofte nervøs eller stresset (fordelt på 18,2% af unge mænd og 36,3% af unge kvinder)	
DEN NATIONALE SUND- HEDSPROFIL 2017 (86)	› 16-24-årige	› 32% har et højt stressniveau ^C › (fordelt på 23,4% unge mænd og 40,5% unge kvinder)	
UNGDOMSPROFILER 2014 (156)	› 15-25-årige	› 39% på gymnasier og 22% på erhvervsuddannelser føler stress ugentligt	› 12% på gymnasier og 8% på erhvervsuddannelser føler stress dagligt
UNG19 (36)	› De gymnasiale uddannelser (STX, HHX og HTX)	› 40% unge kvinder og 27% unge mænd føler sig stresset ugentligt	› 15% unge kvinder og 8% unge mænd føler sig stresset dagligt
UNG19 EUJ (37)	› Erhvervsskolerne	› 31% unge kvinder og 21% unge mænd føler sig stresset ugentligt	› 10% føler sig stresset dagligt (fordelt på 13% unge kvinder og 8% unge mænd)

^A FOR FLERE DETALJER OM DE OMTALTE UNDERSØGELSER, SE RAPPORTENS APPENDIKS 1.

^B STRESS MÅLT MED EN SAMLET SCORE (0-5 POINTS) KOMBINERET AF STRESSINTENSITET OG STRESSHYPPIGHED: LAV STRESS (0-1 POINTS), MEDIUM STRESS (2-3 POINTS) OG HØJ STRESS (4-5 POINTS).

^C STRESSNIVEAUET MÅLT VED COHENS THE PERCEIVED STRESS SCALE (PSS). PSS ER EN VALIDERET STRESSKALA, SOM ANVENDES I FLERE DANSKE UNDER-
SØGELSER, OG SOM SØGER AT MÅLE INDIVIDETS OPLEVELSE AF STRESS OG EVNE TIL AT HÅNDTERE STRESS (176, 177). HER ER DEFINITIONEN AF HØJT
STRESSNIVEAU DEFINERET PÅ FORHÅND, SOM DE 20%. DER SCORER HØJEST PÅ SKALAEN (84, 178).

(4, 84, 158, 159, 161, 174, 175). Eksempelvis fandt UNG19-undersøgelsen blandt gymnasieelever, at 8% af de unge mænd og 15% af de unge kvinder følte sig stressede dagligt (fordelt på 15% af unge mænd og 19% af unge kvinder på HF, 9% af de unge mænd og 16% af de unge kvinder blandt HTX-elever, 8% af de unge mænd og 15% af de unge kvinder blandt STX-elever og 7% af de unge mænd og 13% af de unge kvinder blandt HHX-elever) (36). Forekomsten af stress i UNG19-undersøgelsen var ikke opgjort i forhold til alder, men kun uddannelsesretning og køn.

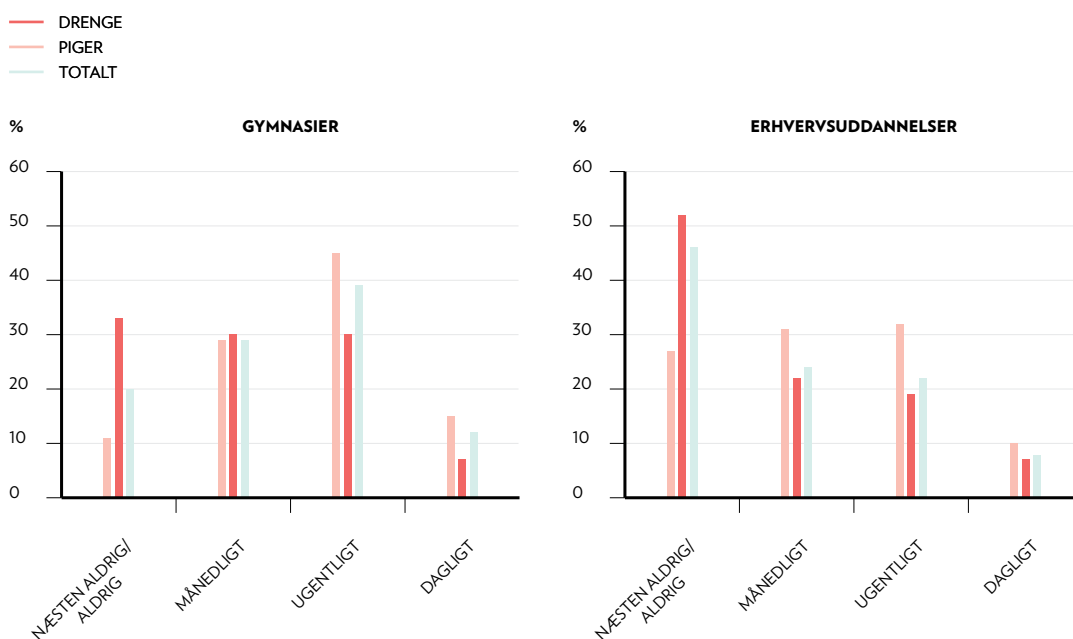
Også i UNG19 EUD var der flere kvindelige (13%) end mandlige (8%) erhvervsskoleelever, der dagligt følte sig stressede (37), og andelen med dagligt stress steg med stigende alder (15-18 år (8%), 19-25 år (11%) og 26+ år (13%)) (37).

I Ungdomsprofilen 2014 blev det også vist, at flere kvindelige (15%) end mandlige gymnasieelever (7%) følte sig stresset dagligt (156) (se **figur 4.7.1**). Ungdomsprofilen 2014 viste desuden, at forekomsten af stress var forskellig på tværs af uddannelsesretning, 12% af gymnasieeleverne og knap 8% af erhvervsskoleeleverne følte sig stresset dagligt (156).

Region Midtjyllands Sundhedsprofil for unge målte 16-24-åriges oplevelse af stress og evne til at håndtere stress med PSS (83). Undersøgelsen viste, at der var flere unge kvinder end mænd i den gruppe på 20%, som scorede højest på stressskalaen. De nyeste tal fra Den Nationale Sundhedsprofil viste, at 40,5% af de unge kvinder og 23,4% af de unge mænd havde et højt stressniveau (84).

→ **FIGUR 4.7.1**

Hyppeghed af stress blandt elever på gymnasier og erhvervsuddannelser fordelt på køn (%), Ungdomsprofilen 2014 (156).



4.7.5 Socioøkonomi

Undersøgelsen Stress blandt unge fra 2006-2007 viste, at stress var forbundet med familiens socioøkonomiske gruppe således, at unge (n=8.000 i 8. klasse og n=5.000 i 9. klasse) fra familier med lav materiel velstand var mere tilbøjelige til at opleve stress end unge fra familier med højere materiel velstand (160).

Region Midtjyllands Sundhedsprofil for unge bekræftede dette fund (83). I undersøgelsen var der en større andel med et højt stressniveau blandt unge med et lavt uddannelsesniveau (38%) og blandt unge uden for arbejdsmarkedet (45%) sammenlignet med den gennemsnitlige forekomst på 20% (83).

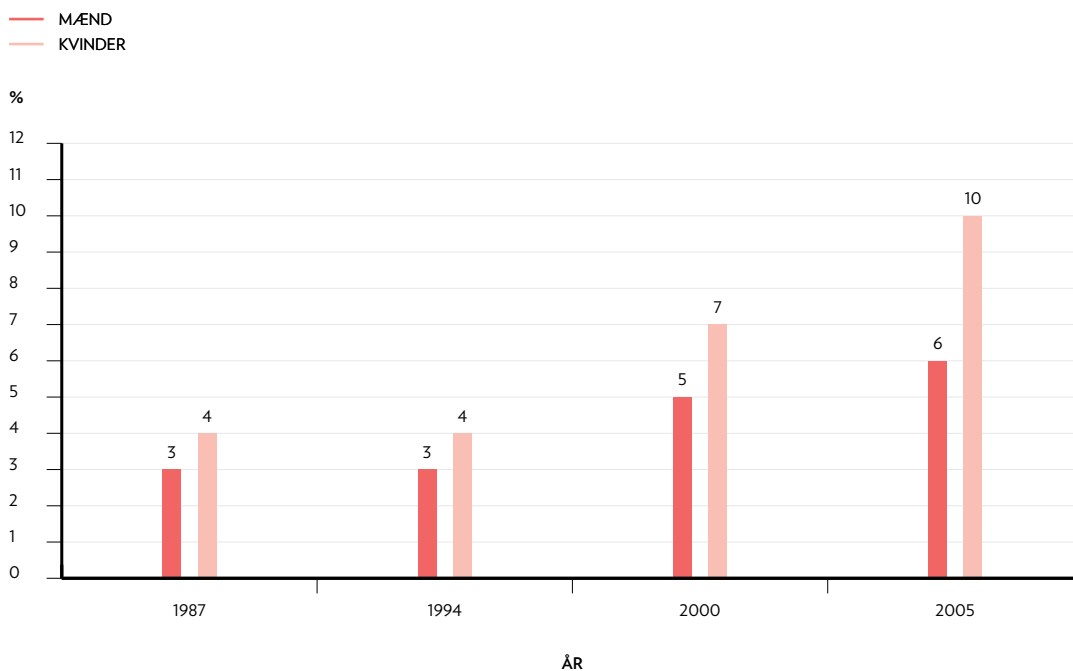
Det samme sociale mønster i højt stressniveau blandt 16-24-årige sås også i Den Nationale Sundhedsprofil fra 2017 (84).

4.7.6 Udvikling over tid

Den Nationale Sundhedsprofil (kaldet for Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen til og med 2005, se appendiks 1) har målt udviklingen af stress blandt 16-24-årige siden 1987 (159). Gennem tiden er der sket ændringer i måden, hvorpå stress måles. Frem til 2005 blev deltagerne spurgt, om de følte sig stressede i dagligdagen (se figur 4.7.2). I 2005 blev spørgsmålet om stress ændret til at omhandle oplevelsen af nervøsitet eller stress. Af figur 4.7.2 ses, at andelen af unge, som ofte føler sig stressede i dagligdagen, er steget i perioden fra 1987 til 2005.

→ FIGUR 4.7.2

Andel af 16-24-årige kvinder og mænd, der ofte føler sig stresset i dagligdagen (%), Den Nationale Sundhedsprofil 1987-2005 (179).



I 1987 var der 3% af de unge mænd, som ofte følte sig stressede i dagligdagen, mens tallet i 2005 var 6%. Blandt de unge kvinder var der i 1987 4%, som ofte følte sig stressede i dagligdagen, mens tallet i 2005 var 10% (159).

Fra 2005 til 2017 sås en markant stigning i andelen af 16-24-årige unge kvinder og mænd, der ofte følte sig nervøse og stressede. I 2005 følte 8% af de unge mænd og ca. 14% af de unge kvinder sig ofte eller meget ofte nervøse eller stressede. I 2017 var det 18% af de unge mænd og 36% af de unge kvinder, der ofte eller meget ofte følte sig nervøse eller stressede (86). Fra 2005 til 2017 sås også en stigning i forekomsten af stress målt med Perceived Stress Scale (PSS) i Den Nationale Sundhedsprofil. Et højt stressniveau blev her defineret ved at tage de 20% blandt mænd og kvinder, der oplevede det højeste stressniveau (PSS>15 for mænd og PSS>17 for kvinder). I 2005 var det 12% af de unge mænd og 22% af de unge kvinder, som havde et højt stressniveau målt med PSS. Dette var i 2010 steget til 18% blandt de unge mænd og 32% blandt de unge kvinder (158). Målingen i 2013 viste et mindre fald i andelen af unge mænd med højt stressniveau og en mindre stigning blandt de unge kvinder, da der her var 16% unge mænd og 33% unge kvinder med højt stressniveau (159). De nyeste tal fra 2017 viste igen en stigning, idet 23,4% af de unge mænd og 40,5% af de unge kvinder oplevede et højt stressniveau målt med PSS. Samlet set er der således sket en markant stigning svarende til næsten en fordobling fra 2005 til 2017 i stressforekomsten målt ved PSS for begge køn (86).

4.8 ANDRE PSYKISKE SYMPTOMER

I dette afsnit beskrives forekomsten af psykiske symptomer blandt børn og unge baseret på selvrapportering om, hvorvidt de har været kede af det, irritable/i dårligt humør, nervøse og/eller nedtrykte.

Afsnittet omfatter forekomsten af selvrapporterede psykiske symptomer fordelt på alder, køn, socioøkonomiske forhold samt udviklingen over tid.

4.8.1 Sammenfatning

Dette afsnit omfatter psykiske symptomer, som det at være ked af det, irritable/i dårligt humør, at føle sig nervøs eller nedtrykt. **Forekomst:** En stor andel af 11-15-årige skoleelever er kede af det (12-40%), irritable/i dårligt humør (32-58%), eller nervøse (26-43%) mindst én gang om ugen – og forskellene i frekvens afhænger af alder og køn. Blandt de lidt ældre unge har 3-11% været kede af det, irritable/i dårligt humør eller nervøs næsten dagligt inden for de seneste seks måneder, og 8-14% angiver, at de har været nedtrykte inden for de seneste 14 dage.

Køn og alder: Forekomsten af psykiske symptomer er højere blandt piger/unge kvinder end blandt drenge/unge mænd. Forekomsten af irritabilitet/dårligt humør øges med alderen. Følelsen af at være ked af det falder med alderen hos 11-15-årige drenge, mens den stiger hos piger i samme aldersgruppe. **Socioøkonomi:** Der ses ikke klare sammenhænge mellem psykiske symptomer og socioøkonomiske forhold. **Udvikling over tid:** Der er ingen entydig udvikling i forekomsten af de psykiske symptomer over tid fra 1984 til 2018, hvilket er interessant, da symptomerne kan være forløbere for psykiske sygdomme. I perioden 2010-2018 ses der udsving over kortere tidsintervaller og særligt en markant stigning i andelen af 15-årige piger med emotionelle symptomer, herunder særligt en stigning i andelen, der angiver at være nervøse i løbet af en uge (fra 23% i 2010 til 43% i 2018). Det ses også en stigning i andelen af 15-årige piger, der oplever irritabilitet/dårligt humør mindst ugentligt (fra 41% i 2010 til 58% i 2018).

4.8.2 Indledning

At føle sig ked af det, irriteret eller i dårligt humør en gang imellem er en naturlig del af børne- og ungdomslivet. Hvis symptomerne er hyppige og vedvarende kan de ikke desto mindre være udtryk for mistrivsel, som kan have konsekvenser for læring og social funktion (180). Mange undersøgelser har gennem de seneste årtier har spurgt børn og unge om disse symptomer. I **tabel 4.8.1** ses en oversigt over udvalgte nyere undersøgelser, som vi inddrager i dette afsnit, samt de spørgsmålsformuleringer, som undersøgelserne anvender. Spørgsmålsformuleringerne i fire af undersøgelser er ens og direkte sammenlignelige (Skolebørnsundersøgelsen 2018, Ungdomsprofilen 2014, UNG19 og UNG19 EUD (se appendiks 1)). Målene i Den Nationale Sundhedsprofil er anderledes, fordi hvert enkelt spørgsmål omhandler flere symptomer.

4.8.3 Forekomst

Ked af det

I Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 angav 12-40% af 11-15-årige elever, afhængig af alder og køn, at de var kede af det mindst én gang ugentligt (35) (se **figur 4.8.1**). Ungdomsprofilen 2014 rapporterede, at 5% på gymnasier og 4% på erhvervsuddannelser havde været kede af det næsten dagligt inden for de seneste seks måneder (156). I UNG19 EUD rapporterede i alt 5% af erhvervsskoleeleverne at have været ked af det næsten hver dag inden for de seneste seks måneder (37), mens tallet i UNG19-undersøgelsen blandt gymnasieelever var 3% i alt (STX 2%, HF 5%, HHX 2%, HTX 3%) (36).

Irritabel/dårligt humør

I Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 svarede ca. hvert tredje eller mere (32-58%, afhængigt af alder og køn, se **figur 4.8.2**) 11-15-årig, at de var irriteret/i dårligt humør mindst én gang om ugen.

I Ungdomsprofilen 2014 blandt unge på gymnasier og erhvervsuddannelser blev det vist, at der på begge typer af uddannelser var knap 6%, som oplevede, at de havde været irriteret/i dårligt humør dagligt inden for de seneste seks måneder (156).

I UNG19 EUD rapporterede i alt 8% af erhvervsskoleeleverne, at de havde været irriteret/i dårligt humør næsten hver dag inden for de seneste seks måneder (unge kvinder 11%, unge mænd 6%) (37).

I UNG19 blandt gymnasieelever rapporterede i alt 4% at være irriteret/dårligt humør (STX 4%, HF 7%, HHX 4%, HTX 5%) (36).

Nervøs

Ungdomsprofilen 2014 viste, at 4% af både gymnasie- og erhvervsskoleelever havde oplevet at være nervøse næsten dagligt inden for de seneste seks måneder (156).

I UNG19 EUD rapporterede i alt 6% af erhvervsskoleeleverne at have været nervøse næsten hver dag inden for de seneste seks måneder (unge kvinder 9%, unge mænd 5%) (37), mens tallet i UNG19-undersøgelsen blandt gymnasieelever var 4% i alt (STX 3%, HF 7%, HHX 3%, HTX 5%) (36).

Nedtrykt

I Den Nationale Sundhedsprofil fra 2017 blandt 16-24-årige angav 8% unge mænd og 14% unge kvinder, at de oplevede at have været meget generede af at være nedtrykte, deprimerede eller ulykkelige inden for de seneste 14 dage (84).

4.8.4 Køn og alder

Ked af det

Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 viste, at flere piger end drenge har været kede af det mindst én gang om ugen (35). **Figur 4.8.1** viser, at der blandt

→ **TABEL 4.8.1**

Oversigt over undersøgelser og spørgsmålsformuleringer anvendt i dette afsnit til belysning af forekomst, fordeling og udvikling over tid i psykiske symptomer.

UNDERSØGELSENS NAVN ^A	ALDERSGRUPPE	SPØRGSMAÅLSFORMULERING
SKOLEBØRNSUNDERSØGELSEN 2018 (35)	› 11, 13 og 15 år	Tænk på de sidste 6 måneder. Hvor ofte har du: › været ked af det › været irriteret/i dårligt humør › været nervøs
UNGDOMSPROFILER 2014 (156)	› 15-25 år	Hvor ofte inden for de seneste 6 måneder har du oplevet at: › være ked af det › være irriteret/i dårligt humør › være nervøs
UNG19 (36)	› De gymnasiale uddannelser	Hvor ofte har du oplevet følgende psykiske symptomer næsten dagligt inden for de seneste 6 måneder: › Ked af det › Irriteret/dårligt humør › Nervøs › Mindst én af de ovenstående symptomer
UNG19 EUD (37)	› Erhvervsskolerne	Hvor tit har du inden for de sidste 6 måneder været: › Ked af det › Irriteret/i dårligt humør › Nervøs
DANSKERNES SUNDHED - DEN NATIONALE SUNDHEDSPROFIL 2017 (84)	› 16-24 år	I hvilket omfang har du inden for de seneste fire uger oplevet dit liv som uforudsigeligt, ukontrollerbart eller belastende, og føler du dig nervøs eller stresset (målt med PSS). Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de 8 nævnte former for smerter og ubehag: Ja, meget generet, ja lidt, nej.

^A FOR FLERE DETALJER OM DE OMTALTE UNDERSØGELSER SE RAPPORTENS APPENDIKS 1.

de 11-årige drenge var 22%, som svarede, at de havde været kede af det mindst en gang om ugen, men at andelen faldt med alderen. For pigernes vedkommende steg andelen, som oplevede at være kede af det mindst en gang om ugen, med stigende alder; fra 32% blandt 11-årige til 40% blandt 15-årige.

Undersøgelsen UNG19 blandt elever på de gymnasiale uddannelser viste også, at en større andel af unge kvinder (8%) end unge mænd (3%) oplevede at være kede af det næsten dagligt inden for de seneste seks måneder. Andelen var højest hos HF-eleverne, hvor 5% unge mænd og 11% unge kvinder angav, at de havde været kede af det næsten dagligt. Lavest lå forekomsten for elever på HHX, hvor 2% af de unge mænd og 5% af de unge kvinder oplevede at være kede af det (36).

Også i UNG19 EUD rapporterede flere unge

kvinder (9%) end unge mænd (3%) at have været kede af det inden for de seneste seks måneder (37).

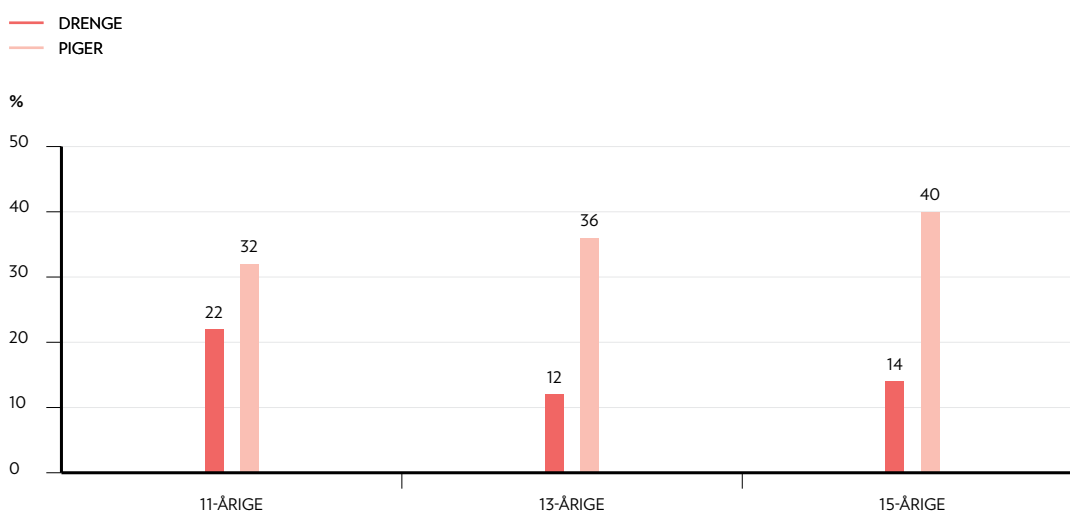
Irritabel/dårligt humør

Af Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 (se figur 4.8.2) fremgår på alle klassetrin en højere forekomst af irritabilitet blandt piger end blandt drenge. Blandt begge køn var der færrest blandt de 11-årige, som oplevede at være irritable eller i dårligt humør, og der var flere blandt de 15-årige, der oplevede dette symptom.

Ungdomsprofilen 2014 og UNG19 EUD viste ligeledes kønsforskelle i forekomsten af dette symptom. I Ungdomsprofilen 2014 var der mere end dobbelt så stor forekomst af irritabilitet/dårligt humør blandt pigerne som blandt drengene (7,4% unge kvinder vs. 2,9% unge mænd på gymnasierne og 11% unge kvinder vs. 4,2% unge mænd på erhvervsskolerne) (156), og i UNG19 EUD

→ FIGUR 4.8.1

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som er kede af det mindst én gang om ugen (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (35).



blandt erhvervsskoleelever var tallet henholdsvis 11% blandt de unge kvinder og 6% blandt de unge mænd (37).

Af UNG19-undersøgelsen fremgik det, at 8% af unge kvinder og 4% af unge mænd på de gymnasiale uddannelser havde været irritable/i dårligt humør næsten dagligt inden for de seneste seks måneder (36). Forekomsten var størst på HF-uddannelserne, hvor 12% af de unge kvinder og 7% af de unge mænd angav iritabilitet/dårligt humør og lavest for HHX-elever, hvor 7% af unge kvinder og 4% af unge mænd angav iritabilitet/dårligt humør (36).

Nervøs

Af figur 4.8.3 ses fordelingen af nervøsitet mindst en gang om ugen fordelt på køn og alder i Skolebørnsundersøgelsen fra 2018. Der var generelt flest piger, der rapporterede at være nervøse mindst en

gang om ugen. Særligt blandt piger sås desuden, at forekomsten steg med stigende alder, hvor fx 31% 11-årige og 42% 13-årige piger var nervøse mindst en gang ugentligt (35).

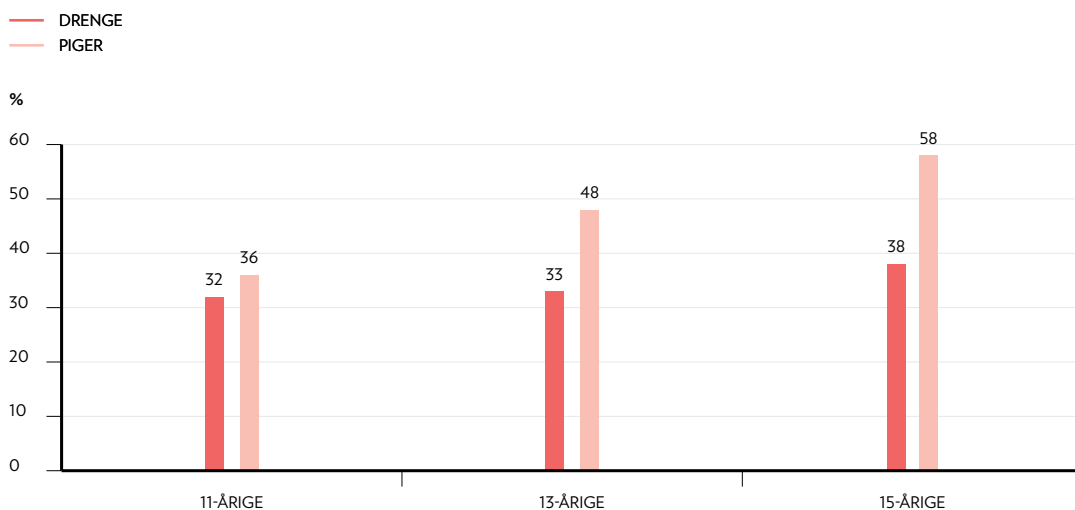
I den seneste Nationale Sundhedsprofil fra 2017 var der også kønsforskelle i forekomsten af nervøsitet. Knap 13% af de 16-24-årige unge kvinder og 6% af de 16-24-årige unge mænd angav at have været meget generede af ubehag fra ængstelse, nervøsitet, uro og angst inden for de seneste 14 dage (84).

I Ungdomsprofilen 2014 var der også en større andel af unge kvinder end unge mænd, der var nervøse næsten dagligt (5,5% unge kvinder vs. 2,0% unge mænd på gymnasierne og 7,3% unge kvinder vs. 3,0% unge mænd på erhvervsskolerne) (156).

I UNG19-undersøgelsen angav ligeledes flere

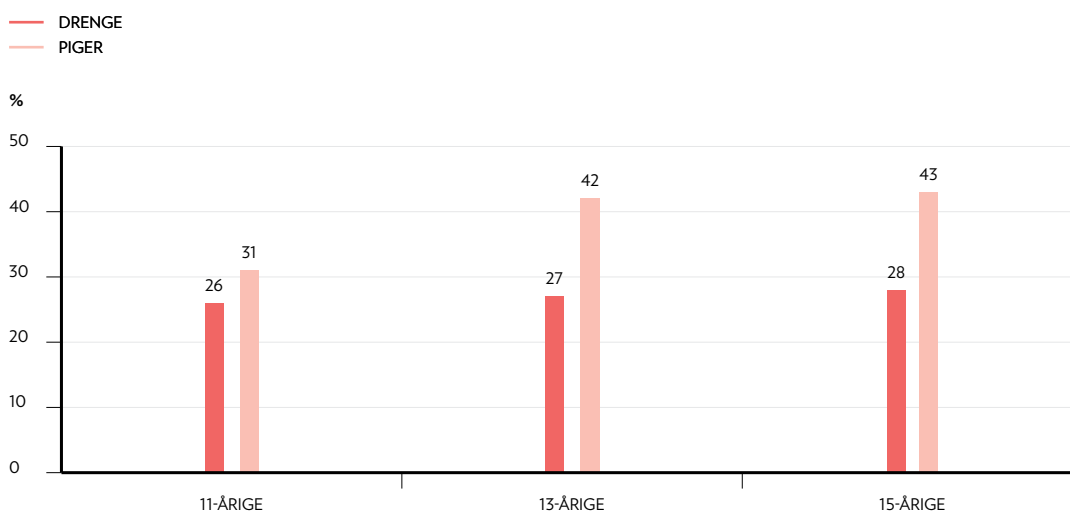
→ FIGUR 4.8.2

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som mindst ugentligt er irritable (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (35).



→ FIGUR 4.8.3

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som er nervøse mindst én gang om ugen (%), Skolebørnsundersøgelsen 2018 (35).



unge kvinder end unge mænd nervøsitet næsten dagligt inden for de seneste seks måneder, 8% af de unge kvinder og 4% af de unge mænd havde været nervøse næsten dagligt inden for de seneste seks måneder (36). Dette var også tilfældet i UNG19 EUD-undersøgelsen, hvor henholdsvis 9% unge kvinder og 5% unge mænd på erhvervsskolerne angav at have været nervøse næsten hver dag inden for de seneste seks måneder (37).

Nedtrykt

Den Nationale Sundhedsprofil blandt 16-24-årige fra 2017 viste, at flere unge kvinder (14,1%) end unge mænd (7,5%) havde følt sig nedtrykte, deprimerede eller ulykkelige inden for de seneste 14 dage (84).

4.8.5 Socioøkonomi

Ked af det

Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 viste ingen so-

cialle forskelle hos de børn, der angav at være kedede af det mindst én gang ugentligt (børn og unge med forældre i henholdsvis høj socialgruppe: 27%, middel socialgruppe: 25% og lav socialgruppe: 27%) (35).

Irritabel/dårligt humør

Skolebørnsundersøgelsen fra 2018 viste ingen sociale forskelle i forekomsten af irritabilitet/dårligt humør mindst ugentligt blandt 11-15-årige skolebørn (børn og unge med forældre i henholdsvis høj socialgruppe: 42%, middel socialgruppe: 40% og lav socialgruppe: 40%) (35).

Nervøs

I forhold til socioøkonomisk gruppe var der en svagt stigende forekomst af nervøsitet med faldende socioøkonomisk gruppe, men forskellene var ikke signifikante (børn og unge med forældre i henholdsvis høj socialgruppe: 32%, middel socialgruppe: 32% og lav socialgruppe: 39%) (35).

Nedtrykt

Der er ikke gennemført undersøgelser, der sammenholder nedtrykthed hos børn og unge med forældrenes uddannelsesniveau, og dette aspekt kan derfor ikke belyses i denne rapport.

Emotionelle symptomer samlet

I Skolebørnsundersøgelsen har man blandt 11-15-årige i perioden 1991-2014 (n=31.169) bl.a. undersøgt sammenhængen mellem emotionelle symptomer (fx at være ked af det, være irriteret eller være nervøs) og forældrenes socioøkonomiske status. Her fandt man, at der i dag ikke er klare sammenhænge mellem emotionelle symptomer og socioøkonomiske forhold. Det har der været tidligere, men uligheden er i forekomsten er mindsket de seneste år, fordi forekomsten har været stigende især i højere socialgrupper (181).

4.8.6 Udvikling over tid

Ked af det

I Skolebørnsundersøgelsen ses ikke nogen klar tendens over de seneste godt 30 år i antallet af børn og unge, som er kede af det. Af **figur 4.8.4** fremgår, at der i perioder har været både stigende og faldende forekomster.

Irritabel/dårligt humør

Udviklingen over tid i andelen af børn og unge, som svarer, at de føler sig irriteret eller i dårligt humør mindst én gang om ugen går lidt op og ned (se **figur 4.8.5**). Af Skolebørnsundersøgelsen fremgår det, at blandt de 11-årige var der fx 42% af drengene og 41% af pigerne, der oplevede dette symptom mindst ugentligt i 1988, mens det gjaldt for 25% af drengene og 27% af pigerne i 2010 (182). Siden 2010 er der igen sket en stigning i andelen af børn og unge, som føler sig irriteret eller i dårligt humør mindst en gang om ugen. I 2018 angav 32% af de 11-årige drenge og 36% af

de 11-årige piger, at de mindst en gang om ugen følte sig irriteret eller i dårligt humør. Den største stigning ses blandt de 15-årige piger, hvor der i 2010 var 41%, der oplevede irriteret og dårligt humør mindst ugentligt sammenlignet med 58% i 2018 (35).

Nervøs

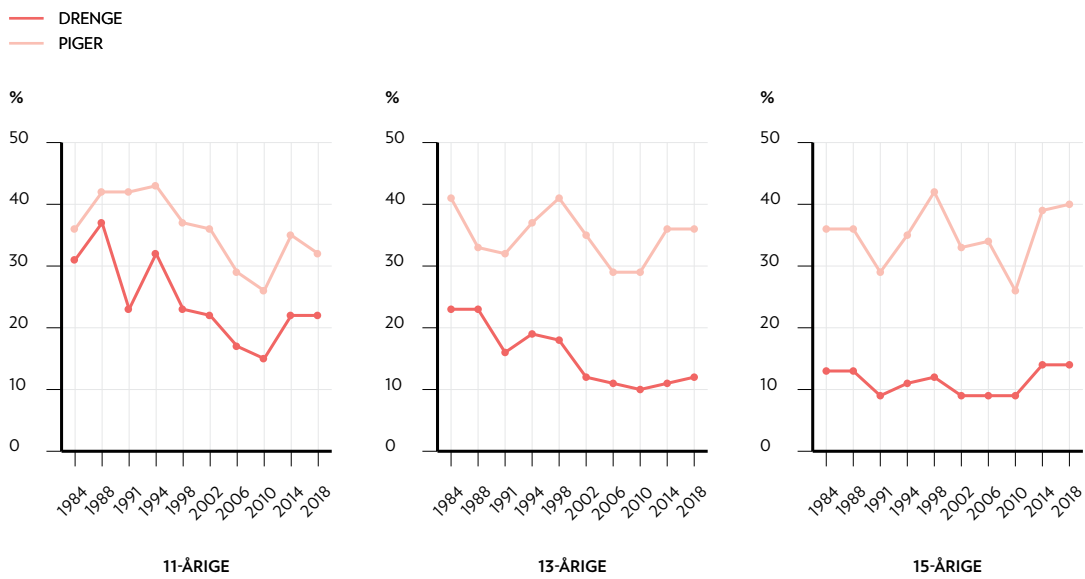
Vedrørende nervøsitet har Skolebørnsundersøgelsen vist, at forekomsten af nervøsitet ugentligt har været nogenlunde stabil blandt store skolebørn fra 1988 til 2010 (182). Herefter sås frem til 2018 en stigning i forekomsten af ugentlig nervøsitet, fx fra 23% i 2010 til 43% i 2018 blandt 15-årige piger, som oplevede at være nervøse mindst en gang ugentligt (se **figur 4.8.6**) (35).

Nedtrykt

Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne og afløseren, Den Nationale Sundhedsprofil, viste en svag stigning i andelen af 16-24-årige med meget generende ubehag fra nedtrykthed i perioden fra 1987 til 2005. Dette gjaldt både for unge mænd og kvinder. Når der fokuseres på udviklingen i perioden 2010-2017, har forekomsten af nedtrykthed været stigende, især i perioden 2013-2017. I 2013 var det 5% af de unge mænd og 10% af de unge kvinder, der var meget generede af at være nedtrykte, deprimerede eller uheldige, mens tallet i 2018 var 8% af de unge mænd og 14% af de unge kvinder (84). I Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen og Den Nationale Sundhedsprofil blev dataindsamlingsmetoden ændret fra personlige interview i perioden 1987-2005 til selvadministrerede spørgeskemaer i 2010 og 2013 (159, 179). Det er således ikke muligt at sige noget om udviklingen over hele perioden.

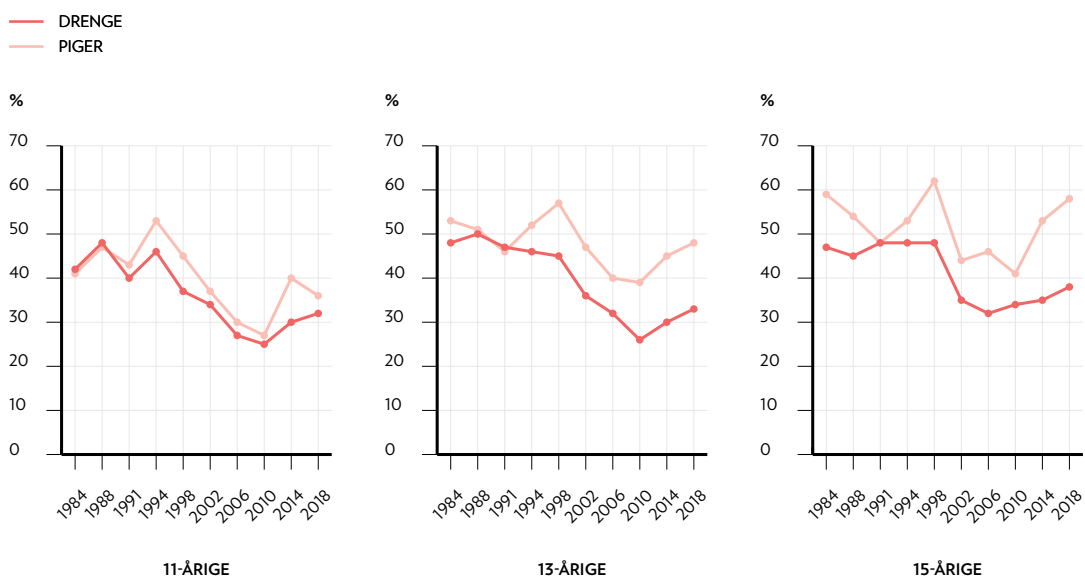
→ FIGUR 4.8.4

Udvikling over tid i andelen af 11-15-årige piger og drenge, som svarer, at de er kede af det mindst én gang om ugen (%), Skolebørnsundersøgelsen 1984-2018 (35).



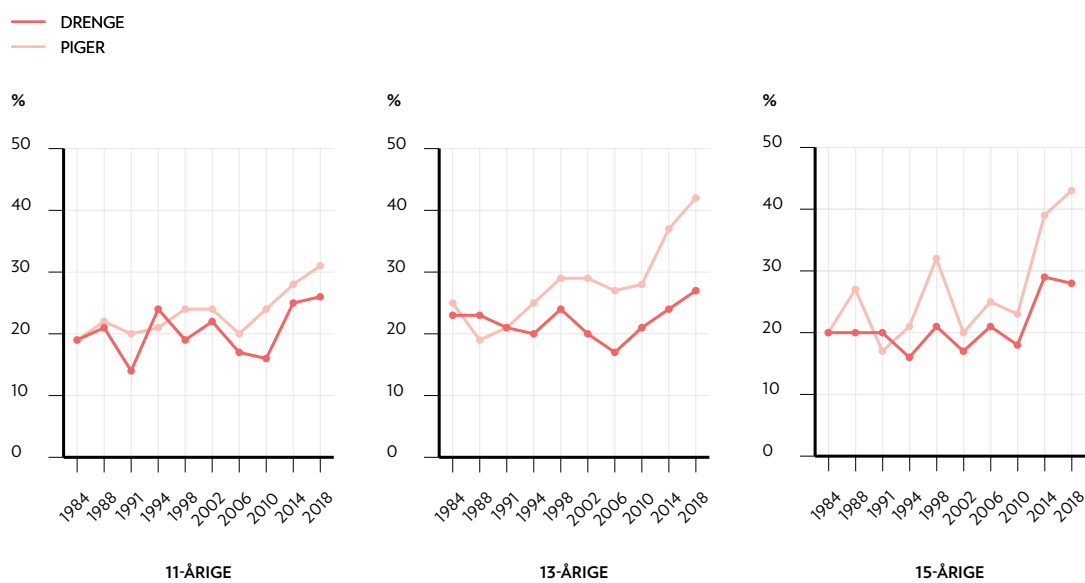
→ FIGUR 4.8.5

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som svarer, at de er irritable eller i dårligt humør mindst én gang om ugen (%), Skolebørnsundersøgelsen 1984-2018 (35).



→ **FIGUR 4.8.6**

Andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som svarer, at de er nervøse mindst én gang om ugen (%), Skolebørnsundersøgelsen 1984-2018 (35).



4.9 LITTERATUR

1. Holstein BE, Damsgaard MT, Henriksen PW, Kjær C, Meilstrup C, Melaussen MK, et al. Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige: Bidrag til belysning af skolebørns mentale sundhed. København. Sundhedsstyrelsen 2011. p. 1–78.
2. Haugland S, Wold B. Subjective health complaints in adolescence - Reliability and validity of survey methods. *J Adolesc* 2001;24(5):611–24.
3. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Torsheim T, Hetland J, Freeman J, Danielson M, et al. An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *Eur J Public Health* 2008;18(3):294–9.
4. Hansen SG (red.). Mental sundhed 2009: at føle man er noget værd. 1. oplag. København: Børnerådet 2009. p. 1–48.
5. West DA, Kellner R, Moore-West M. The effects of loneliness: A review of the literature. *Compr Psychiatry* 1986;27(4):351–63.
6. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, et al. Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry* 2018;5(7):591–604.
7. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clin Psychol Rev* 2006;26(6):695–718.
8. Lasgaard M, Friis K. Ensomhed i befolkningen: Forekomst og metodiske overvejelser. Tema-analyse, vol. 3, Hvordan har du det? Aarhus. CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling 2015.
9. Pyle E, Evans D. Loneliness - What characteristics and circumstances are associated with feeling lonely? *Off Natl Stat* 2018;1–19.
10. Qualter P, Vanhalst J, Harris R, Van Roekel E, Lodder G, Bangee M, et al. Loneliness Across the Life Span. *Perspect Psychol Sci* 2015;10(2):250–64.
11. Russel D. The Measurement of Loneliness: Loneliness. In: Peplau L, Perlman D, editors. *A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York. John Wiley & Sons 1982. p. 81–104.
12. Rotenberg KJ. Introduction: Childhood and Adolescent Loneliness. In: *Loneliness in Childhood and Adolescence*. Cambridge. Cambridge University Press 1999. p. 409.
13. Van Staden W, Coetzee K. Conceptual relations between loneliness and culture. *Curr Opin Psychiatry* 2010;23(6):524–9.
14. Højlund H. Ældre og ensomhed: En oversigt over teori og forskning. Hellerup: Skriftserien nr. 6, Gerontologisk Institut 2001. p. 36.
15. van Dulmen MHM, Goossens L. Loneliness trajectories. England. *J of adolesc* 2013;36:1247–9.
16. Brennan T. Loneliness at adolescence. In: Peplau L, Perlman D, editors. *A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York. John Wiley & Sons 1982. p. 269–90.

17. Fischer C, Philips S. Who is alone? Social characteristics of people with small networks. In: Peplau L, Perlman D, editors. *A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York. John Wiley & Sons 1982.
18. Qualter P, Brown SL, Rotenberg KJ, Vanhalst J, Harris RA, Goossens L, et al. Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: Predictors and health outcomes. *J Adolesc* 2013;36(6):1283–93.
19. Ladd GW, Ettekal I. Peer-related loneliness across early to late adolescence: Normative trends, intra-individual trajectories, and links with depressive symptoms. *J Adolesc* 2013;36(6):1269–82.
20. Harris RA, Qualter P, Robinson SJ. Loneliness trajectories from middle childhood to pre-adolescence: Impact on perceived health and sleep disturbance. *J Adolesc* 2013;36(6):1295–304.
21. Goosby BJ, Bellatorre A, Walsemann KM, Cheadle JE. Adolescent loneliness and health in early adulthood. *Sociol Inq* 2013;83(4):505–36.
22. Jones AC, Schinka KC, van Dulmen MHM, Bossarte RM, Swahn MH. Changes in Loneliness during Middle Childhood Predict Risk for Adolescent Suicidality Indirectly through Mental Health Problems. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2011;40(6):818–24.
23. Schinka KC, Van Dulmen MHM, Mata AD, Bossarte R, Swahn M. Psychosocial predictors and outcomes of loneliness trajectories from childhood to early adolescence. *J Adolesc* 2013;36(6):1251–60.
24. Matthews T, Danese A, Gregory AM, Caspi A, Moffitt TE, Arseneault L. Sleeping with one eye open: Loneliness and sleep quality in young adults. *Psychol Med* 2017;47(12):2177–86.
25. Stickley A, Koyanagi A, Kuposov R, Blatný M, Hrdlička M, Schwab-Stone M, et al. Loneliness and its association with psychological and somatic health problems among Czech, Russian and U.S. adolescents. *BMC Psychiatry* 2016;16(1):128.
26. Caspi A, Harrington HL, Moffitt TE, Milne BJ, Poulton R. Socially isolated children 20 years later: Risk of cardiovascular disease. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160(8):805–11.
27. Juvonen J, Nishina A, Graham S. Peer harassment, psychological adjustment, and school functioning in early adolescence. *J Educ Psychol* 2000;92(2):349–59.
28. Benner AD. Latino Adolescents' Loneliness, Academic Performance, and the Buffering Nature of Friendships. *J Youth Adolesc* 2011;40(5):556–67.
29. Ottosen MH, Andreasen AG, Dahl KM, Hestbæk A-D, Lausten M, Rayce SB. Børn og unge i Danmark: Velfærd og trivsel 2018. København. VIVE - Det nationale forsknings- og analysecenter for Velfærd 2018. p. 7–247. Available from: <http://www.sfi.dk/rapporTOPlysninger-4681.aspx?Action=1&NewsId=4537&PID=9267>
30. Lasgaard M, Christiansen J, Friis K. Ensomhed blandt unge. Temaanalyse, vol. 7, Hvordan har du det? Aarhus. DEFACTUM 2019.

31. Asher SR, Paquette JA. Loneliness and peer relations in childhood. *Curr Dir Psychol Sci* 2003;12(3):75–8.
32. Ekmann A, Eriksen L, Flensburg-Madsen T, Hansen K, Nielsen S, Willadsen S. Ensomhed – et kvantitativt og kvalitativt studie af ensomheds effekt på helbred blandt danske skoleelever. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet 2002.
33. Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Res Aging* 2004;26(6):655–72.
34. Upublicerede dataudtræk fra Styrelsen for It og Læring, analyseret af Katrine Svendsen og Carsten Obel, Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet 2020.
35. Rasmussen M, Kierkegaard L, Rosenwein SV, Holstein BE, Damsgaard MT, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2018. Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2019.
36. Pisinger V, Thorsted A, Jezek A, Jørgensen A, Christensen A, Thygesen L. UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2019.
37. Ringgaard LW, Heinze C, Andersen NBS, Hansen GIL, Hjort AV, Klinker CD. UNG19 - Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019. Steno Diabetes Center Copenhagen 2020. Available from: www.sdcc.dk
38. Lasgaard M, Kristensen N. Ensom i gymnasieskolen: En landsdækkende undersøgelse af ensomhed hos unge på de almen- og erhvervsgymnasiale uddannelser. København. Ventilen 2009.
39. Bendtsen P, Mikkelsen SS, Tolstrup JS. Ungdomsprofilen 2014. Sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt elever på ungdomsuddannelser. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2015. p. 1–62.
40. Mahon NE, Yarcheski A, Yarcheski TJ, Cannella BL, Hanks MM. A meta-analytic study of predictors for loneliness during adolescence. *Nurs Res* 2006;55(5):308–15.
41. Lasgaard M. Ensomhed blandt andre: En psykologisk undersøgelse af ensomhed hos unge i Danmark. Aarhus. Ventilen 2010.
42. Aaen S, Nielsen GA. Trivsel, sundhed og sundhedsvaner blandt 16-20 årige i Danmark. København. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen 2006.
43. Madsen KR, Holstein BE, Damsgaard MT, Rayce SB, Jespersen LN, Due P. Trends in social inequality in loneliness among adolescents 1991–2014. *J Public Health* 2019;41(2):e133–40.

44. OECD. PISA 2015 Results (Volume III): Students' Well-Being. Paris. OECD Publishing 2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264273856-en>[http://www.bioone.org/perlserv/?request=get-abstract&doi=10.1662%2F0002-7685\(2006\)68%5B197%3ATIOTTN%5D2.0.CO%3B2](http://www.bioone.org/perlserv/?request=get-abstract&doi=10.1662%2F0002-7685(2006)68%5B197%3ATIOTTN%5D2.0.CO%3B2)
45. Undervisningsministeriet. Fakta om mobning: Hvad er mobning?. 1999. Available from: <http://static.uvm.dk/Publikationer/1999/mobning/3.htm>
46. Mårtensson BD, Pedersen T. AKT-håndbogen. 2009.
47. Rasmussen M, Pedersen TP, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2014. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2015.
48. Klomek AB, Sourander A, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, Moilanen I, et al. Childhood bullying as a risk for later depression and suicidal ideation among Finnish males. *J Affect Disord* 2008;109(1-2):47-55.
49. Sigurdson JF, Undheim AM, Wallander JL, Lydersen S, Sund AM. The long-term effects of being bullied or a bully in adolescence on externalizing and internalizing mental health problems in adulthood. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2015;9:42.
50. Ottosen MH, Andersen D, Dahl KM, Hansen AT, Lausten M, Østergaard SV. Børn og unge i Danmark : Velfærd og trivsel 2014. København. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2014. p. 1-247.
51. Landstedt E, Persson S. Bullying, cyberbullying, and mental health in young people. *Scand J Public Health* 2014;42(4):393-9.
52. Tsitsika A, Janikian M, Wójcik S, Makaruk K, Tzavela E, Tzavara C, et al. Cyberbullying victimization prevalence and associations with internalizing and externalizing problems among adolescents in six European countries. *Comput Human Behav* 2015;51.
53. Lien L, Green K, Welander-Vatn A, Bjertness E. Mental and somatic health complaints associated with school bullying between 10th and 12th grade students; results from cross sectional studies in Oslo, Norway. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2009;5:6.
54. Krusell MK, Hohwü L, Bjereld Y, Madsen KB, Obel C. The impact of childhood bullying on the daily lives of Nordic children and young adolescents. *Acta Paediatr* 2019;108(6):1096-102.
55. Aarhus Universitet. Analyser baseret på udtræk fra Styrelsen for It og Læring (STIL) 2019. Analyseret af Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Institut for Folkesundhed ved Aarhus Universitet (Katrine Svendsen og Carsten Obel). 2020.
56. Børnerådet. Folkeskoleoplevelser og valg af ungdomsuddannelse. 2013. Available from: https://www.boerneraadet.dk/media/5266/Analyse_Folkeskoleoplevelser-og-valg-af-ungdomsuddannelser-09-2013.pdf

57. Nielsen JC, Sørensen NU ON. Når det er svært at være ung i Danmark – unges trivsel og mistrivsel. København. Center for Ungdomsforskning 2010.
58. Børnerådet. Børneindblik: Unges erfaringer med digital modning. 2017.
59. Undervisningsministeriet. Elevfravær, karakterer og overgang til/status på ungdomsuddannelsen. 2014. Available from: <https://www.uvm.dk/-/media/filer/uvm/udd/folke/pdf14/dec/141208-elevfravaer-karakter-og-overgang-til-status-paa-ungdomsudd.pdf>
60. Børne- og Undervisningsministeriet. Trivsel og fravær i folkeskolen. 2016.
61. Kearney CA. An Interdisciplinary Model of School Absenteeism in Youth to Inform Professional Practice and Public Policy. *Educ Psychol Rev* 2008;20(3):257–82.
62. Retsinformation.dk. Bekendtgørelse om elevs fravær fra undervisningen i folkeskolen. 2019. p. BEK nr 1063. Available from: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/1063>
63. Børne- og Undervisningsministeriet. Undersøgelse af hjemmeundervisning, fravær og børn uden for undervisningstilbud. 2018. Available from: <https://uvm.dk/publikationer/folkeskolen/2018-undersogelse-af-hjemmeundervisning--fravaer-og-boern-uden-for-undervisningstilbud>
64. Børne- og Undervisningsministeriet. Elevfravær for folkeskolens elever. 2019. Available from: <https://www.uvm.dk/statistik/grundskolen/elever/elevfravaer>
65. Blaauw BA, Dyb G, Hagen K, Holmen TL, Linde M, Wentzel-Larsen T, et al. Anxiety, depression and behavioral problems among adolescents with recurrent headache: the Young-HUNT study. *J Headache Pain* 2014;15(1):38.
66. Gilman DK, Palermo TM, Kabbouche MA, Hershey AD, Powers SW. Primary headache and sleep disturbances in adolescents. *Headache* 2007;47(8):1189–94.
67. Kröner-Herwig B, Gassmann J. Headache disorders in children and adolescents: their association with psychological, behavioral, and socio-environmental factors. *Headache* 2012;52(9):1387–401.
68. Milde-Busch A, Boneberger A, Heinrich S, Thomas S, Kühnlein A, Radon K, et al. Higher prevalence of psychopathological symptoms in adolescents with headache. A population-based cross-sectional study. *Headache* 2010;50(5):738–48.
69. Powers SW, Gilman DK, Hershey AD. Headache and psychological functioning in children and adolescents. *Headache* 2006;46(9):1404–15.
70. Stensland SØ, Dyb G, Thoresen S, Wentzel-Larsen T, Zwart J-A. Potentially traumatic interpersonal events, psychological distress and recurrent headache in a population-based cohort of adolescents: the HUNT study. *BMJ Open* 2013;3(7).

71. Ayonrinde OT, Ayonrinde OA, Adams LA, Sanfilippo FM, O' Sullivan TA, Robinson M, et al. The relationship between abdominal pain and emotional wellbeing in children and adolescents in the Raine Study. *Sci Rep* 2020;10(1):1646.
72. Campo J V, Di Lorenzo C, Chiappetta L, Bridge J, Colborn DK, Gartner JCJ, et al. Adult outcomes of pediatric recurrent abdominal pain: do they just grow out of it? *Pediatrics* 2001;108(1):E1.
73. Chitkara DK, Rawat DJ, Talley NJ. The epidemiology of childhood recurrent abdominal pain in Western countries: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005;100(8):1868–75.
74. Hotopf M, Carr S, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study. *BMJ* 1998;316(7139):1196–201.
75. Huntley ED, Campo J V, Dahl RE, Lewin DS. Sleep characteristics of youth with functional abdominal pain and a healthy comparison group. *J Pediatr Psychol* 2007;32(8):938–49.
76. Rajindrajith S, Zeevenhooven J, Devanarayana NM, Perera BJC, Benninga MA. Functional abdominal pain disorders in children. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2018;12(4):369–90.
77. Korterink JJ, Diederik K, Benninga MA, Tabbers MM. Epidemiology of pediatric functional abdominal pain disorders: A meta-analysis. *PLoS One* 2015;10(5):1–17.
78. Boronat AC, Ferreira-Maia AP, Matijasevich A, Wang YP. Epidemiology of functional gastrointestinal disorders in children and adolescents: A systematic review. *World J Gastroenterol* 2017;23(21):3915–27.
79. Rask C, Bonvanie I, Garralda E. Risk and Protective Factors and Course of Functional Somatic Symptoms in Young People. In: *Understanding Uniqueness and Diversity in Child and Adolescent Mental Health*. Academic Press 2018.
80. Sundhedsstyrelsen. Fakta om funktionelle lidelser. 2020. Available from: <https://www.sst.dk/da/viden/funktionelle-lidelser/fakta-om-funktionelle-lidelser>
81. Nurko S, Di Lorenzo C. Functional abdominal pain: Time to get together and move forward. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;47(5):679–80.
82. Thomsen RW, Öztürk B, Pedersen L, Nicolaisen SK, Petersen I, Olsen J, et al. Hospital Records of Pain, Fatigue, or Circulatory Symptoms in Girls Exposed to Human Papillomavirus Vaccination: Cohort, Self-Controlled Case Series, and Population Time Trend Studies. *Am J Epidemiol* 2020;189(4):277–85.
83. Ankersen PV, Poulsen S, Schnohr C, Nielsen AL, Hjortbak MR, Larsen FB. Hvordan har du det? 2010: Sundhedsprofil fore region og kommuner - unge. Aarhus. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling 2011.

84. Jensen H, Davidsen M, Ekholm O, Christensen A. Danskernes Sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København. Sundhedsstyrelsen 2018. p. 3–121. Available from: <https://www.sst.dk/-/media/EAB50E1A9D-D84D1D822308CE397AD19D.ashx>
85. Holstein BE, Andersen A, Denbæk AM, Johansen A, Michelsen SI, Due P. Short communication: Persistent socio-economic inequality in frequent headache among Danish adolescents from 1991 to 2014. *Eur J Pain* 2018;22(5):935–40.
86. Sundhedsstyrelsen. Danskernes sundhed. Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil. danskernesundhed.dk. 2017.
87. Andersen A, Christensen A, Holstein B. Lægemiddelforbrug i kapitlet Sundhedsadfærd. In: Skolebørnsundersøgelsen 2010. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2011.
88. Holstein BE, Denbæk AM, Andersen A, Due P. Persistent social inequality in medicine use for headache among adolescents in Denmark 1991–2014. *Res Soc Adm Pharm* 2018;15(4):465–8.
89. Thomas CP, Conrad P, Casler R, Goodman E. Trends in the use of psychotropic medications among adolescents, 1994 to 2001. *Psychiatr Serv* 2006;57(1):63–9.
90. Rauch E, Lagler FB, Herkner H, Gall W, Saueremann R, Hetz S, et al. A survey of medicine use in children and adolescents in Austria. *Eur J Pediatr* 2018;177(10):1479–87.
91. Gobina I, Välimaa R, Tynjälä J, Villberg J, Villerusa A, Iannotti RJ, et al. The medicine use and corresponding subjective health complaints among adolescents, a cross-national survey. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2011;20(4):424–31.
92. Hansen EH, Holstein BE, Due P, Currie CE, Yahni CZ, Laplante S. International survey of self-reported medicine use among adolescents. *Ann Pharmacother* 2003;37(3):361–6.
93. Furu K, Skurtveit S, Rosvold EO. Self-reported medical drug use among 15-16 year-old adolescents in Norway. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005;125(20):2759–61.
94. Okkels N, Vernal DL, Jensen SOW, McGrath JJ, Nielsen RE. Changes in the diagnosed incidence of early onset schizophrenia over four decades. *Acta Psychiatr Scand* 2013;127(1):62–8.
95. Vernacchio L, Kelly J, Kaufman D, Mitchell A. Medication use among children <12 years of age in the United States: Results from the Slone Survey. *Pediatr* 2009;(124):446–54.
96. Holstein BE, Andersen A, Fotiou A, Gobina I, Godeau E, Hansen EH, et al. Adolescents' medicine use for headache: Secular trends in 20 countries from 1986 to 2010. *Eur J Public Health* 2015;25:76–9.
97. Hartz I, Furu K, Bratlid T, Handal M, Skurtveit S. Hypnotic drug use among 0–17 year olds during 2004–2011: A nationwide prescription database study. *Scand J Public Health* 2012;40(8):704–11.

98. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, De Andrés AL, De Miguel ÁG. Medication consumption in the Spanish paediatric population: Related factors and time trend, 1993-2003. *Br J Clin Pharmacol* 2009;68(3):455-61.
99. Holstein BE, Andersen A, Due P, Hansen EH. Children's and adolescents' use of medicine for aches and psychological problems: secular trends from 1988 to 2006. *Ugeskrift for Laeger* 2009;171(1-2):24-8.
100. Du Y, Knopf H. Self-medication among children and adolescents in Germany: Results of the national health survey for children and adolescents (KiGGS). *Br J Clin Pharmacol* 2009;68(4):599-608.
101. Wu LT, Pilowsky DJ, Patkar AA. Non-prescribed use of pain relievers among adolescents in the United States. *Drug Alcohol Depend* 2008;94(1-3):1-11.
102. Högberg L, Oke T, Geli P, Lundborg CS, Cars O, Ekdahl K. Reduction in outpatient antibiotic sales for pre-school children: Interrupted time series analysis of weekly antibiotic sales data in Sweden 1992-2002. *J Antimicrob Chemother* 2005;56(1):208-15.
103. Albers L, von Kries R, Heinen F, Straube A. Headache in School Children: Is the Prevalence Increasing? *Curr Pain Headache Rep* 2015;19(4).
104. Koushede V, Holstein BE, Andersen A, Hansen EH. Stress and medicine use for headache: does sense of coherence modify the association? *Eur J Public Health* 2011;21(5):656-61.
105. Brayfield A. The complete drug reference (39th ed.). Brayfield A, editor. London. Pharmaceutical Press 2017.
106. Diener HC, Limmroth V. Medication-overuse headache: A worldwide problem. *Lancet Neurol* 2004;3(8):475-83.
107. Wiendels NJ, van der Geest MC, Neven AK, Ferrari MD, Laan LA. Chronic daily headache in children and adolescents. *Headache* 2005;45(1):678-83.
108. Townsend E, Hawton K, Harriss L, Bale E, Bond A. Substances used in deliberate self-poisoning 1985-1997: Trends and associations with age, gender, repetition and suicide intent. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36(5):228-34.
109. Hansen DL, Hansen EH, Holstein BE. Using analgesics as tools: Young women's treatment for headache. *Qual Health Res* 2008;18(2):234-43.
110. Andersen A, Holstein BE, Due P, Hansen EH. Medicine use for headache in adolescence predicts medicine use for headache in young adulthood. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009;18(7):619-23.
111. Allotey P, Reidpath DD, Elisha D. "Social medication" and the control of children: A qualitative study of over-the-counter medication among Australian children. *Pediatrics* 2004;114(3).
112. Lee DH, Holstein BE, Hansen HE. "I'd rather not take it, but...": Young women's perceptions of medicines. *Qual Health Res* 2009;19(6):829-39.

113. Vuckovic N. Fast Relief: Buying Time with Medications. *Med Anthropol Q* 1999;13(1):51–68.
114. Borup IK, Andersen A, Holstein BE. Re-visit to the school nurse and adolescents' medicine use. *Health Educ J* 2011;70(3):274–84.
115. Due P, Hansen EH, Merlo J, Andersen A, Holstein BE. Is victimization from bullying associated with medicine use among adolescents? A nationally representative cross-sectional survey in Denmark. *Pediatrics* 2007;120(1):110–7.
116. Italia S, Brüske I, Heinrich J, Berdel D, von Berg A, Lehmann I, et al. A longitudinal comparison of drug use among 10-year-old children and 15-year-old adolescents from the German GINIplus and LISApplus birth cohorts. *Eur J Clin Pharmacol* 2016;72(3):301–10.
117. Hansen DL, Hansen EH, Holstein BE. Young women's use of medicines: Autonomy and positioning in relation to family and peer norms. *Health* 2009;13(4):467–85.
118. Crouch BI, Caravati EM, Booth J. Trends in child and teen nonprescription drug abuse reported to a regional poison control center. *Am J Heal Pharm* 2004;61(12):1252–7.
119. Wilson KM, Singh P, Blumkin AK, Dallas L, Klein JD. Knowledge gaps and misconceptions about over-the-counter analgesics among adolescents attending a hospital-based clinic. *Acad Pediatr* 2010;10(4):228–32.
120. Holstein BE, Andersen A, Krølner R, Due P, Hansen EH. Young adolescents' use of medicine for headache: Sources of supply, availability and accessibility at home. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2008;17(4):406–10.
121. Andersen A, Krølner R, Holstein BE, Due P, Hansen EH. Medicine use among 11- and 13-year-olds: Agreement between parents' reports and children's self-reports. *Ann Pharmacother* 2007;41(4):581–6.
122. Tulinus D. Skolebørns symptomrelaterede lægemiddelanvendelse (speciale). København 2004.
123. Gobina I, Villberg J, Villerusa A, Välimaa R, Tynjälä J, Ottova-Jordan V, et al. Self-reported recurrent pain and medicine use behaviours among 15-year olds: results from the international study. *Eur J Pain* 2015;19(1):77–84.
124. Andersen A, Holstein BE, Bertsson L, Hansen EH. Parental symptoms and children's use of medicine for headache: Data reported by parents from five Nordic countries. *Int J Public Health* 2012;57(1):217–23.
125. Lund L, Michelsen SI, Andersen A, Lund L, Michelsen SI, Andersen A. Trivsel og hverdagsliv blandt børn og unge med kronisk sygdom. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2019.
126. Upublicerede dataudtræk fra Trivsel på Trods 2016, analyseret af Anette Andersen, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2019.
127. Holstein BE, Hansen EH, Due P. Social class variation in medicine use among adolescents. *Eur J Public Health* 2004;14(1):49–52.
128. Matricciani L, Olds T, Petkov J. In search of lost sleep: secular trends in the sleep time of school-aged children and adolescents. *Sleep Med Rev* 2012;16(3):203–11.

129. Olds T, Blunden S, Petkov J, Forchino F. The relationships between sex, age, geography and time in bed in adolescents: A meta-analysis of data from 23 countries. *Sleep Med Rev* 2010;14(6):371–8.
130. Smaldone A, Honig JC, Byrne MW. Sleepless in America: Inadequate sleep and relationships to health and well-being of our nation's children. *Pediatrics* 2007;119(suppl. 1):29–37.
131. Stein MA, Mendelsohn J, Obermeyer WH, Amromin J, Benca R. Sleep and behavior problems in school-aged children. *Pediatrics* 2001;107(4):1–11.
132. Paiva T, Gaspar T, Matos MG. Sleep deprivation in adolescents: Correlations with health complaints and health-related quality of life. *Sleep Med* 2015;16(4):521–7.
133. Nuutinen T, Lehto E, Ray C, Roos E, Villberg J, Tynjälä J. Clustering of energy balance-related behaviours, sleep, and overweight among Finnish adolescents. *Int J Public Health* 2017;62(8):929–38.
134. Kuo I-CS, Kimberly AU, Katharine HZ, Susan MM, Adriana JU-T, Sue AR de J. Mexican American Adolescents' Sleep Patterns: Contextual Correlates and Implications for Health and Adjustment in Young Adulthood. *J Youth Adolesc* 2015;44(2):346–61.
135. McHale SM, Kim JY, Kan M, Updegraff KA. Sleep in Mexican-American Adolescents: Social Ecological and Well-Being Correlates. *J Youth Adolesc* 2011;40(6):666–79.
136. Liu X, Liu L, Owen JA, Kaplan DL. Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the United States and China. *Pediatrics* 2005;115(1):241–9.
137. Ohayon MM, Roberts RE, Zulley J, Smirne S, Priest RG. Prevalence and patterns of problematic sleep among older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;29(12):1549–56.
138. Roberts RE, Roberts CR, Duong HT. Sleepless in adolescence: Prospective data on sleep deprivation, health and functioning. *J Adolesc* 2009;32(5):1045–57.
139. Wolfson AR, Richards M. Young Adolescents Struggles with Insufficient Sleep. In: *Sleep and Development: Familial and Socio-Cultural Considerations*. Oxford University Press 2011.
140. Bruce ES, Lunt L, McDonagh JE. Sleep in adolescents and young adults. *Clin Med J R Coll Physicians London* 2017;17(5):424–8.
141. Millman RP. Working Group on Sleepiness in Adolescents/Young Adults, AAP Committee on Adolescence. Excessive sleepiness in adolescents and young adults: Causes, consequences, and treatment strategies. *J Pediatr* 2005;115(6):1774–86.
142. Vallido T, Peters K, O'Brien L, Jackson D. Sleep in adolescence: A review of issues for nursing practice. *J Clin Nurs* 2009;18(13):1819–26.

143. Dewald JF, Meijer AM, Oort FJ, Kerkhof GA, Bögels SM. The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Med Rev* 2010;14(3):179–89.
144. Lund R, Nilsson CJ, Christensen U, Schmidt L. Medicinsk sociologi - sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred. 3. udgave. Hammen LN, editor. Gyldendal 2020.
145. Københavns Universitet. SmartSleep: Et forskningsprojekt om søvn og mobiltelefoner. 2020. Available from: <https://www.smartsleep.ku.dk/>
146. Kelman BB. The sleep needs of adolescents. *J Sch Nurs* 1999;15(3):14–9.
147. Jennum P, Bonke J, Clark AJ, Flyvbjerg A, Garde AH, Hermansen K, et al. Søvn og sundhed. 1. udgave. København. Vidensråd for Forebyggelse 2015. p. 1-225
148. Pilcher JJ, Ginter DR, Sadowsky B. Sleep quality versus sleep quantity: Relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students. *J Psychosom Res* 1997;42(6):583–96.
149. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. Poulsen A, Brot C, Dansgaard B, editors. København. Sundhedsstyrelsen 2011.
150. Danker-Hopfe H. Growth and development of children with a special focus on sleep. *Prog Biophys Mol Biol* 2011;107(3):333–8.
151. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National sleep foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Heal* 2015;1(1):40–3.
152. Rasmussen M, Due P, Sundhed F for B og U. Skolebørnsundersøgelsen 2010. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2011. p. 1–122.
153. Ottosen MH, Andreasen AG, Dahl KM, Hestbæk A-D, Lausten M, Rayce SB. Børn og unge i Danmark: Velfærd og Trivsel 2018. København 2018.
154. Bonke J, Greve J. Bruger skolebørn tiden hensigtsmæssigt? - om søvn, spising, motion, samvær og trivsel. Odense: Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag 2013. p. 1-163.
155. Upublicerede dataudtræk fra Skolebørnsundersøgelsen 2018, analyseret af Bjørn Holstein, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2020.
156. Bendtsen P, Mikkelsen SS, Tolstrup JS. Ungdomsprofilen 2014. Sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt elever på ungdomsuddannelser. København 2015.
157. Holstein BE, Ammitzbøll J, Damsgaard MT, Pant SW, Pedersen TP, Skovgaard AM. Difficulties falling asleep among adolescents: Social inequality and time trends 1991-2018. *J Sleep Res* 2020;29(1):e12941.

158. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 og udviklingen siden 1987. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2012. p. 1–260.
159. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K, Statens Institut for Folkesundhed. Danskernes sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København. Sundhedsstyrelsen 2014. p. 1–125.
160. Nielsen L, Vinther-Larsen M, Curtis T, Grønbaek M. Stress blandt unge. København. Sundhedsstyrelsen 2007.
161. Nielsen, Jens Christian; Sørensen, Niels Ulrik; Osmeck MN. Når det er svært at være ung i Danmark - unges trivsel og mistrivsel i tal. Aarhus. Center for Ungdomsforskning 2010. p. 1–294. Available from: <https://www.forskningsdatabasen.dk/en/catalog/2389302129%0Ahttp://www.cefu.dk/emner/forskning-publikationer/alle-publikationer/naar-det-er-svaert-at-vaere-ung-i-dk.aspx>
162. Byrne DG, Davenport SC, Mazanov J. Profiles of adolescent stress: The development of the adolescent stress questionnaire (ASQ). *J Adolesc* 2007;30(3):393–416.
163. Sheth C, McGlade E, Yurgelun-Todd D. Chronic Stress in Adolescents and Its Neurobiological and Psychopathological Consequences: An RDoC Perspective. *Chronic Stress* 2017;1:1–22.
164. Neumark-Sztainer D, Story M, French SA, Resnick MD. Psychosocial correlates of health compromising behaviors among adolescents. *Health Educ Res* 1997;12(1):37–52.
165. Brooks TL, Harris SK, Thrall JS, Woods ER. Association of adolescent risk behaviors with mental health symptoms in high school students. *J Adolesc Heal* 2002;31(3):240–6.
166. Anderson NB, Belar CD, Breckler SJ, Nordal KC, Ballard DW, Bufka LF, et al. Stress in America: Are Teens Adopting Adults' Stress Habits? *Am Psychol Assoc* 2014;1–47.
167. Leonard NR, Gwadz M V., Ritchie A, Linick JL, Cleland CM, Elliott L, et al. A multi-method exploratory study of stress, coping, and substance use among high school youth in private schools. *Front Psychol* 2015;6.
168. Dewald JF, Meijer AM, Oort FJ, Kerkhof GA, Bögels SM. Adolescents' sleep in low-stress and high-stress (exam) times: a prospective quasi-experiment. *Behav Sleep Med* 2014;12(6):493–506.
169. Koushede V, Holstein BE. Sense of Coherence and Medicine Use for Headache Among Adolescents. *J Adolesc Heal* 2009;45(2):149–55.
170. Deasy C, Coughlan B, Pironom J, Jourdan D, Mcnamara PM. Psychological distress and lifestyle of students: Implications for health promotion. *Health Promot Int* 2015;30(1):77–87.

171. De Vriendt T, Moreno LA, De Henauw S. Chronic stress and obesity in adolescents: Scientific evidence and methodological issues for epidemiological research. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases* 2009.
172. Roemmich JN, Lambiase MJ, Balantekin KN, Feda DM, Dorn J. Stress, behavior, and biology: Risk factors for cardiovascular diseases in youth. *Exerc Sport Sci Rev* 2014;42(4):145–52.
173. Lillejord S, Børte K, Ruud E, Konrad OG. Stress i skolen – en systematisk kunnskapsoversikt. Oslo, Norway. Kunnskapssenter for utdanning 2017.
174. Hansson LN, Vinther-Larsen M. Unges hverdag. *Ungeshverdag.dk-undersøgelsen*. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2008.
175. Sundhedsstyrelsen, Diderichsen F. Undersøgelse af 11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner 1997 - 2008. *Medicinsk Sociologi*. København. Sundhedsstyrelsen 2010. p. 83.
176. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983;24(4):385–96.
177. Eskildsen A, Dalgaard VL, Nielsen KJ, Andersen JH, Zachariae R, Olsen LR, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the danish consensus version of the 10-item perceived stress scale. *Scand J Work Environ Heal* 2015.
178. Rod NH. Stress og Helbred: Årsager, helbreds-konsekvenser og social ulighed. 1. udgave. . København. Munksgaard 2017. p. 1-152.
179. Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2006. Available from: https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/sidste_chance/sif/udgivelser/2007/sundhed_og_sygelighed_2005.pdf
180. Saab H, Klinger D. School differences in adolescent health and wellbeing: Findings from the Canadian Health Behaviour in School-aged Children Study. *Soc Sci Med* 2010;70(6):850–8.
181. Due P, Damsgaard MT, Madsen KR, Nielsen L, Rayce SB, Holstein BE. Increasing prevalence of emotional symptoms in higher socioeconomic strata: Trend study among Danish schoolchildren 1991-2014. *Scand J Public Health* 2019;47(7):690–4.
182. Due P, Krølner R, Rasmussen M, Andersen A, Trab Damsgaard M, Graham H, et al. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scand J Public Health* 2011;39(1):62–78.

5

PSYKISKE SYGDOMME, UDVIKLINGSFORSTYR- RELSER OG UDVALGTE RISIKOFAKTORER FOR UDVIKLING AF PSYKISKE SYGDOMME

I DETTE KAPITEL, DER OMHANDLER EN RÆKKE HYPPIGT FOREKOMMENDE PSYKISKE SYGDOMME, PSYKISKE PROBLEMSTILLINGER OG NEUROPSYKIATRISKE UDVIKLINGSFORSTYRRELSER, BESKRIVES FOREKOMST, FORDELING OG UDVIKLING OVER TID HOS BØRN OG UNGE. I KAPITLET VIL VI OGSÅ BERØRE DE PSYKISKE SYGDOMMES KOMORBIDITET, FORLØB OG BEHANDLING. FOREBYGGELSESMULIGHEDER OMTALES I KAPITEL 6.4.

Hvor de foregående to kapitler har beskrevet enkeltstående symptomer og andre aspekter af mentalt helbred, er dette kapitels formål være at beskrive en række egentlige psykiske sygdomme og udviklingsforstyrrelser samt tilstande, der er defineret ved en social eller familiær risikofaktor (opvækst i familie med en forælder med psykisk sygdom, alkohol- eller rusmiddelmisbrug eller alkoholproblemer) eller en risikoadfærd (selvskade, selvmordsadfærd og selvmordstanker).

Psykiske sygdomme karakteriseres traditionelt på baggrund af tilstedeværelsen af kombinationer af symptomer, herunder flere af de tidligere beskrevne. Det, at barnet eller den unge oplever at have forskellige symptomer, er imidlertid ikke ensbetydende med, at der foreligger en psykisk sygdom. Det afgørende er, om der også er tale om en væsentlig påvirkning af den daglige funktion. Unge orienterer sig i høj grad imod jævnaldrende og mod de værdier og normer, der dominerer blandt dem. Oplevelser af utilstrækkelighed er nok så almindelige i teenageårene, at det må regnes som en del af den normale opvækst. Det samme gælder en vis grad af udfordrende adfærd, der kan

ses som én blandt flere normale måder at udvikle sociale erfaringer på. For at det giver mening at tale om en psykisk sygdom, skal symptomerne herpå derfor optræde sammen med længerevarende og alvorlige vanskeligheder i forhold til at magte dagligdagens almindelige udfordringer (1, 2). Angst og depression (se afsnit 5.3-5.4) har en nogenlunde lige kønsfordeling i barnealderen, men optræder hyppigere i ungealderen særligt hos piger og kvinder, mens diagnoser som adfærdsforstyrrelse (se afsnit 5.7) og misbrug modsat oftere forekommer hos drenge og mænd (3). Kombinationen af genetisk medieret sårbarhed, personlighedstræk og opvækstbetingelser med negative livsbegivenheder kan påvirke det mentale helbred og resultere i egentlig psykisk sygdom (4).

