

Mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark

Tina Harmer Lassen
Ida Nielsen Sølvhøj
Amalie Oxholm Kusier
Josefine Ranfelt Andersen
Andrea Huber Jezek
Michael Davidsen
Maj Britt Dahl Nielsen
Maja Bæksgaard Jørgensen

Mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark

Tina Harmer Lassen
Ida Nielsen Sølvhøj
Amalie Oxholm Kusier
Josefine Ranfelt Andersen
Andrea Huber Jezek
Michael Davidsen
Maj Britt Dahl Nielsen
Maja Bæksgaard Jørgensen

Copyright © 2021 Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Internt review: Ziggi Ivan Santini, Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Elektronisk ISBN: 978-87-7899-539-1

Statens Institut for Folkesundhed
Studiestræde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif

Forord

Rapporten *Mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark* har til formål at give et overblik over den mentale sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark og bidrage med viden om sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

I rapporten belyses forekomsten og udviklingen i selvrapporteret mental sundhed og udvalgte psykiske sygdomme blandt børn og unge i Region Syddanmark samt mulige årsager til udviklingen. Endvidere beskrives, hvad der karakteriserer unge med dårlig mental sundhed, og derudover belyses de unges forståelse af det gode ungdomsliv. Endelig giver rapporten viden om danske sundhedsfremmende og forebyggende indsatser baseret på interview med udvalgte eksperter og praktikere.

Rapporten er baseret på både eksisterende viden og en række nye analyser om børn og unges mentale sundhed. Udgangspunktet for analyserne er dels register- og spørgeskemadata, dels interview med unge i Region Syddanmark samt eksperter og praktikere med særlig viden på området. Det anvendte spørgeskemadata består af to parallelt udførte spørgeskemaundersøgelser: *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019* gennemført af Statens Institut for Folkesundhed, SDU samt *UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019* gennemført af Sundhedsfremme, Steno Diabetes Center Copenhagen.

Rapporten er tænkt som et opslagsværk og henvender sig til sundheds- og fagprofessionelle samt beslutningstagere i Region Syddanmark. Rapportens resultater kan bidrage til at identificere, hvor der er behov for indsatser, samt pege på relevante sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, som har til formål at fremme den mentale sundhed blandt børn og unge.

Mange tak til de unge fra Region Syddanmark, der har deltaget i undersøgelsen, samt til de eksperter og praktikere, der har bidraget med deres erfaringer og viden.

Undersøgelsen er finansieret af Region Syddanmark og er gennemført af en projektgruppe fra Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Projektgruppen består af forsker Tina Harmer Lassen, videnskabelig assistent Ida Nielsen Sølvhøj, videnskabelig assistent Amalie Oxholm Kusier, videnskabelig assistent Josefine Ranfelt Andersen, videnskabelig assistent Andrea Huber Jezek, seniorforsker Michael Davidsen, seniorforsker Maj Britt Dahl Nielsen og forskningsgruppeleder Maja Bæksgaard Jørgensen.

Maj 2021

Morten K. Grønbæk
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Stephanie Lose
Regionsrådsformand
Region Syddanmark

Indhold

1 Sammenfattende diskussion og konklusion.....	5
2 Indledning og læsevejledning.....	14
3 Baggrund.....	16
3.1 Definitioner og kernebegreber	16
3.2 Faktorer der påvirker den mentale sundhed	19
3.3 Forebyggende og sundhedsfremmende indsatser.....	26
4 Udvikling i mental sundhed og udvalgte psykiske sygdomme i Region Syddanmark ..	28
4.1 Udvikling i selvrapporteret mental sundhed	29
4.2 Udvikling i udvalgte psykiske sygdomme	32
5 Karakteristik af unge med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark.....	42
5.1 Fordeling af dårlig mental sundhed blandt unge	46
5.2 Trivsel og mistrivsel	49
5.3 Krop og helbred	56
5.4 Sociale relationer	61
5.5 Skoleliv og grundskolekarakter.....	65
5.6 Forældres socioøkonomiske position og psykisk sygdom	69
5.7 Sundhedsadfærd	72
5.8 Kontakt til sundhedsvæsenet og sigtelser for strafbar handling	80
6 Det gode ungeliv – set fra de unges perspektiv	84
6.1 Karakteristika af deltagerne	85
6.2 Overgang fra barn (til ung) til voksen	87
6.3 Venner og familie	91
6.4 Hverdagslivet	95
6.5 Det digitale ungdomsliv.....	101
7 Ekspertes og praktikers syn på mental sundhed blandt børn og unge.....	104
7.1 Informanternes bud på årsager til den stigende mistrivsel.....	106
7.2 Mental sundhed og trivsel i praksis	113
7.3 Barrierer og anbefalinger	117
7.4 Danske sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.....	127
Bilag 1: Metodebeskrivelse	136
Kvantitative metoder	136
Kvalitative metoder	148
Bilag 2: Oversigt over resultater fra karakteristik af unge med dårlig mental sundhed ...	155
Referencer	158

1 Sammenfattende diskussion og konklusion

Formålet med denne rapport *Mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark* er at belyse den mentale sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark fra en række forskellige vinkler samt at bidrage med viden om relevante sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Rapporten sammenfatter eksisterende viden på området og præsenterer en række nye analyser baseret på register- og spørgeskemadata og interview med unge i Region Syddanmark samt eksperter og praktikere, som har særlig viden om målgruppen.

Rapporten belyser de unges forståelse af det gode ungdomsliv og udviklingen i selvrapporteret mental sundhed og psykisk sygdom blandt børn og unge i Region Syddanmark. Derudover beskrives mulige årsager til denne udvikling på baggrund af eksisterende litteratur og interview med eksperter og praktikere. Endeligt giver rapporten en karakteristik af unge med dårlig mental sundhed og viden om danske sundhedsfremmende og forebyggende indsatser ud fra interview med udvalgte eksperter og praktikere.

I dette kapitel følger en kort sammenfatning og diskussionen af resultaterne, hvor resultaterne kort sammenlignes på tværs af de forskellige datakilder. Diskussionen afsluttes med en samlet konklusion.

DE UNGES OPLEVELSE AF DET GODE UNGELIV

Gennem en række workshops og interview med unge i Region Syddanmark belyses det gode ungdomsliv – og dets udfordringer – set ud fra et ungeperspektiv. Resultaterne præsenteres i kapitel 6 under de fire hovedtemaer: (1) overgangen fra barn til voksen, (2) venner og familie, (3) hverdagslivet, og (4) det digitale ungdomsliv. Informanterne består af unge i alderen 14-24 år fra folkeskolen og forskellige ungdomsuddannelser samt unge, der ikke er i gang med en uddannelse eller arbejde¹. De unge fremhæver særligt fem aspekter som særligt karakteristiske for det gode ungdomsliv:

- Overgangen fra barn til voksen er karakteriseret ved mere frihed og ansvar, og dét at flytte hjemmefra og blive selvforsørgende er en skelsættende begivenhed.
- De unge oplever, at fritidsinteresser, især fysisk aktivitet, er med til at fremme trivsel og mental sundhed. Her søger de unge typisk et socialt fællesskab med andre unge, mens andre er mere motiverede af at få "den rigtige krop".
- Fester fremhæves særligt, når de unge italesætter det gode ungdomsliv. Her udgør alkohol et centralt emne, som for de unge er forbundet med forskellige dilemmaer. På den ene side oplever nogle unge, at de bliver ekskluderet af fællesskabet, hvis de vælger alkohol fra, og

¹ Deltagerne er således ikke udvalgt på baggrund af, om de for eksempel har en psykiatrisk diagnose eller har oplevet problemer med mistrivsel.

på den anden side oplever andre unge, at indtagelse af alkohol kan lede til situationer og konflikter, der kan have negative konsekvenser.

- Interviewene viser, at nedlukningen i foråret 2020 som følge af COVID-19 pandemien har påvirket de unges hverdagsliv markant, hvor flere har oplevet magtesløshed, ensomhed, stress og bekymringer. Her har de sociale medier og muligheden for digitalt samvær været essentielt for at opretholde de sociale relationer og en så normal hverdag som mulig.
- Alenetid og det at kunne koble af fremhæves også af flere unge som vigtigt for at kunne håndtere stress i dagligdagen.

Det er også karakteristisk, at det gode ungdomsliv er forbundet med en række dilemmaer og dobbeltheder. Det gælder for eksempel i forhold til at finde en balance mellem behovet for meningsfulde aktiviteter i fællesskab med andre unge og behovet for alenetid og dét at kunne koble fra.

Doppeltheden kommer også udtryk i et andet centralt tema, nemlig at overgangen fra barn til voksen er karakteriseret ved mere frihed og ansvar. Selvom dette for de fleste unge opleves som altovervejende positivt, kan denne overgang være svær – især hvis man ikke kan få hjælp og støtte hjemmefra. Mens nogle unge oplever at kunne få støtte hjemmefra, og for hvem familien er en ressource, så oplever andre ofte konflikter og sociale problemer. Disse unge fortæller blandt andet, hvordan problemer i familien har betydet, at de har set sig nødsaget til tidligere at flytte hjemmefra. Mens familien for nogle unge er en væsentlig ressource, er familien også en kilde til stress for andre. Især de hjemmeboende unge fremhæver deres familie og forældre som en væsentlig ressource. På samme måde kan de unges forhold til alkohol og sociale medier også ses som et eksempel på, hvordan den samme faktor både negativt og positivt kan påvirke de unges trivsel.

UDVIKLING I MENTAL SUNDHED OG PSYKISK SYGDOM

I rapporten sondres mellem mental sundhed og psykisk sygdom. Mental sundhed handler både om, hvordan vi har det med os selv, for eksempel at være glad og tilfreds med livet, og om at fungere godt i dagligdagen, for eksempel at kunne udvikle sig og lære og at kunne klare dagligdagens gøremål og indgå i sociale relationer. Mental sundhed er derfor noget man kan have i mere eller mindre grad, og i denne rapport benyttes begreberne trivsel og mistrivsel som synonyme for henholdsvis god og dårlig mental sundhed.

Psykisk sygdom anvendes som en betegnelse for tilstande, hvor der er tydelig belastning og påvirkning af de daglige og sociale funktioner gennem længere tid. I rapportens kvantitative analyser af forekomsten af psykisk sygdom beror opgørelserne på kontakter med psykiatrien og brug af psykofarmaka (dermed medtages kun tilfælde, hvor en læge har fastsat en diagnose), mens mental sundhed beror på selvrapporteret spørgeskemadata.

På baggrund af udvalgte eksisterende undersøgelser (kapitel 4) ses følgende resultater for udviklingen i selvrapporteret mental sundhed:

- **Kønsskille i mental sundhed i folkeskolen:** Skolebørnsundersøgelsen omfatter børn og unge i alderen 13-15 år. En opgørelse (på nationalt plan) præsenteret i en nyligt publiceret rapport (3) viser, at der sket en stigning i andelen af 13-årige og 15-årige piger med dårlig mental sundhed. I 2014 havde 17 % af pigerne dårlig mental sundhed, mens 20 % blandt de 13-årige og 21 % af de 15-årige havde dårlig mental sundhed i 2018. Der ses ikke en stigning blandt drengene, hvor andelen ligger mellem 10 og 11 % i begge år (3).
- **Kønsskille i mental sundhed i alder 16-24 år:** Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil viser, at der er sket en stigning blandt de 16-24-årige med dårlig mental sundhed i Region

Syddanmark (fra 2010-2017). Det gælder især blandt de unge kvinder. Således stiger andelen af unge kvinder med dårlig mental sundhed med syv procentpoint i perioden mod tre procentpoint blandt de unge mænd. Omtrent dobbelt så stor en andel af de unge kvinder har dårlig mental sundhed (23 % i 2017) sammenlignet med de unge mænd i samme aldersgruppe (11 % i 2017) (4-7).

- **Ingen eller marginale ændringer i den mentale sundhed blandt gymnasieelever:** I perioden 2014 til 2019 er der ikke sket nogle ændringer i den selvrapporterede mentale sundhed blandt de unge mænd på STX i Region Syddanmark (13 % havde dårlig mental sundhed i begge år). Blandt de unge kvinder ses et marginalt fald fra 24 % i 2014 til 23 % i 2019 (8).

Analyserne i de eksisterende undersøgelser peger således på lidt forskellige udviklingstendenser i forskellige aldersgrupper og spørgeskemaundersøgelser. Det kan skyldes, at undersøgelserne benytter forskellige mål for mental sundhed og/eller omfatter forskellige grupper af unge og tidsperioder. Alt i alt peger undersøgelserne dog på en tendens til, at især piger og unge kvinder i højere grad oplever dårlig mental sundhed. Dertil er det værd at bemærke, at der er en risiko for, at den mentale sundhed blandt børn og unge kan blive yderligere forværret i forbindelse med COVID-19 pandemien, da forskningen tyder på, at pandemien og nedlukningerne generelt påvirker danskernes mentale sundhed negativt (9). I denne undersøgelse peger de unge interviewpersoner også selv på, at nedlukningen i foråret 2020 har haft stor betydning for deres trivsel og medførte stress, ensomhed, og bekymringer for smitte. Idet interviewene primært blev gennemført inden den anden nedlukning i vinteren 2020/2021, ved vi ikke, hvordan den anden bølge har påvirket de unge.

Vores viden om den mentale sundhed blandt de helt små børn er begrænset. Det skyldes blandt andet, at spørgeskemametoder ikke er særligt anvendelige for netop denne målgruppe. Rapporten belyser også udviklingen i udvalgte psykiske sygdomme blandt børn og unge baseret på registerdata fra Lægemiddeldatabasen og Landspatientregisteret for perioden fra 2009 til 2018. Fordelen ved at bruge registerdata er blandt andet, at vi også har data for de helt små børn, og analyserne dækker derfor alle børn og unge i alderen 0-24 år i Region Syddanmark og i hele Danmark. I kapitel 4.2 belyses både prævalensen (forekomsten) og incidensen (nye tilfælde) af ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse samt mindst én af disse psykiske sygdomme blandt børn og unge i alderen 0-24 år i Region Syddanmark og hele Danmark. Prævalens angiver antallet af eksisterende sygdomstilfælde i en befolkning på et givent tidspunkt, og kan benyttes til at vurdere omfanget af personer med behov for behandling, mens incidens kan benyttes til at vurdere omfanget af nye tilfælde.

På baggrund af de registerbaserede analyser (kapitel 4.2) ses følgende:

- Prævalensen (både antal og rate) af ADHD og angst/depression er steget betydeligt fra 2009 til 2018. I samme periode ses der en mindre stigning i spiseforstyrrelse. De største procentvise stigninger finder generelt sted i perioden 2009-2013.
- Incidensen (både antal og rate) af ADHD og spiseforstyrrelse er faldet lidt eller ligger på nogenlunde samme niveau i perioden 2009 til 2018. Der ses dog mindre udsving hen over perioden. I samme periode ses en mindre stigning for angst/depression.

For både prævalens og incidens er raten af børn og unge med mindst én af de psykiske sygdomme lavere i Region Syddanmark end i hele landet.

ÅRSAGER TIL UDVIKLINGEN I DEN MENTALE SUNDHED OG PSYKISK SYGDOM

Rapporten belyser forskellige teorier om, hvad der har påvirket udviklingen blandt børn og unge med udgangspunkt i den videnskabelige litteratur på området og kvalitative interview med eksperter (forskere og embedsmænd) og praktikere, der til dagligt arbejder med målgruppen.

Både den videnskabelige litteratur samt eksperterne og praktikerne peger på, at mange forskellige faktorer spiller ind, og at der ikke findes et entydigt svar på, hvorfor flere børn og unge mistrives, og flere diagnosticeres med en psykisk sygdom. Helt overordnet set fremhæver informanterne særligt fire forklaringsmodeller som vist i nedenstående figur 1.1.

Figur 1.1 Årsager til udviklingen i den mentale sundhed og psykiske sygdom

(1) Øget diagnosticering/højere grad af legitimering af psykisk sygdom	(2) Strukturelle og kulturelle faktorer (for eksempel ulighed i sundhed, perfektionsskulptur, præstationssamfund og sociale medier)
(3) Individuelle faktorer (for eksempel overvægt og søvn)	(4) Sociale faktorer (for eksempel forældre-barn-relation og mobning)

Særligt forskere og embedsmænd er dog forsigtige med at udtale sig om årsagsmekanismer, og både litteraturen (10) og interviewene peger på, at mange forskellige forhold spiller ind. En af de forklaringer, der ofte fremhæves, er blandt andet, at vi er blevet bedre til at opspore og diagnosticere børn og unge med psykisk sygdom, og at det er blevet mindre tabuiseret at tale om psykisk sygdom og mistrivsel.

I interviewundersøgelsen diskuterer praktikerne især betydningen af forældrenes rolle samt kulturelle normer og værdier relateret til præstationssamfundet. Netop betydningen af kulturelle normer og værdier er svære at belyse empirisk. Det skyldes blandt andet, at vores kultur konstant forandrer sig og dermed ikke er statisk (10). For eksempel bliver flere skilt i dag, og selv om skilsmisse kan ses som en stressende begivenhed, som kan have negative konsekvenser for den mentale sundhed, så har den øgede forekomst også medført, at det i mindre grad er stigmatiserende og tabulagt. Dermed er det vil det være forventeligt, at den negative effekt på den mentale sundhed vil være mindre i dag end for 20 år siden.

De unge i den kvalitative interviewundersøgelse diskuterer også betydningen af jagten på præstationer og den perfekte krop for deres trivsel². Her oplever flere af de unge, at de ofte bliver præsenteret for og konfronteret med meget idealiserede kroppe, som kan være svære at leve op til på de sociale medier. Samtidig viser interviewene, at mange af de forhold, som de unge selv fremhæver som betydningsfulde for deres trivsel, rummer en vis dobbelthed. Det gælder for eksempel de sociale medier. Her oplever de unge, at brugen af de sociale medier kan være stressende, fordi de altid er på, og som beskrevet tidligere oplever nogle unge, at de i høj grad bliver konfronteret med idealiserede kroppe, som negativt kan påvirke deres kropsopfattelse. På den anden side er de sociale medier også forbundet med en række positive aspekter, især i forhold til at facilitere og understøtte samværet med andre unge. Her har COVID-19 pandemien understreget den positive værdi, fordi det fysiske samvær har været udfordret, og hvor de sociale medier har muliggjort, at de unge har kunne fastholde deres relationer. Analyserne peger altså både på aspekter ved de sociale

² De unge er ikke, som eksperter og praktikere, blevet spurgt til årsagerne til udviklingen, men mere generelt til, hvad der påvirker deres trivsel og mentale sundhed.

medier, som har en positiv betydning for de unge, samtidig med, at andre aspekter har en mere negativ betydning. Dette er også i tråd med tidligere forskning på området. Forskningen er dog stadig meget ny og derfor et område, hvor der er behov for flere undersøgelser.

Selvom det ikke vides, hvad der driver udviklingen i den mentale sundhed, er der en stor viden om hvilke faktorer, der fremmer og hæmmer den mentale sundhed. I rapportens baggrundsafsnit (kapitel 3) gennemgås en række forskellige faktorer på det individuelle, sociale og strukturelle niveau, der enten positivt eller negativt påvirker den mentale sundhed. Netop derfor peger én af eksperterne i interviewundersøgelsen også på, at selvom vi ikke ved, hvorfor flere børn og unge diagnosticeres med en psykisk sygdom og/eller mistrives, så har vi stadig en viden, der gør, at vi er i stand til at handle på et evidensbaseret grundlag. Netop denne pointe skal både ses i lyset af en nylig rapport netop har vist, at der findes evidens for en række forskellige forebyggende og sundhedsfremmende indsatser (3).

KARAKTERISTIK AF UNGE MED DÅRLIG MENTAL SUNDHED

Selvom det er uvist, hvad der driver udviklingen i psykisk sygdom og mental sundhed, findes der en masse viden om, hvilke faktorer der fremmer og hæmmer den mentale sundhed. Litteraturen peger på, at mange forskellige faktorer på forskellige niveauer påvirker de unges mentale sundhed – både på det individuelle (for eksempel mestringssevne), det sociale (for eksempel relationer til familie og venner) og det strukturelle niveau (for eksempel økonomisk sikkerhed). Resultaterne af analysen af spørgeskemadata fra unge på gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser ligger i tråd med tidligere studier (som beskrevet i baggrundsafsnittet).

Resultaterne viser, at de unge med dårlig mental sundhed er karakteriseret ved en højere forekomst af risikofaktorer på alle tre niveauer i forhold til unge med moderat/god mental sundhed. På det individuelle niveau ses, at unge med dårlig mental sundhed er mere udsatte på en række parametre. For eksempel har de i mindre grad et højt selvværd, og der er større risiko for, at de har søvnproblemer og med vilje har gjort skade på sig selv sammenlignet med unge med moderat/god mental sundhed. De har også en større risiko for næsten dagligt at opleve fysiske symptomer, for eksempel hovedpine, mavepine eller andre smerter, og de vurderer i mindre grad deres helbred som godt.

Forskellene mellem de to grupper viser sig også på det sociale og strukturelle niveau; for eksempel oplever de unge med dårlig mental sundhed i mindre grad fortrolighed i relationer til venner og forældre, og de har en større risiko for at komme fra hjem med en lavere indkomst, eller fra hjem, hvor én eller begge forældre selv har en psykisk sygdom.

På samme måde viser den kvalitative interviewundersøgelse med unge i Region Syddanmark, at netop gode relationer til familie og venner har stor betydning for de unges trivsel. Selvom venner og kærester begynder at spille en større rolle i de unges liv, så er forholdet til familien og støtten herfra stadig vigtig i forhold til at hjælpe de unge gennem overgangen fra barn til voksen. Mens de fleste af de unge i denne kvalitative interviewundersøgelse trives og lever et helt normalt ungdomsliv, har vi også talt med unge, som er mere sårbare, for eksempel fordi de har en psykisk sygdom, er flygtet fra krig eller har oplevet store konflikter og sociale problemer i familien. Disse unge beretter om, hvordan de i en tidlig alder har skullet stå på egne ben og for eksempel følt sig nødsaget til at flytte hjemmefra. Den kvalitative interviewundersøgelse kan ikke sige noget om, hvilke konsekvenser dette har på længere sigt, men de kvantitative analyser peger på, at unge med dårlig mental sundhed har højere risiko for at pjække fra undervisningen, i mindre grad er tilfredse med at gå i skole, og (for de unge mænds vedkommende) i højere grad har været sigtet for en strafbar handling. Der tegner sig altså et billede af en ophobning af en række risikofaktorer, som også har relation til de unges evne til at fungere i uddannelsessystemet og i samfundet generelt. Det er ikke muligt at afgøre, hvorvidt denne ophobning af risikofaktorer er resultatet af deres dårlige mentale sundhed eller omvendt.

Derudover peger de kvantitative analyser på, at unge med dårlig mental sundhed har højere risiko for at være ensomme sammenlignet med unge med moderat/god mental sundhed. I de kvalitative interview peger de unge selv på, at det at dyrke fritidsinteresser, for eksempel sport og fysisk aktivitet, bidrager positivt til deres mentale sundhed og trivsel, blandt andet gennem fællesskab med andre unge, som deler deres interesser. Netop fritidsliv og fællesskaber fremhæves også i interviewene med eksperter og praktikere som et område der med fordel kan styrkes og systematiseres. Flere af informanterne henviser blandt andet til partnerskabet *ABC for mental sundhed*.

KONTAKT MED PSYKIATRIEN BLANDT UNGE MED DÅRLIG MENTAL SUNDHED (OG DERES FORÆLDRE)

I denne rapport sonderer vi mellem mental sundhed og psykisk sygdom som to forbundne men alligevel forskellige dimensioner. Med det menes, at man godt kan have en psykisk sygdom og trives i sin dagligdag (og dermed have god mental sundhed), ligesom man godt kan mistrives uden at have en psykisk sygdom. Når det er sagt, er der en sammenhæng mellem mistrivsel og psykisk sygdom, hvilket analyserne i indeværende rapport også viser.

Analyserne i indeværende rapport viser, at de unge, som selv rapporterer dårlig mental sundhed, i højere grad har kontakt med psykiatrien. Det gælder både blandt mænd (15% blandt mænd med dårlig mental sundhed; 6 % blandt referencegruppen) og kvinder (17% blandt kvinder med dårlig mental sundhed; 9 % i referencegruppen). Derudover ses, at de unge med dårlig mental sundhed oftere har forældre, som selv har haft kontakt med psykiatrien.

SUNDHEDSFREMMENDE OG FOREBYGGENDE INDSATSER I DANMARK

På baggrund af interviewene med forskere, embedsmænd og praktikere har vi identificeret og beskrevet en række danske indsatser målrettet børn og unge i alderen 0-24 år. I denne rapport har fokus været på sundhedsfremmende og forebyggende indsatser fremfor behandling, såsom kognitiv adfærdsterapi og forskellige former for psykofarmaka. Mens forebyggelse og sundhedsfremme typisk varetages i regi af kommunerne, så varetages behandlingen hos lægerne og i psykiatrien i regionerne.

Informanterne i denne undersøger peger på forskellige forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, som de mener er særligt lovende eller gode, og som er implementeret i Danmark. Det omfatter både indsatser, som er på projektbasis, og indsatser, som er forankret i praksis, og som derfor ikke er tidsbegrænsede. I analysen har vi primært fokuseret på indsatser af en vis størrelse, for eksempel indsatser, som er implementeret i en kommune eller på nationalt plan. Disse indsatser kan kategoriseres i to grupper, de universelle og de selektive/indikerede indsatser. De universelle indsatser har typisk til formål at fremme børnenes trivsel, udvikling og evne til at tilpasse sig og håndtere udfordringer, mens de selektive/indikerede indsatser typisk er målrettet befolkningsgrupper eller individer med kendte risikofaktorer eller risikoadfærd, eller grupper med en forøget risiko for at udvikle alvorlig psykisk sygdom.

Tabellen nedenfor viser de forskellige indsatser, som særligt fremhæves af informanterne. Det skal dog bemærkes, at der kan være lovende indsatser, som ikke er blevet identificeret af informanterne, og der findes på nuværende tidspunkt ikke en komplet oversigt over alle eksisterende indsatser i Danmark. Rapporten *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år*, udgivet af Vidensråd for Forebyggelse i 2020 (3) omfatter også en oversigt over indsatser. Mange af de indsatser, som fremhæves af informanterne i denne rapport.

Tabel 1.1 Universelle indsatser og selektive og indikerede forebyggende indsatser

Universelle indsatser	
Hele befolkningen	• ABC for mental sundhed
Småbørn (hjemmet)	• Sundhedsplejens tilbud om hjemmebesøg • NBO (New Born Observation) og PUF programmet (Psykisk Udvikling og Funktion). • The first 1000 days in the Nordic Countries
Børn i dagtilbud og skole	• De Utrolige År® Børnehave og Skole (DUÅ) • Fri for Mobberi* • Skolesundhedsplejen* • Adfærd, Kontakt og Trivsel (AKT)* • Skole, Socialforvaltning og Politi (SSP)* • Zippys venner* • Optur* • Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS)* • TRIV NU* • Robusthed.dk • The FRIENDS* • Jagten på den tabte time
Unge	• Studievejledning på SDU • Mindhelper.dk* • Anonym psykologisk rådgivning • Nordiske unges psykiske mistrivsel
Selektive og indikerede forebyggende indsatser	
Forældretræningsprogrammer for forældre med børn med ADHD-relaterede adfærdsproblemer	• De Utrolige År® Børnehave og Skole (DUÅ)* • Triple P (Positive Parenting Program)* • Parent Management Training Oregon – Oregon-modellen (PMTO)*. • Kærlighed i Kaos (KiK)*
Forløb for børn og unge med angst	• Cool Kids* • Chilled • LÆR AT TACKLE angst og depression* for unge
Fastholdelse af unge i uddannelse samt unge uden for uddannelse og arbejdsmarkedet	• Fremskudt trivselsberedskab • Tilbage til skolen • Brobygning til Uddannelse • Job-bro til Uddannelse – Forsøg med virksomhedsforløb som vejen til uddannelse
Andre indsatser	• Fremskudt funktion fra psykiatrien • Ungehuset

Note: Indsatser, der også beskrives i rapporten "Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år" fra Vidensråd for Forebyggelse (3), er markeret med en stjerne.

Interviewene med eksperter og praktikere viser, at der ikke er enighed om vægtningen af henholdsvis de universelle og de selektive/indikerede indsatser. Interviewene peger også på, at mens praktikerne efterspørger mere hjælp til at prioritere og få overblik over virksomme indsatser, efterspørger forskere og embedsmænd i højere grad mere systematik, en højere grad af metodeloyalitet og evaluering af nye tiltag.

Interviewene med eksperter (forskere og embedsmænd) og praktikere peger på, at der er kommet mere fokus på mental sundhed, men de peger samtidig på en række områder, som de mener med fordel kan styrkes for at fremme den mentale sundhed blandt børn og unge. Det omfatter blandt andet:

- **Mere fokus på mental sundhed – men behov for mere tværsektorielt samarbejde.** På tværs af de tre informantgrupper er der fokus på at fremme den mentale sundhed ved at sætte ind i de arenaer, hvor børn og unge lever deres daglige liv. Det kræver dog ifølge informanterne et fortsat fokus på tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, og at den mentale sundhed også tænkes ind i tilbud, som ikke har mental sundhed som det primære formål.
- **Behov for at fokusere på evidensbaserede indsatser og evaluering af nye tiltag.** Informanterne peger på et behov for, at evidensbaserede indsatser i højere grad implementeres efter forskrifterne, og at nye indsatser evalueres. Det fremhæves især af forskerne, mens praktikerne i højere grad peger på et behov for at tilpasse indsatserne til den relevante kontekst og efterlyser hjælp til overblik og prioritering.
- **Bedre overgange, for eksempel mellem daginstitutioner og skoler.** Informanterne fremhæver, at der er behov for at styrke overgangene, herunder at videreføre sprog og redskaber omkring mental sundhed fra den ene arena til den anden, for eksempel i overgangen fra børnehave til skole. Derudover understreger alle informanterne et behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde mellem kommuner og regioner.
- **Flere børn og især unge lærer, hvad mental sundhed er, og hvordan de selv kan fremme den.** Der er ligeledes behov for at give dem nogle gode redskaber til at navigere i hverdagen.

KONKLUSION

Denne rapport sammenfatter eksisterende viden og præsenterer en række nye analyser om børn og unges mentale sundhed. Analyserne bygger både på kvantitative register- og spørgeskemadata og kvalitative interview med unge i Region Syddanmark samt eksperter og praktikere, som har særlig viden om målgruppen.

Resultaterne fra forskellige spørgeskemaundersøgelser, der belyser selvrapporteret mental sundhed, viser, at der især er sket en stigning i andelen af piger med dårlig mental sundhed. Det gælder dog ikke blandt gymnasieelever, hvor der ses ingen eller marginale ændringer i perioden 2014 til 2019. Registerbaserede analyser viser samlet set en stigning i antallet af børn og unge, der lever med ADHD og angst/depression i Region Syddanmark i perioden 2009-2018. De største procentvise stigninger ses i perioden 2009-2013, mens der i de efterfølgende år ses en mindre stejl stigning. I forhold til nye tilfælde ses for ADHD og spiseforstyrrelse overordnet et mindre fald eller et nogenlunde konstant niveau i perioden 2009-2018, mens der i samme periode ses en lille stigning for angst/depression.

Ekspertene og praktikerne fra interviewundersøgelsen peger på, at mange forskellige forhold spiller ind, og at der ikke findes en entydig forklaring på udviklingen. Faktorer, der fremmer og hæmmer den mentale sundhed, er dog velbeskrevne i den videnskabelige litteratur (11, 12), og enkelte af disse faktorer indgår helt eller delvist i de kvantitative analyser af karakteristika ved unge med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark. Resultaterne peger blandt andet på, at de unge med

dårlig mental sundhed har højere risiko for at komme fra et hjem med en lavere indkomst samt at en af forældrene selv har en psykisk sygdom. Endvidere trives disse unge på en række områder dårligere end unge med moderat/god mental sundhed. De har eksempelvis øget risiko for at pjække ofte, at have søvnproblemer og for at have en mindre grad af fortrolighed til venner og forældre.

De kvalitative interview med de unge i Region Syddanmark giver et indblik i de unges karakteristik af det gode ungdomsliv og af de forhold, der hæmmer og fremmer den mentale sundhed. Resultaterne ligger i tråd med de kvantitative analyser i rapporten, men illustrerer også, hvordan nogle faktorer både kan have positiv og negativ betydning for de unge, for eksempel sociale medier og alkohol. De unge fremhæver også faktorer, som de mener fremmer trivsel gennem ungdomslivet – særligt fester, fællesskab og fritidsaktiviteter.

Interviewene med eksperter og praktikere peger på, at der generelt er kommet mere fokus på mental sundhed, men at der er behov for et bedre tværfagligt samarbejde på tværs af kommuner og regioner, bedre overgange mellem for eksempel dagtilbud og skole samt et behov for at skabe mere bevidsthed om mental sundhed blandt børn og unge. Især efterspørger eksperterne bedre implementering af evidensbaserede indsatser og evaluering af nye indsatser, mens praktikerne efterspørger hjælp til at danne sig et overblik over relevante indsatser. På baggrund af interviewene er en række forebyggende og sundhedsfremmende indsatser blevet identificeret og beskrevet. Mens nogle indsatser er specifikt målrettet børn og unge, som udviser tegn på mistvivl eller psykisk sygdom (eller som er i særlig risiko herfor), er andre mere universelle indsatser, som typisk er målrettet børn og unge i forskellige aldersgrupper.

2 Indledning og læsevejledning

Den mentale sundhed er vigtig for børn og unges udvikling, livskvalitet, sociale relationer og dagligdag. Psykiske sygdomme og selvrapporterede mentale helbredsproblemer er udbredte blandt børn og unge i Danmark, og samlet set har der været en stigning i de seneste år.

Udviklingen er bekymrende, da psykisk sygdom og dårlig mental sundhed kan få alvorlige konsekvenser for barnet og den unges mulighed for at gennemføre en uddannelse og få fodfæste på arbejdsmarkedet. Hertil kommer, at mentale helbredsproblemer tidligt i tilværelsen er forbundet med en øget risiko for både psykiske og somatiske sygdomme i ungdoms- og voksenlivet.

Som følge heraf har Region Syddanmark ønsket mere viden om den mentale sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark. Region Syddanmark har derfor bedt Statens Institut for Folkesundhed, SDU, om at udarbejde en undersøgelse, der kan give et overblik over den mentale sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark og bidrage med input til sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

Undersøgelsen er finansieret af Region Syddanmark og gennemføres af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

De fem overordnede formål med denne rapport er:

1. At belyse forekomsten og udviklingen i selvrapporteret mental sundhed og psykisk sygdom blandt børn og unge i Region Syddanmark.
2. At beskrive, hvad der karakteriserer unge med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark.
3. At undersøge de unges forståelse af det gode ungdomsliv og de faktorer, der enten positivt eller negativt kan påvirke deres mentale sundhed og trivsel.
4. At beskrive mulige årsagsforklaringer til udviklingen i psykisk sygdom og mental sundhed.
5. At belyse og identificere danske indsatser, som har til hensigt at fremme mental sundhed og trivsel blandt børn og unge.

Rapporten sammenfatter eksisterende viden på området og præsenterer en række nye analyser, som er baseret på register- og spørgeskemadata og interview med unge i Region Syddanmark samt eksperter og praktikere, som har særlig viden om netop denne målgruppe.

Målgruppe og afgrænsning

Denne rapport vedrører målgruppen børn og unge i alderen 0-24 år i Region Syddanmark. Det har, så vidt muligt, været målet at inddrage data for hele gruppen. Det skal dog bemærkes, at datagrundlaget for de helt små børn er mere fragmenteret og mindre systematisk end for de større børn. Idet de kvantitative analyser i denne rapport bygger på eksisterende data, har vores muligheder for at inddrage data om de helt små børn derfor været begrænset. Det gælder særligt analyserne af trivsel og mental sundhed, hvor rapporten bygger på selvrapporteret spørgeskemadata. På samme måde er de kvalitative interview begrænset til unge på 14-24 år. De registerbaserede

analyser af forekomsten af psykisk sygdom omfatter derimod hele målgruppen, ligesom at eksperter og praktikerne er udvalgt, så de repræsenterer viden om et bredt spektrum af børn og unge i forskellige aldersgrupper.

I nedenstående læsevejledning findes en mere detaljeret beskrivelse af hvilke kapitler, der belyser hvilke af de fem formål, og med hvilke datakilder.

Læsevejledning

- **Kapitel 1** indeholder en sammenfattende diskussion, som præsenterer og sammenligner resultaterne på tværs af de forskellige datakilder. Kapitlet afsluttes med en konklusion.
- **Kapitel 2** omfatter indledning, formål og læsevejledning
- **Kapitel 3** omfatter baggrunden. I dette kapitel gennemgås centrale begreber, som anvendes senere i rapporten, herunder mental sundhed og psykisk sygdom samt sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Herefter gennemgås tidligere litteratur om faktorer, der fremmer og hæmmer mental sundhed, og til slut præsenteres tidligere danske rapporter, der belyser effekten af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.
- **Kapitel 4-7** præsenterer rapportens resultater, hvor de to første kapitler (kapitel 4-5) bygger på kvantitative datakilder og de to sidste (kapitel 6-7) bygger på kvalitative datakilder.
 - **Kapitel 4** vedrører rapportens første formål om *at belyse udviklingen i selvrapporteret mental sundhed og udvalgte psykiske sygdomme blandt børn og unge i Region Syddanmark*. Første del af kapitlet belyser udviklingen i selvrapporteret mental sundhed baseret på udvalgte eksisterende spørgeskemaundersøgelser: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, Ungdomsprofilen 2014 og UNG19 samt skolebørnsundersøgelsen 2014 og 2018 (denne undersøgelse er ikke opgjort separat for Region Syddanmark). Disse undersøgelser omfatter børn ned til 13-årsalderen og opefter. Anden del af kapitlet belyser forekomsten af og udviklingen i udvalgte psykiske sygdomme i perioden 2009-2018 baseret på data fra Landspatientregisteret og Lægemiddeldatabasen. Disse registerbaserede analyser omfatter børn og unge i alderen 0-24 år i Region Syddanmark.
 - **Kapitel 5** vedrører rapportens andet formål om *at beskrive, hvad der karakteriserer unge med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark*. Analyserne er baseret på spørgeskemadata fra UNG19 blandt unge i alderen 15 til 24 år fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark. For nogle faktorer er der kun data fra unge fra gymnasiale uddannelser.
 - **Kapitel 6** vedrører rapportens tredje formål om *at undersøge de unges forståelse af det gode ungdomsliv og de faktorer, der enten positivt eller negativt kan påvirke deres mentale sundhed og trivsel*. Analyserne bygger på fire workshops på henholdsvis en erhvervsskole, produktionsskole, et alment gymnasium og en UU-enhed i Region Syddanmark samt 12 individuelle interview med unge i alderen 14-24 år fra førnævnte institutioner samt fire 9. klasseelever fra forskellige folkeskoler.
 - **Kapitel 7** vedrører rapportens fjerde og femte formål om *at beskrive mulige årsagsforklaringer til udviklingen i mental sundhed og psykisk sygdom og at belyse og identificere danske indsatser, som har til hensigt at fremme mental sundhed og trivsel blandt børn og unge*. Dette kapitel bygger på interview med 20 informanter, som omfatter forskere, embedsmænd og praktikere, som til dagligt arbejder med børn og unge.

Bilag 1 omfatter en metodebeskrivelse for de kvalitative og kvantitative metoder og **bilag 2** indeholder en skematisk oversigt over resultater fra karakteristikkene af unge med dårlig mental sundhed (kapitel 5).

3 Baggrund

Dette kapitel indledes med en kort beskrivelse af, hvordan begrebet mental sundhed bliver anvendt i denne rapport, og hvilke definitioner og forståelser der ligger til grund for rapporten. Herefter følger en gennemgang af de faktorer, der enten positivt eller negativt kan påvirke den mentale sundhed blandt de helt små børn og blandt de større børn og unge. Det sidste afsnit gennemgår eksisterende viden om sundhedsfremmende og forebyggende indsatser med særlig fokus på indsatser i en dansk kontekst. Kapitlet bygger på tidligere forskning og vidensoversigter.

3.1 Definitioner og kernebegreber

3.1.1 Definition af mental sundhed og psykisk sygdom

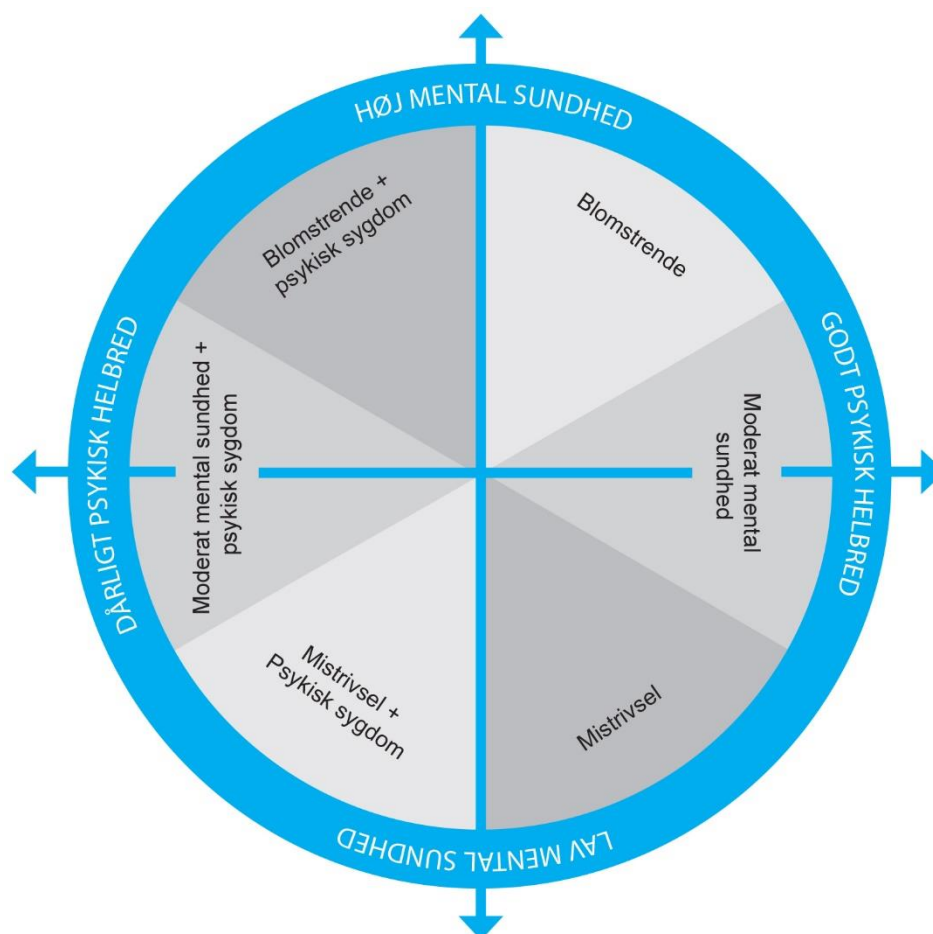
Der findes ikke en entydig definition af mental sundhed, men en stor del af litteraturen om mental sundhed læner sig op ad World Health Organizations (WHO) definition af mental sundhed, hvilket også gælder for Sundhedsstyrelsen, som anvender følgende definition som pejlemærke:

"Mental sundhed er en tilstand af trivsel, hvor det enkelte menneske kan udfolde sine evner, håndtere dagligdagsudfordringer og stress, og indgå i fællesskaber med andre mennesker. Mental sundhed er altså ikke kun fraværet af psykisk sygdom, men består også af psykologiske ressourcer og evner, som er nødvendige for at kunne udvikle sig og klare de udfordringer, der dukker op i alle menneskers liv." (13)

WHO's definition rummer både en *oplevelsesdimension* og en *funktionsdimension*. Hvor oplevelsesdimensionen handler om at *have* det godt med sig selv, være glad og tilfreds med livet, dækker funktionsdimensionen over det at *fungere* godt i dagligdagen i samspil med andre, at kunne udvikle sig og lære, at kunne klare dagligdagens gøremål og at kunne indgå i sociale relationer og håndtere livets udfordringer. Netop udviklingsperspektivet er særligt relevant i forhold til børn og unge, hvor WHO især vægter 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 (3, 14).

Igennem tiden har der været en større diskussion om, hvordan de to begreber mental sundhed og psykisk sygdom relaterer sig til hinanden. I denne rapport tages udgangspunkt i en forståelsesmodel udviklet af den amerikanske professor Corey Lee M. Keyes. I denne model er mental sundhed og psykisk sygdom relaterede, men forskellige dimensioner (15, 16).

Figur 3.1.1 Model for mental sundhed og psykisk sygdom baseret på Keyes



Kilde: For Mental Sundhed – et nyt perspektiv (14)

Som vist i figur 3.1.1 arbejder Keyes ud fra to dimensioner: psykisk helbred og mental sundhed. Den mentale sundhedsdimension går fra et optimalt niveau af mental sundhed, hvor en person blomstrer og trives (flourishing), til et minimum af mental sundhed, hvor vedkommende mistrives. Har man begrænset mental sundhed og mistrives, er man ikke nødvendigvis på vej til at udvikle psykisk sygdom. Ikke desto mindre skal signalerne tages alvorligt, og man skal hjælpe disse børn og unge til at kunne håndtere hverdagens udfordringer (3).

Psykisk helbred spænder fra fravær af psykisk sygdom til svær psykisk sygdom, som beror på en række diagnostiske kriterier. 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. Psykiske sygdomme diagnosticeres derfor 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 patientens evne til at mestre dagligdagen og leve et tilfredsstillende og meningsfuldt liv på trods af psykiske sårbarheder og symptomer. Der er dog tale om et kontinuum af symptomer,

belastning og funktionspåvirkning, der typisk udvikler sig over tid og er afhængig af livssituation og udviklingsniveau (3).



Sådan bruges begreberne i denne rapport

I denne rapport arbejder vi ud fra Keyes to dimensioner (her benytter vi dog begrebet psykisk sygdom i stedet for psykisk helbred). I rapporten omfatter *mental sundhed* den selvoplevede og selvrapporterede dimension, som kan gå fra trivsel (eller *flourishing*) til mistrivsel. Når der i rapporten præsenteres opgørelser af trivsel og mistrivsel bygger disse på selvrapporterede mål, for eksempel fra interview eller spørgeskemaer. I modsætning hertil benyttes begrebet *psykisk sygdom* som en betegnelse for tilstande, der beror på kliniske diagnoser. Når der i rapporten præsenteres opgørelser over psykisk sygdom, bygger disse på data fra registre, for eksempel baseret på kontakter med psykiatrien.

3.1.2 Definition af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser

I rapporten er fokus på forebyggelse og sundhedsfremme frem for behandling. Mens forebyggelse handler om at undgå uønskede tilstande og processer med fokus på risikofaktorer og risikogrupper, handler sundhedsfremme om at opnå og fremme ønskværdige processer og ressourcer. Det kan for eksempel være med fokus på at øge psykisk velvære, kompetencer og robusthed samt skabe støttende miljøer. Som vist i figur 3.1.2 ligger sundhedsfremmende og forebyggende indsatser ofte i kommunerne og/eller i regi af frivillige organisationer, hvorimod behandling primært varetages i regionernes psykiatri og i almen praksis.

Figur 3.1.2 Sammenhæng mellem sundhedsfremme, forebyggelse og behandling



I denne rapport skelner vi dog ikke mellem forebyggelse og sundhedsfremme, idet begreberne indeholder elementer af hinanden (17). I stedet arbejdes der med en opdeling i følgende kategorier;

- universelle sundhedsfremmende eller forebyggelsesindsatser
- selektive forebyggelsesindsatser
- indikerede forebyggelsesindsatser (18, 19).

Universelle sundhedsfremmende eller forebyggelsesindsatser omfatter indsatser, som er rettet mod alle eller brede grupper i befolkningen, hvor der ikke på forhånd er identificeret individer eller grupper med øget risiko for helbredsproblemer. *Selektive forebyggelsesindsatser* henvender sig til en særlig målgruppe, som ud fra en række kriterier har en dokumenteret højere risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom. *Indikerede forebyggelsesindsatser* henvender sig til de børn og unge, som udviser tegn på at være i risikozone for at udvikle mentale helbredsproblemer eller egentlig psykisk sygdom (3).



Sådan bruges begreberne i denne rapport

I rapportens kapitel 7 *Eksperter og praktikers syn på mental sundhed blandt børn og unge* præsenteres en liste og beskrivelse af danske indsatser målrettet børn og unge i alderen 0-24 år. Disse indsatser er udpeget i interview med 20 informanter (eksperter og praktikere med særligt indblik på området) som særligt lovende eller gode, og som er implementeret i Danmark. Indsatserne er opdelt i universelle indsatser og selektive og indikerede forebyggende indsatser.

3.2 Faktorer der påvirker den mentale sundhed

I dette afsnit beskrives faktorer, der enten positivt eller negativt kan påvirke mental sundhed. Negative faktorer omtales som risikofaktorer, mens der bruges begrebet beskyttende faktorer om positive forhold, der reducerer risikoen for dårlig mental sundhed (11). Som vist i tabel 3.2.1 kan man opgøre disse faktorer på forskellige niveauer, herunder et individuelt niveau, et socialt niveau og et strukturelt niveau (12). Bemærk, at listerne i tabellen ikke er udtømmende, da mange forskellige faktorer kan påvirke den mentale sundhed. I tabellen har vi med en stjerne markeret de faktorer, som helt eller delvist indgår i analyserne af karakteristika ved unge med dårligt mental sundhed, som er baseret på spørgeskema- og registerdata (kapitel 5).

Tabel 3.2.1 Faktorer der påvirker den mentale sundhed

Beskyttende faktorer	Risikofaktorer
Individuelt niveau	
• Godt selv vurderet helbred* • Positiv selvopfattelse, kropsoptagelse og selvværd* • God evne til at håndtere stress og udfordringer • Høj self-efficacy • Følelse af mening og sammenhæng i hverdagslivet	• Lav grad af læring/udvikling i dagtilbud/skoler • Forringet fysisk helbred eller langvarig sygdom f.eks. kræft, diabetes eller hjerte-kar-sygdom* • U hensigtsmæssig sundhedsadfærd* • Træthed og søvnmangel* • Stress*
Socialt niveau	
• Omsorgsfulde forældre/gode familiebånd • Tilhørsforhold til omgivelser • Støttende sociale relationer* • Deltagelse i positive fællesskaber* • Social anseelse, for eksempel i skolen eller blandt venner • Positiv erfaring med uddannelse og arbejdsliv*	• Fysisk og psykisk vold og seksuelt misbrug • Usikker tilknytning til forældre/omsorgsperson • Forældre med alkohol- og stofmisbrug/psykisk sygdom* • Manglende omsorg • Svage sociale tilhørsforhold/ensomhed* • Langvarige stressbelastninger i nære relationer* • Mobning, diskrimination og andre krænkende hændelser
Strukturelt niveau	
• Trygge omgivelser og gode boligforhold • Økonomisk sikkerhed • Et støttende og trygt uddannelses- og arbejdsmiljø • Adgang til uddannelse og beskæftigelse • Adgang til sociale støttefunktioner	• Belastet boligområde • Fattigdom • Psykisk og fysisk belastende arbejdsmiljø • Sygefravær og arbejdsløshed • Lav socioøkonomisk status, herunder uafsluttet grundskole og ungdomsuddannelse* • Lav social anseelse

Kilde: Figuren er lånt fra Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakke – Mental Sundhed og tilpasset denne undersøgelse (12)

* Faktorer, som helt eller delvist indgår i analyserne af karakteristika ved unge med dårligt mental sundhed, som er baseret på spørgeskema- og registerdata.

I den eksisterende forskning om børns mentale sundhed har det primære fokus været på børn over otte år, hvilket betyder, at de mindre børns mentale sundhed er mindre udforsket. I den viden, der foreligger, fremgår det dog, at der allerede i de to første leveår kan identificeres en række tidlige tegn på mistrivsel, der kan have betydning for barnets senere udvikling.

Når et spædbarns mentale sundhed undersøges, observeres barnets udviklingskompetencer sideløbende med en generel vurdering af, om barnet trives og er tilfreds ud fra barnets sociale relationer og daglige opvækstmiljø (20, 21). Barnets udviklingskompetencer vurderes ud fra, hvordan forældre, sundhedsplejerske og andre omsorgspersoner omkring barnet oplever det. Små børn udvikler sig i samspil med det omgivende miljø i forskellige arenaer, herunder familie, venner og dagtilbud. Der er i forskningen påvist en række faktorer i de første leveår, som kan benyttes i vurderingen af små børns mentale sundhed (21-25), herunder: 1) udviklingsproblemer, 2) problemer med at regulere spisning, søvn og gråd, og 3) problemer med kontakt og samspil. Det er dog væsentligt at påpege, at det i barnets første leveår kan være vanskeligt at afgøre grænserne mellem normal udvikling, udviklingsvanskeligheder, miljøpåvirkninger og egentlig mistrivsel. Et udviklingstræk kan være normalt på ét tidspunkt og tegn på mistrivsel nogle måneder senere. I vurderingen af små

børns trivsel og udvikling er det afgørende at forholde sig til de hurtige udviklingsmæssige skift samt betydningen af forældre-barn-relationen (21).

3.2.1 Individuelle faktorer

I dette afsnit beskrives en række individuelle faktorer, hvor de to første faktorer (udviklingsproblemer og problemer med at regulere spisning og gråd) kun vedrører de helt små børn under 1 år, mens søvn vedrører både små og større børn/unge. De øvrige faktorer, som for eksempel sundhedsadfærd og kropsopfattelse, vedrører udelukkende de større børn/unge.

Udviklingsproblemer

I det første leveår kan en forsinkelse af barnets psykomotoriske udvikling (det vil sige sammenhængen mellem psykiske processer og bevægelser) være en tidlig markør og risikofaktor for mistrivsel (21, 26). Flere studier finder sammenhæng mellem forsinket motorisk udvikling i første leveår og senere diagnosticering af ADHD (21, 27) og autismspektrum tilstande (21, 28-31). Derudover kan manglende brug af både kropssprog og verbalt sprog være en tidlig markør for senere mentale sundhedsproblemer. Flere studier finder en sammenhæng mellem disse kommunikationsproblemer i første leveår og senere diagnosticeret autismspektrum tilstande og ADHD.

Problemer med at regulere spisning og gråd

Problemer med regulering af søvn, spisning og følelsesmæssigt udtryk, herunder gråd, inden for det første leveår kan være prædiktorer for adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser (21, 25, 32). Hvis et lille barn er energiforladt, har spise- eller søvnproblemer eller fremtræder mimikfattigt uden spontanitet og glæde, kan det være et udtryk for, at barnet mistrives (21, 26). Selvom der eksisterer sparsom viden om tidlige spiseproblemer, tegner der sig et billede af, at spiseproblemer i første leveår kan være et udtryk for, at barnet mistrives, og at denne mistrivsel blandt andet kan medføre forsinket motorisk-, sproglig-, kognitiv- og/eller vægtudvikling (25). Derudover ses der en risiko for nedsat autonomi hos barnet, når det bliver lidt ældre (33), risiko for belastet mor-barn-kontakt, øget risiko for omsorgssvigt og rusketure (25), øget risiko for psykiske vanskeligheder og adfærdsvanskeligheder senere i barndommen (34) samt øget risiko for, at barnet ikke udvikler gode sociale kompetencer (35). Spiseproblemer optræder oftere blandt piger end blandt drenge (21, 36). I forhold til gråd peger forskningen på, at omfattende gråd og uro i de første levemåneder øger risikoen for senere adfærdsproblemer, emotionelle og kognitive problemer samt problemer med børnenes sociale udvikling (25, 32, 35, 37). Forskningen peger også på, at omfattende gråd og uro i de første levemåneder øger risikoen for senere adfærdsproblemer, emotionelle og kognitive problemer samt problemer med børnenes sociale udvikling (25, 32, 35, 37).

Søvn

Søvn har afgørende betydning for et barns udvikling. Det gælder både de helt små og større børn og unge. Kroppen bruger natten på at restituere, og søvn er derfor fundamental for en sund udvikling og vækst. Ligesom søvn har en betydning for vores fysiske helbred, har søvn også betydning for vores mentale helbred, da en god søvn øger koncentration, forbedrer indlæring og sikrer den daglige trivsel (38-40).

Problemer og bekymringer i forhold til søvn og søvnrytme er ofte udbredt i det første leveår. Det er dog vanskeligt at opgøre forekomsten af søvnproblemer blandt spædbørn, dels på grund af manglende undersøgelser inden for denne aldersgruppe, dels på grund af uklarhed om definitionen af søvnproblemer blandt spædbørn (35, 41). Blandt de større børn kan problemer med at falde i søvn, dårlig søvnkvalitet, utilstrækkelig søvn og træthed i løbet af dagen, både skyldes fysiologiske

ændringer i kroppen, men også udefrakommende forhold som for eksempel bekymringer, stress-belastning, mistrivsel eller brug af sociale medier inden sengetid (38, 40, 42-46). Studier peger på, at utilstrækkelig nattesøvn kan have konsekvenser i form af problemer i skolen, depression, lav selvtillid, dårligere karakterer og brug af rusmidler (38, 45, 47, 48). Ligeledes viser en dansk undersøgelse, at 15- og 19-årige, der ikke får den anbefalede søvn, i højere grad rapporterer lav livsglæde, ligesom at de unge, der sover tilstrækkeligt, i højere grad rapporterer høj livstilfredshed (49).

Kropsopfattelse

Det er særligt i perioden 11-15 år, at børn og unge bliver kritiske over for deres krop (50). De præsenteres samtidig i stort omfang for en række kropsidealer i medierne. Blandt piger er idealet oftest en slank krop, mens det blandt de ældre drenge er en veltrænet og muskuløs krop. Det er idealer, som kan være svære at leve op til, hvilket kan gøre dem kritiske og usikre på egen krop på trods af en sund fysiologisk kropssammensætning (51, 52). Især blandt piger kan utilfredshed med kroppen være et tidligt tegn på spiseforstyrrelse (3, 50, 53-55). Idealet om den perfekte slanke og/eller muskuløse krop medvirker til, at overvægt blandt børn og unge kan have betydning for deres livstilfredshed.

Self-efficacy og selvværd

Begrebet self-efficacy kan defineres som troen på egen evne til at kunne håndtere svære opgaver og modgang i særligt krævende situationer. Self-efficacy bliver ofte betragtet som et vigtigt aspekt af mental sundhed og som et udtryk for, at man har ressourcer til at kunne fungere godt (14, 52, 56). Begrebet er ikke blevet oversat til dansk, men kan sættes i relation til oplevelsen af selvværd eller selvtillid i den forstand, at man tror på sine evner til at tackle de udfordringer, man møder i livet (54). Et godt selvværd er en betydningsfuld ressource for et menneske og kan have afgørende betydning for en sund udvikling fra barn til voksen (50).

Stress

Stress kan defineres som en tilstand karakteriseret ved ulyst og anspændthed og er en følelse, der kan opstå, når der ikke er balance mellem de krav, der stilles til en person, og de ressourcer vedkommende har (38, 52). I daglig tale kan stress således blive italesat som oplevelsen af at have travlt, og at tingene vokser over hovedet på én (38).

Når oplevelsen af stress får betydning for børn og unges mentale sundhed, er der tale om en langvarig form for stress (57). Dette må ikke forveksles med kortvarig stress, der er en normal reaktion og et almindeligt livsvilkår. Langvarig stress har derimod en negativ påvirkning på menneskets livskvalitet og kan medføre en lang række fysiske og psykiske tilstande, for eksempel hjertebanken, rastløshed, hovedpine, søvnbesvær, manglende koncentrationsevne, angst, depression og selvmordstanker (58-60). Desuden kan stress være medvirkende til usunde adfærdsmønstre som for eksempel dårlige kostvaner, inaktivitet, øget alkoholindtag og tobaksrygning (52, 61, 62). Undersøgelser viser, at børn og unge, der oplever stress, vurderer deres helbred dårligere end de, der ikke oplever stress (54, 62). Stress blandt børn og unge ses ligeledes relateret til sundhedsadfærd, da de, der føler sig stressede, oftere har et højt indtag af alkohol, sover mindre, er fysisk inaktive og ryger (38, 62, 63).

Psykiske og psykosomatiske symptomer

At være ked af det, irriteret eller nervøs en gang imellem er en naturlig del af ungdomslivet, men hvis symptomerne opleves flere gange i løbet af ugen, kan det være en betydelig belastning (52,

64). For børn og unge, som oplever psykiske symptomer, ses ofte en ophobning af flere forskellige symptomer (65, 66), og at have psykiske symptomer har ofte negative konsekvenser for deres sociale aktiviteter og for indlæringen (38, 64). Der ses derfor en sammenhæng mellem psykisk mistrivsel og indlæring samt skolefravær (67). Derudover er psykisk mistrivsel i barndommen og ungdommen forbundet med en øget risiko for blandt andet depression og mistrivsel som voksen (52, 68, 69).

I mange undersøgelser, som har set på selvrapporterede psykiske symptomer blandt børn og unge, er der en generel tendens til, at forekomsten er højere blandt piger end blandt drenge. For nogle symptomer (for eksempel at være irriteret/i dårligt humør) er tendensen, at forekomsten stiger i takt med stigende alder, mens det for andre symptomer (for eksempel at være ked af det) gælder, at forekomsten falder med stigende alder (38).

Hos børn og unge såvel som hos voksne kommer psykiske belastninger ofte ikke kun til udtryk som psykiske symptomer, men kan også komme til udtryk gennem fysiske eller psykosomatiske smerter (38).

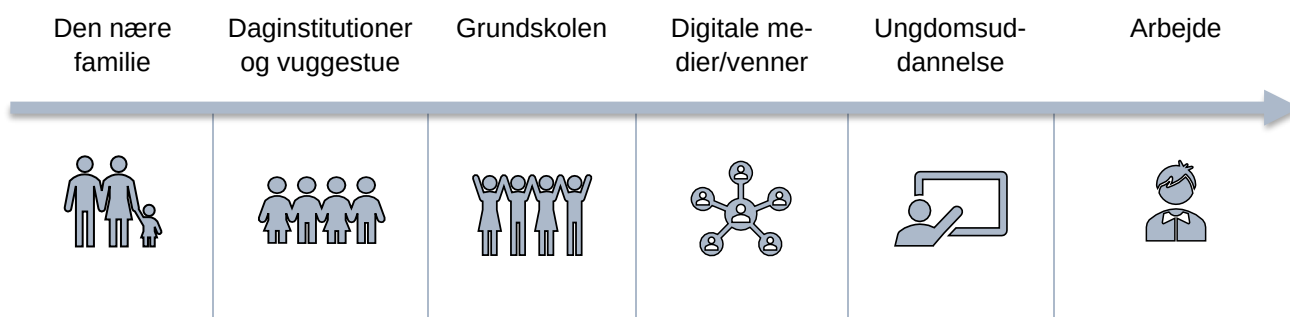
Sundhedsadfærd

Især ungdomsårene kan sundhedsadfærd som kostvaner, fysisk aktivitet, tobaksforbrug og rusmiddelforbrug udforme sig (11). De unge eksperimenterer og afprøver grænser. En u hensigtsmæssig sundhedsadfærd kan også have konsekvenser for unges mentale sundhed – et højt alkoholindtag svækker dømmekraften og kan medføre en øget risiko for ulykker og uheld, konflikter med venner og familie samt uønsket sex (52, 70). Ligeledes kan en usund kost, manglende måltider, dårlig søvn eller tømmermænd påvirke de unges skolegang ved svækket koncentrationsevne i undervisningen (50, 52).

3.2.2 Sociale og strukturelle faktorer

Beskyttende faktorer og risikofaktorer vil forandre sig gennem livet. Som del af den naturlige udvikling vil man gennem barndom og ungdom skifte og udvide sine arenaer og referencerammer. Det betyder, at risikofaktorer i barndommen ikke vil have samme betydning i voksenlivet, hvilket også gælder for mange beskyttende faktorer (11, 12). Figur 3.2.1 illustrerer de centrale fællesskaber og arenaer, som børn og unge indgår i, herunder den nære familie, daginstitutioner og vuggestue, grundskole, digitale medier og venner, ungdomsuddannelse og arbejde.