Omkring 15% af børn og unge får på et tidspunkt, inden de fylder 18 år, diagnosticeret en psykisk sygdom eller udviklingsforstyrrelse (3) i børne- og ungdomspsykiatrien. Samlet set er der registreret store stigninger i Danmark over de seneste 20 år (1996 til 2016) af børn og unge, som får stillet én eller flere psykiatriske diagnoser. En stigning i antallet af børn og unge, der bliver diagnosticeret

med en given psykisk sygdom, kan være udtryk for en ændret faglig, sociokulturel eller politisk praksis, og er således ikke nødvendigvis udtryk for en stigning i den reelle sygelighed. For ti år siden kunne ventetiden på en undersøgelse i børne- og ungdomspsykiatrisk regi være op til et år nogle steder i landet. I dag er der udrednings- og behandlingsgaranti, og der er derfor maksimalt en måneds ventetid. Dette har betydet, at børne- og ungdomspsykiatrien undersøger og behandler langt flere børn og unge i dag end for ti år siden (5, 6).

Det er fortsat kun de børn og unge, der er hårdst ramt, som bliver henvist til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, og den reelle forekomst af flere af sygdommene er sandsynligvis højere. Eksempelvis er forekomsten langt højere (omkring 5-10 gange så høj), når forældre/lærere/de unge selv rapporterer om angst og adfærdforstyrrelser, end når de registrerede diagnoser lægges til grund. Dette skyldes, at børn og unge med angst og adfærdforstyrrelser ofte ikke sendes videre i psykiatrisk udredning og behandling, men i stedet modtager tilbud i kommunalt regi. Et andet eksempel er forskellen i forekomsten af Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) hos piger og drenge. Forskellen er højest i undersøgelser, der anvender kliniske data fx registerstudier, mens forskellen mellem kønnene er mindst i undersøgelser, hvor der anvendes lærer/forældre/selv-rapporterede informationer om symptomer. Forklaringen er, at tærsklen for at blive henvist og visiteret til psykiatrien varierer på tværs af sygdom, køn, alder, geografi og over tid (7). Herudover registreres i Danmark kun de diagnoser, der stilles på hospitalsafdelinger og ikke dem, der fx stilles af praktiserende speciallæger. Ved nogle psykiske sygdomme er medicinsk behandling, som også registreres centralt, en bedre indikator for forekomsten (se afsnit 1.6 for flere metodeovervejelser for dette kapitel).

Neuropsykiatriske udviklingsforstyrrelser omfatter en gruppe af forstyrrelser, som er karakteriseret ved, at den psykiske udvikling er forsinket og/eller afvigende på særlige områder eller dimensioner af den psykiske udvikling, fx begavelse, social interaktion og kommunikation eller evnen til koncentration og impulshæmning. Forstyrrelserne er ofte tidligt indsættende og vedvarende, selvom symptomerne kan variere over tid, og de vil ofte være forbundet med nedsat personlig og social funktionsevne samt vanskeligheder ved at klare sig i skolen og senere hen i uddannelse og erhverv. I denne rapport behandles ADHD og autismespektrumforstyrrelser (ASF), mens vi har fravalgt intellektuel funktionsnedsættelse og specifikke udviklings- og indlæringsforstyrrelser.

I kapitel 5 gennemgås først ADHD (afsnit 5.1) og ASF (afsnit 5.2), der er de to hyppigst forekommende grupper af neuropsykiatriske udviklingsforstyrrelser (3). Dernæst gennemgås de øvrige psykiske sygdomme i barne- og ungealderen: Angst (afsnit 5.3), depression (afsnit 5.4), obsessive-kompulsive tilstande (OCD) (afsnit 5.5), Tourette syndrom (5.6), adfærdforstyrrelser (afsnit 5.7), spiseforstyrrelser (afsnit 5.8) og psykoser i skizofrenispektret (afsnit 5.9). Til forskel fra ADHD og ASF er disse sygdomme karakteriserede ved en debut, hvor symptomerne indtræffer over kortere eller længere tid (akut eller snigende debut) således, at tilstanden forandres i forhold til det normale for individet. Denne forandring, der signalerer debut af sygdom, kan være vanskelig at skelne fra underliggende udviklingsrelaterede vanskeligheder og forstyrrelser.

Den tredje gruppe af psykiske problemstillinger, som vi inddrager i denne rapport, er selvskadende adfærd (afsnit 5.10) samt selvmordsadfærd og selvmordstanker (afsnit 5.11), der ikke i sig selv er klassificerede som psykiske sygdomme, men som

delers mange træk med disse. Ofte vil kriterierne for en eller flere psykiske sygdomme være opfyldt hos mennesker med selvmordsadfærd.

Endelig beskrives i afsnit 5.12 kort betydningen af de to væsentligste risikofaktorer for udvikling af psykisk sygdom, nemlig opvækst i familier med en forældre med psykisk sygdom, alkohol- eller rusmiddelmisbrug eller alkoholproblemer.

Samspelet mellem de genetiske og de miljømæssige faktorer er afgørende i udviklingen af de psykiske sygdomme, og mange af de kendte påvirkninger finder sted tidligt i livet og påvirker den videre psykiske udvikling og sårbarhed. Nogle gange udmøntes påvirkningen først langt senere i livet i takt med, at flere sårbarheder og belastninger interagerer og akkumuleres over tid. Det forhold, at forskellige årsager spiller sammen, kan ses ved, at en årsag øger sårbarheden for effekten af andre årsager. En sådan sårbarhed kan være genetisk. Tvillingestudier taler således for, at genetiske faktorer forklarer 90% for AFS (8), mens andelen for ADHD er 70-80% og for skizofreni ca. 67% (9). For emotionelle forstyrrelser er resultaterne mere usikre, på omkring 20-65% (10), formentlig fordi der her er en særlig stærk interaktion mellem gener og miljø.

Et stigende antal børn undfanges efter assisteret reproduktion (ART), hvor ART er fællesbetegnelsen for in-vitro fertilisation (IVF) med eller uden befrugtning med mikroinsemination (ICSI) og/eller opsætning af frosne/optøede embryoner (FER) eller med brug af andre og nyere teknikker. Omkring 10% af den danske fødselskohorte kommer til verden efter fertilitetsbehandling, herunder er 6% født efter IVF, hvor ægget er befrugtet uden for livmoderen (11). Tidligere var 25-30% af alle IVF-børn tvillinger, men i dag er tallet under 4%, og dermed er risikoen for tidlig fødsel blandt IVF-børn

væsentligt reduceret, og risikoen for udviklingsforstyrrelser er dermed også meget mindre. I en ny oversigtsartikel om IVF-børn gennemgås risikoen for neurologiske udviklingsforstyrrelser, og en øget risiko kunne ikke findes blandt singletonbørn (12). Denne oversigtsartikel understreger samtidigt behovet for fortsat forskning, herunder store og repræsentative studier, der følger børnenes vækst og udvikling før og efter fødslen, også efter udviklingen af nye ART-metoder. Det er beroligende, at forskningen ikke finder uafhængige effekter af ART på forekomsten af hjerneudviklingsforstyrrelser, når der justeres for tvillingefødsler og for tidlige fødsler. Men set fra et forælder- og samfundsperspektiv er det ikke uden betydning, at ART er forbundet med en lille øget risiko for flerfoldgraviditeter og dertil relaterede fødselskomplikationer med øget risiko for hjerneudviklingsforstyrrelser hos børnene, når der sammenlignes med børn, der er undfanget uden ART.

Infektioner under graviditeten kan i sjældne tilfælde medføre misdannelser, inklusive døvhed og mentale forstyrrelser. I Danmark har det især været infektioner med røde hunde (rubella), som har været aktuelt, men denne sygdom forekommer nu yderst sjældent takket være vaccinationsprogrammet mod mæslinger, fåresyge og røde hunde (MFR). Udsættelse for alkohol eller andre rusmidler, for visse lægemidler, tobak og fejlernæring i graviditeten kan også grundlægge en mental sårbarhed (13). Lav fødselsvægt og fødselskomplikationer kan skabe alvorlige udviklingsforstyrrelser af meget varierende grader (14).

Industrielle kemikalier som fx bly har i talrige epidemiologiske undersøgelser vist sig gennem påvirkning af hjernen at øge risikoen for udviklings- og adfærdforstyrrelser, som viser sig i bl.a. kriminalitet og uafsluttet skolegang (15). I en dansk rapport fra 2017 beregnedes børns og gravides udsættelse

for problematiske stoffer fra fødevarer, drikkevand, indeklime (støv, dampe), udemiljø (jord) og forbrugerprodukter (kosmetiske produkter, legetøj og andre forbrugerprodukter), og risikoen ved samtidig udsættelse for stoffer med samme virkemåde blev også vurderet (den såkaldte cocktaileffekt). I alt blev 37 stoffer med hormonforstyrrende og mistænkt hormonforstyrrende effekter udpeget, mens 39 stoffer blev vurderet at kunne skade hjernens udvikling (neurotoksiske stoffer). Bly medfører den største risiko for neurotoksiske effekter. Bly kan komme fra fødevarer, drikkevand, jord og støv. Afsmitning fra blyholdige artikler og genstande, som børn kommer i berøring med, og som de kan komme i munden og sutte på, udgør kun en mindre del, da anvendelse af bly i denne type forbrugerprodukter generelt er strengt reguleret. Bly er en miljøforurening, som gennem årene er faldet og fortsat forventes at aftage fx som følge af forbuddet mod anvendelse som tilsætning i benzin. Rapporten peger også på bisphenol A, polyklorede bifenyl og dioxiner, som stoffer der kan bidrage til øget risiko for neurotoksiske effekter (16).

5.1 OPMÆRKSOMHEDS- OG HYPERAKTIVITETSFORSTYRRELSER

ADHD eller Attention Deficit Hyperactivity Disorder består af en kombination af hyperaktivitet, impulsivitet og manglende opmærksomhed. ADHD-forekomsten fordelt på køn, alder og socioøkonomisk gruppe og udviklingen over de seneste 20 år gennemgås i det følgende. Afsnittet beskriver også kort sygdommens komorbiditet, forløb og behandling. Forebyggelsesmuligheder omtales i kapitel 6.4.1.

5.1.1 Sammenfatning

ADHD er den hyppigst forekommende neuropsykiatriske udviklingsforstyrrelse og den hyppigste

diagnose i børne- og ungdomspsykiatrien hos drenge. **Forekomst:** I 2016 var forekomsten af ADHD-diagnosen blandt 10-24-årige 4,5%, hvilket svarer til den internationalt bedst estimerede gennemsnitlige forekomst af ADHD hos børn og unge. **Udvikling over tid:** Vi har i Danmark set mindst en tidobling i medicinering for ADHD fra 2000 og frem til 2011, hvor 3,6% blandt drenge og 1,1% blandt piger i alderen 10-24 år var i medicinsk behandling. Siden 2012 har antallet af nye medicinsk behandlede samlet set ligget stabilt, og kønsforskellen er mindsket, idet andelen af drenge i aldersgruppen 10-24 år er faldet en smule, mens andelen af piger er steget. **Køn og alder:** Diagnosen ADHD er tre gange hyppigere blandt drenge end blandt piger, men ADHD-symptomer rapporteres i teenagealderen lige hyppigt af drenge og piger. Der er en udtalt geografisk variation i andelen af diagnosticerede både på regionalt og kommunalt niveau, hvilket tyder på, at der er forskellige tilgange til identificeringen af børn med vanskeligheder i de enkelte regioner og kommuner. **Familiære og sociale faktorer:** Der er en høj arvelighed af ADHD og samtidig en højere forekomst af ADHD i lavere socioøkonomiske grupper. **Komorbiditet, forløb og behandling:** De sværeste tilfælde af ADHD er forbundet med en meget markant overhyppighed af andre psykiatriske sygdomme, sociale vanskeligheder, misbrug, lavt uddannelsesniveau, arbejdsløshed og kriminalitet i voksenalderen. ADHD kan behandles pædagogisk og psykologisk med supplerende medicin, som har god effekt på kernesymptomerne, hvilket er påvist i placebo-kontrollerede studier med kort opfølgningstid. Der er som regel behov for vedvarende behandling, og det er anbefalet, at medicin kun anvendes som del af et behandlingsprogram, der også inkluderer psykologiske, pædagogiske og sociale tiltag.

5.1.2 Indledning

Relativt mange børn kan virke impulsive, uopmærksomme og rastløse og kan have denne adfærd i mange år. Børn, som har disse problemer i svær grad, vil opfylde kriterierne for DSM-V-diagnosen ADHD (2). I Danmark, hvor vi anvender klassifikationssystemet ICD-10, er pendanten til ADHD-diagnosen 'hyperkinetisk forstyrrelse' (1). I begge klassifikationssystemer indgår samme symptomer, men der er forskelle i måden, hvorpå disse vægtes. Således er det et krav i ICD-10, at alle kernesymptomer (uopmærksomhed, hyperaktivitet og impulsivitet) er til stede, mens der i DSM-5 skelnes mellem tre typer; overvejende uopmærksom, overvejende hyperaktiv/impulsiv og kombineret. Denne opdeling er nu også valgt i den nyeste udgave af ICD (ICD-11), hvor diagnosen tilmed har skiftet navn til ADHD. Diagnosen bygger ikke på direkte målinger af funktioner, men på oplysninger om, hvordan almindelige udfordringer i hverdagen magtes. Der skal således optræde karakteristiske vanskeligheder svarende til enten impulsivitet/hyperaktivitet eller udtalte koncentrationsproblemer i mindst to sammenhænge, fx både hjemme og i skolen. Diagnosen har endvidere indtil nu kun kunnet stilles, hvis vanskelighederne samlet set har en betydelig negativ effekt på skole- eller arbejdspræstationer eller på relationer til andre (1, 2).

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

= Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed. Diagnosen gradueres med DSM-5 i let, middelsvær og svær ADHD. I Danmark bruges en anden klassifikation (ICD-10) i forbindelse med indberetning af diagnoser til statistiske formål.

5.1.3 Forekomst, fordeling og udvikling over tid

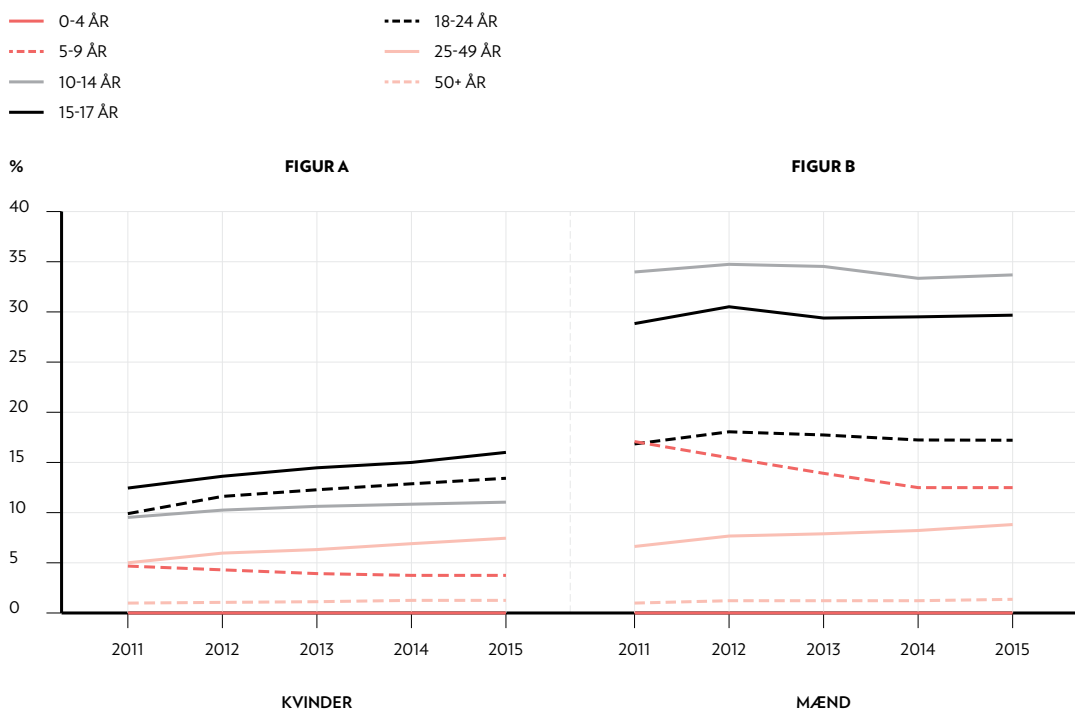
I Danmark vil indberettede diagnoser fra sygehuse undervurdere forekomsten af børn og unge, der opfylder de diagnostiske kriterier. Dette skyldes, at diagnoser stillet af praktiserende speciallæger ikke registreres. Har man ADHD-problemer i svær grad, er medicin en effektiv behandling af kernevanskelighederne (17, 18). Medicinsk behandling bør dog ikke stå alene. Der er tale om behandling med medikamenter, der stort set kun anvendes til behandling af denne type problemer. Derfor kan oplysninger om udskrivning af disse typer medicin give et ret præcist indtryk af, hvor mange der i forskellige aldersklasser diagnosticeres og behandles på speciallægeniveau. Der er en del børn og unge, som får medicin uden at have en diagnose, hvilket formodentlig alene er udtryk for, at disse børn ikke er diagnosticerede i hospitalsregi men derimod af en speciallæge. I 2016 havde samlet set 4,5% af de 10-24-årige en ADHD-diagnose og/eller fik ADHD-medicin. Blandt drenge var andelen 6% og blandt piger knap 3% (19).

Vi har i Danmark set mindst en tidobling i medicinering for ADHD fra 2000 og frem til 2011, hvor 3,6% drenge og 1,1% piger i alderen 10-24 år var i medicinsk behandling. I **figur 5.1.1A** og **5.1.1B** er udviklingen i antallet af nye medicinbrugere vist for perioden fra 2011 til 2015. Siden 2012 har antallet af nye medicinsk behandlede samlet set ligget stabilt, men mens andelen af medicinerede drenge i aldersgruppen 10-24 år faldt en smule, så steg andelen af medicinerede piger (20).

Den samme tendens kan vi se i incidensen af registrerede diagnoser (se **figur 5.1.2**). Mens antallet af nye tilfælde for drenge ser ud til at stagnere omkring 2010, er der en fortsat stigning i antallet af nye tilfælde for piger frem til 2016.

→ FIGUR 5.1.1A OG 5.1.1B

Udvikling i antal personer pr. 1.000 indbyggere pr. år der bruger ADHD-medicin, fordelt på kønsspecifikke aldersgrupper (20).



Da vi ikke har nogen systematisk viden om udviklingen i ADHD-adfærd i Danmark, er det vanskeligt at sige noget om årsagerne til stigningen i diagnoser og brug af medicin frem til 2011 og den fortsatte stigning i diagnoser for pigerne frem til 2016 (se figur 5.1.2). I samme periode har der dog været en generel stigning i antallet af patienter med psykiatriske diagnoser (5). Det er desuden væsentligt at bemærke, at stigningen i forhold til ADHD ikke har været den samme i hele landet. Der er stor geografisk variation i, hvor mange børn der diagnosticeres med ADHD helt ned på kommunalt plan. Hyppigheden af diagnosticeret ADHD blandt børn født i perioden 1990-2000 og fulgt til de var 11 år, var langt under

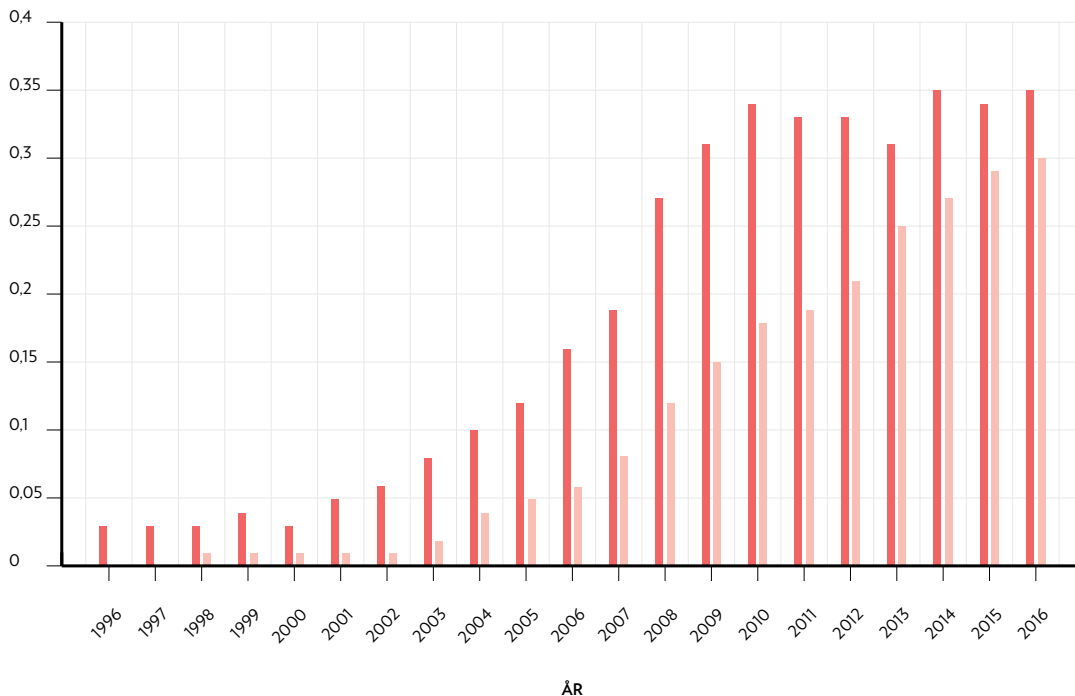
1% i Vestjylland, mens den var mere end tre gange så høj i Syddanmark og dele af Nordsjælland. De store forskelle foreligger ikke blot på regionalt niveau. Variationen er også betydelig på kommunalt niveau inden for de samme regioner og sågar for kommuner, der grænser op til hinanden. Variationen i ADHD-diagnoser kan således ikke kun tilskrives forskelligheder i befolkningens sammensætning, men skyldes sandsynligvis også forskelle i psykiatrisk diagnostisk praksis, lokale kulturelle forskelle i forhold til forventninger til børns adfærd og økonomisk prioritering i regionerne, herunder forskellige tilgange til identificeringen af børn og unge med vanskeligheder i de enkelte kommuner (7) (se figur 5.1.3).

→ **FIGUR 5.1.2**

Procentvis forekomst af nye tilfælde af ADHD (ICD-10 F90, F98,8) (incidens) pr. år for 10-24-årige piger/unge kvinder og drenge/unge mænd i 1996-2016 (21).

— DRENGE/UNGE MÆND
— PIGER/UNGE KVINDER

ÅRLIG INCIDENSRATE (%)



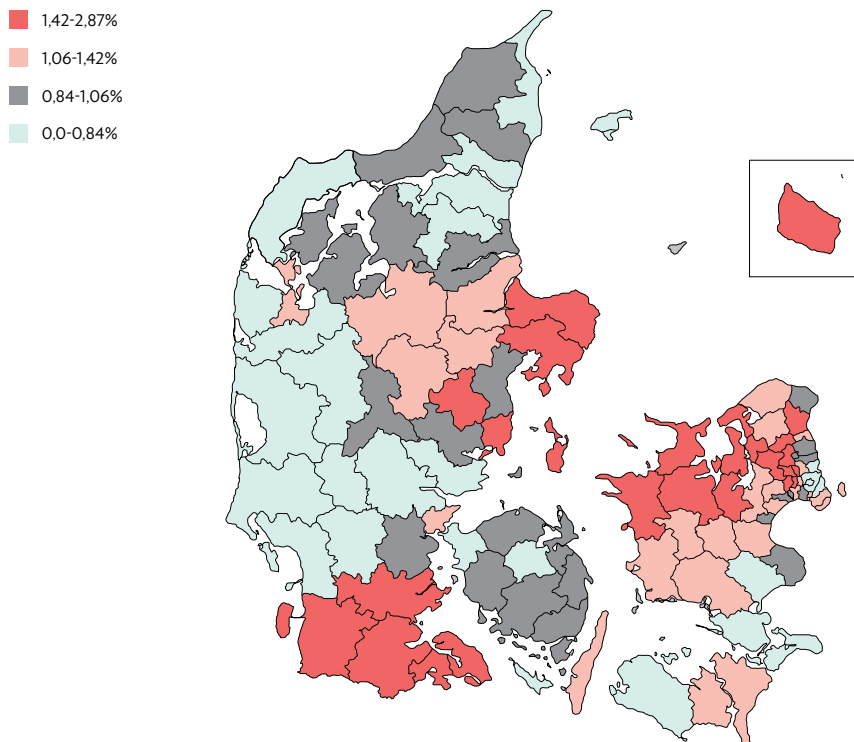
Når vi ser på forekomsten af ADHD internationalt, er det væsentligt at bemærke, at der er stor variation i de rapporterede estimater afhængigt af hvilke metoder, herunder hvilke diagnostiske kriterier (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) eller ICD) og informationskilder (forældre, unge selv eller lærere), der er anvendt. Det er kun få lande der som Danmark registrerer diagnoser og medicinforbrug på befolkningsniveau. I en metaanalyse af 135 studier med repræsentative grupper fra lande i hele verden estimerede man en ADHD-prævalens på omkring 5%, men estimerterne var højere, hvis DSM-IV-kri-

terier fremfor ICD-10-kriterier var anvendt og højere, hvis rapporteringen kom fra lærere (22). I en nyere metaanalyse af 42 studier blev prævalensen estimeret til 3,4% (2,6-4,5%) hos børn og unge op til 18-årsalderen (23).

Som det ses af **figur 5.1.1A**, **5.1.1B** og **5.1.2**, er der store forskelle i behandlingshyppigheden mellem de to køn. Her synes der at være flere faktorer i spil. Ved at samle data fra en lang række undersøgelser har man estimeret, at de opstillede ADHD-diagnosekriterier vurderet ud fra oplysninger fra forældre og lærere er opfyldt ca.

→ FIGUR 5.1.3

Forekomsten (%) hos børn på 5-11 år og født fra 1990 til 2000 af ADHD-diagnose og eller -medicin (7).



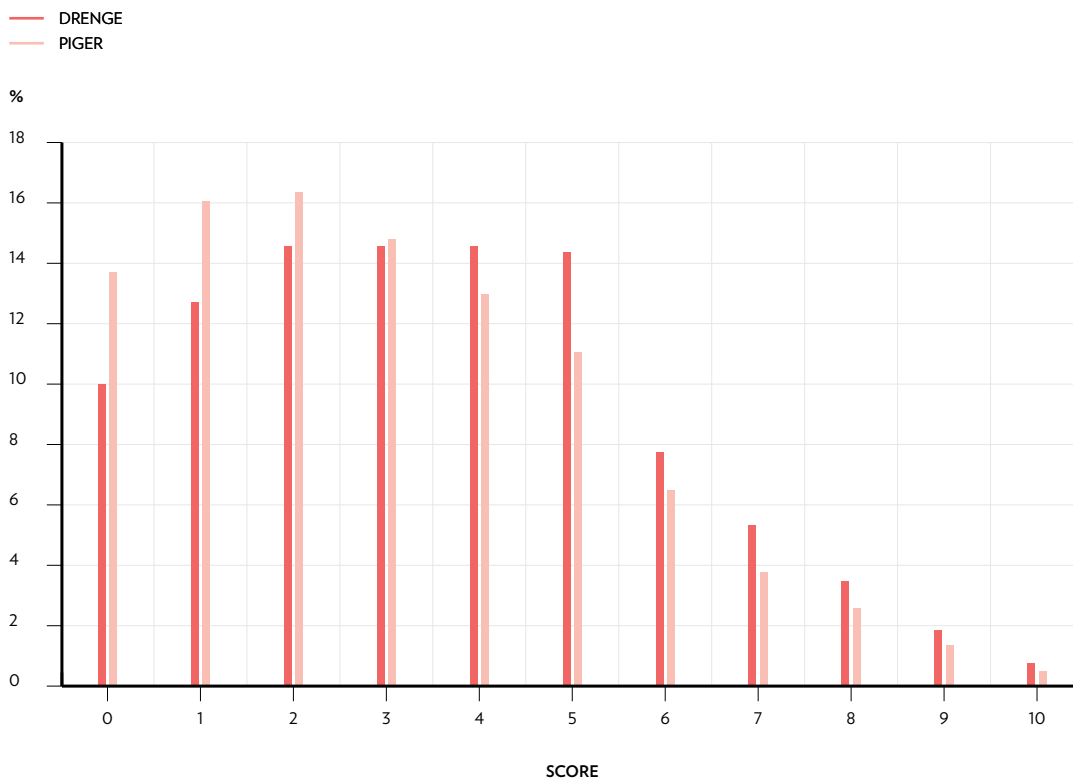
2,5 gange hyppigere hos drenge end hos piger (24, 25). Ser man på medicinsk behandling, er kønsratioen imidlertid 4:1 for de 6-12-årige drenge og piger, men den falder til 3:1 for de 13-17-årige og 1,15:1 for de 18-24-årige (26). Der er således en del, der tyder på, at forskellen i andelen af drenge i forhold til andelen af piger, der henvises til udredning og behandling for ADHD, er større end den reelle forskel mellem de to køn. En dansk undersøgelse har sandsynliggjort, at der er tale om en vis underdiagnosticering af piger i forhold til drenge (27). Dette ses bl.a. ved, at piger har en dårligere prognose end drenge ved udredning og behandling for ADHD, hvilket kunne afspejle, at man som pige skal have ADHD i sværere grad

for at komme i behandling (3). En årsag kan også være, at udadreagerende adfærd (evt. oppositionel adfærdsstyrrelse) optræder hyppigere som komorbidity til ADHD hos drenge end hos piger. Dette vil automatisk lede flere til henvisning. Endvidere tyder flere undersøgelser på, at flere piger end drenge, som i øvrigt opfylder kriterierne for ADHD, har rene opmærksomhedsvanskeligheder uden synlig hyperaktivitet.

Når forskellen i behandlingshyppighed udjævner sig med alderen, kan det hænge sammen med, at der ved diagnosticering hos unge og voksne i højere grad end hos børn tages udgangspunkt i egne oplevelser af vanskeligheder. Her er for-

→ FIGUR 5.1.4

Fordeling af svar fra danske skoleelever (24.714 besvarelser fra elever i alderen 5-17 år) på den del af SDQ-spørgeskemaet, som omfatter fem spørgsmål om hyperaktivitet og uopmærksomhed, og som er karakteristisk for ADHD (%). Jo højere score (0-10), jo mere genkender eleven disse træk fra sig selv (31).



skellen mellem kønnene langt mindre, end når der bygges på andres observationer. Som det fremgår af **figur 5.1.4**, der er baseret på data fra Børn og Unge Liv (se appendiks 1), findes der en meget ensartet profil for danske skoleelever, når de hos sig selv skal vurdere forekomsten af fem karakteristiske adfærdstræk, der er tæt forbundet med ADHD (28). Eleverne har besvaret spørgeskemaet 'Styrker og svagheder (SDQ)', og de nævnte fem spørgsmål kan scores fra nul til to, hvilket giver en maksimal mulig score på ti (se **figur 5.1.4**). Dette er i overensstemmelse med lignende undersøgelser blandt norske og svenske drenge og piger,

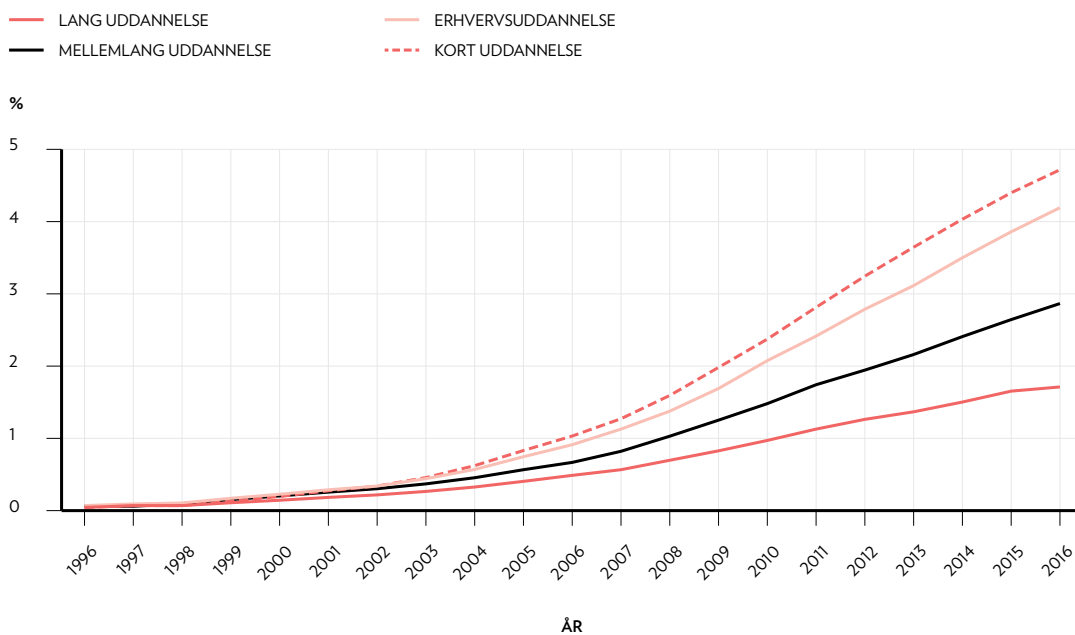
som ligeledes rapporterer nogenlunde lige mange ADHD-symptomer i denne alder, især for symptomer relateret til uopmærksomhed (29,30).

Der er stor variation i rapporteringen af, hvor stor en andel af børn og unge, der op gennem voksenalderen fortsætter med at have vanskeligheder, som er relateret til ADHD. I kliniske studier har man fundet, at omkring 15% fortsætter med at opfylde kriterierne for en ADHD-diagnose, mens omkring 65% fortsat vil have symptomer (32).

Der vil ofte forekomme karakteristiske ændringer i ADHD-symptomer fra barndom til ungdom og

→ FIGUR 5.1.5

Prævalens i procent af ADHD (ICD-10 F90, F98,8) pr. år for 10-24-årige i perioden 1996-2016 og opdelt på forældres uddannelsesniveau (21).



voksenalder. Meget små børn er mere tilbøjelige til at udvise eksternaliserende symptomer såsom hyperaktiv-impulsiv adfærd, mens uopmærksomheds-symptomer bliver mere tydelige i midten af barndommen, og ved sen ungdom og i voksenalderen er det uopmærksomhed, der har en tendens til at være vedvarende, mens der er et fald i mere objektive (fx motoriske) tegn på hyperaktivitet (33). Forekomsten af ADHD hos voksne er estimeret til omkring 2,5% (34). Når tallet er mindre hos voksne end hos børn og unge, kan det hænge sammen med, at de hidtil brugte kriterier har fokuseret meget på, hvordan vanskelighederne fremtræder hos især drenge i skolealderen, men også at en del som voksne finder måder at kompensere for ADHD-problemerne på. Der er nyere studier, der tyder på, at ADHD også kan opstå i voksenalderen, uden at der har været tegn på

dette i barndommen, men hvorvidt der kan være tale om en særlig sent debuterende ADHD, er der stadig uenighed om i faglige kredse (35).

5.1.4 Familiære og sociale faktorer

I Danmark er ADHD hyppigere forekommende blandt lavere socioøkonomiske grupper, således at flere børn med ADHD er fra hjem, hvor forældrene har en lav indkomst, lav uddannelse og højere grad af arbejdsløshed (36). Som det ses af **figur 5.1.5**, har der været en stigning i prævalensen af diagnosticerede tilfælde af ADHD i perioden 1996-2016 for alle børn uagtet forældrenes uddannelsesniveau i Danmark. Men prævalensen af diagnosticeret ADHD er højere blandt børn, hvis forældre har en kort eller erhvervsfaglig uddannelse.

Det samme er rapporteret i den internationale litteratur. I en systematisk forskningsoversigt af 42 studier fra 22 lande fandt man, at børn af mødre eller fædre uden uddannelse havde dobbelt så stor sandsynlighed for at have ADHD som børn af mødre eller fædre med høj uddannelse. Samtidig tyder det også på, at forekomsten af ADHD er højere hos børn i familier med kun én forælder (37).

5.1.5 Komorbiditet, forløb og behandling

De sværeste tilfælde af ADHD er forbundet med en meget markant overhyppighed af andre psykiske sygdomme, sociale vanskeligheder, misbrug, lavt uddannelsesniveau, arbejdsløshed og kriminalitet i voksenalderen (32, 38-40). Herudover er der en markant overdødelighed blandt ADHD-diagnosticerede som følge af dødsfald ved ulykker. Overdødeligheden er størst, hvis ADHD-diagnosen er givet i voksenalderen (41).

I hvilket omfang iværksættelse og vedligeholdelse af medicinsk behandling kan forbedre prognosen er endnu sparsomt belyst. Randomiserede kontrollerede studier af virkningerne af ADHD-medicin har kun kort opfølgningstid, og langtidseffekterne er kun sparsomt undersøgt (42, 43). Dog tyder nyere danske og svenske langvarige kohortestudier på, at medicinsk behandling er forbundet med lavere risiko for henholdsvis ulykker (41) og kriminalitet (44). Samtidig har både danske og svenske undersøgelser vist, at ADHD-medicin er associeret med en forbedret akademisk præstation hos ADHD-diagnosticerede børn og unge (45, 46).

Det er mere reglen end undtagelsen, at unge med ADHD i løbet af opvæksten udvikler symptomer svarende til en eller flere andre psykiske sygdomme. Denne tendens er for så vidt forventelig, idet ADHD på linje med de andre udviklingsforstyrrelser forringer den enkeltes kapacitet i

forhold til at magte livets udfordringer. Det er dog forskelligt, hvilke komorbide vanskeligheder, der er hyppige hos hvert af de to køn. Hvor drenge typisk reagerer med adfærdsforstyrrelser og misbrug, er det hos piger mere almindeligt at udvikle angstlidelser og depression. Men alle kombinationer af såvel disse vanskeligheder som andre kan forekomme (47-49). ADHD kan i sjældnere tilfælde også være det første tegn på mere alvorlig psykisk lidelse som skizofreni (50, 51).

Medicinsk behandling og adfærdsmæssige (pædagogiske og psykosociale) indsatser har længe været anvendt til børn og unge med ADHD. Medicin har vist god effekt på kernesymptomerne i placebokontrollerede studier med kort opfølgningstid, men behandlingen er ikke kurativ og har således kun virkning, så længe medicinen tages. Der vil derfor være tale om vedvarende behandling, og det er anbefalet kun at anvende medicin som del af et helhedsorienteret og kontinuerligt behandlingsprogram, som bør inkludere psykologiske, pædagogiske og sociale tiltag (52).

5.2 AUTISMESPEKTRUMFORSTYRRELSER

I det følgende afsnit, der omhandler autismespektrumforstyrrelser (ASF), introduceres en beskrivelse af diagnose, forekomst, fordeling og udvikling over tid hos børn og unge, ligesom forstyrrelsens komorbiditet, forløb og behandling vil blive beskrevet. Mulighederne for tidlig behandling med henblik på at forberede barnets udvikling og prognosen beskrives i afsnit 6.4.2.

5.2.1 Sammenfatning

ASF er en kompleks neuropsykiatrisk udviklingsforstyrrelse, som er karakteriseret ved forstyrrelser af socialt samspil og kommunikation samt et

begrænset og stereotypt repertoire af interesser og aktiviteter og nedsat forestillings- og mentaliseringssevne. **Forekomst:** I 2016 var forekomsten af ASF-diagnosen blandt 10-24-årige 2,17% (3,14% blandt drenge/unge mænd og 1,19% blandt piger/unge kvinder). Internationalt er der ingen direkte sammenlignelige tal for forekomsten af ASF, men prævalensen i vestlige lande er i epidemiologiske studier estimeret til omkring 1,5% for børn i otteårsalderen. **Udvikling over tid:** I Danmark er antallet af børn og unge, der har fået diagnosticeret ASF i hospitalsregi, steget markant. Således var den årlige incidens af AFS blandt de 10-24-årige under én promille i 1996, og den var steget til 0,21% i 2016 (0,25% blandt drenge/unge mænd og 0,17% blandt piger/unge kvinder). Forskning viser, at der i de senere år er blevet diagnosticeret flere både tidligt i barnealderen og senere i ungdomsårene i Danmark og i andre vestlige lande. Stigningen i forekomsten skyldes formodentlig primært udvikling i diagnostisk praksis kombineret med stigende krav til sociale færdigheder og fleksibilitet. **Køn og alder:** ASF kan findes i forskellige grader og er to til fire gange hyppigere hos drenge end hos piger. Svære grader af ASF erkendes oftest allerede i småbarnsalderen, mens lettere vanskeligheder ofte diagnosticeres senere i skolealderen eller i ungdommen. **Familie og sociale faktorer:** Udenlandske studier har vist en højere forekomst af ASF hos familier med en høj socioøkonomisk status, men det er uvist, om denne sammenhæng blot er udtryk for en ulige adgang til sundhedssystemet. Dette er sparsomt belyst i danske studier, hvor der ikke ses nogen konsistent sammenhæng mellem familiens socioøkonomiske status og forekomsten af ASF blandt børnene. **Komorbiditet, forløb og behandling:** Op mod 75% af unge med ASF har mindst én komorbid psykiatrisk lidelse, og her ses mental retardering, angst, depression og ADHD hyppigt. Der findes ingen medicinsk behandling for autisme, men en tidlig erkendelse af problemerne og efterfølgende

pædagogisk støtte, psykoedukation og vejledning til forældre kan formodentlig forbedre livsforløbet.

5.2.2 Indledning

ASF betegner en gruppe af udviklingsforstyrrelser, der kan have meget forskellige sværhedsgrader, men som har det tilfælles, at der er gennemgribende vanskeligheder med gensidigt socialt samspil og kommunikation. Desuden har børn og unge med ASF ofte meget snævre interesser, og de har tendens til gentagne eller rutineprægede, såkaldt stereotype og repetitive aktiviteter. De kan også have særlige bevægelser, som kaldes mannerismer.

Autismespektret er således karakteriseret ved symptomer inden for følgende tre kerneområder: socialt samspil, verbal og non-verbal kommunikation samt adfærd og interesser. Symptomerne spænder fra milde til alvorlige og optræder fra tidligt i barndommen (53). Kernevanskelighederne centrerer sig om grundlæggende mangler og afvigelser i udviklingen af social interaktion og kommunikation samt en repetitiv adfærd og begrænset fantasi og forestillingsevne. Dette inkluderer en begrænset evne til at danne sig forestillinger om andres tanker, følelser og intentioner (mentaliserings). Det er en forudsætning for en diagnose inden for autismespektret, at der er afvigelser i det sociale samspil, som er gennemgribende og præger barnets eller den unges udvikling og funktion (1). Der er ofte et overlap med de øvrige udviklingsforstyrrelser, og kriterierne for såvel mental retardering, ADHD og ASF kan være opfyldt hos den samme person.

Den præcise afgrænsning af diagnoserne på dette område har længe givet anledning til debat (54). Senest har man ved udgivelsen af det amerikanske diagnose-system DSM-5 (2) valgt at fokusere på to områder: Der skal være tale om klart nedsat evne

til at interagere og kommunikere meningsfuldt med andre, og samtidig skal der være en tendens til at udvise repetitiv og stereotyp adfærd. Disse vanskeligheder skal endvidere have et omfang, så det i væsentlig grad påvirker dagligdagen. Denne afgrænsning vil på sigt komme til at påvirke den diagnostiske praksis i Danmark, da tilsvarende ændringer nu er gennemført i ICD-systemet (ICD-11). Indtil for nylig har man i dansk diagnostisk praksis skelnet mellem infantil autisme, atypisk autisme, Aspergers syndrom og anden eller uspecificeret gennemgribende udviklingsforstyrrelse (1). Denne terminologi er dog gledet ud med den nye ICD-11, og i stedet taler man nu om forskellige grader af autisme på et kontinuum, der spænder fra de sværeste og mest gennemgribende udviklingsforstyrrelser til lettere grader af autisme kombineret med høj begavelse og normal formel sprogudvikling. Forsinket og afvigende sprogudvikling er ikke længere del af diagnosen (hverken i DSM-5 eller ICD-11) men kan udløse en tillægskode. Noget tilsvarende gælder for generel mental retardering (intellektuel funktionsnedsættelse), der beskrives i tillæg til autismen. Den alvorligste form for ASF (i ICD-10 Infantil autisme) udgør omkring 30% af de registrerede diagnoser inden for ASF og dækker over tilstande med forskellige grader af vanskeligheder i forhold til kognitiv funktionsevne og sprogfærdigheder (55). Variationen i de sociale symptomer spænder fra fuldstændig mangel på interesse i andres tilstedeværelse til en påtrængende social adfærd, som er uhensigtsmæssig i den givne kontekst, fordi gensidigheden mangler. Ligeledes kan de kommunikative vanskeligheder variere fra stumhed til forsinkelse af sprogudviklingen eller et meget korrekt og formelt sprogbrug med et stort ordforråd. Fælles er en manglende forståelse af sprogets sociale muligheder, som hænger tæt sammen med en grundlæggende manglende evne til at forstå andres tanker og følelser. Mange unge med autisme er desuden præget af faste rutiner og

ritualer, og de kan have såkaldte særinteresser, som er indsnævrede og detaljeorienterede interesser, som de bruger usædvanligt meget tid på. Afhængigt af begavelsen vil nogle unge med ASF udvikle en usædvanlig viden og kunnen inden for det område, som har deres interesse (56).

5.2.3 Forekomst, fordeling og udvikling over tid

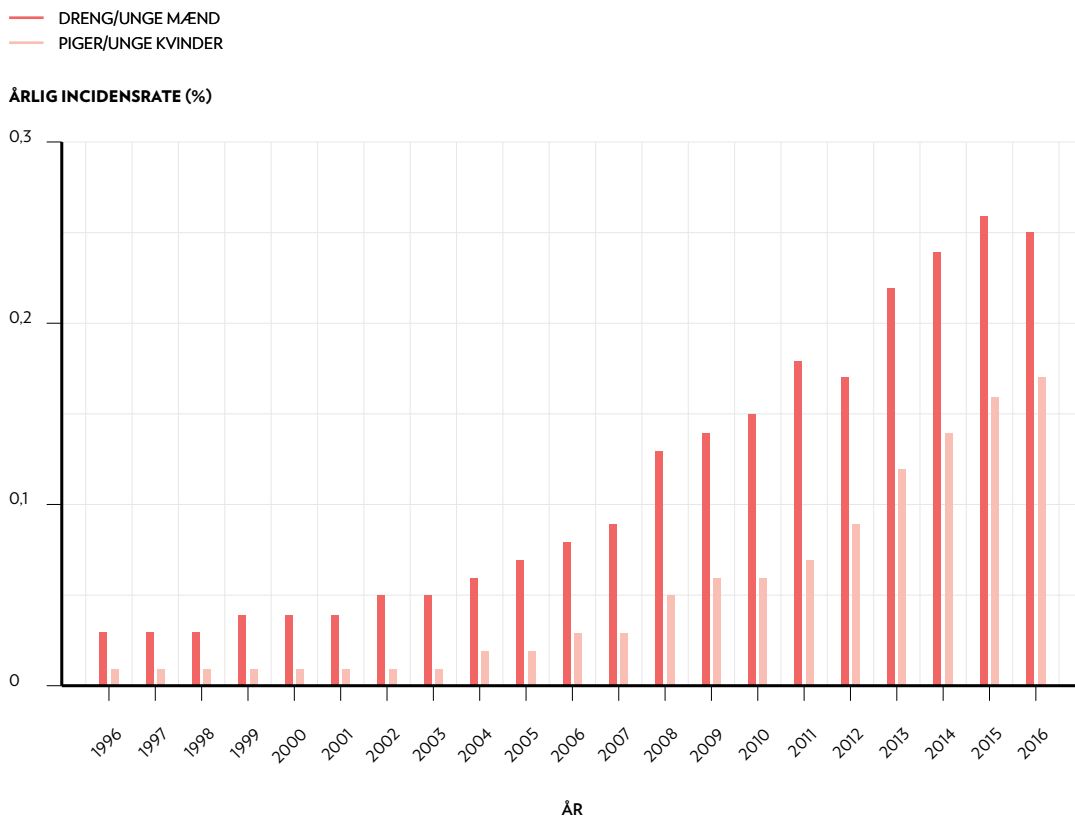
Svære grader af ASF erkendes oftest allerede i småbarnsalderen, mens lettere vanskeligheder diagnosticeres senere eller slet ikke. Symptomer på ASF opstår normalt i tre-årsalderen, selvom symptomerne ikke fuldt ud manifesterer sig før skolealderen eller senere (57). Som det gælder for de øvrige udviklingsforstyrrelser, synes vanskelighederne at afspejle nogle evner, der nok kan udvikle sig, men sjældent til et niveau, som svarer til de jævnaldrendes. Derfor vil man i lettere tilfælde erkende problemerne gradvist og i takt med stigende krav om socialt samspil.

Prævalensen af erkendte lidelser i autismespektret var i Danmark for to årtier siden på under én promille hos børn og unge i alderen 10-24 år og var i 2016 på 2,17%, med fordelingen 3,14% hos drenge og 1,19% hos piger (58). I **figur 5.2.1** ses en markant stigning i andelen af nye årlige tilfælde af ASF for aldersgruppen 10-24-årige fra 1996 til 2016 både for piger og drenge.

Et registerstudie fra 2018 har undersøgt tidstrends af autismespektrumforstyrrelser hos børn og unge født i perioden 1980-2012 i Danmark. Studiet viser, at flere børn og unge bliver diagnosticeret med ASF jo senere de er født i tidsperioden. Der diagnosticeres flere med ASF i alle aldre (med forbehold for at fødselskohorterne fra 2000 og frem kun er fulgt til 2016), og den øgede incidensrate tidligt i livet har endnu ikke resulteret i aftagende incidensrater senere i livet. Der er med andre ord

→ **FIGUR 5.2.1**

Procentvis forekomst af ASF (ICD-10 koderne F84.0, F84.1, F84.5, F84.8 og F84.9) (incidens) pr. år for 10-24-årige piger/unge kvinder og drenge/unge mænd i 1996-2016 (21).



endnu ikke tegn på, at kurverne over incidensrater vil stagnere (59).

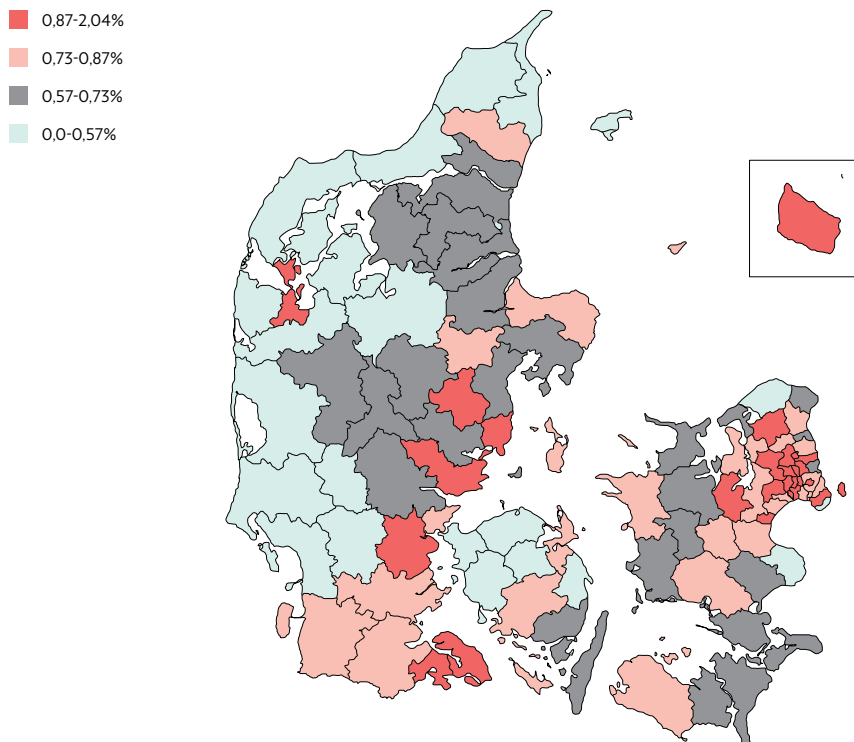
Diagnosticeringen af ASF er således steget over de seneste to årtier, og fortsætter måske med at stige. Stigningen kan til dels forklares ud fra en ændret fortolkning af diagnosekriterierne og dermed en ændret diagnostisk praksis. I Sverige har et studie vist, at meget af stigningen hang sammen med bedre dokumentation af diagnosen samt identificering af mildere tilfælde af ASF uden samtidige kognitive vanskeligheder, hvilket tilsvarende er rapporteret i USA (57, 60). Her er det dog vig-

tigt at pointere, at stigningen ikke er et fænomen, der begrænser sig til autisme. De seneste 20 år har der været en stigning i antallet af børn og familier, der er i kontakt med sundhedsvæsenet på grund af en række neuropsykiatriske lidelser (6).

Internationalt har World Health Organization (WHO) estimeret, at 0,76% af verdens børn havde ASF i 2010 (61). I de seneste epidemiologiske befolkningsundersøgelser er der estimeret en prævalens på omkring 1,5% for børn i otteårsalderen i vestlige lande i 2014 (57, 62). ASF er en heterogen gruppe af udviklingsforstyrrelser, og

→ FIGUR 5.2.2

Forekomsten af autismespektrum-diagnose (%) hos børn i alderen 5-11 år og født fra 1990 til 2000 (63).



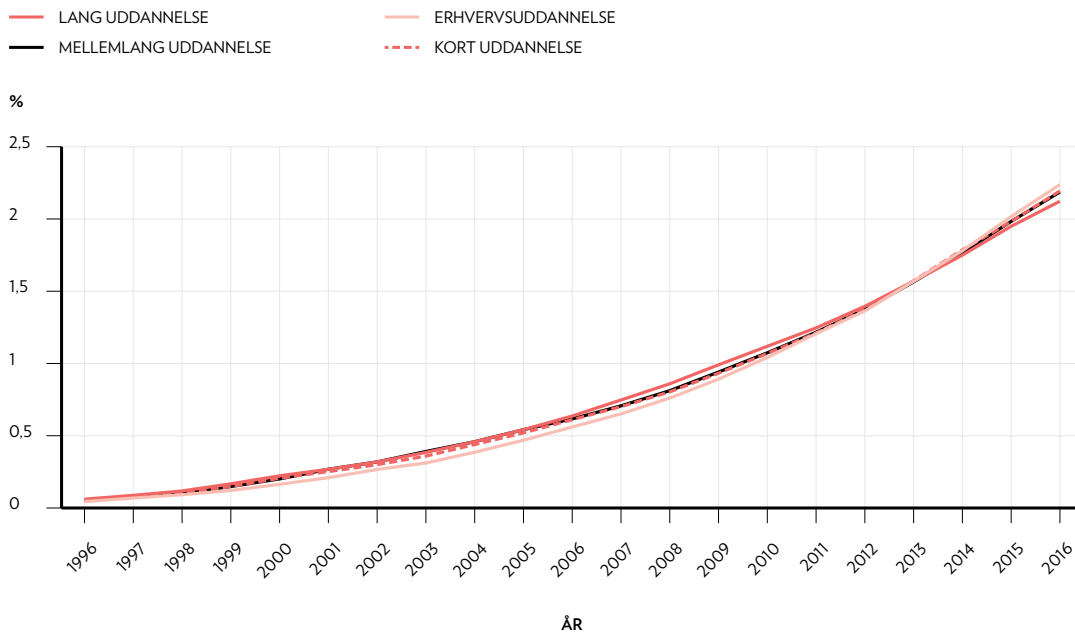
ligesom for ADHD findes der for ASF stor variation i forekomsten af diagnosticeret ASF mellem lande og inden for hvert land (57). **Figur 5.2.2** viser den geografiske variation i ASF-diagnosen i Danmark blandt børn født i perioden 1990-2000 og fulgt til de var 11 år. Forekomsten af ASF er noget lavere end forekomsten af ADHD, men det er den samme tendens i forhold til variation, som gør sig gældende. Den kommunale variation spænder således fra 0% til 2%, hvor hyppigheden er lavest i Vestjylland og mere end tre gange så høj i Syddanmark og dele af Hovedstadsområdet.

Der er betydelige kønsforskelle i forekomsten af ASF, således bliver drenge to til fire gange så hyppigt som piger diagnosticeret med ASF, dog

ser forskellen ud til at blive mindre med stigende alder (57, 64). Selvom alle udviklingsforstyrrelser ser ud til at forekomme hyppigere hos drenge end hos piger, så kan det, ligesom for ADHD, ikke udelukkes, at kønsforskellene også er udtryk for, at ASF hyppigere overses hos piger end hos drenge. Piger med ASF kan have sociale mønstre som særinteresse, så deres reducerede empatiske evner ikke fremstår som et åbenlyst problem. Dette synes bekræftet i et svensk studie, hvor der blev foretaget omhyggelige undersøgelser af piger henvist til udredning for en række forskellige psykiske symptomer (65). Her fandt man, at de piger, som blev henvist til psykiatrisk udredning, og som viste sig at opfylde de diagnostiske kriterier for ASF, havde mere alvorlige komorbide tilstande

→ **FIGUR 5.2.3**

Prævalens i procent af ASF (ICD-10 F84) pr. år for 10-24-årige mellem 1996 og 2016, opdelt på forældres uddannelsesniveau (21).



og funktionshæmning end drengene med ASF, hvilket kunne tyde på, at tærsklen for henvisning af piger er højere end for drenge (65).

5.2.4 Familiære og sociale forhold

Studier fra USA har gennem de seneste 20 år rapporteret en positiv sammenhæng mellem høj socioøkonomisk status i familien og øget risiko for diagnosticering af ASF (66-68). Det diskuteres, om denne sammenhæng blot er udtryk for en ulige adgang til sundhedssystemet, hvilket underbygges af et studie, som viste, at børn med ASF af højtuddannede forældre blev diagnosticeret markant tidligere end børn af lavtuddannede forældre (68). Det modsatte er imidlertid også observeret i andre lande med et andet sundhedssystem. I et svensk studie fandt man, at lav socioøkonomisk status var forbundet med en øget risiko for ASF

(69), og i et dansk studie fandt man, at der ingen signifikant sammenhæng var med moderens uddannelse, mens der dog var en sammenhæng med lav indkomst hos forældrene (70). At der ingen sammenhæng synes at være, bekræftes i **figur 5.2.3**, som er data fra et udtræk fra det Psykiatriske Centralregister og Landspatientregistret af prævalensen af diagnosticerede tilfælde af ASF opdelt på forældrenes uddannelsesniveau. Prævalensen er stort set den samme i alle grupper og følger den samme udvikling fra 1996 til 2016.

5.2.5 Komorbiditet, forløb og behandling

Op mod 75% af unge med ASF har mindst én komorbid psykiatrisk lidelse, og heraf ses mental retardering, angst, depression og ADHD hyppigt. Især angst, der forekommer hos omkring 40% af personer med autisme, er fremtrædende, og

forekomsten af angst øges i takt med personens stigende modenhed og erkendelse af sine kommunikative vanskeligheder (71, 72). I nogle tilfælde vil komorbide tilstande sløre den bagvedliggende ASF, hvorfor komorbiditet kan føre til senere diagnostik, hvilket vil have betydning for behandlingsindsats, -effekt og prognose. Prognosen for ASF varierer med alvoren af forstyrrelsen og de komorbide tilstande, men fælles for de fleste mennesker med ASF er, at de generelt har et dårligere fysisk og mentalt helbred livet igennem (57, 73). Studier har desuden især blandt kvinder og i tilfælde med komorbid mental retardering vist en højere dødelighed (74).

ASF kan være et alvorligt handicap, og der er langt overvejende tale om en livslang funktionshæmning. Det kliniske billede og funktionsniveauet kan ændre sig over tid. Bedre prognose ses ved tidlig identifikation, støtte og behandling, herunder inklusion i passende pædagogisk tilbud (75). Lettere tilfælde med normal IQ og talefærdigheder ved femårsalderen har langt bedre muligheder i forhold til at opnå et socialt liv som voksen (76). Her er det desuden vigtigt at vide, at graden af handicap også bestemmes af omgivelsernes evne til at tilpasse kravene til den enkelte person med autisme på en sådan måde, at personen stimuleres til at have fælles opmærksomhed med andre og bruge sproget kommunikativt i leg og samvær.

Ifølge analyser udarbejdet af Arbejderbevægelsens Erhvervsråd klarer unge med ASF sig dårligere både i Folkeskolen og senere på ungdomsuddannelserne. Eksempelvis var der færre unge med ASF (45%), som bestod afgangsprøverne i dansk og matematik sammenlignet med alle unge (86%), som afsluttede 9. klasse i 2016. I gennemsnit var ca. 86% af alle 18-årige i gang med en ungdomsuddannelse i 2017. Til sammenligning var kun ca. 60% af de 18-årige med ASF i gang

med en ungdomsuddannelse (77).

Der findes ikke medicinsk behandling for ASF. Psykoedukation og vejledning til forældre er en afgørende del af behandlingen for autisme, således at forældrene lærer om barnets vanskeligheder og klædes på til at kunne håndtere relaterede udfordringer. Desuden anbefales træning af barnets sociale og kommunikative færdigheder, hvor træningen er medieret (går via) træning af forælder, lærer eller anden omsorgsperson (78).

5.3 ANGST

Dette afsnit beskriver de forskellige former for angstsygdomme hos børn og unge, deres forekomst og fordeling i forhold til køn, alder og sociale/familiære forhold samt udviklingen i forekomsten af angst hos børn og unge i Danmark over de seneste årtier. Endelig belyses komorbiditet, forløb og behandling af angst med debut i barne- og ungealderen. Forebyggelsesmuligheder omtales i afsnit 6.4.3.

5.3.1 Sammenfatning

Angst er en helt almindelig og nyttig reaktion, når der er fare på færde. Men når angsten bliver overdreven, vedvarende og belastende i en sådan grad, at den påvirker funktionen hos den angste, er der tale om sygdom. De mest almindelige angstsygdomme i barndommen er separationsangst, social angst/fobi, generaliseret angst og simple fobier, mens panikangst og agorafobi typisk begynder senere i overgangen til voksenalderen. **Forekomst:** Undersøgelser af børnebefolkningen tyder på, at op mod hvert femte barn og ung rammes af angst inden de fylder 26 år. Angst er den hyppigste psykiske sygdom i befolkningen, men ikke den hyppigste diagnose i børne- og ungdomspsykiatrien. Det skyldes, at de fleste børn og unge med

en primær angstsygdom ikke bliver udredt eller behandlet i psykiatrien. Således var forekomsten af diagnosticerede angstlidelser blandt 10-24-årige 1,77% i 2016 (1,43% blandt drenge/unge mænd og 2,16% blandt piger/unge kvinder). **Udvikling over tid:** I Danmark er antallet af børn og unge, der har fået diagnosticeret angst i hospitalsregi, steget markant. Således var den årlige incidens af angst blandt de 10-24-årige 0,05% i 1996 og 0,31% i 2016. Det svarer til en stigning i antallet af nye tilfælde på 600% over en periode på 20 år. **Køn og alder:** Forekomsten af diagnosticeret angst er samlet set højest blandt piger/kvinder. De aldersspecifikke incidensrater stiger markant efter 13-årsalderen, særligt for de unge piger/kvinder, men indtil 13-årsalderen er der flere drenge end piger med angst. **Familære og sociale faktorer:** De få foreliggende studier, der er på området, finder en øget risiko for angst i barndommen i familier med lavere social status, negative livsbegivenheder og andre familiære belastninger. **Komorbiditet, forløb og behandling:** En angstsygdom kan udvikle sig til en anden angstsygdom, og der kan ses flere angstsygdomme på samme tid. Desuden er angsten ofte 'gateway' til andre sygdomme så som depression, misbrug, spiseforstyrrelse eller personlighedsforstyrrelse, eller den opstår sekundært til en psykisk udviklingsforstyrrelse, fx ADHD og ASF. Behandlingen af angst bør inkludere kognitiv adfærdsterapi med fokus på eksponering, hvilket på nuværende tidspunkt er den bedst dokumenterede form for psykoterapi med effekt på angst hos børn og unge.

5.3.2 Indledning

Angst er som sagt en naturlig og nyttig følelse, som signalerer fare. Dermed mobiliseres et mentalt og fysiologisk 'kamp/flugt-respons', der øger sandsynligheden for, at individet kan overvinde den konkrete fare. De fleste mennesker ængstes i vanskelige situationer, eller når de står over for nye opgaver og

udfordringer i livet, og oplevelsen af angst er således en del af den normale psykiske udvikling. Der er en glidende overgang fra normal ængstelse til de forskellige angstsygdomme, hvor angsten er overdreven og ude af proportion med det forventede, psykisk belastende og vedvarende eller tilbagevendende på en sådan måde, at angsten bliver en hindring for evnen til at fungere i dagligdagen.

Angstsymptomerne er grundlæggende ens hos børn, unge og voksne, men angstens genstand, dvs. den frygtede genstand eller situation, afspejler ofte den udviklingsrelaterede opgave eller udfordring, som barnet eller den unge står over for på det tidspunkt, hvor angsten debuterer.

Fx kan angst hos skolebørn vise sig ved, at de har svært ved at blive afleveret i skolen, fordi de er bekymrede for adskillelsen fra deres forældre eller en anden primær omsorgs- og tilknytningsperson (separationsangst), eller de er bange for at møde hunde eller uvejr med torden og lyn (specifik fobi). Barnet kan også være overdrevent genert og bange for at tale med nogen, som det ikke kender godt (social angst i barndommen). I ungealderen ses ofte overdreven angst for sociale situationer, hvor den unge frygter at gøre sig pinligt bemærket, fx ved at svare forkert på spørgsmål i klassen, eller ved at rødme, kaste op eller tisse i bukserne (social angst/fobi). Generaliseret angst kan debutere i alle aldre og viser sig ved en mere fritflydende ængstelse og bekymring på mange og skiftende områder, ledsaget af nervøsitet og anspændthed. Det er karakteristisk for angst i barndommen, at barnet kan frembyde fysiske symptomer, fx mavepine, hovedpine og andre fysiske ikke-forklarede symptomer, hvilket kan være forbundet med, at barnet er bange for sit helbred og søger læge for at få en forklaring på det fysiske ubehag (se afsnit 4.4). Panikangst debuterer typisk senere ved overgangen til voksenalderen og er karakteriseret ved anfald af

panikangst, der kommer ud af det blå. Anfald, der ligner panikangstsygdom, ses også ved de andre angstsygdomme, hvor angsten kommer pludseligt og hurtigt (over minutter) bliver stærkt ubehagelig med fysiske symptomer som hjertebanken, åndenød, sveden, rysten og mundtørhed (se **tabel 5.3.1**). For alle diagnoser gælder, at angsten skal medføre betydelig funktionspåvirkning for barnet/den unge og ikke kan forklares bedre af andre psykiske sygdomme, og de fysiske ledsagesymptomer er ikke symptomer på en fysisk sygdom. For de specifikke angstdiagnoser gælder endvidere, at de skal have en varighed på over fire uger, og at kriterierne for generaliseret angst ikke må være opfyldt.

5.3.3 Forekomst, fordeling og udvikling over tid

Forekomsten af angst hos danske børn og unge varierer mellem køn og aldersgrupper og over tid. Tallene afhænger desuden af måleredskabet og den undersøgte population.

Forekomst og fordeling af angstsygdomme i den generelle befolkning

Forekomsten af angst er generelt højere i epidemiologiske studier af den generelle befolkning af børn og unge end i kliniske studier af forekomsten af diagnosticeret angst i psykiatrien. En systematisk oversigt og metaanalyse af 41 epidemiologiske studier af den generelle population af børn og unge fra 27 lande foretaget over flere årtier fandt en gennemsnitlig forekomst (punktprævalens målt på et bestemt tidspunkt over en eller få måneder) af angstsygdomme på omkring 6,5% i barndommen (23).

Angst kan debutere i alle aldre, og livstidsforekomsten er derfor langt højere og måles typisk som kumuleret incidens i prospektive longitudinelle studier. Et sådant stort amerikansk studie ved navn 'Great Smoky Mountains Study' har undersøgt

1.420 individer op mod 11 gange i deres udvikling fra ni- til 26-årsalderen (80). Dette studie har dokumenteret, at mere end hvert femte barn og ung opfylder kriterierne for en angstsygdom inden 26-årsalderen. Undersøgelsen udmærker sig ved at måle forekomsten og forløbet af de specifikke angstsygdomme inklusive separationsangst, social angst, specifik fobisk angst, generaliseret angst, panikangst og agorafobi samt en mere diffus kategori af angst og bekymringer med belastning men uden frygt for specifikke situationer og uden at opfylde kriterierne for generaliseret angst. De forskellige angstsygdomme havde forskellige køns- og aldersspecifikke forekomster og forløb samt varierende komorbiditet med andre angstsygdomme, depression, ADHD og adfærdsforstyrrelser. Disse køns- og aldersspecifikke mønstre taler for, at det fortsat er meningsfuldt at opretholde de specifikke angstdiagnoser i stedet for at samle dem i en kategori af angst.

I det amerikanske studie udgjorde separationsangst hovedparten af alle angstsygdomme i 9-10-årsalderen, hvorefter forekomsten af separationsangst faldt brat for næsten at forsvinde efter 13-14-årsalderen. Forekomsten af social angst/fobi steg i ungealderen, særligt for piger. Generaliseret angst var den hyppigste angstilstand med markante stigninger i ungealderen og i den tidlige voksenalder, særligt for piger/kvinder. Panikangst og agorafobi debuterede sædvanligvis efter 15-16-årsalderen, og forekomsten steg markant ved overgangen til voksenalderen (80). Der var ingen kønsforskelle i den samlede forekomst af angstsygdomme i børne- og ungepopulationen. Disse køns- og aldersspecifikke forekomster af de forskellige angstilstande bekræftes i en systematisk oversigt og metaanalyse af studier fra flere lande (81), heriblandt en stor befolkningsundersøgelse fra Tyskland der fandt angstilstande helt ned i den tidlige barndom (i alderen 0-9 år), med en prævalens under 0,3%.

→ **TABEL 5.3.1**

Oversigt over angsttilstande hos børn og unge med forenklet fremstilling af de diagnostiske kriterier (79).

HOVEDSYMPTOMER	ICD-10-KODE	DIAGNOSTISKE KRITERIER	GENNEMSNITLIGT DEBUTTIDSPUNKT ^A
BEKYMRING FOR ADSKILLELSE FRA TILKNYTNINGSPERSON	<ul style="list-style-type: none"> › Abnorm separationsangst F93.0 › Ingen pendant blandt voksendiagnoser 	<ul style="list-style-type: none"> › Vedvarende urealistisk frygt for, at noget slemt vil ske med barnet selv eller tilknytningspersonen (typisk en forælder), når de er adskilt › Op til adskillelse ses fysiske symptomer (mavepine, hovedpine, opkast) › Overdreven følelsesmæssig reaktion som raseriudbrud og gråd ses før, under og efter adskillelse 	<ul style="list-style-type: none"> › ca. 7-8 år^B
FOBI FOR BESTEMTE OBJEKTER ELLER SITUATIONER ³	<ul style="list-style-type: none"> › Fobisk angsttilstand i barndommen^C F93.1 › Voksendiagnose: enkeltfobi F40.2 	<ul style="list-style-type: none"> › Hyppige genstande for frygt er: højder, dyr som hunde og fugle, insekter eller edderkopper, mørke, lukkede rum som elevatorer, uvejr med torden og lyn, vand, klovne eller usædvanligt udseende mennesker, læger/tandlæger, blod, nåle, sygdom › Barnet erkender, at frygten er overdreven/urimelig^D 	<ul style="list-style-type: none"> › ca. 6-7 år
ANGST FOR FREMMEDE OG/ELLER SOCIALE SITUATIONER	<ul style="list-style-type: none"> › Social angsttilstand^C F93.2 › Voksen diagnose: social fobi F40.1 	<ul style="list-style-type: none"> › Social angst i barndommen viser sig ved overdreven generthed over for fremmede og nedsat evne til at fungere socialt med begrænset social udfoldelse › Social fobi karakteriseres ved en erkendt urimelig angst for sociale situationer af frygt for andres kritik eller for at skulle opføre sig pinligt, specielt ved at rødme, kaste op eller få vandladnings- og/eller afføringstrang › Hyppige bekymringer hos børn og unge er at skulle præsentere foran klassen, at møde nye børn, at tale til en autoritet som en lærer og at date andre (unge). › Der er normale sociale relationer til velkendte personer 	<ul style="list-style-type: none"> › For social angsttilstand i barndommen skal debut være før seks-årsalderen. › For social fobi er det de tidlige unge år, dvs. ca. 11-13 år

→ **TABEL 5.3.1 (FORTSAT)**

Oversigt over angsttilstande hos børn og unge med forenklet fremstilling af de diagnostiske kriterier (79).

HOVEDSYMPTOMER	ICD-10-KODE	DIAGNOSTISKE KRITERIER	GENNEMSNITLIGT DEBUTTIDSPUNKT ^A
BEKYMRING OG ANGST INDEN FOR MANGE OMRÅDER	<ul style="list-style-type: none"> › Generaliseret angst i barndommen F93.80 › Voksendiagnose: generaliseret angst F41.1 	<ul style="list-style-type: none"> › Ængstelse og bekymring på flere områder og over almindelige gøremål de fleste dage i min. seks måneder › For børnediagnosen kræves mindst tre ledsagende angst-/spændingssymptomer og debut før 18-årsalderen. Autonome symptomer er mindre fremtrædende. › For voksendiagnosen kræves mindst fire ledsagende angst-/spændingssymptomer, heraf mindst et autonomt. 	<ul style="list-style-type: none"> › ca. 10-12 år
PANIKANFALD	<ul style="list-style-type: none"> › Ingen børnespecifik diagnose › Voksendiagnose: panikangst F41.0 	<ul style="list-style-type: none"> › Oplevelse af og frygt for uventede panikanfald › Involverer som regel flere somatiske symptomer som hjertebanken, åndenød, svimmelhed, rysten og brystmerter › Ledsages ofte af frygt for at dø eller at blive sindssyg › Mindst fire panikanfald over fire uger › Mindst fire angstsymptomer, heraf et autonomt symptom › Ikke situationsafhængige eller forudsigelige 	<ul style="list-style-type: none"> › ca. 22-24 år^E
ANGST FOR 'AGORA-FOBISKE' SITUATIONER	<ul style="list-style-type: none"> › Ingen børnespecifik diagnose › Voksendiagnose: agorafobi F40.0 	<ul style="list-style-type: none"> › Erkendt urimelig angst eller undgåelse af mindst to af følgende: menneskemængder, offentlige steder, færden alene eller uden for hjemmet › Undgåelsen hænger ofte sammen med frygt for at få panikanfald i de situationer og ikke kunne slippe væk eller kunne få hjælp › Hyppige angstudløsende situationer kan være åbne pladser med mange mennesker, steder med meget trafik, transportmidler, lukkede rum, biografer, supermarkeder 	<ul style="list-style-type: none"> › Som for panikanfald

→ **TABEL 5.3.1 (FORTSAT)**

Oversigt over angsttilstande hos børn og unge med forenklet fremstilling af de diagnostiske kriterier (79).

HOVEDSYMPTOMER	ICD-10-KODE	DIAGNOSTISKE KRITERIER	GENNEMSNITLIGT DEBUTTIDSPUNKT ^A
SITUATIONSSPECIFIK STUMHED ^F	<ul style="list-style-type: none"> › Selektiv mutisme F94.0 › Ingen pendant blandt voksendiagnoser 	<ul style="list-style-type: none"> › Manglende tale i bestemte sociale situationer, selvom sprogfunktionen er intakt › Barnet har tilstrækkeligt kendskab til det talte sprog › Nedsat social og faglig funktion › Fravær af fysisk tilstand eller andre psykiske lidelser, herunder autisme, som kan forklare mutismen 	<ul style="list-style-type: none"> › Ca. 3-6 år

A ALLE SYGDOMME KAN STARTE TIDLIGERE I INDIVIDUELLE TILFÆLDE.

B IFØLGE DE NUVÆRENDE ICD-10-KRITERIER SKAL BEGYNDELSALDEREN VÆRE FØR SEKSÅRSALDEREN. I KLINISK PRAKSIS SES IMIDLERTID, AT SEPARATIONS-ANGST KAN DEBUTERE HELT FREM I VOKSENALDEREN, OG DSM-5 KLASSIFIKATIONEN TILLADER DEBUT I VOKSENALDEREN.