Figur 3.2.1 Eksempler på centrale arenaer



3.2.3 Den nære familie

Familien er den første sociale sammenhæng, som et barn indgår i. De seneste årtiers forskning viser desuden, at faktorer under graviditeten og tidligt i livet kan have indflydelse på barnets mentale sundhed senere i livet (71, 72). Udviklingen af barnet sker i tæt samspil med nære omsorgspersoner, fra de er nyfødt og i tidlig barndom. Her spiller kvaliteten af relationen og familiekulturen, herunder kvaliteten af kommunikationen i familien, en væsentlig rolle for, hvordan blandt andet barnets sundhedsadfærd formes (50, 73-75) og for dets forståelse for sig selv og andre mennesker samt dets kompetencer til at indgå i nye sociale relationer for eksempel ved skolestart (35, 76-78).

Hvis relationen mellem barn og forælder derimod er problematisk, påvirker det barnet negativt, hvilket kan medføre kognitive og følelsesmæssige problemer, som kan øge risikoen for angst, depression og adfærds- og relationsproblemer (35, 74, 76, 79, 80). Psykisk sygdom hos forældrene, manglende uddannelse, arbejdsløshed, misbrug og konfliktfyldte forhold kan ligeledes have stor betydning for et barns opvækst, og optræder flere af disse risikofaktorer i familien samtidigt, kan det over tid føre til en opvækst med stressfyldte oplevelser og omsorgssvigt (21, 26, 35, 81-83).

3.2.4 Daginstitutioner, vuggestue og grundskole

For den mindste målgruppe er især hjemmet og daginstitutionen (dagpleje, vuggestue og børnehave) de to mest centrale arenaer, hvorfor det er vigtigt at skabe positive miljøer for de mindre børn her. Undersøgelser af større børn viser, at de fleste mentale sundhedsproblemer har deres oprindelse tidligt i børnenes liv (21). Det er derfor vigtigt at sikre, at alle børn er en del af et positivt socialt fællesskab, der giver anledning til at udfolde sig og opleve mestring (11).

Når et barn starter i skole, opstår der mange nye forventninger til barnet både i forhold til indlæring, men også socialt og emotionelt. Et sundhedsfremmende skolemiljø giver eleverne mulighed for at deltage aktivt, udfolde sig, opleve mestring, og til at udvikle sociale kompetencer. Skolen udgør således en afgørende ramme for børn og unges sociale og psykiske udvikling og spiller en afgørende rolle for børn og unges mentale sundhed, herunder identitetsudvikling og sociale kompetencer (84). Det er derfor vigtigt, at skolemiljøet er inkluderende, anerkendende og tryghedsskabende, og at der sikres et positivt socialt fællesskab (11, 50). Hertil kan det nævnes, at gode sociale relationer og integration i et godt socialt netværk er afgørende og vigtige forudsætninger for at leve et godt børne- og ungdomsliv. Følelsen af at høre til blandt andre er fundamentalt for god mental sundhed, særligt gennem barndommen og ungdomsårene, hvor sociale relationer samt behov for sociale relationer forandres over tid, men vægtes meget højt (38, 68, 85, 86).

Skoletrivsel påvirkes af, hvorvidt det enkelte barn oplever støtte fra forældre, kammerater og lærere. Børn og unge, der får den rette støtte fra deres lærere, er mere tilbøjelige til at være tilfredse med deres skolearbejde, have kontakt med venner og familie samt engagere sig i sociale aktiviteter senere i livet end de elever, der ikke oplever denne støtte (14, 50). Børn, der har gode kammerater og føler sig anerkendt af jævnaldrende, har bedre sociale kompetencer og færre følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer (49). Modsat peger forskning på, at dårlig kontakt til venner og mobning kan medføre mistrivsel og dårlig mental sundhed, som kan manifestere sig i nervøsitet, ensomhed og hjælpeløshed (78, 87) samt spiseforstyrrelse og sociale problemer (35, 88). Mobning udgør en central risikofaktor for mistrivsel i grundskolen og er et velkendt folkesundhedsproblem (21, 38, 50). Konsekvenser af mobning i børne- og ungdomsårene kan fortsætte ind i voksenlivet i form af mentale og sociale problemer. Mobning kan derudover få negative konsekvenser for dem, der udøver mobning (50, 89).

Et skolemiljø kan således både være sundhedsfremmende, men kan ligeledes rumme belastninger, der kan have alvorlige konsekvenser for elevernes trivsel (90, 91). Forskning peger på, at

skolebørn, der ikke trives, klarer sig dårligere i skolen, har forhøjet risiko for stress, vrede, angst, depression og fravær (21, 67, 92-95). Blandt større skolebørn med lav skoletrivsel ses desuden en hyppigere forekomst af risikoadfærd i forbindelse med rygning, alkohol og sex (96). På sigt kan mistrivsel resultere i selvskadende og selvmordsrelateret adfærd, og dårlig trivsel kan følge barnet ind i voksenlivet, idet børn med mentale helbredsproblemer har øget risiko for at have dårlig mental sundhed i voksenlivet (35, 97-100).

3.2.5 Venner og digitale medier

I alderen 11-15 år begynder de unge at løsrive sig fra deres forældre, og relationer til venner og sociale relationer får en større betydning i disse år, hvor de unge udvikler deres egen identitet (50, 51). Gode sociale relationer betragtes som en beskyttende faktor, hvorimod ensomhed betragtes både som en risikofaktor og en indikator for dårlig mental sundhed. Der findes børn og unge, der ikke føler sig ensomme, selvom de er meget alene, og andre børn og unge, der oplever en høj grad af ensomhed, selvom de er omgivet af mennesker (38). Et væsentligt aspekt af ensomhed omhandler også kvaliteten af de relationer, man har, for eksempel ved, at man føler sig inkluderet i de fællesskaber, man indgår i, og at man kan betro sig til de mennesker, man omgås (54). Ensomhed kan derfor opstå, når ens sociale relationer ikke lever op til det behov, man har for social kontakt (50, 101).

Ud over arenaer som skole og hjem er brugen af sociale medier og digital kommunikation (Facebook, Instagram, Snapchat, TikTok eller lignende) en vigtig del af børns og unges hverdagsliv, da det er blevet en del af unges måde at kommunikere og være sammen med sine venner på (52, 102). Sociale medier er således også blevet en ny måde for unge at indgå i sociale relationer, om end disse sker online.

Selvom brugen af sociale medier er steget i alle aldersgrupper i en årrække, er brugen stadig hyppigst blandt de 16-24-årige (103). Der eksisterer kun beskeden viden om børns og unges brug af sociale medier, og hvad det betyder for deres udvikling, trivsel og sundhed. Nogle undersøgelser peger på, at brugen af sociale medier øger risikoen for dårlig mental sundhed, herunder lavt selvværd, ensomhed og depression (52, 104, 105), mens det samtidig anses som sandsynligt, at mange timer foran en skærm har uheldige konsekvenser for sundheden, fordi det er knyttet til mere stillesiddende tid, mindre fysisk aktivitet og for lidt søvn (50, 106). Mobning på internettet er også et emne, der er sparsomt undersøgt i forskningen, men der tegner sig et billede af, at skadevirkningerne er de samme som mobning i for eksempel skolen. Nogle studier finder dog ikke denne sammenhæng mellem brugen af sociale medier og mistrivsel (107, 108).

3.2.6 Ungdomsuddannelserne og arbejde

Ligesom et velfungerende skoleliv har en væsentlig betydning for børns mentale sundhed, udgør ungdomsuddannelserne også en central arena i unges liv og danner ramme for en stor del af unges dagligdag. Ungdomsuddannelser er ikke blot et fagligt læringsmiljø, men også et dannelses- og udviklingsmiljø, hvor de udvikler sociale, mentale og sundhedsrelaterede færdigheder (109). Høj skoletilfredshed blandt unge hænger sammen med bedre akademiske færdigheder (110), mindre frafald fra uddannelserne, færre mentale problemer (111-113) og øget trivsel (114). Herudover er der en positiv sammenhæng mellem gode relationer i skolen (klassekammerater og lærere) og mental sundhed samt færre psykiske og fysiske symptomer (93, 115).

I ungdomsårene sker der ligeledes mange forandringer – både fysiske, psykiske og sociale. I alderen efter grundskolen kan der ske væsentlige skift i unges sociale omgangskreds og tilknytning til forskellige arenaer. De unge skal træffe vigtige beslutninger om fremtiden i forhold til valg af uddannelse, og det er i ungdomsårene, at de fleste unge flytter hjemmefra. En stor del af de unge

fortsætter efter endt grundskole på en ungdomsuddannelse. Dog viser tal fra Børne- og Ungdomsministeriet, at mere end 45.000 unge i alderen 15-24 år i 2018 stod uden tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarked (116, 117). Hvilke valg de unge træffer, og hvor de unge befinder sig i livet i denne periode, kan have væsentlig betydning for deres mentale sundhed. Undersøgelser viser for eksempel, at ledighed kan have en markant negativ effekt på den unges trivsel og livskvalitet (118).

3.3 Forebyggende og sundhedsfremmende indsatser

Dette afsnit indeholder en redegørelse af resultaterne fra tidligere kortlægninger af indsatser på børne- og ungeområdet. I afsnittet gennemgås resultater og anbefalinger fra tre nyere rapporter fra henholdsvis Aarhus Universitet, VIVE og Vidensråd for Forebyggelse. Der lægges særligt vægt på den nyeste rapport fra Vidensråd for Forebyggelse, som udkom i november 2020 (3).

3.3.1 Hovedresultater fra rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse fra 2020

Vidensråd for Forebyggelse udgav i november 2020 rapporten *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år. Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder* (3). Formålet med rapporten er 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. Derudover har rapporten til formål at levere en oversigt over udvalgte vidensbaserede sundhedsfremmende og forebyggende indsatser (universelle, selektive og indikerende) 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 Danmark. Det er denne anden del, der fokuseres på i denne rapport. Rapporten af Vidensråd for Forebyggelse har endelig til formål at udarbejde en række råd til politikere og beslutningstagere på baggrund af den indsamlede viden. Disse anbefalinger skitseres nedenfor.

Blandt de universelle indsatser viser kortlægningen, at der er dokumentation for små, men alligevel betydningsfulde effekter, der styrker elevernes relationer, selvværd og handlekompeter, særligt i skoler og på videregående uddannelser. Her nævnes blandt andre indsatserne Zippys venner og Optur. Disse to indsatser er ligeledes fremhævet i interviewene i denne rapport. For mere information om disse indsatser, se afsnittet *Danske sundhedsfremmende og forebyggende indsatser*. Rapporten viser desuden, at der forelægger dokumentation for, at pædagogiske indsatser, der sigter på at reducere mobning og afbøde de negative konsekvenser af mobning, har en tydelig effekt. Her fremhæves antimobbeindsatsen Fri for Mobberi. Kortlægningen peger derudover på, at det ser ud til, at helskoleindsatser, der er mere krævende at indføre (da de involverer børn, unge, forældre og fagprofessionelle på skolerne), også er de mest effektive til fremme af mental sundhed. Her peges på indsatsen Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS). De få sundhedsøkonomiske evalueringer på området tyder på, at Fri for Mobberi og PALS er omkostningseffektive. Dokumentation for positiv effekt af universelle forebyggelsesindsatser af mentale sundhedsproblemer (såsom symptomer på angst og depression) i skoler og på videregående uddannelser er til gengæld usikre og blandede.

Blandt de selektive og indikerende forebyggende indsatser viser kortlægningen, at der mangler evidens for effekten af indsatser til børn og unge af forældre med psykisk sygdom, fordi der mangler forskning på området. Det fremgår til gengæld af rapporten, at der er nogen evidens for effekten af indsatser mod bekymrende skolefravær rettet mod børn og unge med skolevægring, men disse effektstørrelser er dog små. De nævner her indsatsen Back2School (B2S). For mere viden om denne indsats henvises til rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse. Kortlægningen viser yderligere, at der samlet set er god evidens for gavnlige effekter af en række forskellige pædagogiske

og psykologiske behandlingsprogrammer til børn og unge med mentale helbredsproblemer af mere almindelig karakter (for eksempel angst, depressive symptomer, tvangstanker/handlinger, urolig og forstyrrende adfærd, spiseforstyrrelser og selvskade). Her fremhæver de blandt andet De utrolige år (DUÅ), Parent Management Training – Oregon model (PMTO), Triple P, Kærlighed i Kaos (KiK), Cool Kids og LÆR AT TACKLE angst og depression for unge. Disse indsatser bliver yderligere beskrevet i denne rapportes afsnit *Danske sundhedsfremmende og forebyggende indsatser*. Kortlægningen peger samtidig på, at der er behov for øget tilgængelighed af effektive indsatser over for de mest almindelige psykiske sygdomme, såsom angst, depression, adfærdsforstyrrelser samt forstyret spisning og selvskade.

3.3.2 Hovedresultater fra rapporten fra VIVE fra 2018

I 2018 udarbejdede VIVE rapporten *Forebyggende indsatser til unge i psykisk mistrivsel – En vidensoversigt* rekvireret af Socialstyrelsen (19). Formålet med rapporten er at indkredse indsatser, der tilbydes unge i psykisk mistrivsel, samt at tilvejebringe viden om effekten af indsatser, som tilbydes målgruppen. Analysen i rapporten omfatter tre delelementer; 1) en forskningsbaseret gennemgang af karakteristika ved målgruppen; 2) en indkredsning og karakteristik af indsatser, der aktuelt tilbydes psykisk sårbare unge i Danmark; 3) en systematisk litteraturkortlægning, der tilvejebringer viden om effekten af indsatser, som tilbydes målgruppen. Der rapporteres nedenfor kun konklusioner vedrørende den systematiske litteraturkortlægning.

I litteraturkortlægningen er der udelukkende fokuseret på indsatser, som har vist en dokumenteret positiv effekt. Kortlægningen identificerer 17 studier, hvoraf otte udgør systematiske reviews og meta-reviews, mens ni studier er enkeltstudier af én eller flere indsatser. De 17 studier afdækker effekterne af indsatser, der primært har fokus på ét eller flere af følgende områder: mental sundhed, selvskadende adfærd, selvmordsforsøg/selv mordstanker, spiseforstyrrelser, depression, angst og søvnløshed. Samlet set peger de inkluderede studier på, at der findes forebyggende indsatser, der har vist positive effekter i forhold til forebyggelse af forskellige symptomer på psykisk mistrivsel blandt unge. Det er samtidig en væsentlig konklusion, at der på tværs af studierne peges på et behov for yderligere dokumentation af effekter af indsatsene, hvis der skal kunne drages mere entydige konklusioner (19).

3.3.3 Hovedresultater fra Aarhus rapporten fra 2016

Rapporten *Indsatser der fremmer mental sundhed blandt børn og unge – Et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser* blev udarbejdet i 2016 af Aarhus Universitet for Sundhedsstyrelsen (18). Det overordnede formål med rapporten er at gennemføre et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser, der har undersøgt effekten af indsatser til at understøtte mental sundhed hos børn og unge i skolealderen. Derudover identificerer rapporten fællestræk ved de indsatser med størst effekt på børn og unges mentale sundhed. Denne viden bidrager til, at danske kommuner og andre aktører kan udvikle indsatser for målgruppen på et kvalificeret vidensgrundlag. Nedenfor fokuseres udelukkende på litteraturstudiet.

Der er i den systematiske litteraturgennemgang identificeret 126 artikler, der samlet set evaluerer 93 indsatser rettet mod at fremme eller forebygge børn og unges mentale sundhed. Rapporten konkluderer, at der ikke er et kvalificeret grundlag for at fremhæve og vurdere specifikke indsatsers effekt. Det bliver dog pointeret, at indsatser udviklet i en amerikansk kontekst ikke umiddelbart kan overføres til en dansk kontekst grundet en anden kultur og tradition. Det bliver i rapporten fremhævet, at der på tværs af indsatserne eksisterer en række fællestræk, der syntes at have betydning for indsatsernes effekt. Disse fællestræk er præsenteret under fire overordnede temaer: 1) målgruppe, 2) indhold og opbygning, 3) implementering og 4) kontekst (18).

4 Udvikling i mental sundhed og udvalgte psykiske sygdomme i Region Syddanmark



Hovedpointer i kapitlet:

I dette kapitel belyses udviklingen i selvrapporteret dårlig mental sundhed blandt børn og unge belyst ud fra udvalgte eksisterende danske undersøgelser. Endvidere belyses udviklingen i prævalens (forekomst) og incidens (nye tilfælde) af sygdommene ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse samt mindst én af disse psykiske sygdomme blandt børn og unge i alderen 0-24 år i Region Syddanmark ud fra registerbaserede analyser.

Udvikling i selvrapporteret dårlig mental sundhed blandt børn og unge:

- Belyst ud fra eksisterende danske undersøgelser har forekomsten af selvrapporteret dårlig mental sundhed blandt børn og unge været stigende eller forholdsvis uændret over en årrække. Piger og unge kvinder oplever i højere grad dårlig mental sundhed end drenge og unge mænd.

Udvikling i udvalgte diagnosticerede psykiske sygdomme blandt børn og unge i alderen 0-24 år i Region Syddanmark:

Prævalens

Prævalensopgørelser kan benyttes til at vurdere omfanget af personer med behov for behandling. For prævalens er opgjort *antal personer* (belastning i psykiatrien) og *raten* (sygdommenes hyppighed).

- Prævalensen (både antal og rate) af ADHD og angst/depression er steget betydeligt fra 2009 til 2018. I samme periode ses der en mindre stigning i spiseforstyrrelse. De største procentvise stigninger finder generelt sted i perioden 2009-2013.

Incidens

Incidensopgørelser kan benyttes til at vurdere omfanget af nye tilfælde. For incidens er opgjort *antal personer* (belastning i psykiatrien) og *raten* (sygdommenes hyppighed).

- Incidensen (både antal og rate) af ADHD og spiseforstyrrelse er faldet lidt eller ligger på nogenlunde samme niveau i perioden 2009 til 2018. Der ses dog mindre udsving hen over perioden. I samme periode ses der en mindre stigning for angst/depression.

For både prævalens og incidens er raten af børn og unge med mindst én af de psykiske sygdomme lavere i Region Syddanmark end i hele landet.

Denne undersøgelse ser ikke på, hvornår de 0-24-årige børn og unge udgår af behandling (afgang). Man skal derfor være varsom med en tolkning af samspillet mellem incidens og prævalens.

I dette kapitel belyses udviklingen i selvrapporteret dårlig mental sundhed samt udviklingen i udvalgte diagnosticerede psykiske sygdomme blandt børn og unge i Region Syddanmark. Afsnit 4.1 beskriver udviklingen i forekomsten af selvrapporteret dårlig mental sundhed ud fra forskellige udvalgte danske spørgeskemaundersøgelser, der har belyst mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark og i hele landet over tid. Herefter følger afsnit 4.2, som beskriver udviklingen i prævalens (forekomst) og incidens (nye tilfælde) af de udvalgte psykiske sygdomme ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse hos børn og unge alderen 0-24 år i Region Syddanmark fra 2009 til 2018.

4.1 Udvikling i selvrapporteret mental sundhed

I dette afsnit præsenteres forekomsten og udviklingen i en række udvalgte selvrapporterede indikatorer for mental sundhed, som er baserede på forskellige danske spørgeskemaundersøgelser. Det er nødvendigt at understrege, at dette kun er et uddrag af de eksisterende undersøgelser og indikatorer. En del af disse mål for mental sundhed har ikke været inkluderet i danske befolkningsundersøgelser så langt tilbage i tid, og derfor er der stadig kun få gentagne målinger af mental sundhed over tid blandt børn og unge i Danmark (3), jævnfør nedenstående afsnit.

I rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse fra 2020 om mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år (3) finder man, at en del børn og unge scorer lavt på forskellige indikatorer for mental sundhed, og overordnet set synes udviklingen at være negativ med et stigende antal børn og unge med lav mental sundhed, hvilket bekræftes af nedenstående opgørelser.

4.1.1 Den Nationale Sundhedsprofil

I spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 er dårligt mentalt helbred blandt unge opgjort med udgangspunkt i besvarelser af spørgsmålsbatteriet SF-12 (5, 6) (7). SF-12 består af tolv spørgsmål, der handler om, hvorvidt svarpersonen inden for de seneste fire uger har oplevet begrænsninger i en række dagligdagsaktiviteter (119). Ud fra deltagerens besvarelser på alle tolv spørgsmål beregnes en samlet score for henholdsvis en fysisk og en mental helbredskomponent. Personer med dårligt mentalt helbred defineres ud fra en standardafgrænsning³ på den mentale helbredskomponent. Der er i alle tre undersøgelsesår anvendt samme standardafgrænsning.

³ Personer med dårligt mentalt helbred er defineret som personer med en samlet score på 35,76 eller derunder på den mentale helbredskomponent. Denne grænse blev fastlagt i Den Nationale Sundhedsprofil 2010, hvor der blev afgrænset til de 10 % med den

Tabel 4.1.1. Andel med dårligt mentalt helbred blandt unge 16-24-årige i Region Syddanmark og i hele Danmark. Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017. Procent.

	Region Syddanmark			Danmark		
	2010	2013	2017	2010	2013	2017
	%	%	%	%	%	%
Mænd	8,2	7,8	11,2	8,3	8,2	12,9
Kvinder	16,0	18,3	23,1	15,8	17,5	23,8

Kilder: Hvordan har du det? Trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2017 (4); Den Nationale Sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det? (5); Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013 (6); Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017 (7).

Det fremgår af tabel 4.1.1, at andelen af både unge mænd og kvinder med dårligt mentalt helbred i Region Syddanmark samlet set er steget fra 2010 til 2017, om end der ses et lille fald i andelen blandt unge mænd fra 2010 til 2013. Samtidig ses det, at andelen af unge kvinder med dårligt mentalt helbred er omtrent dobbelt så stor som andelen af unge mænd med dårligt mentalt helbred i alle tre undersøgelsesår. Eksempelvis har 11,2 % af de unge mænd mod 23,1 % af de unge kvinder, der deltog i 2017, et dårligt mentalt helbred. Der ses ingen væsentlige forskelle mellem Region Syddanmark og hele landet i fordelingen af unge mænd og kvinder med dårlig mentalt helbred i de enkelte år.

4.1.2 Ungdomsprofilen 2014 og UNG19

Udviklingen i gymnasieelevers sundhed og trivsel fra 2014 til 2019 er belyst i en nyligt publiceret rapport, der bygger på data fra henholdsvis *Ungdomsprofilen 2014* og *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019*, som begge er nationale spørgeskemaundersøgelser forankret på Statens Institut for Folkesundhed, SDU (8). Ungdomsprofilen 2014 er en national repræsentativ undersøgelse af sundhed og trivsel blandt unge på ungdomsuddannelser i Danmark. *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019* er beskrevet i detaljer i bilag 1.

I rapporten om udviklingen i gymnasieelevers sundhed og trivsel fra 2014 til 2019 inkluderes kun STX-elever, da HTX- og HHX-elever ikke indgår i Ungdomsprofilen 2014, og HF- og EUD-elever er ekskluderet, da disse to elevgrupper ikke er sammenlignelige mellem de to undersøgelser som følge af forskelle i dataindsamlingsmetoder (8). Slutteligt er data kalibreret på alder, region, herkomst og forældres højeste fuldførte uddannelse med det formål at gøre tallene fra de to undersøgelser sammenlignelige (8).

Nedenfor beskrives andelen med dårlig mental sundhed målt ved hjælp af den korte version af the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS)⁴ blandt STX-elever i alderen 15-24 år, der har deltaget i *Ungdomsprofilen 2014* og *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019* i henholdsvis Region Syddanmark og i hele landet, og som havde oplysninger om alder, køn og herkomst.

laveste score på den mentale helbredskomponent, hvilket svarede til en samlet score på 35,76 eller derunder. Der anvendes samme grænse for både mænd og kvinder.

⁴ En nærmere beskrivelse af SWEMWBS er at finde i metodeafsnittet bilag 1, herunder afgrænsningen af personer med dårlig mental sundhed.

Tabel 4.1.2. Andel med dårlig mental sundhed¹ blandt unge 15-24-årige gymnasieelever i Region Syddanmark og i hele Danmark. Ungdomsprofilen 2014² og UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019². Procent.

	Region Syddanmark		Danmark	
	Ungdomsprofilen 2014	UNG19	Ungdomsprofilen 2014	UNG19
	%	%	%	%
Mænd	12,9	12,9	13,3	12,6
Kvinder	24,1	22,6	24,7	22,4

¹Mental sundhed er målt ved den korte version af the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS)

²Kun elever fra STX-uddannelsen.

Kilde: Sundhed og trivsel blandt gymnasieelever. Udviklingen fra 2014-2019 (8).

Det fremgår af tabel 4.1.2, at blandt unge mænd fra STX-uddannelsen i Region Syddanmark har andelen med dårlig mental sundhed ikke ændret sig fra 2014 til 2019 (12,9 % i begge år). For de unge kvinders vedkommende ses et lille fald i andelen med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark fra 24,1 % i 2014 til 22,6 % i 2019.

Udviklingen i forekomsten af gymnasieelever med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark fra 2014 til 2019 er helt tilsvarende den udvikling, der ses på landsplan i de to undersøgelser (tabel 4.1.2).

4.1.3 Skolebørnsundersøgelsen 2014 og 2018

I en nyligt publiceret rapport om mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år fra Vidensråd for Forebyggelse præsenteres opgørelser om mental sundhed målt med blandt andet SWEMWBS fra Skolebørnsundersøgelsen 2014 og 2018 (3).

Skolebørnsundersøgelsen er en repræsentativ spørgeskemaundersøgelse blandt skolebørn i alderen 11, 13, og 15 år, som omhandler skolebørnenes sundhed, trivsel og sundhedsadfærd (50). I Skolebørnsundersøgelsen 2014 og 2018 har man tilpasset SWEMWBS, således at den er anvendelig til børn fra 13 år og opefter (HBSC-DK SWEMWBS), og svarkategorierne er ændret i forhold til den oprindelige korte 7-itmes-version, således at der ikke spørges til de seneste 14 dage, men har følgende fem svarkategorier: "Altid", "For det meste", "Nogle gange", "Sjældent" og "Aldrig".

Tabel 4.1.3 indeholder de rapporterede opgørelser fra Skolebørnsundersøgelsen, der indgår i rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse (3). Tabellen viser andelen af skolebørn med lav score på HBSC-DK SWEMWBS (3). En lav score indikerer dårlig mental sundhed.

Tabel 4.1.3. Andel med lav HBSC-DK SWEMWBS score blandt 13- og 15-årige i hele Danmark. Skolebørnsundersøgelsen 2014 og 2018. Procent.

	2014		2018	
	13-årige	15-årige	13-årige	15-årige
	%	%	%	%
Drenge	10,5	10,2	11,3	10,1
Piger	17,1	17,0	20,2	21,4

Kilde: Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år. Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder (3).

Af tabel 4.1.3 fremgår det, at blandt de 13- og 15-årige drenge er andelen med dårlig mental sundhed på 10-11 %, og der ses ingen væsentlig forskel mellem 2014 og 2018. Blandt de 13- og 15-årige piger er andelen med dårlig mental sundhed 17 % i 2014. Denne andel stiger til 20,2 % i

2018 for de 13-årige piger og 21,4 % for de 15-årige piger. Det er her tale om besvarelser fra hele landet, ikke kun fra Region Syddanmark.

Det konkluderes i rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse, at der på nuværende tidspunkt kun er få danske befolkningsundersøgelser blandt børn og unge, der har gentagne målinger af positive aspekter af mental sundhed (herunder SWEMWBS), hvorfor det ikke er muligt at drage overordnede konklusioner om udviklingen i disse mål over tid (3).

4.2 Udvikling i udvalgte psykiske sygdomme

I dette afsnit beskrives udviklingen i og forekomsten af de psykiske sygdomme ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse blandt børn og unge i alderen 0-24 år i Region Syddanmark fra 2009 til 2018. Opgørelserne er baseret på data fra Landspatientregisteret og Lægemediddatabasen. De inkluderede børn og unge er identificeret ud fra diagnoser ved kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen, og der er også inkluderet børn og unge, som modtager medicin mod ADHD.

Opgørelserne er lavet med udgangspunkt i tilgangen anvendt i rapporten *Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser*, der er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatasstyrelsen i 2017 (120). Opgørelserne i afsnit 4.2 anvender samme definitioner for de inkluderede sygdomme som i rapporten af Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatasstyrelsen fra 2017 (120) med undtagelse af, at der til nedenstående opgørelser er blevet tilføjet et præparat til behandling af ADHD. Endvidere anvendes en anden aldersfordeling i nedenstående opgørelser. Se Bilag 1 for en nærmere beskrivelse af de anvendte datakilder samt definitionerne af de inkluderede psykiske sygdomme.

4.2.1 Prævalens for ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse i Region Syddanmark

Nedenfor beskrives udviklingen i prævalensen for de udvalgte psykiske sygdomme ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse hos børn og unge i Region Syddanmark og hele Danmark fra 2009 til 2018. Prævalens angiver antallet af eksisterende sygdomstilfælde i en befolkning på et givent tidspunkt. Prævalensen kan benyttes til at vurdere omfanget af personer med behov for behandling inden for de udvalgte psykiske sygdomme ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse. I denne undersøgelse opgøres prævalensen dels ved et antal og dels ved en prævalensrate.

Prævalens:

Antal: Det samlede antal personer i aldersgruppen 0-24 år, som per 1. januar i opgørelsesåret er blevet registreret med den pågældende psykiske sygdom inden for de foregående 5 år (prævalente personer).

Prævalensrate: Antal prævalente personer per 10.000 børn og unge. For eksempel for Region Syddanmark i 2018 er prævalensraten:

$$\text{Prævalensrate} = \frac{10.000 \times (\text{antal prævalente personer i 2018 alder 0 til 24 år i Region Syddanmark})}{(\text{antal indbyggere i 2018 alder 0 til 24 år i Region Syddanmark})}$$

For at kunne sammenligne tal over tid og mellem Region Syddanmark og hele Danmark anvendes rater. For at sikre, at eventuelle aldersforskelle ikke påvirker resultaterne, er der foretaget en aldersstandardisering af raterne.

Tabel 4.2.1.1 Prævalens af ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse blandt børn og unge i Region Syddanmark og hele Danmark. 2009-2018. Antal¹ og prævalensrate²

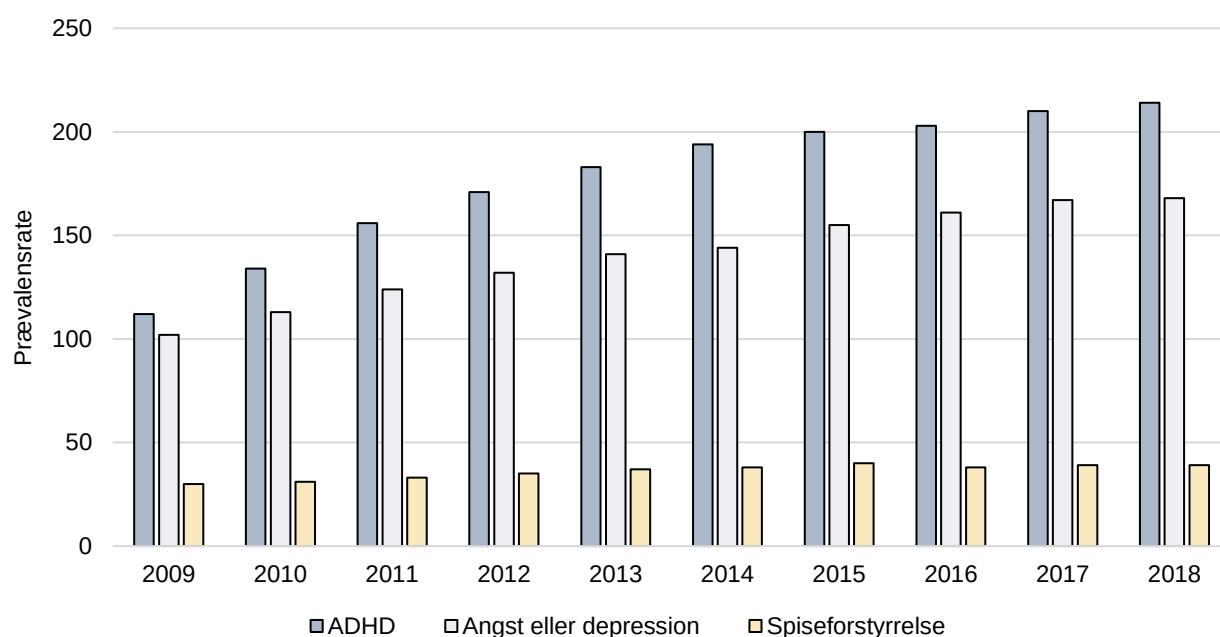
	År									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ADHD										
Antal	4.069	4.857	5.605	6.133	6.537	6.887	7.120	7.254	7.485	7.547
Prævalensrate i Region Syddanmark	112	134	156	171	183	194	200	203	210	214
Prævalensrate i Danmark	139	172	199	222	239	254	266	274	283	292
Angst/depression										
Antal	3.341	3.751	4.204	4.534	4.910	5.063	5.490	5.731	5.946	5.942
Prævalensrate i Region Syddanmark	102	113	124	132	141	144	155	161	167	168
Prævalensrate i Danmark	94	101	109	117	126	134	146	152	160	164
Spiseforstyrrelse										
Antal	1.022	1.049	1.128	1.218	1.306	1.348	1.407	1.366	1.373	1.370
Prævalensrate i Region Syddanmark	30	31	33	35	37	38	40	38	39	39
Prævalensrate i Danmark	28	29	31	33	36	38	41	41	42	43
Mindst én af sygdommene³										
Antal	7.980	9.131	10.281	11.159	11.899	12.403	13.077	13.394	13.795	13.887
Prævalensrate i Region Syddanmark	231	262	293	317	337	351	368	376	388	393
Prævalensrate i Danmark	244	282	315	344	368	391	414	427	443	455

¹ Det samlede antal personer i aldersgruppen 0-24 år, som per 1. januar i opgørelsesåret er blevet diagnosticeret med den pågældende psykiske sygdom inden for de foregående 5 år; ² Antal prævalente personer per 10.000 børn og unge.