C ANDRE KRITERIER FOR BØRN END FOR VOKSNE (ENKELFOBI OG SOCIALFOBI). DET ER UKLART, PRÆCIST HVILKEN ALDERSGRUPPE DE BØRNESPECIFIKKE ANGSTDIAGNOSER I ICD-10 GÆLDER FOR.

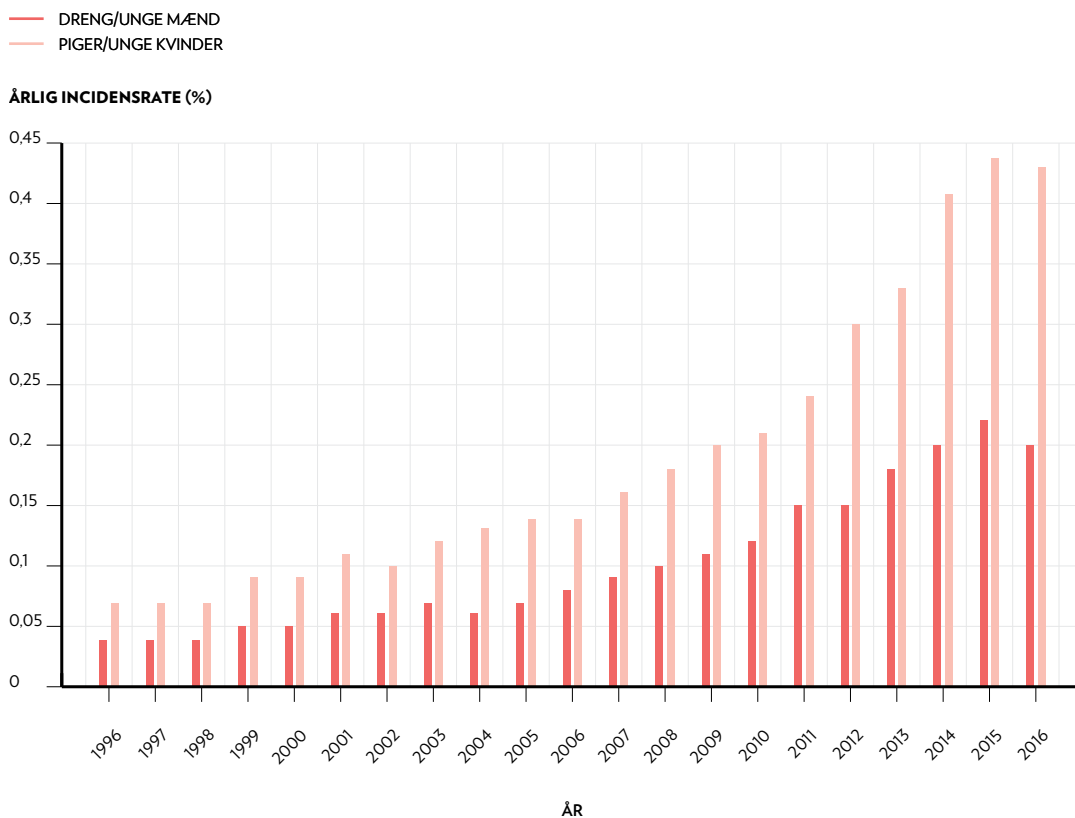
D MINDRE BØRN KAN PGA. KOGNITIV UMODENHED HAVE SVÆRT VED AT ERKENDE, AT FRYGTEN ER OVERDREVEN/ URIMELIG.

E DEBUTTIDSPUNKTET FOR BÅDE PANIKANGST OG AGORAFOBI ER OFTE I DEN TIDLIGE VOKSENALDER, OG LIDELSERNE SES DERFOR SJÆLDNERE I BARN- OG UNGDOMMEN END DE ØVRIGE ANGSTDIAGNOSER.

F SELEKTIV MUTISME BETRAGTES SOM EN ANGSTRELATERET LIDELSE, MEN PLACERINGS I DET DIAGNOSTISKE KLASSIFIKATIONSSYSTEM DISKUTERES FORTSAT.

→ FIGUR 5.3.1

Procentvise forekomster af angstdiagnoser (F40-41, F93) (incidens) pr. år for 10-24-årige piger/unge kvinder og drenge/unge mænd i 1996-2016 (21).



Der er meget få epidemiologiske studier af forekomsten af angst blandt børn og unge i Danmark, hvor der er anvendt diagnostisk undersøgelse face-to-face. Der findes dog et studie, der fokuserede på et tilfældigt udsnit af børn af forældre med skizofreni eller bipolar lidelse samt en kontrolgruppe af børn uden forældre med svær psykiatrisk sygdom. Disse grupper blev grundigt psykiatrisk og psykologisk undersøgt for psykiske sygdomme ved hjælp af standardiserede diagnostiske interviews da de var syv år gamle. Blandt de 197 børn fra den generelle population (kontrolgruppen) fandt forskerne ni børn (4,6%), som opfyldte kriterierne

for en angstdiagnose allerede ved syvårsalderen. Til sammenligning havde godt 11% af børnene med en eller to psykisk syge forældre en diagnosticerbar angstsygdom i samme alder (82). Angst og ADHD var de to hyppigste psykiatriske sygdomme, som kunne diagnosticeres i denne aldersgruppe.

Forekomst og fordeling af diagnosticeret angst

Et stort dansk registerbaseret studie har kortlagt de køns- og aldersspecifikke forekomster (incidensrater og kumulerede incidens) af diagnosticeret psykiatrisk sygdom ved at følge alle individer, som blev født i Danmark mellem 1. januar 1995 og 31.

december 2016 (1.3 million individer). De blev fulgt indtil deres 18-årsfødselsdag (eller anden slutdato i registeret) (3). Undersøgelsen inkluderede diagnoser fra indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg i perioden. Gruppen af angstsygdomme og belastningsreaktioner var den hyppigste sygdomsgruppe hos piger. Den kumulerede incidens for en diagnose i gruppen af angstsygdomme og belastningsreaktioner var indtil 13-årsalderen lidt højere for drenge (2,17%) end for piger (1,88%). Herefter sås omvendt en markant øget risiko for diagnose af angst og belastningsreaktioner blandt piger/unge kvinder end blandt drenge/unge mænd, med en kumuleret incidens på henholdsvis 7,85% og 4,58% ved 18-årsalderen. De høje incidensrater i dette studie (3) skyldes formentlig, at studiet har inkluderet de mange belastnings- og tilpasningsreaktioner, der ses ved kortvarige skadestuekontakter. Desuden er medregnet de dissociative tilstande og somatisering. Der er således tale om en langt bredere gruppe af børn og unge end dem, der er udredt og diagnosticeret med en egentlig angstsygdom.

Et andet registerbaseret studie, som inkluderede et smallere spektrum af angsttilstande (83), fandt en betydeligt lavere kumuleret incidens af diagnosticeret angst, estimeret til 1,06% for piger/unge kvinder og 0,63% for drenge/unge mænd, født i 1995 og fulgt indtil 18-årsalderen (senest ved udgangen af 2013). Her var som sagt kun medregnet de egentlige angstsygdomme (ICD-10 koder F40, F41, F93.0 - F93.2) hos børn og unge.

Ifølge vores dataudtræk fra det Psykiatriske Centralregister (PCR) og Landspatientregisteret (LPR), var prævalensen af angstlidelser (ICD-10 koder F40, F41, F93) for aldersgruppen 10-24-årige i Danmark (lidt over 1 mio. individer) 1,77%, fordelt på 1,43% drenge/unge mænd og 2,16% piger/unge kvinder i 2016 (21).

Udviklingen i forekomsten af diagnosticeret angst

De årlige incidensrater for angstdiagnoser var 0,05% i 1996 og 0,31% i 2016, hvilket svarer til en stigning på 600% over to årtier. Stigningen var på 200% frem til år 2006, hvorefter stigningerne accelererede i 2006-2016, særligt for piger/unge kvinder (se figur 5.3.1).

Sammenholdt med de internationale populationsbaserede studier, hvor en ud af hver femte ung rammes af angst inden 26-årsalderen, så er incidensen af angst i de danske registerbaserede studier fortsat meget lav. Det tyder på, at det fortsat kun er en mindre andel af alle børn og unge med angstsygdomme, som bliver diagnosticeret med angst. Stigningerne i de registrerede angstdiagnoser er derfor sandsynligvis et udtryk for, at flere børn og unge udredes og får stillet en diagnose, mens de tidligere gik 'under radaren' for psykiatrisk diagnose og behandling. Men det kan ikke udelukkes, at der samtidig er sket en reel stigning i antallet af børn og unge med angstsygdomme.

5.3.4 Familiære og sociale faktorer

Der er få studier af sammenhængen mellem sociale forhold og forekomsten af angstsygdomme i barndommen, og der savnes i særlig grad nyere danske studier. De få foreliggende studier finder en øget risiko for angst i barndommen i familier med lavere social status, negative livsbegivenheder og andre familiære belastninger (84). Disse risikofaktorer er forbundet med de fleste følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer i barndommen og er således ikke specifikke for angst. Angstsygdomme har tendens til at ophobe sig i familier, hvilket skyldes et samspil mellem genetiske, biologiske og miljømæssige forhold, herunder social indlæring. Den genetiske komponent kan

forstås som en medfødt sårbarhed for at reagere med ængstelighed. Det kan vise sig ved et særligt hæmmet temperament, der er karakteriseret ved skyhed, tilbageholdenhed eller generthed (79). Forældre til børn med angst adskiller sig fra forældre til ikke-angste børn ved at være mere kontrollerende og overbeskyttende i forhold til barnet. De er også mere tilbøjelige til selv at lide af angst. Årsagssammenhængen kan gå begge veje, idet forældrenes adfærd kan være påvirket af barnets ængstelse, så de reagerer på barnets hæmning ved at beskytte barnet mere, hvilket kan forstærke barnets usikkerhed og medvirke til at udvikle eller fastholde angsttilstanden. Desuden er der fundet tegn på, at børn med angst har en selektiv opmærksomhed rettet mod ydre og indre stimuli, der kan signalere fare – eller som selektivt udvælges og fortolkes som noget farligt (84). Denne selektive opmærksomhed kan forstærkes af forældre, der selv har angst, og man taler derfor om social indlæring af frygt og undgåelse. Undgåelsesadfærden er en helt central mekanisme ved angst, og barnets forældre bliver ofte trukket ind i en negativ spiral, hvor de ufrivilligt kommer til at hjælpe barnet med dets undgåelsesadfærd, fx ved at tale eller handle på vegne af barnet. Det kan bekræfte barnet i, at situationen er farlig, og at det ikke kan klare sig uden hjælp. Det er vigtigt at bemærke, at barnets angst fremkalder undgåelsesadfærd og beskyttelse hos forældrene, hvorfor forældrenes adfærd bedst kan forstås som en normal reaktion i den konkrete situation.

5.3.5 Komorbiditet, forløb og behandling

Angstsygdommene er ofte vedvarende eller tilbagevendende. Dertil kommer, at angst er forbundet med en markant øget risiko for at udvikle andre psykiatriske sygdomme. Den relative risiko for anden psykisk sygdom er 3-6 højere for alle angstsygdomme i barndommen sammenlignet med ikke at have en angstsygdom, og de mest almindelige

komorbide sygdomme er en anden angstsygdom og depression (81), men der ses også misbrug, spiseforstyrrelse og personlighedsforstyrrelse i det senere forløb (80). Generaliseret angst er forbundet med en særligt høj risiko for udvikling af depression. Mange børn og unge med ADHD, adfærdsforstyrrelse eller ASF udvikler angst.

Det skal bemærkes at separationsangst i barndommen ofte fortsætter i form af andre følelsesmæssige sygdomme i ungealderen, særligt panikangstsygdom, agorafobi, generaliseret angst og depression. Der kan være en tendens til at overse eller bagatellisere angst hos børn, måske fordi symptomerne ligger i umiddelbar forlængelse af almindelige udviklingsrelaterede vanskeligheder og forbigående mistrivsel, men alle forløbsstudier bekræfter, at angstsygdommene i barndommen er forbundet med en markant øget risiko både for anden psykisk sygdom og nedsat funktionsniveau i voksenalderen (80).

Der er gode behandlingsmuligheder over for angst hos børn. Behandlingen bør være helhedsorienteret og inkludere psykoterapi med fokus på de udløsende og vedligeholdende faktorer samt eksponering af barnet for de frygtede genstande og situationer. Kognitiv adfærdsterapi (KAT) er den bedst undersøgte terapiform og anbefales af sundhedsstyrelsen som den på nuværende tidspunkt eneste form for psykoterapi med dokumenteret effekt på angst hos børn og unge (85).

5.4 DEPRESSION

Dette afsnit beskriver, hvordan forekomsten af depression hos børn og unge har ændret sig igennem de seneste årtier. Desuden belyses køns- og aldersfordelingen og forbruget af antidepressiv medicinsk behandling, samt komorbiditet, forløb og behandling af sygdommen. Forebyggelsesmuligheder omtales i afsnit 6.4.3.

5.4.1 Sammenfatning

Depression er en alvorlig sygdom, der rammer både børn, unge og voksne. Den er karakteriseret ved tre kernesymptomer; nedtrykthed, nedsat lyst eller interesse og nedsat energi eller øget træthed. Nedsat lyst eller interesse og øget skyldfølelse ser ud til at være de depressive symptomer, der bedst kendetegner svær depression i en tidlig alder. **Forekomst:** I 2016 havde 1,67% af 10-24-årige danske piger/unge kvinder og drenge/unge mænd en depressionsdiagnose (1,01% for drenge/unge mænd og 2,38% for piger/unge kvinder).

Udvikling over tid: I Danmark er antallet af børn og unge, der har fået diagnosticeret depression i hospitalsregi steget markant over de seneste årtier. Således var de årlige incidensrater for depression blandt 10-24-årige 0,04% i 1996 og 0,30% i 2016. Det svarer til en stigning i antallet af nye tilfælde på 750% over to årtier. Samtidig er der observeret en stigning i forbruget af antidepressiv medicin til børn og unge frem til 2010 i Danmark, hvorefter der har været et fald. **Køn og alder:** Risikoen for at udvikle depression stiger fra 12-årsalderen, hvor piger har større risiko for at udvikle depression end drenge. **Familiære og sociale faktorer:**

Arvelighed og miljømæssige belastninger har betydning for udviklingen af depression hos børn og unge. Børn af forældre med depression har en tre-fire gange højere risiko for at udvikle depression. Dette skyldes både en genetisk sårbarhed og

en øget forekomst af psykosociale belastninger. De psykosociale forhold spiller en større rolle for udviklingen af depression i barndommen end i ungeårene. **Komorbiditet, forløb og behandling:** Prognosen for depression er ringere, hvis den debuterer i barndommen end i voksenalderen, og tidlig debut er forbundet med flere indlæggelser og selvmordsforsøg. Behandlingen af depression retter sig mod psykosociale belastninger og indebærer aflastning, oplysning om sygdommen (psykoedukation) samt terapeutisk behandling og/eller medicin.

5.4.2 Indledning

Tilbage i 1960'erne havde man den opfattelse, at børn ikke kunne udvikle depression (86). Dette er gentagne gange blevet tilbagevist, og studier peger på, at børn helt ned til førskolealderen kan rammes af depression (87).

Det diagnostiske klassifikationssystem International Classification of Diseases (ICD)-10 inddeler depressive tilstande i enkeltepisode (F32.X) og tilbagevendende (periodisk) depression (F33.X). De diagnostiske kriterier for depression er ens for børn, unge og voksne. Symptomerne (se **boks 5.4.1**) er dog påvirkelige af individets udviklingstrin, og det kliniske billede kan derfor variere mere hos børn og unge, end det typisk er tilfældet hos voksne. Desuden er irritabilitet almindeligt forekommende hos børn og unge med depression, og det kan indimellem overskygge andre symptomer. Børn og unge med depression kan opmuntres kortvarigt, og nedtryktheden kan således være lidt sværere at få øje på end hos deprimerede voksne. Nedsat lyst eller interesse og øget skyldfølelse ser ud til at være de depressive symptomer, der bedst kendetegner svær depression i en tidlig alder (88-90).

→ **BOKS 5.4.1**

Depressive symptomer, ICD-10 (91).

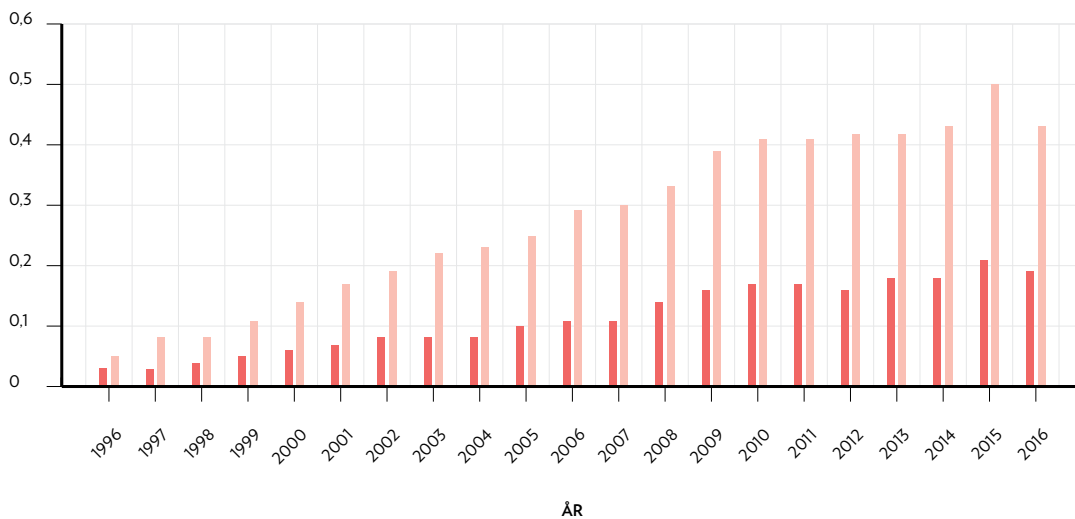
<p>DEPRESSIVE KERNESYMPTOMER</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nedtrykthed 2. Nedsat lyst eller interesse 3. Nedsat energi eller øget træthæd
<p>DEPRESSIVE LEDSAGESYMPTOMER</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nedsat selvtillid eller selvfølelse 2. Selvbepjædelse eller skyldfølelse 3. Tanker om død eller selvmord 4. Tænke- eller koncentrationsbesvæ 5. Psykomotorisk agitation eller hæmning 6. Søvnforstyrrelser 7. Appetit- og vægtændring

→ **FIGUR 5.4.1**

Procentvise forekomster af depressionsdiagnoser (ICD-10-koderne F32-33) (incidens) pr. år for 10-24-årige piger/unge kvinder og drenge/unge mænd i 1996-2016 (21).

— DRENG/UNGE MÆND
— PIGER/UNGE KVINDER

ÅRLIG INCIDENSRATE (%)



Det er helt centralt for det kliniske billede af depression, at der samtidig med den depressive tilstand er observeret en reduktion i barnets funktionsniveau i forhold til tidligere.

Depression hos børn og unge opstår oftest sekundært til andre psykiatriske problemstillinger, som eksempelvis angst, ADHD eller autisme (92). Derfor er det vigtigt også at screene for depression, når børn og unge henvises til udredning på mistanke om andre psykiske sygdomme. Danske børn og unge rapporterer flere depressive symptomer, end deres forældre gør på deres vegne (93). Det kan der være flere grunde til. Børn og unge vil ofte forsøge at skåne deres forældre, og deprimerede børn og unge kan derfor være tilbageholdende med at fortælle om tristhed og eventuelle selvmordstanker. Desuden kræver det kognitive kompetencer og modenhed at sætte ord på følelsesmæssige tilstande. Børn og unge kan derfor have sværere ved at give udtryk for ændringer i deres indre følelsesmæssige tilstand end voksne, og den depressive tilstand i sig selv kan mindske evnen til at tænke og koncentrere sig.

5.4.3 Forekomst, fordeling og udvikling over tid

Forekomsten af depression hos danske børn og unge varierer over tid og mellem køn og aldersgrupper (94). I 2016 fik 18.156 (1,67%) danske 10-24-årige en depressionsdiagnose (ICD-10-koderne F32-33), heraf var 5.581 (1,01%) drenge/mænd og 12.574 (2,38%) piger/kvinder ud af i alt 1.089.788 individer (21). Antallet af 10-24-årige med nye tilfælde af depression (incidens) var 0,04% i 1996 og 0,3% i 2016, hvilket svarer til en stigning på 750% over to årtier. Stigningen var størst for piger/kvinder (se **figur 5.4.1**) (21).

Unge piger har større risiko for at udvikle depression end drenge. Når de fylder 18 år, har ca. 2,5% af

alle piger haft en klinisk depression (kumulativ incidens), mens det kun er ca. 1% af drengene (3, 83).

Dette er i overensstemmelse med registerdata præsenteret i **figur 5.4.2** for de 0-18-årige. Den markante kønsforskel opstår først ved 12-årsalderen, og kvindelige kønshormoner, livsbelastninger og forskelle i hjælpsøgende adfærd kan spille ind (95, 96).

Det har været diskuteret meget, hvorvidt forekomsten af depression hos børn og unge har været stigende over tid (97, 98). En ting er dog sikkert, der er en stigning i antallet af danske børn og unge, der får en depressionsdiagnose på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger (se **figur 5.4.3**) (99). Dette kan dog lige så vel skyldes, at vi i højere grad undersøger og diagnosticerer de individer, der har depression.

Antidepressiv medicin er i Danmark godkendt til behandling af børn og unge med depression. Det anvendes dog også til andre formål som behandling af migræne, smerte, angst og OCD, hvorfor ordinationsmønsteret ikke direkte kan relateres til behandling af depression. Forbruget af antidepressiv medicin til 5-19-årige har i Danmark været stigende i en længere periode, hvorefter det i 2010 begyndte at falde (se **figur 5.4.4**). Den faldende tendens er formentlig udtryk for en mere restriktiv holdning til brug af medicinsk behandling til børn og unge, som bl.a. er baseret på advarsler om risiko for alvorlige bivirkninger. Desuden blev det i 'Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser' i 2007 præciseret, at det kun er speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, der må varetage behandlingen af depression hos børn og unge (100). Det er dog under alle omstændigheder overraskende, at forbruget af antidepressiva i Danmark falder så markant, fordi det tidsmæssigt falder sammen med en stigning i antallet af børn og unge, der diagnosticeres med

depression. Fremtidige studier må vise, om der er en ændring i retning af flere psykosociale og psykoterapeutiske behandlingstilbud, eller om der er tale om underbehandling af depression hos børn og unge.

5.4.4 Familiære og sociale faktorer

Arvelighed og miljømæssige belastninger har betydning for udvikling af depression hos børn og unge. Børn af forældre med depression har en tre-fire gange højere risiko for at udvikle depression (102). Dette skyldes både en genetisk sårbarhed og en øget forekomst af psykosociale belastninger, der spiller en større rolle for udvikling af depression i barndommen end i ungeårene. Belastende livsbegivenheder (stressful life events) har også betydning for udvikling af depression hos børn og unge. Studier viser, at børn og unge til forældre med depression hyppigere rammes af belastende livsbegivenheder, og at de er mere følsomme overfor disse.

Psykisk sygdom er ofte forbundet med sociale og økonomiske belastninger, og dette gælder også for børn og unge med depression. **Figur 5.4.5** viser udviklingen i prævalente tilfælde af diagnosticeret depression i aldersgruppen 10-24 år opdelt i forhold til deres forældres uddannelsesniveau. Her er forekomsten af depression højest blandt børn og unge af forældre med en kort eller erhvervsrettet uddannelse. Vi kan dog ikke sige noget om årsagssammenhænge ud fra figuren. Nogle studier peger på, at den sammenhæng, der er observeret mellem familiære socioøkonomiske problemer og depression hos børn og unge, er medieret via forældrenes psykiske problemer. Et amerikansk studie viste i tråd hermed, at en markant bedring af økonomiske forhold for en amerikansk-indiansk befolkningsgruppe mindskede forekomsten af adfærdsforstyrrelser, men ikke af depression, hos bør-

nene i familierne (103). Det samme var gældende ved en senere opfølgning i voksenalderen (104).

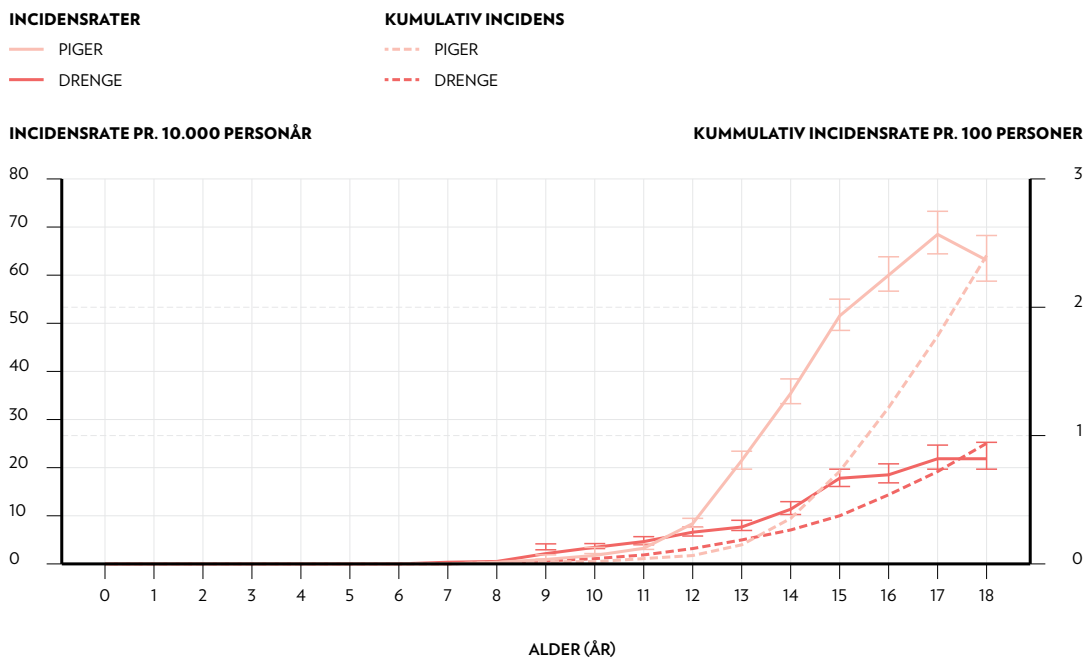
5.4.5 Komorbiditet, forløb og behandling

Prognosen for depression er ringere, hvis den debuterer i barndommen end i voksenalderen. Tidlig debut af depression er forbundet med flere indlæggelser og selvmordsforsøg (105). Det er der flere årsager til. Børn og unge har en længere risikotid (på grund af deres unge alder), men den samme tilbagefaldsrate som voksne, og de oplever derfor flere tilbagefald samlet set. Tilbagefald forekommer hos op til 50-75% af børn, der er blevet diagnosticeret med depression før puberteten (106). Desuden går der længere tid, før behandling af depression iværksættes hos børn end hos voksne (105). Endelig udvikler depression med tidlig debut sig oftere til bipolar lidelse end depression, der debuterer i voksenlivet (107).

Depression er den sygdom, der har den største sygdomsbyrde, når det opgøres som antal sygdoms-justerede leveår for 10-19-årige (108). Desuden er depression i denne aldersgruppe forbundet med en stagnation i den kognitive, psykiske og sociale udvikling. Desværre er stagnationen ofte længerevarende pga. sen iværksættelse af behandling. Derfor kan det have stor betydning for danske børns mentale sundhed, at der etableres mere målrettet forebyggelse også på dette område (109) (se afsnit 6.4.3).

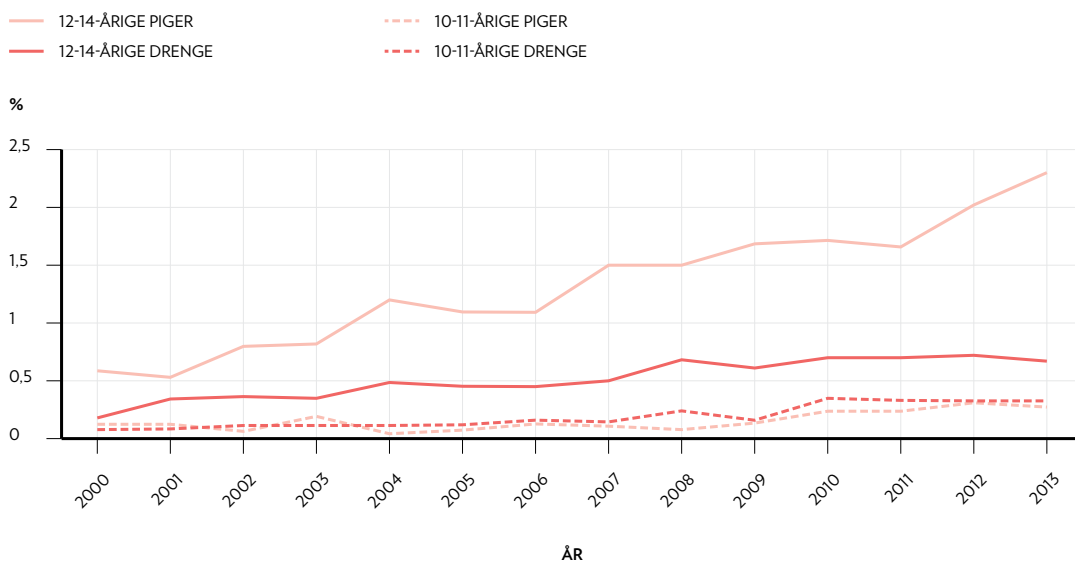
→ FIGUR 5.4.2

Kønsspecifikke incidensrater samt kumulativ incidens for depression op til 18-årsalderen (3), (licens-nr. for gengivelsestilladelse: 4897240475693).



→ FIGUR 5.4.3

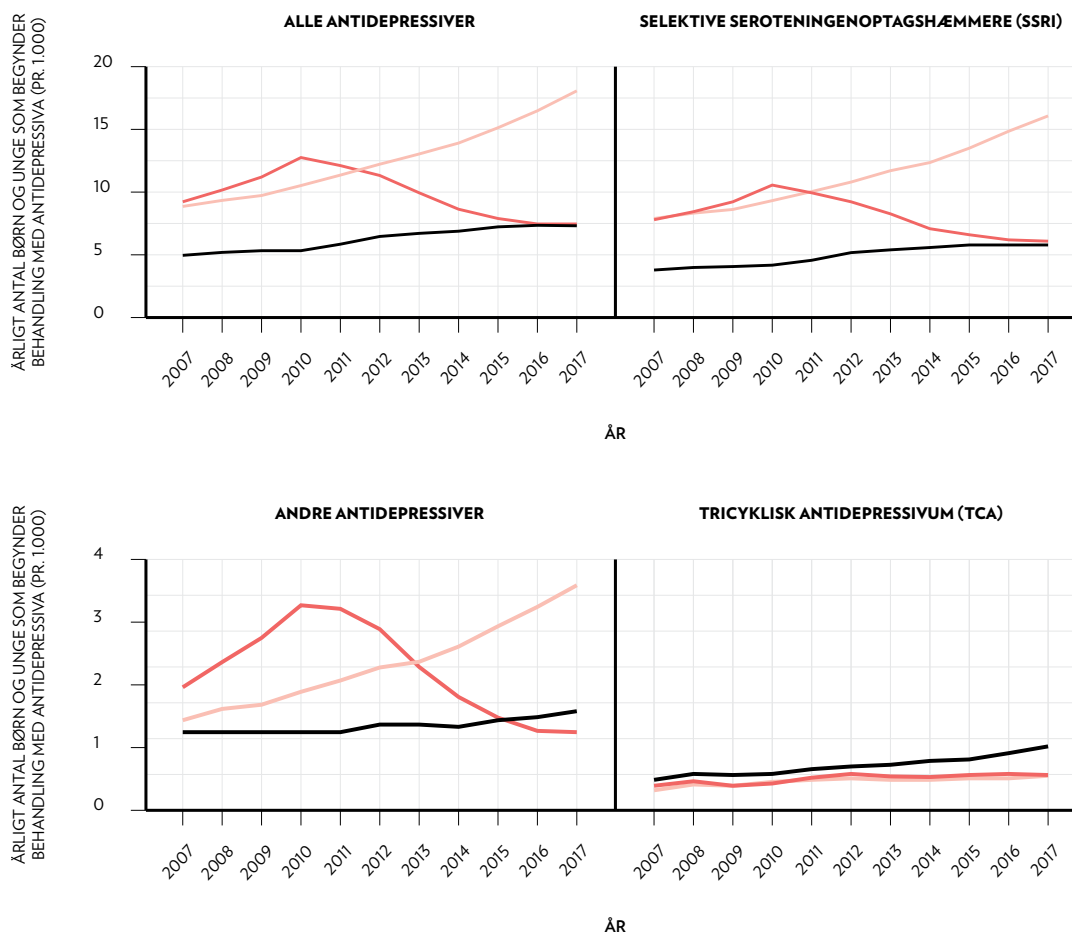
Forekomst af depressionsdiagnoser (incidens) i Danmark i 2000-2013 for 10-14-årige drenge og piger (99).



→ FIGUR 5.4.4

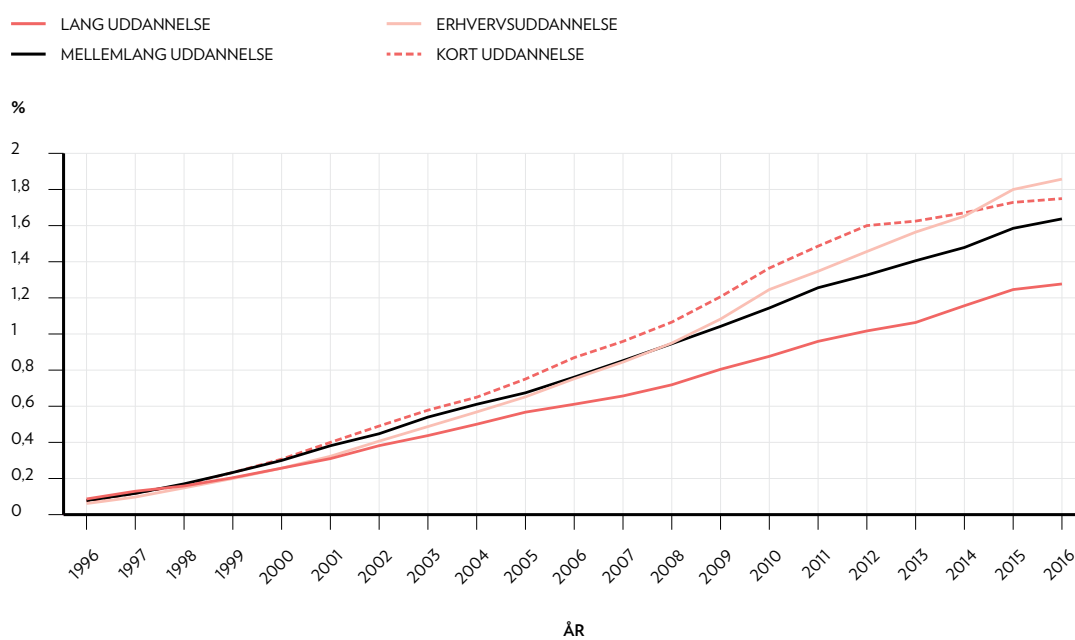
Årligt antal børn og unge som begynder behandling med antidepressiva (pr 1.000) i alderen 5-19 år, i Danmark, Sverige og Norge i perioden 2007-2017 (101).

- DANMARK
- NORGE
- SVERIGE



→ **FIGUR 5.4.5**

Prævalens i procent af depressionsdiagnoser (ICD-10 F32-33) pr. år for 10-24-årige i perioden 1996-2016 og opdelt på forældres uddannelsesniveau (21).



5.5 OBSESSIV-KOMPULSIV TILSTAND

Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD) er karakteriseret ved gentagne, påtrængende og ubehagelige tanker (obsessioner) og/eller handlinger (kompulsioner). I det følgende gennemgås OCD-forekomst og fordeling på køn, alder og socioøkonomisk gruppe, og udviklingen over de seneste 20 år beskrives. Afsnittet beskriver også kort sygdommens komorbiditet, forløb og behandling. Forebyggelsesmuligheder omtales i afsnit 6.4.4.

5.5.1 Sammenfatning

OCD er en arvelig sygdom, og omkring 50% af forekomsten skyldes genetiske faktorer, mens andre mulige årsagsforklaringer skal findes blandt miljøpåvirkninger som ikke deles med søskende eller andre i familien. Der er ikke påvist kausale miljømæssige faktorer, der kan sættes i forbindelse med stigningen i incidensen af OCD. **Forekomst:** OCD debuterer ofte i barne- og ungealderen og har en livstidsprævalens på 1-3% i befolkningen. I 2016 havde 0,65% af de 10-24-årige i Danmark en OCD-diagnose (0,54% for drenge/unge mænd og 0,78% for piger/unge kvinder).

Udvikling over tid: Forekomsten af diagnosticeret OCD (incidens) blandt de 10-24-årige i Danmark er steget med ca. 500-600% over de seneste 20 år (fra 0,01% i 1996 til 0,08% i 2016).

Alder og køn: OCD kan debutere hele livet, men sygdommen begynder ofte i barndommen, hvorimod diagnosen ofte først stilles i ungealderen (10-23 år). Der er lidt forskellige fund vedrørende kønsfordelingen af OCD. Tidligere studier fandt flere drenge end piger med OCD indtil tiårsalderen, mens nye danske studier har fundet en lige kønsfordeling indtil 10-13-årsalderen. Incidensen af OCD stiger i ungealderen, især for piger, og den kumulerede incidens af OCD er højere for kvinder end for mænd. **Familære og sociale faktorer:**

Der er få studier med divergerende fund hvad angår sociale, familiære og andre miljømæssige risikofaktorer for OCD. **Komorbiditet, forløb og behandling:** OCD er en alvorlig sygdom, der ubehandlet er forbundet med stor risiko for et kronisk forløb. Sygdommen ses ofte sammen med andre psykiske sygdomme, og det samlede sygdomsbillede er ofte ledsaget af dårlig livskvalitet og nedsat social funktion. 'Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS)' har vist et godt forløb tre år efter behandling med kognitiv adfærdsterapi (KAT) med intensiveret behandling ved manglende respons. Det positive resultat af NordLOTS-studiet understreger betydningen af tidlig og effektiv behandling af OCD.

5.5.2 Indledning

Tvangstanker (obsessioner) er tanker, forestillinger eller billeder, der er gentagne, påtrængende og uønskede, og som ofte ledsages af stærkt ubehag eller angst. Det indgår i definitionen af tvangstanker, at individet oplever indholdet som fremmed, overdrevent og urimeligt ('ego-dystont') i modsætning til vrangforestillinger, hvor personen er overbevist om, at det usædvanlige tankeindhold er sandt. Det ubehag eller den angst, der sædvanligvis ledsager tvangstanker, søges 'neutraliseret' ved tvangshandlinger (110). Tvangshandlingerne kan have en logisk sammenhæng med tvangstanker; fx kan barnet forsøge at neutralisere sin frygt for smitte ved gentagen håndvask. I andre tilfælde er tanker og handlinger uden nogen sammenhæng, eller sammenhængen har en magisk karakter; fx når barnet er nødt til at tælle ting eller at røre ved alle lygtepælene på skolevejen, fordi der ellers vil ske en ulykke. Tilstanden kan bestå af lige dele tvangstanker og tvangshandlinger, eller en af delene kan være dominerende. Særligt mindre børn har ofte tvangshandlinger uden nogen bagvedliggende tvangstanke. Nogle børn

og unge har tvangshandlinger der går ud på at 'neutralisere' en vag følelse af ubehag, der først går over, når handlingen udføres 'just right'.

De mest almindelige tvangstanker hos børn og unge med OCD omhandler frygt for snavs og smitte, at der sker noget frygteligt, sygdom og død, eller at ting skal være symmetriske. Der ses også tvangstanker, der omhandler seksuelle, moralske eller religiøse emner, eller tanker om at komme til at gøre skade på sig selv eller andre. De mest almindelige tvangshandlinger hos børn og unge med OCD er vaskeritualet, tjekken og gentagne handlinger, eller det at ordne eller arrangere ting symmetrisk, at tælle, eller at bede om forsikringer om eller forklaringer på bestemte ting, fx at barnet ikke har gjort en fejl. Nogle handlinger udføres inde i hovedet som at tælle eller at forestille sig tingene symmetrisk, hvilket kaldes mentale tvangshandlinger.

Nogle børn med OCD kan have svært ved at erkende, at tankeindholdet er urealistisk, eller at handlingerne er overdrevne eller urimelige, måske fordi barnet oplever stærk lettelse fra ubehaget, når tvangen udføres. Det betyder, at sygdomsindsigten kan være begrænset, selvom barnet kan føle sig 'forkert' eller måske ligefrem skammer sig over symptomerne. Den unges erkendelse af, at symptomerne i andres øjne kan forekomme absurde og bizarre, kan betyde, at mange hemmeligholder symptomerne til trods for stærkt ubehag og påvirkning af symptomerne. Der kan gå flere år, før problemet erkendes af forældrene, og diagnostik og behandling er ofte forsinkede (111) og gennemføres måske først i forbindelse med udredning for andre psykiske eller somatiske sygdomme.

Der kan ske det, at forældrene ufrivilligt kommer til at hjælpe barnet med at gennemføre ritualer eller undgå situationer, der udløser symptomer.

Ligesom ved angst virker både ritualer og undgåelsesadfærd kun som en kortvarig lindring. Ubahaget kommer hurtigt igen, men den kortvarige lettelse forstærker trangen til at gentage tvangshandlingen for atter at opnå lindring. Hvis barnet eller den unge er umodent og har begrænset indsigt, vil det hurtigt opgives 'modstanden' og give efter for trangen til at udføre den ritualiserede adfærd.

OCD ses ophobet i familier. Et stort svensk registerbaseret, familie- og tvillingestudie fandt, at omkring 50% af forekomsten af OCD er bestemt af genetiske faktorer (112). Der er påvist over 100 mulige kandidatgener, og de sygdomsfremkaldende mekanismer er langt fra kortlagt (113). Risikoen for OCD er signifikant øget, hvis der er slægtninge med OCD i familien (112) med stigende risiko for tættere slægtskab. De genetisk informerede studier indikerer samtidigt, at sygdomsforekomsten også hænger sammen med miljøpåvirkninger, som ikke deles med søskende eller andre i familien (112, 113), men en nyere systematisk oversigt har ikke fundet nogle stærke kandidater til kausale miljømæssige faktorer (114). Et dansk registerbaseret studie (115) har fundet, at førstegradsslægtninge til individer med OCD har en signifikant øget forekomst af tics, angst og affektiv sygdom foruden OCD (se afsnittet om komorbiditet, forløb og behandling).

OCD ligger i den svære ende af et kontinuum, der også rummer vaner, ritualer og magisk tænkning. Der er formentlig en glidende overgang fra de vaner og ritualer, som indgår i den normale psykiske udvikling, til mere vedvarende og fremtrædende OCD-lignende træk. De epidemiologiske studier af den generelle population har fundet et større antal individer, som har milde OCD-lignende træk under tærsklen for diagnose, end antal individer, der har symptomer over tærsklen for OCD-diagnosen (116), og grænsen er formentlig flydende.

OCD antages at ligge på det samme spektrum af sygdomme som andre tilstande med ritualiseret adfærd så som 'Body Dysmorphic Disorder' (dysmorfofobi, BDD), 'Trichotillomani' (hvor håret trækkes eller plukkes af fra hovedet eller øjenbrynene) og 'Hoarding' (samlemani, hvor affald eller ting samles uden formål). BDD er en diagnose i det amerikanske diagnosesystem, DSM 5 (117), der er kendetegnet ved en overdreven og hæmmende optagethed af indbildte fejl eller små fysiske skavanker ved ens udseende, som ikke bemærkes af andre. Optagetheden af de opfattede 'fejl' ved udseendet medfører tidskrævende ritualer og ofte undgåelse af bestemte situationer. Til forskel fra OCD er indholdet i disse symptomer mere i overensstemmelse med individets vilje (ego-syntont).

Akut debut af OCD er sat i forbindelse med infektion med en bestemt gruppe af streptokokker (tilhørende Gruppe A). Infektionen udløser et autoimmunt respons, hvor antistoffer krydsreager med specifikke områder af hjernen (basalganglierne). Sygdommen tilhører gruppen af PANDAS (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections), der kan vise sig ved OCD, typisk med svære anfaldvise symptomer. PANDAS understreger betydningen af ændret hjernebiologi ved OCD (118).

5.5.3 Forekomst, fordeling og udvikling over tid

Køns- og aldersfordelingen af OCD

Forekomsten af OCD i den generelle population af børn og unge er dårligt undersøgt, og der er uenighed om, hvor mange af alle OCD-tilfælde, der begynder i barnealderen. De fleste studier skønner, at livstidsprævalensen af OCD er 1-3% (113, 116), hvoraf mindst halvdelen begynder i barne- og ungealderen. Dette støttes ikke af alle studier, og et stort svensk populationsbaseret familie- og tvillingestudie af OCD fandt, at under

hver femte fik den første OCD-diagnose før 18-årsalderen (112). Der er ligeledes modstridende resultater vedrørende kønsfordelingen fra barn til ung afhængigt af undersøgelsespopulation og metode. Et amerikansk studie af den generelle population af voksne (116) fandt flere kvinder end mænd med OCD blandt voksne. Et finsk registerbaseret studie fandt overvægt af drenge med OCD før 10-årsalderen (119). Andre har beskrevet en lige kønsfordeling for OCD (113).

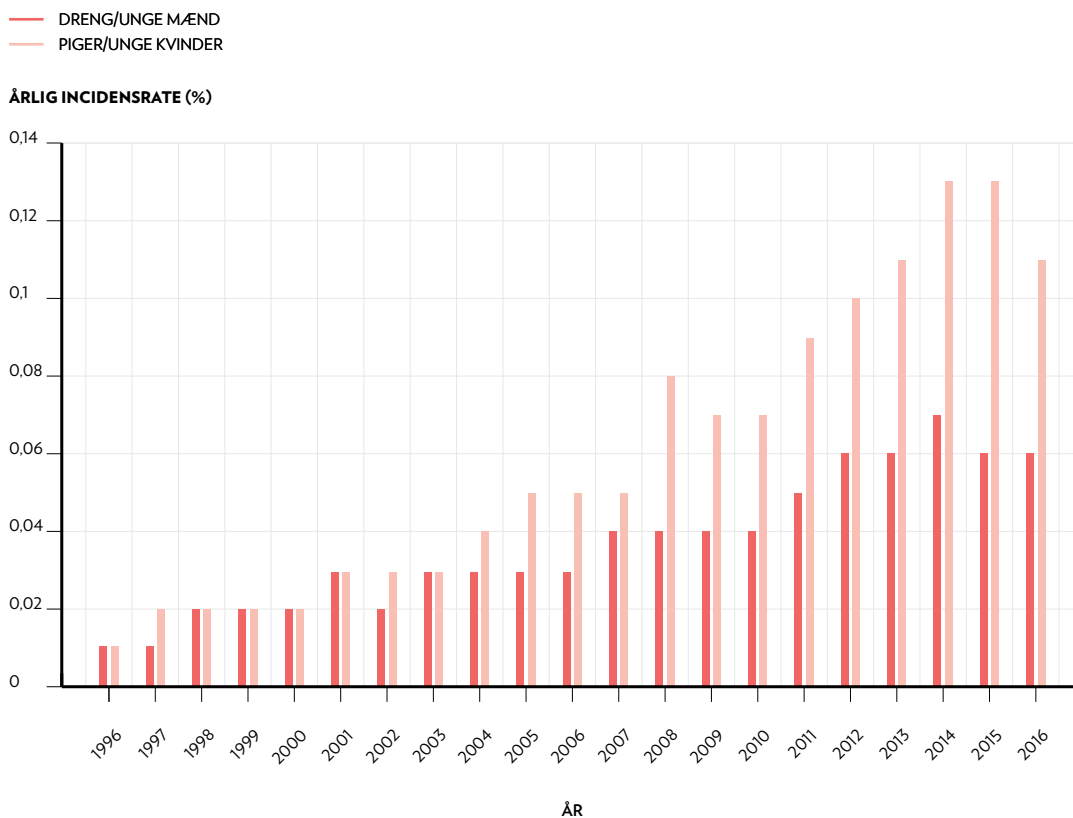
Et dansk registerbaseret studie (3) har målt de køns- og aldersspecifikke incidensrater samt kumulative incidensrater af OCD før 18-årsalderen og fundet, at under 1% af alle i Danmark bliver diagnosticeret med OCD før 18-årsalderen. I Danmark var OCD hyppigere blandt piger (0,96%) end drenge (0,63%) inden 18-årsalderen, men kønsfordelingen var nogenlunde lige indtil 13-årsalderen (0,32% for piger og 0,31% for drenge). Herefter steg risikoen særligt for pigerne (3). Peak-debutalder var tidligt i ungdommen i modsætning til det finske studie (119), hvor peak-debutalderen var sent i ungdommen. Det vides ikke, om den stigende incidens (se **figur 5.5.1**) og tidligere debut i Danmark er udtryk for en tidligere diagnostik og dermed en kortere varighed af ubehandlet OCD blandt børn og unge i dagens Danmark sammenlignet med tidligere tider og andre lande.

Et dansk registerbaseret studie af børn født i 1995 og fulgt indtil de var 18 år (indtil udgangen af 2013) fandt lavere kumulerede incidensrater for OCD (0,58% for piger/unge kvinder og 0,43% for drenge/unge mænd) ved 18-årsalderen end i det større og nyere studie af Dalsgaard et al. (83). Begge studier fandt en signifikant højere forekomst af OCD hos kvinder end hos mænd ved 18-årsalderen.

Prævalensen af OCD blandt 10-24-årige i Danmark (lidt over 1 mio. individer) var 0,65% i år 2016,

→ FIGUR 5.5.1

Procentvis forekomst af OCD (ICD-10 kode F42) (incidens) pr. år for 10-24-årige piger/unge kvinder og drenge/unge mænd i 1996-2016 (21).



fordelt på 0,54% drenge/unge mænd og 0,78% piger/unge kvinder i 2016 (21).

Udviklingen i forekomsten af diagnosticeret OCD

De årlige incidensrater for OCD var 0,01% i 1996 og 0,08% i 2016 for begge køn, hvilket svarer til en samlet stigning på ca. 800% over to årtier (21). Stigningen er højst for piger, der nåede en årlig incidensrate på 0,11% i 2016, sammenlignet med en årlig incidensrate på 0,06% for drenge i 2016 (se figur 5.5.1).

Der er registret tilsvarende stigninger i incidensen af OCD inden for den samme periode i Finland (119), og stigningen følger den overordnede udvikling, hvor vi ser et stigende antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien både i Danmark (5) og i andre europæiske lande (120). Stigningerne må også ses i lyset af, at forekomsten af diagnosticeret OCD var særdeles lav i 1996, og at prævalensen af OCD blandt de 10-24-årige stadig var under 1% (0,53% for drenge/unge mænd og 0,78% for piger/unge kvinder) i år 2016. Disse tal ligger under det forventede baseret på studier af den generelle population, der har fundet en 12-må-

neders prævalens af OCD på 1,2% (116). Tallene indikerer samlet set, at der fortsat findes en del børn og unge med OCD, som ikke bliver opdaget og behandlet i Danmark. Der er formentlig også en del børn og unge med OCD, som behandles i privat psykiatrisk regi eller hos psykolog, og som derfor ikke optræder i det centrale register.

5.5.4 Familiære og sociale faktorer

Der er få studier med divergerende fund af sociale, familiære og andre miljømæssige risikofaktorer for OCD. I et registerbaseret studie fra Finland var OCD hyppigere hos børn af mødre med højere uddannelse og indkomst end hos børn af mødre med lavere socioøkonomisk status (119). Forskellen kan tolkes som udtryk for geografisk og socialt betingede forskelle i adgangen til behandling (119).

En række perinatale risikofaktorer er forbundet med en højere risiko for OCD uafhængigt af justering for sociale og familiære faktorer, hvilket antyder, at perinatale risikofaktorer kan være involverede i sygdomsmekanismen ved OCD (113). Betydningen af mors og fars alder ved fødslen af barnet er også usikker (115), idet få studier finder en sammenhæng mellem en ældre mor eller far og en øget risiko for OCD hos afkommet. Arveligheden af OCD var (non-signifikant) højere for individer med debut af OCD før 18-årsalderen end for individer med senere debut af OCD, baseret på data bl.a. fra Sverige (112), men dette kunne ikke påvises med danske data (115).

5.5.5 Komorbiditet, forløb og behandling

OCD er en alvorlig sygdom, der ubehandlet er forbundet med stor risiko for et kronisk forløb. Sygdommen ses ofte sammen med andre psykiske sygdomme, hvilket muligvis bidrager til, at det samlede sygdomsbillede ofte er karakteriseret af

dårlig livskvalitet og nedsat social funktion.

Der findes en meget høj forekomst (komorbiditet) af andre psykiske sygdomme hos individer, der diagnosticeres med OCD. Det største studie af den psykiatriske komorbiditet til OCD i alderen 10-23 år fandt, at 73% af alle børn og unge med OCD havde mindst en komorbid psykisk sygdom eller udviklingsforstyrrelse. Der var signifikante kønsforskelle i typen af komorbiditet, idet der var signifikant flere piger end drenge med OCD, der havde angst, depression og spiseforstyrrelse, mens der var signifikant flere drenge end piger med OCD, der havde ADHD, ASF eller psykotisk sygdom. Den høje forekomst af komorbiditet kan skyldes fælles underliggende genetiske faktorer, men den kan også skyldes, at OCD fortrinsvist bliver opdaget og diagnosticeret, når den manifesterer sig sammen med andre psykiske sygdomme. Et dansk registerbaseret studie (115) fandt, at angst, affektiv sygdom og tics optræder særligt hyppigt i familier med OCD før 20-årsalderen. I DSM-5 er det muligt at klassificere subtypen af OCD med samtidige tics, og denne subtype er særlig hyppig hos drenge.

'Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS)' (121) har vist et godt sygdomsforløb efter behandling med kognitiv adfærdsterapi (KAT) efterfulgt af tilbud om intensiveret behandling ved manglende initialt respons. Deltagerne med manglende respons efter den første behandlingsperiode med KAT blev randomiseret til yderligere behandling med KAT eller tilbud om medicin (selektive serotonin-genoptagelseshæmmere (SSRI)). Opfølgning på hele gruppen tre år efter behandlingsopstart viste, at 90% havde responderet på behandlingen, og 73% havde opnået remission af OCD. Dette positive resultat understreger betydningen af en tidlig og effektiv behandling, hvor selv dem, der ikke responderede på den akutte behandling, har mulighed for at komme sig

efter længere tids behandling med tillæg af KAT eller SSRI (121). Det at være ung (12-17 år), pige, at have begrænset sygdomsindsigt, tvangstanker om frygt for smitte og vaskeritualer, svær undgåelsesadfærd og/eller tics var forbundet med et dårligere forløb (122).

5.6 TOURETTE SYNDROM

I følgende afsnit, der omhandler Tourette syndrom, introduceres en definition, og desuden beskrives forekomst, fordeling og udvikling over tid hos børn og unge, ligesom sygdommens komorbiditet, forløb og behandling vil blive behandlet. Forebyggelsesmuligheder omtales i afsnit 6.4.5.

5.6.1 Sammenfatning

Tourette syndrom er en sygdom med ufrivillige bevægelser og lyde, såkaldte motoriske og vokale tics. **Forekomst:** Ticlidelser er fra 1996 til 2016 steget fra en prævalens på 0,02% til 0,7%, og disse data stammer kun fra dem, der har fået en diagnose i hospitalsregi og således er registreret i de danske sundhedsregistre. **Udvikling over tid:** I Danmark er antallet af børn og unge, der har fået diagnosticeret Tourette i hospitalsregi steget markant. Således var den årlige incidens af Tourette og ticlidelser blandt de 10-24-årige 0,01% i 1996 og 0,03% i 2016. Det svarer til en stigning i antallet af nye tilfælde på 300% over en periode på 20 år. Stigningen i Danmark skyldes utvivlsomt en stigning i kendskabet til syndromet samt en stigning i antallet af behandlingssteder, men en reel stigning i prævalensen kan ikke udelukkes. Den reelle forekomst i Danmark er imidlertid usikker, da diagnoser stillet hos privatpraktiserende læger ikke registreres, og da patienterne i de lette tilfælde ikke søger læge. **Alder og køn:** Drengene rammes 3-5 gange hyppigere end piger. **Familiære og sociale faktorer:** Der er meget få data til sikkert at

beskrive socialøkonomisk status hos Tourette-patienter. Et studie viser, at voksne Tourette-patienter har lavere socioøkonomisk status, formentlig som resultat af deres lidelse. Et andet studie har vist forskel i socioøkonomisk status fra fødslen. Der er ikke nok evidens til at drage en konklusion på dette punkt. **Komorbiditet, forløb og behandling:** Tourette syndrom er ofte ledsaget af komorbide sygdomme som ADHD og OCD, men alle slags mentale helbredsproblemer og sygdomme kan forekomme samtidigt. De komorbide tilstande kan være mere forstyrrende end tics, og på længere sigt kan det være de komorbide tilstande, der giver størst udfordringer for den unge. Behandlingen kan inddeles i tre niveauer: Psykoedukation kan være tilstrækkelig i lette tilfælde. Videre behandling med først ticsundertrykkende behandling og endelig medicinsk behandling kan anvendes ved svære tilfælde.

5.6.2 Indledning

Tourette syndrom er en medfødt, kronisk, neurobiologisk sygdom, der er karakteriseret ved tilstedeværelse af både ufrivillige bevægelser (motoriske tics) og ufrivillige lyde eller ord (vokale tics). Tics kan være simple eller mere komplekse og kan have varierende intensitet. Tics skal have været til stede i et år på diagnosetidspunktet. De diagnostiske kriterier er beskrevet i **boks 5.6.1**. Ud over tics har mange patienter en høj frekvens af ledsagetilstande. De hyppigste er ADHD og OCD. Desuden ses depression, angst og adfærdsforstyrrelser, og alle slags mentale helbredsproblemer og sygdomme kan forekomme i forløbet af Tourette syndrom.

Prævalensen af Tourette syndrom vurderes internationalt at være omkring 1% (123). Den reelle prævalens er svær at vurdere, fordi mange med tics ikke søger læge. Forholdet mellem drenge og piger

→ BOKS 5.6.1

DSM V-kriterier for Tourette Syndrom (2).

- › Flere motoriske og mindst én vokal tics, der har været tilstede over et år (dog ikke nødvendigvis samtidig)
- › Sygdommen opstår før det 18. år
- › Forstyrrelsen skyldes ikke direkte fysiologisk effekt fra en stimulans eller en almindelig medicinsk tilstand

er ca. 4:1 (124). Patienterne diagnosticeres ofte flere år efter symptomdebut (125), og på grund af ledsagetilstandene vil de ofte blive stigmatiserede som adfærdsafvigende og have betydelige problemer i forhold til familie, venner og skole.

Tics kan være både simple og komplekse. Simple motoriske tics består af bevægelser af en enkelt muskelgruppe og er typisk øjenblinken, næserynken, gaben, grimassen eller drejen hals. Der indgår flere muskelgrupper i komplekse motoriske tics, som kan være hovedryst, hop, spark o.l. Simple vokale tics er typisk hosten, rømmen, smasken eller skrigen. Komplekse vokale tics er ord og sætningsbrokker, ekkolali eller sjældent koproli (obskøne ord). Personer med tics har ofte en fornemmelse i kroppen, før de udfører et tic (engelsk 'premonitory urge') (126). Disse prætic-fornemmelser er ubehagelige sanseoplevelser, som kan føles som en kløen eller kriblen, og som medfører en trang til at bevæge sig eller 'ticse'. En udførelse af ticet vil lindre trangen og vil umiddelbart medføre et velvære, indtil fornemmelsen vender tilbage, og et nyt tic skal udføres. Hermed er der etableret en negativ forstærkning.

Ætiologi og patofysiologi ved Tourette syndrom er ikke klarlagt. Der er ingen tvivl om, at sygdommen har en genetisk baggrund, men miljømæssige

påvirkninger spiller også en rolle. Tourette syndrom antages at være udtryk for en dysfunktion i de dybtliggende basale kerner og forbundne kredsløb i hjernen (127). Flere neurotransmittere er involveret i Tourette syndrom, og der er en høj arvelighed (128). I store familieundersøgelser har man påvist, at førstegradsslægtninge (forældre og helsøskende) til personer med Tourette syndrom har 10-15% risiko for også at have syndromet, og 15-20% har risiko for at have en anden kronisk ticlidelse (129). Disse risici er langt over baggrundsbefolkningens prævalens for de samme tilstande, nemlig 0,7% for Tourette syndrom, 6,6% for kronisk ticlidelse.

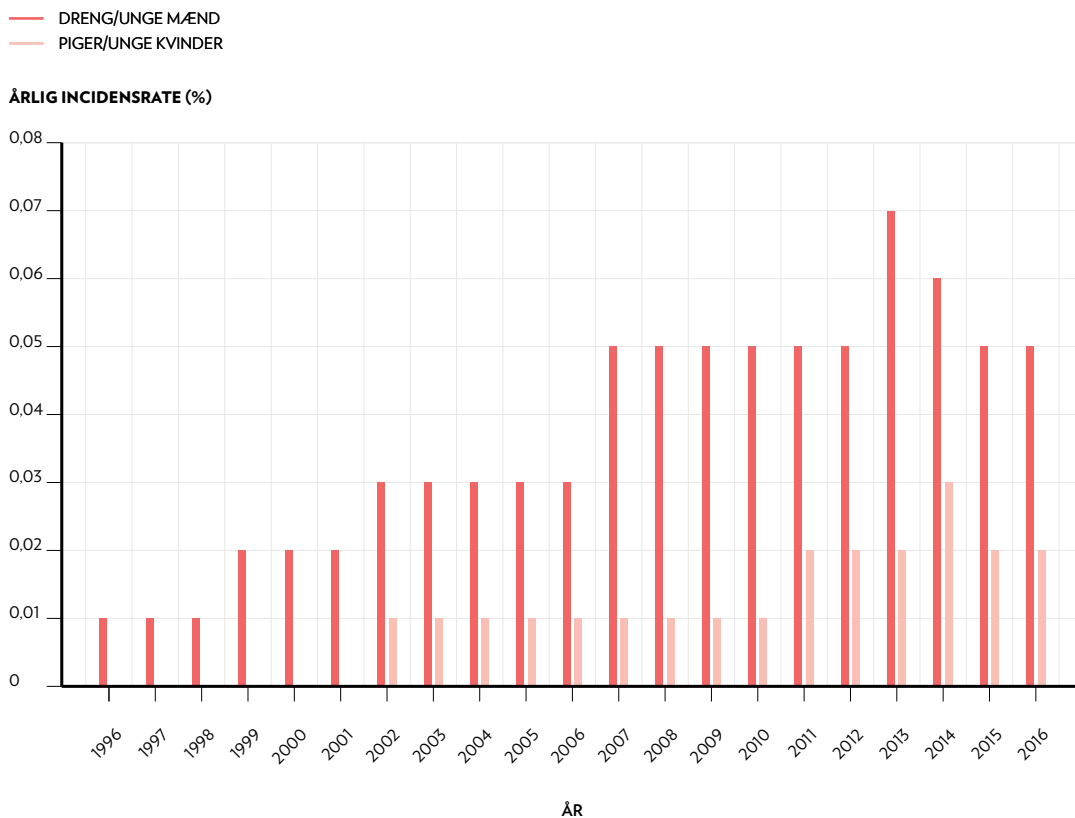
5.6.3 Forekomst, fordeling og udvikling over tid

Tourette syndrom er tidligere blevet betragtet som en sjælden sygdom, men i de senere år er man blevet opmærksom på, at forekomsten er betydeligt højere end tidligere antaget.

De registerbaserede tal for prævalensen af ticlidelser (F95) blandt de 10-24-årige børn og unge i Danmark i 2016 viser, at der i den målte population på lidt over 1 mio. individer (1.089.788) var registreret 7.645 (0,7%) med ticlidelser, heraf 6.007 (1,08%) drenge/unge mænd og 1.638 (0,31%) piger/unge kvinder (21). Således rammes drenge ca. tre gange hyppigere end piger i alderen 10-24 år. Forbigående tics ses hos 15-25% af alle børn, mens Tourette syndrom ses hos 0,3-1% af børnebefolkningen (130). I den internationale litteratur er det hyppigste bud på prævalensen af Tourette syndrom 1% i alderen 4-18 år (123). Ticlidelser inkluderer her: forbigående tics, kroniske tics, Tourette syndrom, andre ticlidelser og tic uden specifikation (ICD-10 kode F95), og disse data stammer alene fra dem, der har fået en diagnose og således er registreret i de danske sundhedsregistre. De årlige incidensrater for ticlidelser blandt drenge/unge mænd var 0,01% i 1996 og 0,03% i

→ **FIGUR 5.6.1**

Procentvis forekomst af ticslidelser (ICD-10-kode F95) (incidens) pr. år for 10-24-årige piger/unge kvinder og drenge/unge mænd i 1996-2016 (21).



2016, hvilket svarer til en stigning på 300% over to årtier (se **figur 5.6.1**) (21).

Stigningen i Danmark skyldes utvivlsomt en stigning i kendskabet til syndromet samt flere behandlingssteder, men en reel stigning i prævalens kan ikke udelukkes. Et andet problem i forhold til at finde det reelle tal for forekomsten af ticssygdomme er manglende kendskab til diagnosen hos professionelle. I et dansk studie fra 2008, hvor den diagnostiske proces blev undersøgt, viste det sig, at kun i 40% af tilfældene var tics det symptom, som børnene debuterede med i sundhedsvæsenet, mens det i de resterende tilfælde var ADHD,

OCD eller adfærdsmæssige problemer, der fik dem til at gå til læge. Den gennemsnitlige alder for debut af tics var 5,5 år, og den gennemsnitlige alder, hvor diagnosen blev stillet, var 8,9 år. Børnene var forinden blevet undersøgt hos øre/næse/hals-læger, astmalæger, praktiserende læger, psykologer mv. (125). Der er derudover sandsynligvis børn og voksne, der ikke søger læge, fordi de ikke er generet af deres tics.

I den internationale litteratur er det hyppigste bud på forekomsten af Tourette syndrom som nævnt 1% i alderen 4-18 år. I 2015 blev der offentliggjort en metaanalyse med 26 studier fra USA omkring

prævalensen af Tourette syndrom hos 4-18-årige børn og unge. De inkluderede studier var fra Nordamerika, Europa, samt Fjern- og Mellemøsten. Der var seks studier fra kliniske serier, der blev udeladt fra den videre analyse på grund af stor diskrepans i deres resultater. Blandt de resterende studier blev der estimeret en prævalens på mellem 0,3% og 0,9%. Forfatterne konkluderede, at de højeste estimater var mest sandsynlige, dog var der store metodologiske begrænsninger i de inkluderede studier (123). Disse fund støttes af en oversigt fra 2017, som beskriver, at Tourette syndrom-prævalensen internationalt er steget fra 0,02% i 1980, til knap 1% i 2017, og denne tendens er internationalt set robust (131).

I et svensk epidemiologisk studie fra 2003 blev forekomsten af tics og Tourette syndrom undersøgt hos skolebørn i alderen 7-15 år. Den totale population var på 4.479 børn og unge, og forældrene blev bedt om at udfylde skemaer om, hvorvidt deres børn havde motoriske og/eller vokale tics. I alt 297 (6,6%) børn havde ifølge undersøgelsen tics (190 drenge og 107 piger), hvoraf kun 6% havde Tourette syndrom, i løbet af det seneste år (132).

5.6.4 Familiære og sociale forhold

Der er meget få data om socioøkonomisk status og Tourette syndrom såvel i dansk som i international litteratur. I 2015 blev der publiceret et studie, hvor 137 voksne patienter med Tourette syndrom blev undersøgt for sværhedsgraden af deres tics, ledsagesymptomer og socioøkonomisk status. Sværhedsgraden af tics var signifikant højere hos arbejdsløse patienter end hos patienter i den højeste socialgruppe. Der var ikke forskel på socioøkonomisk status med hensyn til, om patienterne havde Tourette syndrom med eller uden ledsagefænomener. Ifølge forfatterne kunne en mulig forklaring være, at forskellen i socioøkonomisk status kunne være en følge af deres lidelse, og at

lidelsen i sig selv ikke var årsagen (133). I et andet studie fra 2014 blev det konkluderet, at lavere socioøkonomisk status var forbundet med højere risiko for at få Tourette syndrom eller kroniske tics. Her pegede forfatterne på, at det kunne være forældrenes eventuelle psykopatologi, der indvirkede på resultaterne (134).

5.6.5 Komorbiditet, forløb og behandling

Som tidligere nævnt er Tourette syndrom ofte ledsaget af komorbide sygdomme, særligt ADHD og OCD, men angst, depression, adfærdsforstyrrelse og andre mentale helbredsproblemer eller sygdomme er også almindeligt forekommende hos børn og unge med Tourette syndrom. De komorbide tilstande kan være mere forstyrrende end tics, eller de kan forværre ticsene. På længere sigt kan det også være disse komorbide tilstande, der giver de største udfordringer for den unge og voksne.

I et dansk prospektivt longitudinelt studie blev 314 patienter undersøgt ved studiestart (gennemsnitlig alder 12,4 år), og 227 patienter blev fulgt op seks år senere (gennemsnitlig alder 18,5 år) (135). Der blev fundet flere faktorer, der kunne forudsige det kliniske forløb af Tourette syndrom tidligt i voksenalderen. Sværhedsgraden af tics, OCD og ADHD var de mest betydende faktorer for en dårlig prognose i form af udvikling af svære tics, OCD og ADHD senere i ungdommen, men de psykosociale faktorer og familiær historie med Tourette syndrom, ADHD og OCD spillede også ind. I samme studie blev der foretaget en tværsnitundersøgelse af de unge. Her fandt man, at 24% havde angst, fobier eller depression, 12% havde autismespektrumforstyrrelser, 11% havde adfærdsforstyrrelse, og 2% havde spiseforstyrrelse. Samlet set havde 63% komorbide psykiske sygdomme, og 37% havde kun Tourette syndrom (135).

Et engelsk studie fra 2012 undersøgte livskvaliteten hos en gruppe Tourette-patienter i alderen 6-16 år og igen, da de var 16 år eller ældre med en gennemsnitlig opfølgingsperiode på 13 år (tre til 25 år). Der blev anvendt et livskvalitets-skema (GTS-QOL), der er specielt udviklet til at bedømme livskvaliteten hos Tourette-patienter. Studiet fandt, at jo sværere ticsene og ticrangen var i barnealderen, jo dårligere var livskvaliteten hos unge og voksne. Det samme var gældende for de unge, der havde familiemedlemmer med Tourette syndrom (136).

Behandlingen af tics foretages ofte i specialklinikker for Tourette syndrom, mens behandlingen af svære følgetilstande varetages af børnepsykiatrien. Overordnet kan behandlingen indledes i tre niveauer. Tværfaglig behandling med psykoedukation er førstevalg ved lettere tilfælde. Videre behandling igangsættes, hvis ticene giver smerter, sociale problemer eller funktionsnedsættelse i hverdagen. Her er førstevalg for behandling af tics kognitiv adfærdsterapi i form af Exposure Response Prevention (ERP) (at undertrykke tics) eller Habit Reversal training (HRT) (at lave en modbevægelse) (137, 138). ERP-terapi tager udgangspunkt i, at barnet skal lære at undertrykke sine tics. Dette sker ved, at barnet/den unge først lærer sin ticrang at kende, en såkaldt 'urge'. Urge beskrives som en ubehagelig sensorisk oplevelse forud for en tic, der forsvinder, når den givne tics er udført (138). Når barnet først lærer sine urges at kende, arbejdes der på at lære barnet at vænne sig til det. Når barnet lærer at modstå ticrangen, vil trangen ikke længere udløse et tic. At lære teknikken kræver normalt ca. 12 behandlingstimer fordelt over 12 uger med en erfaren sygeplejerske. Nogle af sessionerne kan foregå via Skype. HRT-terapi fokuserer på, at barnet lærer at lave en modbevægelse til et tic. Der arbejdes med et tic af gangen, og metoden henvender sig til de børn og unge, der har få men voldsomme tics.

Det blev i en metaundersøgelse fra 2014 vist, at tic-undertrykkende behandling (ERP) som intervention havde en moderat til stor effekt (effektstørrelse 0,67-0,94) sammenlignet med kontrolgruppen, der ikke fik denne behandling (139). Flere studier har undersøgt effekten på tics efter den egentlige behandling er afsluttet. Eksempelvis har O'Connor et al. 2001 fundet stabile behandlingsresultater efter to måneder, og ved en toårig telefonopfølgning havde 52% af patienterne stadig 75-80% kontrol over deres tics (140).

En dansk randomiseret kontrolleret undersøgelse har vist, at manualiseret behandling med HRT og ERP er lige effektiv, uafhængigt om den foregår som gruppebaseret eller individuel behandling (110, 141).

Det sidste trin er medicinsk behandling af tics, der skal varetages af speciallæger med erfaring på området.

5.7 ADFÆRDSFORSTYRRELSER

Dette afsnit beskriver forekomst, fordeling og udvikling i adfærdsforstyrrelser, samt komorbiditet, forløb og behandling heraf. Ved adfærdsforstyrrelse forstås forskellige former for udadreagerende og grænseoverskridende adfærd, der ofte hænger sammen med manglende evne til at mestre sociale udfordringer på en passende måde. Forebyggelsesmuligheder omtales i afsnit 6.4.6.

5.7.1 Sammenfatning

Begrebet adfærdsforstyrrelser dækker over et bredt spektrum af forstyrrende adfærd og er karakteriseret ved et gentaget og vedvarende mønster af antisocial, aggressiv eller trodsig adfærd. **Forekomst:** Prævalensen af adfærdsforstyrrelser var i 2016 på 0,81%; 1,04% for drenge og 0,57% for piger i

aldersgruppen 10-24-årige, baseret på forekomsten i det centrale register. Der er kun få befolkningsundersøgelser, hvor forekomsten af adfærdsforstyrrelser er undersøgt. En dansk epidemiologisk undersøgelse estimerede forekomsten hos 11- og 15-årige til 4% hos drengene og 3% hos pigerne. Internationalt er forekomsten estimeret til 5% for begge køn.

Udvikling over tid: Andelen af nydiagnosticerede har ligget på samme niveau de seneste 20 år. Disse tal er formentlig en underestimering, da mange børn med disse vanskeligheder aldrig bliver henvist til børne- og ungdomspsykiatrien, fordi deres vanskeligheder søges afhjulpet gennem kommunale tilbud. Der er ikke danske tal på befolkningsniveau, som dokumenterer udviklingen i forekomsten over tid, men internationale undersøgelser peger på en nogenlunde konstant forekomst af adfærdsforstyrrelser igennem de seneste par årtier. **Køn og alder:** Der angives generelt væsentlig højere hyppigheder af problematisk adfærd hos drenge end hos piger. Her kan det dog spille ind, at drenges forstyrrende adfærd generelt er mere synlig end pigernes. **Familie og sociale faktorer:** Adfærdsforstyrrelser forekommer oftere i de laveste socioøkonomiske grupper og er fundet at være forbundet med en lang række sociale risikofaktorer (fx en streng og inkonsistent opdragelse, kriminalitet og alkoholisme hos forældrene samt lav indkomst og bolig i kriminalitetsprægede områder). **Komorbiditet, forløb og behandling:** Der er en særlig høj grad af komorbiditet med ADHD og generelt gælder det, at især svære og vedvarende adfærdsproblemer har dårlig prognose og synes at hænge sammen med grundlæggende udviklingsmæssige vanskeligheder. Familiebehandling i kommunalt regi benyttes ofte. Denne behandling skal hjælpe forældrene til at mestre deres egne problemer samtidigt med at de får hjælp til at ændre deres opdragelsespraksis fx gennem forældretræningsprogrammer med fokus på en positiv og tydelig kontakt til og kommunikation med barnet/den unge.

5.7.2 Indledning

Adfærdsforstyrrelser er mere alvorlige end typiske 'skarnsstreger', og der er tale om et mønster af tilbagevendende handlinger, der er uforenelige med gældende normer, og som enten direkte eller indirekte går ud over andre. For at opfylde kravene til en diagnose skal symptomerne have været i mere end seks måneder, og der skal desuden være formodning om en sammenhæng mellem den nævnte adfærd og manglende trivsel. Hvordan denne manglende trivsel viser sig, er forskelligt. Men der vil i reglen være tale om belastede relationer til i hvert fald nogle af de centrale personer i barnets eller den unges liv. Symptomer på adfærdsforstyrrelser kan ses ved andre psykiatriske tilstande og udviklingsforstyrrelser, som i så tilfælde har diagnostisk forrang. Studier tyder på, at op imod halvdelen af unge med adfærdsforstyrrelse også har en anden psykiatrisk diagnose, herunder er der en særlig høj grad af komorbiditet med ADHD (142).

Adfærdsforstyrrelserne inddeles overordnet i to grupper svarende til den opdeling, der findes i begge diagnosesystemer, DSM-5 og ICD-10. Gruppen af mildere, såkaldt 'oppositionelle' adfærdsforstyrrelser, samler børn og unge med en ulydig, trodsig og udadreagerende adfærd, mens gruppen af sværere adfærdsforstyrrelser er karakteriseret ved grovere regelbrud og overgreb, kaldet 'conduct disorders' i DSM-5 og blot adfærdsforstyrrelser i ICD-10 (1, 2).

5.7.3 Forekomst, fordeling og udvikling over tid

Der findes ikke præcise tal på, hvor mange der efter egentlig udredning ville opfylde de diagnostiske kriterier for en adfærdsforstyrrelse. Også indbyrdes sammenligning af undersøgelser kan være vanskelig pga. uensartet metodik. Disse for-

hold afspejler sig i den forholdsvis store variation, der er imellem forskellige estimater af hyppighed. I befolkningsundersøgelser afhænger den rapporterede forekomst desuden af, om det er forældre, lærere eller ældre børn selv, der svarer. Anvendes lærere alene som informanter, finder man oftest den højeste forekomst af adfærdsforstyrrelser.

I Statens Institut for Folkesundheds forløbsundersøgelse af børn født i 1995 fandt man, at forekomsten ved 11 og 15 år var 4% hos drenge og 3% hos piger. Undersøgelsen var forælderreporteret adfærd ud fra det standardiserede spørgeskema SDQ (143). Undersøgelser i andre vestlige samfund har fundet estimerede hyppigheder for egentlige adfærdsforstyrrelser på 1-5% for piger og 4-14% for drenge, når fokus er på aldersintervallet 10-24 år (144), mens andre undersøgelser har fundet en hyppighed på omkring 5% for begge køn, når der tages højde for funktionsnedsættelse (145).

Når det gælder adfærdsforstyrrelser, kræver det ret omfattende studier med indhentning af oplysninger fra flere informanter for at estimere forekomsten pålideligt. Som tidligere nævnt er sådanne undersøgelser ikke foretaget i Danmark i forhold til børn og unge. I Danmark har vi derimod

de registrerede diagnoser, men disse tal er en underestimering, da mange børn med adfærdsforstyrrelser aldrig bliver henvist til børne- og ungdomspsykiatrien. Forekomsten af diagnosticerede adfærdsforstyrrelser (ICD-10-koder F91-92) for aldersgruppen 10-24 år var i 2016 på 0,81%, markant højere for drenge end piger (se **tabel 5.7.1**). Udviklingen i antallet af nye tilfælde af diagnosticerede adfærdsforstyrrelser har ligget ret stabilt på under 0,06% mellem 1996 og 2016, og fra 2012 har diagnosticeringen af piger ligget på samme niveau som for drenge (se **figur 5.7.1**).

Skal man kunne vurdere udviklingen over tid, er det derfor afgørende, at der har været anvendt ensartede metoder til indsamling og vurdering af oplysninger på forskellige tidspunkter og i forhold til sammenlignelige befolkningsgrupper. Når disse krav er opfyldt, har der i internationale undersøgelser været tale om en nogenlunde konstant forekomst af adfærdsforstyrrelser igennem de seneste par årtier (146-149). Det er det samme billede, vi ser i forhold til forekomst af diagnosen i Danmark. Der findes ikke danske tal, som dokumenterer udviklingen i forekomsten på befolkningsniveau over tid.

→ **TABEL 5.7.1**

Forekomst af diagnosticeret adfærdsforstyrrelse (ICD-10-koder F91-92) i aldersgruppen 10-24 år i 2016 (21).

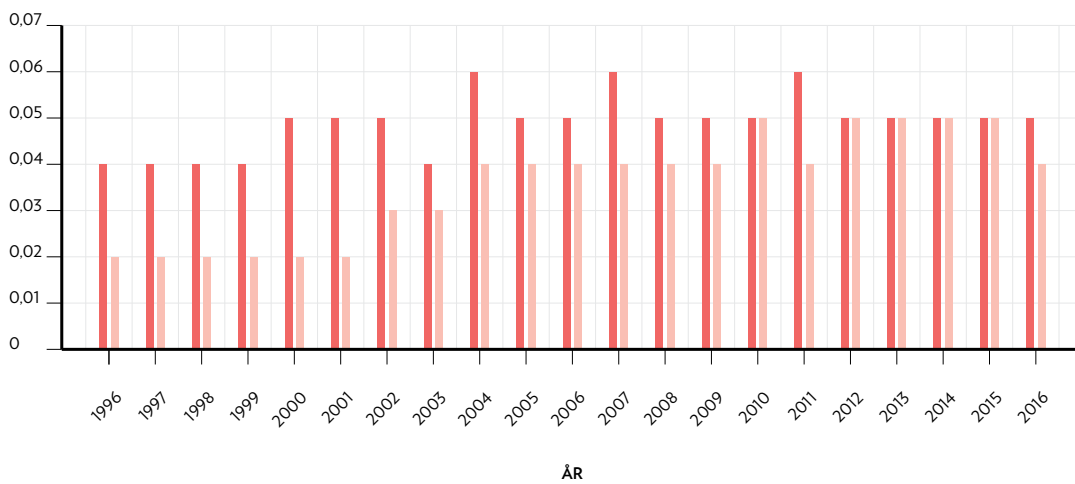
ADFÆRDSFORSTYRRELSER	POPULATION	DIAGNOSTICEREDE	PRÆVALENS (%)
ALLE	› 1.089.788	› 8.809	› 0,81
DRENGE/UNGE MÆND	› 544.601	› 5.786	› 1,04
PIGER/UNGE KVINDER	› 528.026	› 3.023	› 0,57

→ FIGUR 5.7.1

Procentvise forekomst af adfærdsforstyrrelse (ICD-10-koder F91-92) (incidens) pr. år for 10-24-årige piger/unge kvinder og drenge/unge mænd i 1996-2016 (21).

— DRENG/UNGE MÆND
— PIGER/UNGE KVINDER

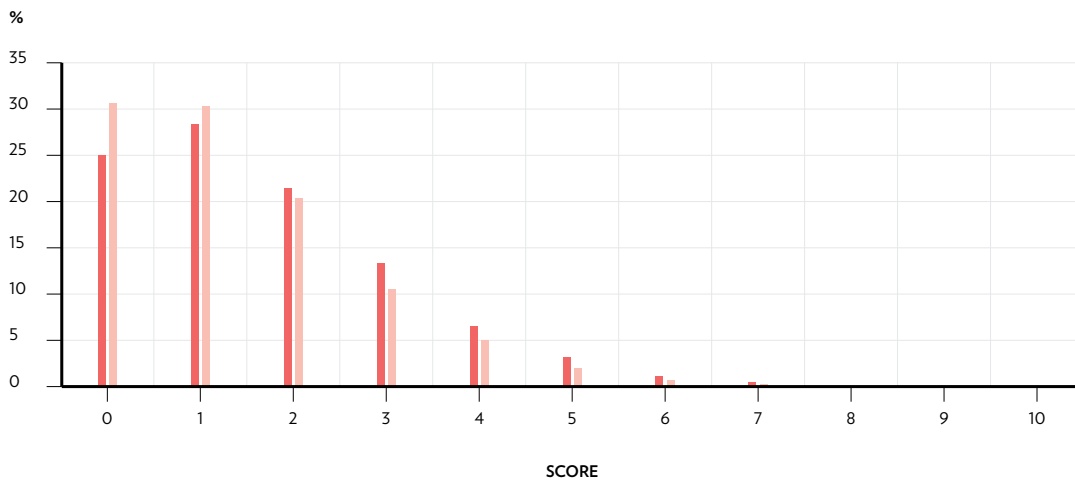
ÅRLIG INCIDENS RATE (%)



→ FIGUR 5.7.2

Fordeling af svar fra danske skoleelever (24.714 elever i alderen 15-17 år) på fem nøglespørgsmål om problematisk adfærd. Jo højere score, jo mere genkender eleven disse træk fra sig selv (31).

— DRENGE
— PIGER



Ser man på forskellen i hyppighed blandt piger og drenge i befolkningsundersøgelser, finder man oftest en 2-3 gange så stor forekomst hos drenge som hos piger, når lærere og forældre rapporterer (145). Det er dog værd at notere sig, at der ikke er nogen markant forskel på drenge og pigers egne svar, når danske elever i de ældste klasser spørges om, hvor godt en række udsagn om problematisk adfærd passer på dem (se **figur 5.7.2**) (150).

I **figur 5.7.2** er følgende spørgsmål besvaret med 'Passer ikke', 'Passer delvist' eller 'Passer godt': Jeg kan blive meget vred og bliver tit hidsig. Jeg gør som regel det, jeg får besked på. Jeg starter tit slagsmål. Jeg kan få andre til at gøre det, jeg siger, de skal. Jeg bliver tit beskyldt for at lyve eller snyde. Jeg tager ting, som ikke er mine (derhjemme, i skolen eller andre steder). De tre svarmuligheder tildeles en talværdi på henholdsvis nul, et eller to, hvor det højeste tal svarer til den mest problematiske adfærd. Herefter udregnes en samlet score (151). Dette understreger værdien af at have flere informanter, når adfærd skal beskrives. Her er det dog væsentlig at bemærke, at der ikke er taget højde for, hvordan adfærden påvirker børnene i deres hverdag.

5.7.4 Familiære og sociale faktorer

Adfærdsforstyrrelser optræder med betydelig overhyppighed i lavindkomstfamilier og er statistisk forbundet med en lang række sociale risikofaktorer hos forældrene; en hård og inkonsistent opdragelse, manglende varme, tilstedeværelse af kriminalitet og alkoholisme, og i omgivelserne; dårlig skolegang og bolig i kriminalitetsprægede områder (145, 152).

5.7.5 Komorbiditet, forløb og behandling

Tilbagevendende asocial adfærd er et af de alvor-

ligste varsler om dårligt mentalt helbred senere i livet. International forskning tyder på, at tidspunktet for debut af adfærdsforstyrrelse har betydning for følgevanskeligheder. Således er risikoen for senere depression, alkoholmisbrug og kriminel adfærd størst blandt unge med debut i barndommen og vedvarende adfærdsforstyrrelse i ungdommen, mens den er lavest, hvis adfærdsforstyrrelse kun optræder i barndommen (153). Omkring halvdelen af dem, som debuterer med adfærdsforstyrrelse i barndommen, vil have vedvarende alvorlige problemer i voksenalderen, og der er en høj risiko for udvikling af dyssocial personlighedsforstyrrelse, som har en særlig dårlig prognose (145, 154).

Adfærdsproblemer optræder hyppigt hos børn og unge med kognitive vanskeligheder eller dårligt udviklet impuls kontrol, uden at alle kriterierne for en udviklingsforstyrrelse nødvendigvis er opfyldt. Den hyppige senere optræden af bl.a. depressive symptomer skal ses i lyset af, at vedvarende adfærdsproblemer ofte optræder sideløbende med en tiltagende social isolation og meget negativ feedback fra almindeligt fungerende jævnaldrende (155-157).

Med den viden og de undersøgelsesmetoder, vi har til rådighed, er det vanskeligt at afgøre, i hvilket omfang det er adfærdsforstyrrelserne, der medfører social isolation, eller om det omvendt er magtesløshed i forhold til de sociale forventninger, der udløser utilpasset og grænseoverskridende adfærd og på sigt social isolation. Når mønstret først er etableret, er det nærliggende at tænke, at der er tale om en ond cirkel. De tidligt indsættende og omfattende adfærdsforstyrrelser kan ses som tegn på et alvorligt misforhold imellem krav og ressourcer, der kalder på en målrettet udredning og specialiseret og individuelt tilpasset indsats. Behandlingen kan bl.a. bestå i forældretræningsprogrammer og anden familiebehandling, som tilbydes i kommunalt regi.

Denne behandling skal hjælpe forældrene til at mestre deres egne problemer, så de bliver bedre i stand til at tage sig af barnet. Forældretræning er evidensbaserede behandlingsprogrammer, der tager afsæt i social læringsteori og metoder til adfærdsmodifikation. Udgangspunktet er, at relationen mellem barn og forældre (eller anden primær omsorgsperson) er den/de vigtigste relation(er) i barnets liv. Disse omsorgspersoner er de vigtigste 'agenter' til socialisering af barnet. Forældretræning har derfor til formål at give forældrene relevante værktøjer til at ændre familiens negative adfærdsmønstre og i stedet hjælpe børnene til en mere prosocial adfærd. Det gøres bl.a. ved at stille tydelige krav og skabe en positiv og anerkendende kommunikation med barnet. Desuden benyttes adfærdsterapeutiske metoder som fx systematisk brug af belønninger og konsekvenser.

5.8 SPISEFORSTYRRELSER

Dette afsnit beskriver spiseforstyrrelserne anoreksia nervosa (anoreksi), bulimia nervosa (bulimi) og 'binge eating disorder' (tvangsoverspisning). Indledningsvis beskrives de primære symptomer, der optræder i forbindelse med spiseforstyrrelser, og herefter beskrives hvad vi ved om forekomst og udvikling i sygdommen over tid, ligesom komorbiditet, forløb og behandling kort beskrives. Forebyggelsesmuligheder omtales i afsnit 6.4.7.

5.8.1 Sammenfatning

Spiseforstyrrelser er en fællesbetegnelse for en række psykiske sygdomme, som er karakteriseret ved forstyrret spisning og kropsovfattelse. Årsagsmekanismerne til udvikling af spiseforstyrrelser er komplekse og involverer et samspil mellem genetiske, biologiske og psykologiske faktorer, samt sociokulturelle forhold. **Forekomst:** I alt bliver 3% af alle piger/kvinder i Danmark diagnosticeret med

en spiseforstyrrelse i løbet af deres liv, og størstedelen af disse diagnosticeres første gang i 10-24 årsalderen. I 2016 var forekomsten 0,83 % (0,22% for drenge og 1,47% for piger) i aldersgruppen 10-24 år. Befolkningsundersøgelser tyder på, at der er ca. dobbelt så mange med spiseforstyrrelser, og således mange som ikke diagnosticeres. Anoreksi er den spiseforstyrrelse, der hyppigst ses i sundhedsvæsenet. Bulimi og tvangsoverspisning er formentlig hyppigere, men fører sjældnere til kontakt med sundhedsvæsenet, da symptomerne kan være mere skjulte. **Udvikling over tid:** Både danske og internationale tal viser en stigende forekomst af diagnosticerede spiseforstyrrelser siden 1990'erne og især over de seneste to årtier. Selvrapporterede symptomer på spiseforstyrrelser er dog ikke fundet at være øget fra 2000 til 2017. **Køn og alder:** Forekomsten af anoreksi og bulimi er væsentligt lavere hos drenge end hos piger (ca. i forholdet 1:10), mens tvangsoverspisning, som formentlig er den hyppigste spiseforstyrrelse i befolkningen uden for sundhedssystemet, ses hos ca. en dreng for hver tre piger. **Familiære og sociale faktorer:** Anoreksi og bulimi ses hyppigere i familier, hvor forældrene har høj uddannelse, men det vides ikke, i hvor høj grad dette skyldes eventuelle sociale forskelle i henvendelses- og henvisningsmønstre. **Komorbiditet, forløb og behandling:** Alle spiseforstyrrelser er forbundet med en høj forekomst af andre psykiske sygdomme og med alvorlige fysiske og psykiske komplikationer. Spiseforstyrrelser hos børn og unge behandles primært med familiebaseret terapi, normalisering af ernæringsindtag og måltidsstruktur, og en tidlig indsats synes at være afgørende for prognosen.

5.8.2 Indledning

Spiseforstyrrelser er en fællesbetegnelse for en række psykiske sygdomme, som er karakteriseret ved forstyrret spisning og kropsovfattelse. De

omfatter ifølge den aktuelt gældende diagnostiske klassifikation i Danmark, ICD-10 (1): anorexia nervosa (F50.0, F50.1), bulimia nervosa (F50.2, F50.3), samt andre (F50.8) og uspecificerede spiseforstyrrelser (F50.9).

Anoreksi blev beskrevet allerede i slutningen af 1800-tallet, mens bulimi først blev beskrevet som en selvstændig diagnose i 1979 (158). Tvangsoverspisning indgår ikke i ICD-10, og inkluderes her typisk under 'andre' og 'uspecificke' spiseforstyrrelser, men er inkluderet som en selvstændig diagnose i det amerikanske diagnosesystem DSM-5 fra 2013 og er også inkluderet i den næste version af ICD-klassifikationen (ICD-11), som forventes at træde i kraft i 2022.

De primære symptomer ved de tre typer af spiseforstyrrelser er beskrevet i **tabel 5.8.1** (159).

5.8.3 Forekomst, udvikling og fordeling over tid

Spiseforstyrrelser kan forekomme i alle aldersgrupper, men både anoreksi og bulimi kræver et vist niveau af selvbevidsthed i forhold til at kunne udvikle et forvrænget kropsbillede, og danske tal fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at de stort set aldrig diagnosticeres før otteårsalderen og også sjældent før 12 år (160). Dog har internationale forskningsstudier påvist, at både tyndhedsidealet og restriktiv spiseadfærd kan forekomme hos piger helt ned i femårsalderen (161). En omfattende dansk registerundersøgelse fra 2014 viser en samlet livstidsforekomst (0-100 år) af diagnosticerede spiseforstyrrelser i Danmark på 3% for piger/kvinder og 0,17% for drenge/mænd; hvoraf de fleste diagnoser gives inden 50-årsalderen, og ca. halvdelen inden det fyldte 18. år (162). Et dansk registerstudie fra 2019, som har fulgt alle børn født i Danmark i år 1995, fandt, at 1,46% af pigerne og 0,27% af drengene blev diagnosticeret med en

spiseforstyrrelse mellem 0 og 18 år (83). Anoreksi diagnosticeres hyppigst i alderen 12-19 år, med 15-19-årsalderen som en særlig højrisiko-periode, mens bulimi typisk diagnosticeres lidt senere, i alderen 16-24 år (3, 163, 164).

Både danske og internationale befolkningsundersøgelser tyder dog på, at mange ikke diagnosticeres for deres spiseforstyrrelse, og at den reelle forekomst er ca. dobbelt så høj (165, 166). I den Danske Nationale Fødselskohorte angav næsten 5% af mødre, at de havde/havde haft anoreksi eller bulimi (166), mens to nylige rapporter om unges trivsel viser, at 3-7% af 15- og 19-årige i Danmark (4-9% af pigerne, 1-2% af drengene) angiver, at de har/har haft en af disse to spiseforstyrrelser (167, 168); altså væsentligt højere end antallet af diagnosticerede tilfælde i registrene. En litteraturgennemgang af europæiske undersøgelser understøtter dette og anslår, at forekomsten af anoreksi er 1-4%, bulimi 1-2% og tvangsoverspisning 1-4% hos piger/kvinder. Forekomsten hos drenge/mænd er væsentligt lavere for anoreksi og bulimi (ca. en tiendedel), mens kønsfordelingen ved tvangsoverspisning er mere ligelig (165).

Både i Danmark og internationalt har der været en stigning i diagnosticerede tilfælde af spiseforstyrrelser siden 1990'erne (165). Nye tal fra Sundhedsdatastyrelsen viser således en fordobling af ny-diagnosticerede tilfælde pr. år fra 471 (0,05%) i 1996 til 1.047 (0,10%) i 2016 for begge køn i alderen 10-24-år fordelt på en stigning fra 21 (< 0,01%) i 1996 til 96 (0,02%) i 2016 for drenge/unge mænd og fra 450 (0,1%) i 1996 til 951 (0,18%) i 2016 for piger/unge kvinder (21) (se **figur 5.8.1**). Stigningen ses især blandt piger med anoreksi (se **figur 5.8.2**) og andre/uspecificerede spiseforstyrrelser (se **figur 5.8.3**), mens der ikke er set stigning i antallet af diagnosticerede tilfælde af bulimi (se **figur 5.8.4**) i denne aldersgruppe (21).

→ **TABEL 5.8.1**

Kernesymptomerne ved de forskellige spiseforstyrrelser (ICD-10) (159).

ANOREKSI	BULIMI	TVANGSOVERSPISNING
<ul style="list-style-type: none"> › Vægttab (eller hos børn mangelfuld vægtøgning) svarende til mindst 15% af forventet normalvægt › Lav vægt er primært forårsaget af nedsat og kontrolleret fødeindtag og undgåelse af mad, som personen opfatter som fedende › Forvrænget kropsbillede med oplevelsen af at være overvægtig trods undervægt, og voldsom angst for vægtøgning › Evt. ophør af menstruation (eller for drenge: nedsat seksuallyst) med deraf følgende forsinket pubertetsudvikling › Evt. anden vægtregulerende adfærd (som beskrevet under bulimi) › Ingen objektive overspisningsanfald eller overdreven spisetrang › Overoptagethed af vægt, mad og motion fremfor alt andet. 	<ul style="list-style-type: none"> › Hyppige, tilbagevendende episoder af tvangsmæssig overspisning, karakteriseret af, at man inden for et afgrænset tidsrum spiser markant mere og anderledes end normalt (både i forhold til sig selv og andre) › Overdreven spisetrang og følelse af tab af kontrol i forbindelse med overspisningen › Der beskrives betydeligt ubehag i forbindelse med overspisningerne, som ofte efterfølges af negative følelser som skyld og væmmelse › Hyppigt uhensigtsmæssig vægtregulerende adfærd i form af fx: overdrevne slankekure, faste, selv-fremkaldt opkastning, brug af afføringsmidler/ appetithæmmende stoffer/ vanddrivende piller, overdreven træning › Forvrænget kropsbillede med oplevelsen af at være overvægtig, og voldsom angst for vægtøgning – som evt., men ikke nødvendigvis, fører til undervægt^A. 	<ul style="list-style-type: none"> › Gentagne episoder af tvangsmæssig overspisning som beskrevet under bulimi › Overdreven spisetrang og følelse af tab af kontrol i forbindelse med overspisninger › Der beskrives betydeligt ubehag i forbindelse med overspisningerne, som ofte efterfølges af negative følelser som skyld og væmmelse › Ingen eller sjældent uhensigtsmæssig kompenserende vægtregulerende adfærd (til forskel fra ved bulimi) › Der ses ofte, men ikke nødvendigvis, overvægt i forbindelse med tvangsoverspisning

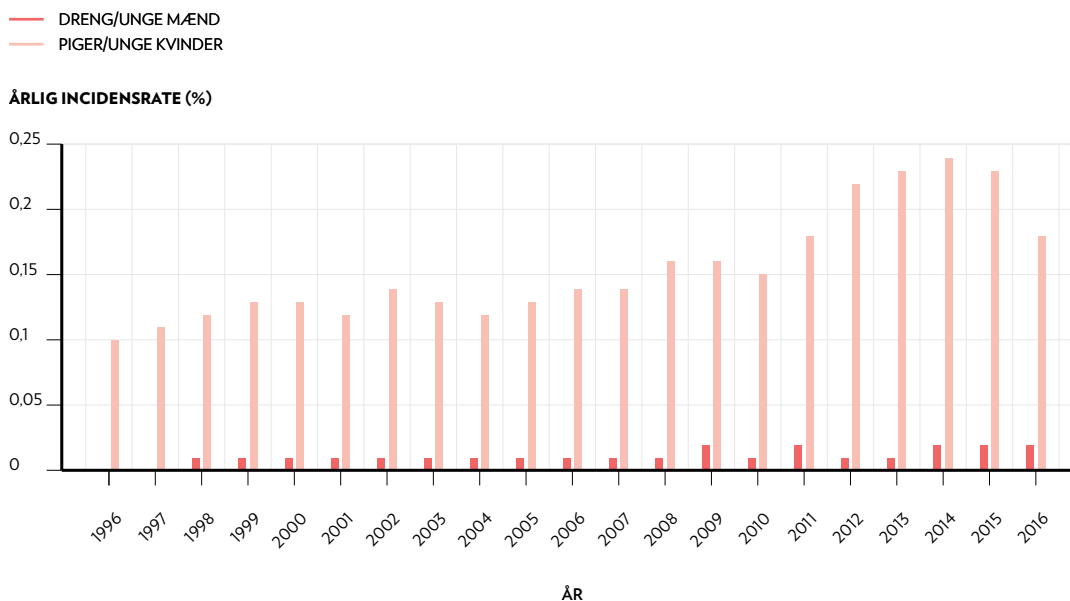
^A I ICD-11 (DEN NYESTE VERSION AF ICD, SOM ENDNU IKKE ER IMPLEMENTERET) ER DET SPECIFICERET, AT UNDERVÆGT IKKE MÅ VÆRE TIL STEDE VED DIAGNOSTICERING AF BULIMI.

Dette mønster understøttes af internationale undersøgelser (165). Det vides ikke, om stigningen i diagnosticerede tilfælde af spiseforstyrrelser skyldes en reel stigning i forekomsten af sygdommene, idet stigningen også kunne afspejle, at flere evt. bliver alvorligere ramt og derfor opsøger psykiatrisk behandling, og/eller at flere bliver henvist og behandlet i sundhedssektoren uanset sværhedsgrad. En dansk registerundersøgelse af

den tidsmæssige udvikling fra 1995 til 2010 viser, at stigningen i diagnosticerede spiseforstyrrelser svarer fuldstændig til den generelle stigning i diagnosticering af alle psykiske sygdomme i perioden; og at stigningen i bulimi faktisk har været lavere end denne generelle stigning (83). Dette tyder på, at stigningen primært skyldes en øget opmærksomhed på, henvisning til og behandling af psykiske sygdomme generelt fremfor en stigning i fore-

→ FIGUR 5.8.1

Antal nye spiseforstyrrelsesdiagnoser i % (F50) pr. år for 10-24-årige piger/unge kvinder og drenge/unge mænd i 1996-2016 (21).



komsten af spiseforstyrrelser. Dette understøttes af resultater fra et finsk befolkningsstudie (169) og nylige danske data (167), som samlet viser, at forekomsten af selvrapporterede spiseforstyrrelser blandt unge ikke har ændret sig i perioden fra 2000 til 2017. Dog steg antallet af danske drenge/mænd, som blev diagnosticeret med anoreksi, markant mere end den generelle tendens for psykiske sygdomme i perioden 1995-2010 (83), men det vides ikke, om baggrunden herfor er en øget sårbarhed for udvikling af spiseforstyrrelser hos drenge/mænd eller en øget bevidsthed i samfundet om, at drenge/mænd også kan have spiseforstyrrelser.

5.8.4 Familiære og sociale faktorer

Andelen af spiseforstyrrelser synes at være markant lavere blandt unge af anden etnisk herkomst end dansk (167), men årsagen hertil kendes ikke. Store

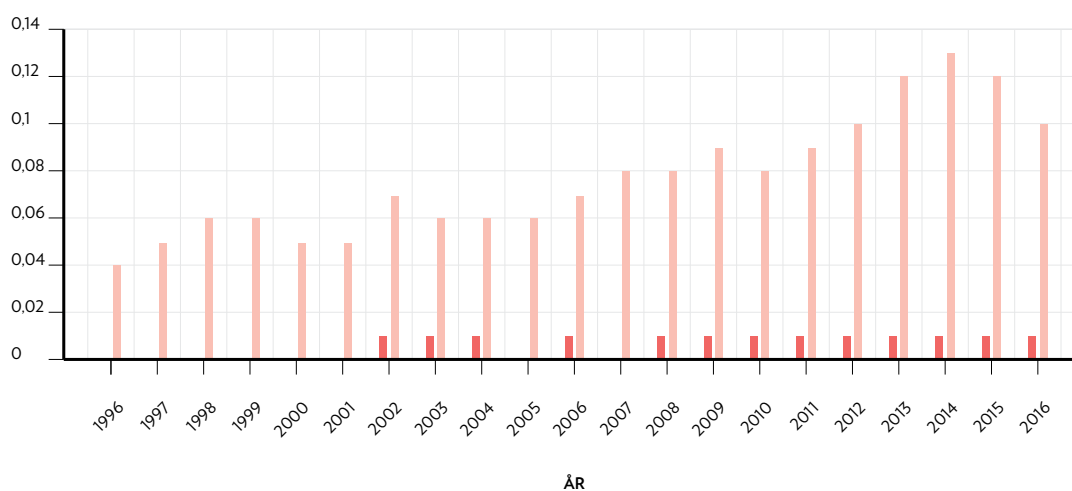
registerstudier fra Sverige og Danmark har endvidere fundet, at diagnosticerede spiseforstyrrelser (anoreksi og bulimi) ses hyppigere i familier, hvor forældrene har en højere uddannelse; for anoreksi er denne sammenhæng primært fundet for piger (170, 171). En lignende sammenhæng med forældres uddannelsesniveau genfindes ikke i en dansk rapport om unges trivsel fra 2018 med selvrapportering af spiseforstyrrelser (anoreksi/bulimi), hvor der tværtimod findes en øget forekomst ved lavere socialklasse (167). Dette tyder på, at de fundne sociale sammenhænge i registerstudierne (diagnosticerede spiseforstyrrelser) i hvert fald til dels kunne skyldes sociale forskelle i henvendelses- og henvisningsmønstre. Nogle undersøgelser har dog fundet, at risikofaktorer som fx overvægt ser ud til at have en større betydning for udvikling af spiseforstyrrelser i højere socioøkonomiske grupper (172).

→ **FIGUR 5.8.2**

Antal nye anoreksidiagnoser (%) (F50.0-F50.1) pr. år for 10-24-årige piger/unge kvinder og drenge/unge mænd i 1996-2016 (21).

— DRENG/UNGE MÆND
— PIGER/UNGE KVINDER

ÅRLIG INCIDENSRATE (%)

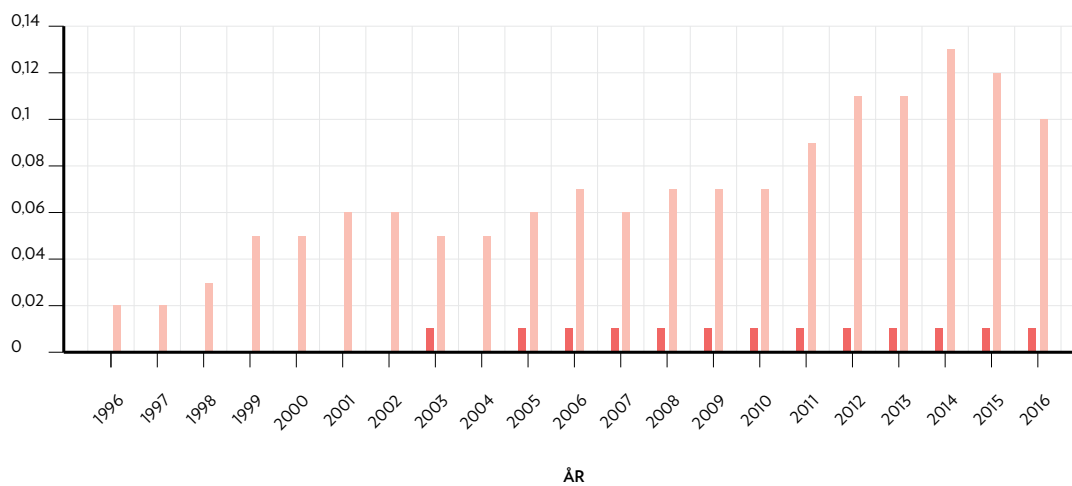


→ **FIGUR 5.8.3**

Antal nye 'andre/uspecificerede' spiseforstyrrelsesdiagnoser (%) (F50.4-F50.9) pr. år for 10-24-årige piger/unge kvinder og drenge/unge mænd i 1996-2016 (21).

— DRENG/UNGE MÆND
— PIGER/UNGE KVINDER

ÅRLIG INCIDENSRATE (%)

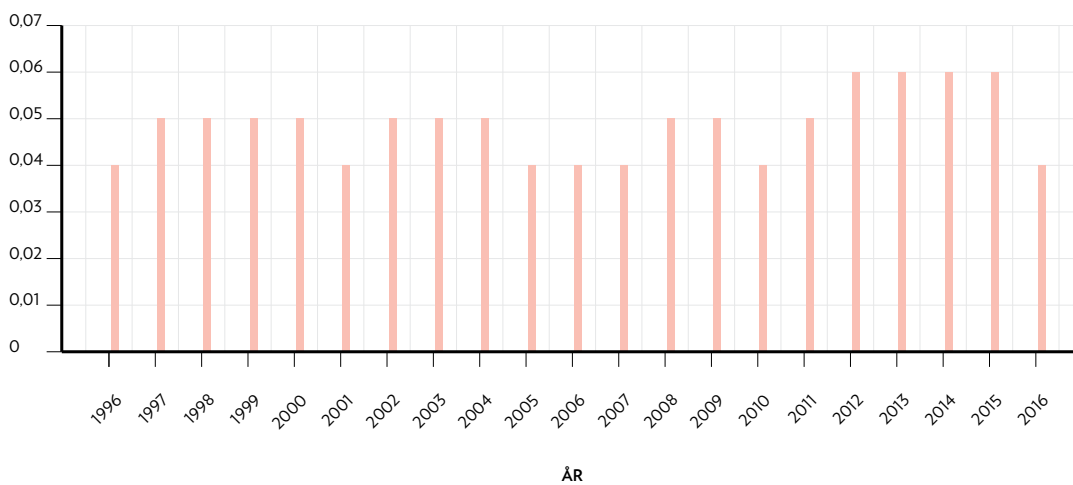


→ FIGUR 5.8.4

Antal nye bulimidiagnoser (%) (F50.2-F50.3) pr. år for 10-24-årige piger/unge kvinder og drenge/unge mænd i 1996-2016 (21).

— DRENG/UNGE MÆND
— PIGER/UNGE KVINDER

ÅRLIG INCIDENS RATE (%)



5.8.5 Komorbiditet, forløb og behandling

Spiseforstyrrelse er en indgribende og belastende sygdom; ikke kun for patienten, men oftest også for de pårørende. Især anoreksi, men også bulimi og tvangsoverspisning, er forbundet med en øget dødelighed; således viser forløbsstudier, at 6-10% af patienter med anoreksi dør inden for de første 15 år med sygdommen (173, 174). Af de resterende patienter er ca. 50% af dem, som diagnosticeres med anoreksi, raske efter 4-10 år og godt 70% efter ti år, ca. 10-15% forbedres herefter, men uden at blive symptomfrie, mens ca. 15% får et kronisk forløb. Ved bulimi er 65-75% ligeledes helt eller delvist raske efter ti år. Forløbet af anoreksi er bedst ved sygdomsdebut i ungdomsårene, mens debut før puberteten eller i voksenalderen synes at være forbundet med en dårligere prognose (173). Omvendt er der en øget risiko for vedvarende bulimi, hvis denne debuterer i ungeårene (fremfor

senere). En del patienter 'skifter' med tiden symptomer fra én spiseforstyrrelse til en anden, fx fra anoreksi til bulimi (173). Nye tal fra Landspatientregistret viser, at 5,3% af de 10-24-årige patienter med spiseforstyrrelse i 2016 var registreret med både anoreksi og bulimi (21)

Mange patienter med spiseforstyrrelser har på et eller andet tidspunkt (før, under eller efter spiseforstyrrelsen) også anden psykisk sygdom; dette drejer sig især om angstlidelser, depression, OCD, personlighedsforstyrrelser, misbrugsproblematikker og selvskaade (163, 165, 174). Ved mistanke om underliggende ADHD eller AFS bør der ske en udredning, når spiseforstyrrelsen er tydeligt i bedring.

Der er også en højere forekomst af fysiske sygdomme som sukkersyge, cøliaki og andre tarmlidelser blandt patienter med spiseforstyrrelse; og især blandt patienter med bulimi og tvangsover-

spisning er der en overhyppighed af overvægt/fedme (165). Desuden kan der være fysiske komplikationer som følge af selve spiseforstyrrelsen. Ved svær anoreksi forekommer der fysiske symptomer som direkte følge af underernæring; hvoraf de vigtigste er påvirkning af kredsløbet med nedsat puls og blodtryk, dårligt blodomløb og risiko for hjertestop samt påvirkning af stofskifte og hormon-niveauer med evt. begyndende knogleskørhed. Derudover er der ofte udtalte kognitive problemer som fx træthed, koncentrationsbesvær, nedsat evne til at fungere i selskab med andre mennesker, og humørsvingninger; symptomer som alle kan ligne symptomerne ved andre psykiske sygdomme. Ved bulimi kan der, som følge af hyppige opkastninger, forekomme syreskader på tænder og slimhinde i mave-tarm-systemet; men opkastninger og anden udrensende adfærd kan også bevirke farlige svingninger i blodsaltene med risiko for hjertestop. Ved bulimi kan der også være sociale og adfærdsmæssige problemer; men disse skyldes ofte symptomer på andre psykiske sygdomme fx angst, depression eller personlighedsforstyrrelse (175). Tilsvarende psykiske problemstillinger synes også at være hyppigere hos personer med tvangsoverspisning, men dette er endnu kun sparsomt undersøgt hos børn og unge, som dog kan have fysiske symptomer relateret til overvægt/fedme (176).

De langsigtede komplikationer til spiseforstyrrelser er hyppigst ved anoreksi, og her er det især en skadelig påvirkning af en række organer som knogle-, hjertemuskel-, nyre- og hjernevævet samt generel væksthæmning, der skaber problemer på længere sigt. Derudover ses en øget forekomst af barnløshed, aborter, og/eller for tidlig fødsel og børn med lavere fødselsvægt hos kvinder med alle typer af aktiv spiseforstyrrelse (176, 177). De langvarige og alvorlige spiseforstyrrelser kan forhindre den unge i at være sammen med kammerater, feste, have et arbejde eller passe sin skole, hvilket kan

have negative konsekvenser for den følelsesmæssige og sociale udvikling, der normalt finder sted i ungealderen.

Den samlede byrde for de unge, som rammes af en spiseforstyrrelse, og deres familier, er således høj, og prognosen for sygdommen afhænger bl.a. af, om der er andre tilstødende psykiatriske problemstillinger, samt af varigheden af symptomer inden behandling, og ressourcer i familie og netværk (173).

5.9 PSYKOSER I SKIZOFRENISPEKTRET

Dette afsnit indeholder en kort gennemgang af, hvilke symptomer der hyppigst optræder ved psykose, samt en gennemgang af hvad vi ved om forekomst, fordeling, udvikling i sygdommen over tid, og socialt mønster i forekomsten, ligesom dens komorbiditet, forløb og behandling beskrives. Forebyggelsesmuligheder omtales i afsnit 6.4.8.

5.9.1 Sammenfatning

Psykose hos børn og unge er en alvorlig tilstand, som har betydelige konsekvenser for den enkelte og vedkommendes omgivelser. **Forekomst:** Prævalensen af psykose i skizofrenispektret blandt 10-24-årige i Danmark var 0,75% i 2016, fordelt på 0,71% drenge/unge mænd og 0,8% piger/unge kvinder. **Udvikling over tid:** I 2016 var der 1.564 børn og unge i alderen 10-24 år, svarende til 0,14% af befolkningen i aldersgruppen, som blev indlagt eller kom i kontakt med psykiatriske ambulante enheder for første gang pga. udvikling af psykose. Incidensen er blevet tredoblet det seneste årti. **Køn og alder:** Der er sket en stigning i antallet af diagnosticerede inden for alle aldersgrupper, men mest hos dem, der er under 18 år. **Familiære og sociale faktorer:** Blandt børn med forældre i lave socioøkonomiske grupper er der flere, som kommer

i behandling for lidelser i skizofrenispektret end blandt børn og unge med forældre i højere socioøkonomiske grupper. **Komorbiditet, forløb og behandling:** Patienter med akutte og forbigående psykoser har den bedste prognose, mens patienter med skizofreni har den dårligste prognose. For flertallet af patienterne er langtidsforløbet kendetegnet ved, at de kan klare sig i egen bolig uden eller kun med enkelte kortvarige hospitalsindlæggelser. Der er evidens for, at unge voksne med første-episode psykose i skizofrenispektret bedst behandles i multidisciplinære teams (OPUS-teams), som tilbyder opsøgende og vedholdende indsats bl.a. med hyppig kontakt med en fast primærbehandler, pårørendeinddragelse, psykoedukation, recovery-orienteret gruppebehandling og medicinsk behandling med antipsykotisk medicin. Evidensen er foreløbigt begrænset til unge, der er fyldt 18 år, idet der ikke er

gennemført undersøgelser med unge under 18 år endnu, og kun få regioner tilbyder OPUS-behandling til denne gruppe. I Region Hovedstaden påbegyndes i 2020 et randomiseret kontrolleret studie, der skal evaluere effekten af OPUS-behandling hos børn og unge (OPUS-YOUNG).

5.9.2 Indledning

Psykose kan optræde ved en lang række tilstande (demens, delirium, stofpsykose, svær depression og svær mani), men langt de hyppigst forekommende tilfælde blandt børn og unge skyldes skizofreni og skizofrenilignende psykoser (i ICD-10 defineret som kapitel F20-29). Det er disse tilstande, der omtales i dette afsnit (se **boks 5.9.1**). Diagnosticering kan være vanskelig, særligt hos de helt unge.

→ BOKS 5.9.1

Definition af skizofreni (178).

- ▶ **Skizofreni** = er oftest kendetegnet ved periodiske eller længerevarende hallucinationer (oftest hørelsehallucinationer) eller vrangforestillinger (oftest forfølgelsesforestillinger) samt forekomst af såkaldte negative symptomer, hvor social tilbagetrækning, nedsat aktivitet og engagement er de mest dominerende. Sygdommen debuterer i ungdomsårene og forekommer hyppigere og i alvorligere grad hos mænd end hos kvinder.
- ▶ **Tankeforstyrrelser** = kommer til udtryk i patientens sproglige formuleringer og afspejler forstyrrelser i tænkningens form. I de mildeste former er tankeforstyrrelser meget diskrete, og det kan være svært sikkert at afgøre, om de er til stede. Det kan dreje sig om tendens til at fortabe sig i detaljer, eller lade tankerne køre ud ad et sidespor eller om en diskret anderledes brug af almindelige ord. Tankeforstyrrelser kan også vise sig ved vaghed i det sagte, omstændelighed og springende associationer. I svære tilfælde kan grammatikken være brudt op, og sproget kan være fuldt af nydannede ord og utraditionel anvendelse af kendte ord.
- ▶ **Vrangforestillinger** = usandsynlige og ukonventionelle forestillinger, som ikke deles af andre. Der kan for eksempel være tale om forestillinger om forfølgelse, forestillinger om at have særlige, usædvanlige evner eller at være en berømt person, forestillinger om skyld, om sygdom, om kropslige ændringer, om at kunne læse tanker, om at være genstand for beundring eller forelskelse.
- ▶ **Hallucinationer** = sansoplevelser, der optræder uden stimulus. Hallucinationer kan optræde for alle sansemodaliteter: ikke kun høre-, syns-, lugte-, smags- og berøringssansen, men også smerte og proprioception, ligesom der kan optræde somatiske hallucinationer fra stumme organer (hjerne, hjerte). Hørelsehallucinationer er de hyppigst forekommende.
- ▶ **Negative symptomer** = en række forskellige symptomer, som er udtryk for svækket initiativ, motivation, viljesudfoldelse, lyst eller evne til kontakt eller kommunikation samt afsvækket emotionalitet og motorik. Symptomerne kaldes for negative, fordi de er udtryk for fravær af evner til initiativ, kontakt, kommunikation etc.

En psykose er en mental tilstand, hvor den unge enten har sanseoplevelser uden ydre påvirkning (hallucinationer) eller på afgørende måde fortolker omverdenen anderledes end andre (vrangforestillinger). Begge dele kan være til stede samtidigt. Det er forskelligt, hvor meget psykosen påvirker den enkelte. I nogle tilfælde præger psykosen i perioder alle aspekter af opførelse og tænkning. I andre tilfælde er psykosens indflydelse mere begrænset, og den unge kan måske godt gennemføre aktiviteter som at gå i skole, starte ungdomsuddannelse, få et fritidsjob og fastholde et socialt ungdomsliv. Adfærdsforstyrrelser kan også være til stede ved psykose og omfatte uforudsigelig, aggressiv og bizar adfærd. Adfærdsforstyrrelser er dog relativt sjældne og kan ved velbehandlet psykose i de fleste tilfælde undgås. De såkaldte negative symptomer er ofte de mest invaliderende og stigmatiserende, bl.a. fordi de fejlagtigt bliver tolket som udtryk for slaphed, uopdragenhed eller dovenskab. En del studier har fundet, at børn og unge med psykose er mere ramt af negative symptomer end voksne med debut af psykose (179). De negative symptomer omfatter nedsat energi, nedsat initiativ, manglende engagement, affladning af følelseslivet, social tilbagetrækning, kontaktfattigdom og indsynken i sig selv. De negative symptomer er svære at behandle, og tilstedeværelsen er ofte forbundet med en dårlig prognose. Kognitive dysfunktioner (dvs. problemer med opmærksomhed, hukommelse, indlærings- evne og evne til at planlægge og problemløse) forekommer hos de fleste patienter med psykoser i skizofrenispektret, formentlig >90%. I mange tilfælde har de kognitive forstyrrelser været til stede, længe før sygdommens øvrige symptomer viser sig, og de er ofte blivende. De kognitive forstyrrelser har afgørende indflydelse på den unges evne til at klare sit daglige liv (178).

5.9.3 Forekomst, fordeling og udvikling over tid

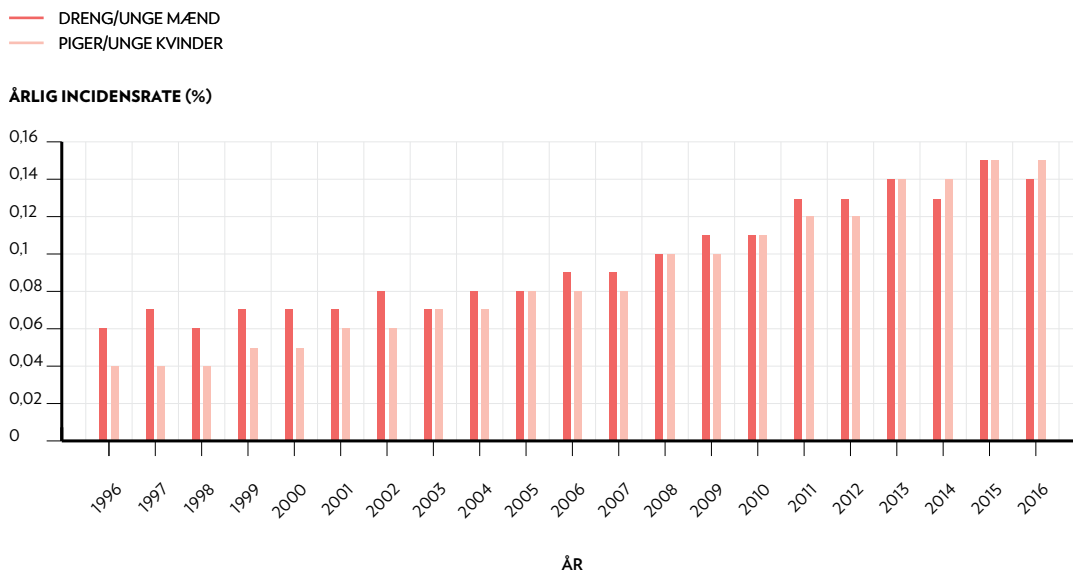
Psykotiske lidelser kan optræde helt ned til 6-7-årsalderen, men der er flest, der kommer i kontakt med hospitalsvæsenet for første gang i de sene teenageår og i begyndelsen af tyverne. Livstidsrisikoen for skizofreni er ca. 2% (162). Et dataudtræk fra de to danske nationale registre, det Psykiatriske Centralregister (PCR) og Landspatientsregisteret (LPR), fandt, at prævalensen af psykose i skizofrenispektret blandt 10-24-årige i Danmark (lidt over en 1 mio. individer) var 0,75% i 2016, fordelt på 0,71% drenge/unge mænd og 0,8% piger/unge kvinder. Heraf havde halvdelen fået en skizofrenidiagnose, og den anden halvdel var blevet diagnosticeret med andre, mildere tilstande i skizofrenispektret.

De årlige incidensrater for psykose i skizofrenispektret (ICD-10-koder F20-F29) i aldersgruppen 10-24 år var 0,05% (506 individer) i 1996 og 0,14% (1.564 individer) i 2016. Antallet af børn og unge i alderen 10-24 år, som for første gang kommer i kontakt med de psykiatriske sengeafdelinger og de ambulante tilbud i psykiatrien pga. skizofreni og andre tilstande i skizofrenispektret, er således tredoblet i perioden fra 1996 til 2016 (21) (se **figur 5.9.1**).

Generelt optræder skizofreni med ca. 40% større hyppighed hos mænd end hos kvinder, og forløbet er mere alvorligt for mænd (180). Dette afspejles dog ikke i de data, vi præsenterer i **figur 5.9.1**, hvilket skyldes, at vi har analyseret forekomsten af psykoser i hele skizofrenispektret (ikke kun 'snæver skizofreni', ICD10-kode F20.0) hos 10-24-årige. Flere danske registerbaserede undersøgelser har belyst stigningen i incidens af psykose over de seneste årtier (181-183). I alle tre undersøgelser ses en stærk stigning efter år 2000 og en ens forekomst blandt drenge/unge mænd og piger/unge kvinder (aldersgruppen under 18-19 år). I Kühls undersø-

→ FIGUR 5.9.1

Procentvis forekomst af nye tilfælde af psykose i skizofrenispektret (ICD-10-koder F20-F29) pr. år (incidens) for 10-24-årige piger/unge kvinde og drenge/unge mænd (21).



gelse vises, at denne stigning først og fremmest er et resultat af en stigning i antallet af patienter, der kommer i ambulant behandling. Det nyeste og hidtil største studie af forekomsten af skizofreni hos børn og unge under 18 år fandt en ligelig kønsfordeling af børn og unge diagnosticeret med skizofreni siden 1996 i Danmark (183).

Skizofreni diagnosticeres oftere i lave socioøkonomiske grupper. Det er sandsynligt, at den større forekomst af skizofreni hos børn og unge med forældre i lave socioøkonomiske grupper skyldes både genetiske og miljømæssige forhold (184).

5.9.4 Komorbiditet, forløb og behandling

Skizofreni og skizofrenilignende psykoser er blandt de mest belastende og invaliderende af de psykiske sygdomme. Skizofreniens symptomer og følger er

ofte pinefulde for både den syge, familien og de øvrige omgivelser. For en mindre gruppe patienter har sygdommen et meget alvorligt forløb med kroniske, invaliderende og behandlingskrævende symptomer og stort behov for hjælp fra professionelle (185). Sygdomsforløbet for denne mindre gruppe er imidlertid helt præget af offentlighedens opfattelse af sygdommen, som i mange år for lægmand har stået som arketyper på det uforståelige, det farlige og det uheldbedelige. Det er kun et lille mindretal på 10-13%, der langvarigt bliver afhængige af intensiv behandling og pleje, mens flertallet kan klare sig det meste af tiden uden for institution, og ca. en tredjedel er i stand til at opretholde arbejds- og studiemæssige aktiviteter (186).

Udvikling af skizofreni og skizofrenilignende psykose er ofte forbundet med forstyrret social og emotionel modning, og i nogle tilfælde kompli-

ceres forløbet af misbrug af alkohol eller stoffer, depression, selvmordsadfærd og kriminalitet. Alkohol- og stofmisbrug registreres med selvstændige diagnoser i Landspatientregisteret og Misbrugsregisteret, der bl.a. indeholder oplysninger om kontakt til kommunale misbrugstilbud. Tal, der fremkommer ved registeranalyser, er minimumstal, da der er en del, der har misbrug, som ikke er diagnosticeret. Dette gælder også blandt personer, der er i behandling for psykose. I den generelle befolkning blandt individer født mellem 1993 og 2007 er 0,7% ved 24-årsalderen diagnosticeret med et alkoholmisbrug. Ved samme alder har 15,9% fået mindst en psykiatrisk diagnose (inkl. skizofreni, men ekskl. misbrug af alkohol eller andre stoffer). Blandt de, der har fået diagnosticeret en psykose i skizofrenispektret inden 24-årsalderen, har 9% tillige et alkoholmisbrug. For den gruppe, der har fået mindst en psykiatrisk diagnose inden det fyldte 24. år, har 4% et alkoholmisbrug (187). Der er således stor forekomst af samtidig misbrug og psykose.

Forløbet af de forskellige sygdomme inden for det skizofrene spektrum varierer meget såvel mellem de enkelte sygdomsgrupper som internt i samme gruppe. Patienter med samme diagnose kan således have meget forskelligt sygdomsforløb (185). Som gruppe har patienter med akutte og forbigående psykoser den bedste prognose. Skizofreni er derimod gruppen med den dårligste prognose, men trods det, er langtidsforløbet for flertallet kendetegn ved, at de kan klare sig i egen bolig uden eller kun med enkelte kortvarige hospitalsindlæggelser.

Opfølgingsundersøgelser af unge voksne tyder på, at langtidsprognosen ved længerevarende psykoser i det skizofrene spektrum kan illustreres med følgende fordeling (185, 188, 189):

- 20% klarer sig selv i egen bolig, går på arbejde, har ikke symptomer og klarer sig uden
- hospitalsindlæggelser.
- 35% har ikke psykosesymptomer, men kan have problemer enten med negative
- symptomer, et lavt socialt funktionsniveau eller er ude af stand til at klare et arbejde.
- 30% har psykosesymptomer, men klarer sig uden at være langvarigt indlagt eller på
- institution.
- 15% har vedvarende behov for enten hospitalsindlæggelser eller ophold på institution, hvor der er god personaledekning.

Drenge/mænd har en dårligere prognose end piger/kvinder (190). Lang varighed af ubehandlet psykose, misbrug af alkohol og stoffer og lavt socialt funktionsniveau er forbundet med større risiko for en dårlig prognose (186). Tidligere undersøgelser har vist, at tidlig debut af psykose er forbundet med dårligere prognose, men et omfattende dansk registerstudie har ikke påvist forskel i prognosen for tidlig og sen debut af psykose (183).

Der findes en række effektive behandlingsmuligheder for psykose, herunder medicinsk og psykosocial intervention (191). Randomiserede forsøg og meta-analyser har vist, at specialiseret behandling af unge med psykose har en positiv effekt på symptomer, funktionsniveau, risiko for tilbagefald og sengedagsforbrug (192, 193)

5.10 SELVSKADENDE ADFÆRD

I dette afsnit gennemgås forekomsten, fordelingen og udviklingen over tid af selvskadende adfærd hos børn og unge. Afsnittet giver desuden indblik i komorbiditet samt forløb og behandling af adfærden. Forebyggelsesmuligheder omtales i afsnit 6.4.9.

5.10.1 Sammenfatning

Ikke-suicidal selvskade er en bevidst, direkte og selvforskyldt ødelæggelse af kropsvæv, der resulterer i umiddelbare vævsskader udført med et formål, der ikke er socialt accepteret og uden suicidale hensigter. **Forekomst:** Undersøgelser af ikke-kliniske populationer i Danmark viser, at ca. en femtedel af unge har haft mindst én episode af selvskade i løbet af deres liv. **Køn og alder:** Der er ikke entydige fund for fordelingen af forekomst blandt kønnene. Nogle undersøgelser finder en ligelig kønsfordeling, mens andre finder større forekomst blandt piger. Drengene er overrepræsenterede blandt de unge, der har skadet sig selv over 20 gange det seneste år. **Socioøkonomi:** Der ses en sammenhæng mellem selvskade og familiære forhold, således at unge fra brudte familier og med lavere socioøkonomisk stabilitet er mere udsatte for at gøre skade på sig selv. **Udvikling over tid:** Der er sket en tydelig stigning i forekomsten af selvskade over de seneste 20-30 år, og en stor engelsk undersøgelse viser, at selvskade i den brede befolkning (16-74 år) er steget fra 2,4% i 2000 til 6,4% i 2014. I Danmark har vi endnu ikke tilstrækkelig dokumentation for denne stigning. **Komorbiditet, forløb og behandling:** Selvskade kan have alvorlige følgevirkninger som udviklingen af psykiatiske sygdomme og selvmord.

5.10.2 Indledning

At skade sig selv, ved for eksempel at skære, brænde, slå, bide eller kradsse sig selv til blods, kan være et symptom, men er i sig selv ikke defineret som en psykisk sygdom, og selvskade indgår således ikke som en psykiatrisk diagnose i WHO's diagnosefortegnelse, ICD-10. I den seneste udgave af den amerikanske diagnosefortegnelse, DSM-5, blev Non-Suicidal Self-Injury Disorder (NSSI-D) imidlertid indført som forsknings-

diagnose, fordi forekomsten af selvskade er stor specielt blandt yngre mennesker (117). Selvskade er blevet et problem, vi er nødt til at forholde os til og opnå større viden om. Internationalt er selvskadende adfærd ikke entydigt defineret, og området har været præget af manglende konsensus om, hvorvidt selvmordsadfærd skal inkluderes i definitionen. I det følgende vil vi anvende en definition på ikke-suicidal selvskade, som er udformet af International Society for the Study of Self-injury (ISSS), 2018, som også ligger til grund for forskningsdiagnosen i DSM-5: Ikke-suicidal selvskade er en 'bevidst direkte og selvforskyldt ødelæggelse af kropsvæv, der resulterer i umiddelbare vævsskader udført med et formål, der ikke er socialt accepteret og uden suicidale hensigter' (194). I denne definition udelukkes indirekte selvskade som for eksempel spiseforstyrrelser og alkoholmisbrug, som er kendetegnet ved, at skaden ikke er direkte påført, og at skadevirkningerne er mere diffuse samt uafgrænsede i tid. Heller ikke selvskade, der er socialt accepteret, som for eksempel selvpåførte piercinger, indgår i definitionen. Væsentligst er det imidlertid, at definitionen udelukker selvskade, der er udført i suicidalt øjemed. Ovenstående definition bruges internationalt bl.a. i USA og Canada, og den adskiller sig fra eksempelvis den britiske tradition, som med begrebet deliberate self-harm ikke skelner mellem selvskade, der er udført med suicidal intention, og selvskade, der er udført uden suicidal intention (195). Selvmordsforsøg indgår således i den britiske definition af deliberate self-harm, og denne definition bruges i mange europæiske forskningsprojekter på området.

Når ISSS påpeger, at det er vigtigt definatorisk at skelne mellem suicidal og ikke-suicidal selvskade, så skyldes det, at der er tale om to kvalitativt forskellige adfærdsformer: Hvor selvmordsadfærd udføres med et ønske om at gøre en ende på livet, så udføres selvskadende adfærd med et ønske om

at overleve og som et forsøg på at mestre livet. Flere studier peger på, at selvskadende adfærd i en vis periode ligefrem kan forhindre selvmord, da det indledningsvist fungerer som en effektiv omend uhensigtsmæssig strategi til affektregulering (196). På længere sigt øger selvskade imidlertid risikoen for selvmordsforsøg, hvilket beskrives senere i dette afsnit. Distinktionen mellem selvskade og selvmordsforsøg kan under alle omstændigheder være vanskelig, og der er en række tilfælde, hvor der er en flydende overgang mellem ikke-suicidal selvskade og selvmordsforsøg (197). En oplagt vanskelighed er, at mange handlinger, der ifølge WHO's definition på selvmordsforsøg (se afsnit 5.11) klassificeres som selvmordsforsøg, ikke er forbundet med et egentligt dødsønske, men blot et ønske om at slippe væk fra det hele.

Ud over tilknytningsforstyrrelser hører omsorgssvigt og overgreb i barndommen til blandt de dokumenterede tidlige risikofaktorer for udvikling af selvskade (198-200). I ungdomsårene er mobning, misbrug, spiseforstyrrelser, perfektionisme, lavt selv-værd, stress og usikker kønsidentitet risikofaktorer i forhold til selvskade (201-204). Personer, der skader sig selv, har påvist højere niveau af negative følelser så som angst, depression og aggressivitet (205).

At skade sig selv fysisk kan umiddelbart virke som en paradoksalt reaktion på følelsesmæssig smerte, men flere studier peger på, at selvskade virker nedregulerende og afledende på negative følelser (206, 207), ligesom enkelte studier peger på, at selvskade kan skabe fysisk afhængighed hos personen (208, 209). Foruden disse intrapsykiske (psykologiske) funktioner kan selvskaden også for nogle have en interpsykisk (social) funktion, hvilket gør sig gældende, når personen skader sig selv i et forsøg på at påvirke eller opnå omsorg fra andre, eller at få andre til at nedjustere krav og forventninger til én (210). Det fremgik af et systematisk

review baseret på 152 undersøgelser af selvskadende personers eget motiv for at skade sig selv, at mere end 90% af studierne angav følelsesregulering som motiv for selvskade (211).

5.10.3 Forekomst, fordeling og udvikling over tid

Selvskade er i de seneste år blevet mere udbredt specielt blandt unge. Undersøgelser af ikke-kliniske populationer i Danmark viser, at ca. en femtedel af unge mellem 18 og 25 år har haft mindst én episode af selvskade i løbet af deres liv (204, 212). I den seneste danske landsrepræsentative undersøgelse foretaget af Børnerådet i 2016 af 1.400 elever i niende klasse fordelt over hele landet havde mere end hver femte ung (22%) skadet sig selv med vilje uden at ville tage livet af sig selv (204). Undersøgelsen skriver sig ind i en række af undersøgelser, der dokumenterer, at selvskade er et stort problem blandt danske unge: Statens Institut for Folkesundhed kortlagde med rapporten 'Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019' et tværsnitstudie af 29.122 elevers sundhedsadfærd, fysiske og mentale helbred, sociale relationer, skoleliv og digitale adfærd. Eleverne blev spurgt, om de nogensinde med vilje havde gjort skade på sig selv (for eksempel skåret, brændt, revet eller slået sig selv). På HF var andelen af elever, der nogensinde havde gjort skade på sig selv, 42% blandt unge kvinder og 21% blandt unge mænd, mens de tilsvarende andele var 31% og 13% blandt HTX-elever, 22% og 9% blandt STX-elever og 21% og 8% blandt HHX-elever (168). Tilsvarende fandt man i en undersøgelse af 2.864 københavnske gymnasieelever, når man spurgte 'Har du nogensinde prøvet at skade dig selv med vilje (ved fx at skære, brænde, rive eller slå dig selv)?', at 21,5% havde prøvet at skade sig selv (212). I Sverige i 2013 viste en repræsentativ undersøgelse af 3.060 svenske unge i alderen 15-17 år (svarprocent 78,2%) vha. the Func-

tional Assessment of Self-Mutilation (FASM) (213) samt The Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview-Short Form-Self-Report (SITBI-SF-SR) (198), at 35,6% havde skadet sig selv inden for det seneste år, mens 41,6% havde prøvet at skade sig selv i løbet af deres liv (214). I undersøgelsen blev de unge spurgt ind til 11 specifikke selvskademetoder, hvilket kan forklare den høje forekomst. Systematiske reviews viser, at studier, der spørger ind til specifikke metoder, finder en højere forekomst af selvskade end studier, hvor der spørges mere overordnet ind (fx 'Har du på noget tidspunkt skadet dig selv?'), og hvor det overlades til informanten selv at afgøre, hvad selvskade dækker over (215, 216).

En nylig international metaanalyse af 119 studier fordelt på seks geografiske regioner (Asien, Australien/New Zealand, Canada, Europa, UK og USA) viste, at forekomsten af selvskade i perioden fra 2006 til 2012 var på 17,7% blandt unge i ikke-kliniske populationer (217). Resultaterne stemmer overens med et andet systematisk review, som fandt, at ca. 18% af unge mennesker mellem 11 og 18 år havde skadet sig selv med vilje (215).

Der er god international dokumentation for, at selvskadende adfærd er stigende, specielt blandt unge. En amerikansk undersøgelse, hvor tre årgange af nye universitetsstuderende (n=949) fra henholdsvis 2008, 2011 og 2015 er blevet undersøgt med det samme spørgeskema, viser en stor stigning: i 2008 havde 16% af de studerende på et tidspunkt i løbet af deres liv skadet sig selv med vilje uden intentioner om selvmord, mens det samme gjaldt for 28% i 2011 og for hele 45% i 2015 (218). En stor engelsk tværnsnitsundersøgelse fra år 2000 (n=7.243) blev gentaget i år 2007 (n=6.444) og år 2014 (n=6.477), og her fandt man en stigning i forekomsten i den generelle befolkning (16-74 år) fra 2,4% i år 2000 til 6,4% i år 2014 (219).

I Danmark har vi ikke gentagne undersøgelser over tid, der er direkte sammenlignelige og dermed kan dokumentere en lignende stigning i selvskade blandt unge her i landet.

Der findes ingen valide danske undersøgelser, der har målt forekomsten af selvskade blandt psykiatriske patienter. Opgøres forekomsten på baggrund af diagnosekoder i Landspatientregisteret (ICD-10-kode Z91.5), som fx Statens Institut for Folkesundhed gjorde i en rapport udarbejdet til Sundhedsstyrelsen (220), vil omfanget være stærkt underrapporteret, idet der i sundhedsvæsenet ikke er konsensus om anvendelse af diagnosekoder, når man behandler en patient med selvskade. En svensk undersøgelse fra 2014 af 1.717 psykiatriske patienter viste, at der blandt unge patienter under 18 år var 74% af pigerne og 44% af drengene, der havde skadet sig selv inden for det seneste halve år (221). Både blandt patienter under indlæggelse og i ambulant psykiatrisk behandling forekommer selvskade langt hyppigere end i ikke-kliniske populationer. Dette afspejler muligvis en yderligere nedsat evne til affektregulering, et større lidelsespres og belastende psykosociale omstændigheder (222). Specielt hos patienter med en emotionel ustabil personlighedsstruktur af borderline type, hvor selvskade indgår som et af de diagnostiske kriterier, ses en stærkt øget forekomst af selvskade både hos unge og voksne (223, 224).

Nogle undersøgelser finder en ligelig kønsfordeling af selvskade (212), mens andre finder en højere forekomst blandt piger (204). Der ses en tendens til, at de to køn anvender forskellige selvskademetoder; de fleste piger skærer sig, mens de fleste drenge slår eller brænder sig. Drenges selvskade bliver ofte overset, bl.a. fordi drenge lettere kan bortforklare den type skader, de pådrager sig (fx blå mærker og brandsår), som uheld eller sportsskader. De ar som efterlades, når man skærer sig

selv, er derimod utvetydige tegn på selvskade. Gennemsnitsalderen for selvskadedebut er 12-16 år (225). I forhold til hyppighed viser Børnerådets rapport, at 43% af de selvskadende unge har gjort det én gang i løbet af det seneste år, mens 31% har gjort det 2-5 gange, 17% 6-20 gange og 9% over 20 gange (204). Drengene er overrepræsenterede blandt de unge, der har skadet sig selv mere end 20 gange det seneste år, hvilket stemmer overens med fund for hyppighed i et andet dansk studie (226).

5.10.4 Familiære og sociale faktorer

Børnerådets rapport viser, at familiebaggrund har en betydning i forhold til unges selvskade (204). Unge fra skilsmissefamilier har oftere skadet sig selv (29%) end unge fra kernefamilier (19%). Den samme tendens viser sig, når det gælder familiens økonomi, hvor det ses, at 34% af de unge, der kommer fra en lavere socioøkonomisk gruppe, har skadet sig selv, mens det samme gælder for ca. 20% af de unge, der kommer fra en middelklassefamilie eller en økonomisk velstillet familie (204).

5.10.5 Komorbiditet, forløb og behandling

Følgervirkningerne ved selvskade er alvorlige og i værste fald fatale. To prospektive studier har fundet en sammenhæng mellem selv få episoder af selvskade i ungdomsårene og senere udvikling af psykiske sygdomme (227, 228). En dansk undersøgelse af sammenhængen mellem selvskade- og selvmordsadfærd fandt, at mens 2% af de unge, der aldrig har skadet sig selv, har forsøgt at begå selvmord, så har tæt på 26% af de unge, der har skadet sig selv, senere forsøgt at begå selvmord. Selvmordsforsøg er således mere end tolv gange så hyppigt blandt unge, der har skadet sig selv som blandt dem, der ikke har denne adfærd (229). Selvskade er således en af de væsentligste prædiktorer for selvmordsforsøg, og er endda en stærkere

prædiktor end depression, borderline personlighedsforstyrrelse og tidligere selvmordsforsøg (227, 230). Risikoen er specielt udtalt, når selvskaden ikke længere kan nedregulere negative følelser. Den amerikanske psykolog Thomas Joiner har en teoretisk forståelse af selvskade, som et fænomen der øger selvmordsrisikoen ved at fungere som en 'optræning' i at påføre kroppen smerte, hvilket normalt forhindrer individet i at handle på selvmordsimpulser (231).

5.11 SELVMORDSADFÆRD OG SELVMORDSTANKER

Dette afsnit omhandler forekomst, fordeling og udvikling i selvmordsadfærd og selvmordstanker blandt børn og unge. Afsnittet præsenterer opdaterede danske tal fra Dødsårsagsregisteret og Landspatientregisteret samt fra nationale undersøgelser af børn i 9. klasse. Forebyggelsesmuligheder omtales i afsnit 6.4.10.

5.11.1 Sammenfatning

Selv mord er sjældent blandt børn og unge. I 2017 var der 12 piger/unge kvinder i alderen 10-24 år og 29 drenge/unge mænd i samme aldersgruppe, som døde ved selvmord. Der er mere end dobbelt så mange selvmord blandt drenge og unge mænd som blandt piger og unge kvinder, og forekomsten er stigende med stigende alder. Antallet af selvmord er faldet med ca. 70% fra 1980 til 2007, men herefter har selvmordstallet ligget ret stabilt, og de seneste år har der i aldersgruppen 10-24 år været 30-40 selvmord årligt. Med selvmordsforsøg forholder det sig omvendt. Forekomsten af selvmordsforsøg er større blandt piger og unge kvinder end blandt drenge og unge mænd, og i løbet af de seneste årtier har forekomsten været stigende for begge køn, men mest udtalt blandt piger og unge kvinder, hvor antallet af

selvmordsforsøg er tredoblet. Blandt årsagerne til selvmordsadfærd er psykisk sygdom og mistrivsel de vigtigste. Blandt de umiddelbart udløsende faktorer er konflikter med de nærmeste ofte forekommende, og ønsket om at slippe væk fra en utålelig situation er det dominerende motiv. Selvmord og selvmordsforsøg er mest udbredte i de dårligst stillede socioøkonomiske grupper. Langtidsopfølgingsundersøgelser af personer, der har forsøgt selvmord, viser, at op til 10% ender med at dø ved selvmord. De første år efter selvmordsforsøget er forbundet med den største risiko.

5.11.2 Indledning

Det er en udbredt forestilling i befolkningen, at selvmordsadfærd i mange tilfælde kan betragtes som et råb om hjælp. Denne opfattelse har haft den uheldige konsekvens, at de personer, der har selvmordsadfærd, i nogle tilfælde er blevet betragtet som udspekulerede og manipulerende. Undersøgelser viser, at det dominerende motiv for selvmordsadfærd er et ønske om at undslippe en ubærlig situation. Frem for at betragte selvmordsadfærd som et råb om hjælp, skal det snarere ses som et uartikuleret skrig i desperation (232).

Selvmordsadfærd blandt unge er et alarmerende symptom, som kan optræde i forbindelse med belastende livsomstændigheder og som en komplikation til en række psykiske sygdomme. I selvmordsadfærd indgår flere dimensioner. Ønsket om at dø er en dimension, der kan variere fra en fast beslutning om at dø til et ønske om at slippe væk fra en utålelig situation. Den fysiske skade ved selvmordsforsøg kan variere fra livstruende forgiftning eller læsioner til tilstande, der ikke er forbundet med fysisk fare. Også afbrudte selvmordsforsøg (fx at gå op i en høj bygning, men fortryde planen om at springe ud, eller at planlægge selvmord foran tog, men fortryde når man er på

banelegemet) medregnes til selvmordsadfærd. Der er dermed ikke en helt skarp skelnen mellem selvmordsplaner og selvmordsforsøg. I statistik fra hospitaler vil selvmordsforsøg, der har ført til fysisk skade, udgøre langt de fleste.

Selvmordsforsøg defineres af WHO som: 'En handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis af medicin eller lignende eller udviser anden ikke vanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende for personen, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede fysiske konsekvenser.' (233).

Dødsønske er ikke en obligatorisk del af WHO's definition; der kan også være tale om, at man for eksempel håber at blive bevidstløs og slippe væk fra det hele. Der er lagt vægt på, at handlingen skal være ikke-vanemæssig, og det betyder, at fx regelmæssig svær beruselse ikke falder ind under definitionen. En international forskergruppe har stillet et alternativt forslag til klassifikation af selvmordsadfærd, hvor der tages højde for, at selvmordsintention og fysisk skade indgår som selvstændige dimensioner (234).

5.11.3 Forekomst, fordeling og udvikling over tid

Vores viden om udviklingen i forekomsten af selvmordsadfærd i Danmark stammer fra Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret og fra spørgeskemaundersøgelser.

Selv mord

Fra Dødsårsagsregisteret kan man få oplysninger om udviklingen i antallet af selvmord pr. 100.000 (selvmordsrater) i forskellige aldersgrupper. I 2017 var der 12 piger/unge kvinder i alderen 10-24 år

og 29 drenge/unge mænd i samme aldersgruppe, som døde ved selvmord. Der er således mere end dobbelt så mange selvmord blandt drenge og unge mænd end blandt piger og unge kvinder, og forekomsten er stigende med stigende alder. Antallet af selvmord i Danmark er faldet med ca. 70% fra 1980 til 2007, men siden 2007 har tallet været nogenlunde stabilt, og de seneste år har der i aldersgruppen 10-24 år været mellem 30-40 selvmord årligt. Den tidsmæssige udvikling fordelt på køn og tre aldersgrupper er vist i **figur 5.11.1**. Som det fremgår af figuren, har selvmordsforekomsten været stabilt lav blandt de 10-14-årige piger og drenge. I aldersgruppen 15-19 år har der for unge mænd været en svagt faldende tendens. Både blandt unge mænd og kvinder i 20-24-årsalderen har der været en klart faldende tendens i selvmordsforekomsten, mest udtalt blandt mændene, hvor antallet af selvmord er mindsket til en tredjedel siden 1980. Tallene i **figur 5.11.1** stammer fra statistikbanken.dk, som er en platform stillet til rådighed af Danmarks Statistik. Statistikbanken indeholder i detaljeret form officiel statistik, som beskriver det danske samfund.

Selvmordsforsøg

Antallet af selvmordsforsøg opgøres i Landspatientregisteret, men desværre er der en markant underrapportering, idet de officielle retningslinjer for indrapportering kun efterleveres i ca. 40% af tilfældene (236). Der er derfor udviklet et sæt søgekriterier, baseret på de hyppigst anvendte metoder for selvmordsforsøg (fx forgiftning med svage smertestillende midler eller beroligende medicin), der har vist sig at identificere sandsynlige selvmordsforsøg nogenlunde præcist. Disse søgekriterier er anvendt i mange forskningsundersøgelser og er også lagt til grund for de tabeller, der præsenteres i det følgende (237).

Af **figur 5.11.2** og **5.11.3** fremgår udviklingen i antal 12-27-årige drenge/mænd og piger/kvinder

(per 100.000 personår), der har været i kontakt med hospitalsvæsenet efter sandsynligt selvmordsforsøg i perioden fra 2000 til 2016. Der er ca. tre gange så mange selvmordsforsøg blandt 12-27-årigepiger/unge kvinder end blandt drenge/unge mænd. For drenge og unge mænd har selvmordsforsøgsraterne ligget ret stabilt i perioden, men der har dog været en stigende tendens frem til ca. 2007, hvorefter der har været et mindre fald (se **figur 5.11.2**). For unge kvinder har der været en stærk stigning frem til ca. år 2010, hvorefter der har været et tydeligt fald frem til 2016, dog har der for de 15-20-årige unge kvinder igen været en stigning fra 2014 til 2016. I **figur 5.11.2** og **5.11.3** kan samme person indgå flere gange, hvis vedkommende har været på hospital flere gange i løbet af samme år pga. forskellige selvmordsforsøg.