³Det skal bemærkes, at en person kan forekomme i mere end én af de enkelte sygdomskategorier. Derfor er summen af antallet af sygdomstilfælde i disse sygdomskategorier i et givent år ikke lig med antallet i den samlede gruppe med mindst én af sygdommene. Hvis en person er diagnosticeret med mere end én af disse psykiske sygdomme, tælles den person kun med én gang i opgørelsen i gruppen med mindst én af sygdommene.

Kilde: Landspatientregisteret og Lægemiddeldatabasen.

Figur 4.2.1.1 Prævalensrate¹ af ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse blandt børn og unge i Region Syddanmark. 2009-2018.



¹ Antal prævalente personer per 10.000 børn og unge.
Kilde: Landspatientregisteret og Lægemedeldatabasen.

Af tabel 4.2.1.1 og figur 4.2.1.1 fremgår det, at prævalensen (både antal og rate) for ADHD og angst/depression blandt børn og unge i Region Syddanmark er steget betydeligt fra 2009 til 2018. I samme periode ses der en lidt mindre stigning for spiseforstyrrelse. Den samme tendens gør sig gældende for raten for ADHD og angst/depression blandt børn og unge i hele Danmark.

For børn og unge stiger antal prævalente personer med ADHD fra 4.069 i 2009 til 7.547 i 2018 i Region Syddanmark, hvilket svarer til en stigning på 85 %. Den procentvise stigning er størst i perioden 2009-2013, og den årlige stigning aftager gradvist gennem hele perioden (tabel 4.2.1.1). Tilsvarende tendens gør sig gældende for raten for ADHD i perioden fra 2009 til 2018. I 2009 var raten for ADHD på 112 per 10.000 børn og unge i Region Syddanmark mod 214 i 2018, hvilket svarer til en stigning på 91 % (tabel 4.2.1.1). Prævalensraten for ADHD er igennem hele perioden lavere i Region Syddanmark end i hele landet. Således er ADHD mindre hyppig i Region Syddanmark end i hele landet.

For børn og unge i Region Syddanmark stiger antallet med angst/depression fra 3.341 i 2009 til 5.942 i 2018. Det svarer til en stigning på 78 %, og ligeledes ses her den største stigning i den første del af perioden (tabel 4.2.1.1). Samme tendens gør sig gældende for prævalensraten for angst/depression i perioden 2009 til 2018. I 2009 var prævalensraten for angst/depression på 102 per 10.000 børn og unge i Region Syddanmark mod 168 i 2018, hvilket svarer til en stigning på 65 % (tabel 4.2.1.1). Prævalensraterne for angst/depression i Region Syddanmark adskiller sig ikke væsentligt fra de tilsvarende prævalensrater i hele landet.

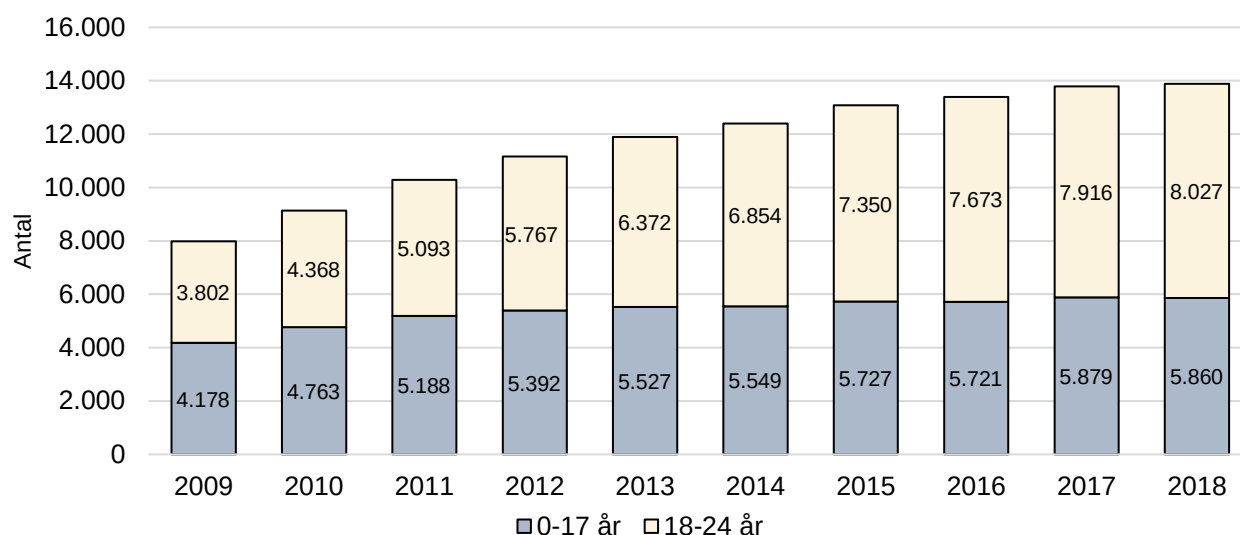
For spiseforstyrrelse stiger antallet i perioden 2009 til 2018 fra 1.022 til 1.370 diagnosticerede børn og unge i Region Syddanmark, hvilket svarer til en stigning på 34 %. I perioden 2016-2018 har antallet med spiseforstyrrelse ligget forholdsvis stabilt på omkring 1.370 (tabel 4.2.1.1). Prævalensraten for spiseforstyrrelse udviser ligeledes en mindre stigning i perioden fra 2009 til 2018 (figur

4.2.1.1). Prævalensraterne for spiseforstyrrelse i Region Syddanmark adskiller sig ikke væsentligt fra de tilsvarende prævalensrater i hele landet.

I tabel 4.2.1.1 og figur 4.2.1.2 fremgår prævalensen (antal og rate) for børn og unge, der har mindst én af de pågældende psykiske sygdomme (ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse) i Region Syddanmark. For børn og unge stiger antallet med mindst én af de psykiske sygdomme fra 7.980 i 2009 til 13.887 i 2018 i Region Syddanmark, hvilket svarer til en stigning på 74 %. Samme tendens gør sig gældende for raten, der stiger fra 231 i 2009 til 393 i 2018. Prævalensraten for mindst én af de psykiske sygdomme er igennem hele perioden lavere i Region Syddanmark end den tilsvarende rate i hele landet (tabel 4.2.1.1).

I figur 4.2.1.2 ses fordelingen af antal opdelt på 0-17-årige og 18-24-årige over tid. Det er vigtigt at notere sig, at der i figuren ikke er taget højde for alderssammensætningen over tid.

Figur 4.2.1.2 Antal prævalente personer med mindst én af de psykiske sygdomme ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse¹ blandt børn og unge opdelt på 0-17-årige og 18-24-årige i Region Syddanmark. 2009-2018. Antal².



¹Det skal bemærkes, at en person kan forekomme i mere end én af de enkelte sygdomskategorier. Derfor er summen af antallet af sygdomstilfælde i disse sygdomskategorier i et givent år ikke lig med antallet i den samlede gruppe med mindst én af sygdommene. Hvis en person er diagnosticeret med mere end én af disse psykiske sygdomme, tælles den person kun med én gang i opgørelsen i gruppen med mindst én af sygdommene.

²Det samlede antal personer i aldersgruppen 0-24 år, som per 1. januar i opgørelsesåret er blevet diagnosticeret med den pågældende psykiske sygdom inden for de foregående 5 år.

Kilde: Landpatientregisteret og Lægemedeldatabasen.

Af figur 4.2.1.2 fremgår det, at den største stigning i perioden ses for aldersgruppen 18-24 år. I denne aldersgruppe er der sket en fordobling i antallet af unge med mindst én af de pågældende psykiske sygdomme fra 3.802 i 2009 til 8.027 i 2018. For aldersgruppen 0-17 år ses en stigning fra 4.178 diagnosticerede børn og unge i 2009 til 5.860 i 2018, hvilket svarer til en stigning på 40 %.

Nedenfor beskrives prævalensen af de udvalgte psykiske sygdomme i 2018 fordelt på køn og alder.

Tabel 4.2.1.2 Prævalens af ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse blandt børn og unge opdelt på køn i Region Syddanmark. 2018. Antal¹ og procent.

	2018			
	Antal ¹		Procent	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
ADHD	5.292	2.255	70,1	29,9
Angst/depression	2.076	3.866	34,9	65,1
Spiseforstyrrelse	100	1.270	7,3	92,7
Samlet antal med mindst én af sygdommene ²	7.144	6.743	51,4	48,6

¹Det samlede antal personer i aldersgruppen 0-24 år, som per 1. januar i opgørelsesåret er blevet diagnosticeret med den pågældende psykiske sygdom inden for de foregående 5 år.

²Det skal bemærkes, at en person kan forekomme i mere end én af de enkelte sygdomskategorier. Derfor er summen af antallet af sygdomstilfælde i disse sygdomskategorier i et givent år ikke lig med antallet i den samlede gruppe med mindst én af sygdommene. Hvis en person er diagnosticeret med mere end én af disse psykiske sygdomme, tælles den person kun med én gang i opgørelsen i gruppen med mindst én af sygdommene.

Kilde: Landpatientregisteret og Lægemiddeldatabasen.

Tabel 4.2.1.2 viser antal prævalente personer for de udvalgte psykiske sygdomme opdelt på køn blandt børn og unge i Region Syddanmark i 2018. Af tabellen fremgår det, at der er en større andel af mænd, der er diagnosticeret med ADHD end kvinder, mens det forholder sig omvendt for andelen, der er diagnosticeret med henholdsvis angst/depression og spiseforstyrrelse. Mændene udgør 70,1 % af børn og unge diagnosticeret med ADHD. Kvinderne udgør 65,1 % af børn og unge diagnosticeret med angst/depression og 92,7 % af børn og unge diagnosticeret med spiseforstyrrelse. I gruppen af børn og unge diagnosticeret med mindst én af de tre sygdomskategorier ses en næsten ligelig kønsfordeling.

Tabel 4.2.1.3 Prævalens af ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse blandt børn og unge opdelt på alder blandt børn og unge opdelt på 0-17-årige og 18-24-årige i Region Syddanmark. 2018.

Antal¹ og procent.

	2018			
	Antal ¹		Procent	
	0-17 år	18-24 år	0-17 år	18-24 år
ADHD	4.112	3.435	54,5	45,5
Angst/depression	1.486	4.456	25,0	75,0
Spiseforstyrrelse	494	876	36,1	63,9
Samlet antal med mindst én af sygdommene ²	5.860	8.027	42,2	57,8

¹Det samlede antal personer i aldersgruppen 0-24 år, som per 1. januar i opgørelsesåret er blevet diagnosticeret med den pågældende psykiske sygdom inden for de foregående 5 år; ²Det skal bemærkes, at en person kan forekomme i mere end én af de enkelte sygdomskategorier. Derfor er summen af antallet af sygdomstilfælde i disse sygdomskategorier i et givent år ikke lig med antallet i den samlede gruppe med mindst én af sygdommene. Hvis en person er diagnosticeret med mere end én af disse psykiske sygdomme, tælles den person kun med én gang i opgørelsen i gruppen med mindst én af sygdommene.

Kilde: Landpatientregisteret og Lægemiddeldatabasen.

Tabel 4.2.1.3 viser prævalensen af de udvalgte psykiske sygdomme opdelt på alder (0-17 år og 18-24 år) i 2018 i Region Syddanmark. Af tabel 4.2.1.3 fremgår det, at der er en lidt større andel diagnosticeret med ADHD blandt de 0-17-årige (54,5 %) end blandt de 18-24-årige (45,5 %). Omvendt ses en større andel diagnosticeret med henholdsvis angst/depression og spiseforstyrrelse blandt de 18-24-årige end blandt de 0-17-årige. For den samlede gruppe diagnosticeret med mindst én af sygdommene ses ligeledes en større andel blandt de 18-24-årige end blandt de 0-17-årige.

4.2.2 Incidens for ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse i Region Syddanmark

Nedenfor beskrives udviklingen i incidensen for de udvalgte psykiske sygdomme ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse hos børn og unge i Region Syddanmark og hele Danmark fra 2009 til 2018. Incidens angiver antallet af nye sygdomstilfælde i en befolkning inden for en given periode. I denne opgørelse opgøres incidensen dels ved et antal og dels ved en incidensrate.

Incidens:

Antal nye tilfælde: Det samlede antal nye tilfælde i aldersgruppen 0-24 år, der i løbet af det givne år er blevet diagnosticeret med den pågældende psykiske sygdom. Det betyder, at personer, som i en forudgående periode allerede var diagnosticeret med pågældende sygdom, ikke indgår.

Incidensrate: Antal nye tilfælde per 10.000 børn og unge. Det beregnes for hele populationen blandt personer, der ikke har sygdommen. For eksempel for Region Syddanmark i 2018 er incidensraten:

$$\text{Incidensrate} = \frac{10.000 \times (\text{antal nye tilfælde i 2018 alder 0 til 24 år i Region Syddanmark})}{(\text{antal indbyggere i 2018 alder 0 til 24 år i Region Syddanmark})}$$

For at kunne sammenligne tal over tid og mellem Region Syddanmark og hele Danmark anvendes rater. For at sikre, at eventuelle aldersforskelle ikke påvirker resultaterne, er der foretaget en aldersstandardisering af raterne.

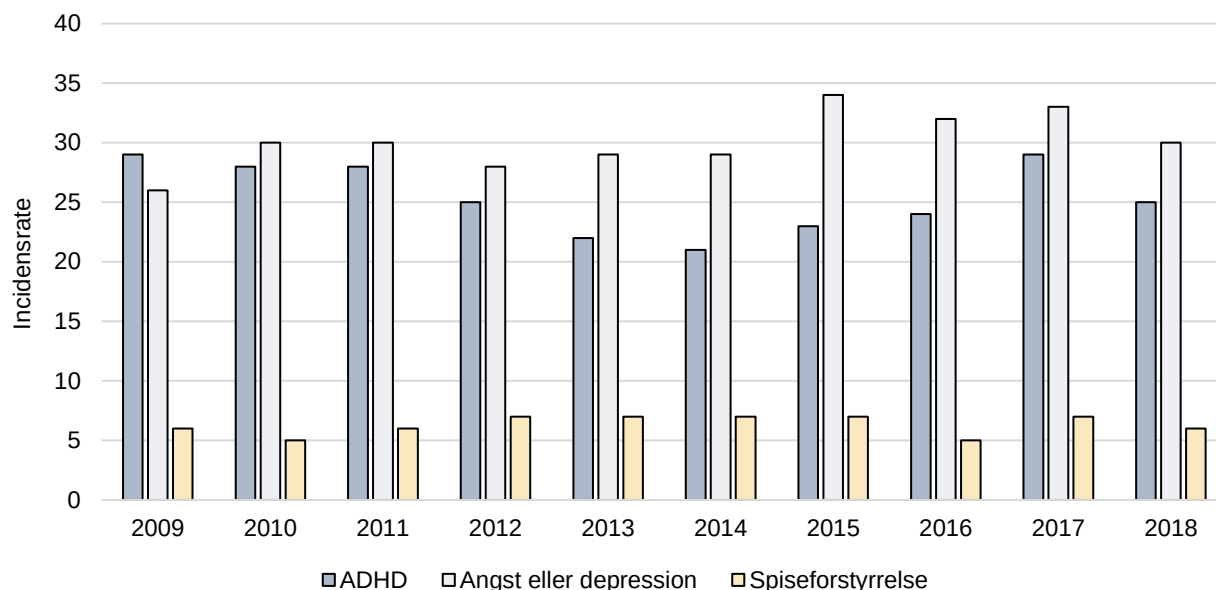
Tabel 4.2.2.1 Incidens af ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse blandt børn og unge 0-24 år i Region Syddanmark og hele Danmark i 2009-2018. Antal¹ og incidensrate²

	År									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ADHD										
Antal nye tilfælde	1.053	999	990	885	793	761	810	856	1.015	894
Incidensrate i Region Syddanmark	29	28	28	25	22	21	23	24	29	25
Incidensrate i Danmark	37	39	36	33	30	32	33	34	37	38
Angst/depression										
Antal nye tilfælde	881	1.019	1.022	988	1.002	1.019	1.212	1.136	1.172	1.055
Incidensrate i Region Syddanmark	26	30	30	28	29	29	34	32	33	30
Incidensrate i Danmark	23	24	25	27	29	31	34	31	32	31
Spiseforstyrrelse										
Antal nye tilfælde	215	187	221	263	262	248	255	190	259	215
Incidensrate i Region Syddanmark	6	5	6	7	7	7	7	5	7	6
Incidensrate i Danmark	5	5	6	7	8	8	8	6	7	6
Mindst én af sygdommene³										
Antal nye tilfælde	2.017	2.044	2.034	1.945	1.824	1.843	2.075	1.986	2.200	1.997
Incidensrate i Region Syddanmark	57	58	58	55	51	52	58	56	62	57
Incidensrate i Danmark	60	62	60	60	58	62	66	63	67	67

¹ Det samlede antal nye tilfælde i aldersgruppen 0-24 år, der i løbet af det givne år er blevet registreret med den pågældende psykiske sygdom. Det betyder, at personer, som i en forudgående periode allerede var registreret med pågældende sygdom, ikke indgår. ² Antal nye tilfælde per 10.000 børn og unge; ³ Det skal bemærkes, at en person kan forekomme i mere end én af de enkelte sygdomskategorier. Derfor er summen af antallet af sygdomstilfælde i disse sygdomskategorier i et givent år ikke lig med antallet i den samlede gruppe med mindst én af sygdommene. Hvis en person er diagnosticeret med mere end én af disse psykiske sygdomme, tælles den person kun med én gang i opgørelsen i gruppen med mindst én af sygdommene.

Kilde: Landspatientregisteret og Lægemedeldatabasen.

Figur 4.2.2.1. Incidensrate af ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse blandt børn og unge i Region Syddanmark. 2009-2018. Incidensrate¹.



¹ Antal nye tilfælde per 10.000 børn og unge.

Kilde: Landspatientregisteret og Lægemiddeldatabasen.

Af tabel 4.2.2.1 og figur 4.2.2.1 fremgår det, at incidensen (både antal og rate) for ADHD blandt børn og unge i Region Syddanmark overordnet set er faldet en smule i perioden 2009 til 2018, mens udviklingen i samme periode for spiseforstyrrelse har været forholdsvis konstant blandt børn og unge i Region Syddanmark. I samme periode ses en mindre stigning i angst/depression. Generelt gør de samme tendenser sig gældende for raten for ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse blandt børn og unge i hele Danmark.

For børn og unge falder antal nye tilfælde af ADHD fra 1.053 i 2009 til 894 i 2018 i Region Syddanmark, hvilket svarer til et fald på 15 %. Der ses dog mindre udsving i incidensen hen over perioden. Tilsvarende tendens gør sig gældende for raten for ADHD i perioden fra 2009 til 2018.

I 2009 var raten for ADHD på 29 per 10.000 børn og unge i Region Syddanmark mod 25 i 2018, hvilket svarer til et fald på 14 % (tabel 4.2.2.1 og figur 4.2.2.1). Incidensraten for ADHD er igennem hele perioden lavere i Region Syddanmark end raten for ADHD i hele landet.

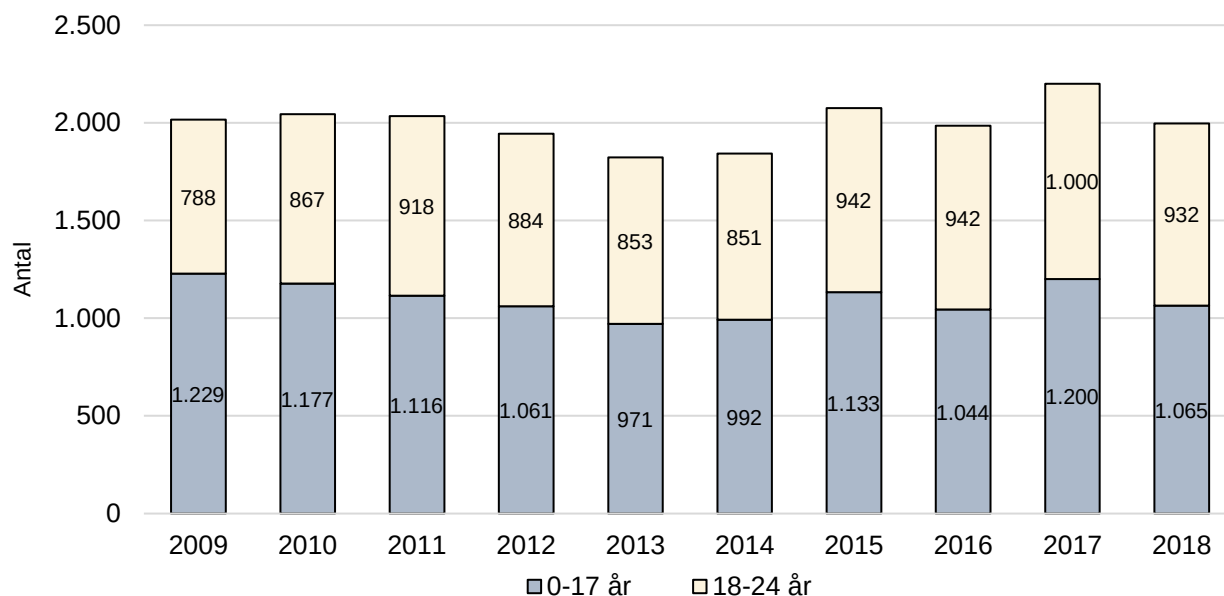
For børn og unge i Region Syddanmark stiger antallet med angst/depression fra 881 i 2009 til 1.055 i 2018. Det svarer til en stigning på 20 %, og her ses ligeledes udsving i incidensen hen over perioden (tabel 4.2.2.1). I 2009 var incidensraten for angst/depression på 26 per 10.000 børn og unge i Region Syddanmark mod 30 i 2018, hvilket svarer til en stigning på 15 % (tabel 4.2.2.1 og figur 4.2.2.1). Incidensraterne for angst/depression i Region Syddanmark adskiller sig ikke væsentligt fra de tilsvarende incidensrater i hele landet.

For spiseforstyrrelse ligger antallet nogenlunde stabilt i perioden 2009 til 2018 (215 nye tilfælde begge år). Samme tendens gør sig gældende for incidensraten for spiseforstyrrelse i perioden fra 2009 til 2018. Incidensraten for spiseforstyrrelse i Region Syddanmark adskiller sig ikke væsentligt fra de tilsvarende incidensrater i hele landet (jf. tabel 4.2.2.1).

I tabel 4.2.2.1 og figur 4.2.2.2 fremgår incidensen (antal og rate) for børn og unge, der har mindst én af de pågældende psykiske sygdomme (ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse) i Region Syddanmark. Incidensen for mindst én af de psykiske sygdomme ligger forholdsvis stabilt på

omkring 2.000 nye tilfælde i perioden 2009 til 2018. Samme tendens gør sig gældende for incidensraten. Incidensraten for mindst én af de psykiske sygdomme er igennem hele perioden lavere i Region Syddanmark end den tilsvarende rate for hele landet (tabel 4.2.2.1).

Figur 4.2.2.2 Antal nye tilfælde med mindst én af de psykiske sygdomme ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse¹ blandt børn og unge opdelt på 0-17-årige og 18-24-årige i Region Syddanmark. 2009-2018. Antal²



¹Det skal bemærkes, at en person kan forekomme i mere end én af de enkelte sygdomskategorier. Derfor er summen af antallet af sygdomstilfælde i disse sygdomskategorier i et givent år ikke lig med antallet i den samlede gruppe med mindst én af sygdommene. Hvis en person er diagnosticeret med mere end én af disse psykiske sygdomme, tælles den person kun med én gang i opgørelsen i gruppen med mindst én af sygdommen.²Det samlede antal nye tilfælde i aldersgruppen 0-24 år, der i løbet af det givne år er blevet diagnosticeret med den pågældende psykiske sygdom. Det betyder, at personer, som i en forudgående periode allerede var registreret med pågældende sygdom, ikke indgår.

Kilde: Landpatientregisteret og Lægemiddeldatabasen.

I figur 4.2.2.2 ses fordelingen af antal nye tilfælde opdelt på 0-17-årige og 18-24-årige over tid. Det er vigtigt at notere sig, at der i figuren ikke er taget højde for alderssammensætning over tid. For aldersgruppen 0-17 år ses en stigning fra 788 nye tilfælde blandt børn og unge i 2009 til 932 nye tilfælde blandt børn og unge i 2018, hvilket svarer til en stigning på 13 %, mens der ses et mindre fald i antal nye tilfælde for aldersgruppen 18-24-årige i perioden 2009 til 2018.

Tabel 4.2.2.2 Incidens af ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse opdelt på køn blandt børn og unge 0-24 år i Region Syddanmark. 2018. Antal¹ og procent.

	2018			
	Antal ¹		Procent	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
ADHD	588	306	65,8	34,2
Angst/depression	410	645	38,9	61,1
Spiseforstyrrelse	13	202	6,1	94,0
Samlet antal med mindst én af sygdommene ²	945	1.052	47,3	52,7

¹Det samlede antal nye tilfælde i aldersgruppen 0-24 år, der i løbet af det givne år er blevet registreret med den pågældende psykiske sygdom. Det betyder, at personer, som i en forudgående periode allerede var registreret med pågældende sygdom, ikke indgår.

²Det skal bemærkes, at en person kan forekomme i mere end én af de enkelte sygdomskategorier. Derfor er summen af antallet af sygdomstilfælde i disse sygdomskategorier i et givent år ikke lig med antallet i den samlede gruppe med mindst én af sygdommene. Hvis

en person er diagnosticeret med mere end én af disse psykiske sygdomme, tælles den person kun med én gang i opgørelsen i gruppen med mindst én af sygdommene.

Kilde: Landpatientregisteret og Lægemiddeldatabasen.

Tabel 4.2.2.2 viser incidensen for udvalgte psykiske sygdomme opdelt på køn blandt børn og unge i Region Syddanmark i 2018. Af tabellen fremgår det, at der er en større andel af nye tilfælde af ADHD blandt mænd end blandt kvinder, mens det forholder sig omvendt for andelen af nye tilfælde af henholdsvis angst/depression og spiseforstyrrelse. Mændene udgør 65,8 % af de nye tilfælde af ADHD i 2018. Kvinderne udgør henholdsvis 61,1 % og 94,0 % af de nye tilfælde af angst/depression og spiseforstyrrelse. I gruppen af børn og unge med mindst én af de tre sygdomskategorier ses en lidt større andel af nye tilfælde blandt kvinder (52,7 %) end blandt mænd (47,3 %).

Tabel 4.2.2.3 Incidens af ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse opdelt på alder blandt børn og unge i alderen 0-17 år og 18-24 år i Region Syddanmark. 2018. Antal¹ og procent.

	2018			
	Antal ¹		Procent	
	0-17 år	18-24 år	0-17 år	18-24 år
ADHD	590	304	66,0	34,0
Angst/depression	381	674	36,1	63,9
Spiseforstyrrelse	134	81	62,3	37,7
Samlet antal med mindst én af sygdommene ²	1.065	932	53,3	46,7

¹Det samlede antal nye tilfælde i aldersgruppen 0-24 år, der i løbet af det givne år er blevet registreret med den pågældende psykiske sygdom. Det betyder, at personer, som i en forudgående periode allerede var registreret med pågældende sygdom, ikke indgår.

²Det skal bemærkes, at en person kan forekomme i mere end én af de enkelte sygdomskategorier. Derfor er summen af antallet af sygdomstilfælde i disse sygdomskategorier i et givent år ikke lig med antallet i den samlede gruppe med mindst én af sygdommene. Hvis en person er diagnosticeret med mere end én af disse psykiske sygdomme, tælles den person kun med én gang i opgørelsen i gruppen med mindst én af sygdommene.

Kilde: Landpatientregisteret og Lægemiddeldatabasen.

Tabel 4.2.2.3 viser incidensen for psykiske sygdomme opdelt på alder (0-17 år og 18-24 år) i 2018 i Region Syddanmark. Af tabel 4.2.2.3 fremgår det, at der er en lidt større andel af nye tilfælde af ADHD og spiseforstyrrelse blandt de 0-17-årige (66,0% og 62,3%) end blandt de 18-24-årige (34,0% og 37,7%). Omvendt ses en større andel nye tilfælde med henholdsvis angst/depression blandt de 18-24-årige end blandt de 0-17-årige. For den samlede gruppe med mindst én af sygdommene ses i 2018 ligeledes en større andel af nye tilfælde blandt de 18-24-årige end blandt de 0-17-årige.

5 Karakteristik af unge med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark



Hovedpointer i kapitlet:

Dette kapitel har til formål at beskrive, hvad der karakteriserer unge med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark. Analyserne er baseret på spørgeskemadata fra unge i alderen 15 til 24 år fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark. For nogle indikatorer er der kun data fra unge fra gymnasiale uddannelser.

Analyserne viser, at der er en større andel af unge kvinder end mænd, der har dårlig mental sundhed. Samtidig stiger andelen af unge med dårlig mental sundhed med alderen.

For de indikatorer, hvor der er data fra både unge på gymnasiale uddannelser og fra erhvervsuddannelser, er konklusionerne af analyserne i store træk overensstemmende mellem de to grupper af unge.

Mere udsatte på en række områder

Analyserne viser, at unge med dårlig mental sundhed trives dårligere og er mere udsatte på en række områder end referencegruppen bestående af unge med moderat/god mental sundhed.

For unge med dårlig mental sundhed ses følgende:

- De har oftere oplevet brud i familien i løbet af barndommen og bor oftere i familier, hvor familiens indkomst er i laveste kvartil.
- De har gennemsnitligt lavere karakterer fra grundskolen, pjækker oftere og er mindre tilfredse med at gå i skole.
- De er oftere ensomme og oplever mindre fortrolighed med andre.
- De oplever oftere at være stressede og har i markant mindre grad et højt selvværd og høj livstilfredshed.
- De har oftere selvmordstanker og har oftere gjort skade på sig selv.

Derudover ses, at unge mænd med dårlig mental sundhed oftere har været sigtet for en strafbar handling (8 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed; 4 % blandt referencegruppen).

Oftere kontakt med psykiatrien

Unge, som selv rapporterer dårlig mental sundhed, har oftere haft kontakt med psykiatrien. Det gælder både blandt mænd (15 % blandt mænd med dårlig mental sundhed; 6 % blandt referencegruppen) og kvinder (17 % blandt kvinder med dårlig mental sundhed; 9 % blandt referencegruppen). Derudover har unge med dårlig mental sundhed større risiko for at have forældre, som selv har haft kontakt med psykiatrien.

Dårligere vurdering af eget helbred og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd

Sammenlignet med unge i referencegruppen ses for unge med dårlig mental sundhed følgende:

- De vurderer i mindre grad deres helbred som godt.
- De har i højere grad fysiske symptomer næsten dagligt i form af hovedpine, mavepine eller andre smerter (som for eksempel ondt i ryggen).
- De har i højere grad søvnproblemer og er i højere grad generet af træthed.