I det følgende præsenteres udviklingen i anvendelsen af metoder til selvmordsforsøg for unge mænd og kvinder. Selvmordsforsøg med skærende og stikkende redskaber adskilles fra det fænomen, der kaldes selvskade (på engelsk kaldet cutting), idet selvskade ofte er ofte vanemæssig adfærd, hvis primære formål er at lette en følelsesmæssig spænding (se **afsnit 5.10**). Der er dog betydeligt overlap mellem de to fænomener. Selvmordsforsøg er, som nævnt, ca. tre gange hyppigere blandt unge kvinder end blandt unge mænd. For unge mænd har der været en stigning på ca. 25% i antallet af selvmordsforsøg fra år 2000 til år 2006, hvorefter antallet gradvist er halveret frem til 2016. Forgiftning er langt den mest dominerende metode (se **figur 5.11.4**).

For unge kvinder var der fra 2000 frem til 2010 næsten en fordobling i antallet, der kom i kontakt med hospitalsvæsenet pga. forgiftning og andre selvmordsforsøgsmetoder (se **figur 5.11.5**). Efter 2013 er der sket et brat fald i antallet af unge kvinder, der kommer i kontakt med hospitalsvæ-

senet, formentligt først og fremmest på grund af et klart fald i antallet af forgiftninger med svage smertestillende midler. Dette fald må tilskrives den 18-års aldersbegrænsning på udlevering i håndkøb, som trådte i kraft i 2011, samt loven om begrænsning i pakningsstørrelser, som kan udleveres i håndkøb, der trådte i kraft i september 2013. Svage smertestillende midler har været langt den hyppigste metode ved selvmordsforsøg blandt både unge mænd og kvinder, og er det fortsat.

5.11.4 Familiære og sociale faktorer

Den sociale ulighed i selvmordstanker og selvmordsforsøg er beskrevet i Ungdomsprofilen udgivet af Statens Institut for Folkesundhed i 2014 (240). I denne undersøgelse fandt man, at 1,8% af drengene og 3,4% af pigerne på gymnasieskolerne rapporterede at have forsøgt selvmord, og på erhvervsskolerne var de tilsvarende tal 5,2% blandt drengene og 14% blandt pigerne. Tilsvarende forskelle mellem elever i gymnasiet og elever i erhvervsskolen blev fundet for antal elever, som rapporterede at have haft selvmordstanker. Blandt gymnasieelever havde 13% af drengene og 20% af pigerne haft tanker om selvmord, mens de tilsvarende tal i erhvervsskolerne var 20% blandt drenge og 38% blandt pigerne. Forskellene kan tolkes som udtryk for en social ulighed i forekomsten af selvmordstanker og selvmordsforsøg.

Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet offentliggjorde i 2019 undersøgelsen UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (168). Undersøgelsen viste, at flere elever på HF havde overvejet selvmord (34% unge mænd og 40% unge kvinder) end på HTX (23% unge mænd og 32% unge kvinder), STX (15% unge mænd og 20% unge kvinder) og HHX (11% unge mænd og 20% unge kvinder). Begge undersøgelser tyder på, at selvmordstanker er al-

mindelige i ungdomsårene og hyppigere forekommende hos piger end hos drenge. Desuden ser det ud til, at der er en social gradient i forekomsten af selvmordsforsøg og selvmordstanker.

Dette er i overensstemmelse med en undersøgelse fra Sundhedsstyrelsen, hvor både selvmord, selvmordsforsøg og selvmordstanker blev fundet mest udbredt i de dårligst stillede socioøkonomiske grupper (233).

5.11.5 Komorbiditet, forløb og behandling

Selvmondsadfærd er ikke en afgrænset sygdom, men en komplikation, der kan støde til forskellige sygdomme og tilstande. Prognosen er dermed også meget forskellig. I en del tilfælde er selvmordsforsøg det første tegn på alvorlig langvarig sindslidelse, og i andre tilfælde optræder selvmordsforsøg som led i en midlertidig belastningstilstand med god prognose.

Langtidsopfølgingsundersøgelser af personer, der har forsøgt selvmord viser, at op til 10% ender med at dø ved selvmord. De første år efter selvmordsforsøget er forbundet med den største risiko for nye selvmordshandlinger, formentligt fordi den belastende tilstand endnu er til stede (241).

Langt størstedelen kommer dog igennem den krise, som selvmordsadfærden repræsenterer. I Center for Selvmordsforebyggelse i København har man gennemført en undersøgelse af selvmordstanker et år efter selvmordsforsøg hos personer, der ikke havde alvorlig psykisk sygdom. Undersøgelsen viste, at mange var kommet igennem krisen og ikke længere tænkte på selvmord (236).

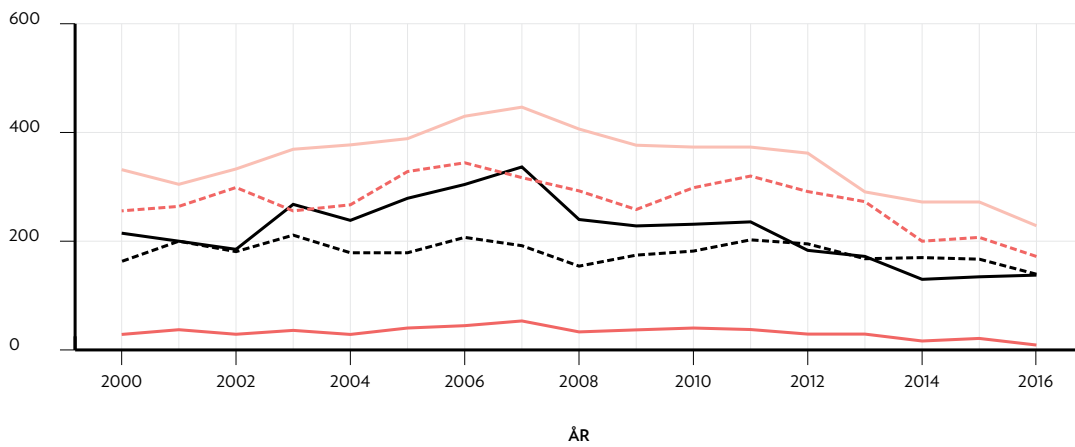
For unge med psykisk sygdom vil behandlingen af selvmordsproblematikken indgå i behandlingen af den psykiske sygdom. Der eksisterer gode behandlingsmuligheder for selvmordstanker og

→ **FIGUR 5.11.2**

Sandsynlige selvmordsforsøg per 100.000 personår blandt unge mænd i Danmark i forskellige aldersgrupper 2000-2016 (238).

- 12-14 ÅR
- 15-17 ÅR
- 18-20 ÅR
- - - 21-23 ÅR
- - - 24-27 ÅR

RATE PER 100.000 PERSONÅR

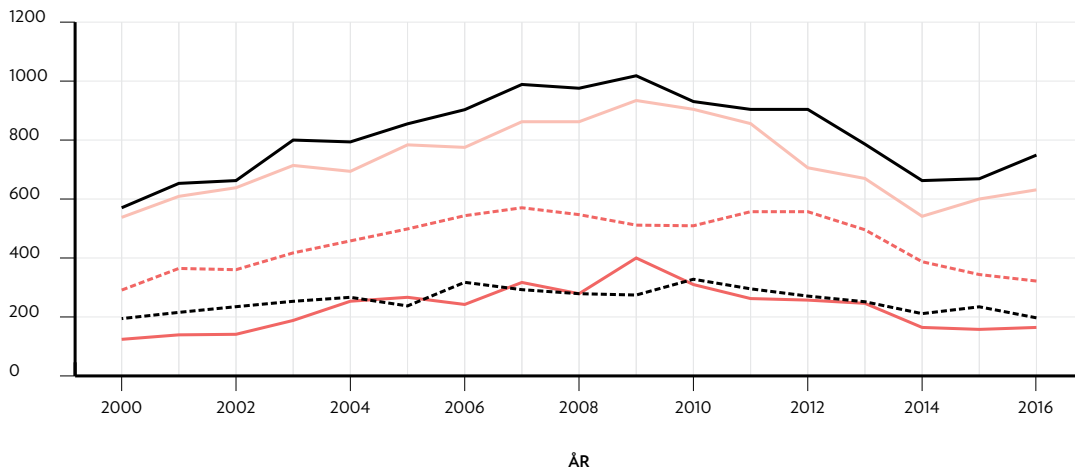


→ **FIGUR 5.11.3**

Sandsynlige selvmordsforsøg per 100.000 personår blandt unge kvinder i Danmark i forskellige aldersgrupper 2000-2016 (238).

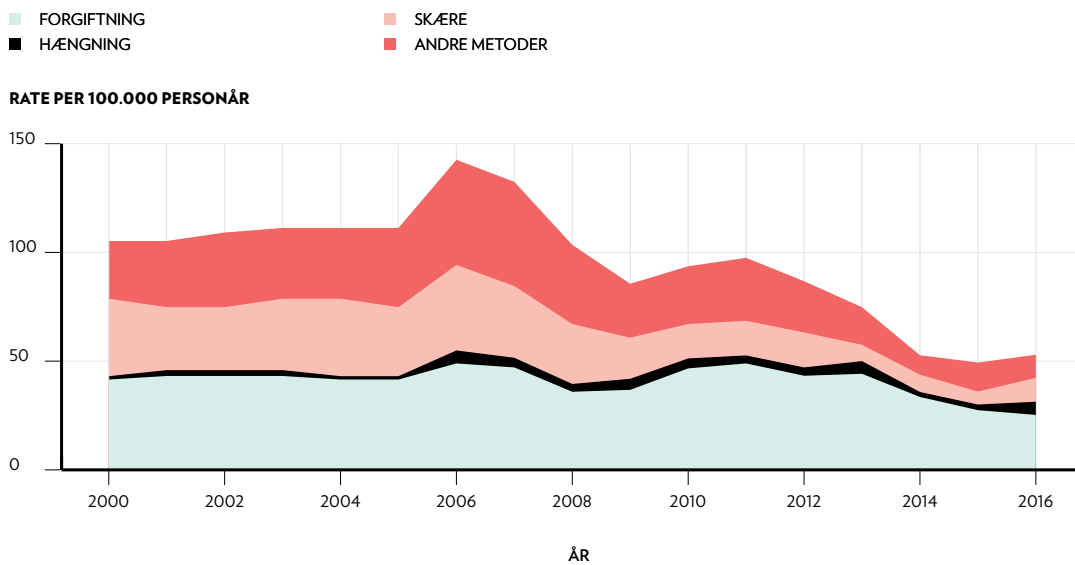
- 12-14 ÅR
- 15-17 ÅR
- 18-20 ÅR
- - - 21-23 ÅR
- - - 24-27 ÅR

RATE PER 100.000 PERSONÅR



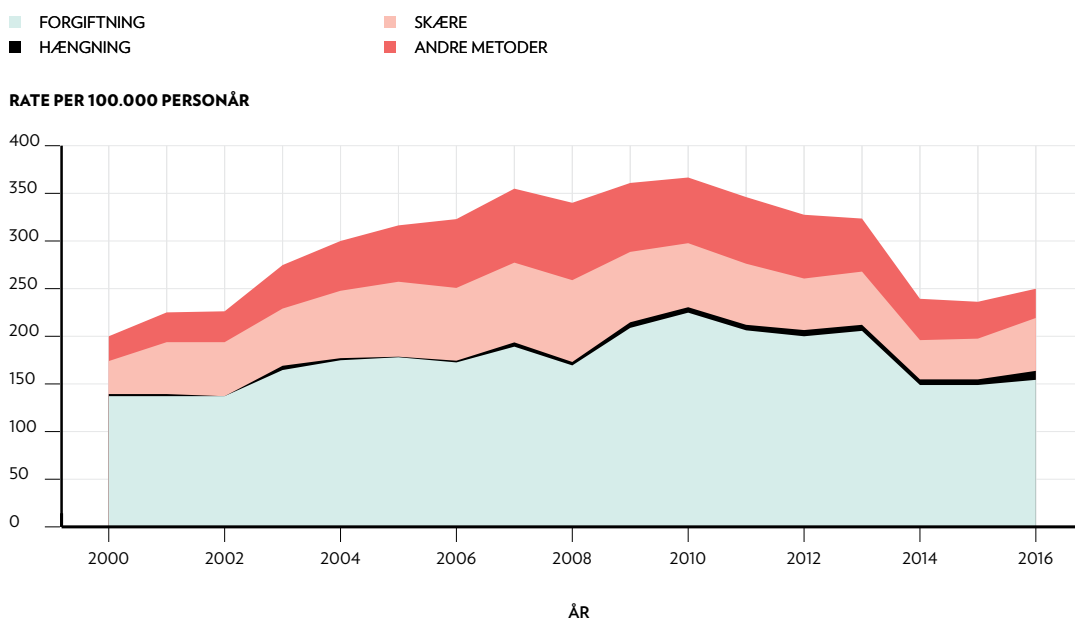
→ FIGUR 5.11.4

Selvmoedsforsøg blandt 15-24-årige mænd i 2000-2016 opdelt på metode (239).



→ FIGUR 5.11.5

Selvmoedsforsøg blandt 15-24-årige kvinder i 2000-2016 opdelt på metode (239).



5.12 OPVÆKST I FAMILIE MED EN FORÆLDER MED PSYKISK SYGDOM, ALKOHOL- ELLER RUSMIDDELMISBRUG ELLER ALKOHOLPROBLEMER

Samspillet mellem de genetiske og de miljømæssige faktorer er afgørende i udviklingen af de psykiske sygdomme, og mange af de kendte påvirkninger finder sted tidligt i livet og påvirker den videre psykiske udvikling og sårbarhed.

Psykisk sygdom hos forældre

Hvis psykiske problemer fylder meget hos den ene eller hos begge forældre, kan det forhindre dem i at være tilgængelige for barnet på afgørende områder og tidspunkter i livet. Det anslås, at 20-25% af alle psykiatriske patienter har helt eller delvist ansvar for et barn under 18 år, og flere studier, heriblandt et stort amerikansk studie, fandt, at ca. 20% af alle børn og unge har en forælder, som har eller har haft en psykiatrisk lidelse (243, 244). Det, at have en forælder med en psykisk sygdom er den stærkeste enkelte risikofaktor for, om et individ udvikler en psykisk sygdom.

Begrebet familiær risiko indeholder både genetiske faktorer, altså de gener barnet arver fra sine forældre, og tidlige biologiske faktorer, som kan påvirke barnets udvikling allerede i fostertilstanden og i tiden lige efter fødslen. Begrebet familiær risiko indeholder også betydningen af de mange psykologiske og sociale risikofaktorer, som kan være til stede i en familie, hvor den ene forælder har en psykisk sygdom. Dette er bl.a. perioder med utilstrækkelig forældreomsorg, kontakt og stimulation (pga. den psykiske sygdoms indflydelse på forælderens funktion og velbefindende), risiko for at barnet udvikler en utryk tilknytning, at barnet oplever traumer og øget grad af belastninger fx i form af vold eller følelsesmæssige eller fysiske

svigt, eller at barnet bliver udsat for mobning (245). Barnet kan også blive overansvarligt og påtage sig voksenopgaver, hvilket går ud over mulighederne for at leve et almindeligt børneliv (243).

Talrige studier har vist, at børn født af forældre med alvorlige psykiske sygdomme som skizofreni, bipolar sygdom og tilbagevendende depressioner selv er i forhøjet risiko for at blive syge, både som børn og som voksne (246-248), og at de allerede i barndommen i højere grad har følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer, større vanskeligheder med opmærksomhed, tænkning og koncentration og besvær med at fungere socialt end børn uden familiære dispositioner (82, 249-251).

Danske registerstudier har dokumenteret, at gruppen af børn, som er født med familiær disposition for alvorlig psykisk sygdom, er i forhøjet risiko for at vokse op med en enlig forælder og for at blive anbragt uden for hjemmet. Børn født af forældre med skizofreni er i øget risiko for at få lavere karakterer og for ikke at gennemføre grundskolen (252, 253), alt sammen faktorer som bidrager til øget risiko for mistrivsel, psykiske problemer og dårligere livsforløb. Børnenes risiko for selv at få en diagnose inden de er fyldt 18 år er mindst dobbelt så høj som i baggrundsbefolkningen (247).

I rapportens afsnit 6.4.11 kan læses mere om, hvilke forebyggelsestiltag der findes til børn og unge med forældre med psykisk sygdom i Danmark.

Alkohol- eller stofmisbrug hos forældre

Forældres misbrug er en anden veldokumenteret risikofaktor for senere dårligt mentalt helbred eller psykisk sygdom hos barnet eller den unge. Langt flere børn med forældre med misbrug vokser op med en enlig forælder, end det er tilfældet i baggrundsbefolkningen. Hvor 88% af børn i baggrundsbefolkningen bor med begge forældre

ved fødslen, er dette tilfældet for blot halvdelen af børn med forældre med misbrug. Blandt de samboende forældre er der langt flere skilsmisser, og ved 17-årsalderen bor blot 20% af de unge med begge forældre. Forældres misbrug påvirker barnets skolegang, og misbrug er forbundet med en 2,5 gange højere risiko for at barnet ikke gennemfører grundskolen, og børnene får markant lavere karakterer end andre børn. Misbruget har desuden konsekvenser for børnenes trivsel langt ind i voksenalderen, hvor der observeres en 50% øget risiko for selvmordsforsøg. Der ses høj komorbiditet mellem psykiatiske sygdomme og misbrug, idet 4-19% af forældre med psykiatiske lidelser har et misbrug. Deres børn er særligt belastede, og risikoen for at opvækstforholdene er så dårlige, at de sociale myndigheder anbringer barnet uden for hjemmet, er 58 gange højere end for andre børn. For børn med forældre med både psykiatrisk lidelse og misbrug ses en 60% større mortalitet og en 25% større forekomst af fysiske sygdomme end hos andre børn (252-255).

I et dansk registerbaseret studie fra 2003 blev ca. 85.000 børn, der var født i 1966, og deres forældre fulgt i en række danske registre fra 1979 til 1993, hvor børnene var 13-27 år gamle (256). I studiet blev kun alvorlige tilfælde af alkoholproblemer inkluderet (eksempelvis alkoholisk skrumpelever og alkoholisk kronisk betændelse i bugspytkirtlen), som var blevet identificeret i sundhedsvæsenet. Oplysninger om belastende opvækstvilkår og sociale konsekvenser blev ligeledes indhentet fra registre. Forfatterne til studiet fandt, at 4,5% af fødselsårgangen havde en forælder med et alvorligt alkoholproblem, og at det oftere var faderen (2,9%) end moderen (2,9%), som havde problemet. Forfatterne fandt yderligere, at de unge, der voksede op med forældre med alvorlige alkoholproblemer, oftere var udsat for belastende opvækstvilkår og oplevede flere negative sociale

konsekvenser end børn, der levede i familier uden alvorlige alkoholproblemer. Således blev unge, der voksede op med forældre med alvorlige alkoholproblemer, 1,8 gang oftere anbragt uden for hjemmet, var 3,9 gange oftere udsat for forældrevold og oplevede 2,6 gange oftere familieopløsning, sammenlignet med unge med forældre uden alvorlige alkoholproblemer. De unge, der voksede op med forældre med alvorlige alkoholproblemer, havde samtidig større sandsynlighed for at opleve sociale konsekvenser i ungdomsårene. Eksempelvis var drenge med forældre med alvorlige alkoholproblemer 1,4 gange oftere blevet anklaget for vold, og piger med forældre med alvorlige alkoholproblemer havde 1,3 gange oftere fået børn i teenageårene end unge med forældre uden alkoholproblemer.

Alkoholproblemer hos forældre

Meget af den tilgængelige viden på rusmiddelområdet består af undersøgelser, som er baseret på forældre i behandling eller på voksne børn, der henvender sig i terapeutisk behandling efter en opvækst i en familie med rusmiddelproblemer. Især for alkoholproblemer vil sådanne undersøgelser kun dække en lille del af de personer, som reelt har alkoholproblemer. Det anslås, at omkring 122.000 børn og unge under 18 år vokser op med en mor og/eller far, der har alkoholproblemer. Mange forældre med alkoholproblemer er ressourcestærke socioøkonomisk set og er helt almindelige danskere med gode jobs osv. og har tilsyneladende 'styr på det' - i hvert fald på overfladen. Alkoholproblemer er belagt med tabu og vil derfor blive hemmeligholdt og kan foregå mere eller mindre i det skjulte i mange år. Resultater fra dansk forskning foretaget blandt flere end 70.000 unge, som går på en ungdomsuddannelse, viser, at cirka 8% angiver, at deres forældre har alkoholproblemer. Sammenlignet med unge med forældre uden alkoholproblemer har de et dårligere forhold

til deres forældre, lavere selvværd, føler sig oftere ensomme, selvskader mere, har oftere selvmordstanker, flere emotionelle symptomer og har oftere et mere risikofyldt drikkemønster karakteriseret, ved at en større andel har drukket over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænser, har haft fuldsksdebut inden de fyldte 14 år samt drikker mere ad gangen (257-259). Alt i alt viser forskningen, at forældres alkoholproblemer kan skade børns mentale sundhed, også selvom alkoholproblemet ikke følges med andre sociale problemer eller psykiatrisk sygdom.

5.13 LITTERATUR

1. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria Res 1993.
2. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. ed.) (DSM-5) 2013.
3. Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg BB, Schullehner J, Plana-Ripoll O, Brikell I, et al. Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. *JAMA psychiatry* 2020;77(2):155-64.
4. Caspi A, Houts RM, Belsky DW, Goldman-Mellor SJ, Harrington H, Israel S, et al. The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clin Psychol Sci a J Assoc Psychol Sci* 2014;2(2):119-37.
5. Mohr Jensen C, Steinhausen H-C. Time trends in incidence rates of diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder across 16 years in a nationwide Danish registry study. *J Clin Psychiatry* 2015;76(3):e334-41.
6. Atladóttir HO, Gyllenberg D, Langridge A, Sandin S, Hansen SN, Leonard H, et al. The increasing prevalence of reported diagnoses of childhood psychiatric disorders: a descriptive multinational comparison. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24(2):173-83.
7. Madsen KB, Ersbøll AK, Olsen J, Parner E, Obel C. Geographic analysis of the variation in the incidence of ADHD in a country with free access to healthcare: A Danish cohort study. *Int J Health Geogr* 2015;14(1).
8. Nordenbæk C, Jørgensen M, Kyvik KO, Bilenberg N. A Danish population-based twin study on autism spectrum disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014;23(1):35-43.
9. Hilker R, Helenius D, Fagerlund B, Skytthe A, Christensen K, Werge TM, et al. Heritability of Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Based on the Nationwide Danish Twin Register. *Biol Psychiatry* 2018;83(6):492-8.
10. Silberg J, Rutter M, Neale M, Eaves L. Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls. *Br J Psychiatry* 2001;179:116-21.
11. Dansk Fertilitetsselskab. Available from: www.fertilitetsselskab.dk
12. Berntsen S, Söderström-Anttila V, Wennerholm UB, Laivuori H, Loft A, Oldereid NB, et al. The health of children conceived by ART: "The chicken or the egg?". *Human Reproduction Update* 2019;25:137-58.
13. Thompson M, Hooper C, LaverBradbury C, Gale C. *Child and Adolescent Mental Health: Theory and Practice*, 2nd Edition. *Child and Adolescent Mental Health: Theory and Practice*, 2nd Edition 2012.
14. Lindström K, Lindblad F, Hjern A. Preterm birth and attention-deficit/hyperactivity disorder in schoolchildren. *Pediatrics* 2011;127(5):858-65.

15. Grandjean P. Only One Chance: How environmental pollution impairs brain development. Only One Chance 2013.
16. Larsen PB, Boberg J, Poulsen PB, Mørk TA, Boyd HB, Andersen DN, et al. Børn og ufødte børns samlede udsættelse for udvalgte kemiske stoffer. København 2017. Available from: isbn: 978-87-93529-85-4
17. Daughton JM, Kratochvil CJ. Review of ADHD pharmacotherapies: advantages, disadvantages, and clinical pearls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48(3):240–8.
18. Sonuga-Barke EJS, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M, et al. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry* 2013;170(3):275–89.
19. Upublicerede dataudtræk fra den Nationale Receptdatabase, Landspatientregistret og det Psykiatriske Centralregister (PCR), analyseret af Jin Liang Zhu, Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet 2019.
20. Sundhedsdatastyrelsen. Indblik: Medicinforbrug - Tal fra Lægemiddelstatistikregistret. 2016.
21. Upublicerede dataudtræk fra Landspatientregistret og det Psykiatriske Centralregister, analyseret af Jin Liang Zhu og Katrine Svendsen, Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet 2019.
22. Polanczyk G V, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol* 2014;43(2):434–42.
23. Polanczyk G V, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56(3):345–65.
24. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20(4):386–92.
25. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164(6):942–8.
26. Pottegard A, Bjerregaard BK, Glintborg D, Hallas J, Moreno SI. The use of medication against attention deficit hyperactivity disorder in Denmark: a drug use study from a national perspective. *Eur J Clin Pharmacol* 2012;68(10):1443–50.
27. Madsen KB, Ravn MH, Arnfred J, Olsen J, Rask CU, Obel C. Characteristics of undiagnosed children with parent-reported ADHD behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018;27(2).
28. Herner EB, Coolidge J, Obel C. Municipal health services web-based tools. *Ugeskr Laeger*. 2012;174(12):800.

29. Van Roy B, Groholt B, Heyerdahl S, Clench-Aas J. Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years : age and gender specific results of the extended SDQ-questionnaire. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15(4):189-98.
30. Lundh L-G, Wangby-Lundh M, Bjarehed J. Self-reported emotional and behavioral problems in Swedish 14 to 15-year-old adolescents: a study with the self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Scand J Psychol* 2008;49(6):523-32.
31. Upublicerede dataudtræk fra Styrelsen for It og Læring, analyseret af Katrine Svendsen og Carsten Obel, Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet 2020.
32. Agnew-Blais JC, Polanczyk G V, Danese A, Wertz J, Moffitt TE, Arseneault L. Evaluation of the Persistence, Remission, and Emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Adulthood. *JAMA psychiatry* 2016;73(7):713-20.
33. Franke B, Michelini G, Asherson P, Banaschewski T, Bilbow A, Buitelaar JK, et al. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *Eur Neuropsychopharmacol* 2018;28(10):1059-88.
34. Faraone S V, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Prim* 2015;1:15020.
35. Agnew-Blais J, Arseneault L. Late-Onset ADHD: Case Closed or Open Question? Vol. 175, *The American journal of psychiatry*. United States 2018. p. 481-2.
36. Dalsgaard S, Humlum MK, Nielsen HS, Simonsen M. Common Danish standards in prescribing medication for children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014;23(9):841-4.
37. Russell AE, Ford T, Williams R, Russell G. The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev* 2016;47(3):440-58.
38. Eyre O. Clinical and functional outcomes worse in adults diagnosed with ADHD as children. *Evid Based Ment Health* 2013;16(3):66.
39. Charach A, Yeung E, Climans T, Lillie E. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50(1):9-21.
40. Dalsgaard S, Mortensen PB, Frydenberg M, Thomsen PH. Conduct problems, gender and adult psychiatric outcome of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2002;181:416-21.
41. Dalsgaard S, Leckman JF, Mortensen PB, Nielsen HS, Simonsen M. Effect of drugs on the risk of injuries in children with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective cohort study. *The lancet Psychiatry* 2015;2(8):702-9.

42. Storebo OJ, Ramstad E, Krogh HB, Nilausen TD, Skoog M, Holmskov M, et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane database Syst Rev* 2015;(11):CD009885.
43. Storebo OJ, Pedersen N, Ramstad E, Kielsholm ML, Nielsen SS, Krogh HB, et al. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents - assessment of adverse events in non-randomised studies. *Cochrane database Syst Rev* 2018;5:CD012069.
44. Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J, Sjolander A, Serlachius E, Fazel S, et al. Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *N Engl J Med* 2012;367(21):2006–14.
45. Lu Y, Sjolander A, Cederlof M, D'Onofrio BM, Almqvist C, Larsson H, et al. Association Between Medication Use and Performance on Higher Education Entrance Tests in Individuals With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA psychiatry* 2017;74(8):815–22.
46. Keilow M, Holm A, Fallesen P. Medical treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and children's academic performance. *PLoS One* 2018;13(11):e0207905.
47. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambul Pediatr* 2007;7(1 Suppl):73–81.
48. Taylor E. Children with ADHD at increased risk of adolescent ADHD, ODD, anxiety or depression and functional impairment. *Evid Based Ment Health* 2010;13(4):110.
49. Booster GD, Dupaul GJ, Eiraldi R, Power TJ. Functional impairments in children with ADHD: unique effects of age and comorbid status. *J Atten Disord* 2012;16(3):179–89.
50. Dalsgaard S, Mortensen PB, Frydenberg M, Maibing CM, Nordentoft M, Thomsen PH. Association between Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in childhood and schizophrenia later in adulthood. *Eur Psychiatry* 2014;29(4):259–63.
51. Maibing CF, Pedersen CB, Benros ME, Mortensen PB, Dalsgaard S, Nordentoft M. Risk of Schizophrenia Increases After All Child and Adolescent Psychiatric Disorders: A Nationwide Study. *Schizophr Bull* 2015;41(4):963–70.
52. Wolraich ML, Chan E, Froehlich T, Lynch RL, Bax A, Redwine ST, et al. ADHD Diagnosis and Treatment Guidelines: A Historical Perspective. *Pediatrics* 2019;144(4).
53. Lauritsen MB. Autism spectrum disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013;22 Suppl 1:S37–42.
54. Wing L, Gould J, Gillberg C. Autism spectrum disorders in the DSM-V: better or worse than the DSM-IV? *Res Dev Disabil* 2011;32(2):768–73.
55. Thomsen PH SA. Børne- og ungdomspsykiatri. 2. udgave. København. FADL's Forlag 2007.

56. Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry: Sixth Edition. 6th ed. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry: Sixth Edition 2015. p. 1-1077.
57. Lyall K, Croen L, Daniels J, Fallin MD, Ladd-Acosta C, Lee BK, et al. The Changing Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *Annu Rev Public Health* 2017;38:81-102.
58. Upublicerede dataudtræk fra det Psykiatriske Centralregister og Landspatientregistret for ICD-10 diagnosekoderne F84.0, F84.1, F84.5, F84.8, F84.9, analyseret af Jin Liang Zhu, Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet 2019.
59. Schendel DE, Thorsteinsson E. Cumulative Incidence of Autism Into Adulthood for Birth Cohorts in Denmark, 1980-2012. *JAMA* 2018;320(17):1811-3.
60. Idring S, Lundberg M, Sturm H, Dalman C, Gumpert C, Rai D, et al. Changes in prevalence of autism spectrum disorders in 2001-2011: findings from the Stockholm youth cohort. *J Autism Dev Disord* 2015;45(6):1766-73.
61. Baxter AJ, Brugha TS, Erskine HE, Scheurer RW, Vos T, Scott JG. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychol Med* 2015;45(3):601-13.
62. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ, Daniels J, Warren Z, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveill Summ* 2018;67(6):1-23.
63. Upublicerede dataudtræk fra det Psykiatriske Centralregister og Landspatientregistret analyseret af Kathrine Bang Madsen, Institut for Økonomi, Aarhus Universitet 2017.
64. Kogan MD, Blumberg SJ, Schieve LA, Boyle CA, Perrin JM, Ghandour RM, et al. Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US, 2007. *Pediatrics* 2009;124(5):1395-403.
65. Kopp S, Kelly KB, Gillberg C. Girls with social and/or attention deficits: a descriptive study of 100 clinic attenders. *J Atten Disord* 2010;14(2):167-81.
66. Williams E, Thomas K, Sidebotham H, Emond A. Prevalence and characteristics of autistic spectrum disorders in the ALSPAC cohort. *Dev Med Child Neurol* 2008;50(9):672-7.
67. Durkin MS, Maenner MJ, Meaney FJ, Levy SE, DiGuseppi C, Nicholas JS, et al. Socioeconomic inequality in the prevalence of autism spectrum disorder: evidence from a U.S. cross-sectional study. *PLoS One* 2010;5(7):e11551.
68. Fountain C, King MD, Bearman PS. Age of diagnosis for autism: individual and community factors across 10 birth cohorts. *J Epidemiol Community Health* 2011;65(6):503-10.

69. Rai D, Lewis G, Lundberg M, Araya R, Svensson A, Dalman C, et al. Parental socioeconomic status and risk of offspring autism spectrum disorders in a Swedish population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51(5):467-476.e6.
70. Larsson HJ, Eaton WW, Madsen KM, Vestergaard M, Olesen AV, Agerbo E, et al. Risk factors for autism: perinatal factors, parental psychiatric history, and socioeconomic status. *Am J Epidemiol* 2005;161(10):916-8.
71. Rosen TE, Mazefsky CA, Vasa RA, Lerner MD. Co-occurring psychiatric conditions in autism spectrum disorder. *Int Rev Psychiatry* 2018;30(1):40-61.
72. Mannion A, Leader G. Comorbidity in autism spectrum disorder: A literature review. *Res Autism Spectr Disord* 2013;7(12):1595-616.
73. Duchan E, Patel DR. Epidemiology of autism spectrum disorders. *Pediatr Clin North Am* 2012;59(1):27-43.
74. Mouridsen SE, Bronnum-Hansen H, Rich B, Isager T. Mortality and causes of death in autism spectrum disorders: an update. *Autism* 2008;12(4):403-14.
75. Szatmari P, Bryson SE, Boyle MH, Streiner DL, Duku E. Predictors of outcome among high functioning children with autism and Asperger syndrome. *J Child Psychol Psychiatry* 2003;44(4):520-8.
76. Goodman R, Scott S. *Child and Adolescent Psychiatry*. 3rd ed. Oxford. Blackwell 2005.
77. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd. Flere unge med handicap består ikke folkeskolens afgangsprøve. København 2019.
78. NICE. Autism spectrum disorder in under 19s: support and management | Guidance and guidelines | NICE 2013. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG170>
79. Thomsen PH, Bilenberg N, Rask CU. Angsttilstande. In: *Børne- og Ungdomspsykiatri*. 4. udgave. FADL's Forlag; 2019.
80. Copeland WE, Wolke D, Shanahan L, Costello J. Adult functional outcomes of common childhood psychiatric problems a prospective, longitudinal study. *JAMA Psychiatry* 2015;72(9):892-9.
81. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am* 2009;32(3):483-524.
82. Ellersgaard D, Jessica Plessen K, Richardt Jepsen J, Soeborg Spang K, Hemager N, Klee Burton B, et al. Psychopathology in 7-year-old children with familial high risk of developing schizophrenia spectrum psychosis or bipolar disorder – The Danish High Risk and Resilience Study - VIA 7, a population-based cohort study. *World Psychiatry* 2018;17(2):210-9.
83. Steinhausen H-C, Jakobsen H. Incidence Rates of Treated Mental Disorders in Childhood and Adolescence in a Complete Nationwide Birth Cohort. *J Clin Psychiatry* 2019;80(3).

84. Per Hove Thomsen, Niels Bilenberg CUR. Børne- og ungdomspsykiatri. 4th ed., Fagl Forlag 2019. kap. 22.
85. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af angst hos børn og unge. København 2016.
86. Kessler RC, Avenevoli S, Ries Merikangas K. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry* 2001;49(12):1002–14.
87. Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C, Brown KM, Hessler MJ, Wallis JM, et al. The clinical picture of depression in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(3):340–8.
88. Luby JL, Mrakotsky C, Heffelfinger A, Brown K, Spitznagel E. Characteristics of depressed preschoolers with and without anhedonia: evidence for a melancholic depressive subtype in young children. *Am J Psychiatry* 2004;161(11):1998–2004.
89. McMakin DL, Olino TM, Porta G, Dietz LJ, Emslie G, Clarke G, et al. Anhedonia predicts poorer recovery among youth with selective serotonin reuptake inhibitor treatment-resistant depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51(4):404–11.
90. Luby JL, Belden AC, Pautsch J, Si X, Spitznagel E. The clinical significance of preschool depression: impairment in functioning and clinical markers of the disorder. *J Affect Disord* 2009;112(1–3):111–9.
91. WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva. World Health Organisation 1993.
92. Sørensen MJ, Nissen JB, Mors O, Thomsen PH. Age and gender differences in depressive symptomatology and comorbidity: an incident sample of psychiatrically admitted children. *J Affect Disord* 2005;84(1):85–91.
93. Eg J, Bilenberg N, Costello EJ, Wesselhoeft R. Self- and parent-reported depressive symptoms rated by the mood and feelings questionnaire. *Psychiatry Res* 2018;268:419–25.
94. Wesselhoeft R, Pedersen CB, Mortensen PB, Mors O, Bilenberg N. Gender-age interaction in incidence rates of childhood emotional disorders. *Psychol Med* 2015;45(4):829–39.
95. Hammarstrom A, Lehti A, Danielsson U, Bengs C, Johansson EE. Gender-related explanatory models of depression: a critical evaluation of medical articles. *Public Health* 2009;123(10):689–93.
96. Oldehinkel AJ, Bouma EMC. Sensitivity to the depressogenic effect of stress and HPA-axis reactivity in adolescence: a review of gender differences. *Neurosci Biobehav Rev* 2011;35(8):1757–70.
97. Jane Costello E, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47(12):1263–71.
98. Collishaw S. Annual research review: Secular trends in child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2015;370–93.

99. Skovlund CW, Kessing LV, Mørch LS, Lidegaard O. Increase in depression diagnoses and prescribed antidepressants among young girls. A national cohort study 2000-2013. *Nord J Psychiatry* 2017;71(5):378–85.
100. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser j.nr. 7-207-21-23/1. 2007.
101. Wesselhoeft R, Jensen PB, Talati A, Reutfors J, Furu K, Strandberg-Larsen K, et al. Trends in antidepressant use among children and adolescents: a Scandinavian drug utilization study. *Acta Psychiatr Scand* 2020;141(1):34–42.
102. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. London, England. *Lancet* 2012;379(9820):1056–67.
103. Costello EJ, Compton SN, Keeler G, Angold A. Relationships between poverty and psychopathology: a natural experiment. *JAMA* 2003;290(15):2023–9.
104. Costello EJ, Erkanli A, Copeland W, Angold A. Association of family income supplements in adolescence with development of psychiatric and substance use disorders in adulthood among an American Indian population. *JAMA* 2010;303(19):1954–60.
105. Korczak DJ, Goldstein BI. Childhood onset major depressive disorder: course of illness and psychiatric comorbidity in a community sample. *J Pediatr* 2009;155(1):118–23.
106. Kovacs M, Obrosky S, George C. The course of major depressive disorder from childhood to young adulthood: Recovery and recurrence in a longitudinal observational study. *J Affect Disord* 2016;203:374–81.
107. Kovacs M. Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(6):705–15.
108. World Health Organization. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade: summary. 2014.
109. O'Connell ME, Boat T, Warner KE, editors. Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities. Washington DC 2009. p. 1–562.
110. Nissen J, Thomsen P. Obsessiv-kompulsiv tilstand. In: Børne- og Ungdomspsykiatri. 4. udgave. FADL's Forlag 2019.
111. Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Vol. 100, *Archives of Disease in Childhood* 2015. p. 495–9.
112. Mataix-Cols D, Boman M, Monzani B, Rück C, Serlachius E, Långström N, et al. Population-based, multigenerational family clustering study of obsessive-compulsive disorder. *JAMA Psychiatry* 2013;70(7):709–17.
113. Mataix-Cols D, Hansen B, Mattheisen M, Karlsson EK, Addington AM, Boberg J, et al. Nordic OCD & Related Disorders Consortium: Rationale, design, and methods. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet* 2020;183(1):38–50.

114. Brander G, Pérez-Vigil A, Larsson H, Mataix-Cols D. Systematic review of environmental risk factors for Obsessive-Compulsive Disorder: A proposed roadmap from association to causation. Vol. 65, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2016. p. 36–62.
115. Steinhausen HC, Bisgaard C, Munk-Jørgensen P, Helenius D. Family aggregation and risk factors of obsessive-compulsive disorders in a nationwide three-generation study. *Depress Anxiety* 2013;30(12):1177–84.
116. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 2010;15(1):53–63.
117. American Psychiatric Association D-5 TF. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. American Psychiatric Publishing, Washington DC. American Psychiatric Association 2013. Available from: <https://doi.org/10.5555/appi.books.9780890425596.x00pre>
118. Sørensen CB, Skov L, Lundby L, Grejsen J, Aaslet L, Debes NM. PANDAS and PANS in children and adolescents are still controversial diagnoses. *Ugeskr Laeger* 2018;180(48).
119. Rintala H, Chudal R, Leppämäki S, Leivonen S, Hinkka-Yli-Salomäki S, Sourander A. Register-based study of the incidence, comorbidities and demographics of obsessive-compulsive disorder in specialist healthcare. *BMC Psychiatry* 2017;17(1).
120. Tick NT, Van Der Ende J, Verhulst FC. Ten-year increase in service use in the Dutch population. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17(6):373–80.
121. Melin K, Skarphedinsson G, Thomsen PH, Weidle B, Torp NC, Valderhaug R, et al. Treatment Gains Are Sustainable in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Three-Year Follow-Up From the NordLOTS. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020;59(2):244–53.
122. Jensen S, Højgaard DRMA, Hybel KA, Mortensen EL, Skarphedinsson G, Melin K, et al. Distinct trajectories of long-term symptom severity in pediatric obsessive-compulsive disorder during and after stepped-care treatment. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2019;61(9):969–78.
123. Scharf JM, Miller LL, Gauvin CA, Alabiso J, Mathews CA, Ben-Shlomo Y. Population prevalence of Tourette syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Mov Disord* 2015;30(2):221–8.
124. Robertson MM, Eapen V, Singer HS, Martino D, Scharf JM, Paschou P, et al. Gilles de la Tourette syndrome. *Nat Rev Dis Prim* 2017;3:16097.
125. Mol Debes N, Hjalgrim H, Skov L. Limited knowledge of Tourette syndrome causes delay in diagnosis. *Neuropediatrics* 2008;39(2):101–5.
126. Cohen AJ, Leckman JF. Sensory phenomena associated with Gilles de la Tourette's syndrome. *J Clin Psychiatry* 1992;53(9):319–23.

127. Plessen KJ, Bansal R, Peterson BS. Imaging evidence for anatomical disturbances and neuroplastic compensation in persons with Tourette syndrome. *J Psychosom Res* 2009;67(6):559–73.
128. Pauls DL. An update on the genetics of Gilles de la Tourette syndrome. *J Psychosom Res* 2003;55(1):7–12.
129. Price RA, Kidd KK, Cohen DJ, Pauls DL, Leckman JF. A twin study of Tourette syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42(8):815–20.
130. Lægehåndbogen. Available from: www.sundhed.dk.
131. Stern JS. Tourette's syndrome and its borderland. *Pract Neurol* 2018;18(4):262–70.
132. Khalifa N, von Knorring A-L. Prevalence of tic disorders and Tourette syndrome in a Swedish school population. *Dev Med Child Neurol* 2003;45(5):315–9.
133. Aldred M, Cavanna AE. Tourette syndrome and socioeconomic status. *Neurol Sci Off J Ital Neurol Soc Ital Soc Clin Neurophysiol* 2015;36(9):1643–9.
134. Miller LL, Scharf JM, Mathews CA, Ben-Shlomo Y. Tourette syndrome and chronic tic disorder are associated with lower socio-economic status: findings from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children cohort. *Dev Med Child Neurol* 2014;56(2):157–63.
135. Groth C, Mol Debes N, Rask CU, Lange T, Skov L. Course of Tourette Syndrome and Comorbidities in a Large Prospective Clinical Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017;56(4):304–12.
136. Cavanna AE, David K, Orth M, Robertson MM. Predictors during childhood of future health-related quality of life in adults with Gilles de la Tourette syndrome. *Eur J Paediatr Neurol* 2012;16(6):605–12.
137. Leckman JF, Walker DE, Cohen DJ. Premotory urges in Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry* 1993;150(1):98–102.
138. Verdellen C, Van De Griendt J, Hartmann A, Murphy T, Androustos C, Aschauer H, et al. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part III: Behavioural and psychosocial interventions. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011;20(4):197–207.
139. McGuire JF, Piacentini J, Brennan EA, Lewin AB, Murphy TK, Small BJ, et al. A meta-analysis of behavior therapy for Tourette Syndrome. *J Psychiatr Res* 2014;50:106–12.
140. O'Connor KP, Brault M, Robillard S, Loiselle J, Borgeat F, Stip E. Evaluation of a cognitive-behavioural program for the management of chronic tic and habit disorders. *Behav Res Ther* 2001;39(6):667–81.
141. Nissen JB, Kaergaard M, Laursen L, Parner E, Thomsen PH. Combined habit reversal training and exposure response prevention in a group setting compared to individual training: a randomized controlled clinical trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018;28(1):57–68.

142. Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45(3):609–21.
143. Ottosen MH. 15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra femte dataindsamling af forløbsundersøgelsen af børn født i 1995. København. SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd; 2012. p. 1–346.
144. Olsson M. DSM diagnosis of conduct disorder (CD)- a review. *Nord J Psychiatry* 2009;63(2):102–12.
145. NICE. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people. recognition, intervention and management. NICE guidelines [CG158]. 2013. Available from: <https://www.nice.org.uk/Guidance/Cg158/Evidence/Conduct-Disorders-in-Children-and-Young-People-Fulle-Guideline-1898>
146. Sourander A, Santalahti P, Haavisto A, Piha J, Ikaheimo K, Helenius H. Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(9):1134–45.
147. Maughan B, Collishaw S, Meltzer H, Goodman R. Recent trends in UK child and adolescent mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43(4):305–10.
148. Sourander A, Niemela S, Santalahti P, Helenius H, Piha J. Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children: a 16-year population-based time-trend study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(3):317–27.
149. Eimecke S, Pauschardt J, Remschmidt H, Walter R, Matthejat F. Time Trends in Psychopathology. A 21-year comparison from Germany. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2011;39(3):185–7.
150. BørnUngeLiv. Hvad er BørnUngeLiv. 2020. Available from: <https://www.boernungeliv.dk/Public/Om/HvadErBoernUngeLiv.aspx>
151. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38(5):581–6.
152. Murray J, Farrington DP. Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *Can J Psychiatry* 2010;55(10):633–42.
153. Bevilacqua L, Hale D, Barker ED, Viner R. Conduct problems trajectories and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018;27(10):1239–60.
154. Silberg J, Moore AA, Rutter M. Age of onset and the subclassification of conduct/dissocial disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56(7):826–33.

155. Copeland WE, Adair CE, Smetanin P, Stiff D, Briante C, Colman I, et al. Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood. *J Child Psychol Psychiatry* 2013;54(7):791–9.
156. Frick PJ, Viding E. Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Dev Psychopathol* 2009;21(4):1111–31.
157. Frick PJ, Nigg JT. Current issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2012;8:77–107.
158. Skarderud F, Rosenvinge JH, Gotestam KG. Eating disorders--an overview. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;124(15):1938–42.
159. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva 1992.
160. Sundhedsdatastyrelsen. Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsnen - for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser. København 2017.
161. Brown FL, Slaughter V. Normal body, beautiful body: discrepant perceptions reveal a pervasive “thin ideal” from childhood to adulthood. *Body Image* 2011;8(2):119–25.
162. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, LindumWaltoft B, Agerbo E, McGrath JJ, et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry* 2014;71(5):573–81.
163. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2015;24(1):177–96.
164. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012;14(4):406–14.
165. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry* 2016;29(6):340–5.
166. Larsen PS, Nybo Andersen A-M, Olsen EM, Micali N, Strandberg-Larsen K. What’s in a Self-report? A Comparison of Pregnant Women with Self-reported and Hospital Diagnosed Eating Disorder. *Eur Eat Disord Rev* 2016;24(6):460–5.
167. Ottosen MH, Andreasen AG, Dahl KM, Hestbæk A-D, Lausten M, Rayce SB. Børn og unge i Danmark: Velfærd og Trivsel 2018. København 2018.
168. Pisinger V, Thorsted A, Jezek A, Jørgensen A, Christensen A, Thygesen L. UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019. København 2019.
169. Litmanen J, Frojd S, Marttunen M, Isomaa R, Kaltiala-Heino R. Are eating disorders and their symptoms increasing in prevalence among adolescent population? *Nord J Psychiatry* 2017;71(1):61–6.

170. Ahren JC, Chiesa F, Koupil I, Magnusson C, Dalman C, Goodman A. We are family--parents, siblings, and eating disorders in a prospective total-population study of 250,000 Swedish males and females. *Int J Eat Disord* 2013;46(7):693-700.
171. Elberling H, Linneberg A, Olsen EM, Houmann T, Rask CU, Goodman R, et al. Infancy predictors of hyperkinetic and pervasive developmental disorders at ages 5-7 years: results from the Copenhagen Child Cohort CCC2000. *J Child Psychol Psychiatry* 2014;55(12):1328-35.
172. West CE, Goldschmidt AB, Mason SM, Neumark-Sztainer D. Differences in risk factors for binge eating by socioeconomic status in a community-based sample of adolescents: Findings from Project EAT. *Int J Eat Disord* 2019;52(6):659-68.
173. Steinhausen H-C. Outcome of eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18(1):225-42.
174. Demmler JC, Brophy ST, Marchant A, John A, Tan JOA. Shining the light on eating disorders, incidence, prognosis and profiling of patients in primary and secondary care: national data linkage study. *Br J Psychiatry* 2019;1-8.
175. Mitchell JE, Crow S. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19(4):438-43.
176. Olguin P, Fuentes M, Gabler G, Guerdjikova AI, Keck PEJ, McElroy SL. Medical comorbidity of binge eating disorder. *Eat Weight Disord* 2017;22(1):13-26.
177. Wolfe BE. Reproductive health in women with eating disorders. *J Obstet Gynecol neonatal Nurs JOGNN*. 2005;34(2):255-63.
178. Mors, O, Nordentoft, M, Hageman, I, (red.). *Klinisk psykiatri*. København. Munksgaard 2016.
179. Stentebjerg-Olesen M, Pagsberg A, Fink-Jensen A, Correll C, Jeppesen P. Clinical Characteristics and Predictors of Outcome of Schizophrenia-Spectrum Psychosis in Children and Adolescents: A Systematic Review. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2016;26(5):410-27.
180. Thorup A, Waltoft BL, Pedersen CB, Mortensen PB, Nordentoft M. Young males have a higher risk of developing schizophrenia: a Danish register study. *Psychol Med* 2007;37(4):479-84.
181. Okkels N, Vernal DL, Jensen SOW, McGrath JJ, Nielsen RE. Changes in the diagnosed incidence of early onset schizophrenia over four decades. *Acta Psychiatr Scand* 2013;127(1):62-8.
182. Kühl JOG, Laursen TM, Thorup A, Nordentoft M. The incidence of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders in Denmark in the period 2000-2012. A register-based study. *Schizophr Res* 2016;176(2-3):533-9.
183. Vernal DL, Boldsen SK, Lauritsen MB, Correll CU, Nielsen RE. Long-term outcome of early-onset compared to adult-onset schizophrenia: A nationwide Danish register study. *Schizophr Res* 2020;220:123-9.

184. Nordentoft M, Larsen JT, Pedersen CB, Sørensen HJ, Hollegaard MV, Hougaard DM, et al. Delay in blood sampling for routine newborn screening is associated with increased risk of schizophrenia. *Schizophr Res* 2015;162(1-3):90-6.
185. Albert N, Bertelsen M, Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Le Quack P, et al. Predictors of recovery from psychosis Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophr Res* 2011;125(2-3):257-66.
186. Austin SF, Mors O, Budtz-Jorgensen E, Secher RG, Hjorthøj CR, Bertelsen M, et al. Long-term trajectories of positive and negative symptoms in first episode psychosis: A 10 year follow-up study in the OPUS cohort. *Schizophr Res* 2015;168(1-2):84-91.
187. Upublicerede dataudtræk fra Landspatientregistret og Misbrugsregistret, analyseret af Carsten Hjorthøj, Psykiatrisk Center København, Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet 2019.
188. Nordentoft M, Melau M, Iversen T, Kjær S. Psykose hos unge - symptomer, behandling og fremtid. Erfaringer fra OPUS. 1. udgave. København. Psykiatrifondens Forlag 2009.
189. Morgan C, Lappin J, Heslin M, Donoghue K, Lomas B, Reininghaus U, et al. Reappraising the long-term course and outcome of psychotic disorders: the AESOP-10 study. *Psychol Med* 2014;44(13):2713-26.
190. Wils RS, Gotfredsen DR, Hjorthøj C, Austin SF, Albert N, Secher RG, et al. Antipsychotic medication and remission of psychotic symptoms 10 years after a first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2017;182:42-8.
191. van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A, French P, Linszen DH, Yung AR, et al. Preventing a first episode of psychosis: Meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophr Res* 2013;149(1-3):56-62.
192. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel M-B, Ohlenschlaeger J, Christensen TO, et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ* 2005;331(7517):602.
193. Correll CU, Galling B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, et al. Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA psychiatry* 2018;75(6):555-65.
194. ISSS - International Society for the study of self-injury. What is nonsuicidal self-injury? <https://itriples.org/about-self-injury/what-is-self-injury/>. 2018.
195. Hawton K, Hall S, Simkin S, Bale L, Bond A, Codd S, et al. Deliberate self-harm in adolescents: A study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2003;44(8):1191-8.

196. Hamza CA, Willoughby T. Nonsuicidal Self-Injury and Affect Regulation: Recent Findings From Experimental and Ecological Momentary Assessment Studies and Future Directions. *J Clin Psychol* 2015;71(6):561–74.
197. Geulayov G, Casey D, McDonald KC, Foster P, Pritchard K, Wells C, et al. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. *The Lancet Psychiatry* 2018;5(2):167–74.
198. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol* 2006;115(3):616–23.
199. Glassman LH, Weierich MR, Hooley JM, Deliberto TL, Nock MK. Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behav Res Ther* 2007;45(10):2483–90.
200. Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *Am J Orthopsychiatry* 2002;72(1):128–40.
201. Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clin Psychol Sci Pract* 2003;10(2):192–205.
202. Klonsky ED, Glenn CR. Psychosocial Risk and Protective Factors. In: *Self-Injury in Youth: The Essential Guide to Assessment and Intervention* (1st ed.). New York. Routledge 2009. p. 368.
203. Brunstein Klomek A, Snir A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Association between victimization by bullying and direct self injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016;25(11):1183–93.
204. Børnerådet. Børneindblik: Unge og selskade. 2016. Available from: https://www.boerneradet.dk/media/183430/BRD_Boerneindblik_Nr416_Selvskade_Rev-26-08-16-002-.pdf
205. Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *J Psychosom Res* 2009;66(6):477–93.
206. Nock MK. Why do people hurt themselves?: New insights into the nature and functions of self-injury. *Curr Dir Psychol Sci* 2009;18(2):78–83.
207. Franklin JC, Hessel ET, Aaron R V., Arthur MS, Heilbron N, Prinstein MJ. The functions of nonsuicidal self-injury: Support for cognitive-affective regulation and opponent processes from a novel psychophysiological paradigm. *J Abnorm Psychol* 2010;119(4):850–62.
208. Rubæk L, Møhl B. Ikke Suicidal Selvskade - et afhængighedssyndrom? *Psyke & Logos* 2016;37(2).
209. Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S. Affect Regulation and Addictive Aspects of Repetitive Self-Injury in Hospitalized Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(11):1333–41.

210. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol* 2004;72(5):885–90.
211. Edmondson AJ, Brennan CA, House AO. Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders* 2016;191:109–17.
212. Møhl B, Skandsen A. The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students. *Personal Ment Health* 2012;6(2):147–55.
213. Lloyd EE, Kelley ML, Hope T. Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. 1997. Available from: https://digitalcommons.lsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=7545&context=gradschool_disstheses
214. Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlström Ö, Svedin CG. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *J Abnorm Child Psychol* 2013;41(5):759–73.
215. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2012;6(10).
216. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Front Psychol* 2017;8:1946.
217. Swannell S V., Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life-Threatening Behav* 2014;44(3):273–303.
218. Wester K, Trepal H, King K. Nonsuicidal Self-Injury: Increased Prevalence in Engagement. *Suicide Life-Threatening Behav* 2018;48(6):690–8.
219. McManus S, Gunnell D, Cooper C, Bebbington PE, Howard LM, Brugha T, et al. Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000–14: repeated cross-sectional surveys of the general population. *The Lancet Psychiatry* 2019;6(7):573–81.
220. Strøbæk L, Flachs EM, Ryd JT, Davidsen M, Eriksen L, Jensen HAR, White ED, Juel K. Sygdomsbyrden i Danmark – ulykker, selvskaade og selvmord. 2016.
221. Odelius C, Ramklint M. En nationell kartläggning av förekomsten av självskadande beteende hos patienter inom barn & ungdoms- och vuxenpsykiatri. Uppsala, Sweden. Uppsala Universitet 2014. p. 30.
222. Møhl B, Rubæk L. Selvskaade hos psykiatriske patienter. *Psyke & Logos* 2016;37(2):137–58.
223. Andover MS, Pepper CM, Ryabchenko KA, Orrico EG, Gibb BE. Self-Mutilation and Symptoms of Depression, Anxiety, and Borderline Personality Disorder. *Suicide Life-Threatening Behav* 2005;35(5):581–91.

224. Brickman LJ, Ammerman BA, Look AE, Berman ME, McCloskey MS. The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. *Borderline Personal Disord Emot dysregulation* 2014;1:14.
225. Klonsky, E.D., Muehlenkamp, J.J., Lewis, S.P., Walsh BW. *Nonsuicidal Self-Injury*. Hogrefe Publishing 2011.
226. Møhl B, la Cour P, Skandsen A. Non-Suicidal Self-Injury and Indirect Self-Harm Among Danish High School Students. *Scand J Child Adolesc Psychiatry Psychol* 2014;2(1):11–8.
227. Wilkinson PO, Qiu T, Neufeld S, Jones PB, Goodyer IM. Sporadic and recurrent non-suicidal self-injury before age 14 and incident onset of psychiatric disorders by 17 years: Prospective cohort study. *Br J Psychiatry* 2018;212(4):222–6.
228. Mars B, Heron J, Crane C, Hawton K, Lewis G, Macleod J, et al. Clinical and social outcomes of adolescent self harm: Population based birth cohort study. *BMJ* 2014;349.
229. Nielsen JC, Sørensen NU ON. Når det er svært at være ung i Danmark – unges trivsel og mistrivsel. København. Center for Ungdomsforskning 2010.
230. Hawton K, Bergen H, Cooper J, Turnbull P, Waters K, Ness J, et al. Suicide following self-harm: findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *J Affect Disord* 2015;175:147–51.
231. Joiner T. *Why People Die by Suicide*. Cambridge. Harvard University Press 2005. p. 288.
232. Scoliers G, Portzky G, Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, et al. Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44(8):601–7.
233. Sundhedsstyrelsen. Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg i Danmark. København 1998.
234. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behav* 2007;37(3):248–63.
235. Særkørsler fra Statistikbanken, analyseret af Annette Erlangsen, Danish Research Institute for Suicide Prevention (DRISP), Psykiatrisk Center København 2019.
236. Nordentoft M, Sogaard M. Registration, psychiatric evaluation and adherence to psychiatric treatment after suicide attempt. *Nord J Psychiatry* 2005;59(3):213–6.
237. Helweg-Larsen, K; Kjølner, M; Juel, K; Sundaram, V; Laursen, B; Kruse, M et al. Selvmord i Danmark : Markant fald, men stigende antal selvmordsforsøg - hvorfor? 2006.
238. Upublicerede dataudtræk fra Landspatientregistret og CPR-registeret, analyseret af Annette Erlangsen, Danish Research Institute for Suicide Prevention (DRISP), Psykiatrisk Center København 2019.

239. Upublicerede dataudtræk fra Landspatientregistret, analyseret af Annette Erlangsen, Danish Research Institute for Suicide Prevention (DRISP), Psykiatrisk Center København 2019.
240. Bendtsen P, Mikkelsen SS, Tolstrup JS. Ungdomsprofilen 2014. Sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt elever på ungdomsuddannelser. København 2015. p. 1–62.
241. Fedyszyn IE, Erlangsen A, Hjorthoj C, Madsen T, Nordentoft M. Repeated Suicide Attempts and Suicide Among Individuals With a First Emergency Department Contact for Attempted Suicide: A Prospective, Nationwide, Danish Register-Based Study. *J Clin Psychiatry* 2016;77(6):832–40.
242. Erlangsen A, Lind BD, Stuart EA, Qin P, Stenager E, Larsen KJ, et al. Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: A register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching. *The Lancet Psychiatry* 2015;2(1):49–58.
243. Reupert A, Maybery D. What do we know about families where parents have a mental illness? A systematic review. *Child Youth Serv* 2016;37(2):98–111.
244. Stambaugh LF, Forman-Hoffman V, Williams J, Pemberton MR, Ringeisen H, Hedden SL, et al. Prevalence of serious mental illness among parents in the United States: results from the National Survey of Drug Use and Health, 2008–2014. *Ann Epidemiol* 2017;27(3):222–4.
245. Apter G, Bobin A, Genet MC, Gratier M, Devouche E. Update on Mental Health of Infants and Children of Parents Affected With Mental Health Issues. *Curr Psychiatry Rep* 2017;19(10).
246. Rasic D, Hajek T, Alda M, Uher R. Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophr Bull* 2014;40(1):28–38.
247. Thorup AAE, Laursen TM, Munk-Olsen T, Ranning A, Mortensen PB, Plessen KJ, et al. Incidence of child and adolescent mental disorders in children aged 0-17 with familial high risk for severe mental illness - A Danish register study. *Schizophr Res* 2018;197:298–304.
248. Leijdesdorff S, Van Doesum K, Popma A, Klaassen R, Van Amelsvoort T. Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: An up to date narrative review. *Current Opinion in Psychiatry* 2017;30:312–7.
249. Hemager N, Plessen KJ, Thorup A, Christiani C, Ellersgaard D, Spang KS, et al. Assessment of neurocognitive functions in 7-year-old children at familial high risk for schizophrenia or bipolar disorder the danish high risk and resilience study VIA 7. *JAMA Psychiatry* 2018;75(8):844–52.
250. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Monk K, Kalas C, Obreja M, et al. Psychiatric disorders in preschool offspring of parents with bipolar disorder: The Pittsburgh Bipolar Offspring Study (BIOS). *Am J Psychiatry* 2010;167(3):321–30.

251. Liu CH, Keshavan MS, Tronick E, Seidman LJ. Perinatal Risks and Childhood Premorbid Indicators of Later Psychosis: Next Steps for Early Psychosocial Interventions. *Schizophr Bull* 2015;41(4):801–16.
252. Ranning A, Laursen T, Agerbo E, Thorup A, Hjorthøj C, Jepsen JRM, et al. School performance from primary education in the adolescent offspring of parents with schizophrenia and bipolar disorder- A national, register-based study. *Psychol Med* 2018;48(12):1993–2000.
253. Ranning A, Munk Laursen T, Thorup A, Hjorthøj C, Nordentoft M. Children of Parents With Serious Mental Illness: With Whom Do They Grow Up? A Prospective, Population-Based Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016;55(11):953–61.
254. Ranning A, Munk Laursen T, Thorup A, Hjorthøj C, Nordentoft M. Serious mental illness and disrupted caregiving for children: a nationwide, register-based cohort study. *J Clin Psychiatry* 2015 Aug;76(8):e1006-14.
255. Ranning A, Benros ME, Thorup AAE, Davidsen KA, Hjorthøj C, Nordentoft M, et al. Morbidity and Mortality in the Children and Young Adult Offspring of Parents With Schizophrenia or Affective Disorders-A Nationwide Register-Based Cohort Study in 2 Million Individuals. *Schizophr Bull* 2020;46(1):130-9.
256. Christoffersen MN, Soothill K. The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *J Subst Abuse Treat* 2003;25(2):107–16.
257. Pisinger VSC, Bloomfield K, Tolstrup JS. Perceived parental alcohol problems, internalizing problems and impaired parent-child relationships among 71 988 young people in Denmark. *Addiction* 2016;111(11):1966–74.
258. Pisinger VSC, Holst CA, Bendtsen P, Becker U, Tolstrup JS. Perceived parental alcohol problems and drinking patterns in youth: A cross-sectional study of 69,030 secondary education students in Denmark. *Prev Med (Baltim)* 2017;105:389–96.
259. Pisinger VSC, Hawton K, Tolstrup JS. Self-injury and suicide behavior among young people with perceived parental alcohol problems in Denmark: a school-based survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018;27(2):201–8.



6

SUNDHEDSFREMMENDE OG FOREBYGGENDE IND- SATSER

I DETTE KAPITEL GIVES EN OVERSIGT OVER UDVALGTE VIDENSBASEREDE SUNDHEDSFREMMENDE OG FOREBYGGENDE INDSATSER TIL 10-24-ÅRIGE BØRN OG UNGE MED FOKUS PÅ PROGRAMMER, INTERVENTIONER OG PRINCIPPER, DER ER MÅLRETTET MENTAL SUNDHED, MENTALE HELBREDSPROBLEMER OG PSYKISKE SYGDOMME.

I dette kapitel gives en oversigt over udvalgte vidensbaserede sundhedsfremmende og forebyggende indsatser til 10-24-årige børn og unge med fokus på programmer, interventioner og principper, der er målrettet mental sundhed, mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme. Udvalgelsen har fokus på særligt lovende indsatser, som er tilgængelige i Danmark, eller som vurderes relevante at overføre til en dansk kontekst. Indsatserne vedrører forebyggelse eller lettere behandling af mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme blandt børn og unge. Målet er at give et overblik over vores viden om effekterne af disse indsatser vurderet ud fra systematiske forskningsoversigter eller kontrollerede enkeltstudier.

6.1 SAMMENFATNING

Kortlægningen af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser viser, at der er dokumentation for små, men alligevel betydende, gavnlige effekter af universelle sundhedsfremmende indsatser, der sigter på at styrke elevernes relationer, selvværd og handlekompetence, særligt i skoler og på videregående uddannelser. Der er desuden dokumentation for, at lignende pædagogiske indsatser, der sigter på at reducere mobning og afbøde de negative konsekvenser af mobning, har en tydelig effekt. De

få sundhedsøkonomiske evalueringer på området tyder på, at indsatserne er omkostningseffektive. Det ser ud til, at de såkaldte helskoleindsatser, der er mere krævende at indføre, fordi de involverer børn, unge, forældre og voksne i alle situationer på skolen, også er de mest effektive til fremme af mental sundhed.

Når det kommer til universel forebyggelse af mentale helbredsproblemer (fx symptomer på angst og depression samt selvskade) i skolen og på videregående uddannelser, er dokumentationen for positive effekter usikre og blandede.

På det selektive forebyggelsesniveau mangler der evidens for effekten af indsatser til børn og unge af forældre med psykisk sygdom, fordi der mangler forskning på området. Der er brug for at udvikle og implementere systematiske tilbud, som på en helhedsorienteret måde kan styrke børnenes resiliens og trivsel, bl.a. ved at sikre at familien fungerer bedst muligt, både i de perioder hvor forælderen psykiske sygdom er aktiv, og når den er i remission. Der er nogen evidens for effekt af indsatser mod bekymrende skolefravær rettet mod børn og unge med skolevægring og/eller mod børn og unge, der pjækker, om end effektstørrelserne ikke er store.

På det indikerede og sekundære forebyggelsesniveau er der samlet set relativt god evidens for gavnlige effekter af en række forskellige pædagogiske og psykologiske behandlingsprogrammer til børn og unge med mentale helbredsproblemer af mere almindelig karakter (fx angst, depressive symptomer, tvangstanker/handlinger, urolig eller forstyrrende adfærd, forstyrrelser vedrørende vægt og spisning og selvskaede). Selvom langtidseffekterne fortsat er uafklarede, er der gode grunde til at antage, at de gavnlige effekter både på kort og længere sigt vil øge barnet/den unges muligheder for en sund psykisk udvikling og dermed bidrage til at forebygge udviklingen af sværere psykiske sygdomme. Rapporten peger samtidig på et stort behov for at øge tilgængeligheden af effektive indsatser over for de mest almindelige psykiske sygdomme såsom angst, depression og adfærdforstyrrelser samt forstyrret spisning og selvskaede. Der er evidens for, at begrænsning af adgangen til selvmordsmetoder (herunder begrænsning af adgang til receptfri medicin, der kan benyttes til selvforgiftning) nedsætter risikoen for selvmord og selvmordsforsøg blandt unge. Desuden kan forskellige former for psykoterapi mindske risikoen for at gentage selvmordsforsøg. Mulighederne for primær forebyggelse af psykose inden for skizofrenispektret er fortsat begrænsede, men der er et godt grundlag for at antage, at indsatser, der nedbringer brug af cannabis og andre rusmidler/stoffer, kan bidrage til at nedsætte risikoen for udvikling af psykose. Derudover er der gode muligheder for at forbedre prognosen gennem tidlig og forstærket intervention ved første episode af psykose.

6.2 INDLEDNING

Grænserne mellem universel, selektiv og indikeret forebyggelse (defineret i kapitel 2) er flydende, og derfor kan det i nogle tilfælde være svært at afgøre,

om en indsats bør høre under den ene eller anden form for sundhedsfremme eller forebyggelse.

I **tabel 6.1** nedenfor ses en oversigt over de forskellige niveauer for sundhedsfremme- og forebyggelse med angivelse af, hvem indsatsen er målrettet, og hvad de anbefalede mål for indsatsen er (1).

Vi fokuserer i dette kapitel på både sundhedsfremmende og forebyggende indsatser og præsenterer en oversigt over den videnskabelige evidens for gavnlige effekter på udvalgte områder.

Universelle, selektive og indikerede primære forebyggende indsatser er ofte målrettet forandring af adfærd, tankemønstre samt sociale kompetencer og relationer. Målgrupperne for forebyggelse er: a) alle individer i befolkningen, fx i kommunen eller på skolen (universelle indsatser), eller b) individer, der er i risiko, defineret ved en eller flere målbare risikofaktorer (selektive, også kaldet målgrupperettede indsatser), eller c) individer med begyndende symptomer eller tegn på sygdom (indikerede også kaldet individrettede indsatser). Endelig betegnes forebyggende indsatser som sekundære eller tertiære, når de har karakter af egentlig behandling (se **tabel 6.1** og **figur 6.1**).

Første del af kapitlet (se afsnit 6.3) omhandler evidensen for universelle indsatser i skolen (grundskole og ungdomsuddannelse) og på videregående uddannelser. Herefter følger en gennemgang af evidensen for selektive og indikerede indsatser rettet mod forebyggelse af de psykiske sygdomme, som er behandlet i nærværende rapport, samt over for børn og unge med bekymrende skolefravær eller som bliver mobbet, børn og unge med selvskaedende adfærd, selvmordsadfærd og selvmordstanker, samt børn og unge af forældre med psykisk sygdom (se afsnit 6.4).

→ **TABEL 6.1**

Oversigt over hele den sundhedsfremmende og forebyggende indsatsværdikæde, inspireret af (1).

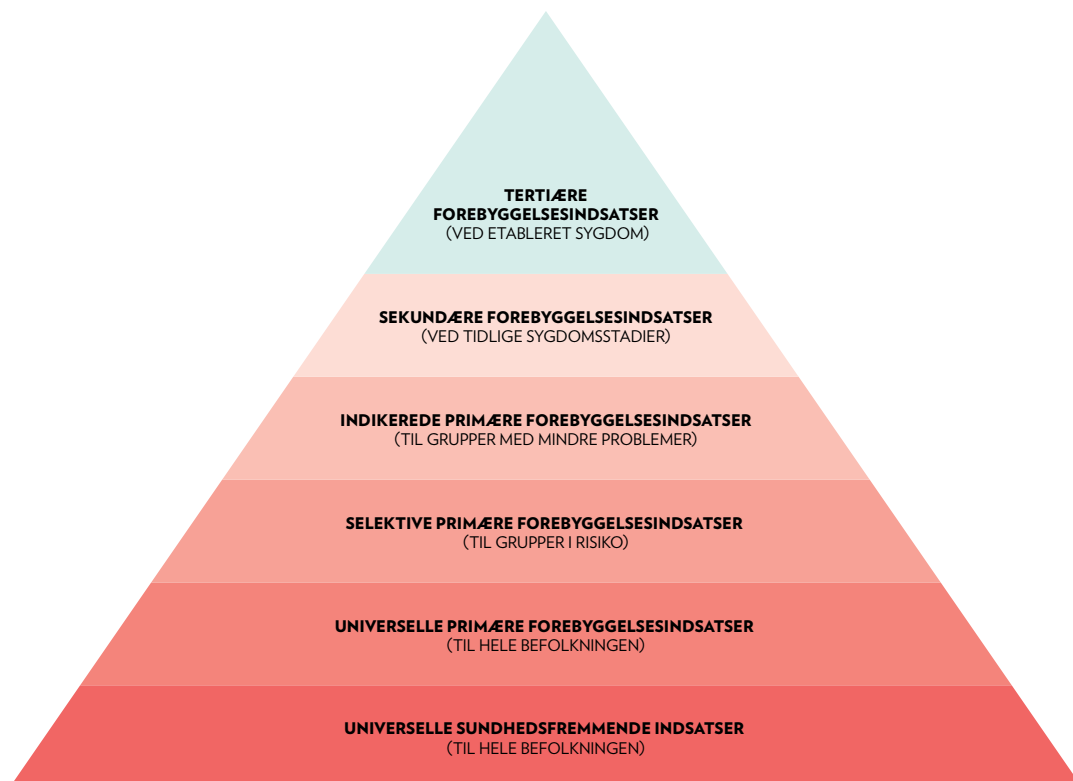
INDSATSTYPE	MÅLPOPULATION	MÅL
UNIVERSELLE SUNDHEDSFREMMENDE INDSATSER	<ul style="list-style-type: none"> › Hele befolkningen 	<ul style="list-style-type: none"> › Fremme af psykologisk velbefindende og opnåelse af udviklingsmæssige milepæle › Styrkelse af evnen til at tilpasse sig forskellige forhold › Eksempel: Opbygning af resiliens, sociale relationer, selvværd og handlekompetencer
UNIVERSELLE PRIMÆRE FOREBYGGELSESDSINDSATSER	<ul style="list-style-type: none"> › Hele befolkningen, dvs. uafhængigt af tilstedeværelsen af risikofaktorer hos de enkelte individer 	<ul style="list-style-type: none"> › Fokus på risikofaktorer i hele befolkningen for at forebygge en eller flere psykiske sygdomme › Indsatserne bør være effektive, sikre og ikke unødigt indgribende › Eksempel: svangreomsorg, programmer mod mobning i skolerne
SELEKTIVE PRIMÆRE FOREBYGGELSESDSINDSATSER (MÅLGRUPPERETTEDE)	<ul style="list-style-type: none"> › Individer eller subgrupper af befolkningen med en signifikant højere gennemsnitlig risiko for at udvikle psykisk sygdom. Identifikationen af disse subgrupper kan baseres på biologiske, psykologiske eller sociale risikofaktorer 	<ul style="list-style-type: none"> › Fokus på risikofaktorer samt individets eller befolknings-subgruppers sårbarheder for udvikling af en eller flere psykiske sygdomme › Indsatser bør være effektive, forbundet med få negative effekter og billige › Eksempel: Børn af forældre med svær psykisk sygdom
INDIKEREDE PRIMÆRE FOREBYGGELSESDSINDSATSER (INDIVIDRETTEDE).	<ul style="list-style-type: none"> › Individer i høj risiko med mindre, men målbare, kliniske manifestationer, der ikke aktuelt opfylder de diagnostiske kriterier for en psykisk sygdom 	<ul style="list-style-type: none"> › Behandling af subkliniske manifestationer af sygdom, dvs. indsatser rettet mod tidlige symptomer med det formål at mindske risikoen for transition til egentlig psykisk sygdom › Fokus på risikotilstande og styrkelse af individets robusthed og mestring af sårbarheder › Eksempel: Behandling af følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer, fordi de kan være 'gateway' til psykisk sygdom
SEKUNDÆRE FOREBYGGELSESDSINDSATSER	<ul style="list-style-type: none"> › Individer der opfylder de diagnostiske kriterier i tidlige stadier af en psykisk sygdom 	<ul style="list-style-type: none"> › Tidlig opsporing og indsatser til patienter, der allerede opfylder de diagnostiske kriterier for en specifik psykisk sygdom › Hurtig adgang til effektiv behandling med det formål at forbedre udsigten til afgørende bedring, styrke tilfredsheden med behandlingen, samt mindske risikoen for tilbagefald og negative følger af sygdommen
TERTIÆRE FOREBYGGELSESDSINDSATSER	<ul style="list-style-type: none"> › Individer med etableret sygdom 	<ul style="list-style-type: none"> › Behandling af etableret psykisk sygdom målrettet forebyggelse af forringet livskvalitet og funktion i dagligdagen, samt handicap, sekundære sygdomme og negative følger

Der er en meget omfattende litteratur om de mange forskellige sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, men begrænser man sig til kontrollerede undersøgelser, er der ret få studier. Til gengæld findes der en del internationale oversigter over disse (1-3). På nogle områder er der desuden gennemført omkostningseffektanalyser, blandt hvilke de, der er foretaget i Storbritannien, har mest relevans for Danmark (4, 5). En dansk litteraturgennemgang fra 2016 viste, at hovedparten af de forebyggende indsatser, der anvendes i Danmark, er baseret på programmer og principper, der er udviklet og evalueret i andre lande, hvorefter de er importeret til Danmark, hvor de er tilpasset og afprøvet i en naturalistisk dansk

kontekst. Det gælder fx Triple P, De Utrolige År og Positiv Adfærd i læring og Samspil (PALS) (6). Programmerne Cool Kids til børn med angst (7) og forældretræning til forældre til børn med opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelser (på engelsk Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)) (8) er evalueret i randomiserede kontrollerede forsøg i Danmark med påvisning af gavnlige effekter. Programmet Få styr på angsten er et forældrebasert selvhjælpsprogram, hvor forældre lærer, hvad de selv kan gøre for at behandle deres barns angst i hjemmet. Dette lav-intensive selvhjælpsprogram er afprøvet i to små, ikke-kontrollerede pilotforsøg med lovende resultater (9). Desuden er der igangværende danske studier af

→ FIGUR 6.1

Illustration af de forskellige niveauer af forebyggende indsatser og målgrupper (udarbejdet af Merete Nordentoft og Pia Jeppesen).



tidlige og forebyggende indsatser, fx Mind My Mind og Back2School, som evalueres i randomiserede kontrollerede forsøg. En systematisk og kritisk vurdering af evidensen for effektive forebyggelses-tiltag ligger uden for formålet med denne rapport. Vores mål med dette kapitel er at indkredse de programmer og principper for intervention, som kan være egnede til evaluering og eventuel udbredelse i stor skala i Danmark.