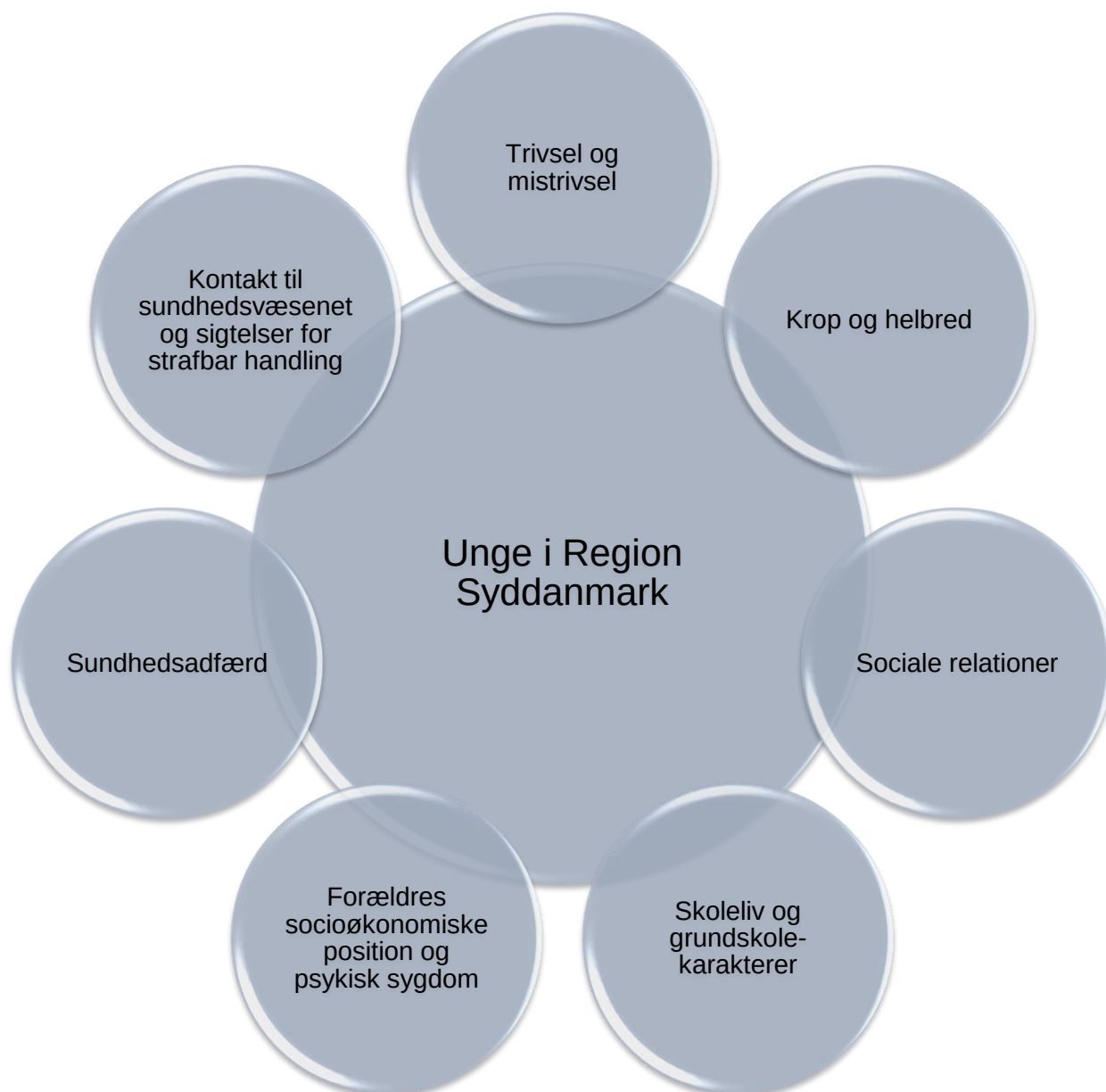
Endvidere ses i forhold til sundhedsadfærd, at unge fra gymnasiale uddannelser med dårlig mental sundhed oftere er daglige rygere og er mindre fysisk aktive sammenlignet med referencegruppen. Der ses ikke entydige sammenhænge i forhold til rygning og fysisk aktivitet blandt unge fra erhvervsuddannelser.

I følgende kapitel gives en karakteristik af unge med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser. I afsnit 5.1 til afsnit 5.9 beskrives de unge ud fra en lang række indikatorer for trivsel og mistrivsel, krop og helbred, sociale relationer, skoleliv, forældres socioøkonomi og psykisk sygdom, sundhedsadfærd, kontakt til sundhedsvæsenet samt sigtelser for strafbar handling (figur 5.1). Se også en nærmere beskrivelse af en række af disse indikatorer i baggrundsafsnittet (afsnit 3.2).

Datagrundlaget for karakteristikken er to parallelt udførte spørgeskemaundersøgelser:

1. *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019* (UNG19-GYM), der inkluderer elever på gymnasiale uddannelser (Almen Studentereksamen (STX), Højere Forberedelseseksamen (HF), Højere Handelseksamen (HHX) og Teknisk Studentereksamen (HTX)) (52).
2. *UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019* (UNG19-EUD), der inkluderer elever fra erhvervsskoler (EUD og EUX) (121).

Resultaterne er i hele kapitlet opdelt på henholdsvis unge fra gymnasiale uddannelser og unge fra erhvervsuddannelser.



Figur 5.1 Indikatorer inkluderet i karakteristikken af unge i alderen 15-24 år med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser.



Sådan bruges begreberne i denne rapport

Dårlig mental sundhed

Inddelingen af de unge i henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed er baseret på de unges besvarelser af den korte 7-item version af the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS), som er en skala, der oprindeligt er udviklet til måling af positive aspekter af mental sundhed (122). Dårlig mental sundhed er defineret på baggrund af en grænseværdi bestemt ud fra fordelingen af skalaen i en tidligere national repræsentativ befolkningsundersøgelse, hvor de 15 %, der scorede lavest på skalaen, blev kategoriseret til at have dårlig mental sundhed. Dette svarer til en score mellem 7,00 og 19,98 for SWEMWBS (123). Unge med moderat og god mental sundhed, som er de unge med en score over 19,98, udgør i indeværende undersøgelse referencegruppen.



Sådan bruges begreberne i denne rapport

Til at karakterisere unge med og uden dårlig mental sundhed ud fra en række indikatorer er der beregnet frekvenser (antal og procent) samt via logistisk regressionsanalyse odds ratio (OR) med tilhørende 95 % sikkerhedsgrenser.

Odds ratio (OR)

Odds ratio (OR) udtrykker forholdet (ratioen) mellem to odds (chance), og er i denne undersøgelse et mål for, hvor meget mindre chance (eller større risiko) unge med dårlig mental sundhed har for at have angivet den pågældende indikator (eksempelvis at have et godt selv vurderet helbred) sammenlignet med referencegruppen. Referencegruppen er i denne undersøgelse de unge, der er blevet klassificeret til at have moderat eller god mental sundhed målt via SWEMWBS.

Fortolkningen af OR er, at hvis værdien af OR er 1, så er der ikke forskel i forekomsten af den aktuelle indikator mellem unge med dårlig mental sundhed og referencegruppen. Hvis OR er lavere eller højere end 1, betyder det generelt, at forekomsten er lavere eller højere blandt unge med dårlig mental sundhed end i referencegruppen.

I tabellerne vises endvidere "95 % sikkerhedsgrenser" for OR, som angiver den sikkerhedsmargin, som OR befinder sig inden for. Hvis 95 % sikkerhedsgrenserne indeholder værdien 1, er der ikke statistisk signifikant forskel i forekomsten af den pågældende indikator mellem unge med dårlig mental sundhed og referencegruppen.

Se Bilag 1 for en nærmere beskrivelse af de anvendte spørgeskema- og registerdata, definitionen af dårlig mental sundhed, anvendte statistiske metoder samt detaljeret læsevejledning. I Bilag 2 ses et samlet overblik over dette kapitels resultater.

5.1 Fordeling af dårlig mental sundhed blandt unge



Hovedpointer i afsnittet:

Blandt unge fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark ses, at:

- Der er en større andel af unge kvinder end mænd, der har dårlig mental sundhed.
- Andelen med dårlig mental sundhed stiger med alderen blandt de unge.
- Andelen med dårlig mental sundhed er større blandt unge med anden etnisk herkomst end dansk end blandt unge med dansk etnisk herkomst.
- Andelen af unge med dårlig mental sundhed er ens på henholdsvis gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser.
- Fordelinger af unge med dårlig mental sundhed i forhold til køn, alder og etnisk herkomst i Region Syddanmark adskiller sig ikke nævneværdigt fra tilsvarende fordelinger i hele landet.

I følgende afsnit beskrives fordelingen af unge med dårlig mental sundhed opdelt på køn, alder og etnisk herkomst blandt unge fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark og i hele landet.

5.1.1 Gymnasiale uddannelser

I tabel 5.1.1 er vist fordelingen af unge på gymnasiale uddannelser med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed (referencegruppen) i forhold til køn, alder og etnisk herkomst blandt deltagere fra *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019* (UNG19-GYM) (52). Det fremgår af tabellen, at der er en væsentlig større andel af unge kvinder end unge mænd med dårlig mental sundhed (hhv. 23,1 % og 14,0 %) i Region Syddanmark. Der ses desuden en klar sammenhæng mellem alder og andelen af unge med dårlig mental sundhed på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark. Således stiger andelen med dårlig mental sundhed fra 14,3 % blandt de 15-16-årige til 24,3 % blandt de 20-24-årige.

I forhold til etnisk herkomst ses en væsentlig større andel af unge med anden etnisk herkomst end dansk, der har dårlig mental sundhed, sammenlignet med unge med dansk herkomst blandt unge på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark (hhv. 27,4 % og 18,1 %).

Fordelingen af unge med dårlig mental sundhed på køn, alder og etnisk herkomst i Region Syddanmark adskiller sig ikke nævneværdigt fra fordelingerne i hele landet.

Tabel 5.1.1 Dårlig og moderat/god mental sundhed i forhold til køn, alder og etnisk herkomst blandt deltagere 15-24 år i UNG19-GYM i Region Syddanmark og i hele Danmark. Antal og procent.

	Region Syddanmark				Danmark			
	Dårlig mental sundhed		Moderat/god mental sundhed		Dårlig mental sundhed		Moderat/god mental sundhed	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Alle	1.468	18,9	6.281	81,1	5.410	19,4	22.514	80,6
Køn								
Mænd	496	14,0	3.041	86,0	1.759	14,2	10.640	85,8
Kvinder	972	23,1	3.240	76,9	3.651	23,5	11.874	76,5
Alder								
15-16 år	127	14,3	759	85,7	609	15,0	3.458	85,0
17 år	391	17,2	1.885	82,8	1.498	18,0	6.810	82,0
18 år	495	19,6	2.027	80,4	1.751	19,8	7.109	80,2
19 år	315	21,2	1.173	78,8	1.144	22,5	3.950	77,5
20-24 år	140	24,3	437	75,7	408	25,6	1.187	74,4
Etnisk herkomst								
Dansk	1.278	18,1	5.777	81,9	4.694	18,5	20.720	81,5
Anden etnisk herkomst end dansk	190	27,4	503	72,6	714	28,5	1.790	71,5

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52).

5.1.2 Erhvervsuddannelser

Fordelingen af unge erhvervsskoleelever med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed i forhold til køn, alder og etnisk herkomst blandt deltagere fra UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19-EUD) (121) er vist i tabel 5.1.2. Det fremgår af tabellen, at der er en væsentligt større andel af unge kvinder end unge mænd, der har dårlig mental sundhed blandt erhvervsskoleeleverne i Region Syddanmark (hhv. 24,6 % og 14,7 %). Ved opdeling på alder ses en stigende andel af unge erhvervsskoleelever med dårlig mental sundhed med stigende alder. Blandt de 15-17-årige har 16,4 % dårlig mental sundhed, mens det gør sig gældende for 19,3 % af de 18-19-årige og for 20,0 % af de 20-24-årige i Region Syddanmark.

Endvidere er der en større andel af unge med anden etnisk herkomst end dansk, der har dårlig mental sundhed, sammenlignet med unge med dansk herkomst blandt erhvervsskoleelever i Region Syddanmark (hhv. 27,8 % og 17,6 %).

Der ses ikke betydelige forskelle i andelen af unge erhvervsskoleelever med dårlig mental sundhed opdelt på køn, alder og etnisk herkomst mellem Region Syddanmark og hele landet.

Tabel 5.1.2 Antal og fordeling af dårlig og moderat/god mental sundhed blandt deltagere i UNG19-EUD¹ i Region Syddanmark og i hele Danmark. Antal og procent.

	Region Syddanmark				Danmark			
	Dårlig mental sundhed		Moderat/god mental sundhed		Dårlig mental sundhed		Moderat/god mental sundhed	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Alle	150	18,7	654	81,3	604	18,7	2.624	81,3
Køn								
Mænd	71	14,7	412	85,3	335	16,3	1.724	83,7
Kvinder	79	24,6	242	75,4	269	23,0	900	77,0
Alder ²								
15-17 år	43	16,4	219	83,6	161	16,5	816	83,5
18-19 år	59	19,3	246	80,7	244	20,8	929	79,2
20-24 år	47	20,0	188	80,0	198	18,4	877	81,6
Etnisk herkomst								
Dansk	128	17,6	601	82,4	522	18,0	2.379	82,0
Anden etnisk herkomst end dansk	20	27,8	52	72,2	75	24,3	234	75,7

¹Blandt deltagere med oplyst CPR nr.

²Som følge af færre deltagere i UNG19-EUD indgår færre kategorier af alder end for UNG-19-GYM (tabel 5.1.1).

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (121).

I de følgende afsnit beskrives de unge med dårlig mental sundhed ud fra indikatorer for trivsel og mistrivsel, krop og helbred, sociale relationer, skoleliv, forældres socioøkonomi og psykisk sygdom, sundhedsadfærd, kontakt til sundhedsvæsenet samt sigtelser for strafbar handling.

5.2 Trivsel og mistrivsel



Hovedpointer i afsnittet:

Unge fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark har sammenlignet med referencegruppen generelt en højere risiko for at opleve dårligere trivsel.

- Således har unge fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark sammenlignet med referencegruppen en højere risiko for ofte eller meget ofte at føle sig ensomme, dagligt at være stressede, at have haft mindst ét psykisk symptom næsten dagligt inden for de seneste 6 måneder samt en lavere chance for at have et højt selvværd.
- Yderligere har unge fra gymnasiale uddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark i sammenligning med referencegruppen en højere risiko for med vilje at have gjort skade på sig selv, at have overvejet at begå selvmord, at have en selvrapporteret spiseforstyrrelse samt en lavere chance for at have høj livstilfredshed. Disse indikatorer har ikke været mulige at opgøre for unge på erhvervsuddannelser.

I følgende afsnit beskrives indikatorer for trivsel og mistrivsel blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen (unge med moderat/god mental sundhed) på gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark.

For elever fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser beskrives indikatorerne ensomhed, stress, psykiske symptomer og selvværd. For elever fra gymnasiale uddannelser beskrives yderligere indikatorerne livstilfredshed, spiseforstyrrelse, selvskade samt selvmordstanker.

Det skal bemærkes, at en række af indikatorerne for trivsel og mistrivsel, herunder ensomhed, selvværd og stress, vedrører aspekter af mental sundhed, som også til dels er berørt i SWEMWBS-skalaen, som er anvendt til at definere unge med dårlig mental sundhed i denne undersøgelse. Det er derfor forventeligt, at der ses en sammenhæng mellem disse faktorer og dårlig mental sundhed målt ved SWEMWBS. Da der imidlertid ikke er tale om identiske mål, er disse indikatorer inddraget med henblik på at beskrive disse forskellige aspekter af trivsel og mistrivsel blandt unge med dårlig mental sundhed.

5.2.1 Gymnasiale uddannelser

Ensomhed

Eleverne i UNG19 – GYM har angivet, om de føler sig ensomme. Svarkategorierne var: "Ja, meget ofte", "Ja, ofte", "Ja, af og til" og "Nej". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der føler sig ensomme, defineret som de elever, der har svaret "Ja, meget ofte" eller "Ja, ofte".

Af tabel 5.2.1 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en markant større risiko for ofte eller meget ofte at føle sig ensomme. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed føler 21,2 % sig ofte eller meget ofte ensomme, mens det gør sig gældende for 3,5 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt kvinder med dårlig mental sundhed føler 28,2 % sig ofte eller meget ofte ensomme, mens det gør sig gældende for 4,7 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Livstilfredshed

Eleverne i UNG19-GYM blev bedt at angive livstilfredshed på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er det værste mulige liv, og 10 er det bedste mulige liv. Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der angiver høj livstilfredshed, defineret som de elever, der har angivet 9 eller 10 på skalaen.

Unge med dårlig mental sundhed har markant lavere chance for at angive høj livstilfredshed sammenlignet med unge i referencegruppen, se tabel 5.2.1. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed angiver 4,3 % høj livstilfredshed, mens det gør sig gældende for 29,0 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed angiver 1,6 % høj livstilfredshed, mens det gør sig gældende for 18,9 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Selv værd

Eleverne i UNG19-GYM er blevet spurgt, hvor enige de er i følgende udsagn: Jeg er god nok, som jeg er, med svarmulighederne: "Helt enig", "Enig", "Hverken enig eller uenig", "Uenig" og "Helt uenig". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der synes, de er gode nok, som de er, defineret som de elever, der har svaret "Helt enig" eller "Enig" til spørgsmålet.

Det fremgår af tabel 5.2.1, at unge med dårlig mental sundhed har markant lavere chance for at synes, de er gode nok, som de er, sammenlignet med unge i referencegruppen.

Andelen, der synes, de er gode nok, som de er, er 41,2 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 85,6 % blandt unge mænd i referencegruppen, mens andelen, der synes, de er gode nok, som de er, blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er 29,1 % mod 72,2 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Stress

Eleverne i UNG19 – GYM er blevet spurgt til, hvor ofte de er stressede, med svarmulighederne: "Aldrig/næsten aldrig", "Månedligt", "Ugentligt" og "Dagligt". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der dagligt er stressede, defineret som de elever, der har svaret, at de er stressede "Dagligt".

Unge med dårlig mental sundhed har markant højere risiko for dagligt at være stressede sammenlignet med unge i referencegruppen, se tabel 5.2.1.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er 19,1 % dagligt stressede, mens det gør sig gældende for 5,0 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt kvinder med dårlig mental sundhed er 27,1 % dagligt stressede, mens det gør sig gældende for 8,6 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Psyriske symptomer

Eleverne i UNG19 – GYM har angivet, hvor ofte de har haft en række psyriske symptomer inden for de seneste 6 måneder, herunder været irriteret/i dårligt humør, været ked af det eller været nervøs. Svarmulighederne var: "Næsten hver dag", "Mere end en gang om ugen", "Næsten hver uge", "Næsten hver måned" og "Sjældent eller aldrig". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har haft mindst ét af de psyriske symptomer næsten dagligt, defineret som de elever, der har svaret "Næsten hver dag" til mindst ét af de psyriske symptomer: irriteret/i dårligt humør, været ked af det eller været nervøs.

Af tabel 5.2.1 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en markant større risiko for at have haft mindst ét psyrisk symptom næsten dagligt inden for de seneste 6 måneder sammenlignet med unge i referencegruppen. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Andelen, der har haft mindst ét psyrisk symptom næsten dagligt er 22,6 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 3,5 % blandt unge mænd i referencegruppen, mens tilsvarende andel er 32,2 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed og 7,2 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Spiseforstyrrelse

I UNG19 – GYM har eleverne angivet, om de har en spiseforstyrrelse. Svarmulighederne var: "Ja", "Nej" og "Ved ikke". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har en spiseforstyrrelse, defineret som de elever, der har svaret "Ja" til, at de har en spiseforstyrrelse. Der er således tale om selvrapporteret forekomst af spiseforstyrrelse.

Unge med dårlig mental sundhed har en højere risiko for at have en spiseforstyrrelse sammenlignet med unge i referencegruppen. Især for unge mænd med dårlig mental sundhed er risikoen markant højere sammenlignet med unge mænd i referencegruppen, se tabel 5.2.1.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed har 4,1 % en spiseforstyrrelse, mens det gør sig gældende for 0,7 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 7,3 % en spiseforstyrrelse, mens det gør sig gældende for 2,8 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Selvskade

Eleverne i UNG19 – GYM er blevet spurgt til, om de nogensinde med vilje har gjort skade på sig selv (f.eks. skåret, brændt, revet eller slået sig selv), med svarmulighederne: "Ja" og "Nej". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har gjort skade på sig selv, defineret som de unge, der har svaret "Ja" til nogensinde med vilje at have gjort skade på sig selv.

Af tabel 5.2.1 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en markant højere risiko for med vilje at have gjort skade på sig selv sammenlignet med unge i referencegruppen. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Andelen, der har gjort skade på sig selv, er 24,8 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 8,3 % blandt unge mænd i referencegruppen, mens andelen er 45,1 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed og 19,1 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Selvordstanker

I UNG19 – GYM er eleverne blevet spurgt til, om de nogensinde har overvejet at begå selvmord med svarmulighederne: "Ja" og "Nej". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har overvejet at begå selvmord, defineret som de elever, der har svaret "Ja".

Risikoen for at have overvejet at begå selvmord er markant højere for unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med unge i referencegruppen, se tabel 5.2.1. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed har 39,1 % overvejet at begå selvmord, mens det gør sig gældende for 12,8 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 41,2 % overvejet at begå selvmord, mens det gør sig gældende for 16,3 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Tabel 5.2.1 Indikatorer for trivsel og mistrivsel blandt unge på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen ¹ : Antal, procent og odds ratio (OR) ² .								
	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i reference-gruppen					
	Procent	Antal svar-personer ¹	Procent	Antal svar-personer ¹	OR ²	95 % sikkerheds-grænser	OR ³	95 % sikkerheds-grænser
Føler sig ofte eller meget ofte ensom								
Alle	25,8	1.438	4,1	6.219	7,58	(6,37 - 9,02)	7,70	(6,46 - 9,17)
Mænd	21,2	486	3,5	3.023	7,00	(5,22 - 9,38)	7,14	(5,31 - 9,59)
Kvinder	28,2	952	4,7	3.196	7,91	(6,37 - 9,83)	8,02	(6,45 - 9,98)
Høj livstilfredshed								
Alle	2,5	1.434	23,8	6.227	0,09	(0,06 - 0,13)	0,09	(0,06 - 0,13)
Mænd	4,3	485	29,0	3.024	0,11	(0,07 - 0,18)	0,11	(0,07 - 0,18)
Kvinder	1,6	949	18,9	3.203	0,07	(0,04 - 0,12)	0,07	(0,04 - 0,12)
Selvværd: Er helt enig eller enig i udsagnet: "Jeg er god nok, som jeg er"								
Alle	33,2	1.438	78,6	6.219	0,14	(0,13 - 0,16)	0,14	(0,13 - 0,16)
Mænd	41,2	485	85,6	3.018	0,12	(0,10 - 0,15)	0,12	(0,10 - 0,15)
Kvinder	29,1	953	72,0	3.201	0,16	(0,14 - 0,19)	0,16	(0,14 - 0,19)
Er dagligt stresset								
Alle	24,4	1.439	6,9	6.219	4,04	(3,45 - 4,72)	4,07	(3,48 - 4,77)
Mænd	19,1	486	5,0	3.021	4,34	(3,28 - 5,75)	4,33	(3,27 - 5,74)
Kvinder	27,1	953	8,6	3.198	3,91	(3,23 - 4,72)	3,97	(3,28 - 4,80)
Mindst ét psykisk symptom næsten dagligt (været irriteret/i dårligt humør, ked af det eller nervøs)								
Alle	29,0	1.350	5,4	5.858	6,71	(5,68 - 7,91)	6,71	(5,68 - 7,92)
Mænd	22,6	439	3,5	2.810	8,21	(6,05 - 11,14)	8,13	(5,98 - 11,04)
Kvinder	32,2	911	7,2	3.048	6,17	(5,07 - 7,51)	6,22	(5,11 - 7,58)
Har en spiseforstyrrelse (selvrapporteret)								
Alle	6,3	1.360	1,8	5.895	3,21	(2,39 - 4,31)	3,26	(2,42 - 4,39)
Mænd	4,1	444	0,7	2.826	5,69	(2,96 - 10,91)	5,40	(2,81 - 10,39)
Kvinder	7,3	916	2,8	3.069	2,77	(2,00 - 3,86)	2,88	(2,06 - 4,01)
Nogensinde med vilje gjort skade på sig selv								
Alle	38,4	1.329	14,0	5.746	3,47	(3,03 - 3,97)	3,43	(2,99 - 3,93)
Mænd	24,8	436	8,3	2.743	3,59	(2,77 - 4,65)	3,57	(2,75 - 4,62)
Kvinder	45,1	893	19,1	3.003	3,45	(2,94 - 4,05)	3,40	(2,90 - 4,00)
Nogensinde overvejet at begå selvmord								
Alle	40,5	1.324	14,6	5.736	3,75	(3,28 - 4,29)	3,73	(3,27 - 4,27)
Mænd	39,1	435	12,8	2.739	4,16	(3,33 - 5,21)	4,21	(3,36 - 5,28)
Kvinder	41,2	889	16,3	2.997	3,55	(3,00 - 4,18)	3,49	(2,96 - 4,13)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52).

5.2.2 Erhvervsuddannelser

Ensomhed

Eleverne i UNG19 – EUD har angivet, om de føler sig ensomme. Svarkategorierne var: "Ja, meget ofte", "Ja, ofte", "Ja, af og til" og "Nej". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der føler sig ensomme defineret som de elever, der har svaret "Ja, meget ofte" eller "Ja, ofte".

Af tabel 5.2.2 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en markant større risiko for ofte eller meget ofte at føle sig ensomme. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed føler 36,6 % sig ofte eller meget ofte ensomme, mens det gør sig gældende for 4,6 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt kvinder med dårlig mental sundhed føler 32,9 % sig ofte eller meget ofte ensomme, mens det gør sig gældende for 5,8 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Selv værd

Eleverne i UNG19-EUD er blevet spurgt, hvor enige de er i følgende udsagn: "Jeg er god nok, som jeg er", med svarmulighederne: "Helt enig", "Enig", "Hverken enig eller uenig", "Uenig" og "Helt uenig". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der synes, de er gode nok, som de er, defineret som de elever, der har svaret "Helt enig" eller "Enig" til spørgsmålet.

Det fremgår af tabel 5.2.2, at unge med dårlig mental sundhed har markant lavere chance for at synes, de er gode nok, som de er, sammenlignet med unge i referencegruppen. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Andelen, der synes, de er gode nok, som de er, er 40,8 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 83,9 % blandt unge mænd i referencegruppen. Tilsvarende andel er 30,4 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed og 72,7 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Stress

Eleverne i UNG19 – EUD er blevet spurgt til, hvor ofte de er stressede med svarmulighederne: "Aldrig/næsten aldrig", "Månedligt", "Ugentligt" og "Dagligt". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der dagligt er stressede, defineret som de elever, der har svaret, at de "Dagligt" er stressede.

Unge med dårlig mental sundhed har en markant højere risiko for dagligt at være stressede sammenlignet med unge i referencegruppen, se tabel 5.2.2. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er 16,9 % dagligt stressede, mens det gør sig gældende for 4,6 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt kvinder med dårlig mental sundhed er 25,3 % dagligt stressede, mens det gør sig gældende for 6,6 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Psyriske symptomer

Eleverne i UNG19 – EUD har angivet, hvor ofte de har haft en række psykiske symptomer inden for de seneste 6 måneder, herunder været irriteret/i dårligt humør, været ked af det eller været nervøs. Svarmulighederne var: "Næsten hver dag", "Mere end en gang om ugen", "Næsten hver uge", "Næsten hver måned" og "Sjældent eller aldrig". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der har haft mindst ét af de psykiske symptomer næsten dagligt, defineret som de elever, der har svaret "Næsten hver dag" til mindst ét af de psykiske symptomer: irriteret/i dårligt humør, været ked af det eller været nervøs.

Af tabel 5.2.2 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en markant større risiko for at have haft mindst ét psykisk symptom næsten dagligt inden for de seneste 6 måneder sammenlignet med unge i referencegruppen. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Andelen, der har haft mindst ét psykisk symptom næsten dagligt, er 29,6 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 6,2 % blandt unge mænd i referencegruppen, mens tilsvarende andel er 39,7 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed og 11,2 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Tabel 5.2.2 Indikatorer for trivsel og mistrivsel blandt unge på erhvervsuddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

Dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen: 17 itali, procent og odds ratio (OR).								
Unge med dårlig mental sundhed			Unge i referencegruppen					
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹	OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
Føler sig ofte eller meget ofte ensom								
Alle	34,7	150	5,0	654	9,59	(5,85 - 15,72)	9,80	(5,95 - 16,14)
Mænd	36,6	71	4,6	412	11,35	(5,80 - 22,24)	11,66	(5,91 - 22,98)
Kvinder	32,9	79	5,8	242	7,95	(3,86 - 16,34)	7,75	(3,75 - 16,05)
Selvværd: Er helt enig eller enig i udsagnet: "Jeg er god nok, som jeg er"								
Alle	35,3	150	79,8	653	0,15	(0,10 - 0,22)	0,15	(0,10 - 0,22)
Mænd	40,8	71	83,9	411	0,14	(0,08 - 0,24)	0,14	(0,08 - 0,24)
Kvinder	30,4	79	72,7	242	0,16	(0,09 - 0,28)	0,15	(0,09 - 0,27)
Er dagligt stresset								
Alle	21,3	150	5,4	654	4,45	(2,63 - 7,53)	4,47	(2,64 - 7,59)
Mænd	16,9	71	4,6	412	4,20	(1,93 - 9,12)	4,39	(2,01 - 9,58)
Kvinder	25,3	79	6,6	242	4,72	(2,29 - 9,73)	4,64	(2,25 - 9,59)
Mindst ét psykisk symptom næsten dagligt (været irriteret/i dårligt humør, ked af det eller nervøs)								
Alle	34,9	149	8,1	643	5,51	(3,52 - 8,62)	5,51	(3,52 - 8,62)
Mænd	29,6	71	6,2	401	5,93	(3,05 - 11,53)	5,82	(2,99 - 11,35)
Kvinder	39,7	78	11,2	242	5,20	(2,84 - 9,52)	5,15	(2,81 - 9,46)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (121).

5.3 Krop og helbred



Hovedpointer i afsnittet:

- Unge fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark har sammenlignet med referencegruppen en højere risiko for næsten dagligt at have haft mindst ét fysisk symptom samt en lavere chance for at have et godt, vældig godt eller fremragende selv vurderet helbred. Det har dog ikke været muligt at opgøre selv vurderet helbred for unge mænd fra erhvervsuddannelser.
- Yderligere har unge fra gymnasiale uddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark sammenlignet med referencegruppen en højere risiko for at have en langvarig sygdom samt at have brugt smertestillende og/eller sove-medicin inden for de seneste 14 dage. Disse indikatorer har ikke været mulige at opgøre for unge fra erhvervsuddannelser.

I følgende afsnit beskrives indikatorer for krop og helbred blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen (unge med moderat/god mental sundhed) på gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark.

For elever fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser beskrives indikatorerne selv vurderet helbred og fysiske symptomer. For elever fra gymnasiale uddannelser beskrives yderligere indikatorerne langvarig sygdom, brug af sovemedicin og brug af smertestillende medicin.

5.3.1 Gymnasiale uddannelser

Selv vurderet helbred

I UNG19 – GYM er eleverne blevet spurgt til, hvordan de synes, deres helbred er alt i alt, med svarmulighederne: "Fremragende", "Vældig godt", "Godt", "Mindre godt" og "Dårligt". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der synes deres helbred er godt, defineret som de elever, der enten har svaret "Fremragende", "Vældig godt" eller "Godt".

Det fremgår af tabel 5.3.1, at unge med dårlig mental sundhed har en markant lavere chance for at synes, at deres helbred er godt, sammenlignet med unge i referencegruppen.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed synes 75,9 %, at deres helbred er godt, mens det gør sig gældende for 95,6 % af unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed synes 75,5 %, at deres helbred er godt, mens det gør sig gældende for 92,9 % af unge kvinder i referencegruppen.