6.3 UNIVERSELLE SUNDHEDSFREMMENDE OG FOREBYGGENDE INDSATSER

I dette afsnit fokuserer vi på en række universelle indsatser, der har direkte fokus på fremme af mental sundhed og primær forebyggelse af mentale helbredsproblemer (se **tabel 6.1**).

Dette afsnit giver et overblik over evidensen for effekter af de indsatser, der er undersøgt ved randomiserede studier eller ikke-randomiserede studier med sammenligningsgrupper, hvor der er foretaget en før- og eftermåling, og hvor indsatsen vurderes at være relevant i Danmark. Der er således tale om et udvalg af evidensbaserede indsatser, der er udviklet eller implementeret i skoler (dvs. grundskole og ungdomsuddannelser) og på videregående uddannelser, og som har til formål at fremme almen mental sundhed eller forebygge mentale helbredsproblemer blandt børn og unge i alderen 10-24 år. For sundhedsfremmende og forebyggende familie- og forældreindsatser henvises til Vidensråd for Forebyggelses igangværende arbejde om dette, som forventes offentliggjort i medio 2021.

6.3.1 Universelle indsatser i skolen

Skolen udgør en væsentlig ramme for initiativer til fremme af børn og unges mentale sundhed. Lær-

erne har tæt kontakt til børn, unge og forældre og har ofte indgående kendskab til barnets eller den unges ressourcer. Skolens indsatser kan bidrage positivt eller negativt til børn og unges identitetsudvikling og til deres sociale og faglige udvikling. Skolen og uddannelsesinstitutionerne danner ramme for så godt som alle børn og unge under deres opvækst og udvikling, hvorfor den udgør en oplagt arena for tiltag med fokus på at fremme børn og unges mentale sundhed og trivsel.

Det findes skolebaserede programmer med fokus på at opbygge elevernes kognitive, sociale og mentale ressourcer. Programmerne er typisk målrettet alle elever ved at sikre sunde og inkluderende skoleomgivelser uden diskrimination og mobning. Nogle af disse programmer har desuden indbygget en form for screening med mulighed for at udpege og viderehenvise de elever, som har brug for yderligere indsatser, evt. fra andre instanser.

Mange universelle indsatser bygger på tanken om, at miljøet i skolen kan udformes, så det giver børn og unge optimale udviklingsbetingelser til fx at opbygge positive sociale relationer og kompetencer. På den måde kan indsatserne bidrage både sundhedsfremmende og kompensere for manglende forudsætninger hos de enkelte børn og unge.

Universelle skolebaserede indsatser er rettet mod alle børn og unge i en klasse eller på en skole uafhængigt af deres mentale sundhedstilstand. Disse indsatser er afprøvet i mange lande, og inden for de seneste år er der i stigende grad opnået dokumentation for, at børn og unges mentale sundhed kan fremmes gennem sådanne indsatser (2, 10-16) (se næste afsnit). Dette har bl.a. været medvirkende til, at Sundhedsstyrelsen anbefaler, at skoler arbejder med mental sundhedsfremme (17).

De sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, der retter sig mod forældre og børns tidlige udvikling, vil blive behandlet i en særskilt rapport fra Vidensråd for Forebyggelse om mental sundhed og mentalt helbred blandt 0-9-årige børn. Denne rapport forventes udgivet medio 2021 og vil bl.a. beskrive evidensbaserede indsatser i sundhedsplejen, familien og daginstitutioner, der er målrettet fremme af mental sundhed og forebyggelse af mentale helbredsproblemer blandt børn i Danmark. Der er mere information om denne rapport på Vidensrådets hjemmeside www.vidensraad.dk.

Indsatser der fremmer mental sundhed i skolen

En del skolebaserede indsatser har målrettet søgt at styrke elevernes selvværd og tro på egne evner (på engelsk kaldet *self-efficacy*), deres evne til at håndtere daglige stressorer, til at indgå i positive sociale relationer og deres oplevelse af at høre til i gruppen. Tanken er at forbedre elevernes mentale sundhed og resiliens ved at fremme sociale og emotionelle kompetencer på forskellig vis (11, 12, 18-20). Der arbejdes typisk med at styrke positive aspekter af børn og unges personlige og sociale kompetencer i fællesskabet frem for at fokusere på deres individuelle problemer.

Det er vanskeligt at pege på konkrete skolebaserede indsatser, der ser ud til at virke bedre end andre. Samlet set viser litteraturen, at de skolebaserede indsatser, som virker bedst i forhold til at fremme mental sundhed hos eleverne (2, 6, 12, 13, 15, 20), har følgende karakteristika:

1. involverer lærere med tilstrækkelig viden, kompetencer og motivation
2. har en sundhedsfremmende tilgang, hvor der fokuseres på sundhed frem for problemer
3. starter tidligt og fortsætter, når eleverne bliver ældre

4. strækker sig over en længere årrække
5. indarbejder mental sundhed i det fag-faglige
6. omfatter mange sider af skolens liv, såkaldt helskoleindsats (på engelsk kaldet en *Whole School Approach*).

Der eksisterer forskellige internationale anbefalinger i forhold til at implementere sociale og emotionelle kompetenceopbyggende indsatser i skoler og på ungdomsuddannelser. En af disse anbefalinger går under akronymet *SAFE*. Det anbefales, at indsatserne skal være 1) sekvenserede, 2) aktive, 3) fokuserede og 4) eksplicitte. Flere studier viser, at indsatser har potentiale til at være effektive, hvis de anvender sammenhængende og koordinerede aktiviteter (er sekvenserede), bruger en aktiv form for læring til at fremme elevernes kompetenceudvikling fx rollespil (er aktive), indeholder komponenter til udvikling af personlige og sociale kompetencer (er fokuserede) og er målrettet specifikke personlige og sociale kompetencer (er eksplicitte) (11, 20). En anden generel international anbefaling til implementeringen af sundhedsfremmende skolebaserede indsatser er, at indsatserne ikke kan ses adskilt fra den kontekst, de skal implementeres i. En succesfuld implementering af indsatserne beror altså ikke på tankegangen om at 'one size fits all', men snarere at indsatserne skal tilpasses til hver enkelt skole for at skabe positive resultater (21). Der peges dog samtidig på, at der fortsat er behov for yderligere evalueringstudier, der kan styrke evidensen samt guide den praktiske implementering af mentalt sundhedsfremmende indsatser i skoleregioner (13, 15, 18). I Danmark er *Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS)* implementeret i udvalgte skoler med støtte fra Socialstyrelsen. *PALS* har til hensigt at udvikle en positiv, inkluderende og proaktiv skolekultur. Målet er at etablere et støttende læringsmiljø, som styrker elevernes sociale kompetencer og relationer for dermed at forebygge adfærds- og trivselsproblematikker.

En generel erfaring fra evalueringen af de skolebaserede indsatser er, at effekten målt som et gennemsnitligt resultat for alle børn er ret begrænset, men at effekten er lidt større for de børn og unge, som i udgangspunktet har den største risiko. De skolebaserede indsatser, som har fokus på at fremme robusthed samt styrke elevernes sociale og emotionelle kompetencer, ser ud til både at være gavnlige for børnene og for skolesystemet og at være omkostningsbesparende set fra et samfundsperspektiv (4). De indsatser, som sigter specifikt på at reducere mobning, ser også ud til at være omkostningsbesparende (4, 22).

I en systematisk forskningsoversigt over 11 skolebaserede mentalt sundhedsfremmende indsatser blandt skolebørn, konkluderede forfatterne, at indsatserne så ud til at have en positiv effekt på elevernes evne til at håndtere daglige stressorer (12). De undersøgte skolebaserede indsatser havde fokus på at fremme mental sundhed og styrke resiliens hos eleverne på forskellig vis, fx ved at udvikle elevernes self-efficacy, sociale kompetencer og deres evne til at søge hjælp. Indsatserne varierede i indhold, varighed og implementering, og der var metodiske udfordringer, fx grundet en lille studiepopulation, problemer med implementeringen og manglende randomisering, og indsatserne var dermed svære at sammenligne og havde forskellige resultater. Alligevel var den overordnede konklusion, at indsatserne skabte gavnlige effekter (12). Dette fund understøttes også af andre systematiske oversigter af skolebaserede mentalt sundhedsfremmende indsatser rettet mod børn og unge, som overordnet har demonstreret positive resultater i forhold til at fremme sociale og emotionelle kompetencer og styrke resiliens (11, 13, 19, 20, 23).

En systematisk forskningsoversigt af skolebaserede universelle indsatser målrettet børn og unge op til

17 år, der alle anvendte en 'whole-school' tilgang fandt, at indsatser, der har fokus på at fremme emotionelle og sociale kompetencer, havde positive effekter på netop disse kompetencer i samtlige undersøgte skoletyper, dvs. fra folkeskolen til gymnasiet (20). En såkaldt 'whole-school approach' er en helskoleindsats, som arbejder med skolens etos eller overordnede klima og involverer både lærerne og andre medarbejdere på skolen. De bygger på antagelsen om, at indsatser til fremme af mental sundhed på skolen bør inkludere alle skolens børn og ansatte for at opnå en positiv effekt (24). Der er få studier med opfølgninger, men enkelte studier har vist positive effekter af indsatserne på elevernes sociale og emotionelle kompetencer og på trivsel generelt efter 6-18 måneder (19). Flere studier understreger dog, at der stadig mangler dokumenterede langtidseffekter af indsatserne (2, 15), og at studierne metodisk set overvejende er af moderat eller lav kvalitet (18).

Danske erfaringer

Af hensyn til overblikket beskrives alle typer skolebaserede programmer, som anvendes i Danmark til fremme af mental sundhed. Nogle af programmerne er kun evaluerede i forskning med yngre børn (fx Zippys venner og De Utrolige År). Den tidlige indsats antages at bidrage til øget mental sundhed og trivsel senere i barne- og ungealderen.

Et vigtigt universelt tilbud i Danmark, som medvirker til tidlig opsporing af mentale helbredsproblemer og sygdomme i ungealderen, er sundhedsplejerskernes udskolingsundersøgelser, som typisk gennemføres, når eleverne er 14-15 år. Der er udarbejdet flere sundhedsprofiler for børn og unge, hvoraf den seneste dækker skoleåret 2018/19. Formålet med disse sundhedsprofiler er at få mere viden bl.a. om det sundhedsfremmende arbejde, der er målrettet børn og unge (25). Sundhedsprofilen fra 2018/2019 indeholder bl.a. data om 7.255

unge, der blev udskolingsundersøgt. Ved udskolingsundersøgelsen registrerer sundhedsplejersken, om der er bemærkninger til den unges mentale sundhed. Sundhedsplejersken noterer bemærkninger til den unges mentale sundhed, hvis den unge har psykiske vanskeligheder (fx stress, angst, diagnosticeret psykisk sygdom, ensomhed, ikke kan overkomme sit liv, har selvskadende adfærd, psykisk sårbarhed, depressive tanker, mobning og/eller adfærdsvanskeligheder). Undersøgelsen viste fx, at 15,9% af unge ved udskolingsundersøgelsen havde mindst én bemærkning til mental sundhed. Andelen varierede fra 11,5% til 22,4% kommunerne imellem. Tallene indikerer, at sundhedsplejerskerne er i stand til at identificere en væsentlig andel af de unge, som har mentale helbredsproblemer.

Zippy's Friends (Mishara and Ystgaard, 2006) og Optur (26) er afprøvet og evalueret i danske skoler med lovende resultater, dog kun blandt yngre børn. Zippy's Friends eller Zippys venner, som det hedder på dansk, er et anerkendt internationalt undervisningsmateriale inden for Social Emotional Learning, som bruges i mere end 29 lande. Materialet er udformet til børn i alderen 5-7 år, og er et af de mest veldokumenterede undervisningssystemer til brug i skole og daginstitution, og det anbefales af WHO. Programmet har bl.a. til formål at forebygge mentale problemer hos eleverne, herunder både emotionelle og adfærdsmæssige vanskeligheder, ved at fremme deres mestrings-evner. Zippy er en vandrende pind, og hans venner er en lille gruppe drenge og piger, som i historierne havner i forskellige situationer, der er hentet fra børns egen virkelighed. Her behandles bl.a. de følgende temaer grundigt: venskaber, hvordan det er at miste og få venner, mobning, forandringer og tab og det at starte på en frisk. Zippys venner har bl.a. vist positive effekter på elevernes mestrings-evne (på engelsk kaldet coping), når de føler sig stressede, nervøse eller bekymrede. Effekterne er

bl.a. målt ved evnen til at søge hjælp ved behov samt forbedrede sociale kompetencer. Zippys venner har også vist sig at kunne reducere graden af adfærdsproblemer (27).

Optur er et projekt, der er udviklet i partnerskab mellem Psykiatrifonden og Sundhedsministeriet i perioden 2014-2017. Programmet har til formål at fremme mental sundhed blandt elever på produktions- og erhvervsskoler. Optur har en helskoletilgang, hvor fremme af mental sundhed hos eleverne er tænkt ind på alle niveauer i skolen, herunder i undervisningen og i aktiviteterne for eleverne, i styrkelsen af lærernes kompetencer, i involveringen af en række aktører (fx sundhedsplejerske, pædagoger og socialrådgivere) og i forbedringen af skolens fysiske og sociale miljø. Resultaterne af evalueringen viste, at der var tegn på, at eleverne styrkede deres sociale og emotionelle kompetencer (26), bl.a. fik de lettere ved at håndtere følelser og tanker, og de var blevet bedre til at bede om hjælp som følge af Optur. Evalueringen viste samtidig, at Optur i praksis blev gennemført i et mindre omfang end tiltænkt (26).

Et andet eksempel på en helskoleindsats, der har vist sig at være effektiv, er det amerikanske program School-Wide Positive Behavior Support (SWPBS), som i Danmark er implementeret under betegnelsen Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS). PALS er en manualbaseret model, der bygger på fælles principper og retningslinjer, der skal forstærke positiv adfærd, anerkendelse og kollektiv belønning. PALS har til formål at styrke elevernes evner i forhold til at kunne håndtere problemer samt at fremme sociale og læringsmæssige kompetencer. Bedømt ud fra spørgeskemaer til pædagoger og lærere har modellen vist positive resultater, også i Danmark, på henholdsvis skole- og klassemiljøet, herunder i forhold til elevernes adfærd over for hinanden samt på læringsmiljøet

samlet set. Der blev dog ikke fundet nogen effekt målt på registerbaserede oplysninger om antallet af børn i specialklasser, ulovligt fravær og skolekarakterer (28).

Indsatsen De Utrolige År[®] Børnehave og Skole (på engelsk kaldet The Incredible Years Teacher Classroom Management Programme) (29, 30) har også vist sig at være effektivt på tværs af lande og studier, men er heller ikke evalueret til brug blandt større børn og unge. Indsatsen er målrettet lærere, pædagoger og andre professionelle, som dagligt arbejder med børn i alderen 3-8 år. De Utrolige År[®] Børnehave og Skole er en kort gruppebaseret indsats, som har fokus på at styrke de fagprofessionelles pædagogiske strategier til at fremme social adfærd blandt børn. Gruppediskussioner, rollespil og videomodellering anvendes til at hjælpe de fagprofessionelle med at tilegne sig strategier, metoder og andre kompetencer, der kan fremme positiv adfærd hos eleverne og reducere problematisk adfærd i klasseværelset. En række litteraturgennemgange af De Utrolige År[®] Børnehave og Skole har overvejende fundet positive effekter, herunder på adfærd og emotionelle mål såsom selvkontrol samt sociale kompetencer blandt børn i 3-8-årsalderen (29, 30). Indsatsen er også implementeret i Danmark, men er endnu ikke evalueret i en dansk kontekst.

Af andre danske universelle skolebaserede indsatser, der har til formål at fremme mental sundhed, kan bl.a. nævnes Reach Out/Triv nu fra Psykiatrifonden (31), Perspekt fra ROCKWOLL-FONDEN (32), ABC for mental sundhed (33) fra Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet samt Stærke sammen fra Red Barnet (34). Indsatserne er typisk afprøvet i lokale og tidsbegrænsede projekter, og det har vist sig vanskeligt at få overblik over de erfaringer, der måtte være opsamlet. Det er ligeledes svært at vurdere,

om projekterne har ført til varige ændringer af praksis på skolerne.

I tillæg hertil foregår der mange andre tiltag rundt omkring i landet. Fx har Adfærd, Kontakt og Trivsels-lærere (AKT-lærere) og kontaktlærere til Skole, Socialforvaltning og Politi (SSP-kontaktlærere) på skoler gennem mange år arbejdet med fx flertalsmisforståelser og social pejling, brug af digitale medier, hvordan er man en god kammerat, det gode frikvarter osv. Dette foregår uden standardisering og monitorering.

Indsatser der forebygger mobning i skolen

Som beskrevet i afsnit 4.2, er mobning fortsat et problem på danske folkeskoler, selvom der er sket en markant forbedring over de seneste par årtier. Det er derfor centralt at undersøge, hvilke indsatser, der har været og fortsat vil være effektive i forhold til at reducere mobning på skoler.

En række antimobbeindsatser er inden for de seneste årtier blevet udviklet og evalueret (35-38). I deres metaanalyse konkluderede Farrington og Ttofi (2009), at antimobbeindsatser ofte er effektive og kan resultere i en gennemsnitlig reduktion i udøvelsen af mobning på 20-23% og en reduktion i andelen af ofre for mobning (på engelsk kaldet bullying victimization) på 17-20% (39). Effekterne varierede imidlertid betydeligt på tværs af indsatstyperne, og 30-45% af undersøgelserne kunne ikke dokumentere nogen programeffekter (40). Samtidig sås det, at effekterne var svagere, når indsatserne blev evalueret med et mere stringent design, såsom randomiserede kontrollerede forsøg (41, 42), og at effekten af indsatserne blev mindsket eller forsvandt helt ved opfølgning efter 12-24 måneder (37). Nogle af studierne undersøgte ikke varigheden af effekterne.

Overordnet finder de forskellige systematiske

litteraturgennemgange, at de multimodale og helskolebaserede indsatser opnåede bedre effekter end andre indsatstyper (35-38). Disse former for indsatser indebærer typisk brug af en manual til implementering af de forskellige aktiviteter, implementeringen foretages oftest af lærerne selv, og aktiviteterne er på forskellige indsatsniveauer fx til hele klassen, til forældrene, til lærerne og til eleverne – både individuelt og i grupper. Derudover omfatter de ofte skolepolitikker og samarbejde med lokalsamfundet (37, 38). At det særligt er helskolebaserede og multimodale indsatser, der opnår de bedste effekter, forklares ved, at netop disse indsatser søger at håndtere mobningens kompleksitet. Mobning kan anses som et gruppefænomen, der både involverer ofrene for mobningen, tilskuerne til mobningen, udøverne af mobningen, lærerne og forældrene. Mobning påvirkes også af den kontekst, hvor den foregår, fx i klasseværelset eller andre steder i skolen. Helskoleindsatser og multimodale indsatser omfatter typisk aktiviteter, der rammer netop disse aspekter (36). I modsætning til helskoleindsatser og multimodale indsatser er andre antimobbeindsatser mere fokuserede på enten aktiviteter i klasseværelset eller rettet mod at støtte og hjælpe eleverne med at udvikle sociale færdigheder og konfliktløsnings-evner alene. Disse indsatser viser ikke tydelige positive effekter på mobningen (36).

De effektive ingredienser i indsatserne til forebyggelse af mobning er undersøgt i flere studier. Tfofi and Farrington (2011) konkluderede, at indsatsernes intensitet (såsom antal timer) og varigheden af indsatsen (antal dage/måneder) er relateret til deres effektivitet (42). En litteraturnemgang af da Silva et al. (2017) fandt ligeledes, at omfanget af programmet, herunder antallet af komponenter, har betydning for de positive effekter på mobning (36). Dette indikerer, at indsatserne skal være langvarige og intensive for

at have de ønskede effekter. Andre studier peger på, at de vigtigste indsatskomponenter i forhold til at reducere mobning (andelen af udøvere og ofre) er ændringer i skolemiljøet (fx forbedret tilsyn på legepladser og antimobbe-politikker) samt forældreinddragelse (38, 42).

Særligt to finske helskolebaserede og multimodale indsatser er fundet at være effektive i forhold til at kunne reducere mobning - KiVa og Olweus Bullying Prevention Program (36, 37). I særdeleshed KiVa (se nedenfor) fremhæves som effektiv, og indsatsen har vist positive effekter på mobning i skoler på samtlige klassetrin dvs. fra 1. klasse til 9. klasse (4, 35-37). Det er samtidig vist, KiVa kunne reducere de emotionelle symptomer som angst og depressive symptomer og fremme trivsel generelt (37). Desuden ser KiVa-programmet ud til at have betydning for cybermobning, særligt blandt de yngre børn (37). Cost-effectiveness-studier har ligeledes fundet, at KiVa er omkostningseffektiv (4, 22) sammenlignet med de ikke-manualiserede initiativer i forhold til at forbedre livskvaliteten hos børn og unge (4).

KiVa er et antimobbeprogram, der er udviklet i Finland. KiVa er baseret på tankegangen om, at mobning er et gruppefænomen, og derfor er det vigtigt at fokusere på gruppens normer. Det antages, at en positiv ændring i adfærden hos tilskuerne til mobningen (dvs. elever der ikke selv er direkte involveret i mobbehændelserne) kan have en direkte effekt på mobberens adfærd. Den universelle del af indsatsen består derfor af et tilrettelagt pensum med lektioner og onlinespil, der særligt er rettet mod at fremme tilskuernes self-efficacy i forhold til at kunne stoppe en mobbehændelse og samtidig fremme tilskuernes empati over for mobbeofrene. Derudover består programmet af målrettede aktiviteter i de tilfælde, hvor mobningen allerede har fundet sted. Disse

aktiviteter omfatter én-til-én samtaler og gruppesamtaler mellem et KiVa-team på skolen (bestående af forskelligt personale på skolen, fx lærere og skolepsykolog) og de berørte elever samt støtte fra den mobbede elevs kammerater (43).

Danske erfaringer

Fri for Mobberi er et godt eksempel på en anti-mobbeindsats implementeret og udbredt i Danmark. Fri for Mobberi er målrettet børn i alderen nul til 9 år og er udviklet af Mary Fonden og Red Barnet. Fri for Mobberi er inspireret af Better Buddies-programmet fra den australske organisation The Alannah and Madeline Foundation. Indsatsen har bl.a. fokus på at skabe inkluderende fællesskaber og på at aktivere tilskuerne til mobningen. Foreløbige evalueringer af Fri for Mobberi har fundet indikationer på, at indsatsen kan medføre positive effekter. Det blev fundet, at Fri for Mobberi kan fremme børns kompetencer til bedre at kunne håndtere drillerier. Kvalitative evalueringer har også vist, at skoler, som har implementeret indsatsen, oplever mere omsorgsfulde børn, som er mere inkluderende i deres sociale handlinger (44, 45). Desuden er personalet selv mere opmærksomme på håndteringen af børnenes relationer (45). Ifølge Mary Fondens hjemmeside er Fri for Mobberi udbredt til cirka 60% af de danske børnehaver og omkring 45% af skolerne/SFO'erne (46). Fri for Mobberi er ikke evalueret blandt de 10-24-årige.

Universelle indsatser med sigte på at forebygge mentale helbredsproblemer i skolen

Nogle universelle skolebaserede indsatser har fokus på at forebygge symptomer på mentale helbredsproblemer, såsom symptomer på angst og depression. Eksempler på universelle indsatser, der har til formål at forebygge symptomer på mentale helbredsproblemer, er the FRIENDS program, the Aussie Optimism Program og the Penn Preven-

tion Program (47, 48). Indsatserne baseres ofte på principper fra kognitiv adfærdsterapi og har fokus på at lære børn og unge i skolealderen (5-18 år) strategier til fx at kunne identificere og håndtere problematiske og negative tanker og følelser, der kan være symptomer på angst og depression. Indsatserne varierer i omfang og varighed fra otte sessioner til op mod 20 sessioner. Lærergruppen er ofte involveret i leveringen af programmet, enten alene eller i samarbejde med sundhedsprofessionelle og/eller forskere. The FRIENDS program omfatter også fire sessioner målrettet forældrene, hvor de introduceres til indsatsen og får mulighed for at diskutere forskellige opdragelsesteknikker (47). Disse indsatser har vist varierende effekter (47-51). En metaanalyse fandt positive effekter på symptomer på angst og depression efter indsatsernes afslutning (49, 50) samt positive effekter på depressive symptomer ved opfølgning (tre til 48 måneder) (49). Andre indsatser fandt små, men signifikante, effekter på depressive symptomer, men ikke på symptomer på angst (47), og omvendt, små, men signifikante, effekter på angstsymptomer (dog kun blandt unge i alderen 12-18 år), men ikke på depressive symptomer (51) og ingen effekter på hverken symptomer på angst eller depression (48). Faktorer, der kan påvirke effekten af indsatserne, var heller ikke entydige. En systematisk forskningsoversigt fandt, at antallet af sessioner i indsatsen kan have betydning for effekten, hvor flere sessioner øger de positive effekter i forhold til symptomer på både angst og depression (47). En anden forskningsoversigt fandt dog, at længden af indsatsen ikke påvirker effekten på symptomer på depression og angst (49).

Mindfulnessbaserede indsatser i skolen anvendes ligeledes til at forebygge symptomer på mentale helbredsproblemer, herunder stress, angst og depression. International forskning har vist, at sammenlignet med andre sundhedsfremmende ind-

satser reducerer mindfulnessstræning stress, angst og depression hos unge og unge voksne (52, 53). Den hidtil største systematiske oversigt og meta-analyse af randomiserede kontrollerede forsøg med mindfulnessbaserede interventioner (MBI) til børn og unge i alderen 18 år eller yngre er Dunning et al. 2019 (52). Metaanalysen inkluderede 33 studier med i alt 3.666 unge. Udfaldsmålene blev inddelt i kognitive, adfærdsmæssige og følelsesmæssige faktorer. Der blev gennemført særskilte analyser af de 17 forsøg med i alt 1.762 unge, hvor MBI blev sammenlignet med en anden aktiv behandling. Resultaterne viste signifikante positive effekter af MBI versus kontrolgruppe (aktiv, passiv, venteliste-kontrol etc.) inden for alle kategorier af udfaldsmål (mindfulness, eksekutive kognitive funktioner, opmærksomhed, depression, angst/stress og negativ adfærd) med overvejende små effektstørrelser. De 17 studier, der sammenlignede MBI med en anden aktiv behandling, viste signifikante fordele ved MBI på mål for mindfulness, depression og angst/stress, hvor effekterne var moderate eller små, men der var ingen gruppeforskelle i udfaldene af de kognitive og adfærdsmæssige mål. De metodologiske begrænsninger omfattede stor variation af data samt risiko for publikationsbias, dvs. en tendens til, at kun positive fund bliver publiceret. Det var ikke muligt at udpege bestemte MBI-programmer som værende bedre dokumenteret end andre, idet 22 af studierne testede nye programmer frem for at gentage velkendte programmer. Således var kun syv af de undersøgte MBI-programmer evalueret i mere end et forsøg. For over 40% af MBI-programmerne gjaldt desuden, at de var udviklet, implementeret og evalueret af programudviklerne selv. Det indebærer en risiko for bias. Omvendt er det bemærkelsesværdigt, at MBI har dokumenterede positive effekter i sammenligning med anden aktiv behandling. Forfatterne (52) konkluderede, at MBI har potentiale til at kunne forbedre den mentale sundhed og trivsel hos unge, selvom der fortsat

er behov for store og metodologisk gode studier for yderligere at evaluere robustheden af MBI og forstå de aktive virkningsmekanismer.

En nyere systematisk oversigt og metaanalyse (54) undersøgte effekten af MBI til behandling af angst hos børn og unge. Studiet inkluderede 20 randomiserede kontrollerede studier med i alt 1.582 børn og unge og fandt en lille gavnlige effekt af MBI på angst efter endt behandling, men med store variationer i effektstørrelse der bl.a. afhang af, hvor MBI var evalueret. Randomiserede kontrollerede studier fra vestlige lande viste mindre effekter, der ikke blev fastholdt ved opfølgning. Der var signifikante, positive effekter efter endt behandling for MBI til børn og for MBI sammenlignet med passive kontrolgrupper, men ikke-signifikante effekter for MBI til unge, for MBI i skoler og i klinikker, og når MBI blev sammenlignet med aktive kontroller. Resultaterne tydede på, at MBI sandsynligvis kun vil give en mindre og midlertidig effekt målt på reduktion af angstsymptomer hos børn. Resultaterne støtter ikke ideen om implementering af skolebaserede MBI-programmer med det specifikke formål at reducere angst hos unge.

Danske erfaringer

Der er tilsyneladende få/ingen erfaringer i Danmark med universelle skolebaserede indsatser målrettet forebyggelse af angst og depression, og vores evidensgennemgang peger også på, at de universelle programmer har begrænsede effekter, når de har et snævert sigte på symptomer. Mindfulnessbaseret stressreduktion (MBSR) til unge voksne i Danmark har vist en effekt, der er sammenlignelig med resultater af de systematiske oversigtsartikler og metaanalyser (55). Der findes onlineprogrammer til MBSR på dansk til både unge og voksne (56), og programmerne er under evaluering i flere studier, der følger henholdsvis unge og voksne, som træner MBSR i Danmark.

6.3.2 Universelle indsatser på videregående uddannelser

Ungdomsårene kan være en vanskelig periode, der kan indeholde mange overgange, udfordringer og stressfaktorer, og som kan være medvirkende til at øge risikoen for mentale helbredsproblemer blandt de unge. Forskning viser, at en række mentale helbredsproblemer ofte debuterer i ungdomsårene (57, 58), herunder emotionelle lidelser som depression, angst og stress, og det er derfor særlig relevant at se på indsatser på de videregående uddannelser.

Der findes kun få systematiske litteraturgennemgange af effekten af indsatser til at fremme mental sundhed blandt unge voksne på de videregående uddannelser (59, 60).

To metaanalyser baseret på internationale studier undersøgte universelle mentalt sundhedsfremmende indsatser blandt elever på videregående uddannelser (59, 60). Studierne fandt overordnet positive effekter på symptomer på depression, angst og stress samt sociale og emotionelle kompetencer (59, 60), også ved opfølgning (60). Indsatser, hvor superviserede kompetenceøvelser var inkorporeret, dvs. hvor eleverne kunne praktisere nogle af de lærte kompetencer med feedback fra instruktørerne eller lederne af programmet, havde særligt positive effekter (59).

Mindfulnessindsatser har vist positive effekter på fremme af mental sundhed og forebyggelse af mentale helbredsproblemer blandt unge voksne. Et randomiseret studie fandt, at en gruppebaseret mindfulnessindsats, som bestod af kompetencetræning over en otteugers periode, og som blev leveret af erfarne mindfulnessstrænere, havde positive effekter på mental mistrivsel og generel trivsel (61). Et andet randomiseret studie, der blev foretaget blandt universitetsstuderende i Norge, undersøgte

et syvugers forløb af MBSR (62). Studiet fandt positive effekter af MBSR-indsatsen på mental mistrivsel og trivsel generelt efter indsatsens afslutning og ved opfølgningstidspunktet blandt kvinder, men ikke blandt mænd. Desuden fandt studiet, at omfanget af deltagelse og hjemmeøvelser havde betydning for effekten, således at jo større deltagelse og jo mere deltagerne praktiserede øvelserne hjemme, desto større var effekten på mental mistrivsel (62). MBSR er også hyppigt anvendt i Danmark, omend der endnu ikke forelægger evidens for en universel version af MBSR i en dansk kontekst. Ligeledes har online-mindfulnessindsatser vist positive effekter for unge og unge voksne. Et randomiseret kontrolleret studie fandt, at et to ugers online mindfulness-kursus havde positive effekter på de deltagendes opfattede stressniveau samt deres symptomer på angst og depression (63).

Webbaserede indsatser er blevet mere udbredte inden for de seneste år (64-66) og har en række fordele. Fx kan de nå ud til en bredere og større gruppe unge, reducere stigma, tilgås fleksibelt og anonymt og være omkostningseffektive (59, 66, 67). En metaanalyse har undersøgt effekten af universelle webbaserede indsatser målrettet elever på videregående uddannelser, der har til formål at forebygge mentale helbredsproblemer og fremme den mentale sundhed. Studiet fandt indikationer på, at denne type indsats kan være effektiv i forhold til at reducere symptomer på depression, angst og stress i sammenligning med kontrolgrupper uden aktiv behandling. Der er større effekter af de indikerede webbaserede indsatser, hvis de ledsages af personlig kontakt med en terapeut enten direkte eller online via e-mail eller en chatfunktion. Samtidig kunne webbaserede indsatser fremme elevernes interpersonelle forhold, herunder tilfredsheden med deres sociale relationer, kvaliteten af disse og opfattet social støtte (66), men der mangler fortsat forskning, før vi kan sige, om

effekterne er robuste i forskellige målgrupper og over tid. Effekten af de webbaserede indsatser var mindre en effekten af indsatser, som blev leveret ansigt-til-ansigt (66).

Danske erfaringer

www.mindhjælper.dk er et website om mental sundhed målrettet unge i alderen 13-20 år. På Mindhjelper får unge viden om risikofaktorer og beskyttende faktorer for mental sundhed. De unge kan selv finde digitale redskaber, som de kan bruge til at træne robusthed, selvværd, problemløsning og sociale relationer. Desuden er der tilbud om mere personlige råd via en brevkasse, og der er information om at søge hjælp på alle niveauer i den enkelte kommune. Et vigtigt element i denne indsats er således en betydelig grad af brugerinddragelse. Sitet dækker emner lige fra mobning og søvnproblemer til obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD) og depression (68). Indsatsen er blevet eksternt effektvurderet i 2017, hvor det bl.a. blev konkluderet, at sitet har mange besøgende, og at indsatsen er brugbar for den brede målgruppe (69).

6.3.3 Andre eksempler på danske universelle indsatser

Vi har spurgt en række interessenter, aktører og fonde om deres vigtigste universelle indsats målrettet børn og unges mental sundhed. Nogle er i gang med at blive evalueret i randomiserede kontrollerede forsøg (fx Back2School), mens andre indsatser undergår anden evaluering.

Dansk Center for Mindfulness er i øjeblikket ved at afprøve indsatsen Stress-fri hverdag for børn og unge, hvor 200 grundskolelærere, 50 gymnasielærere og 50 SOSU-uddannere fra hele landet uddannes til at undervise 12-18-årige elever i mindfulness (mindfulnessbaseret stressreduktion). Studiet er designet med ventelistekontrol.

Formålet er overordnet at fremme mental sundhed og forebygge stress, angst og depression for både lærerne og eleverne (70)

En go' Bgym har til formål at udvikle, implementere og evaluere en indsats i gymnasiet, der skal fremme trivsel blandt elever i 1. g. Projektet inddrager de unge, lærere, rektorer og lokale foreninger i forsøget på at skabe de bedst mulige vilkår for at styrke trivslen blandt gymnasieelever (71).

UNICEF Rettighedsskoler målrettet skolebørn i alderen 6-15 år har til formål at udbrede kendskabet til og anvendelsen af Børnekonventionen blandt børn og voksne i Danmark. Ved begyndelsen af 2019/2020 var der 48 rettighedsskoler i Danmark. Projektet er internt evalueret (72).

Det Sociale Netværk en sundhedsfremmende indsats kaldet MindU, der har til formål at bruge Folkekirkens konfirmandundervisning i forebyggelsesøjemed til at fremme mental trivsel hos unge, uanset om man er i risiko for at udvikle psykisk sårbarhed eller ej. MindU er til stede i alle landets stifter på nær Haderslev og har sammenlagt været i kontakt med 5.600 unge i alderen 13-15 år i perioden 2016-2019. Der foretages årlige interne evalueringer (73).

På hjemmesiderne fra Socialstyrelsen (74), Børns Vilkår (75), MaryFonden (76) og Psykiatrifonden (77) kan ses flere eksempler på forebyggende indsatser. Disse indsatser har varierende kvalitet med hensyn til studiedesign og grad af forskningsevaluering.

6.4 SELEKTIVE OG INDIKEREDE FOREBYGGENDE INDSATSER

For børn og unge, som har udviklet begyndende symptomer på mentale helbredsproblemer og sygdomme, er der indikation for tidlig indsats i form af lettere behandling, når symptomerne er forbundet med mistrivsel og påvirkning af den daglige funktion i skole og hjem. Den tidlige indsats skal være rettet mod at bedre barnet eller den unges trivsel og funktionsevne, herunder fx deltagelse i skole- og fritidsaktiviteter, og derved mindske risikoen for, at de psykiske problemer persisterer. Følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer i barne- og ungealderen er forbundet med en tre gange øget risiko for senere udvikling af sværere psykiske sygdomme samt fysiske og sociale problemer (78-82) og med øget risiko for selvmordsadfærd (83). En dansk repræsentativ longitudinal undersøgelse af godt 2.000 børn fandt frem til de ca. 10% af børnene, som viste flest tegn på psykisk mistrivsel og funktionspåvirkning ved 11-12-årsalderen ifølge forældrenes svar på spørgeskemaet Strengths and difficulties Questionnaire (SDQ). Opfølgningen i nationale registre viste, at kun 25% af børnene med mistrivsel modtog hjælp i det offentlige sundhedsvæsen inden 16-17 årsalderen, og der gik gennemsnitligt 2,5 år fra forældrene svarede på spørgeskemaet til børnene modtog hjælpen (84). Blandt de børn, som modtog hjælp, opnåede hele 20% ikke nogen 9.-klasses afgangseksamen. De resterende 75% af børnene i mistrivsel modtog ingen hjælp i det offentlige sundhedsvæsen i tiden frem til 16-17-årsalderen. Disse børn opnåede et karaktergennemsnit, der var ét point lavere end de klassekammerater, som ikke udviste psykisk mistrivsel i 11-12-årsalderen, også efter justering for en lang række sociale og familiære forhold. Resultaterne viste således, at 75% af børn med følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer og funktionspåvirkning ikke fik nogen behandling i

skolealderen til trods for, at problemerne viste sig at være forbundet med et dårligere resultat ved afgangseksamen fra folkeskolen.

Der er et stærkt rationale for at tilbyde tidlige og forebyggende indsatser, der er målrettet mentale helbredsproblemer i barne- og ungealderen. De mest almindelige begyndende mentale helbredsproblemer og sygdomme hos børn og unge er angst, depressive symptomer, tvangstanker/handlinger, urolig eller forstyrrende adfærd, forstyrrelser vedrørende vægt og spisning, skadelig brug af alkohol og stoffer og selvskaade. Der er samlet set evidens for gavnlige effekter af en række forskellige pædagogiske og psykologiske behandlingsprogrammer til børn og unge med disse mentale helbredsproblemer. Selvom langtidseffekterne fortsat er uafklarede, er der gode grunde til at antage, at de gavnlige effekter på både kort og længere sigt vil øge barnets eller den unges muligheder for en sund psykisk udvikling og dermed bidrage til at forebygge udviklingen af sværere psykiske sygdomme (1).

Grænsen mellem forebyggelse og behandling er flydende. De fleste børn og unge, der identificeres, eller selv henvender sig med behov for hjælp, har allerede symptomer og funktionspåvirkning i en grad, der opfylder de diagnostiske kriterier for en eller flere psykiske sygdomme. De indikerede (også kaldet individrettede) forebyggende indsatser har derfor karakter af lettere behandling af psykiske sygdomme (sekundær forebyggelse, se **tabel 6.1**). Det skyldes, at den anbefalede tærskel for henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien er relativt høj for den type problemer set i forhold til de diagnostiske kriterier i ICD-10 og DSM-5. Derfor er evidensen for indikerede forebyggende tiltag overlappende med evidensen for de psykologiske behandlinger af de mest almindelige psykiske sygdomme såsom angst, depression, adfærdsfors-

styrrelser, ADHD, spiseforstyrrelser og misbrug/selvskade hos børn og unge.

I de følgende afsnit (6.4.1-6.4.12) vil vi komme ind på forebyggelse og behandling af tilstande, der er belastende, og som påvirker individet (se **figur 6.1** og **tabel 6.1**).

6.4.1 Opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelser (ADHD)

Mulighederne for primær forebyggelse af ADHD er begrænsede, men der er gode muligheder for at forbedre prognosen gennem tidlige og forstærkede indsatser. Generelt anbefales adfærdsbaserede indsatser til forebyggelse og behandling af ADHD-symptomer og -tilstande hos børn og unge. De adfærdsbaserede indsatser er defineret som indsatser, der er rettet mod at forbedre den enkelte eller forældrenes adfærd ved hjælp af strategier, der er baseret på bl.a. sociale læringsprincipper og andre kognitive teorier (85).

Der findes en række indikerede adfærdsbaserede indsatser over for ADHD, hvor de bedst undersøgte indsatser er forældretræningsprogrammer. De undersøgte forældretræningsprogrammer har fokus på at reducere forstyrrende adfærd, herunder ADHD-symptomer, ved at fremme forældrekompetencer. Forældrene lærer at bruge positive, klare, konsistente og anerkendende former for kommunikation og opdragelse, herunder systematisk belønning af ønsket adfærd. Når forældrene har etableret en positiv kontakt og kommunikation med barnet, kan de gå videre med brug af grænsesætning og negative konsekvenser overfor uønsket adfærd. Disse forældretræningsprogrammer er enten målrettet adfærdsforstyrrelser generelt eller udviklet særligt til forældre til børn, der har symptomer på ADHD eller har en ADHD-diagnose.

Flere systematiske forskningsoversigter og meta-analyser har undersøgt evidensen af forældretræningsprogrammer til børn og unge med ADHD (subtærskel-symptomer eller fuldt udviklede ADHD-tilstande) med varierende resultater (85-89). En systematisk forskningsoversigt af Coates et al. fra 2015 viste, at de undersøgte forældretræningsprogrammer overordnet set var forbundet med en reduktion i børnenes ADHD-symptomer (88). En anden forskningsoversigt fandt, at der var inkonsistente resultater af forældretræningsprogrammerne på ADHD-symptomer (85). De positive effekter, som forældrene rapporterer, kan ikke genfindes ved brug af data fra uafhængige objektive kilder, såsom ved lærerreporterede data. Dette kan indikere, at de positive resultater snarere afspejler en ændring i forældrenes holdninger og opfattelser omkring deres barn med ADHD end en faktisk ændring i barnets adfærd (85). Det er også muligt, at forældrene er de nærmeste til at vurdere positive ændringer i barnets adfærd, eller at deres mere positive opfattelse af barnets adfærd afspejler gavnlige effekter af interventionen på forældre-barn-samspelet.

Forældretræningsprogrammer har vist mere konsistente gavnlige effekter på de ADHD-relaterede adfærdsproblemer (85, 88) og forældrenes selvværd (88). Der er desuden fundet evidens for, at forældretræningsindsatserne forbedrer forældrenes adfærd over for deres børn i retning af en mere positiv opdragelsespraksis og mindre brug af negativ praksis som skældud, kritik og straf. Dette kan i bedste tilfælde have positive effekter på barnets adfærd på længere sigt (85).

De bedst undersøgte forældretræningsprogrammer er de generiske programmer The Incredible Years (På dansk kaldet De utrolige år (DUÅ)), Parent Management Training - Oregon model (PMTO) og Triple P samt det specifikke

program New Forest Parenting Program (NFPP), som er specifikt målrettet til børn med ADHD. Som beskrevet i afsnit 6.4.6 er DUÅ, PMTO og Triple P fundet at være effektive over for adfærdsforstyrrelser generelt. Målrettet børn med ADHD har DUÅ, PMTO og Triple P også vist sig at være effektive (85, 87, 89-92). En systematisk litteraturgennemgang af effekten af DUÅ-programmet, specifikt målrettet børn med ADHD i alderen tre til otte år, fandt overvejende positive effekter på ADHD-symptomer, særligt ved de forældre-rapporterede data, og der blev ligeledes fundet positive effekter på børnenes sociale færdigheder. Mindre og mere varierende effekter blev fundet for de objektive mål og for lærerrapporterede data. Forfatterne bag studiet konkluderede derfor, at programmet 'sandsynligvis' er effektivt hos børn med ADHD (89).

En anden systematisk forskningsoversigt sammenlignede effekten og omkostningseffektiviteten af New Forrest Parenting Programme (NFPP), der er en individuel forældretræning, med DUÅ, givet som et gruppebaseret tilbud til forældre til førskolebørn med ADHD. Det blev fundet, at NFPP ikke var mere effektivt hos førskolebørnene end DUÅ. Dette var i strid med forventningerne, da NFPP er designet specifikt til behandling af ADHD hos børn i førskolealderen, mens DUÅ er et mere generisk program til forældre til børn med forstyrrende adfærd. Det individuelle NFPP var billigere at implementere end det gruppebaserede DUÅ beregnet pr. deltagende forælder (87), hvilket modsiger forventningen om, at gruppebehandling er billigere end individuel behandling.

NFPP er desuden blevet testet i et klinisk randomiseret kontrolleret forsøg blandt børn i alderen 3-7 år og deres forældre på tre børnepsykiatriske afdelinger i Danmark. Resultaterne af dette forsøg viste, at NFPP var mere effektivt end den sædvan-

lige behandling uden tilbud om forældretræning. NFPP reducerede børnenes ADHD-symptomer og havde positive effekter på forældrenes kompetencer samt reducerede stressniveauet i familien. Endvidere havde programmet en positiv effekt på børnenes livskvalitet (rapporteret af forældrene) (93). Effekterne viste sig desuden at være vedligeholdt 36 uger efter behandlingen. Ligesom andre studier af forældretræning målrettet børn med ADHD viste dette studie ikke effekt i forhold til de lærerrapporterede ADHD-symptomer (8, 94).

Baseret på litteraturgennemgangene og det danske forsøg synes de ADHD-specifikke forældre-træningsprogrammer såsom NFPP at være bedre end standardbehandling, men det er usikkert, om de også er bedre end de generiske forældretræningsprogrammer som PMTO og DUÅ. Forældretræningsprogrammerne er omkostningseffektive både til behandling af ADHD og adfærdsforstyrrelser (87, 88).

Danske erfaringer

I Danmark er der en vis erfaring med anvendelsen af de evidensbaserede forældretræningsprogrammer til forebyggelse og behandling af forstyrrende adfærd hos børn, idet forskellige kommuner har anvendt et eller flere af programmerne i varierende omfang. NFPP målrettet børn med ADHD er desuden blevet evalueret i et stort dansk randomiseret kontrolleret forsøg, der blev gennemført i tre børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

Det danskudviklede forældretræningsprogram Kærlighed i Kaos (KiK) tilbydes også til forældre med børn i alderen tre til ni år, der har ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder. Programmet gives i et gruppeforløb med fem til syv forældrepar, og forløbene varer 12 uger. Forældrene bliver præsenteret for redskaber med det formål at klæde dem på til at kunne ændre deres barns

adfærd. Fokus er på undervisning i årsagerne til barnets adfærd, positiv kommunikation samt håndtering af konflikter mellem forældre og børn. Undervisningen varetages af trænere, der har gennemgået en træneruddannelse, der er udviklet af ADHD-foreningen (90).

En dansk undersøgelse foretaget af VIVE har evalueret KiK og PMTO. Evalueringen bygger på forskellige evalueringsdesigns og -metoder, herunder interviews og spørgeskemaer, der besvares af forældrene selv. Forældrene blev rekrutteret via ADHD-foreningen og PMTO-terapeuterne i de deltagende kommuner. Overordnet set viste evalueringen, at implementeringen af indsatserne så ud til at være lykkedes. Forældrene gav udtryk for, at de havde fundet redskaberne relevante og anvendelige i hverdagen. Forældrene oplevede, at træningen påvirkede barnet positivt og førte til færre konflikter og frustrationer i familien, og at de selv skældte mindre ud og roste barnet mere. De kvantitative analyser viste også signifikante reduktioner i adfærdsproblemer hos børnene, både i KiK og PMTO. Vurderingen af børnenes adfærd havde nærmet sig grænsen til normalområdet for børn i KiK-gruppen, men børn i PMTO-gruppen gik fra at ligge uden for normalområdet til at ligge inden for normalområdet. Der var samtidig opnået en signifikant stigning i forældrenes mestringsevne i forhold til forælderrollen efter afslutningen af kurserne (90).

6.4.2 Autismespektrumforstyrrelser

Tidlig diagnostik og individuelt tilpasset pædagogisk og psykologisk behandling er afgørende for et godt forløb af de alvorlige og gennemgribende udviklingsforstyrrelser inden for autismespektret. Standardbehandlingen fokuserer på at strukturere dagligdagen og miljøet for at skabe gode rammer for barnet og den unge og dermed kompensere

for dets vanskeligheder. Rationalet for en tidlig behandling er antagelsen om, at mulighederne for at påvirke udviklingen af social kommunikation og sprog i retning af en bedre adaptiv funktion og trivsel er større, jo tidligere den specifikke støtte og behandling sættes ind. Det er lettere at bremse kaskaden af sekundære vanskeligheder, når barnet er veltilpas og velkompenseret i sin dagligdag. Herudover viser nyere oversigter og metaanalyser (95, 96), at de forældermedierede interventioner til småbørn og førskolebørn med autisme kan forbedre en række aspekter af børnenes sociale og kommunikative udvikling, herunder deres evne til fælles opmærksomhed samt deres sprog, initiering og respons på interaktion, adfærd, leg og adaptiv funktion. Disse fund tyder på, at selve udviklingsforløbet for kernesymptomerne kan påvirkes ved tidlig behandling, dvs. at der er et potentiale for sekundær forebyggelse i form af tidlig indsat i form af forældermedieret behandling rettet mod de social-kommunikative vanskeligheder, der udgør kernesymptomerne ved autisme.

Danske erfaringer

I Danmark findes enkelte private udbydere af forældermedieret træning til børn med autisme og af anden træning af barnet.

I børne- og ungdomspsykiatrien ydes psykoedukation, pædagogik og vejledning til forældre. Desuden forberedes et randomiseret kontrolleret studie, der skal evaluere Parent-mediated communication-focused treatment (PACT) sammenlignet med standardbehandling til forældre til børn med autisme (97). PACT er en forældermedieret og videounderstøttet behandling, der sigter på at udvikle barnets sociale kommunikation og sprog via leg i vante omgivelser. De virksomme elementer består i at øge mængden af fælles opmærksomhed mellem barn og forældre og herunder forældrenes sensitive og synkronede svar

på barnets kommunikation. Indsatsen har vist sig at forbedre barnets kernesymptomer ved autisme op til seks år efter behandling.

6.4.3 Angst og depressive symptomer

De bedst dokumenterede psykologiske programmer til forebyggelse og behandling af emotionelle problemer hos børn og unge er overordnet set de programmer, der bygger på principper og metoder, der kendes fra kognitiv adfærdsterapi til voksne med angst og depression, men med tilpasninger til alderen og ofte også med inddragelse af forældrene som en støtte for barnet. Der er evidens fra systematiske forskningsoversigter og metaanalyser for gavnlige effekter af sådanne programmer med kognitiv adfærdsterapi til behandling af angst hos børn og unge. De systematiske oversigter og metaanalyser har rapporteret gavnlige effekter målt som reduktion af forældre-reporterede angstsymptomer og/eller reduktion af andelen af børn, for hvem symptomer og funktionspåvirkning gik fra at ligge over den diagnostiske tærskel for en angstsygdom til at ligge under denne tærskel. Der er påvist markante effekter af kognitiv adfærdsterapi sammenlignet med en ventelistekontrolgruppe (98) med et iøjnefaldende lavt number needed to treat (NNT) på tre. Effekterne er robuste og uafhængige af barnets køn, alder, sværhedsgraden af angst og komorbiditet. Få studier har sammenlignet kognitiv adfærdsterapi med anden aktiv behandling af angst hos børn og unge, og der mangler således direkte sammenligninger af forskellige aktive behandlinger. En nyere netværksmetaanalyse (99) fandt, at gruppebaseret kognitiv adfærdsterapi måske er mere effektiv end de andre former for aktiv terapi, der har været undersøgt. En forklaring kan være, at børnene interagerer og træner sociale færdigheder under behandlingen, når den sker i grupper.

Kognitiv adfærdsterapi til børn og unge med angst har desuden vist små, men dog signifikante, gavnlige effekter på depressive symptomer, adfærdsproblemer og generel funktionsevne (100). Kognitiv adfærdsterapi kan tilbydes i forskellige formater til børn og unge: individuel terapi, gruppebaseret terapi, forældremedieret terapi, hvor terapeuten guider forældrene, eller anden hjælp til selvhjælp. De lavintensive indsatser med internetbaseret eller forældremedieret hjælp til selvhjælp har mindre effekt (99). Selvom effekterne er mindre, og flere falder fra undervejs i de lavintensive tilbud, så har disse formater et stort forebyggelsespotentiale, fordi indsatsen er mindre ressourcekrævende og dermed lettere at gøre tilgængelig for mange børn og unge end sædvanlig psykoterapi, hvor barnet eller den unge skal mødes regelmæssigt med psykologen.

Resultaterne har været mere blandede, når det gælder effekten af psykoterapi, herunder kognitiv adfærdsterapi, til forebyggelse og behandling af depressive symptomer hos børn og unge, og de rapporterede effekter har generelt været mindre end effekten af kognitiv adfærdsterapi til behandling af angst hos børn og unge (101). I den systematiske oversigt og meta-analyse af kognitiv adfærdsterapi til forebyggelse af depression hos børn og unge faldt risikoen for depression i det første år efter intervention kun få procent i gennemsnit i forhold til effekten af ingen intervention, og NNT var 33. De selektive og indikerede indsatser til skolebørn har vist små effekter, mens de universelle indsatser ikke har vist signifikante effekter overfor en placebokontrol (101). Nogle studier fandt små effekter af skolebaserede interventioner til forebyggelse af angst og depressions-sygdomme hos børn og unge med indikerede problemer, der endnu lå under den diagnostiske tærskel; men studierne var forbundet med stor risiko for bias, og effekterne kan være overvurderede (51).

Kognitiv adfærdsterapi til behandling af depression hos børn og unge har vist positive effekter på de depressive symptomer, herunder på selvmordstanker og problemadfærd (102), sammenlignet med placebokontrol og andre ikke-aktive behandlinger. Få studier har sammenlignet kognitiv adfærdsterapi med anden aktiv behandling af depression hos børn og unge, og der mangler således viden om, hvilke typer af behandlinger der virker bedst – og for hvilke børn og unge. Der er ligeledes begrænset viden om de virksomme mekanismer i behandlingen. En nyere sammenligning af korttidspsykodynamisk psykoterapi, kognitiv adfærdsterapi og god case-management viste, at de to aktive psykoterapier ikke havde nogen klinisk betydende, gavnlige effekter ud over effekten af god case-management med fokus på psykoedukation, krisehåndtering og adfærdsaktivering (103) til unge med depression.

Danske erfaringer

Der er danske programmer for kognitiv adfærdsterapi til børn og unge med angst: Cool Kids (7,104), Få styr på angsten (9) og Hjælp dit ængstelige barn (105). Der er ingen danske programmer til forebyggelse og tidlig behandling af depression hos børn og unge. I Norge har små forsøg vist positive effekter af både individuel og gruppebaseret kognitiv adfærdsterapi til behandling (106) hos børn, som er henvist med angst. Der er desuden vist lovende effekter af et transdiagnostisk, gruppebaseret program kaldet 'EMOTION' til indikeret forebyggelse af angst og depression (107), svarende til de udenlandske evalueringer af lignende programmer som Coping Cat (108) og ACTION (109). I Danmark er et nyt stort transdiagnostisk program, Mind My Mind, under afprøvning i et randomiseret, kontrolleret design. Mind My Mind-programmet er gennemført i Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) i fire danske kommuner i et tæt samarbejde med børne-

og ungdomspsykiatrien i tre regioner. Projektet evaluerer effekter og omkostninger af kognitiv adfærdsterapi og forældretræning til skolebørn med angst, depressive symptomer og/eller adfærdsvan-skeligheder. Programmet understøttes af en central organisering af uddannelse og kvalitetssikring.

LÆR AT TACKLE angst og depression – for unge – er baseret på det evidensbaserede peer-kursus for voksne, der hedder LÆR AT TACKLE angst og depression. Indsatsen er udviklet til den unge målgruppe af Komiteen for Sundhedsoplysning efter opfordring fra en række af landets kommuner, der udtrykte behov for et kursus særligt for unge. Effekten af ungeindsatsen evalueres i 2018-2020. Alle LÆR AT TACKLE-programmerne er selvhjælpskurser til mennesker med langvarig sygdom – og til pårørende. Kurserne bygger på viden om, at ens egen indsats og håndtering af sygdommen er af stor betydning for effekten af den behandling, man modtager (110). Sideløbende med de igangværende forskningsprojekter har hver af de fem regioner indgået samarbejde med et antal kommuner om en række meget forskellige satspuljeprojekter med hver deres model for en 'fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien'.

Samlet kan det konkluderes, at der er evidensbaserede programmer til forebyggelse og behandling af angst og depressive symptomer hos børn og unge, herunder programmer for lettere behandling, der med tilstrækkelig organisatorisk og ledelsesmæssig støtte og økonomi kan gennemføres i kommunerne i overensstemmelse med anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for børn og unge med angst og/eller depression (111).

6.4.4 Obsessive-kompulsive tilstande (OCD)

Der er kun meget begrænset forskning (112) i tidlige og forebyggende indsatser til børn og

unge med OCD. Over halvdelen af alle tilfælde af OCD begynder i barndommen, ofte allerede i 9-10-årsalderen, og de første tvangstanker og -handlinger holdes ofte skjult, nogle gange i flere år. Det er bekymrende, fordi en længere varighed af ubehandlet OCD er forbundet med en øget risiko for et kronisk forløb. Tvangstanker og -handlinger er forbundet med et stort ubehag, hvor tvangshandlingerne neutraliserer ubehaget for en tid, hvorefter angsten vender tilbage, og ritualer må gentages. Det er helt normalt, at forældre forsøger at lindre barnets ubehag ved at lade barnet gennemføre tvangshandlingerne og hjælpe det fx ved at give gentagne forsikringer om, at det frygtede ikke vil ske. Dette respons kaldes akkommodation (113). Responset kan bidrage til at vedligeholde en ond cirkel via forstærkning af tvangshandlingerne, og en svær grad af OCD er netop forbundet med høje niveauer af akkommodation (114).

Lovende indsatser til forebyggelse af OCD er forslag om at uddanne fagprofessionelle samt børn og unge i skoler og uddannelsesinstitutioner, så de bliver i stand til at genkende symptomerne og opsøge hjælp. Tidlig behandling inkluderer psykoedukation til familien. Her lærer forældre, søskende og andre pårørende at forstå de vedligeholdende mekanismer og at erstatte akkommodation med anden støtte til barnet (115).

Kognitiv adfærdsterapi med eksponering og responsindhjælp (på engelsk kaldet exposure and response prevention (ERP)) anbefales som førstevalgsbehandling (116, 117). Dette støttes af systematiske forskningsoversigter og metaanalyser af randomiserede forsøg med kognitiv adfærdsterapi til børn og unge med OCD. Studierne har dokumenteret positive effekter af kognitiv adfærdsterapi målt på symptomer og funktionspåvirkning sammenlignet med ingen aktiv behandling. Dog

er studierne kritiseret for manglende kvalitet (118), og der mangler fortsat studier, der sammenligner kognitiv adfærdsterapi med anden aktiv psykologisk behandling (118). Ved kognitiv adfærdsterapi med ERP træner barnet eller den unge at blive udsat (eksponeret) for de specifikke situationer, som normalt fremkalder tvangshandlinger. Samtidigt skal barnet eller den unge undgå at udføre de tvangshandlinger (responsindhjælp), der normalt neutraliserer angsten. Derved lærer barnet/den unge, at angsten kan aftage uden ritualer. Et eksempel kan være, at barnet/den unge skal røre ved dørhåndtaget og undlade at vaske hænder.

Danske erfaringer

Forskningsprojektet NordLOTS har undersøgt effekterne af kognitiv adfærdsterapi med ERP til OCD i børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark, Norge og Sverige (119). Studiet fandt, at knap halvdelen af børnene blev helt fri for OCD efter første behandling med kognitiv adfærdsterapi. De deltagere, der ikke opnåede effekt, blev efterfølgende fordelt i to grupper i et randomiseret, kontrolleret design, hvor den ene gruppe fortsatte behandling med kognitiv adfærdsterapi, mens den anden gruppe fik medicin. Begge grupper fik det markant bedre i anden runde af behandlingen. Tre år efter behandlingen havde i alt 90% af deltagerne opnået respons, og 73% var i remission uden forskel set i forhold til behandlingsvarighed eller type af behandling i den anden runde (120, 121).

Det nordiske forsøg styrker evidensen for, at kognitiv adfærdsterapi er en virksom behandling til OCD hos børn og unge, der behandles i psykiatrien. Kognitiv adfærdsterapi kunne reducere symptomerne og føre til forbedringer af samme størrelse som medicin, endda ved svær OCD. Børn og unge med OCD har ofte separationsangst, helbredsangst eller andre emotionelle vanskeligheder forud for debut af OCD, hvilket har inspireret til forslag om, at tidlig behandling

med kognitiv adfærdsterapi rettet mod angst kan bidrage til at forebygge OCD.

Der mangler studier med langvarig opfølgning til vurdering af effektiviteten af tidlig intervention overfor OCD, men der er stærke grunde til at antage, at tidlig intervention giver mulighed for at reducere symptomerne og deres indflydelse på den videre udvikling (122).

6.4.5 Tourette syndrom

Forløbet af Tourette syndrom er meget varierende, og tidlig opsporing og støtte samt eventuel behandling menes at kunne mildne forløbet, ligesom ved andre hjerneudviklingsforstyrrelser.

Det er vigtigt at udbrede kendskabet til sygdommen, både blandt sundhedsfagligt personale og ude i skoler, daginstitutioner og i sundhedsplejen for at kunne give oplysning om behandlingsmulighederne så tidligt som muligt. Der findes ikke evidensbaserede undersøgelser, der har set på, hvad tidlig kontra sen behandling betyder for forløbet, men fra danske undersøgelser vides det, at sen erkendelse og forståelse af problemet ofte har ført til store frustrationer og skyldfølelse (fx dårlig opdragelse) hos både forældre og børn (123). Det er derfor vigtigt, at professionelle, der arbejder med Tourette syndrom, hjælper med at udbrede kendskabet til syndromet. Dette kan gøres ved at undervise pædagoger, skolelærere, PPR-personale med flere. Derudover er det vigtigt at hjælpe unge med Tourette syndrom med at fuldføre uddannelse, håndtere det sociale liv, undgå selvmedicinering samt håndtere forandringen fra ungdom til voksenliv på en sund måde.

Danske erfaringer

I Danmark er der både i børne-unge-psykiatrien, i pædiatrien og hos privatpraktiserende børnelæger, børnepsykiatere og psykologer mulighed for

psykoedukation, herunder pædagogisk og anden vejledning til forældre og børn med tics.

Psykoedukation bør tilbydes alle. Ved behandlingskrævende tics, dvs. tics, der giver smerter, sociale problemer eller forstyrrelser i hverdagen, og som ønskes behandlet, har tic-undertrykkende behandling i de senere år vist sig at være meget succesfuld til reduktion af tics. I dag anbefales tic-undertrykkende behandling som førstevalg til børn og unge, der ønsker behandling af tics (124). Et dansk randomiseret, kontrolleret forsøg af gruppe- og individuel behandling med Exposure Response Prevention (ERP) (at undertrykke tics) og Habit Reversal Training (HRT) (at lave en modbevægelse) har vist signifikant effekt (125). På trods af dette er der kun få steder i Danmark (Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital Psykiatrien, Tourette klinikken ved Herlev Hospital samt enkelte steder i privat regi), der kan tilbyde denne behandling. Det skyldes formentlig, at det er en ressourcekrævende behandling, nemlig 12 undervisningstimer på 12 uger med en erfaren sygeplejerske/behandler, og børnene skal være omkring ti år eller ældre. Dels skyldes det mangel på uddannet personale til at varetage behandlingen. Farmakologisk behandling har tidligere været førstevalg og kan stadig være en mulighed. Den udføres af speciallæger med erfaring inden for dette område.

6.4.6 Adfærdsvanskeligheder

De evidensbaserede programmer til behandling af adfærdsproblemer, inklusive aggression og forstyrrende adfærd hos børn og unge, kan inddeles i: 1) forældretræningsprogrammer, der sigter mod at bedre forældrenes kompetencer og opdragelsespraksis, kommunikation med og kontakt til barnet, og herunder lære forældrene at anerkende barnet og belønne det for en mere positiv adfærd; og 2)

skolebaserede forebyggende programmer til børn og unge, individuelt eller i gruppe, med og uden involvering af forældre.

Gruppebaserede forældretræningsprogrammer til børn i alderen 3-12 år med problemadfærd er bedst undersøgt. En Cochrane-forskningsoversigt og metaanalyse (126) fandt gavnlige effekter på barnets adfærdsproblemer, rapporteret af forældrene selv, samt bedring i forældrenes opdragelsespraksis observeret af en uafhængig og blindet forsker. Desuden fandtes små, men signifikante effekter målt på forældrenes eget psykiske helbred, når forældretræningen blev sammenlignet med en ventelistekontrolgruppe. Der fandtes ingen signifikante effekter målt på eventuelle følelsesmæssige eller indlæringsmæssige problemer hos barnet (få data).

Gavnlige effekter af skolebaserede programmer til børn og unge, individuelt eller i gruppe, med og uden involvering af forældre, er ligeledes veldokumenterede i flere forskningsoversigter og metaanalyser (127-129). Studierne har vist signifikante, positive effekter målt både på problemadfærd, sociale færdigheder og tilpasning i skolen (127, 128). Der findes næsten ingen studier med direkte sammenligninger af forskellige programmer, men metaanalyser har rapporteret bedre effekter af programmer, der inkluderer træning af prosociale færdigheder end programmer, der kun har fokus på håndtering af vrede. Samtidigt har de kortere programmer vist større effekter end de meget langvarige og komplekse programmer (127).

En nyere systematisk oversigt har dokumenteret effekter af psykosociale programmer for både forebyggelse og behandling af adfærdsforstyrrelser (130) med gavnlige effekter, der kan måles op til 35 år efter interventionen.

Danske erfaringer

De mest udbredte evidensbaserede programmer i kommuner i Danmark er De utrolige år (The incredible years (131)); Parent Management Training - Oregon model (PMTO) (132)) og Triple-P (133). Se også afsnittet om forældretræning til forældre til børn med ADHD (afsnit 6.4.1) samt socialstyrelsens oversigt over dokumenterede metoder på deres hjemmeside (134).

6.4.7 Spiseforstyrrelser

Tidlig opsporing og støtte til børn og unge med risikoadfærd eller subkliniske symptomer på en spiseforstyrrelse kunne være en mulig strategi for sekundær forebyggelse. Der er evidens for kontinuiteten af problematiske spisemønstre op gennem barndommen og ungdommen og ind i voksenalderen (135). Desuden ved vi, at forstyrret spiseadfærd som restriktiv spisning, faste, diæt, overspisning og/eller et overdrevent fokus på (utilfredshed med) vægten eller udseendet er forbundet med en markant øget risiko for alle typer af spiseforstyrrelser, mens tyndhed er den stærkeste enkeltstående markør for debut af anoreksi; og alle disse tegn bør opfattes som faresignaler (136).

Inden for de seneste 10-15 år er der publiceret en del internationale randomiserede kontrollerede forsøg med psykoedukative og adfærdsterapeutiske programmer målrettet risikofaktorer for udvikling af spiseforstyrrelser både i universelle, selektive og for højrisikogrupper. Disse har bl.a. omhandlet vægt- og kropsopfattelse og spiseadfærd. Programmerne har fokuseret på at styrke tilfredsheden med egen krop og evnen til at acceptere og værdsætte forskelligheder (136, 137). De mest lovende interventioner har omfattet undervisning i mediers fremstilling af kropsidealer, herunder træning i at gennemskue fotomanipulation (på engelsk kaldet media literacy) samt kognitive og adfærdsterapeu-

tiske indsatser for at fremme fleksibel tænkning og sund adfærd. De mest effektive programmer for reduktion af risikoadfærd har været målrettet højrisikogruppen 'piger/kvinder over 15 år' ved professionelle, der har gennemført interaktive elementer over flere sessioner (136). Der mangler interventionsstudier blandt børn under 15 år. Desuden mangler der viden om langtidseffekten af de forebyggende programmer, og kun ganske få studier har undersøgt, om interventionerne rent faktisk mindsker risikoen for udvikling af en egentlig spiseforstyrrelse, eller om de kun reducerer risikoadfærd. Der mangler også studier om, hvorvidt de forskellige interventioner har negative effekter, hvilket især er vigtigt, hvis man overvejer at anvende interventionen i mere universelt forebyggende programmer (136).

Ambulant familie-baseret terapi (FBT) er den primære behandling af børn og unge med en spiseforstyrrelse, og der er evidens for vægtnormalisering og symptomreduktion hos 70-80% af patienterne (138). Mange får dog tilbagefald efter endt behandling, og kun 30-50% af patienterne synes at opretholde en sund vægt (anoreksi) efter fire år (139). Der er evidens for, at hurtigt indsættende behandling og særligt et tidligt respons i form af vægtøgning (ved anoreksi) er forbundet med en bedre prognosen, men det er uvist, om dette primært skyldes forskelligheder i sygdommens sværhedsgrad fra starten (138). Andre typer af behandling til børn og unge er fortsat kun sparsomt undersøgt, og der mangler viden om, hvordan behandlingsresultaterne opretholdes på den lange bane (139).

Danske erfaringer

Behandling af børn og unge med spiseforstyrrelse er i Danmark defineret som en speciallæge-opgave inden for børne- og ungdomspsykiatrien. En del behandling foregår ambulantly hos egen

læge, privatpraktiserende psykiater og psykologer, mens behandlingen af de mest syge børn og unge overvejende foregår i det offentlige behandlingssystem. Social rehabilitering foregår i kommunalt regi. Der er fra Sundhedsstyrelsen udarbejdet anbefalinger vedrørende tværsektorielt samarbejde i forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse (140). Det er dog i Danmark sparsomt med forebyggende programmer, der specifikt er målrettet udvikling af spiseforstyrrelser hos børn og unge.

Patientforeningen Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser og Selvskade kører i perioden 2018-2021 (med midler fra Sundhedsstyrelsen) et projekt om tidlig opsporing af spiseforstyrrelser og selvskade, der er målrettet kommunerne (141). Foreningen tilbyder desuden et forløb om selvværd, kaldet MindTalk, målrettet 4-10.-klasse, ungdomsuddannelser og produktionskoler. Dette forløb indeholder bl.a. oplysninger og forebyggende drøftelser om kropsidealer og kropsligt selvværd (142).

6.4.8 Psykoser i skizofrenispektret

Mulighederne for at forebygge psykose har hidtil været begrænset til at nedsætte brugen af cannabis og amfetamin, der kan forårsage psykotiske tilstande. Forskning i traumer og belastninger gennem de seneste årtier peger i retning af, at nogle psykoser helt kunne være undgået uden det foregående traume. Der er derved et godt rationalt for interventioner, der sigter mod at mindske belastninger i barndommen, men der er ikke studier, hvor en sådan tilgang er belyst forskningsmæssigt. Der er håb om, at forskning i fremtiden kan udpege andre specifikke forebyggelsesmuligheder. Der forskes intensivt i muligheder for at gribe ind i forstadier til psykose, og der er en del lovende resultater (143). Denne tilgang kan dog kun identificere en begrænset andel af den gruppe,

der senere udvikler psykose, og det bør samtidig bemærkes, at vi blandt hjælpsøgende unge med risikotegn for psykose ikke kan forudsige, hvem der senere udvikler en lidelse i psykospektret, hvem der kommer sig helt, og hvem der evt. udvikler anden psykopatologi. Tilgangens mål bør derfor være bredere end blot at forhindre psykose og i højere grad fokusere på øget trivsel. Tidlig indsats og opmærksomhed på komplicerede misbrug er afgørende i forhold til forebyggelse af, at sygdomsforløbet bliver kronisk. Der findes en række forhold, der har vist sig at være forbundet med større risiko for at udvikle et kronisk sygdomsforløb (144):

- › Mænd har større risiko end kvinder.
- › Patienter med skizofreni har større risiko end patienter med andre psykoser.
- › Risikoen er større, jo værre de psykotiske og negative symptomer og kognitive dysfunktioner var fra start.
- › Risikoen er større, jo mindre det sociale netværk var fra start.
- › Risikoen er større blandt dem, der havde et dårligt socialt funktionsniveau ved og før sygdomsdebut.
- › Lang varighed af ubehandlet psykose forværrer prognosen.
- › Misbrug forværrer forløbet.

Denne viden kan udnyttes til forebyggelse af, at sygdomsforløbet bliver kronisk. Dette kan ske gennem tidlig intervention, opmærksomhed på komplicerende misbrug og særligt fokus på de, der allerede fra første kontakt med psykiatrien har dårlige prognostiske faktorer.

Mulighederne for primær forebyggelse af skizofreni og skizofrenilignende psykoser er fortsat begrænsede af vores ringe viden om årsagsforholdene, men der er gode muligheder for at forbedre prognosen gennem tidlig og forstærket intervention.

Danske erfaringer

I Danmark tilbydes OPUS specialiseret behandling til unge i alderen 18-35 år med førsteepisode-psykose eller -skizofreni. OPUS er et intensivt, ambulante behandlingstilbud, der integrerer de psykologiske, sociale og medikamentelle dele af behandlingen. Det er implementeret til unge over 18 år (145). De positive resultater af OPUS-forsøget afspejles i Danske Regioners forløbsbeskrivelse vedrørende behandling af førsteepisode-skizofreni, som er en retningslinje, der gælder alle regioner (146). OPUS er nu landsdækkende, omend dækningsgraden ikke er 100% i alle regioner.

Børn af forældre med skizofreni har en øget risiko for selv at få skizofreni eller andre psykiske sygdomme. Flere store danske undersøgelser har vist, at disse børn allerede tidligt i livet er i større risiko for at få en børnepsykiatrisk sygdom, og de har en øget forekomst af symptomer, som kan være tidlige tegn på senere alvorlig psykisk sygdom og funktionsvanskeligheder. Tidlig indsats i forhold til denne gruppe kan måske forebygge senere udvikling af psykose (147).

6.4.9 Selvskadende adfærd

Indsatsen til personer med selvskade bygger bl.a. på terapeutisk viden fra behandling af personlighedsforstyrrelser, og behandlingsmetoderne tager udgangspunkt i såvel kognitiv adfærdsterapi som psykodynamisk terapi. Inden for en kognitiv adfærdsterapeutisk referenceramme har dialektisk adfærdsterapi (DAT) (148) det største evidensgrundlag, mens der inden for en psykodynamisk referenceramme er mest evidens for mentaliseringsbaseret terapi (MBT) (149). Oprindeligt er både DAT og MBT udviklet til behandling af voksne over 18 år med personlighedsforstyrrelser, men terapiformerne er efterfølgende udviklet i særudgaver rettet mod børn og unge under 18

år med selvskadende adfærd. DAT i en tilpasset version til unge er vist at kunne reducere hyppigheden af selvskade efter 20 ugers behandling for unge med hyppig selvskade og affektreguleringsvanskeligheder (150). Man har tillige blandt voksne fundet effekt på hyppigheden af selvskade af en 14-ugers behandling, der er rette direkte mod nedsat evne til følelsesregulering, Emotion Regulation Group Therapy (ERGT), men effekten er endnu ikke påvist blandt børn og unge (151). I Sverige, hvor man er langt fremme med internetbaseret terapi, har man med afsæt i ERGT udviklet et 12-ugers internetbaseret program til unge, der kaldes Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents (ERITA). Dette program skal afhjælpe selvskade ved at øge accept af negative følelser samt optræne nye affektreguleringsfærdigheder (152). Dette initiativ, der giver mulighed for udbredelse af målrettet, evidensbaseret behandling til ikke-kliniske grupper af unge, er nu ved at blive afprøvet i et klinisk interventionsstudie i Sverige og et pilotstudie med efterfølgende lodtrækningsstudie i Region Hovedstaden i Danmark.

Der mangler fortsat viden om effektive, lavintensive behandlingsmetoder til behandling af selvskade i tidlige stadier.

Danske erfaringer

De evidensbaserede behandlingstilbud til personer med selvskade (fx DAT og MBT) er ofte intensive og langvarige og bliver kun tilbudt et fåtal af personer med selvskade, der er tilknyttet det psykiatriske system. Lovende lavintensive terapiformer til voksne (ERGT) og unge (ERITA) er under afprøvning bl.a. i Sverige og Danmark.

6.4.10 Selvmordsadfærd og selvmordstanker

Der er evidens for, at begrænsning af adgangen til selvmordsmetoder (specielt i forhold til selv-

forgiftning) nedsætter risikoen for selvmord og selvmordsforsøg blandt unge. Skolen kan fungere som en god arena for forebyggelse af selvmord. En række skolebaserede universelle indsatser har haft fokus på at forebygge selvmordsrelateret adfærd, herunder selvmordstanker, selvmordsforsøg og selvskadende adfærd (153, 154). Der er påvist lovende effekter af disse indsatser i forhold til at forebygge selvmordsrelateret adfærd (153, 154). Særligt er der fundet lovende effekter af indsatsen 'The Youth Aware of Mental Health Programme (YAM)', som bl.a. er afprøvet i Sverige, Frankrig og Tyskland. YAM er en universel, manualbaseret indsats, der er rettet mod alle elever på skoler. Indsatsen har til formål at øge opmærksomheden på mental sundhed. Programmet sigter mod at øge viden om både beskyttende faktorer og risikofaktorer for selvmord, herunder viden om depression og angst, samt at fremme kompetencer, der er nødvendige for at kunne håndtere negative livsbegivenheder, stress og selvmordstanker. Indsatsen består bl.a. af rollespilsessioner med interaktive workshops kombineret med en 32-siders bog, som eleverne kan tage med hjem og læse, posters, som er synlige i hvert klasselokale, samt én times interaktiv undervisning om mental sundhed i starten af indsatsen og ved indsatsens afslutning. YAM er fundet at have en signifikant positiv effekt på selvmordstanker og forekomsten af selvmordsforsøg 12 måneder efter dens afslutning. Forfatterne konkluderede, at den positive effekt af YAM kunne tilskrives, at YAM havde fokus på at ændre elevernes negative forestillinger og forbedrede deres evner til at håndtere negative livsbegivenheder og stressfaktorer. Også elevernes aktive deltagelse i indsatsen, hvor de havde mulighed for at tænke, sætte ord på og diskutere forskellige problemstillinger, som er relateret til mental sundhed, blev fremhævet som en medvirkende forklaring på YAM's positive effekt. Særligt blandt elever med selvmordstanker er dette vigtigt, da denne

gruppe elever ofte undertrykker og har svært ved at definere deres følelser (155). YAM er endnu ikke afprøvet i Danmark.

Herudover er behandling af psykisk sygdom og muligheder for at søge hjælp i belastede situationer indlysende forebyggelsesmuligheder. For unge der, har en psykisk sygdom, vil behandlingen af selvmordsproblematikken indgå i behandlingen af den psykiske sygdom.

Danske erfaringer

Der er endnu ingen danske erfaringer med universelle skolebaserede indsatser med fokus på at forebygge selvmordsadfærd og selvmord, men skolelærere, sundhedsplejerske og pædagogisk psykologisk rådgivning er til rådighed for børn og unge med mistrivsel, og de har fokus på at opdage og gribe ind over for selvskadende adfærd. I alle fem danske regioner findes selvmordsforebyggende klinikker, som er åbne for henvisning eller selvhenvendelse. Her kan der være ansat psykologer, sygeplejersker og socialrådgivere, og der er endvidere læger knyttet til klinikkerne. Man kan blive tilbudt et samtaleforløb og hjælp til viderehenvisning til relevant behandling. Der er påvist en positiv effekt af behandlingen i de selvmordsforebyggende klinikker på risikoen for gentagne selvmordsforsøg og selvmord (156). Derudover har alle mulighed for at ringe til fx Livslinien (157) eller andre telefonlinjer, herunder Ung på Linje (158), Børnetelefonen (159) og Psykiatrifondens rådgivning (160), som er gratis og etableret på frivillig basis.

6.4.11 Børn og unge med forældre der har psykisk sygdom

Til trods for at forældres psykiske sygdom er den stærkeste risikofaktor for udvikling af psykisk sygdom hos barnet, og tilmed udgør en risiko

som let kan erkendes hos den enkelte familie, så er denne gruppe af sårbare børn og unge fortsat ofte overset i de etablerede systemer (se afsnit 5.12 og kapitel 7). Det er en særligt sårbar gruppe, bl.a. fordi indsatserne i dag ikke er specialiserede, koordinerede eller helhedsorienterede, men derimod ofte fragmenterede og usammenhængende over tid og på tværs af sektorer, idet de primært styres af kommuners og regioners forskellige prioriteter.

Der er brug for at udvikle og implementere systematiske tilbud, som på en helhedsorienteret måde kan styrke børnene modstandskraft og trivsel, bl.a. ved at sikre at familien fungerer bedst muligt, både i de perioder, hvor forælders psykiske sygdom er aktiv, og når den er i remission. Stigmatisering (herunder selvstigmatisering), tabuisering og manglende viden medvirker til at feltet er følsomt, og mange forældre har svært ved at tale om sygdommen med omverdenen og ikke mindst med børnene.

Forskellige brugerorganisationer og NGO'er og også et par af regionerne tilbyder børnegrupper for børn, hvis forældre har en psykisk sygdom. I Region Nord har man i psykiatrien gennem flere år haft Center for Pårørende, og tilbagemeldingerne er overordnet meget positive, om end der mangler evidens for effekten både på kort og langt sigt. Et struktureret og manualbaseret tilbud kaldet SAFIR-projektet, hvor interventionen Beardslee's Family Talk (161) står for at skulle afprøves i Region Hovedstadens Psykiatri, hvor også VIA Family-interventionen afprøves. VIA Family-interventionen er en intensiv, tværsektoriel og helhedsorienteret indsats, som tilbyder både kontaktpersonordning, psykoedukation og børnegrupper som tidlig hjælp til barnets vanskeligheder og partnerstøtte og et integreret og koordineret forløb over 18 måneder. Resultaterne forventes at foreligge i starten af 2021. I 2020 er et nationalt kompetencecenter for

børn som pårørende, KOMBU, blevet oprettet under Psykiatrifonden i samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri og Center for Pårørende i Region Nord. Centeret vil primært forestå vejledning, undervisning og vidensdeling nationalt for alle, som professionelt arbejder med børn og dermed tidligt kan identificere børn, som er i risiko.

På trods af disse tiltag, mangler der fortsat mere systematisk støtte og tidlig intervention til denne gruppe af sårbare børn, som ud over at være i forhøjet risiko for selv at blive syge ofte vokser op under forhold som øger risikoen for mistrivsel under opvæksten. Tidlige interventionstiltag kunne fx være psykoedukation for hele familien, forældretræning, forskellige former for familierapi, kognitiv terapi (evt. i grupper) eller børnegrupper. To systematiske forskningsoversigter (162, 163) har dokumenteret, at det er muligt at påvirke disse børns niveau af psykopatologi, også i tiden efter interventionen er afsluttet. Indsatser med ét enkelt fokusområde (fx moderens psykiske tilstand) giver små til moderate effekter, mens der opnås større effekter, når interventionen er bredere og retter sig mod hele familien eller mod både børn og forældre. Forskningen peger ikke entydigt på én specifik metode til at støtte disse sårbare børn, men understreger at en tidlig, forebyggende indsats, som afhjælper familiens aktuelle problemstilling, også kan have langvarige positive effekter for børnene.

6.4.12 Børn og unge med bekymrende skolefravær

Problematisk fravær bliver oftest forsøgt opdelt i fire overordnede typer: 1. skolevægring (på engelsk kaldet 'school refusal'), 2. pjækkeri (på engelsk kaldet truancy), 3. tilbageholdelse fra skolen (på engelsk kaldet 'school withdrawal') og 4. eksklusion fra skolen (på engelsk kaldet school exclusion) (164) (se afsnit 4.3).

Evidensbaserede indsatser mod bekymrende skolefravær har typisk fokus rettet mod enten børn og unge med skolevægring eller børn og unge, der pjækker.

De fleste indsatser anvender således metoder, der er udviklet til at hjælpe kun en ud af flere forskellige grupper af børn og unge med bekymrende skolefravær. De samlede effekter af interventioner rettet mod henholdsvis skolevægring og pjækkeri er opgjort i to systematiske forskningsoversigter (165, 166), som viste, at interventionerne virkede, om end effektstørrelsen ikke var stor. Effekten var desuden mindre for børn og unge med pjækkeri end for børn og unge med skolevægring.

Interventionerne i forhold til pjækkeri er typisk fra USA og meget forskelligartede, og en del inkluderer involvering af retslige instanser. I forhold til skolevægring var interventionen i alle undersøgelserne på nær en baseret på kognitivt adfærdsterapeutiske principper. De to mest velbeskrevne interventioner for børn med bekymrende skolefravær er henholdsvis When Children Refuse School programmet (167, 168) og @SCHOOL-programmet (169). Programmerne har været afprøvet med lovende effekter i meget små populationer af skolebørn med og uden kontrolgruppe.

Der er endnu for lidt viden om, hvad der kan forudsige, om et givent barn med problematisk skolefravær kan have gavn af en indsats, og hvilke elementer i indsatsen der virker. Foreløbige studier tyder dog på, at jo mere omfattende og kronisk skolefraværet er, jo sværere er det at hjælpe barnet eller den unge tilbage i skole. Det ser også ud til, at børn og unge med social fobi er en særlig vanskelig gruppe at hjælpe. Endelig tyder det på, at børn med skolevægring er lettere at hjælpe end børn med pjækkeri (170). Kognitiv adfærdsterapi kan hjælpe mange (men ikke alle) børn og unge

med bekymrende skolefravær, og erfaringerne tyder på, at hjælpen fungerer bedst, hvis den inkluderer både barnet/den unge, forældrene og skolen, samt er baseret på betydelig forståelse af barnets/den unges situation og skolefravær.

Danske erfaringer

En ny dansk intervention for børn med bekymrende skolefravær, Back2School (B2S), er fra 2017-2019 afprøvet i et randomiseret kontrolleret design på Psykologisk Institut, Aarhus Universitet. B2S-programmet er afprøvet sammen med den transdiagnostiske Mind My Mind manual, der indeholder moduler med evidensbaserede cognitive behavioural therapy-metoder og teknikker til behandling af angst, depression, adfærdsforstyrrelse og traumerelaterede problemer. B2S-manualen tilføjer elementer, der er specielt udviklet til behandling af bekymrende skolefravær (både skolevægring og pjækkeri). Udgangspunktet er en analyse af den funktionelle betydning af skolefraværet (via School Refusal Assessment Scale) sammen med en samlet caseformulering. Funktionsanalysen afdækker barnets motivation for ikke at gå i skole, der kan inddeles i følgende kategorier 1) undgåelse af skolebaserede situationer, der fremprovokerer negative følelser, 2) undgåelse af ubehagelige sociale/evaluerende situationer, 3) forfølgelse af opmærksomhed fra vigtige andre uden for skolen og 4) forstærkelse af adfærd uden for skolen (171). En pilotafprøvning af interventionen er endvidere publiceret (172). Data fra den randomiserede kontrollerede undersøgelse er aktuelt i gang med at blive analyseret. Aarhus Kommune implementerer fra efteråret 2020 Back2School-interventionen som en del af deres tilbud til elever med bekymrende fravær.

6.4.13 Andre eksempler på selektive og indikerede danske indsatser

Vi har spurgt en række interessenter, aktører og fonde om deres vigtigste indikerede og selektive indsats målrettet børn og unges mentale sundhed. Nogle er er forskningsevalueret, mens andre er evalueret på anden vis eller slet ikke:

Headspace er et åbent og gratis rådgivningstilbud til alle børn og unge i alderen 12-25 år. Tilbuddet er hovedsageligt baseret på indsats fra frivillige ungerådgivere. Brugerne kan være anonyme. Brobygning til andre og mere specialiserede tilbud (fx hjælp til kommunale tilbud og andre civilsamfundstilbud, mv.) er et centralt element i den hjælp, som Headspace tilbyder de unge. Siden efteråret 2013 er der åbnet 18 headspaces fordelt over hele landet (173). Den seneste evaluering af Headspace kan ses her: (174). Livslinjen, Børnetelefonen, Ung på Linie og Psykiatrifonden er andre eksempler på gratis og anonym rådgivning (157, 158, 160, 175).

SletDet er Red Barnets anonyme og gratis rådgivning specifikt målrettet børn og unge, som er blevet udsat for digitale sexkrænkelser eller har haft andre ubehagelige oplevelser på nettet (176). SletDet er et landsdækkende tilbud til børn, unge, forældre og fagpersoner. Siden opstarten i 2016 har der været ca. 1.200 henvendelser. SletDet skal gennemgå en brugerevaluering foretaget af et eksternt evalueringsbureau i løbet af 2019-2020.

Den Obelske Familiefond er ved at afprøve et program kaldet MindSpring børnegrupper. Programmet er primært målrettet 9-14-årige nyankomne flygtningebørn for at sikre en forebyggelse af eventuelle psykosociale udfordringer, som eksiltilværelsen på sigt kan medføre for flygtningebørn (177). MindSpring er i følge den Obelske Familiefond under evaluering i øjeblikket.

NEST er en indsat målrettet børn med autis-
mespektrumforstyrrelse (AFS), der har været
under afprøvning i Danmark i perioden 2016-2019
i fire børnehavklasser i Århus, hvorefter det skal
udbredes til 30 andre kommuner i Danmark. På
sigt er det forventningen, at andre børn i vanske-
ligheder kan blive inddraget i NEST-programmet
fx børn i udsatte situationer og børn i læringsvan-
skeligheder, som har ADHD eller andre faglige
vanskeligheder. Det overordnede formål med
indsatsen er at afprøve en model, der sikrer, at
alle børn (med og uden ASF) bliver så dygtige,
som de kan; er glade, sunde, robuste og har højt
selvværd. Samt at de oplever og bruger med-
borgerskab og deltager i og inkluderer hinanden
i fællesskaber. Samtidig er målet at skabe en
samfundsøkonomisk bæredygtig inklusionsmodel.
Der er gennemført en evaluering af NEST-pro-
grammet (178).

Børn, Unge og Sorg (BUS) er gratis psykologisk
behandling eller telefonrådgivning til børn og unge
under 28 år, der lever med alvorligt fysisk syge for-
ældre eller søskende, eller har mistet en forælder
eller søskende efter alvorlig sygdom, selvmord
eller ulykke inden for de seneste år. BUS har tre
afdelinger i København, Aarhus og Odense, som
er bemandede med psykologer, der alle er specia-
lister i børn og unge, der oplever sygdom og død
i familien. BUS har også et korps af unge frivillige
tilknyttet. De frivillige er alle unge, der har mistet,
men er kommet godt videre i livet. De frivillige be-
mander Linjen og Chatten og besvarer alle indlæg
til organisationens brevkasser. Der er udarbejdet
en række evalueringer og undersøgelser om alt fra
børnenes oplevelser af indsatsen og deres progres-
sion ift. trivsel til cost-benefit-analyser (179, 180).

Traumebehandlingen i Københavns Kommuner er
målrettet børn i alderen 2-16 år, som har oplevet
traumer, men som endnu ikke er diagnosticeret.

Afsættet for indsatsen er, at mange børn oplever
at blive misforstået som havende indlæringsvan-
skeligheder, fordi de har svært ved at koncentrere
sig, fordi de har et uopdaget og dermed ube-
handlet traume. Indsatsen sigter på at øge op-
sporing af traumer via nye kortlægningsværktøjer
samt øget indsigt blandt de fagprofessionelle til
at spotte traumer og ny behandling af traumerne.
Indsatsen er inspireret af Sleeping Dog Method,
som har vist gode resultater i Nederlandene og
Australien, hvor metoden er udviklet og anvendt.
Målet er at nå 1.000-1.200 børn i indsatsperioden
fra 2017-2021. Indsatsen afprøves og udrulles i hele
Københavns Kommune og i Gladsaxe Kommune.
Der foreligger endnu ikke dokumentation for
indsatsens resultater, men den er ved at blive
udarbejdet (181).

NEXT STEP er et dansk program, der kombi-
nerer en beskæftigelses- og sundhedsfremmende
indsats og afprøver fysisk aktivitet som et skridt
på vejen mod uddannelse og job blandt aktivi-
tets- og uddannelsesparate kontanthjælps- og
uddannelseshjælpsmodtagere under 30 år. NEXT
STEP afprøves som et randomiseret pilotprojekt i
Slagelse Kommune i 2018-2020 (182).

Derudover kan også nævnes Er du ok på nettet?,
som er et undervisningsmateriale fra Red Barnet,
der tager udgangspunkt i børn og unges egne op-
levelser af at være online - både udfordringerne og
de gode ting. Der findes, så vidt vi ved, ikke opgø-
relser over materialets udbredelse, og programmet
er heller ikke forskningsevalueret (183). deSHAME
er endnu et undervisningsmateriale til udskolingen
fra Red Barnet om digitale sexkrænkelser (184).
Så vidt vi ved, findes der ikke opgørelser over
materialets udbredelse, og programmet er ikke
forskningsevalueret (183).

6.5 LITTERATUR

1. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, et al. Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry* 2018;5(7):591–604.
2. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? *Health Promot Int* 2011;26(SUPPL. 1):29–69.
3. Skogen JC, Smith ORF, Aarø LE, Siqveland J, Øverland S. Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt. Oslo, Norway. Folkehelseinstituttet 2018. p. 1–184.
4. McDaid D, Park A-L, Knapp M, Ali N, Appleby L, Belsman L, et al. Commissioning Cost-Effective Services for Promotion of Mental Health and Wellbeing and Prevention of Mental Ill-Health. LSE Pers Soc Serv Res Unit 2017. Available from: www.gov.uk/phe%250Awww.facebook.com/PublicHealth-England
5. Bauer A, Knapp M, McDaid D. Assessing the Economic Pay-off of Low-level Interventions in Reducing Postnatal Depression. London. University of Kent & London School of Economics 2011.
6. Niclasen J, Lund L, Obel C. *Indsatser der fremmer mental sundhed hos børn og unge - Et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser*. Center for Sundhedssamarbejde ved Aarhus Universitet 2016.
7. Arendt K, Thastum M, Hougaard E. Efficacy of a Danish version of the Cool Kids program: A randomized wait-list controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* 2016;133(2):109–21.
8. Lange AM, Daley D, Frydenberg M, Houmann T, Kristensen LJ, Rask C, et al. Parent Training for Preschool ADHD in Routine, Specialist Care: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018;57(8):593–602.
9. Esbjørn BH. Can Parents Treat their Anxious Child using CBT? A Brief Report of a Self-Help Program. *Acta Psychopathol* 2016;02(01).
10. Barry MM. Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. *Int J Ment Health Promot* 2009;11(3):4–17.
11. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Dev* 2011;82(1):405–32.
12. Fenwick-Smith A, Dahlberg EE, Thompson SC. Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychol* 2018;6(1).
13. O'Connor CA, Dyson J, Cowdell F, Watson R. Do universal school-based mental health promotion programmes improve the mental health and emotional wellbeing of young people? A literature review. *J Clin Nurs* 2018;27(3–4):e412–26.

14. O'Mara L, Lind C. What do we know about school mental health promotion programmes for children and youth? *Adv Sch Ment Health Promot* 2013;12(3-4):118-22.
15. O'Reilly M, Svirydenka N, Adams S, Dogra N. Review of mental health promotion interventions in schools. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018;53(7):647-62.
16. Barry MM. Advancing Evidence-Based Action for Mental Health Promotion. In: Barry MM, Clarke AM, Petersen I, Jenkins R, editors. *Implementing Mental Health Promotion*. 2nd ed. Switzerland. Springer International Publishing 2019. p. 59-97.
17. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke: Mental Sundhed. København 2018.
18. Mackenzie K, Williams C. Universal, school-based interventions to promote mental and emotional well-being: what is being done in the UK and does it work? A systematic review. *BMJ Open* 2018;8(9):e022560.
19. Taylor RD, Oberle E, Durlak JA, Weissberg RP. Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child Dev* 2017;88(4):1156-71.
20. Sancassiani F, Pintus E, Holte A, Paulus P, Moro MF, Cossu G, et al. Enhancing the Emotional and Social Skills of the Youth to Promote their Wellbeing and Positive Development: A Systematic Review of Universal School-based Randomized Controlled Trials. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal* 2015;11(1):21-40.
21. Bartelink N, Bessems K. Health promoting schools in Europe: State of art. Maastricht, The Netherlands 2019. Available from: isbn: 978-87-971891-6-0
22. Schmidt M, Werbrouck A, Verhaeghe N, Putman K, Simoens S, Annemans L. Universal Mental Health Interventions for Children and Adolescents: A Systematic Review of Health Economic Evaluations. *Applied Health Economics and Health Policy* 2019.
23. Sklad M, Diekstra R, Ritter M De, Ben J, Gravesteijn C. Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychol Sch* 2012;49(9):892-909.
24. Weare K. Promoting mental, emotional and social health: A whole school approach. *Promoting Mental, Emotional and Social Health: A Whole School Approach* 2013.
25. Databasen Børns Sundhed. Sundhedsprofil for børn og unge ind- og udskolingsundersøgt i skoleåret 2018/19. Databasen Børns Sundhed. 2020. p. 1-42. Available from: https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/udgivelser/2020/sundhedsprofil_skoleaaret_2018_til_2019.pdf/
26. Nielsen L, Meilstrup C, Nelausen MK, Koushede V, Holstein BE. Promotion of social and emotional competence: Experiences from a mental health intervention applying a whole school approach. *Health Educ* 2015;115(3-4):339-56.

27. Mishara BL, Ystgaard M. Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: Zippy's Friends. *Early Child Res Q* 2006.
28. Rasmussen PS, Olsen PS. Positiv adfærd i læring og samspil (PALS): En evaluering af en skoleomfattende intervention på 11 pilot-skoler. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2012. p. 158. Available from: isbn:n:%0A978-87-7119-087-8
29. Møller MØ, Iversen K. Systematisk review af effektiviteten om "De Utrolige År"(DUÅ): Et forskningsnotat om DUÅ børne-, forældre-og lærerprogrammer. København. KORA - Det Nationale Institut for Kommuner og Regions Analyse og Forskning 2016.
30. Nye E, Melendez-Torres GJ, Gardner F. Mixed methods systematic review on effectiveness and experiences of the Incredible Years Teacher Classroom Management programme. *Rev Educ* 2018;7(3):631-69.
31. Psykiatrifonden. Triv Nu. www.trivnu.dk.
32. Thomsen JA, Følner B, Sterndorff IB, Ryan T. Evaluering af Perspekt interventioner i Høje Taastrup Kommune og kortlægning af relaterede undervisningsprogrammer. København 2013.
33. Koushede V, Meilstrup C, Knudsen C. ABC for mental sundhed. Available from: www.abcmamentalsundhed.dk/%0D
34. Red Barnet. Stærke Sammen. Available from: <https://redbarnet.dk/skole/boerns-rettigheder/stærke-sammen/#86x8v6pj>
35. Menesini E, Salmivalli C. Bullying in schools: the state of knowledge and effective interventions. *Psychol Heal Med* 2017;22:240-53.
36. Silva JL da, Oliveira WA de, Mello FCM de, Andrade LS de, Bazon MR, Silva MAI. Anti-bullying interventions in schools: A systematic literature review. *Cienc e Saude Coletiva* 2017;22(7):2329-40.
37. Cantone E, Piras AP, Vellante M, Preti A, Daniëlsdóttir S, D'Aloja E, et al. Interventions on Bullying and Cyberbullying in Schools: A Systematic Review. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal* 2015;11(1):58-76.
38. Shackleton N, Jamal F, Viner RM, Dickson K, Patton G, Bonell C. School-Based Interventions Going beyond Health Education to Promote Adolescent Health: Systematic Review of Reviews. *J Adolesc Heal* 2016;58(4):382-96.
39. Farrington DP, Ttofi MM. School-Based Programs to Reduce Bullying and Victimization. *Campbell Syst Rev* 2009;7(1).
40. Evans CBR, Fraser MW, Cotter KL. The effectiveness of school-based bullying prevention programs: A systematic review. *Aggress Violent Behav* 2014;19(5):532-44.
41. Langford R, Bonell C, Jones H, Poulidou T, Murphy S, Waters E, et al. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2015;15(1).
42. Ttofi MM, Farrington DP. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: A systematic and meta-analytic review. *J Exp Criminol* 2011;7(1):27-56.

43. Salmivalli C, Poskiparta E. Making bullying prevention a priority in Finnish schools: the KiVa antibullying program. *New Dir Youth Dev* 2012;2012(133):41–53.
44. Wilke. Evaluering af Fri for Mobberi 2011. Udarbejdet for Mary Fonden og Red Barnet. 2011.
45. Oxford Research. Evaluering af Fri for Mobberi 2013. København. Udarbejdet for Mary Fonden og Red Barnet. 2013.
46. MaryFonden. Fri for Mobberi. Available from: <https://www.maryfonden.dk/da/fri-for-mobberi>
47. Johnstone KM, Kemps E, Chen J. A Meta-Analysis of Universal School-Based Prevention Programs for Anxiety and Depression in Children. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2018;21(4):466–81.
48. Bastounis A, Callaghan P, Banerjee A, Michail M. The effectiveness of the Penn Resiliency Programme (PRP) and its adapted versions in reducing depression and anxiety and improving explanatory style: A systematic review and meta-analysis. *J Adolesc* 2016;52:37–48.
49. Ahlen J, Lenhard F, Ghaderi A. Universal Prevention for Anxiety and Depressive Symptoms in Children: A Meta-analysis of Randomized and Cluster-Randomized Trials. *J Prim Prev* 2015;36(6):387–403.
50. Dray J, Bowman J, Campbell E, Freund M, Wolfenden L, Hodder RK, et al. Systematic Review of Universal Resilience-Focused Interventions Targeting Child and Adolescent Mental Health in the School Setting. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017;56(10):813–24.
51. Caldwell DM, Davies SR, Hetrick SE, Palmer JC, Caro P, López-lópez JA, et al. School-based interventions to prevent anxiety and depression in children and young people: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 2019;0366(19):1–10.
52. Dunning DL, Griffiths K, Kuyken W, Crane C, Foulkes L, Parker J, et al. Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents - a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Child Psychol Psychiatry* 2019;60(3):244–58.
53. Chi X, Bo A, Liu T, Zhang P, Chi I. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Depression in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol* 2018;9(1034):1–11.
54. Odgers K, Dargue N, Creswell C, Jones MP, Hudson JL. The Limited Effect of Mindfulness-Based Interventions on Anxiety in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2020;23(3):407–26. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00319-z>
55. Juul L, Pallesen KJ, Piet J, Parsons C, Fjorback LO. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction in a Self-Selecting and Self-Paying Community Setting. *Mindfulness* 2018;9(4):1288–98.
56. Mind Online. Kursusportal til fremme af mental sundhed og trivsel. mind-online.dk.
57. Castillo LG, Schwartz SJ. Introduction to the special issue on college student mental health. *J Clin Psychol* 2013;69(4):291–7.

58. Hunt J, Eisenberg D. Mental Health Problems and Help-Seeking Behavior Among College Students. *J Adolesc Heal* 2010;46(1):3-10.
59. Conley CS, Durlak JA, Kirsch AC. A Meta-analysis of Universal Mental Health Prevention Programs for Higher Education Students. *Prev Sci* 2015;16(4):487-507.
60. Winzer R, Lindberg L, Guldbrandsson K, Sidorchuk A. Effects of mental health interventions for students in higher education are sustainable over time: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PeerJ* 2018;2018(4).
61. Galante J, Dufour G, Vainre M, Wagner AP, Stochl J, Benton A, et al. A mindfulness-based intervention to increase resilience to stress in university students (the Mindful Student Study): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet Public Heal* 2018;3(2):e72-281.
62. De Vibe M, Solhaug I, Tyssen R, Friberg O, Rosenvinge JH, Sørli T, et al. Mindfulness training for stress management: A randomised controlled study of medical and psychology students. *BMC Med Educ* 2013;13(1).
63. Cavanagh K, Strauss C, Cicconi F, Griffiths N, Wyper A, Jones F. A randomised controlled trial of a brief online mindfulness-based intervention. *Behav Res Ther* 2013;51(9):573-8.
64. Davies EB, Morriss R, Glazebrook C. Computer-delivered and web-based interventions to improve depression, anxiety, and psychological well-being of university students: A systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res* 2014;16(5).
65. Farrer L, Gulliver A, Chan JKY, Batterham PJ, Reynolds J, Calear A, et al. Technology-based interventions for mental health in tertiary students: Systematic review. *J Med Internet Res* 2013;15(5).
66. Conley CS, Durlak JA, Shapiro JB, Kirsch AC, Zahniser E. A Meta-Analysis of the Impact of Universal and Indicated Preventive Technology-Delivered Interventions for Higher Education Students. *Prev Sci* 2016;17(6):659-78.
67. Ryan ML, Shochet IM, Stallman HM. Universal online interventions might engage psychologically distressed university students who are unlikely to seek formal help. *Adv Ment Heal* 2010;9(1):73-83.
68. Mindhelper. Om Mindhelper. mindhelper.dk. Available from: <https://mindhelper.dk/om-mindhelper/>
69. Dinesen MS, Agerbæk A, Hansen MFH, Dinesen L. Effektevaluering af Mindhelper . Aarhus 2017. Available from: <https://mindhelper.dk/wp-content/uploads/2017/11/Effektevalueringsrapport.pdf>
70. Dansk Center for Mindfulness, Aarhus Universitet. Skolefolder: Stressfri hverdag for børn og unge. Aarhus.
71. Krølner R. En go' Bgym'. 2020. Available from: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/en_go_bgym_cfi
72. UNICEF. UNICEF Rettighedsskoler. 2020. Available from: <https://www.unicef.dk/boern-skole/rettighedsskoler/>

73. Det Sociale Netværk. mindU - tro, tanker og trivsel. 2019. Available from: https://www.psykisksaarbar.dk/cgi-bin/uploads/media/mindU_materiale_og_opslag/Projekt_mindU_evaluering_juni_2019.pdf
74. Socialstyrelsen. Socialstyrelsen - viden til gavn. socialstyrelsen.dk.
75. Børns Vilkår. Børns Vilkår - sammen stopper vi svigt. bornsvilkar.dk.
76. Maryfonden. Mary Fonden. maryfonden.dk.
77. Psykiatrifonden. Psykiatrifonden - sammen bekæmper vi psykisk sygdom. psykiatrifonden.dk.
78. Reef J, van Meurs I, Verhulst FC, van der Ende J. Children's problems predict adults' DSM-IV disorders across 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49(11):1117-24.
79. Patton GC, Coffey C, Romaniuk H, Mackinnon A, Carlin JB, Degenhardt L, et al. The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. London, England. *Lancet* 2014;383(9926):1404-11.
80. Copeland WE, Wolke D, Shanahan L, Costello J. Adult functional outcomes of common childhood psychiatric problems a prospective, longitudinal study. *JAMA Psychiatry* 2015;72(9):892-9.
81. Hill RM, Pettit JW, Lewinsohn PM, Seeley JR, Klein DN. Escalation to Major Depressive Disorder among adolescents with subthreshold depressive symptoms: evidence of distinct subgroups at risk. *J Affect Disord* 2014;158:133-8.
82. Shankman SA, Lewinsohn PM, Klein DN, Small JW, Seeley JR, Altman SE. Subthreshold conditions as precursors for full syndrome disorders: a 15-year longitudinal study of multiple diagnostic classes. *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50(12):1485-94.
83. Balazs J, Miklosi M, Halasz J, Horváth LO, Szentiványi D, Vida P. Suicidal risk, psychopathology, and quality of life in a clinical population of adolescents. *Front Psychiatry* 2018;9(FEB):1-8.
84. Wolf RT, Jeppesen P, Gyrd-Hansen D, Oxholm AS. Evaluation of a screening algorithm using the Strengths and Difficulties Questionnaire to identify children with mental health problems: A five-year register-based follow-up on school performance and health-care use. *PLoS One* 2019;14(10).
85. Daley D, Van Der Oord S, Ferrin M, Cortese S, Danckaerts M, Doepfner M, et al. Practitioner review: Current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2018;59(9):932-47.

86. Daley D, van der Oord S, Ferrin M, Danckaerts M, Doepfner M, Cortese S, et al. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014;53(8):835–47.
87. Sonuga-Barke EJS, Barton J, Daley D, Hutchings J, Maishman T, Raftery J, et al. A comparison of the clinical effectiveness and cost of specialised individually delivered parent training for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder and a generic, group-based programme: a multi-centre, randomised controlled trial of the New F. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018;27(6):797–809.
88. Coates J, Taylor JA, Sayal K. Parenting Interventions for ADHD: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *J Atten Disord* 2015;19(10):831–43.
89. Murray DW, Lawrence JR, LaForett DR. The Incredible Years® Programs for ADHD in Young Children: A Critical Review of the Evidence. *J Emot Behav Disord* 2017.
90. Scavenius C, Andersen LK, Frøslev-Thomsen K, Henze-Pedersen S, Lindberg MR. Evaluering af tre projekter i Socialstyrelsens Forældreprogram. *Socialstyrelsen* 2018.
91. Öztürk Y, Özyurt G, Peckanlar AA. The effects of the triple P-positive parenting programme on parenting, family functioning and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. A randomized controlled trial. *J Psychiatry Clin Psychopharmacol* 2019;29(4):665–73.
92. Franke N, Keown LJ, Sanders MR. An RCT of an Online Parenting Program for Parents of Preschool-Aged Children With ADHD Symptoms. *J Atten Disord* 2016.
93. Larsen LB, Daley D, Lange A-M, Sonuga-Barke E, Thomsen PH, Rask CU. Effect of Parent Training on Health-Related Quality of Life in Preschool Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Secondary Analysis of Data From a Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020.
94. Polanczyk G V. Building the Evidence to Treat Preschoolers With ADHD in Real-Life Settings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018;57(8):544–6.
95. Nevill RE, Lecavalier L, Stratis EA. Meta-analysis of parent-mediated interventions for young children with autism spectrum disorder. Vol. 22, *Autism*. 2018. p. 84–98.
96. Althoff CE, Dammann CP, Hope SJ, Auserau KK. Parent-mediated interventions for children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Am J Occup Ther* 2019;73(3).
97. Green J, Charman T, McConachie H, Aldred C, Slonims V, Howlin P, et al. Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): a randomised controlled trial. *Lancet* 2010;375(9732):2152–60.
98. James A, James G, Cowdrey F, Soler A, Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2018;(2).

99. Zhou X, Zhang Y, Furukawa TA, Cuijpers P, Pu J, Weisz JR, et al. Different Types and Acceptability of Psychotherapies for Acute Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2019;76(1):41–50.
100. Kreuze LJ, Pijnenborg GHM, de Jonge YB, Nauta MH. Cognitive-behavior therapy for children and adolescents with anxiety disorders: A meta-analysis of secondary outcomes. *J Anxiety Disord* 2018;60:43–57.
101. Hetrick SE, Cox GR, Witt KG, Bir JJ, Merry SN. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;(8). Available from: www.cochranelibrary.com
102. Cox GR, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry SN, Parker AG, et al. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;2014(11). Art. No.: CD008324. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=jlh&AN=2012044801&site=ehost-live&scope=site>
103. Goodyer IM, Reynolds S, Barrett B, Byford S, Dubicka B, Hill J, et al. Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multi-centre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superior. *The Lancet Psychiatry* 2017;4(2):109–19.
104. Kilburn TR, Sørensen MJ, Thastum M, Rapee RM, Rask CU, Arendt KB, et al. Rationale and design for cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in children with autism spectrum disorder: A study protocol of a randomized controlled trial. *Trials* 2018;19(1):1–11.
105. Rapee RM, Wignall A, Spence SH, Cobham V, Lyneham H. Hjælp dit ængstelige barn: En trin for trin-guide til forældre. 1. udgave. Dansk Psykologisk Forlag A/S; 2012.p. 282.
106. Villabø MA, Narayanan M, Compton SN, Kendall PC, Neumer SP. Cognitive-behavioral therapy for youth anxiety: An effectiveness evaluation in community practice. *J Consult Clin Psychol* 2018;86(9):751–64.
107. Loevaas MES, Sund AM, Lydersen S, Neumer SP, Martinsen K, Holen S, et al. Does the Transdiagnostic EMOTION Intervention Improve Emotion Regulation Skills in Children? *J Child Fam Stud* 2019;28(3):805–13.
108. Kendall P, Hedtke K. Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual (3rd ed.). Child and Adolescent Anxiety Disorders Clinic Temple University 2006.
109. Stark K, Streusand W, Krumholz L, Patel P. Cognitive-behavioral therapy for depression: The ACTION treatment program for girls. In: J. R. Weisz & A. E. Kazdin, editor. Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. New York. The Guilford Press 2010. p. 93–109.
110. LÆR AT TACKLE. LÆR AT TACKLE angst og depression - for unge. Available from: <https://laerattackle.dk/angst-og-depression/unge-med-angst-og-depression/>.

111. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for børn og unge med angst og/eller depression. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/forloebprogram-for-boern-og-unge-med-angst-og-eller-depression>. 2017.
112. Brakoulias V, Perkes IE, Tsalamaniotis E. A call for prevention and early intervention in obsessive-compulsive disorder. *Early Intervention in Psychiatry* 2018.
113. Lebowitz ER, Panza KE, Su J, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2012.
114. Stewart SE, Geller DA, Jenike M, Pauls D, Shaw D, Mullin B, et al. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis and qualitative review of the literature. Vol. 110, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004. p. 4–13.
115. Thompson-Hollands J, Abramovitch A, Tompson MC, Barlow DH. A randomized clinical trial of a brief family intervention to reduce accommodation in obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Behav Ther*. 2015 Mar;46(2):218–29.
116. Geller DA, March J. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51(1):98–113. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856711008823>
117. Højgaard DRMA, Nissen JB, Hybel KA, Thomsen PH. Behandling af obsessiv kompulsiv lidelse hos børn og unge. *Ugeskriftet* 2019;181(23). Available from: https://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2019-05/v10180746.pdf
118. Uhre CF, Uhre VF, Lønfeldt NN, Pretzmann L, Vangkilde S, Plessen KJ, et al. Systematic Review and Meta-Analysis: Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. Vol. 59, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2020. p. 64–77.
119. Thomsen PH, Torp NC, Dahl K, Christensen K, Englyst I, Melin KH, et al. The Nordic long-term OCD treatment study (NordLOTS): Rationale, design, and methods. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2013;7(1):1–13.
120. Melin K, Skarphedinsson G, Thomsen PH, Weidle B, Torp NC, Valderhaug R, et al. Treatment Gains Are Sustainable in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Three-Year Follow-Up From the NordLOTS. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020;59(2):244–53.
121. Jensen S, Højgaard DRMA, Hybel KA, Mortensen EL, Skarphedinsson G, Melin K, et al. Distinct trajectories of long-term symptom severity in pediatric obsessive-compulsive disorder during and after stepped-care treatment. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2019.
122. Freeman JB, Choate-Summers ML, Moore PS, Garcia AM, Sapyta JJ, Leonard HL, et al. Cognitive behavioral treatment for young children with obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 2007;61(3):337–43.

123. Mol Debes NMM, Hjalgrim H, Skov L. Limited knowledge of Tourette syndrome causes delay in diagnosis. *Neuropediatrics* 2008;39(2):101–5.
124. Verdellen C, van de Griendt J, Hartmann A, Murphy T. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part III: behavioural and psychosocial interventions. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011;20(4):197–207.
125. Nissen JB, Kaergaard M, Laursen L, Parner E, Thomsen PH. Combined habit reversal training and exposure response prevention in a group setting compared to individual training: a randomized controlled clinical trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018;28(1):57–68. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1187-z>
126. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). *Evidence-Based Child Health A Cochrane Rev J* 2013;8(2):318–692.
127. Mytton JA, DiGuseppi C, Gough D, Taylor RS, Logan S. School-based secondary prevention programmes for preventing violence. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;2(2):814–91.
128. Stoltz S, Van Londen M, Deković M, De Castro BO, Prinzie P, Lochman JE. Effectiveness of an individual school-based intervention for children with aggressive Behaviour: A randomized controlled trial. *Behav Cogn Psychother* 2013;41(5):525–48.
129. Wilson SJ, Lipsey MW. School-Based Interventions for Aggressive and Disruptive Behavior. Update of a Meta-Analysis. *Am J Prev Med* 2007;33(2 SUPPL.):130–43.
130. Waddell C, Schwartz C, Andres C, Barican J Lou, Yung D. Fifty years of preventing and treating childhood behaviour disorders: A systematic review to inform policy and practice. *Evid Based Ment Health* 2018;21(2):45–52.
131. Webster-Stratton C, Rinaldi J, Reid JM. Long-Term Outcomes of Incredible Years Parenting Program: Predictors of Adolescent Adjustment. *Child Adolesc Ment Health* 2011;16(1):38–46.
132. Forgatch MS, DeGarmo DS. Sustaining Fidelity Following the Nationwide PMTOTM Implementation in Norway. *Prev Sci* 2011;12(3):235–46.
133. Wilson P, Rush R, Hussey S, Puckering C, Sim F, Allely CS, et al. How evidence-based is an “evidence-based parenting program”? A PRISMA systematic review and meta-analysis of Triple P. *BMC Med* 2012;10(1):130.
134. Socialstyrelsen. Om dokumenterede metoder. Available from: <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/dokumenterede-metoder-born-og-unge/om-dokumenterede-metoder>.
135. Neumark-Sztainer D, Wall MM, Chen C, Larson N, Christoph MJ, Sherwood, Nancy E. Eating, Activity, and Weight-related Problems From Adolescence to Adulthood. *Am J Prev Med* 2018;55(2):133–41.

136. Le LKD, Barendregt JJ, Hay P, Mihalo-poulos C. Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. Vol. 53, *Clinical Psychology Review*. Pergamon 2017. p. 46–58. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735816300150?via%3Dihub>
137. Levine M. Prevention of eating disorders: 2018 in review. *Eat Disord* 2019;27(1):18–33.
138. Nazar B, Gregor L, Albano G, Marchica A, Coco G, Cardi V, et al. Early Response to treatment in Eating Disorders: A Systematic Review and a Diagnostic Test Accuracy Meta-Analysis. *Eur Eat Disord Rev* 2017;25(2):67–79.
139. Herpertz-Dahlmann B. Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry. *Curr Opin* 2017;30(6):438–45.
140. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse. 2017;54. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~-/media/8B634768E-B7C4EE29A9D5CDA29A89260.ashx>
141. Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskaede. Tidlig opsporing af spiseforstyrrelser og selvskaede 2018. Available from: <https://lmsos.dk/viden/forskning-undersogelser/vioss/tidlig-opsporing-spiseforstyrrelser-selvskaede>
142. Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskaede. MindTalk - Selvværdsworkshop for børn og unge. lmsos.dk/mindtalk.
143. Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, Borgwardt S, Kempton MJ, Valmaggia L, et al. Predicting Psychosis - Meta-analysis of Transition Outcomes in Individuals at High Clinical Risk. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69(3):220–9.
144. Albert N, Bertelsen M, Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Le Quack P, et al. Predictors of recovery from psychosis Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophr Res* 2011;125(2–3):257–66.
145. Nordentoft M, Melau M, Iversen T, Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, et al. From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. *Early Interv Psychiatry* 2015;9(2):156–62.
146. Danske Regioner. Pakkeforløb for Incident Skizofreni. 2016. Available from: <https://www.regioner.dk/media/3355/behandlingspakke-voksne-incident-skizofreni-2016-maj-2.pdf>
147. Correll CU, Galling B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, et al. Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA psychiatry* 2018;75(6):555–65.
148. Linehan M. Manual til dialektisk adfærdsterapi: færdighedstræning. Dansk Psykologisk Forlag A/S 2004.
149. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *J Pers Disord* 2004;18(1):36–51.

150. Mehlum L, Ramberg M, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, et al. Dialectical Behavior Therapy Compared with Enhanced Usual Care for Adolescents with Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes over a One-Year Follow-Up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016.
151. Gratz KL, Tull MT, Levy R. Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychol Med* 2014;44(10):2099–112.
152. Bjureberg J, Sahlin H, Hedman-Lagerlöf E, Gratz KL, Tull MT, Jokinen J, et al. Extending research on Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents (ERITA) with nonsuicidal self-injury disorder: open pilot trial and mediation analysis of a novel online version. *BMC Psychiatry* 2018;18(1):326.
153. Calear AL, Christensen H, Freeman A, Fenton K, Busby Grant J, van Spijker B, et al. A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016;25(5):467–82.
154. Robinson J, Calear AL. Suicide prevention in educational settings: a review. *Australas Psychiatry* 2018;26(2):132–40.
155. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, et al. School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet* 2015;385(9977):1536–44.
156. Erlangsen A, Lind BD, Stuart EA, Qin P, Stenager E, Larsen KJ, et al. Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: A register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching. *The Lancet Psychiatry* 2015;2(1):49–58.
157. Livslinjen. Livslinjen - rådgivning. livslinjen.dk/raadgivning.
158. Ungdommens Røde Kors. Ung på Linje og Ung Online. urk.dk/ung-pa-linje-og-ung-online.
159. Børnetelefonen. Børnetelefonen. bornetelefonen.dk.
160. Psykiatrifonden. Telefonrådgivning. psykiatrifonden.dk/faa-hjaelp/ring.aspx.
161. Beardslee WR, Gladstone TRG, Wright EJ, Cooper AB. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics* 2003;112(2).
162. Thanhäuser M, Lemmer G, De Girolamo G, Christiansen H. Do preventive interventions for children of mentally ill parents work? Results of a systematic review and meta-analysis. Vol. 30, *Current Opinion in Psychiatry* 2017. p. 283–99.
163. Siegenthaler E, Munder T, Egger M. Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51(1):8–17.

164. Heyne D, Gren-Landell M, Melvin G, Gentle-Genitty C. Differentiation Between School Attendance Problems: Why and How? *Cogn Behav Pract* 2019;26(1):8–34. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.03.006>
165. Maynard BR, Heyne D, Brendel KE, Bulanda JJ, Thompson AM, Pigott TD. Treatment for School Refusal Among Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Res Soc Work Pract* 2015;28(1):56–67.
166. Maynard BR, McCrea KT, Pigott TD, Kelly MS. Indicated Truancy Interventions for Chronic Truant Students: A Campbell Systematic Review. *Res Soc Work Pract* 2012;23(1):5–21. Available from: <https://doi.org/10.1177/1049731512457207>
167. Kearney CA, Albano AM. *When Children Refuse School: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach*. Parent Workbook (2nd ed.). Oxford. Oxford University Press 2007.
168. Kearney CA, Albano AM. *When Children Refuse School: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach*. Therapist Guide (2nd ed.). Oxford. Oxford University Press 2007.
169. Heyne D, Sauter F, Ollendick T, Van Widenfelt B, Westenberg P. Developmentally sensitive cognitive behavioral therapy for adolescent school refusal: Rationale and case illustration. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2014;17(2):191–215.
170. Heyne D, Sauter F, Maynard B. Moderators and mediators of treatments for youth with school refusal or truancy. In: Maric M, Prins PJ, Ollendick TH, editors. *Moderators and Mediators of Youth Treatment Outcomes*. Oxford University Press 2015. p. 230–66.
171. Thastum M, Johnsen D, Silverman W, Jeppesen P, Heyne D, Lomholt J. The Back2School modular cognitive behavioral intervention for youths with problematic school absenteeism: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2019;20(1):29.
172. Lomholt JJ, Johnsen DB, Silverman WK, Heyne D, Jeppesen P, Thastum M. Feasibility Study of Back2School, a Modular Cognitive Behavioral Intervention for Youth With School Attendance Problems. *Front Psychol* 2020;11(April):1–15.
173. Det Sociale Netværk. headspace - nogen at tale med. [headspace.dk](https://www.headspace.dk).
174. Rambøll Management Consulting. *Evaluering af Headspace*. København 2019. Available from: https://www.sum.dk/~ /media/Filer - Publikationer_i_pdf/2019/Evaluering-af-headspace-juli-2019/evaluering-af-headspace.pdf
175. Børnetelefonen. Børnetelefonen - få hjælp. [bornetelefonen.dk/faa-hjaelp/](https://www.bornetelefonen.dk/faa-hjaelp/).
176. Red Barnet. SletDet. [redbarnet.dk/sletdet/](https://www.redbarnet.dk/sletdet/).
177. Dansk Flygtningehjælp. Om MindSpring. <https://mindspring-grupper.dk/om-mindspring>.
178. Aarhus Kommune. *Evaluering af Nest i Aarhus 2015-2019*. 2019. Available from: <https://folkesundhed.aarhus.dk/media/30498/evaluering-af-nest-i-aarhus-2015-2019.pdf>
179. Videnscenter for Det Nationale Sorgcenter. *Fra international til dansk kontekst*. Available from: <https://sorgcenter.dk/videnscenter-for-det-nationale-sorgcenter/>

180. Haahr NH. Effektevalueringsrapport 2015: Effekt og udbytte af tilbud i Børn, Unge & Sorg . 2015. Available from: <https://sorgcenter.dk/wp-content/uploads/2020/07/Evalueringsrapport-2015.pdf>
181. Egmont Fonden. Børn skal have hjælp til at håndtere traumer. 2016. Available from: <https://www.egmontfonden.dk/born-skal-have-hjaelp-til-handtere-traumer>.
182. Holmberg T. Next Step. Available from: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/next_step_cfi
183. Red Barnet. Sikkerchat - sikker adfærd på nettet. Available from: <https://redbarnet.dk/skole/sikkerchat-sikker-adfaerd-paa-nettet/>.
184. Red Barnet. deSHAME. Available from: <https://redbarnet.dk/skole/sikkerchat-sikker-adfaerd-paa-nettet/deshame-et-undervisningsmateriale-om-digitale-sexkraenkelse/>.



7

FEM RÅD TIL FORBEDRING AF BØRN OG UNGES MEN- TALE HELBRED

I DETTE KAPITEL PRÆSENTERER VI EN RÆKKE RÅD TIL BESLUTNINGSTAGERE OG POLITIKERE MED HENBLIK PÅ AT FORBEDRE BØRN OG UNGES MENTALE HELBRED.

På baggrund af rapportens kortlægning af omfanget af mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme samt de udfordringer, der er knyttet til at identificere, forebygge og behandle problemerne, foreslår vi en national strategi på området, som kan imødegå de udfordringer, der er knyttet til at identificere, forebygge og behandle problemerne.

Udvikling af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom

Udvikling af mental sundhed bør ses i et udviklings- og socialt perspektiv, og det er centralt at sikre, at alle børns mentale sundhed understøttes af de voksne, som er del af deres hverdag under opvæksten. Psykisk sygdom opstår sjældent fra den ene dag til den anden, men udvikles over tid. Der indtræffer i alle børn og unges liv situationer eller udviklingsperioder, hvor de reagerer med psykiske symptomer på de udfordringer, de møder. Det er helt normalt. Men hvis der opstår mange symptomer, som påvirker barnets eller den unges livsfunktion, så taler man om mentale helbredsproblemer. Det kan være symptomer som fx angst og depressive symptomer, problemer med adfærd, spisning eller selvskaide. Der er tale om psykisk sygdom, når de mentale helbredsproblemer bliver vedvarende og belastende og påvirker barnets eller den unges livsudfoldelse og funktion. Der er således en glidende overgang fra at have mentale helbredsproblemer til at få behandlingskrævende psykisk sygdom (se **figur 7.1**). Denne udvikling fra mentale helbredsproblemer til psykisk sygdom kan

i mange tilfælde forhindres eller mildnes med den rette indsats (se **figur 7.2**).

Mentale helbredsproblemer hos et barn eller en ung kan, hvis barnet eller den unge ikke får hjælp, medføre, at den psykiske udvikling forstyrres. Jo tidligere der bliver rettet op på en psykisk udvikling, der er skæv, jo bedre sikrer man, at situationen ikke forværres på grund af tilstødende vanskeligheder, og at barnet eller den unge kommer tilbage på et spor, der giver en god udvikling og et godt livsforløb.

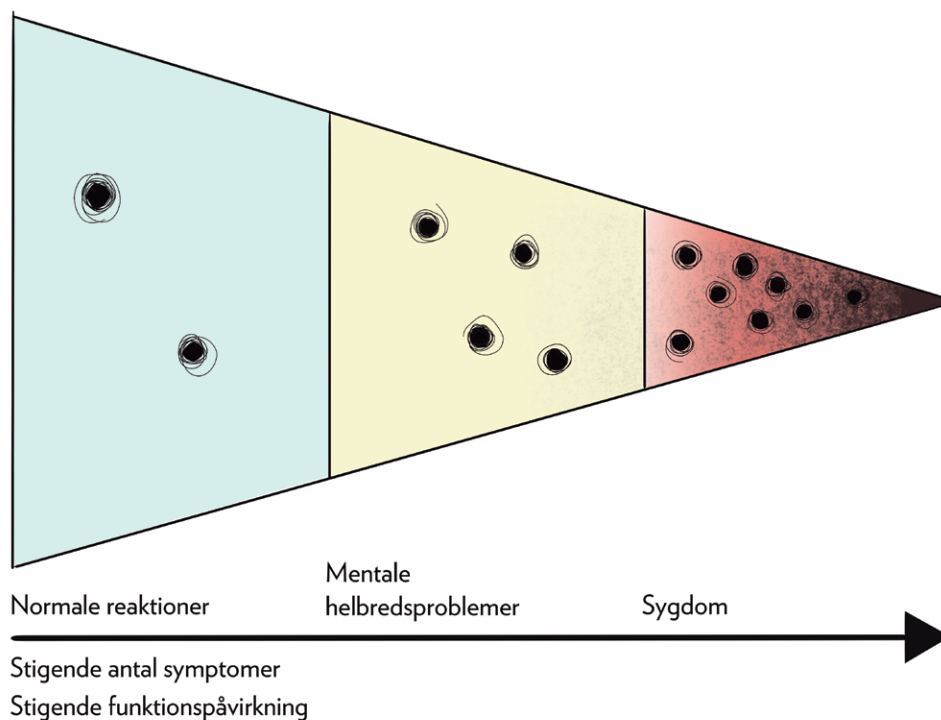
Hvis et barn eller en ung fx udviser symptomer på en angsttilstand, så får det svært ved at deltage i skolen, får skolefravær og falder derved ud af det sociale fællesskab. Barnet/den unge begynder måske at selvmedicinere med enten alkohol eller stoffer og kan i sidste ende potentielt ende med at udvikle en psykose. Der er megen evidens for, at hvis man retter op på de første symptomer, så giver det et bedre forløb. Det er vigtigt at sætte ind med rette indsats til rette barn/ung på rette tidspunkt (se **figur 7.2**).

Mentale helbredsproblemer er i forværring blandt børn og unge

Der er over de seneste 20-30 år registreret store stigninger i andelen af børn og unge, som er blevet diagnosticeret med psykiske sygdomme og udviklingsforstyrrelser. Samtidig er forekomsten af en række selvrapporterede indikatorer for mentale helbredsproblemer blandt børn og unge enten steget eller stabiliseret på et relativt højt niveau,

→ **FIGUR 7.1**

Udvikling af psykisk sygdom.



Ref: Pia Jeppesen med inspiration fra Jim Van Os

og en del børn og unge scorer lavt på selvrappor-
terede positive aspekter af mental sundhed (se
kapitel 3-5). Den eneste positive undtagelse fra
denne negative udvikling er, at omfanget af mob-
ning faldet, måske i takt med en øget forebyggel-
sesrettet indsats på området.

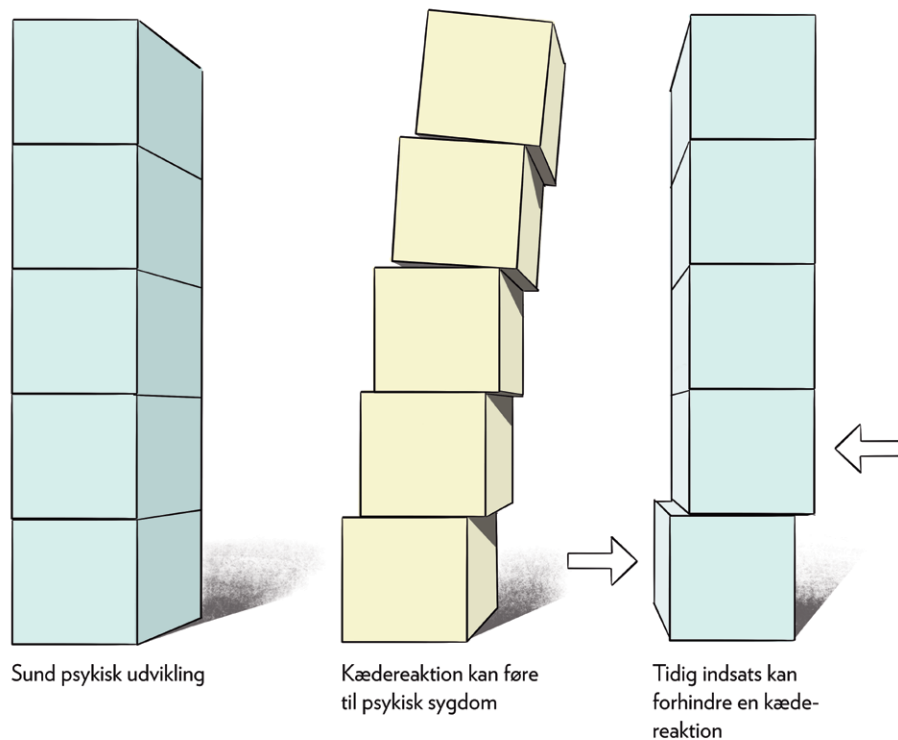
Psykisk sygdom har historisk været underrap-
porteret, særligt for børn og unge. Der er dog
kommet en større åbenhed på området, og når
antallet af diagnoser og omfanget af mentale hel-
bredsproblemer stiger, skyldes det til dels, at børn
og unge med mentale helbredsproblemer i højere
grad bliver identificeret og diagnosticeret, end at

flere børn og unge har flere psykiske sygdomme
nu end tidligere. Uanset hvad stigningerne er ud-
tryk for, dokumenterer denne rapport forekomster
af mentale helbredsproblemer i en grad, der peger
på et stort behov for en markant stærkere indsats
på området.

Psykiske sygdomme er blandt de mest udbredte
sygdomme hos børn og unge, og psykiske syg-
domme har ofte stor indflydelse på de unges liv
samt konsekvenser for deres omgivelser. Stig-
ningen i antallet af børn og unge med diagnosti-
ceret psykisk sygdom skyldes bl.a. lovændringen
i 2015 om udrednings- og behandlingsgaranti

→ **FIGUR 7.2**

Tidlige og forebyggende indsatser er vejen frem, inspireret af (1).



i psykiatrien. Den skabte nemmere adgang til udredning og behandling af psykisk sygdom og dermed også en øget opmærksomhed og efterspørgsel på hjælp til børn og unge med mentale helbredsproblemer på alle niveauer. Udrednings- og behandlingsgarantierne har dog langt fra løst alle problemer og udfordringer. En hurtig sammenligning af de høje forekomster af mentale helbredsproblemer med de spredte forebyggelsesrettede initiativer tyder på, at mange børn og unge med begyndende psykisk sygdom ikke modtager en hurtig og effektiv indsats af tilstrækkelig kvalitet. Der er med andre ord et stort og uudnyttet potentiale for bedre forebyggelse og tidlig behandling

af mentale helbredsproblemer og sygdomme hos børn og unge i Danmark.

Der er i de senere år udviklet en række programmer og metoder til forebyggelse og behandling af psykiske sygdomme på alle niveauer. Vi præsenterer i denne rapport et overblik over udvalgte indsatser, der vurderes at være relevante i en dansk sammenhæng, og som bygger på viden om at indsatserne er vist at være effektive (se kapitel 6).



Der er brug for en samlet national strategi for børn og unges mentale helbred

Der er helt overordnet brug for en **samlet national strategi** for børn og unges mentale helbred i Danmark. Denne strategi skal opsamle og koordinere de mange initiativer fra skoler, kommuner, regioner, interesseorganisationer og faglige selskaber, der er udviklet og afprøvet gennem årene. Der er viden om effektive sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, men det går for langsomt med at omsætte viden til handling. De projekter, der gennemføres, er ofte ukoordinerede og spredte, og ofte lukker de ned efter lokal afprøvning. Kommunerne arbejder ud fra Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om mental sundhed, som er et forsøg på en mere koordineret indsats på området, men mange kommunerne efterspørger selv mere veldegnende og bedre evaluerede projekter sat i værk

fra statslig side med afprøvning i kommunerne, og de stiller sig til rådighed for dette. Der er således brug for en langt mere systematisk udvikling, implementering, monitorering og evaluering af indsatser på alle niveauer lige fra sundhedsfremme til støtte af sårbare familier og hurtig og effektiv behandling af børn og unge med mentale helbredsproblemer.

Et vigtigt formål for en samlet national strategi for børn og unges mentale helbred i Danmark er således at styrke rettidige og sammenhængende forløb med effektiv støtte og behandling for de børn, unge og familier, som har nedsat livskvalitet og reduceret funktion som følge af mentale helbredsproblemer. For at kunne gøre det, må samfundet investere i innovativ IT-teknologi, der kan understøtte en fælles organisering af de tidlige og forebyggende indsatser på tværs af kommuner

og organisationer, sikre vidensopsamling og evaluering af de eksisterende indsatser samt opkvalificere fagprofessionelle. Sidst men ikke mindst er der brug for forskning med henblik på at udvikle nye og forbedrede indsatser.

På baggrund af resultater fra kortlægningen i denne rapport foreslår vi herunder fem overordnede initiativer, der kan styrke børn og unges mentale helbred. Vores råd er målrettet beslutningstagere og politikere og fokuserer på en overordnet national organisering og koordinering af indsatser på tværs af uddannelsesinstitutioner, kommunale og regionale aktører og forskningsmiljøer.

Fem råd

Vidensråd for Forebyggelse har afdækket et stort potentiale for at fremme den mentale sundhed og forebygge psykisk sygdom blandt børn og unge i Danmark. Her er fem råd til, hvad vi mener, en national strategi bør hvile på og baggrunden for dem:

- 1 Indfør evidensbaserede indsatser over hele landet med fokus på:
 - a) mental sundhedsfremme de steder, hvor børn og unge har deres dagligdag
 - b) bedre tilbud til familier, hvor en eller flere forældre har psykisk sygdom eller misbrug
 - c) lettilgængelig adgang til sammenhængende behandlingsforløb for børn og unge med følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer
- 2 Skab koordinering på nationalt niveau
- 3 Evaluer indsatserne løbende
- 4 Opkvalificer fagprofessionelle på alle niveauer
- 5 Invester i forskning og udvikling

1. INDFØR EVIDENSBASEREDE INDSATSER OVER HELE LANDET

Rapporten peger på, at der findes en voksende dokumentation for gavnlige effekter af en lang række psykologiske og pædagogiske indsatser, der kan forebygge mentale helbredsproblemer. Samtidig viser gennemgangen, at de evidensbaserede indsatser kun anvendes sporadisk i Danmark. Det betyder, at børn og unge i Danmark ikke har systematisk og ensartet adgang til forebyggelse og behandling af god kvalitet, fordi vi ikke udnytter den eksisterende viden til at skabe en evidensbaseret praksis.

Rapportens gennemgang af evidensbaserede sundhedsfremmende og forebyggende indsatser (se kapitel 6) peger på tre områder, hvor det er særligt oplagt at intensivere forebyggelsesindsatsen, fordi problemerne er lette at identificere, almindeligt forekommende og forbundet med negative følger, og/eller fordi der allerede findes viden om effektive indsatser og fremgangsmåder.

a) Mental sundhedsfremme bør integreres de steder, hvor børn og unge har deres dagligdag

Kortlægningen af den relativt høje og på nogle områder stigende forekomst af mentale helbredsproblemer blandt børn og unge i Danmark (se kapitel 3-4) peger på, at der fortsat er behov for initiativer, der kan forbedre den mentale sundhed og trivsel. Samtidig viser kortlægningen af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser (se kapitel 6), at der er dokumentation for små, men betydende gavnlige effekter af universelle indsatser, særligt de skolebaserede. Der er desuden dokumentation for at indsatser, der sigter på at reducere mobning og afbøde de negative konsekvenser af mobning, er virksomme. På det univer-

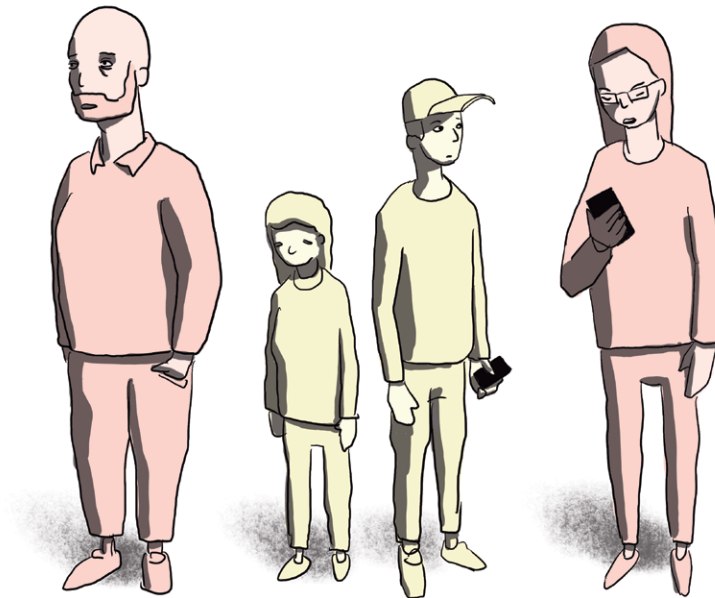


selle niveau anbefaler vi at fokusere på indsatser og programmer, der fremmer mental sundhed og trivsel. Mental sundhedsfremme kan ses som en kollektiv opgave, der ligger i forlængelse af den almindelige opdragelse, pædagogik og dannelse af børn og unge. Den danske skolesundhedspleje er oplagt at tænke ind i en helhedsorienteret indsats på skolerne. Det er desuden vigtigt fremadrettet at opnå øget viden om sundhedsfremmende indsatser blandt unge på fx gymnasier, erhvervsuddannelser og videregående uddannelser. Mental sundhedsfremme er en lovende tilgang, men også et relativt nyt område, hvor der fortsat er behov for udvikling og forskning.

b) Bedre tilbud til familier hvor en eller flere forældre har psykisk sygdom eller misbrug

Børn og unge, der vokser op med en eller to forældre med psykisk sygdom, udgør en særlig sårbar gruppe med en stærkt forøget risiko for

selv at udvikle psykisk sygdom. Til trods for at psykisk sygdom eller misbrug hos forældre er den stærkeste risikofaktor, vi kender, for udvikling af psykisk sygdom hos barnet/den unge (og tilmed er let at erkende), så er denne gruppe af sårbare børn og unge fortsat overset i de etablerede systemer. Der er behov for let tilgængelige, specialiserede og helhedsorienterede indsatser, der kan tilpasses familiernes behov over tid og på tværs af sektorer. Det kræver et vedvarende og velkoordineret samarbejde mellem de forskellige aktører, der er involveret i familien og i de enkelte familiemedlemmers forhold. De mange aktører kommer typisk fra forskellige afdelinger i kommunen og i den regionale psykiatri, og det er ofte uklart, hvem der har ansvaret for at koordinere indsatsen. Stigmatisering, tabuisering og manglende viden medvirker til, at feltet er skrøbeligt og usammenhængende, og mange forældre har svært ved at tale om sygdommen med omverdenen og ikke mindst med barnet/den unge.



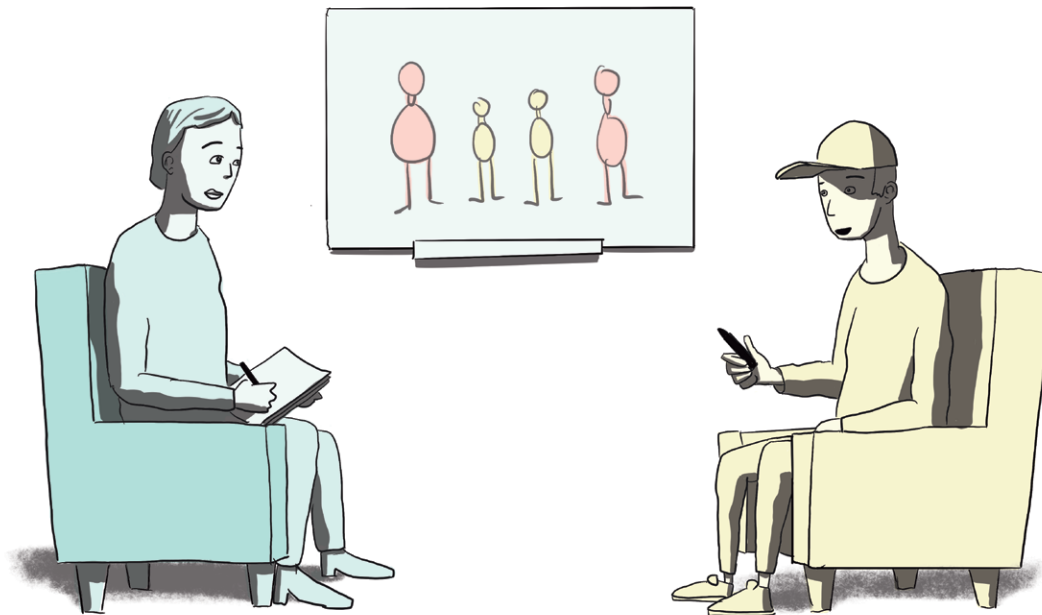
Vi anbefaler, at der udvikles og implementeres systematiske indsatser, som på en helhedsorienteret måde kan styrke børnenes resiliens og trivsel bl.a. ved at sikre, at familien fungerer bedst muligt både i de perioder, hvor forælderenes psykiske sygdom er aktiv, og når det går bedre for den syge forælder.

c) Let tilgængelig adgang til sammenhængende behandlingsforløb for børn og unge med følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer

Denne rapport viser, at der er evidens for gavnlige effekter af psykologiske indsatser til behandling af de hyppigste emotionelle og adfærdsmæssige vanskeligheder såsom angst, depression og adfærdsmæssige vanskeligheder hos børn og unge, hvor de kognitive og adfærdsterapeutiske tilgange er bedst undersøgt. Rapporten peger samlet set på, at der er et stort behov for indsatser over for disse mentale helbredsproblemer, eftersom de

er belastende for barnet/den unge her og nu og desuden er forbundet med øget skolefravær og dårligere skolepræstationer, nedsat social funktion og risiko for at udvikle mere alvorlige psykiske sygdomme. De negative konsekvenser kan spores over flere år, hvilket styrker rationalet for tidlige og forebyggende indsatser.

Vi anbefaler derfor, at vi som samfund udvikler mere kvalificerede, sammenhængende og ensartede udrednings-, visitations- og behandlingstilbud til børn og unge med almindelige emotionelle og adfærdsmæssige problemer. Målet er, at alle børn og unge sikres adgang til behandling af tilstrækkelig kvalitet, der matcher deres behov. Tilbudene bør være vidensbaserede og ensartede fra kommune til kommune, så familierne ved, hvad de kan forvente, og der bør indføres standarder, sådan som vi kender det fra hospitalssystemet, herunder servicemål for ventetid og krav til certificering af behandlere. En ensartet høj kvalitet vil kræve en



fælles organisering af uddannelse, opkvalificering af personale, supervision og IT-løsninger, fx web-baserede udredningsredskaber og feedback fra brugerne (se råd nr. 2).

Konkrete forslag til mål for udviklingen af lettere behandling:

- Hjælpsøgende børn/unge og familier bør have en hurtig og ensartet adgang til behandling, der er baseret på en systematisk og faglig vurdering, og som er afstemt efter barnets/den unges behov (visitation af en specialuddannet og kvalificeret medarbejder).
- Der bør opstilles klare mål for behandlingsindsatsen i samarbejde med barnet/den unge og familien.
- Der bør være en systematisk og løbende monitorering og opfølgning i forhold til barnet/den unge for at kunne vurdere og tilpasse behandlingsindsatsen.

- Kommunen bør sikre en dokumentationspraksis, som kan beskrive omfanget af aktiviteter og evaluere effekten af indsatserne for relevante grupper af deltagende børn, unge og familier.

Hovedparten af de evidensbaserede psykosociale indsatser (se kapitel 6) er evalueret i Nordamerika, England og andre vestlige lande ved at sammenligne den aktive indsats med ingen indsats eller – i bedste fald – med den sædvanlige ikke-manualiserede indsats. Det betyder, at vi ved meget lidt om, hvorvidt den ene indsats er bedre end den anden til en given målgruppe, men vi ved, at indsatserne har betydelige gavnlige virkninger sammenlignet med ikke at gøre noget. De fleste – hvis ikke alle – evidensbaserede psykosociale indsatser består af en række elementer (aktiviteter, metoder og teknikker). Mange af disse elementer er ret ens (fx psykoedukation, målsætning, problemløsning og monitorering) på tværs af de forskellige pro-

grammer og problemområder, og disse fællesfaktorer og processer kan kaldes 'fælles elementer' (på engelsk 'common elements'). Det betyder, at to forskellige evidensbaserede indsatser ofte har overlappende indhold i form af disse 'fælles elementer', og at kendskab til disse elementer kan guide vores valg af program, så programmer med flest og bedst dokumenterede 'fælles elementer' foretrækkes. Fokus på 'fælles elementer' kan således guide implementeringen og udbredelsen af en evidensbaseret praksis.

2. SKAB KOORDINERING PÅ NATIONALT NIVEAU

Arbejdet med forebyggelse af psykiske sygdomme og forbedring af mental sundhed hos børn og unge bør i betydeligt omfang forankres i de eksisterende strukturer og i sammenhæng med de tilbud, som allerede er tilgængelige.

Børn, unge og familier har i løbet af livet kontakt med en lang række aktører i det nære sundhedsvæsen. Det er oplagt at involvere disse aktører i en styrkelse af arbejdet med at fremme mental sundhed og forebygge psykiske sygdomme blandt

børn og unge på alle niveauer fra universelle og strukturelle til selektive og indikerede indsatser:

- › **Sundhedsplejen for spæd- og småbørn:** Der er et stort potentiale for at sætte tidligt ind med støtte til sårbare børn og familier i sundhedsplejen. Der er fortsat en stor variation i, hvad den enkelte sundhedsplejerske tilbyder både inden for kommunen og på tværs af alle 98 danske kommuner. En opgradering af kompetencer og en større grad af systematik vil kunne sikre, at evidensbaserede tiltag i højere grad bliver implementeret.
- › **Skolesundhedsplejen:** Der er mulighed for at identificere tidlige tegn på mistrivsel i skolen gennem en systematisk monitorering af barnets/den unges mentale helbred, fx med spørgeskemaet 'Strengths and Difficulties Questionnaire' (SDQ). Skolesundhedsplejen bør opnormeres og opkvalificeres, så skolesundhedsplejersken har mulighed for at støtte børn, der viser tegn på mentale helbredsproblemer og begyndende sygdom. Skolesundhedsplejersken bør kunne tilbyde kontakt på skolen samt hjemmebesøg flere gange i løbet af



opvæksten. Der skal desuden være mulighed for, at skolesundhedsplejersken kan inddrages i skole-hjem-samtaler, støtte forældrene i samarbejdet med skolen samt hjælpe med at identificere behov og iværksætte og koordinere indsatser i samarbejde med forældre, Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) og egen læge. Desuden bør undersøgelserne ved udskoling udnyttes til tidlig opsporing af unge i mistrivsel. Skolesundhedsplejen bør kunne initiere støtte til børn og unge med tegn på selvskaede, problemer med vægt og spisning, skolefravær, misbrug eller andre tegn på mentale helbredsproblemer og sygdomme.