Fysiske symptomer

Eleverne i UNG19 – GYM har angivet, hvor ofte de inden for de seneste 6 måneder har haft en række fysiske symptomer, herunder hovedpine, mavepine eller andre smerter, f.eks. ondt i nakken eller ryggen. Svarmulighederne var: "Næsten hver dag", "Mere end en gang om ugen", "Næsten hver uge", "Næsten hver måned" og "Sjældent eller aldrig". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har oplevet mindst ét af de fysiske symptomer næsten dagligt, defineret som de elever, der har svaret "Næsten hver dag" til mindst ét af de fysiske symptomer: hovedpine, mavepine eller andre smerter.

Det fremgår af tabel 5.3.1, at unge med dårlig mental sundhed har en højere risiko for næsten dagligt at have haft mindst ét fysisk symptom inden for de seneste 6 måneder sammenlignet med unge i referencegruppen.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed har 15,3 % haft mindst ét fysisk symptom næsten dagligt inden for de seneste 6 måneder, mens det gør sig gældende for 7,2 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt kvinder med dårlig mental sundhed har 31,0 % haft mindst ét fysisk symptom næsten dagligt inden for de seneste 6 måneder, mens det gør sig gældende for 16,1 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Langvarig sygdom

I UNG19 – GYM er eleverne blevet spurgt til, om de har nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse (med langvarig menes mindst 6 måneder) med svarmulighederne: "Ja" og "Nej". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har en langvarig sygdom, defineret som de elever, der har svaret "Ja".

Af tabel 5.3.1 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en højere risiko for at have en langvarig sygdom sammenlignet med unge i referencegruppen.

Andelen, der har en langvarig sygdom, er 22,0 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 16,0 % blandt unge mænd i referencegruppen, mens tilsvarende andel er 23,9 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed og 18,0 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Sovemedicin

Eleverne i UNG19 – GYM er blevet spurgt til, om de inden for de seneste 14 dage har taget henholdsvis sovemedicin i håndkøb og sovemedicin på recept med svarmulighederne: "Ja" og "Nej". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har taget sovemedicin, defineret som de elever, der har svaret "Ja" til at have taget sovemedicin i håndkøb inden for de seneste 14 dage og/eller sovemedicin på recept inden for de seneste 14 dage.

Unge med dårlig mental sundhed har markant højere risiko for at have taget sovemedicin inden for de seneste 14 dage sammenlignet med unge i referencegruppen (tabel 5.3.1).

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed har 8,0 % taget sovemedicin inden for de seneste 14 dage, mens det gør sig gældende for 1,5 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 5,2 % taget sovemedicin inden for de seneste 14 dage, mens det gør sig gældende for 1,7 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Smertestillende medicin

Eleverne i UNG19 – GYM er blevet spurgt til, om de inden for de seneste 14 dage har taget henholdsvis smertestillende medicin i håndkøb og smertestillende medicin på recept med svarmulighederne: "Ja" og "Nej". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har taget smertestillende medicin, defineret som de elever, der har svaret "Ja" til at have taget smertestillende medicin i håndkøb inden for de seneste 14 dage og/eller smertestillende medicin på recept inden for de seneste 14 dage.

Af tabel 5.3.1 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en højere risiko for at have taget smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage sammenlignet med unge i referencegruppen.

Andelen, der har taget smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage, er 34,4 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 28,5 % blandt unge mænd i referencegruppen, mens tilsvarende andel er 66,4 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed og 58,0 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Tabel 5.3.1 Indikatorer for krop og helbred blandt unge på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

Unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen ¹ : Antal, procent og odds ratio (OR) ²								
	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i reference-gruppen					
	Procent	Antal svar-personer ¹	Procent	Antal svar-personer ¹	OR ²	95 % sikkerheds-grænser	OR ³	95 % sikkerheds-grænser
Fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred								
Alle	75,6	1.367	94,2	5.913	0,20	(0,17 - 0,24)	0,20	(0,17 - 0,24)
Mænd	75,9	448	95,6	2.837	0,15	(0,11 - 0,20)	0,15	(0,11 - 0,20)
Kvinder	75,5	919	92,9	3.076	0,24	(0,20 - 0,29)	0,24	(0,20 - 0,30)
Mindst ét fysisk symptom næsten dagligt (hovedpine, mavepine eller andre smerter, f.eks. ondt i nakken eller ryggen) inden for de seneste 6 måneder								
Alle	25,8	1.354	11,8	5.876	2,33	(2,01 - 2,71)	2,29	(1,98 - 2,66)
Mænd	15,3	445	7,2	2.818	2,30	(1,71 - 3,10)	2,27	(1,69 - 3,06)
Kvinder	31,0	909	16,1	3.058	2,34	(1,98 - 2,78)	2,30	(1,94 - 2,73)
Langvarig sygdom								
Alle	23,3	1.359	17,1	5.889	1,43	(1,23 - 1,65)	1,42	(1,23 - 1,65)
Mænd	22,0	445	16,0	2.824	1,43	(1,12 - 1,84)	1,45	(1,13 - 1,85)
Kvinder	23,9	914	18,0	3.065	1,42	(1,19 - 1,69)	1,41	(1,18 - 1,68)
Brug af sovemedicin inden for de seneste 14 dage ⁴								
Alle	6,1	1.339	1,6	5.836	3,94	(2,90 - 5,37)	3,93	(2,88 - 5,36)
Mænd	8,0	440	1,5	2.806	5,42	(3,39 - 8,65)	5,60	(3,50 - 8,96)
Kvinder	5,2	899	1,7	3.030	3,11	(2,08 - 4,65)	3,01	(2,01 - 4,51)
Brug af smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage ⁵								
Alle	55,9	1.337	43,8	5.841	1,39	(1,22 - 1,57)	1,38	(1,22 - 1,57)
Mænd	34,4	439	28,5	2.804	1,31	(1,05 - 1,62)	1,31	(1,05 - 1,62)
Kvinder	66,4	898	58,0	3.037	1,43	(1,23 - 1,67)	1,42	(1,22 - 1,66)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

⁴ Selvrangeret brug af sovemedicin inden for de seneste 14 dage, på recept og/eller i håndkøb.

⁵ Selvrangeret brug af smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage, på recept og/eller i håndkøb.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52).

5.3.2 Erhvervsuddannelser

Selv vurderet helbred

I UNG19 – EUD er eleverne blevet spurgt til, hvordan de synes, deres helbred er alt i alt, med svarmulighederne: "Fremragende", "Vældig godt", "Godt", "Mindre godt" og "Dårligt". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der synes deres helbred er godt, defineret som de elever, der enten har svaret "Fremragende", "Vældig godt" eller "Godt".

Det fremgår af tabel 5.3.2, at unge kvinder med dårlig mental sundhed har en lavere chance for at synes, at deres helbred er godt, sammenlignet med unge i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed synes 75,9 %, at deres helbred er godt, mens det gør sig gældende for 86,8 % af unge kvinder i referencegruppen.

Det har ikke været muligt at beskrive selvvurderet helbred blandt unge mænd som følge af et for lille antal personer i opgørelserne.

Fysiske symptomer

Eleverne i UNG19 – EUD har angivet, hvor ofte de inden for de seneste 6 måneder har haft en række fysiske symptomer, herunder hovedpine, mavepine eller andre smerter, f.eks. ondt i nakken eller ryggen. Svarmulighederne var: "Næsten hver dag", "Mere end en gang om ugen", "Næsten hver uge", "Næsten hver måned" og "Sjældent eller aldrig". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der har oplevet mindst ét af de fysiske symptomer næsten dagligt, defineret som de elever, der har svaret "Næsten hver dag" til mindst ét af de fysiske symptomer: hovedpine, mavepine eller andre smerter.

Det fremgår af tabel 5.3.2., at unge mænd og kvinder med dårlig mental sundhed har en højere risiko for næsten dagligt at have haft mindst ét fysisk symptom inden for de seneste 6 måneder sammenlignet med unge mænd og kvinder i referencegruppen.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed har 21,1 % haft mindst ét fysisk symptom næsten dagligt inden for de seneste 6 måneder, mens det gør sig gældende for 10,2 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt kvinder med dårlig mental sundhed har 46,2 % haft mindst ét fysisk symptom næsten dagligt inden for de seneste 6 måneder, mens det gør sig gældende for 23,1 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Tabel 5.3.2 Indikatorer for krop og helbred blandt unge på erhvervsuddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen ¹ : Antal, procent og Odds Ratio (OR):								
	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen					
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹	OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
Fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred								
Kvinder	75,9	79	86,8	242	0,49	(0,26 - 0,94)	0,49	(0,26 - 0,94)
Mindst ét fysisk symptom næsten dagligt (hovedpine, mavepine eller andre smerter, f.eks. ondt i nakken eller ryggen) inden for de seneste 6 måneder								
Alle	34,2	149	15,1	643	2,67	(1,77 - 4,04)	2,69	(1,78 - 4,08)
Mænd	21,1	71	10,2	401	2,42	(1,25 - 4,68)	2,35	(1,21 - 4,56)
Kvinder	46,2	78	23,1	242	2,86	(1,67 - 4,90)	2,93	(1,71 - 5,04)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (121).

5.4 Sociale relationer



Hovedpointer i afsnittet:

- Unge fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark har sammenlignet med referencegruppen en lavere chance for at opleve fortrolighed med venner samt fortrolighed med mindst én forælder, omend der ved sidstnævnte indikator kun er tale om en tendens blandt unge kvinder fra erhvervsuddannelser.
- Yderligere har unge fra gymnasiale uddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark sammenlignet med referencegruppen en lavere chance for at være sammen med venner uden for skoletiden mindst én gang om ugen. Denne indikator har ikke været mulig at opgøre for unge på erhvervsuddannelser.

I følgende afsnit beskrives indikatorer for sociale relationer blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen (unge med moderat/god mental sundhed) på gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark.

For elever fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser beskrives indikatorerne fortrolighed med venner og fortrolighed med forældre. For elever fra gymnasiale uddannelser beskrives yderligere indikatoren kontakt med venner uden for skoletid.

5.4.1 Gymnasiale uddannelser

Kontakt med venner uden for skoletid

I UNG19 – GYM har eleverne angivet, hvor ofte de er sammen med deres venner uden for skoletiden. Svaremulighederne var: "Sjældent eller aldrig", "1-3 dage om måneden", "1-2 dage om ugen", "3-4 dage om ugen", "5-6 dage om ugen" og "Hver dag". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der er sammen med venner uden for skoletiden mindst én gang om ugen, defineret som de elever, der har svaret "1-2 dage om ugen", "3-4 dage om ugen", "5-6 dage om ugen" eller "Hver dag" til spørgsmålet.

Det fremgår af tabel 5.4.1, at unge med dårlig mental sundhed har lavere chance for at være sammen med venner uden for skoletiden mindst én gang om ugen sammenlignet med unge i referencegruppen.

Andelen, der er sammen med venner uden for skoletiden mindst én gang om ugen, er 65,2 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 79,4 % blandt unge mænd i referencegruppen, mens andelen er 56,6 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed og 71,1 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Fortrolighed med venner

Eleverne i UNG19 – GYM er blevet spurgt til, hvor nemt de har ved at tale med deres venner om noget, der virkelig plager dem, med svarmulighederne "Meget nemt", "Nemt", "Svært", "Meget svært" og "Har ikke/ser ikke". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der oplever fortrolighed med venner, defineret som de elever, der har svaret "Meget nemt" eller "Nemt" til spørgsmålet.

Unge med dårlig mental sundhed har markant lavere chance for at opleve fortrolighed med venner sammenlignet med unge i referencegruppen, se tabel 5.4.1. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed oplever 61,7 % fortrolighed med venner mod 86,6 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed oplever 68,9 % fortrolighed med venner mod 90,1 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Fortrolighed med forældre

Eleverne i UNG19 – GYM er blevet spurgt til, hvor nemt de har ved at tale med henholdsvis deres mor, far, papmor eller papfar om noget, der virkelig plager dem, med svarmulighederne "Meget nemt", "Nemt", "Svært", "Meget svært" og "Har ikke/ser ikke". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der oplever fortrolighed med mindst én forældre, defineret som de elever, der har svaret "Meget nemt" eller "Nemt" ved at tale med mindst én af følgende personer: mor, far, papmor eller papfar, om noget, der virkelig plager dem.

Chancen for at have fortrolighed med mindst én forælder er markant lavere for unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med unge i referencegruppen, se tabel 5.4.1.

Andelen, der oplever fortrolighed med mindst én forælder, er 66,1 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 88,5 % blandt unge mænd i referencegruppen, mens andelen er 73,0 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed og 89,9 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Tabel 5.4.1 Indikatorer for sociale relationer blandt unge på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen					
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹	OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
Er sammen med venner uden for skoletid mindst én gang om ugen								
Alle	59,4	1.351	75,1	5.839	0,51	(0,45 - 0,58)	0,52	(0,46 - 0,59)
Mænd	65,2	446	79,4	2.796	0,49	(0,39 - 0,61)	0,49	(0,40 - 0,61)
Kvinder	56,6	905	71,1	3.043	0,53	(0,45 - 0,62)	0,54	(0,46 - 0,63)
Fortrolighed med venner: Kan meget nemt eller nemt tale med venner om noget, der virkelig plager								
Alle	66,5	1.340	88,4	5.811	0,25	(0,21 - 0,29)	0,24	(0,21 - 0,28)
Mænd	61,7	441	86,6	2.786	0,25	(0,20 - 0,32)	0,25	(0,20 - 0,31)
Kvinder	68,9	899	90,1	3.025	0,24	(0,20 - 0,29)	0,24	(0,20 - 0,29)
Fortrolighed med mindst én forælder: Kan meget nemt eller nemt tale med mindst én forælder (evt. stedmor/stedfar) om noget, der virkelig plager								
Alle	70,7	1.332	89,2	5.734	0,29	(0,25 - 0,33)	0,28	(0,25 - 0,33)
Mænd	66,1	439	88,5	2.735	0,26	(0,21 - 0,33)	0,26	(0,21 - 0,33)
Kvinder	73,0	893	89,9	2.999	0,30	(0,25 - 0,37)	0,30	(0,25 - 0,37)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52).

5.4.2 Erhvervsuddannelser

Fortrolighed med venner

Eleverne i UNG19 – EUD er blevet spurgt til, hvor nemt de har ved at tale med deres venner om noget, der virkelig plager, dem med svarmulighederne "Meget nemt", "Nemt", "Svært", "Meget svært" og "Har ikke/ser ikke". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der oplever fortrolighed med venner, defineret som de elever, der har svaret "Meget nemt" eller "Nemt" til spørgsmålet.

Unge med dårlig mental sundhed har markant lavere chance for at opleve fortrolighed med venner sammenlignet med unge i referencegruppen, se tabel 5.4.2. Dette gælder både blandt unge mænd og kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed oplever 54,9 % fortrolighed med venner mod 81,8 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed oplever 57,0 % fortrolighed med venner mod 85,1 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Fortrolighed med forældre

Eleverne i UNG19 – EUD er blevet spurgt til, hvor nemt de har ved at tale med henholdsvis deres mor, far, papmor eller papfar om noget, der virkelig plager dem, med svarmulighederne "Meget nemt", "Nemt", "Svært", "Meget svært" og "Har ikke/ser ikke". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der oplever fortrolighed med mindst én forælder, defineret som de elever, der har svaret "Meget nemt" eller "Nemt" ved at tale med mindst én af følgende personer: mor, far, papmor eller papfar, om noget, der virkelig plager dem.

Chancen for at have fortrolighed med mindst én forælder er lavere for unge mænd med dårlig mental sundhed sammenlignet med unge mænd i referencegruppen, se tabel 5.4.2.

Blandt unge kvinder ses ikke en tydelig forskel mellem grupperne i chancen for at have fortrolighed med mindst én forælder (se tabel 5.4.2). Dog er der en tendens til en lavere chance herfor blandt de unge kvinder med dårlig mental sundhed.

Andelen, der oplever fortrolighed med mindst én forælder, er 64,8 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 83,5 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Tabel 5.4.2 Indikatorer for sociale relationer blandt unge på erhvervsuddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen: 17-årlige, procent og odds ratio (OR) ²								
	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen					
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹	OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
Fortrolighed med venner: Kan meget nemt eller nemt tale med venner om noget, der virkelig plager								
Alle	56,0	150	83,0	654	0,26	(0,18 - 0,38)	0,26	(0,17- 0,38)
Mænd	54,9	71	81,8	412	0,28	(0,17 - 0,49)	0,27	(0,15 - 0,46)
Kvinder	57,0	79	85,1	242	0,23	(0,13 - 0,41)	0,23	(0,13 - 0,41)
Fortrolighed med mindst én forælder: Kan meget nemt eller nemt tale med mindst én forælder (evt. stedmor/stedfar) om noget, der virkelig plager								
Alle	69,3	150	83,2	654	0,47	(0,31 - 0,71)	0,47	(0,31 - 0,71)
Mænd	64,8	71	83,5	412	0,39	(0,22 - 0,68)	0,39	(0,22 - 0,68)
Kvinder	73,4	79	82,6	242	0,59	(0,32 - 1,07)	0,58	(0,32 - 1,06)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (121).

5.5 Skoleliv og grundskolekarakter



Hovedpointer i afsnittet:

- Unge fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark har sammenlignet med referencegruppen en lavere chance for at synes godt eller meget godt om at gå i skole for øjeblikket. Det har dog ikke været muligt at opgøre skoletilfredshed for unge mænd på erhvervsuddannelser.
- Yderligere har unge fra gymnasiale uddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark sammenlignet med referencegruppen en højere risiko for at have pjækket fra undervisningen mindst én dag inden for den sidste måned, og de har et lavere karaktergennemsnit fra grundskolen. Disse indikatorer har ikke været mulige at opgøre for unge på erhvervsuddannelser.

I følgende afsnit beskrives indikatorer for skoleliv blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen (unge med moderat/god mental sundhed) på gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark.

For elever fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser beskrives indikatoren skoletilfredshed (for erhvervsskoleelever kun blandt unge kvinder). For elever fra gymnasiale uddannelser beskrives yderligere indikatorerne pjæk fra undervisningen og grundskolekarakterer.

5.5.1 Gymnasiale uddannelser

Skoletilfredshed

I UNG19 – GYM har eleverne angivet, hvad de synes om at gå på deres skole for øjeblikket. Svarmulighederne var: "Meget godt", "Godt", "Mindre godt" og "Dårligt". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der oplever høj skoletilfredshed, defineret som de elever, der har svaret "Meget godt" eller "Godt".

I tabel 5.5.1 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har markant lavere chance for at synes godt eller meget godt om at gå i skole for øjeblikket (høj skoletilfredshed) sammenlignet med unge i referencegruppen.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed oplever 63,5 % høj skoletilfredshed, mens det gør sig gældende for 89,7 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed oplever 65,1 % høj skoletilfredshed, mens det gør sig gældende for 88,7 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Pjæk fra undervisning

Eleverne i UNG19 – GYM er blevet spurgt, om de har pjækket fra undervisningen inden for den sidste måned, med svarmulighederne: "Nej", "Ja, nogle få timer", "Ja, 1-2 dage", "Ja, 3-5 dage", "Ja, 6-8 dage" og "Ja, mere end 8 dage". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har pjækket fra undervisningen mindst én dag inden for sidste måned defineret som de elever, der har svaret "Ja, 1-2 dage", "Ja, 3-5 dage", "Ja, 6-8 dage" eller "Ja, mere end 8 dage".

Risikoen for at have pjækket fra undervisningen mindst én dag inden for den sidste måned er højere for unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med unge i referencegruppen, se tabel 5.5.1.

Andelen, der har pjækket fra undervisningen mindst én dag inden for den sidste måned, er 34,1 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 19,8 % blandt unge mænd i referencegruppen, mens andelen er 24,9 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed og 13,8 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Tabel 5.5.1 Indikatorer for skoleliv blandt unge på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i reference-gruppen		OR ²	95 % sikkerheds-grænser	OR ³	95 % sikkerheds-grænser
	Procent	Antal svar-personer ¹	Procent	Antal svar-personer ¹				
Høj skoletilfredshed (synes meget godt eller godt om at gå i skole for øjeblikket)								
Alle	64,6	1.361	89,2	5.893	0,23	(0,20 - 0,26)	0,23	(0,20 - 0,26)
Mænd	63,5	444	89,7	2.829	0,21	(0,17 - 0,27)	0,21	(0,17 - 0,26)
Kvinder	65,1	917	88,7	3.064	0,24	(0,20 - 0,29)	0,24	(0,20 - 0,29)
Pjækket fra undervisningen mindst en dag inden for den sidste måned								
Alle	27,9	1.362	16,7	5.903	1,99	(1,73 - 2,29)	1,99	(1,72 - 2,29)
Mænd	34,1	446	19,8	2.829	1,93	(1,55 - 2,41)	1,93	(1,54 - 2,40)
Kvinder	24,9	916	13,8	3.074	2,03	(1,69 - 2,44)	2,02	(1,68 - 2,43)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52).

Gennemsnit af grundskolekarakter

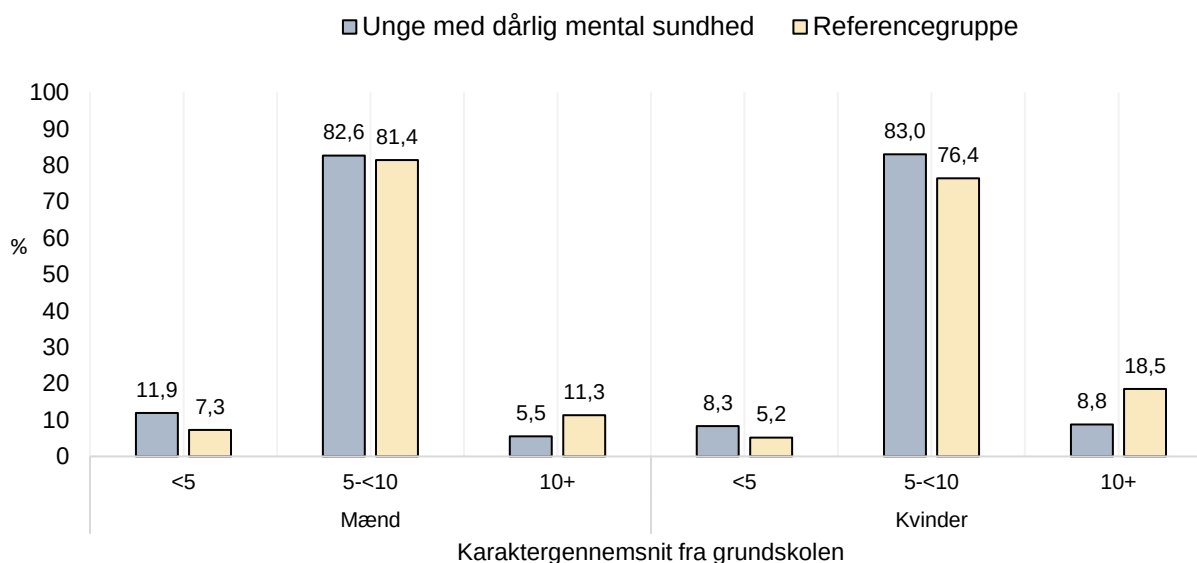
På baggrund af registeroplysninger om elevernes karakterer i grundskolen fra alle fag med karakterer (årskarakterer, skriftlige og mundtlige eksamenskarakterer) i 9. eller 10. klasse beskrives nedenfor andelen af elever fra de gymnasiale uddannelser, der havde et karaktergennemsnit i grundskolen på henholdsvis "mindre end 5", "5 til mindre end 10" og "10 eller derover".

Det fremgår af figur 5.5,1, at der både blandt unge mænd og kvinder med dårlig mental sundhed er en større andel af unge, der har et grundskolekaraktergennemsnit under 5, sammenlignet med unge mænd og kvinder i referencegruppen.

Omvendt ses en mindre andel blandt unge mænd og kvinder med dårlig mental sundhed, der har et grundskolekaraktergennemsnit på 10 eller derover, sammenlignet med unge mænd og kvinder i referencegruppen. Eksempelvis har 8,8 % af de unge kvinder med dårlig mental sundhed et karaktergennemsnit fra grundskolen på 10 eller derover, mens det gør sig gældende for 18,5 % af de unge kvinder i referencegruppen.

I gennemsnit har unge med dårlig mental sundhed et karaktergennemsnit fra grundskolen, der er 0,54 lavere (95 % sikkerhedsgrænser: -0.63 til -0.44) end blandt unge i referencegruppen, når der i analyserne er taget højde for køn, alder og forældrenes uddannelsesniveau.

Figur 5.5.1 Karaktergennemsnit fra grundskolen blandt unge på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen. Procent.



Kilder: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52) og "UDKF – Grundskolekarakterer" fra Danmarks Statistik.

5.5.2 Erhvervsuddannelser

Skoletilfredshed

I UNG19 – EUD har eleverne angivet, hvad de synes om at gå på deres skole for øjeblikket. Svarmulighederne var: "Meget godt", "Godt", "Mindre godt" og "Dårligt". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der oplever høj skoletilfredshed, defineret som de elever, der har svaret "Meget godt" eller "Godt".

I tabel 5.5.2 fremgår det, at unge kvinder med dårlig mental sundhed har markant lavere chance for at synes godt eller meget godt at gå i skole for øjeblikket (høj skoletilfredshed) sammenlignet med unge kvinder i referencegruppen. Det har ikke været muligt at beskrive høj skoletilfredshed blandt unge mænd som følge af et for lille antal personer i opgørelserne.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed oplever 75,9 % høj skoletilfredshed, mens det gør sig gældende for 94,6 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Tabel 5.5.2 Høj skoletilfredshed blandt unge kvinder på erhvervsuddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen		OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹				
Høj skoletilfredshed (synes meget godt eller godt om at gå i skole for øjeblikket)								
Kvinder	75,9	79	94,6	242	0,18	(0,08 - 0,38)	0,19	(0,09 - 0,40)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (121).

5.6 Forældres socioøkonomiske position og psykisk sygdom



Hovedpointer i afsnittet:

Unge fra gymnasiale uddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark har sammenlignet med referencegruppen generelt en højere risiko for at have oplevet potentielt belastende livsbegivenheder i barndommen (psykisk sygdom hos forældre, brud i familien) samt højere risiko for, at familien er i en lavere socioøkonomiske position.

- Således har unge fra gymnasiale uddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark sammenlignet med referencegruppen en højere risiko for at have oplevet brud i familien i løbet af barndommen, at have mindst én forælder, der har haft kontakt til psykiatrien i løbet af den unges barndom, og at familiens indkomst er i laveste kvartil. De har desuden en lavere chance for, at mindst én af den unges forældre er beskæftiget, om end sidstnævnte kun gør sig gældende blandt de unge kvinder. Disse indikatorer har ikke været mulige at opføre for unge på erhvervsuddannelser.

I følgende afsnit beskrives socioøkonomiske faktorer og kontakt til psykiatrien hos forældre til unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen (unge med moderat/god mental sundhed) på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark. Disse indikatorer har ikke været mulige at opføre for unge på erhvervsuddannelser.

Brud i familien

På baggrund af oplysninger fra CPR-registeret om forældres civilstand og familietype beskrives nedenfor andelen af deltagere i UNG19-GYM, der har oplevet brud i familien i løbet af barndommen. "Brud i familien" er defineret som deltagere med forældre, der har ændret status fra gift eller samlevende til enlige, mens deltageren var 0-18 år.

Af tabel 5.6.1 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en højere risiko for at have oplevet brud i familien i løbet af barndommen sammenlignet med unge i referencegruppen. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed har 38,1 % oplevet brud i familien i løbet af barndommen, mens det gør sig gældende for 30,9 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 42,4 % oplevet brud i familien i løbet af barndommen, mens det gør sig gældende for 35,3 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Forældres kontakt til psykiatrien

Forældres kontakt til psykiatrien blandt deltagere i UNG19-GYM er opgjort på baggrund af data fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister vedrørende kontakt til psykiatriske sygehusafdelinger før 1995, mens kontakter til psykiatriske sygehusafdelinger fra 1995 og frem (inklusive ambulante kontakter og skadestuekontakt) er baseret på data fra Landspatientregisteret. Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser med mindst én forælder, der har haft kontakt til psykiatriske sygehusafdelinger (psykiatrien), mens deltageren var 0-17 år.

Af tabel 5.6.1 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en højere risiko for at have mindst én forælder, der har haft kontakt til psykiatrien, sammenlignet med unge i referencegruppen. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed har 21,4 % mindst én forælder, der har haft kontakt til psykiatrien, mens det gør sig gældende for 14,9 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 23,6 % mindst én forælder, der har haft kontakt til psykiatrien, mens det gør sig gældende for 16,2 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Familiens indkomst

Baseret på oplysninger om "Ækvivaleret disponibel indkomst for familien" fra registeret "FAIK – familieindkomster" fra Danmarks Statistik opgøres familieindkomsten opdelt i kvartiler i året inden deltagelse blandt deltagere i UNG19-GYM (se mere detaljeret beskrivelse af registeret i metodeafsnittet). Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, hvor familiens indkomst er i laveste kvartil.

Det ses i tabel 5.6.1, at unge med dårlig mental sundhed har en højere risiko for, at familiens indkomst er i laveste kvartil, sammenlignet med unge i referencegruppen. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Andelen, hvor familiens indkomst er i laveste kvartil, er 35,9 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 24,8 % blandt unge mænd i referencegruppen. Tilsvarende andel blandt kvinder med dårlig mental sundhed er 35,3 % og 26,3 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Forælder er beskæftiget

På baggrund af oplysninger om socioøkonomisk status (SOCIO13) fra Arbejdsklassifikationsmodulet fra Danmarks Statistik beskrives nedenfor andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har mindst én forælder, der er beskæftiget, defineret som enten at være lønmodtager, selvstændig eller medhjælpende ægtefælle blandt deltagere i UNG19-GYM (se mere detaljeret beskrivelse af variabelen i Bilag 1).

Det fremgår af tabel 5.6.1, at unge kvinder med dårlig mental sundhed har en lavere chance for, at mindst én af deres forældre er beskæftiget, sammenlignet med unge kvinder i referencegruppen.

For de unges mænds vedkommende ses der ikke forskel i chancen herfor mellem unge mænd med dårlig mental sundhed og referencegruppen af unge mænd, når der tages højde for deltagerens alder og forældrenes uddannelsesniveau.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 92,5 % mindst én forælder, der er beskæftiget, mens det gør sig gældende for 95,2 % af unge kvinder i referencegruppen.

Tabel 5.6.1 Socioøkonomiske faktorer og kontakt til psykiatrien hos forældre til unge fra gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen					
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹	OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
Brud i familien i barndommen ⁴								
Alle	41,0	1.438	33,1	6.207	1,34	(1,19 – 1,51)	1,30	(1,15 – 1,46)
Mænd	38,1	485	30,9	3.016	1,34	(1,10 – 1,64)	1,31	(1,07 – 1,60)
Kvinder	42,4	953	35,3	3.191	1,34	(1,15 – 1,55)	1,29	(1,11 – 1,50)
Mindst én forælder har haft kontakt til psykiatrien ⁵								
Alle	22,8	1.441	15,6	6.229	1,57	(1,36 - 1,81)	1,51	(1,31 - 1,74)
Mænd	21,4	487	14,9	3.025	1,55	(1,22 - 1,97)	1,48	(1,17 - 1,89)
Kvinder	23,6	954	16,2	3.204	1,59	(1,33 - 1,90)	1,53	(1,28 - 1,83)
Familiens indkomst er i laveste kvartil								
Alle	35,5	1.441	25,6	6.229	1,54	(1,36 - 1,74)	1,45	(1,27 - 1,64)
Mænd	35,9	487	24,8	3.025	1,59	(1,30 - 1,95)	1,49	(1,21 - 1,84)
Kvinder	35,3	954	26,3	3.204	1,51	(1,29 - 1,76)	1,42	(1,21 - 1,66)
Mindst én forælder er beskæftiget ⁶								
Alle	92,3	1.438	94,9	6.221	0,65	(0,52 - 0,82)	0,71	(0,56 - 0,89)
Mænd	91,8	485	94,6	3.022	0,68	(0,47 - 0,97)	0,73	(0,51 - 1,05)
Kvinder	92,5	953	95,2	3.199	0,64	(0,48 - 0,86)	0,70	(0,52 - 0,94)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

⁴ Forældre, der har ændret status fra gift eller samlevende til enlige, mens deltageren var 0-18 år.

⁵ Mindst én forælder har haft kontakt til psykiatriske sygehusafdelinger (indlæggelser, ambulant kontakt eller skadestuekontakt), mens deltageren var 0-17 år.

⁶ Mindst én forælder er lønmodtager, selvstændig eller medhjælpende ægtefælle.