- › **Pædagoger og lærere:** Ved at inkludere et fokus på mental sundhed i læreres og pædagogers curriculum og gennem efteruddannelse kan lærere og pædagoger opnå kompetencer, der bedre sætter dem i stand til at fremme mental sundhed, identificere mistrivsel og forbedre miljøet omkring børn og unge. Pædagoger og lærere kan tildeles centrale roller i forbindelse med tidlig identifikation af børn og unge med begyndende mentale helbredsproblemer.
- › **Pædagogisk Psykologisk Rådgivning:** Danmark har en veludbygget børne- og ungdomspsykiatri med et relativt højt antal speciallæger pr. indbygger sammenlignet med andre vestlige lande. Samtidig har alle danske kommuner en PPR-enhed, hvor stillingerne er besat med en høj andel af psykologer, der er i tæt, daglig kontakt med skoler og daginstitutioner. Disse to systemer samarbejder allerede om det enkelte barns/unges 'overgang' mellem kommune og region. Det er oplagt at styrke samarbejdet om overgangene og koordineringen af forløbene. Der ligger et stort og uudnyttet potentiale i at udvikle evidensbaserede indsatser i regi af PPR med supervision og sparring fra den regionale børne- og ungdomspsy-

kiatri. De mange psykologer i PPR udgør en stor ressource af akademisk arbejdskraft, der er tæt på børnene og de unge i deres hverdagsliv. Der er brug for at løfte deres kompetencer, så de kan tilbyde evidensbaseret psykologisk behandling, både individuelt og i grupper, til børn og unge med lettere følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer.

- › **Børnetandplejen:** Der er muligheder for at identificere tidlige tegn på mistrivsel i børnetandplejen. Dette perspektiv bør indtænkes i børnetandplejens systematiske tilbud til alle børn og unge. Desuden bør overgangen til privat tandpleje sikres og eventuelt udskydes for sårbare unge ved 18-årsalderen.
- › **Praktiserende læger:** Styrk de systematiske indkaldelser og påmindelser om at møde til børneundersøgelserne og vaccinationsprogrammerne efter samme model som i tandplejen. Børneundersøgelserne bør suppleres med en 'teenager'-undersøgelse, fordi mange af de mentale helbredsproblemer (fx selvskaede og misbrug) begynder i ungederen. Den systematiske indkaldelse skal sikre hjælpen til de mest sårbare børn og unge, der har sværest ved selv at søge hjælp. Det kan afprøves at supplere ovenstående med en udgående indsats i forhold til belastede familier. Samtidig anbefales det at etablere effektive kommunikationsveje mellem egen læge og PPR med henblik på at koordinere indsatserne til børn og unge.

Selvom der er mange ressourcer at bygge på i det eksisterende system i Danmark, er der også mange udfordringer særligt af organisatorisk karakter. De kommunale tilbud til børn og unge er præget af en høj grad af organisatorisk kompleksitet. Indsatserne er ofte fordelt på en række forskellige administrative og lovgivningsmæssige områder:

- › Sundhedsområdet, der administrerer tilbud efter sundhedsloven
- › Børne-familie-området, der administrerer tilbud efter serviceloven
- › Undervisningsområdet, herunder PPR, der primært administrerer tilbud efter folkeskoleloven
- › Dagtilbudsområdet, der administrerer tilbud efter både folkeskoleloven og serviceloven.
- › Misbrugsområdet, der ofte er organiseret under voksensocialområdet og administrerer tilbud efter både serviceloven og sundhedsloven
- › Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU), der administrerer tilbud efter lov om vejledning om uddannelse og erhverv samt pligt til uddannelse, beskæftigelse mv.

Der er mange velfungerende og kompetente aktører, og de fungerer i et vist samspil med hinanden, men der er også i det aktuelle system en risiko for mangelfuld kommunikation. I værste fald har kommunikationen nærmest karakter af flaskepost, hvor der ikke er nogen modtager eller sikring af, at en bekymring i ét system bliver kommunikeret effektivt til det sted, der skal hjælpe, og hvor der ikke lægges en samlet plan med inddragelse af relevante parter i tilfælde af bekymring for et barn eller et ungt menneskes udvikling. Det kan føre til, at der ikke sættes ind med relevante initiativer, og det kan også medføre, at barnet bliver kastebold mellem forskellige systemer, der er dårligt koordinerede. 'Flaskeposten' bør afløses af en standard for at lægge en samlet plan i samarbejde mellem de relevante parter og med konkrete mål og fastlagte tidspunkter for opfølgning og justering af planen.

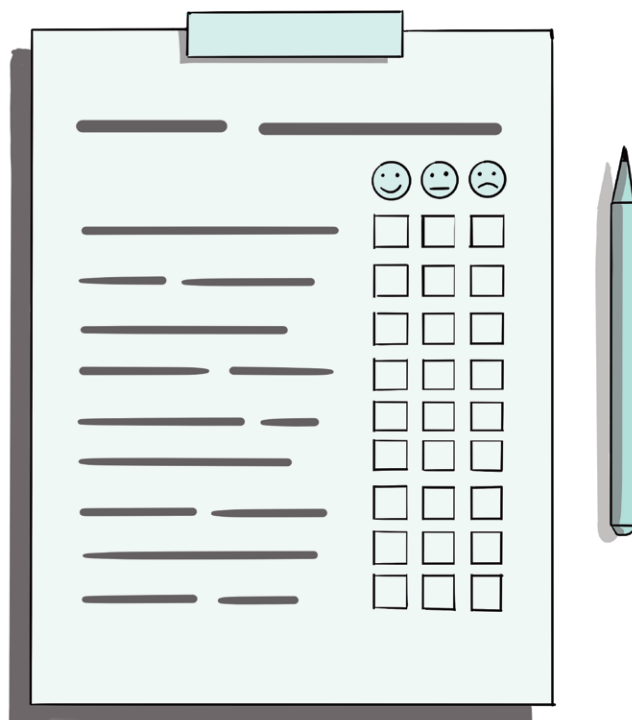
Overgangen fra barn til voksen er særligt udfordrende, fordi ansvaret for den enkelte unge skifter 'hænder' på alle de administrative områder. Her er der et særligt behov for at skabe mere sammenhængende og velkoordinerede indsatser, som sætter den unge i centrum og sikrer kontinuitet i

støtte og behandling uanset alder og problemområde. Dertil kommer, at der findes en lang række tilbud til børn og unge og til unge voksne, der kun er etableret i kraft af NGO'ers og private organisationers aktivitet, og disse aktiviteter er oftest kun midlertidigt finansieret fx gennem midlertidige puljemidler. Det gælder for eksempel mange af de tilbud, der udbydes i samarbejde med kommunerne. Herudover er der en lang række frivillige organisationer, som tilbyder telefon- og chatrådgivning og gruppebehandling af mistrivsel. Der er fortsat en meget stor variation i den konkrete udmøntning og organisering af indsatserne på tværs af de 98 kommuner i Danmark, og opbygningen af sammenhængende tilbud af høj kvalitet vil kræve en ny og betydeligt højere grad af organisering både på tværs af kommunerne og på tværs af de administrative og lovgivningsmæssige områder.

3. EVALUER INDSATSERNE LØBENDE

- › Indsatserne bør løbende monitoreres og evalueres
- › Det kan bl.a. gøres med spørgeskemaer, som børn og unge udfylder før og efter behandlingsforløb. Svarene indsamles og evalueres på nationalt niveau
- › Målet er at skabe et lærende system, hvor indsatserne løbende forbedres.

Vi skal i langt højere grad sikre, at vi evaluerer de indsatser, vi anvender. Det skal sikre, at vi hele tiden bliver klogere på, hvad der virker over for hvilke børn og unge, og hvad der ikke virker. Dermed kan vi dynamisk og konstant forbedre indsatsen for børn og unge med mentale helbredsproblemer og mindske 'kløften' mellem viden og praksis. Dynamisk vidensdeling kræver en fælles organisering, som er dedikeret til læring og udvikling. En sådan organisering må have en fagligt kompetent ledelse, der inddrager fagfolk, forskere, brugerrepræsen-



tanter og driftsorganisationer i et ligeværdigt samarbejde.

Vi anbefaler, at man indfører en ensartet monitorings- og evalueringspraksis, der sikrer indsamling af data om, hvorvidt en given indsats er gavnlig for den enkelte og for samfundet, bl.a. ved at måle på, om indsatsen har forbedret barnets/ den unges trivsel og funktion i hverdagslivet. I det omfang kommuner og regioner bliver enige om fælles monitorings- og evalueringsredskaber, kan disse bruges til løbende feedback og regulering af indsatserne.

For den enkelte modtager af indsatsen (barnet, den unge og/eller familien) kan en monitorering af effekten med standardiserede spørgeskemaer bruges til løbende at justere og tilpasse indsatsen, så den

matcher det aktuelle behov og gavner brugeren. En standardiseret monitorering med spørgeskemaer giver desuden mulighed for at opsamle data på det administrative niveau og til forskning. Dataindsamlingen for store grupper kan således gøre os klogere på, hvilke indsatser der virker for hvem, og hvornår det lykkes at skabe en god sammenhæng mellem indsatserne. Vi kan på den måde skabe et lærende system, der kan understøtte udviklingen af indsatser af høj kvalitet på alle niveauer (stepped care) og på tværs af kommuner og regioner (shared care).

Konkrete forslag til indholdet i et lærende system:

- Fælles standarder for evidensbaserede indsatser
- Fælles katalog af indsatsmuligheder med tilhørende krav om at vælge metoder inden for

dette katalog. Hvis en offentlig aktør ønsker at afprøve nye metoder med uklar evidens, bør der fremlægges en argumentation for de forventede gavnlige effekter og en plan for at evaluere de samlede omkostninger og effekter af den nye indsats

- Standardiserede og valide evalueringsredskaber, der inkluderer spørgeskemaer til alle relevante informanter (barnet/den unge, forældre, skolelærer/pædagog).
- Anvendelse af et fælles generisk redskab til måling af de mentale helbredsproblemer og funktionspåvirkningen, fx SDQ
- Hjælp til at udføre evalueringen som et forskningsforsøg, hvis der er behov for det.

En teknologisk understøttet model bør anvende validerede redskaber til screening af målgrupperne og evaluering af effekterne af indsatserne, samt fastholde brugen af redskaberne over tid og sted, så erfaringer fra hele landet kan opsamles i et lærende system. Dataopsamlingen skal ske repræsentativt og have et tilstrækkeligt volumen til, at erfaringerne kan omsættes til anbefalinger om, hvad der virker for hvem, og hvad de forventede omkostninger og effekter er. En sådan model vil kunne levere data og infrastruktur til nationale og internationale forskningsmiljøer, som kan bidrage til yderligere udvikling, meget lig den registerbaserede forskning i Danmark.

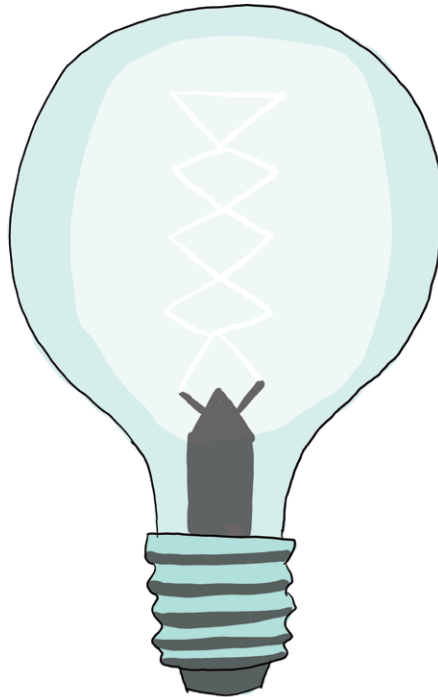
4. OPKVALIFICER FAGPROFESSIONELLE PÅ ALLE NIVEAUER

- Psykologuddannelsen bør udvides med mere klinisk træning
- Sundhedsplejersker og alment praktiserende læger bør have bedre kompetencer og muligheder for at udføre koordinerende funktioner
- Lærere, pædagoger og andre fagprofessionelle bør klædes på til at opdage og reagere

på mentale helbredsproblemer blandt børn og unge og til at undervise i mental sundhed.

Der er behov for at styrke kompetenceudviklingen på alle niveauer. I Danmark peger Sundhedsstyrelsen og kommunale aktører (bl.a. sundhedschefer og -konsulenter samt skolelærerne) på, at der er behov for at øge frontmedarbejderes viden og kompetencer inden for mental sundhedsfremme og forebyggelsen af og tidlige tegn på psykisk sygdom. Der er behov for opkvalificering af alle pædagoger og lærere i folkeskolen og på privatskoler, dels fordi de udgør en vigtig ressource, der kan medvirke aktivt i sundhedsfremme og forebyggelse, og dels fordi de varetager undervisningen af mange børn og unge med mentale helbredsproblemer og sygdomme, enten i almindelige skoleklasser eller i forskellige former for specialklasser. Børne- og undervisningsministeriet, Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen har peget på behovet for at styrke indsatsen i PPR til børn og unge i mistrivsel. I den forbindelse har bl.a. universitetsprofessorer i faget psykologi påpeget behovet for at ændre psykologuddannelsen på de danske universiteter med en markant udvidelse af den kliniske uddannelse og træning, så kravene til psykologernes kliniske autorisation sidestilles med andre sundhedsprofessioner. De nyuddannede psykologer er højt kvalificerede kandidater, men deres kliniske træning bør forbedres og gøres mere systematisk. Det bør i den sammenhæng overvejes at flytte autorisation og tilsyn til sundhedsmyndighederne på linje med andre sundhedsuddannelser. En mere målrettet og sammenhængende indsats på tværs af alle sektorer vil desuden kræve opkvalificering af skolesundhedsplejen, praktiserende læger og den hospitalsbaserede psykiatri. Det er brug for en opkvalificering af behandlingstilbud på alle niveauer.

Vi anbefaler, at der udarbejdes en samlet strategi for at styrke uddannelserne af alle grupper af



fagprofessionelle, herunder skolelærere, pædagoger, skolesundhedsplejersker, psykologer, læger og tandlæger, der arbejder med børn og unge på sundhedsområdet, børne- og familieområdet, samt skole- og undervisningsområdet. Det bør sikres, at de fagprofessionelle bliver bedre klædt på til at vurdere børn og unges psykiske udvikling, støtte deres mentale sundhedsdannelse og robusthed samt opdage og reagere kvalificeret på begyndende mistrivsel. Desuden anbefaler vi, at alle, der omgås børn og unge professionelt, har grundlæggende kompetencer, viden og værktøjer, der sætter dem i stand til at yde psykologisk støtte ('førstehjælp') til psykisk sårbare børn og unge, og at henvisningsvejen til mere intensive tiltag er lettilgængelig og kendt.

5. INVESTER I FORSKNING OG UDVIKLING

- › Der mangler evidens på en række område.
- › Der er især behov for forsøg, der sammenligner forskellige indsatser
- › Mere forskning vil føre til bedre forebyggelse og behandling.

I takt med at der etableres systematiske tilbud om forebyggelse med afsæt i den eksisterende viden, som anbefalet ovenfor, og vi samtidig sikrer en fælles organisering af indsatser og en dynamisk vidensdeling, vil vi kunne opsamle brugbar viden om, hvad der virker for hvem. Samtidig vil vi identificere 'hullerne' i vores viden. Danmark har med sin kombination af registre og systematiske målinger af det mentale helbred blandt børn og unge en – i



international sammenhæng – unik mulighed for at følge et individ gennem hele livet og undersøge effekten af indsatser på tværs af områder som sundhed, uddannelse, velfærd, arbejdsmarked mv. Dermed har vi i Danmark særligt gode forudsætninger for at evaluere de lovende indsatser i videnskabelige undersøgelser og beskrive, hvordan indsatserne påvirker helbredet og den psykiske og sociale udvikling i et livsperspektiv.

Rapportens kortlægning af lovende indsatser (se kapitel 6) viser, at der er et akut behov for at investere i videnskabelige forsøg, der sammenligner forskellige typer af forebyggelsesindsatser, så vi kan få mere viden om, hvilke indsatser der er effektive til hvilke målgrupper målt på livskvalitet, socialt funktionsniveau og omkostninger.

7.1 LITTERATUR

1. Veenstra-VanderWeele, J. and Warren, Z.
Intervention in the context of development:
Pathways toward new treatments. Nature
Publishing Group. Neuropsychopharmacology
2015;40:225-237.

APPENDIKS 1 DATAGRUNDLAG I KAPITEL 3-4

I dette appendiks kan der læses mere om de forskellige danske undersøgelser, der danner baggrund for rapportens kortlægning af forekomst, fordeling og udvikling i mental sundhed (kapitel 3) og mentale helbredsproblemer (kapitel 4) (se **tabel 1**).

→ TABEL 1

Oversigt over danske undersøgelser, der er anvendt i kapitel 3-4 til belysning af forekomst, fordeling og udvikling over tid i mental sundhed og mentale helbredsproblemer.

UNDERSØGELSEN NAVN ^A	UNDERSØGELSESDSIGN
BRUGER SKOLEBØRN TIDEN HENSIGTS- MÆSSIGT? - OM SØVN, SPISNING, MOTION, SAMVÆR OG TRIVSEL (1)	Undersøgelsen anvender hovedsageligt oplysninger fra den danske tidsanvendelsesundersøgelse 2008/09. Denne undersøgelse var baseret på et tilfældigt udsnit på ca. 6.000 personer af den danske befolkning i alderen 18-74 år. Der var en svarprocent på 67%. Data blev indsamlet gennem spørgeskemaer og interviews.
BØRNEUNGLIV.DK (2)	BørnUngeLiv er et dialog- og monitoreringsværktøj omkring trivsel og sundhed. Forældre, børn og unges spørgeskemabesvarelser omsættes til rapporter, der giver fagfolk i kommunerne et fælles sprog i arbejdet med børn og unge, samtidig med at besvarelserne bruges i direkte dialog med borgerne. Værktøjet bruges i ca. 60 kommuner, og består af følgende moduler: Førskole (2-6 år), Grundskole (0-9.klasse) og Ungeprofilen (15-30 år). Det er den enkelte kommune, der afgør hvilke moduler, der skal bruges i kommunen og i hvilken udstrækning, ligesom det er kommunerne, der er dataejere.
BØRN OG UNGE I DANMARK - VELFÆRD OG TRIVSEL 2010 (3)	Undersøgelsen er en panelundersøgelse, så de samme børn kan følges ved gentagne undersøgelser hvert fjerde år. Den omhandler den danske børnebefolknings velfærd og trivsel og er designet som en indikatorundersøgelse. Den anvender både registerbaserede data fra Danmarks Statistik og data fra omfattende spørgeskemaundersøgelser. Data blev indsamlet første gang i 2009 blandt 6.267 børn og unge i alderen 3-19 år med en samlet svarprocent på 64,5%. I den seneste spørgeskemaundersøgelse, som fandt sted i 2017, deltog 7.697 børn i alderen 3-19 år med en samlet svarprocent på 64,7%. For de tre- og syvårige deltog børnenes mødre som interviewpersoner, mens de 11- og 19-årige selv besvarede undersøgelsens spørgsmål.
BØRN OG UNGE I DANMARK - VELFÆRD OG TRIVSEL 2014 (4)	
BØRN OG UNGE I DANMARK - VELFÆRD OG TRIVSEL 2018 (5)	

^A TEKST MARKERET MED FED ER MÅDEN HVORPÅ UNDERSØGELSEN OMTALES I RAPPORTEN.

UNDERSØGELSEN NAVN^A**UNDERSØGELSESDSIGN****DANSKERNES TRIVSEL 2016 (6)**

Danskernes Trivsel 2016 er en spørgeskemaundersøgelse, som bl.a. havde til formål at afprøve anerkendte mål for positive aspekter af mental sundhed i en dansk kontekst. Statens Institut for Folkesundhed (projektet ABC for mental sundhed) var initiativtager til undersøgelsen, og Danmarks Statistik stod for dataindsamlingen. Den samlede studiepopulation (personer over 16 år bosat i Danmark) var 3.508, og undersøgelsen havde en svarprocent på 35,0%.

DEN NATIONALE SUNDHEDSPROFIL / SUNDHEDS- OG SYGELIGHEDSUNDERSØGELSEN (7-10)

Undersøgelserne er et spørgeskemabaseret studie blandt et repræsentativt udsnit af 16-årige og opefter i Danmark. Undersøgelsen har bl.a. til formål at beskrive forekomst og fordeling af sundhed og sygelighed i befolkningen. Den første dataindsamling blev foretaget i 1987, og data er siden indsamlet i 1994, 2000, 2005, 2010 og 2013. I år 2010 og 2013 har Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne været indlejret i Den Nationale sundhedsprofil. I 2013 indgik data om 162.283 danskere, hvilket svarede til 54% af de adspurgte. I 2017 omfattede Den Nationale Sundhedsprofil 183.372 personer, hvilket gav en svarprocent på 58,7%.

I Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen og Den Nationale Sundhedsprofil blev dataindsamlingsmetoden ændret fra personlige interview i perioden 1987-2005 til selvadministrerede spørgeskemaer i 2010 og 2013. Det er således ikke muligt at sige noget om udviklingen over hele perioden.

ENSOM I GYMNASIESKOLEN – EN LANDSDÆKKENDE UNDERSØGELSE AF ENSOMHED HOS UNGE PÅ DE ALMEN- OG ERHVERVSGYMNASIALE UDDANNELSER (11)

Undersøgelsen bygger på landsdækkende spørgeskemadata blandt 1.009 førsteårselever på almen- og erhvervsgymnasiale ungdomsuddannelser. Svarprocenten var på 85%. Undersøgelsens hovedformål var at belyse ensomhed hos unge på gymnasiale uddannelser, og spørgeskemaet indeholdt bl.a. oplysninger om de unges sociodemografiske forhold, ensomhed og mistrivsel.

FORLØBSUNDERSØGELSEN AF DANSKE BØRN FØDT I 1995**15-ÅRIGES HVERDAGSLIV OG UDFORDRINGER. RAPPORT FRA FEMTE DATAINDSAMLING AF FORLØBSUNDERSØGELSEN AF BØRN FØDT I 1995 (12)****UNGE I DANMARK – 18 ÅR OG PÅ VEJ TIL VOKSENLIVET. ÅRGANG 1995 – FORLØBSUNDERSØGELSEN AF BØRN FØDT I 1995. (13)**

Børneforløbsundersøgelsen er en forløbsundersøgelse, hvor et repræsentativt udsnit af børn født i 1995 blev udvalgt til at deltage. Data er indsamlet gennem interviews. Undersøgelsen omfatter oplysninger om børnenes generelle trivsel, udvikling og hverdagsliv. Der har fundet dataindsamlinger sted i 1996, 1999, 2003, 2007, 2011 og 2014. Frem til 2007 er det mødrene, der har givet oplysninger om forhold ved børnene, mens børnene selv er blevet spurgt i de indsamlinger, der fandt sted i 2007, 2011 og 2014, da børnene var henholdsvis 11, 15 og 18 år gamle. Undersøgelsen i 2011 omfattede 4.321 børn, hvilket gav en svarprocent på 76,4% af den aktuelle stikprøve. I 2014 omfattede undersøgelsen 4.296 unge, og den havde en svarprocent på 72,4%.

^A TEKST MARKERET MED FED ER MÅDEN HVORPÅ UNDERSØGELSEN OMTALES I RAPPORTEN.

UNDERSØGELSEN NAVN ^A	UNDERSØGELSESDSIGN
MENTAL SUNDHED 2009 – AT FØLE MAN ER NOGET VÆRD (14)	Undersøgelsen bygger på spørgeskemaoplysninger fra Børnerådets Børne- og Ungepanel. Disse paneler har eksisteret siden 1998. Panelet til denne undersøgelse bestod på dataindsamlingsstidspunktet af 1.156 børn i 7. klasse, svarprocenten var 72%. Danmarks Pædagogiske Universitetsskole udtrækker panelklasserne ved en randomiseret stikprøve. Panelet udgør et repræsentativt udsnit af børn i 7. klasse.
NÅR DET ER SVÆRT AT VÆRE UNG I DK - UNGES TRIVSEL OG MISTRIVSEL I TAL (15)	Undersøgelsen præsenterer resultaterne fra en stor spørgeskemaundersøgelse om trivsel og mistrivsel blandt 15-24-årige unge i Danmark. Undersøgelsen bygger på telefoninterviews med 3.481 unge, der udgør et repræsentativt udsnit af alle 15-24-årige unge i Danmark. Data blev indsamlet i 2008/2009 og svarprocenten var 43,5%.
SKOLEBØRNSUNDERSØGELSEN (16)	<p>Undersøgelsen er en repræsentativ spørgeskemabaseret undersøgelse af 11-, 13- og 15-årige danske skolebørn. Data omhandler de unges sundhed, trivsel og sundhedsadfærd. Skolebørnsundersøgelsen gennemføres som en spørgeskemaundersøgelse, hvor landsrepræsentative tværsnitsdata indsamles kontinuerligt hvert fjerde år og omfatter mere end 4.000 skolebørn ved hver dataindsamling. Svarprocenten ligger mellem 96% og 98% af de elever, som er til stede den dag, undersøgelsen gennemføres. Den første dataindsamling blev foretaget i 1984, og data kan derfor beskrive udviklingen i unges sundhed og adfærd de seneste 35 år. Desuden er Skolebørnsundersøgelsen den danske del af den internationale undersøgelse 'Health Behaviour in School-aged Children', og data er derfor sammenlignelige med data fra 42 europæiske og nordamerikanske lande. Yderligere information om det internationale netværk kan ses på www.hbsc.org.</p> <p>Den nyeste dataindsamling i Skolebørnsundersøgelsen foregik i 2018. Skoler blev tilfældigt udtrukket proportionalt med regionens andel af landets samlede antal skoler. Der blev rettet henvendelse til 200 skoler, hvoraf 45 ønskede at deltage, hvilket gav en svarprocent på skoleniveau på 23%. Svarprocenten på elevniveau var i 2018 85% af alle elever (n=3.660) indskrevet i de deltagende klasser.</p> <p>I nærværende rapport refereres denne undersøgelsen som 'Skolebørnsundersøgelsen' evt. efterfulgt af en angivelse konkret undersøgelsesår.</p>

^A TEKST MARKERET MED FED ER MÅDEN HVORPÅ UNDERSØGELSEN OMTALES I RAPPORTEN.

UNDERSØGELSEN NAVN^A**UNDERSØGELSESDSIGN**

Trivsel på Trods er et forskningsprojekt, der havde til formål at skabe bedre trivsel blandt børn og unge, som er udsat for sygdom og død. Data blev indsamlet i 2016. Projektet fokuserede på børn og unge i Danmark, der har alvorlig/kronisk sygdom eller handicap, som har søskende eller forældre med alvorlig/kronisk sygdom eller handicap, eller som har mistet en søskende eller en forælder.

TRIVSEL PÅ TRODS 2016 (17)

Den samlede studiepopulation af elever i 5.-10. klasse samt på ungdomsuddannelserne var på 10.792 med en svarprocent på elevniveau på 66,6%.

UNDERSØGELSE AF 11-15-ÅRIGES LIVSSTIL OG SUNDHEDSVANER 1997-2008 (18)

Undersøgelsen bygger på spørgeskemaoplysninger fra et repræsentativt udsnit af skoleelever på 5.-10. klassetrin (siden 2006 skoleelever på 5.-9. klassetrin). Undersøgelsen blev gennemført af Sundhedsstyrelsen hvert år fra 1997 til 2006, men derefter først igen i 2008. I 2008 deltog 2.821 elever, hvilket gav en svarprocent på 96%.

UNG19 - SUNDHED OG TRIVSEL PÅ GYMNASIALE UDDANNELSER 2019 (19)

UNG19 var en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse om sundhedsadfærd, trivsel og helbred blandt unge på gymnasiale uddannelser i Danmark, der blev gennemført i 2019. I alt blev 287 skoler, der tilbyder de gymnasiale uddannelser STX, 2-årig HF, HHX og HTX, inviteret til at deltage i UNG19, hvoraf 88 skoler ønskede at deltage (31%). Blandt de 45.035 elever i alderen 15-30 år på de 88 deltagende skoler besvarede 29.122 elever spørgeskemaet (65%). De 29.122 elever bestod af 20.317 (70%) STX-elever, 2.113 (7%) HF-elever, 4.032 (14%) HHX-elever og 2.660 (9%) HTX-elever.

UNG19 EUD - SUNDHED OG TRIVSEL PÅ ERHVERVSUDDANNELSER 2019 (20)

UNG19 EUD var en landsdækkende tværsnitsundersøgelse blandt 6.119 erhvervsskoleelever. UNG19 EUD-stikprøven svarede til en stikprøvestørrelse på 5,9% af alle erhvervsskoleelever i Danmark. Stikprøven til UNG19 EUD blev udtrukket på matrikelniveau. I hver region blev matriklerne tilfældigt udtrukket til at deltage i UNG19 EUD ved lodtrækning. I alt var ca. 31.000 elever tilknyttet de udtrukne UNG19 EUD-hovedområder og matrikler, hvoraf i alt 6.119 (20%) deltog i UNG19 EUD. Manglende deltagelse af hold/klasser på de udtrukne matrikler skyldtes primært, at holdene var i praktik, optaget af sven-deprøver og/eller eksaminer, var på ekskursioner eller lignende. Formålet med UNG19 EUD var at opnå ny viden og indsigt i erhvervsskoleelevers sundhed, trivsel og hverdag for herigennem at kunne målrette og planlægge fremtidige sundhedsfremmende tiltag på erhvervsuddannelserne.

^A TEKST MARKERET MED FED ER MÅDEN HVORPÅ UNDERSØGELSEN OMTALES I RAPPORTEN.

UNDERSØGELSEN NAVN ^A	UNDERSØGELSESDSIGN
UNDERSØGELSESDSIGN	Den Nationale Trivselsmåling er Undervisningsministeriets obligatoriske spørgeskemaundersøgelse til elever i 0.-9. klasse på landets folkeskoler, specialskoler og dagbehandlingstilbud. Undersøgelsen giver mulighed for systematisk at undersøge, hvordan det står til med elevernes trivsel på kommunens folkeskoler, således kommunen kan kvalificere det fremtidige arbejde med området. Folkeskolens trivselsmåling er blevet gennemført siden skoleåret 2014/2015, og omfatter besvarelser fra ca. 0,5 mio. skoleelever om året.
UNDERSØGELSESDSIGN	Ungdomsprofilen 2014 var en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, der blev gennemført i 2014 blandt elever i alderen 15-25 år på erhvervsskoler og almene gymnasier. Undersøgelsen havde til formål at skabe viden om unges sundhedsadfærd, trivsel og helbred. Undersøgelsen omfattede 70.682 elever og havde en svarprocent på 82%.
UNDERSØGELSESDSIGN	Ungeshverdag.dk er et landsdækkende forløbsstudie, i hvilket alle landets 7.-klasses elever i 2005 blev inviteret til at deltage. Undersøgelsen handler om livet i skolen, i familien og i fritiden og har særligt fokus på de unges sundhedsadfærd. Undersøgelsen gennemføres som et internetbaseret spørgeskema, som eleverne besvarer én gang om året i 7., 8. og 9. klasse. I 2005 deltog 12.498 elever fra 7. klasse, i 2006 deltog 7.965 elever i 8. klasse og i 2007 deltog 5.279 elever fra 9. klasse. I alt er 3.118 unge fulgt over alle tre år. Svarprocenten er ikke oplyst.
UNDERSØGELSESDSIGN	

^A TEKST MARKERET MED FED ER MÅDEN HVORPÅ UNDERSØGELSEN OMTALES I RAPPORTEN.

LITTERATUR

1. Bonke J, Greve J. Bruger skolebørn tiden hensigtsmæssigt? - om søvn, spisning, motion, samvær og trivsel. Odense. Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag 2013.
2. BørnUngeLiv. Hvad er BørnUngeLiv. 2020 Available from: <https://www.boernungeliv.dk/Public/Om/HvadErBoernUngeLiv.aspx>
3. Ottosen M, Andersen D, Lausten M, Nielsen L, Stage S. Børn og unge i Danmark: Velfærd og trivsel 2010. København. SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd 2010. p. 1-258.
4. Ottosen MH, Andersen D, Dahl KM, Hansen AT, Lausten M, Østergaard SV. Børn og unge i Danmark: Velfærd og trivsel 2014. København. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 2014.
5. Ottosen MH, Andreasen AG, Dahl KM, Hestbæk A-D, Lausten M, Rayce SB. Børn og unge i Danmark: Velfærd og Trivsel 2018. København 2018.
6. Nielsen L, Hinrichsen C, Santini ZI, Koushede V. Måling af mental sundhed. En baggrundsrapport for spørgeskemaundersøgelsen Danskernes Trivsel 2016. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2017. p. 1-39. Available from: <https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2017/maaling+af+mental+sundhed>
7. Christensen AI, Davidsen M, Kjølner M, Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere: analyse baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005. København. Sundhedsstyrelsen 2010.
8. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 og udviklingen siden 1987. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2012.
9. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K, Statens Institut for Folkesundhed. Danskernes sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København. Sundhedsstyrelsen 2014.
10. Jensen H, Davidsen M, Ekholm O, Christensen A. Danskernes Sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København. Sundhedsstyrelsen 2018. Available from: <https://www.sst.dk/-/media/EAB50E1A9D-D84D1D822308CE397AD19D.ashx>
11. Lasgaard M, Kristensen N. Ensom i gymnasieskolen: En landsdækkende undersøgelse af ensomhed hos unge på de almen- og erhvervsgymnasiale uddannelser. København. Ventilen 2009.
12. Ottosen MH. 15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra femte dataindsamling af forløbsundersøgelsen af børn født i 1995. København. SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd 2012.

13. Thomsen J-P. Unge i Danmark - 18 år og på vej til voksenlivet : årgang 95 - forløbsundersøgelsen af børn født i 1995. København. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 2016.
14. Hansen SG (red.). Mental sundhed 2009: at føle man er noget værd. 1. oplag. København. Børnerådet 2009.
15. Nielsen, Jens Christian; Sørensen, Niels Ulrik; Osmec MN. Når det er svært at være ung i Danmark - unges trivsel og mistrivsel i tal. Aarhus. Center for Ungdomsforskning 2010. p. 294. Available from: <https://www.forskningsdatabasen.dk/en/catalog/2389302129%0Ahttp://www.cefu.dk/emner/forskning-publikationer/alle-publikationer/naar-det-er-svaert-at-vaere-ung-i-dk.aspx>
16. Rasmussen M, Kierkegaard, L, Rosenwein SV, Holstein BE, Damsgaard MT, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2018 - Helbred, tvivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15 årige skoleelever i Danmark. 2019.
17. Lund L, Michelsen SI, Andersen A, Lund L, Michelsen SI, Andersen A. Trivsel og hverdagsliv blandt børn og unge med kronisk sygdom. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2019.
18. Sundhedsstyrelsen, Diderichsen F. Undersøgelse af 11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner 1997 - 2008. Medicinsk Sociologi. København. Sundhedsstyrelsen 2010.
19. Pisinger V, Thorsted A, Jezek A, Jørgensen A, Christensen A, Thygesen L. UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019. København 2019.
20. Ringgaard LW, Heinze C, Andersen NBS, Hansen GIL, Hjort AV, Klinker CD. UNG19 - Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019. 2020. Available from: www.sdcc.dk
21. Børne- og Undervisningsministeriet. Trivselsmåling: Elevernes trivsel måles hvert år på alle landets folkeskoler. 2020. Available from: <https://www.uvm.dk/folkeskolen/elevplaner-nationale-test--trivselsmaaling-og-sprogproever/trivselsmaaling>
22. Bendtsen P, Mikkelsen SS, Tolstrup JS. Ungdomsprofilen 2014. Sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt elever på ungdomsuddannelser. København 2015.
23. Hansson LN, Vinther-Larsen M. Unges hverdag. Ungeshverdag.dk-undersøgelsen. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk universitet 2008.

ORDLISTE

Befolkningsundersøgelse = en undersøgelse hvor der indsamles informationer om fx en sygdomsforekomst i en befolkningsgruppe på et bestemt tidspunkt. Nogle af disse studier kaldes også prævalensstudier eller surveyundersøgelser. Informationerne indsamles via fx telefoninterview, postomdelte eller online spørgeskemaer eller registre. Deltagerne i en befolkningsundersøgelse skal være repræsentativt udvalgt i forhold til den befolkningsgruppe, man ønsker at kunne sige noget om.

Borderline type = er en emotionelt ustabil personlighedsstruktur, dvs. en personlighedsforstyrrelse, der er kendetegnet ved et ustabil følelsesliv. Der findes to former for emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse: impulsiv type og borderline type. Ved den impulsive type ser man problemer med at kontrollere sine impulser og følelser. Ved borderlinetypen ser man desuden problemer med at bevare et nært og stabilt forhold til andre mennesker.

Cochrane-litteraturregennemgang = en systematisk litteraturregennemgang af fx indsats effekter. Cochrane er et internationalt netværk, der bl.a. har til formål at udarbejde systematiske litteraturregennemgange af diverse indsats- og behandlingseffekter med henblik på at kvalificere beslutningstagerne og klinikere. Se evt. www.cochrane.dk.

Effekt = resultatet af en indsats.

Evidens = selvom ordet evidens er nært beslægtet med bevis, er evidens i forskningssammenhæng ikke ensbetydende med en definitiv sandhed eller et afgørende bevis. At der er evidens for

noget, er udelukkende et udtryk for, at flere solide forskningsresultater peger i samme retning. Hvis det modsatte er tilfældet, altså at forskningsresultaterne peger i forskellige retninger, eller der ikke findes flere undersøgelser af samme problemstilling, taler man derimod om, at der er manglende eller utilstrækkelig evidens.

Epidemiologiske undersøgelser = undersøgelser på grupper af personer der kan være observerende (hvor undersøgeren blot observerer sammenhænge) eller interventionsstudier (hvor designet indebærer en eller anden form for påvirkning af deltagerne). De observerende undersøgelser opdeles på baggrund af, hvorledes de personer, der indgår, adskiller sig i relation til en bestemt eksponering (i eksempelvis kohortestudier) eller på baggrund af et bestemt udfald fx tyktarmskræft. I case-kontrolstudier tages der således udgangspunkt i en gruppe syge, hvis eksponeringsforhold sammenholdes med eksponeringsforholdene i en stikprøve fra den befolkning, hvor de syge kom fra. I alle observerende undersøgelser, såvel i opfølgnings(kohorte)-undersøgelserne som i case-kontrolstudier, er der mulighed for, at de grupper, der selv har valgt en given eksponering, også adskiller sig på andre områder. Dette vil man forsøge at tage højde for i analyserne.

Forebyggelse = sundhedsrelaterede aktiviteter der søger at forhindre udviklingen af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed forbedre den enkeltes sundhed og folkesundheden.

Forskningsoversigt (review) = opsummering af resultaterne af enkeltstudier.

Funktionel lidelse = en samlebetegnelse for en gruppe af sygdomme, hvor man er belastet af eller bekymret over fysiske symptomer, som gør det svært at fungere i dagligdagen. Det er endvidere en betingelse, at symptomerne ikke kan tilskrives en anden kendt og veldefineret diagnose. Man kan forstå en funktionel lidelse som en tilstand, hvor hjernen og kroppen er overbelastede og ikke fungerer normalt.

Helskoleindsats (whole-school approach) = en indsats som arbejder med skolens etos eller overordnede klima og involverer både lærerne og andre medarbejdere på skolen. Helskoleindsatser bygger på antagelsen om, at indsatser til fremme af mental sundhed på skolen bør inkludere alle skolens børn og ansatte for at opnå en positiv effekt.

Incidens = hyppighed af nye sygdomstilfælde (fx overbelastningsskader) eller dødsfald. Incidens udtrykkes oftest som andelen af en undersøgt befolkningsgruppe, der er blevet syge eller er døde i løbet af den periode, gennem hvilken de blev fulgt. Det korrekte udtryk vil her være kumuleret incidensproportion, der beskriver antal nye sygdomstilfælde, der er opsamlet (kumuleret) gennem en periode. Dette kan også udtrykkes som incidensrate, der beskriver den hastighed, med hvilken nye sygdomstilfælde eller dødsfald opstår i perioden i hvilken en befolkningsgruppe er blevet fulgt.

Indikeret forebyggelse = tiltag som kun henvender sig til de børn og unge, som udviser tegn på at være i risikozonen for at udvikle mentale helbredsproblemer eller egentlig psykisk sygdom, fx fordi de har milde symptomer eller tegn på sygdom. Indikeret forebyggelse kan også omfatte elementer af egentlig behandling eller være placeret i efterforløbet af en behandling for at forhindre tilbagefald eller nye sygdomsudbrud med alvorligere diagnoser.

International Classification of Diseases (ICD) = det mest omfattende af de internationalt anvendte diagnose-systemer. ICD beskriver ud over psykiske lidelser også fysiske sygdomme og skader. Klassifikationen er udgivet af Verdenssundhedsorganisationen og anvendes bl.a. i Danmark til sygehusstatistik. Hertil er det velegnet, netop fordi den indeholder koder for hele spektret af fysiske og psykiske problemstillinger. Den nyeste udgave, ICD-10, kom i 1992. Fra 1995 har diagnoser stillet på sygehuse i Danmark skullet registreres efter denne klassifikation.

Intervention = indsats og anvendes fx om indsatser, hvor forskere styrer og studerer, hvad deltagerne udsættes for. Det kunne fx være et rygestopkursus, og udfaldet kunne i så fald være, om man stadig ryger et år efter, man har deltaget i kurset. En intervention kan også være en medicinsk behandling, som skal afprøves.

Interview = interview mellem forskere og en enkeltpersoner eller en gruppe af mennesker. Man taler om strukturerede, semistrukturerede eller fokuserede interview, alt efter hvor fastlagt interviewer har valgt, at interviewet skal være. Interview med en gruppe bliver oftest omtalt som et fokusgruppeinterview, hvor en del af formålet er at benytte sig af den dynamik, som opstår, når flere mennesker er sammen og taler om det samme emne.

Kognitiv terapi = en psykoterapeutisk retning inden for hvilken tænkningen er det centrale mål for den terapeutiske indsats. I den kognitive terapi er der udviklet specialiserede behandlingsmetoder og teoretiske modeller, der er rettet mod de enkelte former for psykiske lidelser. Behandlingen kan både foregå individuelt og i grupper og kan omhandle en række problemstillinger, herunder ændring af uhensigtsmæssig adfærd.

Kohorte = en gruppe af mennesker, der i en undersøgelse følges over tid.

Kohortestudie = studier hvor man ønsker at se fremad i tiden. Derfor tager man udgangspunkt i informationer om eksponeringer i den undersøgte befolkningsgruppe, og derefter ser man sygdomstilfælde eller dødsfald (udfald). Kohortestudier kaldes også followup-studier, da man følger en gruppe mennesker (en kohorte) over et tidsrum. Ved periodens afslutning sammenlignes forskellige faktorer for de personer, der fik en sygdom eller døde, med de personer, som ikke havde dette udfald.

Kvalitativ undersøgelse = en betegnelse for videnskabelige metoder (fx interviews, observationer og fokusgruppediskussioner), der kan tages i anvendelse, når formålet er at få viden om personers oplevelser, motiver og handlinger og den betydning, som det enkelte menneske tillægger disse forhold. Kvalitative metoder kan generere en dybere indsigt bag målbare enheder som fx frafaldsraten til en given aktivitet.

Longitudinelt studie = studie i hvilket der af flere omgange indsamles den samme form for data for den samme gruppe deltagere over en given tidsperiode.

Mentale helbredsproblemer = omfatter en bred vifte af symptomer eller tegn på følelsesmæssige eller adfærdsmæssige vanskeligheder, fx ensomhed, træthed, mavepine, hovedpine, at føle sig stresset, ked af det og nervøs, selvskade eller anden uhensigtsmæssig adfærd. Når symptomerne er tilbagevendende eller vedvarende, kan de være tegn på mentale helbredsproblemer eller egentlig psykisk sygdom.

Mental sundhed = en tilstand af velbefindende,

hvor individet udfolder sit potentiale, kan klare dagligdagens og livets udfordringer, kan bidrage med arbejde, som skaber værdi, og kan bidrage til de fællesskaber, det indgår i.

Mental sundhedsfremme = indsatser der har fokus på at fremme mental sundhed ved at øge psykologisk velvære, kompetencer og resiliens samt skabe støttende miljøer.

Metaanalyse = en samlet systematisk og statistisk analyse af tidligere empiriske undersøgelser (randomiserede kliniske forsøg) udført om samme emne.

Opfølgingsundersøgelse = et undersøgelsesdesign, hvor oplysninger om eksponering er indsamlet uden kendskab til udfaldet.

Perceived stress scale (PSS) = en valideret skala til måling af stress og håndtering af stress. Skalaen måler oplevelsen af stress inden for den seneste måned ved hjælp af ti spørgsmål, der handler om, i hvilket omfang svarpersonen oplever sit liv som uforudsigeligt, ukontrollerbart og belastende, og om han eller hun føler sig nervøs eller stresset. Skalaen går fra 0 til 40. Jo højere score, desto højere grad af stress. Andelen med et højt stressniveau bliver fundet ved at tage de 20% mænd og kvinder, som oplever det højeste stressniveau, hvilket er $PSS \geq 15$ for mænd og $PSS \geq 17$ for kvinder, da kvinder scorer højere på skalaen end mænd. Forekomsten af stress målt ved PSS er således defineret på forhånd, som de 20%, der oplever høj stress. Skalaen kan derfor ikke anvendes til bestemmelse af forekomster.

Pjækkeri = kræver at følgende kriterier er opfyldt: 1) barnet er fraværende fra skolen en hel dag eller noget af dagen eller befinder sig på skolens grund, men ikke hvor det burde være (for eksempel i sko-

legården i stedet for i klasselokalet), 2) barnet er fraværende uden tilladelse fra skolen og 3) barnet forsøger typisk at skjule fraværet fra forældrene. Barnet kan skjule dets fravær fra forældrene, selvom det opholder sig hjemme i skoletiden – for eksempel kan det være hjemme, mens forældrene er på arbejde. Mange børn/unge, der pjækker, opholder sig dog andre steder end i hjemmet i skoletiden.

Prævalens = antallet af personer med en given sygdom (fx overbelastningsskade) på et givet tidspunkt i en befolkningsgruppe. Oftest vil prævalens være udtrykt som andelen af en undersøgt befolkningsgruppe, der har en sygdom på et bestemt tidspunkt. Kaldes også prævalensproportion.

Psykisk sygdom = karakteriseres traditionelt fænomnologisk dvs. på baggrund af tilstedeværelsen af kombinationer af symptomer (se mentale helbredsproblemer), samt lidelse og funktionsnedsættelse. Det, at en person oplever at have forskellige symptomer, er således ikke altid ensbetydende med, at der foreligger en psykisk sygdom. Det afgørende er som regel, at symptomerne medfører en væsentlig belastning og påvirkning af det daglige liv.

Psykodynamisk terapi = en terapiform hvor man primært intervenserer gennem bevidstgørelse af ubevidste fortrængninger.

Randomisering = lodtrækning. Man fordeler undersøgelsesdeltagerne helt tilfældigt i forskellige grupper for at sikre, at grupperne er så ens som muligt med hensyn til alle kendte og ukendte faktorer. Herved undgår man konfounding.

Repræsentativ = bruges om en undersøgelse hvis deltagere repræsenterer den bagvedliggende befolkning. Eksempelvis svarer fordelingen af

køn, alder og socialgruppe i en repræsentativ undersøgelse til fordelingen i den befolkningsgruppe, hvorfra deltagerne blev udvalgt. Således kan resultater fra en repræsentativ undersøgelse forventes at være udtryk for sammenhænge i den bagvedliggende befolkning.

Risikoadfærd = fx brug af alkohol, cigaretter, cannabis og andre stoffer, risikabel seksuel adfærd, kørselsrelateret risikoadfærd (uansvarlig kørsel og/eller rusmiddelpåvirket kørsel) og kriminalitet.

Risikofaktor = en faktor der årsagsmæssigt er forbundet med helbredsforhold. De enkelte faktorer, som er relateret til sygdom, funktionsnedsættelse eller død, kan optræde på forskellige niveauer i et samlet årsagsnet, der kan omfatte alt fra biologiske faktorer som fx blodtryk og livsstilsfaktorer som rygning eller alkohol til sociale faktorer som uddannelse.

Resiliens = kan defineres på forskellige måder. Det blev oprindeligt udviklet som betegnelse for at komme godt igennem særligt svære livssituationer, men er efterhånden også brugt til at betegne evnen til at klare livets almindelige og hverdagsudfordringer. Det er individuelt, hvor resiliente vi er, og denne evne udvikles dynamisk gennem opvæksten, eftersom individuelle faktorer sammen med de sociale netværk former individets resiliens gennem livet.

Sammenhæng (association) = en sammenhæng kan beskrives ved at undersøge, hvor stor risikoen er, for at en eksponering giver et bestemt udfald i en gruppe og sammenligne det med risikoen for det samme udfald i en anden gruppe, som ikke har været udsat for eksponeringen. At der er en association mellem en eksponering og et udfald er ikke det samme som, at der også er en årsags-sammenhæng mellem dem. I nogle tilfælde vil det

endvidere være vanskeligt at afgøre, hvornår de hændelser, man måler på, er indtruffet, hvilket kan komplicere adskillelse af årsag og virkning.

Self-efficacy = der findes ikke noget præcist dansk ord for begrebet, men self-efficacy kan oversættes til 'mestringsevne' eller 'tro på egen formåen'.

Selværd = er et menneskes vurdering af sit eget værd.

Selektiv forebyggelse = tiltag som henvender sig til en særlig målgruppe, der ud fra sociale, helbredsmaessige kriterier eller af andre grunde har en dokumenteret højere gennemsnitlig risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom.

Signifikans = ved hjælp af beregninger kan man vurdere, om et resultat er statistisk signifikant. Det betyder, at den observation eller sammenhæng, som har været undersøgt, ikke er tilfældig. Statistisk signifikans betyder med andre ord, at man kan være mere sikker på, at resultatet sandsynligvis afspejler virkeligheden. Denne sandsynlighed angives som regel ved en p-værdi.

Skoleeksklusion = når barnets fravær er forårsaget af, at skolen: 1) anvender disciplinær eksklusion på en upassende måde (fx udelader et barn fra undervisningen uden lovgrundlag), 2) ikke kan eller vil tage vare på barnets fysiske, socioemotionelle, adfærdsmæssige eller faglige behov eller 3) undlader at opfordre barnet til at deltage i undervisningen (fx opfordrer et fagligt svagt barn til at blive hjemme på dagen for den nationale test).

Skoletilbageholdelse = forældremotiveret fravær, altså hvor barnets fravær primært er begrundet i forældrenes ambivalens eller modvilje mod, at barnet kommer i skole.

Skolevægring = 1) barnet har modvilje mod eller nægter at gå i skole. Desuden reagerer barnet enten negativt på at skulle i skole, for eksempel ved angst, raseriudbrud, tristhed eller fysiske symptomer, eller det har mere kroniske symptomer, som forhindrer, at det kommer i skole, for eksempel depressive symptomer eller søvnproblemer. 2) Barnet skjuler ikke fraværet fra forældrene, fx opholder det sig hjemme i skoletiden med forældrenes vidende. 3) Barnet udviser ikke alvorlig antisocial adfærd ud over modstanden mod forældrenes forsøg på at få det i skole. 4) Forældrene forsøger aktuelt eller har på et tidligere tidspunkt, efter problemet opstod, forsøgt at få barnet i skole, og/eller forældrene udtrykker ønske om, at barnet har en normal skolegang.

Social kompetence = kan defineres som et individs evne til at fungere konstruktivt med andre mennesker herunder at håndtere social kontakt med forskellige relationer på tværs af sociale kontekster.

Social trivsel = henviser i denne rapport til Undervisningsministeriets mål for social trivsel, der bygger på ti spørgsmål, der omhandler elevernes opfattelse af deres tilhørsforhold til skolen, af klassen og af fællesskabet samt tryk og mobning.

Socialklasse (socialgrupper, socioøkonomisk position) = gruppering af individer i kategorier ud fra forskelle i alment eftertragtede sociale kendetegn, herunder den erhvervmæssige position i bestemte kombinationer med uddannelsesniveau og antal underordnede eller ansatte. Inddelingen afgrænser fem socialgrupper: 1) akademikere, store selvstændige og topfunktionærer, 2) personer med mellemlang videregående uddannelse, større selvstændige og højere funktionærer, 3) mindre selvstændige og mellemfunktionærer, 4) under-

ordnede funktionærer og faglærte arbejdere og 5) ikke-faglærte arbejdere.

Spørgeskemaundersøgelse = undersøgelse i hvilken en befolkningsgruppe besvarer et spørgeskema.

Stikprøveundersøgelse = en stikprøve udtages fra den gruppe, man ønsker at sige noget om for at undgå at spørge alle. En stikprøve vil altid indebære en usikkerhed i forhold til at kunne udtale sig om hele gruppen. Usikkerheden formindskes, hvis stikprøven udvides.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) = er et spørgeskema, der primært har fokus på at afklare mistrivsel, men som også belyser barnets sociale styrker og funktion i dagligdagen. SDQ dækker aldersintervallet 2-17 år og adskiller sig fra de fleste andre spørgeskemaer ved at kunne besvares af både forældre, lærere/pædagoger og af barnet selv fra 11-årsalderen og op. SDQ fokuserer på fem områder: følelsesmæssige symptomer, adfærdsproblemer, hyperaktivitet, problemer med jævnaldrende og sociale styrkesider.

Sundhedsfremme = aktivitet der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgers ressourcer og handlingskompetence.

Systematisk litteraturgennemgang (forskningsoversigt, oversigtsartikel, review) = en opsummering af forskningsresultater fra enkeltundersøgelser. Under udarbejdelsen af en systematisk forskningsoversigt gennemfører forskerne systematiske databasesøgninger for at finde enkeltundersøgelser inden for samme emne og vurderer kritisk kvaliteten af dem. Ofte ser man, at der er lavet en såkaldt metaanalyse, hvor man

har udført statistiske beregninger på resultaterne fra flere enkeltundersøgelser, så man får et samlet gennemsnit af de sammenlignede undersøgelseres resultater. Sidst i forskningsoversigten vurderer forskerne dokumentationsgrundlaget for, at en bestemt eksponering, behandling eller indsats har en effekt på fx risikoen for et problematisk alkoholforbrug, sygdom eller død.

Transdiagnostisk terapi = terapi der fokuserer på den røde tråd, der løber gennem forskellige psykiske sygdomme. For eksempel deler panik, fobi og generel angst en række træk. Dette kan være ubehag, negative tanker, psykologisk hyperaktivitet, fortrængning eller sikkerhedsadfærd.

Tværsnitsundersøgelse = undersøgelse hvor man måler eksponering (fx mobning) og udfald (fx forekomsten af lavt selvværd eller ensomhed) på det samme tidspunkt. Formålet er at belyse sammenhængen mellem forskellige risikofaktorer og udfald.

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) = internationalt anvendt diagnosesystem der er udgivet af det amerikanske faglige selskab for psykiatri (American Psychiatric Association). Det omhandler alene psykiske lidelser, men har til gengæld mere præcise beskrivelser af, hvad de enkelte diagnoser omfatter. Blandt andet derfor er det næsten altid dette system, der bruges i forskningsmæssige sammenhænge. Det betyder også, at vores viden om først og fremmest behandlingsindsatser i høj grad er knyttet til de diagnostiske afgrænsninger, der her er angivet. Den seneste udgave, DSM-5, kom i 2013.

The Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA-S) = en skala der belyser graden af oplevet ensomhed i forhold til tre forskellige typer domæner; de nære familierelationer, intime kæresteforhold og social ensomhed, som fx er savnet af venner.

Universel forebyggelse = tiltag der er rettet mod alle eller brede grupper i befolkningen, uden at man på forhånd har identificeret individer eller grupper med øget risiko for mentale helbredsproblemer.

Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) = et spørgeskema der fokuserer på de positive aspekter af mental sundhed. WEMWBS består af spørgsmål om optimisme, følelsen af at bidrage, afslappethed, oplevelse af egen formåen, følelsen af at være oven på, følelsen af at høre til og følelsen af at kunne danne sig sin egen mening, dvs. at hvile i sig selv.

WHO-5 = er en skala med fem spørgsmål som er positive formuleringer af de spørgsmål, som definerer kernesymptomerne på depression, og derfor anvendes WHO-5 også som et screeningsinstrument for depression. WHO-5 dækker primært den følelsesmæssige dimension af positiv mental sundhed og måler ikke direkte dagligdagsfunktion. Pointtallet beregnes ved at summere en samlet score, som ganges med fire, hvorved der fås et tal mellem 0 og 100. Jo højere score, des højere trivsel.

Årsagssammenhæng = ved hjælp af epidemiologiske undersøgelser forsøger man at belyse mulige sammenhænge mellem noget, som man er blevet udsat for, fx mobning eller alkohol (= eksponering), og en sygdom, som senere er opstået, eller eventuelt død (= udfald). Altså hvad der er årsagen til, at man bliver syg eller dør som følge af noget, man

er blevet udsat for – eller med modsat fortegn: om man er blevet rask af en behandling, som man har modtaget. Det er imidlertid ikke muligt ved hjælp af epidemiologiske undersøgelser med sikkerhed at bestemme, om der er sammenhæng mellem en bestemt eksponering og et udfald. Man konstaterer i stedet en statistisk sammenhæng ved at angive mål for associationen mellem disse (se sammenhæng (association)). Herved giver man en vurdering af sandsynligheden for, at der er en årsagssammenhæng.

SUMMARY OF THE REPORT

Mental illnesses are some of the most frequently observed conditions in children and young people, and mental illness often affects the lives of children and young people substantially causing a multitude of negative consequences for the affected persons and people close to them. Overall, the prevalence of mental illnesses and various self-reported measures (indicators) for mental health issues have followed an increasing trend in recent years, and an increasing share of children and young people achieve low scores on various self-reported mental health indicators. Health-promoting and preventive interventions have shown documented beneficial effects in scientific studies, but the translation of these effects into practice has so far been unsystematic and insufficient. Based on the special opportunities we have in Denmark to prevent, identify and treat these problems systematically, we therefore recommend that decision-makers and politicians establish a joint national strategy for the mental well-being of children and young people.

Background (Chapter 1)

We need to bring more attention to the mental health of children and young people. Mental health issues in early life increase the risk of mental and somatic illness and of having negative social consequences later in life; in addition, the prevalence is socially skewed. According to the United Nations Convention on the Rights of the Child (UNCRC), children and young people are entitled to the best possible conditions facilitating the development of mental health. European as well as international healthcare financial analyses show that mental health issues and mental diseases comprise a large share of the disease burden among children and young people today, and the demand for help is rising.

Objective (Chapter 1)

This report aims to collect recent knowledge about the prevalence, distribution and developments over time of mental health indicators, mental health issues and mental illness among Danish children and young people aged 10-24 years of age. Another aim of the report is to provide an overview of selected knowledge-based health promotion and preventive interventions addressing 10-24-year-old children and young people focusing on programmes, interventions and principles targeting mental health, mental health issues and mental illness. Finally, we aim to prepare various recommendations for politicians and decision-makers based on the knowledge gathered in the report. The report focuses on implementation of interventions and organisational change which may jointly improve the mental health and reduce the prevalence of mental health issues and mental illness in Denmark.

Methods (Chapter 1)

We have strived to describe the prevalence, distribution and development in the widest possible range of indicators of mental health, mental health issues and mental illness based on data collected from Danish registers and representative questionnaire studies. International studies have also been included to supplement the Danish studies. We have prioritized inclusion of sources that comprise as large a part of the population as possible, and that may contribute to producing a full picture of the developments occurring over the past two-three decades, and of any age, sex or social differences observed. Whenever possible, in the preparation of the overview of health-promoting and preventive interventions, we have used

international systematic literature reviews and meta-analyses, and major reports along with recent and particularly important individual studies from Denmark and abroad. Individual Danish studies that have not been published internationally are described separately in the sections on Danish experiences (In Danish language: 'danske erfaringer').

Definition (Chapter 2)

Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community. Mental illnesses are classified based the presence of substantial symptoms and strain and affection of functions of daily living. No clear distinction can be made between 'normality' and mental illness, and mental health may be present to a higher or lower degree, in conjunction with mental illness or independently hereof. Chapter 2 presents central concepts that may serve as a common ground of understanding for all of the professionals working with mental health and illness. Furthermore, we present several theoretical models that bring together various understandings and approaches to the work with the mental health of children and young people - including health promotion and prevention.

Mapping mental health, mental health issues and mental illness (Chapters 3, 4 and 5)

Below you will find a summary of the findings made in the report concerning the prevalence, distribution and time trends in mental health indicators, mental health issues and mental diseases. The summary focuses on trends in prevalences and distributions occurring in the past two-three decades. For some of the indicators, it is difficult to compare results across different studies due to differences in the methods of measurement used and

differences with respect to age, sex and socio-economic group. For a more detailed picture, please refer to the individual chapters of the report. The data basis for the various indicators used varies considerably, and even where the results are stated as absolute numbers with no confidence intervals, the findings carry some measure of uncertainty.

Prevalence and trends in mental health (Chapter 3)

Some children and young people score low on mental health indicators and, overall, the trend seems to be negative with a rising number of children and young people with a low level of mental health.

Examples:

- › 6-11% of children and young people report a low life satisfaction; and among 11-15-year-olds, the share with a high life satisfaction has followed a decreasing trend in recent decades.
- › The share who report having being in very good health has declined considerably in the course of the past three decades. In 1984, 48% of 13-year-old boys and 47% of 13-year-old girls reported very good self-assessed health, whereas in 2018 the corresponding percentages were 32% for 13-year-old boys and 24% of 13-year-old girls.
- › In the past five years, various other mental health indicators (among others self-efficacy, self-esteem, social competence and social well-being) and new questionnaires (WHO-5, Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)) have been added to the large Danish population-based studies. These measures are too recent to form part of overall assessments of time trends. Below, we present various findings relating to these leading mental health indicators.

- 16% of 4th-9th graders report a low self-efficacy, and around 18-20% of young people at high schools and vocational schools report that they never, practically never or occasionally cannot reach the objectives they establish for themselves.
- 5% of 4th-9th graders report a very low social competence and 18% a low social competence.
- 10-11% of 13-15-year-old boys and approx. 20% of 13-15-year-old girls report a low level of mental health as measured by a questionnaire focusing on positive aspects of mental health (the WEMWBS).
- Nearly 10% of 4th-9th graders score low on social well-being.
- The SDQ score on social strengths and issues with peers has remained largely constant in both sexes from 2014 to 2018.

Prevalence and trends in mental health issues (Chapter 4)

Most indicators of mental health issues among children and young people show prevalences that have either been increasing or have stabilised at a relatively high level in recent decades (see below). The only positive exception from this negative trend is that the amount of bullying has declined, maybe in step with increased prevention efforts in the area.

Examples:

- › 5-12% of children and young people often or frequently feel lonesome, and a general trend exists towards a prevalence increase among young people in recent decades.
- › 3-6% of pupils from the Danish primary and lower secondary school services (Danish

language: folkeskoleelever) report having frequently been exposed to bullying in the past school year, whereas 5-16% have been exposed to cyberbullying. Overall, the prevalence of bullying in school has decreased markedly in the past few decades. In particular, a decline from 33% to 5% was seen in the share of 11-year-old boys who were exposed to bullying at least a few times a month.

- › Overall, school absence for Danish primary and lower secondary school pupils is 5.8% (3% due to illness, 1.8% due to absence granted because of special circumstances and 1% due to illegal absence). The average level of illegal absence and absence due to illness has remained stable in the past five years, but 14% of the pupils record a worrying school absence level exceeding 10% of their school time.
- › In the past three decades, the prevalence of headache and stomach pain has overall remained stable, but a slight increase has been observed among the oldest girls. The most recent study among Danish primary and lower secondary school pupils shows that approx. 8% have stomach ache and approx. 17% have headache often or very often. A substantial increase in the consumption of analgesics among 11-15-year-olds has been observed in recent decades. For example, 17% of the 15-year-old boys took medicine against headaches at least once a month in 1998, whereas the corresponding share was 40% in 2014.
- › Around half of 11-15-year-olds sleep less than recommended. The share of children and young people who sleep less than they should has doubled in the course of the past three decades. Furthermore, the share of 11-15-year-olds who feel tired at least once a week has increased substantially in recent decades.
- › 2-8% of the 11-15-year-old Danish primary and lower secondary school pupils and 8-15% of

young people in high schools and vocational training programmes feel stressed daily. The trend over time has been measured among 16-24-year-olds only. In this group, the prevalence has increased for both sexes, more so among young women (e.g. from 22% in 2005 to 40.5% in 2017).

- A considerable share of 11-15-year-olds feel sad (12-40%), irritable/in a poor mood (32-52%) or nervous (26-43%) at least once a week (prevalences are lower among boys than among girls (see gender differences), and differences increase with increasing age - particularly among girls). Among young people attending high school and vocational training programmes, 3-11% report feeling sad, irritable/in a poor mood or nervous almost daily. No clear trend over calendar time can be discerned in the prevalence of these indicators. Even so, a substantial increase was seen in the past decade in the share of girls who stated being nervous (from 23% in 2010 to 43% in 2018, and the share of 15-year-old girls who experienced irritability and poor mood at least once weekly (from 41% in 2010 to 58% in 2018).

Prevalence and trends in mental illness and developmental disorders (Chapter 5)

Approximately 15% of children and young people are diagnosed with some form of mental illness in the Paediatric and Adolescent Psychiatric Health Services at some point before they turn 18 years old. While preparing this report, we have had access to data extracted from three Danish registers for the 1996-2016 period for the 10-24-year age group. A sample of the results from the registers is presented below.

Overall, the period 1996 to 2016 saw considerable increases in the number of children and young people who were diagnosed with one or more

mental illnesses in Denmark. Even so, the share of children and young people with diagnosed behavioural disturbances has remained constant, probably because children and young people with behavioural disturbances are typically treated in their municipality without being diagnosed. The prevalence of eating disorders has doubled, whereas the prevalence of ADHD and autism has increased more than ten fold from 1996 to 2016. The increases in the number of children and young people diagnosed with any given mental illness may reflect changed referral and diagnostic practices based on changed socio-cultural and political practices and may therefore not reflect a real increase in morbidity.

The prevalence of self-harm and suicide attempts has also increased over recent decades, but the prevalence of suicide has declined.

Examples:

- Around one fifth of young people have hurt themselves at least once in course of their lifetime, and a clear increase was seen in the prevalence of self-harm over the past 2-3 decades.
- The number of suicides has declined by approx. 70% from 1980 to 2007, but since then the suicide figure has remained relatively stable, and in recent years a total of 30-40 annual suicides have been recorded in the 10-24-year age group.
- In recent decades, the prevalence of suicide attempts has followed an increasing trend for both sexes but more so among girls/women where the number of suicide attempts has tripled in the period.

→ OVERVIEW OF DATA EXTRACTION FROM THREE NATIONAL DANISH REGISTERS: THE CENTRAL PSYCHIATRIC REGISTER, THE NATIONAL PATIENT REGISTER AND DANISH NATIONAL PRESCRIPTION REGISTRY FROM 1996 TO 2016 FOR 10-24-YEAR-OLDS.

YEAR	PREVALENCE (PREVALENCE RATE, %)			ANNUAL NUMBER OF NEW CASES (INCIDENCE RATE, %)					
	2016			1996			2016		
SEX	TOTAL	BOYS	GIRLS	TOTAL	BOYS	GIRLS	TOTAL	BOYS	GIRLS
DIAGNOSIS									
ADHD	› 4.50	› 6.03	› 2.95	› 0.02	› 0.03	› 0.00	› 0.32	› 0.35	› 0.30
AUTISM	› 2.17	› 3.14	› 1.19	› 0.02	› 0.03	› 0.01	› 0.21	› 0.25	› 0.17
ANXIETY	› 1.77	› 1.43	› 2.16	› 0.05	› 0.04	› 0.07	› 0.31	› 0.20	› 0.43
DEPRESSION	› 1.67	› 1.01	› 2.38	› 0.04	› 0.03	› 0.05	› 0.30	› 0.19	› 0.43
OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDERS	› 0.65	› 0.54	› 0.78	› 0.01	› 0.01	› 0.01	› 0.08	› 0.06	› 0.11
TOURETTE SYNDROME AND TIC DISORDERS	› 0.70	› 1.08	› 0.31	› 0.01	› 0.01	› 0.00	› 0.03	› 0.05	› 0.02
BEHAVIOURAL DISTURBANCES	› 0.81	› 1.04	› 0.57	› 0.03	› 0.04	› 0.02	› 0.04	› 0.05	› 0.04
EATING DISORDERS	› 0.83	› 0.22	› 1.47	› 0.05	› 0.00	› 0.10	› 0.1	› 0.02	› 0.18
PSYCHOSIS	› 0.75	› 0.75	› 0.8	› 0.05	› 0.06	› 0.04	› 0.14	› 0.14	› 0.15

Gender differences in mental health, mental health issues and mental illness (Chapters 3, 4 and 5)

Boys/young men score higher than girls/young women on most mental health indicators (satisfaction with life, self-assessed health, self efficacy, self esteem, WEMWBS and social well-being). The same gender distribution is seen for the majority of the indicators of mental health issues (loneliness, headache and stomach ache, consumption of medication against headache and stomach ache, sleep quality and stress), where substantially more girls/young women than boys/young men report issues. No clear gender differences were observed in the level of self-experienced social competence and problems with peers or the share of children and young people who feel bullied at school, have worrying school absence or insufficient sleep. Finally, a trend was seen towards girls assessing their social strength slightly higher than boys.

For diagnosed mental illnesses, we see a clear predominance of boys/young men with neural developmental disturbances (ADHD and autism), behavioural disturbances, Tourette syndrome and suicide; a predominance that shows in a 2-5 times higher prevalence among boys/young men than among girls/young women. The prevalence of psychosis in the schizophrenia spectrum shifted from a previous predominance of boys/young men to a slight predominance of girls/young women under 18 years of age. For suicide attempts and diagnosed mental illnesses like anxiety, depression and obsessive-compulsive disorder, the prevalences are approx. 1.5-2.5 times higher among girls/young women than among boys/young men. With respect to eating disorders, the gender difference is substantial as anorexia and bulimia occur much less frequently in boys than girls (approx. in a 1:10 ratio), whereas compulsive overeating is seen in approx. one boy for every three girls. Findings con-

cerning the distribution of self-harm between the sexes are inconclusive. Even so, a trend is observed towards the two sexes using different self-harm methods: most girls cut themselves, whereas most boys hit or burn themselves, and the difference in the type of lesions caused may mean that self-harm is more frequently overlooked in boys than in girls.

Socio-economic differences in mental health, mental health issues and mental illness (Chapters 3, 4 and 5)

The report confirms that the prevalence of problems is higher in the lower socioeconomic groups for the overwhelming number of mental health indicators (life satisfaction, self-assessed health, self efficacy, self esteem and social well-being) and mental health issues (loneliness, bullying, school absence, headache and stomach ache, consumption of medicines against headache and stomach ache, and stress). Only sleep-related problems (sleep quality and quantity) and only the frequently occurring psychiatric symptoms like being unhappy and nervous break this pattern.

In line herewith, ADHD, anxiety, behavioural disturbances, self-harm, psychosis of the schizophrenia spectrum, suicide and suicide attempts are seen more frequently in the lower socio-economic groups. Anorexia and bulimia are seen more frequently in families where parents have a high education, but it remains unknown if this is related to any social differences in referral and enquiry patterns. Danish studies have found no consistent association between the family's socio-economic status and the prevalence of autism among children and young people. Current evidence is insufficient to draw any conclusions about socio-economic differences in the prevalence of obsessive-compulsive disorder and Tourette syndrome.

Risk factors for the development of mental illnesses (Chapter 5)

Interaction between genetic and environmental factors is decisive in the development of mental illnesses, and many of the known effects occur early in life and affect the subsequent psychological development and vulnerability.

It is well-documented that children of parents with serious mental illness are themselves at an increased risk of such illness in childhood and when they grow up. Furthermore, it is well-documented that alcohol or drug abuse and alcohol problems on the part of the parents constitute a risk factor for subsequent poor mental health or mental illness in the child or young person.

Health promoting and preventive interventions (Chapter 6)

Recent years have witnessed the development of a number of programmes and methods for prevention and treatment of mental illness at all levels (universal, selective and indicated levels). In this report, we present an overview of selected knowledge-based, health-promoting and preventive interventions assessed to be relevant in a Danish context.

Universal health-promoting interventions:

Mapping of health-promoting and preventive interventions shows that documentation exists for slight but important beneficial effects of universal health-promoting interventions (e.g., interventions aiming to improve relations between pupils or improve their self-esteem and competence to act), particularly in schools and at higher-level education in the form of whole-school interventions. Furthermore, there is documentation that interventions aiming to reduce bullying and alleviate the negative consequences of bullying have had a clear effect. Some of the interventions have also proven cost-effective.

Universal preventive interventions:

With respect to universal preventive interventions focusing more narrowly on reducing the prevalence of mental health problems (e.g., symptoms of anxiety, depression and self-harm) at school and in higher education, documentation for any positive effects is generally more uncertain and mixed.

Indicated and secondary preventive interventions:

On the indicated and secondary preventive levels, we generally have relatively good evidence for beneficial effects of a range of paedagogical and psychological treatment programmes of a more general character (e.g., anxiety, depressive symptoms, obsessive thoughts/actions, restless or disturbing behaviour, disturbances relating to body weight, eating and self-harm). Even though the long-term effects have yet to be documented, there are good reasons to assume that the beneficial effects in the short and long term will increase the opportunities of the child/young person to experience a healthy psychological development, thereby contributing to the prevention of development of more severe mental illnesses. Concurrently, the report underpins a considerable need to increase the availability of effective interventions against the most common mental illnesses like anxiety, depression, behavioural disturbances, disturbed eating and self-harm.

Evidence is available to support that limiting access to suicide methods (including limiting access to over-the-counter medicines which may be used for self-poisoning) reduces the risk of suicide and suicide attempts among young people. Furthermore, various forms of psychotherapy may reduce the risk of repeated suicide attempts. Options for primary prevention of psychosis within the schizophrenic spectrum remain limited, but there are good reasons to assume that interventions reducing the use of cannabis and other drugs may

help reduce the risk of developing psychosis. Additionally, the possibility to enhance the prognosis through early and strengthened intervention at the initial psychosis episode is good.

Selective preventive interventions:

With respect to selective preventive interventions, evidence is lacking for the effect of interventions for children and young people with mental illness, because research in the field is lacking. We need to develop and implement systematic offers that take a comprehensive approach to strengthening the children's resilience and well-being. This may, among others, be done by ensuring that the families function as well as possible both when the parent's mental illness is active and when it is in remission. There is some evidence to support an effect from interventions to counter worrying absenteeism that target children and young people with school refusal and/or children and young people who skip classes, even though the effect sizes are not large.

Five recommendations for improvement of the mental health of children and young people (Chapter 7)

A joint national strategy is needed on the mental health of children and young people in Denmark. The strategy must underpin timely and coherent courses with effective support and treatment for children, young people and families whose quality of life and functional level are reduced due to mental health issues and mental illness.

Based on results from the mapping presented in this report, we recommend five general initiatives to strengthen the mental health of children and young people. Our advice is for decision-makers and politicians and focuses on an overall national-level organisation and coordination of transversal interventions including educational institu-

tions as well as municipal and regional stakeholders and research communities. The rationale of our five recommendations is presented in Chapter 7.

1. Introduce evidence-based interventions in all of Denmark that focus on:
 - a) mental health promotion in places where children and young people live their daily lives
 - b) improved offers for families in which one or more parents have mental illness or addiction
 - c) easily accessible coherent treatment courses for children and young people with emotional and behavioural problems
2. Coordinate nationally
3. Evaluate the interventions continually
4. Boost the qualifications of the relevant health professionals at all levels
5. Invest in research and development