Kilder: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52), CPR-registeret, "FAIK – familieindkomster" fra Danmarks Statistik, Arbejdsklassifikationsmodulet fra Danmarks Statistik, Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister og Landspatientregisteret.

5.7 Sundhedsadfærd



Hovedpointer i afsnittet:

Unge fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark har sammenlignet med referencegruppen generelt en højere risiko for at have en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd.

- Unge fra gymnasiale uddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark har sammenlignet med referencegruppen en højere risiko for at være daglig ryger samt ikke at leve op til WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet. For unge på erhvervsuddannelser ses ikke tydelige sammenhænge i forhold til rygning og fysisk aktivitet.
- Der ses ikke en tydelig forskel i risikoen for at overskride Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag mellem gruppen med dårlig mental sundhed og referencegruppen.
- Unge fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark har sammenlignet med referencegruppen en højere risiko for at have været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage samt at have haft søvnproblemer mere end én gang ugentligt indenfor de sidste 6 måneder.

I følgende afsnit beskrives indikatorer for sundhedsadfærd blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen (unge med moderat/god mental sundhed) på gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark.

For både elever fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser beskrives indikatorer for alkoholindtag, rygning, fysisk aktivitet og søvnproblemer.

5.7.1 Gymnasiale uddannelser

Alkohol

I UNG19 – GYM har eleverne angivet, hvor mange genstande de drikker på hver af ugens dage i løbet af en normal uge, hvorudfra deres ugentlige alkoholindtag er beregnet.

Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag blandt voksne er 21 genstande per uge for mænd og 14 genstande per uge for kvinder. Unge i alderen under 16 år frarådes helt at drikke, og unge mellem 16 og 18 år rådes til at drikke mindst muligt samt at stoppe før 5 genstande ved samme lejlighed (1).

Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag.

Af tabel 5.7.1 ses, at der ikke er tydelig forskel i risikoen for at overskride højrisikogrænsen for alkoholindtag mellem gruppen med dårlig mental sundhed og referencegruppen, hverken blandt unge mænd eller kvinder.

Rygning

I UNG19 – GYM er eleverne blevet spurgt til, om de ryger cigaretter (ikke e-cigaretter). Svarmulighederne var "Ja, hver dag", "Ja, hver uge", "Ja, sjældnere end hver uge", "Nej, jeg er holdt op med at ryge cigaretter", "Nej, men jeg har prøvet at ryge cigaretter enkelte gange" og "Nej, jeg har aldrig prøvet at ryge cigaretter – ikke engang et enkelt sug". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har angivet, at de ryger dagligt.

Af tabel 5.7.1 fremgår det, at der er en højere risiko for at være daglig ryger blandt både unge mænd og kvinder med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed ryger 13,1 % dagligt, mens det gør sig gældende for 6,7 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed ryger 12,8 % dagligt, mens det gør sig gældende for 5,8 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Fysisk aktivitet

I UNG19 – GYM er eleverne blevet spurgt til, hvor mange timer og minutter de bruger på moderat og hård fysisk aktivitet på en typisk uge uden for skoletid (for eksempel rask gang, cykling som transport eller motion, havearbejde, løb eller motionsidræt). Ligeledes er de spurgt til, hvor meget af tiden, der bliver brugt på hård fysisk aktivitet, ud af den tid, de angiver at bruge på fysisk aktivitet på en typisk uge.

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) anbefaler, at voksne fra 18 til 64 år er fysisk aktive i mindst 2,5 timer om ugen ved moderat intensitet eller i mindst 75 minutter ved hård intensitet, eller en kombination heraf. For børn og unge i alderen 5 til 17 år er WHO's minimumsanbefaling mindst 60 minutters fysisk aktivitet dagligt ved moderat til høj intensitet (2).

Nedenfor beskrives andelen af unge af unge fra gymnasiale uddannelser, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet for voksne. Det skal bemærkes, at når der anvendes WHO's minimumsanbefaling for de voksne i opgørelsen, vil der være en større andel af de 15-17-årige i studiepopulationen, der opfylder minimumsanbefalingen, end hvis minimumsanbefalingen for børn og unge havde været anvendt.

Af tabel 5.7.1 fremgår det, at både blandt unge mænd og unge kvinder med dårlig mental sundhed ses en højere risiko for ikke at leve op til WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet for voksne sammenlignet med referencegruppen.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, 19,1 %, mens tilsvarende andel blandt unge mænd i referencegruppen er 11,3 %.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, 23,3 %, mens tilsvarende andel blandt unge kvinder i referencegruppen er 15,9 %.

Træthed

I UNG19 – GYM har eleverne angivet, om de inden for de seneste 14 dage har været generet af træthed. Svarmulighederne var: "Nej", "Ja, lidt generet" og "Ja, meget generet". Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der har været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage, defineret som de elever, der har svaret "Ja, meget generet".

Af tabel 5.7.1 fremgår det, at både blandt unge mænd og unge kvinder med dårlig mental sundhed ses en markant højere risiko for at have været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage sammenlignet med referencegruppen.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen, der har været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage, 37,2 %, mens tilsvarende andel blandt unge mænd i referencegruppen er 13,4 %.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen, der har været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage, 45,5 %, mens tilsvarende andel blandt unge kvinder i referencegruppen er 19,8 %.

Søvnproblemer

I UNG19 – GYM har eleverne angivet, hvorvidt de inden for de sidste 6 måneder har haft søvnproblemer. Svarmulighederne var: "Sjældent eller aldrig", "Næsten hver måned", "Næsten hver uge", "Mere end en gang om ugen" og "Næsten hver dag". Nedenfor beskrives den andel af unge fra gymnasiale uddannelser, der mere end én gang ugentligt har haft søvnproblemer, defineret som de elever, der enten har svaret "Mere end en gang om ugen" eller "Næsten hver dag".

Det fremgår af tabel 5.7.1, at der er en markant højere risiko for mere end én gang ugentligt at have haft søvnproblemer inden for de sidste 6 måneder blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen. Dette gælder både blandt mænd og kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed har 45,9 % haft søvnproblemer mere end én gang ugentligt, mens det gør sig gældende for 16,6 % af de unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 52,2 % haft søvnproblemer mere end én gang ugentligt, mens det gør sig gældende for 21,3 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Tabel 5.7.1 Indikatorer for sundhedsadfærd blandt unge fra gymnasiale uddannelser (UNG19-GYM) i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

Danmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen ¹ : Antal, procent og odds ratio (OR).								
	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i reference-gruppen					
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹	OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
Overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtag								
Alle	25,9	1.264	23,7	5.562	1,12	(0,97 - 1,29)	1,10	(0,95 - 1,26)
Mænd	23,1	416	21,2	2.670	1,15	(0,90 - 1,47)	1,13	(0,88 - 1,44)
Kvinder	27,4	848	26,0	2.892	1,10	(0,93 - 1,31)	1,08	(0,90 - 1,28)
Daglig rygning								
Alle	12,9	1.387	6,2	5.977	2,11	(1,73 - 2,56)	2,03	(1,67 - 2,47)
Mænd	13,1	459	6,7	2.873	1,84	(1,35 - 2,53)	1,81	(1,32 - 2,48)
Kvinder	12,8	928	5,8	3.104	2,33	(1,82 - 3,00)	2,23	(1,73 - 2,87)
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet								
Alle	21,9	1.354	13,7	5.910	1,64	(1,41 - 1,91)	1,61	(1,38 - 1,87)
Mænd	19,1	445	11,3	2.847	1,76	(1,35 - 2,29)	1,72	(1,32 - 2,25)
Kvinder	23,3	909	15,9	3.063	1,59	(1,33 - 1,91)	1,55	(1,29 - 1,86)
Meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage								
Alle	42,7	1.378	16,7	5.964	3,49	(3,07 - 3,97)	3,48	(3,06 - 3,95)
Mænd	37,2	452	13,4	2.862	3,82	(3,06 - 4,76)	3,79	(3,04 - 4,73)
Kvinder	45,5	926	19,8	3.102	3,35	(2,86 - 3,92)	3,34	(2,86 - 3,91)
Søvnproblemer, mere end én gang ugentligt								
Alle	50,1	1.364	19,1	5.906	4,06	(3,58 - 4,61)	4,02	(3,55 - 4,56)
Mænd	45,9	447	16,6	2.833	4,12	(3,33 - 5,09)	4,08	(3,30 - 5,04)
Kvinder	52,2	917	21,3	3.073	4,02	(3,44 - 4,70)	3,98	(3,40 - 4,65)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52).

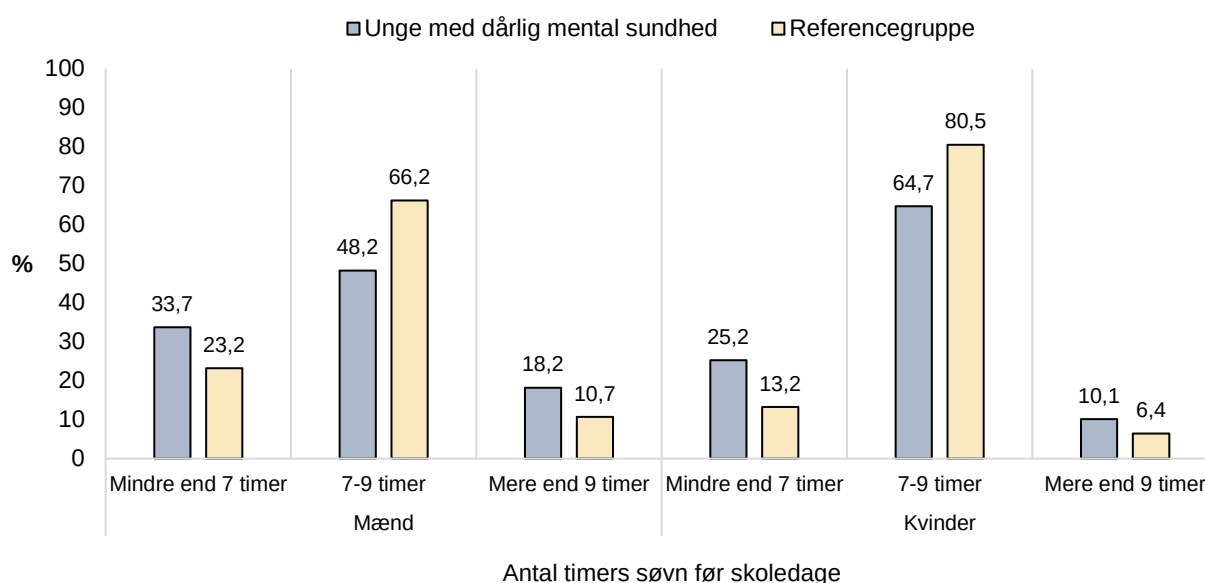
Søvnkvantitet

Eleverne i UNG19 – GYM har angivet, hvornår de plejer at falde i søvn, hvis de skal i skole næste dag, samt hvornår de plejer at vågne om morgenen, når de skal i skole, hvorudfra det samlede antal timers søvn før skoledage er beregnet. Nedenfor beskrives andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der får mindre end 7 timers søvn, 7-9 timers søvn og mere end 9 timers søvn før skoledage.

Det fremgår af figur 5.7.1, at både blandt unge mænd og unge kvinder med dårlig mental sundhed er der en større andel, der får mindre end 7 timers søvn før skoledage, sammenlignet med unge mænd og kvinder i referencegruppen. Der ses ligeledes en større andel, der får mere end 9 timers søvn før skoledage, blandt både unge mænd og kvinder med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen. Omvendt er der en mindre andel af unge med dårlig mental sundhed, der

får 7-9 timers søvn før skoledage, end blandt unge i referencegruppen. Dette ses både blandt unge mænd (48,2 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed; 66,2 % blandt unge mænd i referencegruppen) og kvinder (64,7 % blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed; 80,5 % blandt kvinder i referencegruppen).

Figur 5.7.1 Antal timers søvn før skoledage blandt unge på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed og i referencegruppen. Procent.



Kilde: UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52).

5.7.2 Erhvervsuddannelser

Alkohol

I UNG19 – EUD har eleverne angivet, hvor mange genstande de drikker på hver af ugens dage i løbet af en normal uge, hvorudfra deres ugentlige alkoholindtag er beregnet.

Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag blandt voksne er 21 genstande per uge for mænd og 14 genstande per uge for kvinder. Unge i alderen under 16 år frarådes helt at drikke, og unge mellem 16 og 18 år rådes til at drikke mindst muligt samt at stoppe før 5 genstande ved samme lejlighed (1).

Nedenfor beskrives andelen af unge af unge fra erhvervsuddannelser, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag.

Af tabel 5.7.2 ses, at der ikke er en tydelig forskel i risikoen for at overskride højrisikogrænsen for alkoholindtag mellem gruppen med dårlig mental sundhed og referencegruppen, hverken blandt unge mænd eller kvinder.

Rygning

I UNG19 – EUD er eleverne blevet spurgt til, om de ryger cigaretter (ikke e-cigaretter). Svarmulighederne var: "Ja, hver dag", "Ja, hver uge", "Ja, sjældnere end hver uge", "Nej, jeg er holdt op med at ryge cigaretter", "Nej, men jeg har prøvet at ryge cigaretter enkelte gange" og "Nej, jeg har aldrig prøvet at ryge cigaretter – ikke engang et enkelt sug". Nedenfor beskrives den andel af unge fra erhvervsuddannelser, der har angivet, at de ryger dagligt.

Af tabel 5.7.2 fremgår det, at der ikke er tydelig forskel i risikoen for at ryge dagligt mellem gruppen af unge med dårlig mental sundhed og referencegruppen, hverken blandt unge mænd eller unge kvinder.

Fysisk aktivitet

I UNG19 – EUD er eleverne blevet spurgt til, hvor mange timer og minutter de bruger på moderat og hård fysisk aktivitet på en typisk uge (for eksempel rask gang, cykling som transport eller motion, havearbejde, løb eller motionsidræt). Ligeledes er de spurgt til, hvor meget af tiden, der bliver brugt på hård fysisk aktivitet ud af den tid, de angiver at bruge på fysisk aktivitet på en typisk uge.

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) anbefaler, at voksne fra 18 til 64 år er fysisk aktive i mindst 2,5 timer om ugen ved moderat intensitet eller i mindst 75 minutter ved hård intensitet, eller en kombination heraf (2).

Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet for voksne.

Af tabel 5.7.2 fremgår det, at der ikke er tydelig forskel i risikoen for ikke at leve op til WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet mellem gruppen med dårlig mental sundhed og referencegruppen, hverken blandt unge mænd eller unge kvinder.

Træthed

I UNG19 – EUD har eleverne angivet, om de inden for de seneste 14 dage har været generet af træthed. Svarmulighederne var: "Nej", "Ja, lidt generet" og "Ja, meget generet". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der har været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage, defineret som de elever, der har svaret "Ja, meget generet".

Af tabel 5.7.2 fremgår det, at blandt unge med dårlig mental sundhed ses en højere risiko for at have været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage sammenlignet med referencegruppen. For unge mænd med dårlig mental sundhed er risikoen herfor markant højere sammenlignet med referencegruppen af unge mænd.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed er andelen, der har været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage 39,4 %, mens tilsvarende andel blandt unge mænd i referencegruppen er 16,1 %.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed er andelen, der har været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage 44,3 %, mens tilsvarende andel blandt unge kvinder i referencegruppen er 29,8 %.

Søvnproblemer

I UNG19 – EUD har eleverne angivet, hvorvidt de inden for de sidste 6 måneder har haft søvnproblemer. Svarmulighederne var: "Sjældent eller aldrig", "Næsten hver måned", "Næsten hver uge", "Mere end en gang om ugen" og "Næsten hver dag". Nedenfor beskrives andelen af unge fra erhvervsuddannelser, der mere end én gang ugentligt har haft søvnproblemer, defineret som de elever, der enten har svaret "Mere end en gang om ugen" eller "Næsten hver dag".

Det fremgår af tabel 5.7.2, at unge med dårlig mental sundhed har en højere risiko for mere end én gang ugentligt at have haft søvnproblemer inden for de sidste 6 måneder sammenlignet med referencegruppen. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Andelen af unge mænd, der mere end én gang ugentligt har haft søvnproblemer inden for de sidste 6 måneder, er 35,2 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed mod 19,5 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 48,7 % haft søvnproblemer mere end én gang ugentligt inden for de sidste 6 måneder, mens det gør sig gældende for 27,7 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Tabel 5.7.2. Indikatorer for sundhedsadfærd blandt unge fra erhvervsuddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

mental sundhed sammenlignet med referencegruppen ¹ : Antal, procent og odds ratio (OR).								
Unge med dårlig mental sundhed			Unge i reference-gruppen					
	Procent	Antal svar-personer ¹	Procent	Antal svar-personer ¹	OR ²	95 % sikkerheds-grænser	OR ³	95 % sikkerheds-grænser
Overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtag								
Alle	25,9	135	25,9	591	1,10	(0,71 - 1,70)	1,09	(0,71 - 1,70)
Mænd	36,5	63	26,3	377	1,78	(1,00 - 3,17)	1,74	(0,98 - 3,10)
Kvinder	16,7	72	25,2	214	0,60	(0,30 - 1,21)	0,61	(0,30 - 1,23)
Daglig rygning								
Alle	34,0	150	28,0	653	1,37	(0,93 - 2,01)	1,37	(0,93 - 2,01)
Mænd	31,0	71	28,7	411	1,15	(0,67 - 2,00)	1,17	(0,67 - 2,03)
Kvinder	36,7	79	26,9	242	1,63	(0,95 - 2,80)	1,59	(0,92 - 2,75)
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet								
Alle	30,0	150	25,0	648	1,29	(0,87 - 1,92)	1,29	(0,87 - 1,92)
Mænd	33,8	71	24,4	406	1,61	(0,93 - 2,77)	1,60	(0,93 - 2,76)
Kvinder	26,6	79	26,0	242	1,02	(0,57 - 1,82)	1,03	(0,58 - 1,84)
Meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage								
Alle	42,0	150	21,2	645	2,52	(1,72 - 3,69)	2,53	(1,72 - 3,71)
Mænd	39,4	71	16,1	403	3,43	(1,99 - 5,94)	3,35	(1,93 - 5,81)
Kvinder	44,3	79	29,8	242	1,92	(1,13 - 3,24)	1,91	(1,13 - 3,24)
Søvnproblemer, mere end én gang ugentligt								
Alle	42,3	149	22,6	643	2,43	(1,66 - 3,55)	2,43	(1,66 - 3,56)
Mænd	35,2	71	19,5	401	2,34	(1,35 - 4,05)	2,37	(1,36 - 4,10)
Kvinder	48,7	78	27,7	242	2,52	(1,49 - 4,27)	2,45	(1,44 - 4,16)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder.

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (121).

5.8 Kontakt til sundhedsvæsenet og sigtelser for strafbar handling



Hovedpointer i afsnittet:

- Unge fra gymnasiale uddannelser med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark har sammenlignet med referencegruppen en større risiko for at have haft kontakt til psykiatrien i løbet af barndommen. For de unge kvinders vedkommende ses også en større risiko for at have indløst recept på psykofarmaka inden for det seneste år samt at have haft kontakt til privatpraktiserende psykolog eller psykiater inden for det seneste år. Det har ikke været muligt at opgøre kontakt til privatpraktiserende psykolog eller psykiater for unge mænd på grund af et for lille antal personer i opgørelsen.
- Der ses ikke en forskel mellem unge med dårlig mental sundhed og unge i referencegruppen i risikoen for kontakt til det somatiske sygehusvæsen (indlæggelser, skadestue, ambulant kontakt) og almen praktiserende læge inden for det seneste år.
- Unge mænd med dårlig mental sundhed fra gymnasiale uddannelser har i sammenligning med mænd i referencegruppen en højere risiko for at have været sigtet for en strafbar handling. Der ses ingen forskel i risikoen herfor mellem unge kvinder med dårlig mental sundhed og unge kvinder i referencegruppen.
- Disse indikatorer har ikke været mulige at opgøre for unge på erhvervsuddannelser.

I følgende afsnit beskrives indikatorer for kontakt til sundhedsvæsenet, brug af psykofarmaka samt sigtelser for strafbare handlinger blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen (unge med moderat/god mental sundhed) på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark. Disse indikatorer har ikke været mulige at opgøre for unge på erhvervsuddannelser.

5.8.1 Gymnasiale uddannelser

Kontakt til alment praktiserende læge det seneste år

Baseret på data fra Sygesikringsregisteret beskrives nedenfor andelen, der inden for det seneste år har haft kontakt til alment praktiserende læge blandt unge fra gymnasiale uddannelser, der har deltaget i UNG19-GYM i Region Syddanmark.

Af tabel 5.8.1 fremgår det, at der ikke ses en forskel i risikoen for kontakt til praktiserende læge det seneste år mellem unge med dårlig mental sundhed og unge i referencegruppen. Hverken blandt unge mænd eller unge kvinder.

Kontakt til psykiater eller psykolog det seneste år

Baseret på data fra Sygesikringsregisteret beskrives nedenfor andelen, der i året inden deltagelse i UNG19-GYM har haft kontakt til en privatpraktiserende psykolog eller psykiater via sygesikringsordningen blandt unge på gymnasiale uddannelser, der har deltaget i UNG19-GYM i Region Syddanmark. Det skal bemærkes, at kontakt til psykolog og psykiater, der ikke går via sygesikringen, er ikke inkluderet i denne opgørelse.

Kvinder med dårlig mental sundhed har en markant højere risiko for at have haft kontakt til en privatpraktiserende psykiater eller psykolog inden for det seneste år sammenlignet med kvinder i referencegruppen, se tabel 5.8.1. Som følge af et for lille antal af personer i opgørelsen, har det ikke været muligt at opgøre risikoen for kontakt til en privatpraktiserende psykolog eller psykiater inden for det seneste år blandt unge mænd.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 3,1 % haft kontakt til en privatpraktiserende psykolog eller psykiater inden for det seneste år, mens det gør sig gældende for 0,9 % af de unge kvinder i referencegruppen.

Kontakt til somatisk skadestue det seneste år

Baseret på oplysninger om kontakt til somatiske skadestuer (akut ambulant kontakt) fra Landspatientregisteret beskrives nedenfor andelen, der har haft kontakt til en somatisk skadestue, inden for det seneste år, blandt unge på gymnasiale uddannelser, der har deltaget i UNG19-GYM i Region Syddanmark.

Af tabel 5.8.1 fremgår det, at der ikke er forskel i risikoen for kontakt til somatisk skadestue det seneste år mellem unge med dårlig mental sundhed og unge i referencegruppen. Hverken blandt unge mænd eller unge kvinder.

Indlæggelser og ambulante kontakter til somatisk hospital

Baseret på oplysninger om hospitalsindlæggelser og ambulant kontakter fra Landspatientregisteret, beskrives nedenfor andelen, der har været indlagt eller haft ambulant kontakt til et somatisk hospital i året inden deltagelse i UNG19-GYM blandt unge på gymnasiale uddannelser, der har deltaget i UNG19-GYM i Region Syddanmark.

Der ses ingen forskel i risikoen for indlæggelse eller ambulant kontakt til det somatiske hospitalsvæsen inden for det seneste år mellem unge med dårlig mental sundhed og unge i referencegruppen. Hverken blandt unge mænd eller unge kvinder.

Kontakt til psykiatrien

Kontakt til psykiatrien er opgjort på baggrund af data fra Landspatientregisteret. Nedenfor beskrives andelen, der har haft kontakt til psykiatriske sygehusafdelinger (psykiatrien) i alderen 0-18 år blandt unge på gymnasiale uddannelser, der har deltaget i UNG19-GYM i Region Syddanmark.

Af tabel 5.8.1 fremgår det, at unge med dårlig mental sundhed har en højere risiko for at have haft kontakt til psykiatrien i alderen 0-18 år sammenlignet med unge i referencegruppen. Dette gælder både blandt unge mænd og unge kvinder.

Blandt unge mænd med dårlig mental sundhed har 15,0 % haft kontakt til psykiatrien i løbet i alderen 0-18 år, mens det gør sig gældende for 5,5 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 16,7 % haft kontakt til det psykiatriske i alderen 0-18 år, mens det gør sig gældende for 8,5 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Psykofarmaka

På baggrund af oplysninger fra Lægemiddeldataseten beskrives nedenfor andelen af unge fra gymnasiale uddannelser, der inden for det seneste år før deltagelse i UNG19-undersøgelsen har indløst recept på psykofarmaka. Psykofarmaka er en samlet betegnelse for medicin mod forskellige psykiske lidelser (se liste med inkluderede præparater i Metodeafsnit).

Det ses af tabel 5.8.1, at risikoen for at have indløst en recept på psykofarmaka inden for det seneste år, er højere blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed sammenlignet med unge kvinder i referencegruppen.

Blandt unge mænd er der ikke tydelig forskel i risikoen for at have indløst recept på psykofarmaka mellem unge mænd med dårlig mental sundhed og unge mænd i referencegruppen.

Blandt unge kvinder med dårlig mental sundhed har 3,6 % indløst recept på psykofarmaka inden for det seneste år, mens det gør sig gældende for 1,3 % blandt unge kvinder i referencegruppen.

Været sigtet for strafbar handling

Baseret på data fra Danmarks Statistiks register "KRSI – Kriminalstatistik sigtelser" beskrives nedenfor andelen af unge, der har været sigtet for en strafbar handling efter straffelov og særlove i alderen 0-18 år blandt unge, der har deltaget i UNG19-GYM i Region Syddanmark. Der er ikke inkluderet oplysninger om sigtelser efter færdselsloven.

Det fremgår af tabel 5.8.1, at der er en højere risiko for at have været sigtet for en strafbar handling blandt unge mænd med dårlig mental sundhed sammenlignet med unge mænd i referencegruppen. Der ses ingen forskel i risikoen mellem unge kvinder med dårlig mental sundhed og unge kvinder i referencegruppen for at have været sigtet for en strafbar handling.

Andelen, der har været sigtet for en strafbar handling, er 7,6 % blandt unge mænd med dårlig mental sundhed og 3,8 % blandt unge mænd i referencegruppen.

Tabel 5.8.1 Kontakt til sundhedsvæsenet og sigtelser for strafbar handling blandt unge fra gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen*. Antal, procent og odds ratio (OR).

	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen					
	Procent	Antal svarpersoner ¹	Procent	Antal svarpersoner ¹	OR ²	95 % sikkerhedsgrænser	OR ³	95 % sikkerhedsgrænser
Kontakt til praktiserende læge inden for det seneste år								
Alle	84,1	1.441	80,5	6.229	0,94	(0,80 - 1,10)	0,95	(0,81 - 1,11)
Mænd	72,5	487	72,0	3.025	0,97	(0,78 - 1,20)	0,97	(0,78 - 1,21)
Kvinder	90,0	954	88,5	3.204	0,88	(0,70 - 1,12)	0,91	(0,71 - 1,15)
Kontakt til psykiater eller psykolog via sygesikringen inden for det seneste år								
Kvinder	3,1	954	0,9	3.204	3,36	(2,00 - 5,64)	3,43	(2,03 - 5,78)
Kontakt til somatisk skadestue inden for det seneste år								
Alle	14,9	1.441	13,6	6.229	1,13	(0,96 - 1,33)	1,12	(0,95 - 1,32)
Mænd	14,2	487	14,3	3.025	0,97	(0,74 - 1,28)	0,96	(0,73 - 1,26)
Kvinder	15,3	954	13,0	3.204	1,23	(1,00 - 1,51)	1,23	(1,00 - 1,51)
Indlæggelser og ambulante kontakter til somatisk hospitalsvæsen inden for det seneste år								
Alle	29,4	1.441	26,6	6.229	1,12	(0,99 - 1,28)	1,11	(0,98 - 1,27)
Mænd	27,7	487	24,9	3.025	1,16	(0,93 - 1,44)	1,14	(0,92 - 1,42)
Kvinder	30,3	954	28,2	3.204	1,10	(0,94 - 1,29)	1,10	(0,94 - 1,29)
Kontakt til psykiatrien i alderen 0-18 år								
Alle	16,1	1.441	7,0	6.229	2,26	(1,90 - 2,69)	2,25	(1,89 - 2,69)
Mænd	15,0	487	5,5	3.025	2,63	(1,94 - 3,56)	2,63	(1,94 - 3,56)
Kvinder	16,7	954	8,5	3.204	2,09	(1,69 - 2,58)	2,08	(1,67 - 2,57)
Indløst recept på psykofarmaka inden for det seneste år ⁴								
Alle	3,1	1.441	1,2	6.229	2,39	(1,63 - 3,50)	2,38	(1,62 - 3,50)
Mænd	2,3	487	1,0	3.025	1,77	(0,86 - 3,61)	1,70	(0,83 - 3,49)
Kvinder	3,6	954	1,3	3.204	2,67	(1,69 - 4,23)	2,69	(1,70 - 4,27)
Været sigtet for strafbar handling i alderen 0-18 år								
Alle	3,3	1.441	2,3	6.229	1,54	(1,10 - 2,18)	1,52	(1,08 - 2,15)
Mænd	7,6	487	3,8	3.025	1,81	(1,23 - 2,68)	1,82	(1,23 - 2,69)
Kvinder	1,2	954	1,0	3.204	1,02	(0,50 - 2,06)	0,96	(0,48 - 1,95)

*Referencegruppen består af unge med moderat/god mental sundhed.

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau

⁴ Baseret på oplysninger fra Lægemiddeldatabasen. Inkluderede præparater er antidepressive lægemidler (ATC gruppe N06A, bortset fra duloxetin N06AX21 i styrken 20 og 40 mg og bupropion N06AX12), antipsykotiske lægemidler og lithium (ATC-gruppe N05A), centralstimulerende lægemidler (ATC-gruppe N06BA og guanfacin C02AC02), benzodiazepiner, benzodiazepinlignende lægemidler og melatonin (ATC-grupperne N05BA, N05CD, N03AE, N05CF, N05CH01) (124).

Kilder: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52), Sygesikringsregisteret, Landpatientregisteret og "KRSI – Kriminalstatistik sigtelser" fra Danmarks Statistik, Lægemiddeldatabasen og medstat.dk (124).

6 Det gode ungeliv – set fra de unges perspektiv



Hovedpointer i kapitlet:

I dette kapitel belyses det gode ungdomsliv – og dets udfordringer – set ud fra et ungeperspektiv, repræsenteret af unge fra folkeskolen og forskellige ungdomsuddannelser samt unge, der ikke er i gang med en uddannelse eller arbejde.

- Overgangen fra barn til voksen er karakteriseret ved mere frihed og ansvar, og dét at flytte hjemmefra og blive selvforsørgende er en skelsættende begivenhed for de fleste unge i denne undersøgelse.
- Mens familien for nogle unge er en væsentlig ressource, er familien også en kilde til stress for andre. Især de hjemmeboende unge fremhæver deres familie og forældre som en væsentlig ressource.
- De unge oplever, at fritidsinteresser, især fysisk aktivitet, er med til at fremme den mentale sundhed. Her søger de unge typisk et socialt fællesskab med andre unge, mens andre er mere motiverede af at få den rigtige krop eller at kunne koble af. Netop alenetid og dét at koble af fremhæves også af flere unge.
- Fester fremhæves særligt, når de unge italesætter det gode ungdomsliv. Her udgør alkohol et centralt emne, som for de unge er forbundet med forskellige dilemmaer.
- Interviewene viser, at nedlukningen i foråret 2020 har påvirket de unges hverdagsliv og trivsel negativt. Her har de sociale medier og muligheden for digitalt samvær været essentielt for at opretholde sociale relationer og en så normal hverdag som mulig. De unge oplever dog også, at brugen af sociale medier er forbundet med forskellige udfordringer, for eksempel at man hele tiden er på, og at meget indhold er kropsfikseret. Flere oplever, at netop dette påvirker synet på dem selv og deres krop negativt.

I dette kapitel præsenteres resultaterne fra den kvalitative undersøgelse blandt børn og unge i Region Syddanmark. Formålet er at belyse de unges forståelse af det gode ungdomsliv og af de faktorer, der enten positivt eller negativt kan påvirke deres trivsel og mentale sundhed. Afsnit 6.1 giver en kort karakteristik af de unge, som deltog i undersøgelsen. Herefter følger afsnit 6.2 til 6.7, som beskriver resultaterne af analyserne af workshops og interview, som er opsummeret i fire hovedtemaer: (1) Overgangen fra barn til voksen, (2) Venner og familie, (3) Hverdagslivet, og (4) Det digitale ungdomsliv.

Den kvalitative undersøgelse bygger på fire workshops på henholdsvis en erhvervsskole, produktionsskole, et alment gymnasium og en UU-enhed i Region Syddanmark, samt 12 individuelle interview med unge i alderen 14-24 år fra førnævnte institutioner og fire 9.-klasseelever fra forskellige folkeskoler. Hver workshop har haft en varighed halvanden time og består

af to øvelser, der handlede om, hvilke forhold der enten negativt eller positivt påvirker ungdomslivet. Disse workshops blev afholdt i efteråret 2020.

Interviewene var semistrukturerede og har til formål at belyse emner som sociale relationer, skole, fritid, digitale medier, fremtid. Metoden er nærmere beskrevet i bilaget. Interviewene blev udført fra september 2020 til januar 2021. I analysen har vi både sat fokus på de generelle forhold og tendenser i ungdomslivet, som går på tværs af hele gruppen af unge, og på de forskelligheder, vi ser i de unges problemer og måder at tackle forskellige situationer på.

6.1 Karakteristika af deltagerne

Deltagerne er udvalgt, så de repræsenterer unge i forskellige aldersgrupper og unge i folkeskolen, på ungdomsuddannelserne og unge, som ikke er tilknyttet et arbejde eller en ungdomsuddannelse. Deltagerne er således ikke udvalgt på baggrund af, om de, for eksempel, har en psykiatrisk diagnose eller har oplevet problemer med mistrivsel.

Der deltog 12 unge i interview og 34 til workshops, hvoraf otte af deltagerne i interviewene også deltog i en workshop. Blandt deltagerne, som deltog i interviewundersøgelsen, var otte hjemmeboende og fire udeboende⁵. Som det fremgår af tabel 6.1.1 er deltagerne i alderen 14-24 år, hvoraf fire var i gang med grundskolen, 27 var i gang med en ungdomsuddannelse, og syv var ledige. I både interview og workshops var der en næsten ligelig fordeling mellem mænd og kvinder.

Selvom de unge ikke er udvalgt med udgangspunkt i deres mentale sundhed, og langt de fleste af deltagerne udgøres af unge, som trives og lever et helt almindeligt ungdomsliv, så talte vi også med unge, som kæmpede med forskellige problemer og udfordringer. Det omfatter blandt andet psykisk sygdom (for eksempel anoreksi, selvskade og ADHD), mobning i skolen, skilsmisse og dødsfald i familien eller i den nærmeste omgangskreds, ligesom nogle af de unge var flygtet fra krig eller kom fra familier med store sociale problemer. Deltagerne udgør derfor en meget heterogen gruppe, som i mere eller mindre grad trives i deres dagligdag.

Øvelser under workshop

Billedøvelse

Denne øvelse går ud på, at de unge vælger billeder, som de forbinder med spørgsmålet, *hvad forbinder du med det gode ungdomsliv?* Dernæst bliver gruppens billeder præsenteret og tematiseret i plenum.

Flodøvelse

Floden er metafor for de op- og nedgange, man kan opleve i livet og sin hverdag. Nogle steder flyder vandet afsted i floden, mens der andre steder er forhindringer, som vandfald, dæmning, sten, væltet træ. I denne øvelse skal de unge reflektere over spørgsmålet, *hvad får dig til at trives?* og skrive stikord på post-it sedler, som de bliver bedt om at placere på en plache med en flod og sætte et par ord på, deres post-it og dens placering. Løbende i dette afsnit præsenterer vi post-it sedler fra de forskellige øvelser som eksempler på emner fra flodøvelsen.



⁵ Bosted er ikke opgjort for workshopdeltagerne

Tabel 6.1.1 Fordeling af de unge på køn, alder og job- og uddannelse

	Antal	Procent
Total	38	100
Deltagelse i analysen		
Kun interview	4	11
Kun workshop	26	68
Både interview og workshop	8	21
Køn		
Mænd	19	50
Kvinder og andre*	19	50
Alder (år)		
14-17	20	53
18-20	13	34
21-24	5	13
Uddannelse- og jobsituation		
Grundskole	4	11
Ungdomsuddannelse	27	71
Ledig	7	18

*For eksempel non-binære og genderfluid

6.2 Overgang fra barn (til ung) til voksen



Hovedpointer i afsnittet:

- Overgangen fra barn til voksen er karakteriseret ved mere frihed og ansvar. Dét at flytte hjemmefra og blive selvforsørgende er en skelsættende begivenhed for de fleste unge i denne undersøgelse. De unge er meget optagede af den øgede frihed og ansvar, der følger med det at blive voksen. Der ligger dog en dobbelthed i denne oplevelse; for de fleste af de unge opleves dette som overvejende positivt, mens andre føler sig tyngede af det øgede ansvar. Det hænger blandt andet sammen med, at mens nogle unge selv vælger, hvornår de flytter hjemmefra, oplever andre, at de er tvunget til det, for eksempel på grund af konflikter eller sociale problemer i familien.
- Nogle unge har i overgangen fra barn til ungdoms- og voksenlivet sat spørgsmålstejn ved deres seksualitet og kønsidentitet. Hos disse unge fylder bekymringer om familiens og vennernes reaktion samt accept fra deres omgivelser.

Dette afsnit afdækker de unges perspektiv og oplevelse af at gå fra at være barn til at blive ung og voksen. Afsnittet består af tre undertemaer, herunder oplevelsen af at få øget frihed og ansvar, dét at flytte i egen bolig og blive selvforsørgende og dét at blive mere opmærksom på og reflekteret om sin kønsidentitet og seksualitet. Mens en del af de unge er flyttet hjemmefra og er i gang med en videregående uddannelse, bor andre stadig hjemme og går i folkeskolen. Dermed befinder nogle af de unge sig på tærsklen til voksenlivet, mens andre er godt i gang. Overgangen fra barn til voksen er et centralt samtaleemne, som gik igen i både workshops og interview.

Flytte hjemmefra
(at blive smidt
ud i verden)

Stabil
indkomst

6.2.1 Frihed og ansvar

Flere af de unge er tydeligt optagede af den myndighed og frihed, som følger med dét at blive voksen, hvilket også forbindes med det gode ungdomsliv. Flere unge fremhæver blandt andet, at dét at fylde 18 år betyder, at de nu kan gå i byen og kan tage kørekort, hvilket er blandt de positive ting ved at blive myndig. Derudover fremhæver de unge, at de i højere grad bliver taget alvorligt af deres omgivelser i takt med, at de bliver myndige, hvilket illustreres i nedenstående citat:

"Så ting, jeg tænker også er vigtige for at unges stortrives, det er det her med, at alle bliver hørt mere generelt. Måske førhen oplevede jeg det her med, at jeg fik mundkurv på. På en måde, agtigt, af samfundet."

For andre unge er det ikke udelukkende positivt at skulle give slip på barndommen, som flere beskriver som sørgmodigt og tyngende. Disse unge oplever, at de går fra et bekymringsfrit barn-domsliv til en tilværelse i ungdomslivet- og voksenlivet, hvor de får flere forpligtelser og mere ansvar. Da vi spurgte de unge om betydningsfulde ting, der påvirker deres hverdag på gode og dårlige måder, fremhævede en ung barndommen som en positiv faktor og beskrev det således:

"Man skal til at blive voksen, og man får mere ansvar, og der er bare mange ting man skal tage stilling til."

Blandt de unge er der en stor forskel på, hvornår og hvilken alder de unge har, når de flytter hjemmefra. Hvad der adskiller de unge er, at nogle unge i en meget tidlig alder selv skal agere voksne

og tage ansvar, og på den måde tvinges ud af barndommen, for eksempel fordi de måtte flygte fra krig.

Fælles for hele gruppen af unge er dog, at overgangen fra barndommen til ungdoms- og voksenlivet fremhæves som væsentligt og betydningsfuld for de unge, uanset hvor de unge kommer fra.

6.2.2 At flytte hjemmefra

For de unge er dét at flytte hjemmefra og få sin egen bolig en væsentlig markør for at indtræde i voksenlivet. For nogle af de unge er dét at flytte hjemmefra en meget positiv begivenhed, mens det for andre er en stressbelastning. Disse forskelle skyldes, blandt andet, at mens nogle selv har valgt at flytte i egen bolig, så har andre følt sig nødsaget/tvunget til det. For en del af udeboende unge gælder det, at ydre betingelser har bestemt, hvornår og hvorfor de flyttede hjemmefra, for eksempel fordi de ikke har en familie at bo hos på grund af konflikter med familien eller for at starte på uddannelse, mens det for andre er et frivilligt valg. De unge, der selv har valgt at flytte, oplever det som et naturligt skridt at flytte hjemmefra, som for flere har bidraget positivt til deres følelse af at blive voksen og selvstændig.

De fleste udeboende unge oplever, at det at flytte hjemmefra har medvirket til en positiv selvudvikling. Flere af de unge beretter, at oplevelsen har gjort noget godt for dem, fordi de i højere grad skulle stå på egne ben, have styr på deres eget hjem og løsrive sig fra familien:

"For mig har en god ting været at flytte hjemmefra. Det synes jeg var meget fedt, at jeg fik lov til at være selvstændig og have mit eget lille sted at være, fordi vi er en familie på fire, der boede et meget lille sted. Så det var meget fint lige at have et pusterum, også at bo tættere på byen og ikke være så afhængig af, at min mor skulle køre mig rundt over det hele og sådan lidt, fordi jeg boede meget langt væk, ude på landet. Så jeg er meget glad for min lille lejlighed."

For denne person har det at flytte i egen bolig været positivt, fordi det har givet mere plads til at have sit eget. En vigtig faktor er, at personen selv har kunne vælge at flytte fra landet ind til centrum af byen. Denne person er et eksempel på de forskellige motivationer, de unge har for at flytte i egen bolig. I dette tilfælde har den unge haft ressourcerne til at have succes med udflytningen, og det har givet den unge en følelse af selvstændighed, som får den unge til at trives. På tværs af alle de unge udgør ideen om at flytte hjemmefra derfor en betydningsfuld milepæl i overgangen til voksenlivet.

For de unge, der har set sig nødsaget til at flytte hjemmefra og bo alene, er det derimod forbundet med stress. En ung fortæller om, hvordan vedkommende har oplevet at flytte mange gange i løbet af sit liv. Den unge fortæller, hvordan oplevelsen af at være den nye, hver gang man skulle starte op et nyt sted, har påvirket den unges trivsel negativt og har bidraget til følelsen af rodløshed.

6.2.3 Håndtering af økonomi og selvforsørgelse

For en del af de unge, særligt dem som er flyttet hjemmefra, fylder spørgsmål om økonomi og at kunne forsørge sig selv meget. Af ting, der påvirker de unge negativt, er blandt andet økonomisk ustabilitet; at opleve perioder, hvor de har haft økonomisk ubalance eller har manglet penge, hvilket i høj grad har påvirket dem mentalt og bidraget med tvivl og frustration i hverdagen.

"Jeg har i hvert fald skrevet det her ned, og jeg vil nok sige, at det er det vigtigste, efter jeg er flyttet hjemmefra. Der står bare stabil indkomst. Fordi hvis den ikke er der, og man bor for sig selv, så kan det meget hurtigt blive meget træls."

Økonomien spiller også ind for flere af de unge, når vi spurgte ind til deres ønsker for fremtiden, for eksempel i forhold til deres fremtidige beskæftigelse. Her fremhæver de unge typisk, at det handler om at vælge et job med en høj løn, og/eller at en god fremtid er lig en udsigt til flere penge og fast indkomst i stedet for at skulle leve af uddannelsesstøtte eller lommepenge fra familien. Flere unge beskriver, hvordan spørgsmål om penge også spiller ind i, hvad de kan lave af aktiviteter i hverdagen, og at det påvirker, hvordan de opfatter sig selv i forhold til deres venner:

"Jeg har det også på den måde, at hvis du ikke har nogle penge til at gå i byen, hvis du sådan er i slutningen af måneden og ikke har nogle penge til at gå ud og feste med de andre, jamen så føler du dig lidt udenfor, fordi det har alle andre. De er ude og hygge sig, og sådan nogle ting. Men du kan jo ikke rigtig betale for det. Så blev jeg bare lidt derhjemme."

For de unge hænger forholdet til penge, økonomisk selvstændighed og ideen om at forsørge sig selv tæt sammen med spørgsmålet om at træde over tærsklen til voksenlivet, ligesom det er en faktor, der meget direkte kan påvirke de unges humør i hverdagen. Ligesom i ovenstående citat kan økonomisk uafhængighed også være et spørgsmål om at lære at prioritere de ting, man kan og vil i hverdagen. De unge, som er flyttet hjemmefra, og for hvem økonomi er blevet en større del af hverdagen, beskriver også, hvordan de til stadighed er blevet økonomisk uafhængige af deres forældre. For de hjemmeboende unge fylder spørgsmålet om økonomi mindre. Flere beskriver, at de er fuldt økonomisk afhængige af deres forældre, og disse unge er på den måde også skånet for de bekymringer, der følger med at være selvforsørgende.

6.2.4 Seksualitet og køn

Nogle af de unge beretter om at have gennemgået processer i deres liv, som omhandler seksualitet og kønsidentitet. Disse unge fortæller i interviewene om, hvordan de har oplevet at sætte spørgsmålstegn ved deres egen seksualitet eller kønsorientering. For disse unge har det været en omvæltende begivenhed, som omfatter en kamp for accept fra deres omgivelser, men derefter oplevelsen af at kunne leve mere åbent og ærligt.

"Jeg har haft en lang periode, hvor jeg har været lidt i tvivl om mit køn i forhold til transkønethed. Nu er jeg kommet frem til, at jeg er lidt mere flydende. Man kan kalde det nonbinær, fordi jeg har svært ved at skulle sætte mig ind i enten det feminine eller det maskuline. Det har jeg haft problemer med, så nu gør jeg det, som jeg har det bedst med, selvom det ikke er alle, der kan acceptere det."

De unge, som har været igennem overgange, der har omhandlet køn eller seksualitet, beskriver i sammenhæng med overgangen til voksenlivet, hvordan de i højere grad har fundet ro og accept i, hvem de er. Ligeledes beskriver disse unge, hvordan de også har skulle lære at acceptere ofte at skille sig ud fra størstedelen af deres venner og blive set som anderledes qua deres seksualitet eller kønspositionering. At skille sig ud og være anderledes har før i tiden kunne påvirke disse unges trivsel i det daglige, for eksempel oplevelsen af at få kommentarer for sin fremtoning eller skulle forsvare sig selv.

Åbenhed og accept fra de unges bagland i forhold til kønsorientering, seksualitet og seksualliv har vigtig betydning for den unges mentale sundhed. Vigtigheden af åbenhed og støtte i forbindelse med ens seksualitet kommer blandt andet til udtryk hos en ung, som sprang ud som biseksuel:

"Da jeg sprang ud over for min mor og min søster, støttede de mig rigtig meget i det. Men jeg bekymrede mig stadigvæk omkring, om de ville støtte mig i, at jeg er biseksuel. Så det at de bare støttede mig fuldt ud i det, det var det her lille lys i det store mørke rum."

Den støtte, den unge oplevede fra familien omkring at springe ud, bidrog positivt til relationen til familien. Flere unge, der har haft lignende oplevelser, beskriver, hvordan familiens accept af deres seksualitet eller kønspositionering ofte udgør en kilde til bekymring og er noget, de unge spekulerer meget over, da de frygter ikke at blive accepteret af deres familie. Her bliver det tydeligt, at familiens reaktion påvirker de unges selvopfattelse og trivsel.

"Mine forældre har aldrig sagt til mig, at 'vi er her', eller 'du kan altid snakke med mig'. Jeg har aldrig følt, at jeg kunne gå til dem med mine problemer, og jeg var i tvivl, om de ville elske mig, hvis jeg fortalte dem om mine ting. Der er jo ingen, der skal føle sig som en byrde, men det har jeg følt fra min familie nogle gange."

Citatet skal illustrere, at forældrenes evne til at bistå de unge i forhold til problemstillinger som psykisk sygdom, mobning, køn, seksualitet m.v. i høj grad er med til at påvirke de unges trivsel, og at de negative konsekvenser ved ikke at have en tillidsfuld eller nær relation til sine forældre særligt påvirker de unge, som i forvejen er udsatte.

Vigtigheden af familien er dog tydeligst blandt gruppen af hjemmeboende unge, særligt unge med mere ressourcestærke forældre. Her kan de unge finde støtte i deres familie og bede om hjælp i situationer, som den unge selv finder kaotiske eller ikke selv ved, hvordan de skal håndtere, for eksempel pengeproblemer, konflikter i klassen eller ubehagelige episoder på sociale medier. Flere af de unge fra mere ressourcestærke hjem deler en oplevelse af, at deres bånd til familien bliver styrket i perioder, hvor de unge har det svært og har oplevet støtte og opbakning fra familien. I nedenstående citat fortæller en ung, om hvor vigtig familien er for vedkommende:

"Der er ikke noget, der vægter højere end min familie. Og især min mor og min søster, fordi de har været der for mig rigtig meget, da jeg gik igennem nogle svære tider. Så der er ikke nogen i verden, der betyder mere for mig end de to."

Unge med mere ustabile og komplicerede relationer til deres familie har ofte svært ved at række ud til deres forældre i svære perioder i deres liv. Det handler blandt andet om, at de tidligere har oplevet ikke at få den hjælp, de havde behov for, og fordi de er bange for at være til besvær for deres forældre, som ofte har deres egne problemer at slås med. Det er dog ikke ensbetydende med, at de unge ikke har et behov for eller ønske om hjælp og støtte fra deres forældre og familie. Ønsket om at have støttende forældre blev nævnt af flere unge under interviewene. I følgende citat reflekterer en ung over den ideelle relation mellem ung og familie:

"Men jeg synes alligevel, at man som forældre skal kunne sige, at 'jeg er her'. Man skal kunne sige at 'du kan altid snakke med mig. Vi kan altid hjælpe dig med alle slags problemer, og det er lige meget hvilke problemer, du har, så vil man altid elske sit barn'. Man er ikke nogen byrde på en eller anden måde, som jeg har følt det fra min familie nogle gange."

Den unge fortæller videre, hvordan vedkommende i højere grad søger støtte fra sine venner, når der opstår problemer for ikke at bebyrde sine forældre. Nogle af de unge har oplevet større konflikter eller sociale problemer i familien, for eksempel at én af forældrene har fået en fængselsdom eller har/har haft et alkohol- og stofmisbrug og lignende. En ung fortæller om, hvordan et kompliceret forhold til faren betød, at den unge brød kontakten med faren: *"Det var hårdt og påvirkede mig negativt, da jeg skulle skære min far ud af mit liv"*.

Om det er familien eller vennerne, der spiller den primære rolle i den unges liv, afhænger blandt andet af de unges alder og boform, for eksempel om de stadig bor sammen med deres familie eller er flyttet hjemmefra og bor alene eller sammen med en ven eller kæreste. Det er derfor forskelligt fra ung til ung, hvordan relationen til venner og familie ser ud, og hvad de bruger de forskellige relationer til. Helt generelt fylder venskaber dog særligt meget, og venner er et tema, som de unge ofte fremhæver i forhold til det gode ungdomsliv. De unge fremhæver især fortrolighed som et særligt unikt aspekt ved gode venskaber som illustreret i nedenstående citat:

"Jeg synes, at venner er rigtig vigtigt. Både i skolen og uden for skolen er det vigtigt at have nogen, man stoler på og kan snakke med om ting, som man måske ikke kan snakke med sin familie om, så er det vigtigt også at have sine venner".

Denne særlige fortrolighed er med til at skabe tryghed i de unges hverdag, hvor dét at blive forstået af mennesker, som de føler sig i øjenhøjde med, og som deler samme behov for opbakning, er helt centralt. Et eksempel på dette er en ung, som tyer til sine venner i situationer, som den unge ikke føler at kunne dele med dine forældre:

"Hvis jeg har lavet nogle dumme ting til nogle fester, eller mine venner har gjort det, så kan jeg på en anden måde grine af det med dem, og vi kan få snakket ud om det på en anden måde, som min mor og min søster de nok ikke kan."

Nogle unge oplever perioder med psykisk sårbarhed og beskriver her, hvordan de har fundet støtte i venskabelige relationer:

"Jeg har én veninde, som jeg er meget åben omkring, hun har også selv haft nogle psykiske problemer og sådan nogle ting. Og jeg har haft nogle psykiske problemer, og så er vi sådan lidt 'okay, så har vi det sammen' agtigt. Så vi er meget åbne omkring det, og det kan jeg bedst lide ved de venskaber, som jeg har. Åbenheden."

Ovenstående eksempler skal vise, hvordan nogle unge bruger deres venner, hvis de oplever forskellige udfordringer i deres hverdag; disse udfordringer spænder for eksempel over drama i vengruppen, selvværdsproblemer, psykisk sygdom. De unge på tværs af gruppen beskriver, hvordan deres venskabelige relationer besidder en åbenhed og rummelighed, som hjælper dem til periodvis at kunne trives bedre i deres hverdag, når livet er kompliceret.

6.3.2 Kærester og seksuelle partnere

De unge fortæller også, at kærester og/eller seksuelle partnere begynder at fylde mere og mere. Det gælder især de unge, som for eksempel bor sammen med en kæreste, og hvor kæresten bliver en meget betydningsfuld, og måske ligefrem den primære person i hverdagen. De unges forhold til kærester og partnere spiller derfor også en væsentlig rolle for de unges trivsel:

"Jeg synes, der sker meget i éns kærlighedsliv, når man er ung, både gode og dårlige ting."

Ligesom med venskaber, så understreger flere unge, hvordan tillid til sin kæreste er centralt for det gode forhold, og at denne tillid er dét, som gør relationen til noget unikt. For flere unge er grænsesætning i nære relationer et centralt emne, som de i høj grad bliver konfronteret med i deres ungdomsliv. Særligt understreger en af de unge, hvordan vedkommende har skullet lære at sætte grænser over for andre, særligt i seksuelle relationer, hvor den unges grænser ikke blev respekteret:

"Altså det her med at respektere hinanden. Det tror jeg faktisk, der er mange unge, som ikke helt forstår. Det her med éns grænser, der har jeg nemlig haft kærester, som ikke rigtig forstod mine grænser. Og det er måske noget, man burde arbejde lidt mere med."

I citatet bliver det tydeliggjort, at spørgsmål om respekt for andres grænser er noget, som ikke nødvendigvis er udbredt blandt alle unge. Den unge udtrykker, at mange unge først i en sen alder lærer om og konfronteres med grænsesætning og samtykke. Det hænder ofte, i den unges perspektiv, at man først lærer om dette, når man selv begynder at være seksuelt aktiv og indgår i romantiske relationer. Citatet her illustrerer, at flere unge tillægger det stor værdi, at alle unge i dag bliver

bevidste om samtykke og respekt for grænsesætning, både i relation til seksuelle partnere, men også i forhold til venskabelige, romantiske relationer.

6.4 Hverdagslivet



Hovedpointer i afsnittet:

- De unge understreger vigtigheden af fritidsinteresser for deres trivsel – særligt tid til fysisk aktivitet. Her søger nogle unge typisk et socialt fællesskab med andre unge, mens andre er mere motiverede af at få den rigtige krop. Samtidigt oplever de unge også et behov for alenetid og at kunne koble fra.
- Fester fremhæves særligt, når de unge italesætter det gode ungdomsliv. Her udgør alkohol et centralt emne, som for de unge er forbundet med forskellige dilemmaer. På den ene side oplever nogle unge, at de bliver ekskluderet af fællesskabet, hvis de vælger alkohol fra. Og på den anden side oplever andre unge, at indtagelse af alkohol kan lede til situationer og konflikter, der kan have negative konsekvenser.
- Interviewene viser, at nedlukningen i foråret 2020 har påvirket de unges hverdagsliv markant, hvor flere oplevede magtesløshed, ensomhed, stress og bekymringer. Her har de sociale medier og muligheden for digitalt samvær været essentielt for at opretholde de sociale relationer og en så normal hverdag som mulig.
- En mindre gruppe af de unge oplever udfordringer i skolen som i høj grad har påvirket eller påvirker deres trivsel og skolegang negativt, herunder ordblindhed, koncentrationsbesvær, socialangst og mobning. Disse unge oplever generelt ikke at have fået den nødvendige hjælp.

Dette afsnit belyser, hvordan de unge oplever hverdagen med skole, uddannelse og fritidsliv og hvilke forhold, der har betydning for, at de trives i hverdagen. Slutteligt beskrives den indflydelse, som COVID-19 pandemien havde og har på de unges hverdagsliv det forgange år.

*Levetid og
Alkohol og
afleveringer
socialt pres*

COVID-19

6.4.1 Skole og uddannelse

Skole og uddannelse er ikke et tema, som de unge selv trækker frem i interviewene eller i de fire workshops, til trods for at skolen, for en stor del af de unge, udgør det meste af deres dagligdag (især blandt de unge, som går på en ungdomsuddannelse). Det skyldes måske, at det at gå i skole er en så naturlig del af hverdagen, at de unge ikke selv bevidst tillægger det betydning.

De unges syn på skole og uddannelse

Flere af de unge fortæller, at man skal have en ungdomsuddannelse for at blive til noget. Typisk er de unge, der har afsluttet deres ungdomsuddannelse, eller som står på tærsklen til det, mere reflekterede om, hvilken vej de ønsker at gå. Uddannelse og karriere spiller en stor rolle i disse unges forestilling om det gode liv og deres egen fremtidige selvrealisering. Efter endt ungdomsuddannelse står det mere frit for de unge, hvilken uddannelsesretning de ønsker at fortsætte i, og om dette skal være i en professionsorienteret eller akademisk retning. De unge oplever, at der følger et større ansvar i takt med, at de får et større udvalg af muligheder. Oplevelsen forstærkes yderligere, når de unge starter på en videregående uddannelse, hvor måden, man går i skole på, ændres markant, fordi de i højere grad har ansvar for egen læring og selv skal stå for mange praktiske ting i forbindelse med deres skolegang.

En gruppe af unge, som deltog i denne undersøgelse, står uden for uddannelsessystemet, for eksempel fordi de er droppet ud på grund af psykiske vanskeligheder, eller fordi de aldrig har fundet ud af, hvad de vil efter deres ungdomsuddannelse. Disse unges trivsel er generelt påvirket af ideen om, at de ikke har klaret det, og at de er en byrde for samfundet. For eksempel fortæller en ung om, hvordan han måtte droppe sin universitetsuddannelse, fordi det var for udfordrende, og dette skifte havde ført til manglende tro på sig selv og egne evner. Dette pres kan givetvis tilskrives, at de unge i deres ældre år får et større ansvar for selv at klare og fuldføre deres uddannelser, som leder til en overbevisning hos flere unge om, at de alene er ansvarlige for deres situation.

Særlige udfordringer i skolen

En mindre gruppe af de unge, som deltog i undersøgelsen, oplever udfordringer i skolen, som i høj grad påvirker deres trivsel og skolegang negativt. Dette er udfordringer som ordblindhed, koncentrationsbesvær, socialangst og mobning, der giver disse unge indlæringsvanskeligheder eller på anden vis komplicerer deres forhold til skole og læring.

Diagnoser som ordblindhed, autismspektrum-tilstande eller ADHD udgør en barriere for, at disse unge kan deltage i den almindelige undervisning på lige vilkår med deres klassekammerater. Ofte fordi diagnoserne i sig selv fører til, at de unge må tage en masse forbehold i andre aspekter af deres hverdag. I læringsøjemed er manglen på støtte og hjælp til denne gruppe elever en tydelig barriere for at give dem en god skolegang. En ung beskriver for eksempel, hvordan sen diagnosticeret ordblindhed har ført til, at vedkommende igennem 9-10 års uddannelse aldrig var blevet mødt med den nødvendige støtte og anerkendelse i skolen. Hun havde altid været af den overbevisning, at en videregående uddannelse aldrig kunne blive en mulighed.

Et par af de unge beretter om udfordringer med mobning i skolen, som i høj grad har påvirket deres skoletilfredshed og generelle trivsel. For eksempel fortæller en af de unge, at han/hun har gået til psykolog i mange år for at håndtere eftervirkningerne af at have været udsat for mobning igennem sin skolegang. For de unge, som har været udsat for mobning, har et skoleskift været vejen ud af mobningen for dem.

6.4.2 Fritidslivet

Dette afsnit afdækker de unges meninger om og oplevelser af fritidslivet og de aspekter, som har særlig indflydelse på de unges trivsel. Ved fritidsliv forstås de aktiviteter, som ligger uden for skolen, men som stadig er del af de unges hverdag, herunder fester, hobbyer, motion og rekreative aktiviteter. Disse aktiviteter er forskelligartede og individuelle fra ung til ung, men værdien af fritidsaktiviteter går igen i både interview og workshops.

I fritidslivet er det i høj grad fællesskabet omkring aktiviteter i hverdagen, der er essentiel for de unge, når de italesætter, hvilke aktiviteter og interesser de dyrker i deres fritid. I den blandede gruppe af unge, vi talte med, omfatter dette alt fra biltræf i den lokale parkeringskælder, musical på skolen, festivaler eller spilleraftener med vennerne. Disse aktiviteter er eksempler på, hvor de unge finder fællesskaber udenfor deres primære arenaer i skolen og i hjemmet. Hertil skal nævnes, at der for mange af de unge sker et skifte i forhold til deres fritidsinteresser i ungdomsårene. Flere unge vælger at droppe den sport eller hobby, de har gået til én til flere gange om ugen, for at fokusere på tid til sig selv og deres venner.

Fysisk aktivitet og træning

Flere af de unge beskriver, hvordan motion og træningsaktiviteter har en positiv betydning for deres mentale sundhed. De unge har meget forskellige grunde til at dyrke sport og være fysisk aktive, men der tegner sig et billede af, at der især er tre grunde, som fremhæves af de unge.

For det første dyrker nogle unge primært sport for at søge sociale fællesskaber og et interessefællesskab med andre gennem sporten. For eksempel fortæller en ung om, hvordan han har fundet en mening i fitnesstræningen, hvor de mødes og laver træningsprogrammer sammen. Dette viser, at både holdsport og mere individuelle sportsgrene kan danne grobund for fællesskaber. Samtidig har træningen givet et boost i selvtilliden for den unge og har givet ham en oplevelse af at have fælles interesser med andre – en oplevelse, som han fortæller, er helt ny for ham:

"Nu har jeg aldrig rigtig haft nogle fælles interesser med nogen som helst. Og derfor er det rigtig vigtigt for mig, at jeg holder fast i at træne med de her drenge eller tage til træf eller whatever, man nu laver. Det lever jeg rigtig højt på."

Andre unge er derimod mere motiverede af at få en rigtig krop, der lever op til de kropsidealer, som de unge præsenteres for gennem sociale medier, massemedier og deres omgangskreds. En ung udtaler; *"det skal være det perfekte menneske, man skal vise frem"*, og andre fortæller, at det kan være svært at acceptere sig selv som uperfekt, hvis man er overvægtig eller anderledes end de gængse kropsidealer. Flere unge benytter derfor træning og fysisk aktivitet til at opfylde disse kropsidealer.

Den sidste gruppe af unge forbinder fysisk aktivitet med at koble af. Disse aktiviteter udøves derfor oftest alene, som for eksempel en løbe- eller gåtur. Flere beskriver, at den fysiske aktivitet mest af alt handler om at få dårlige tanker på afstand og er således en måde at håndtere hverdagens stress og opleve en følelse af velvære. For flere unge er det et essentielt aspekt for følelsen af afkobling og rekreativitet, at den fysiske aktivitet foregår et specifikt sted, som de kan tage til for at opleve at komme væk fra deres vanlige rutiner.

At koble fra

Afslapning og prioritering af tid, hvor man kan være alene i hverdagen, fremhæves af flere unge som vigtigt for, at de kan fungere i hverdagen. De unge beskriver ofte situationer i deres hverdag, som de kan have svært ved at håndtere, såsom at opleve angst eller lignende. En ung beskriver, hvordan vedkommende i stressede perioder oplever at komme til at overtænke ting og føle angst, og når vedkommende oplever disse perioder, er det nødvendigt at kunne trække stikket og være alene eller sammen med sin familie.

Nogle af de unge oplever, at dét at trække sig fra fællesskabet giver dem mulighed for at slippe for forventninger fra deres omgivelser, for eksempel ved at dyrke rekreative eller fysiske aktiviteter, såsom en løbetur eller passe sin hest. For disse unge forbindes førnævnte aktiviteter direkte med at kunne trives godt i en hverdag, og disse aktiviteter danner et helle på linje med de unges hjem, hvor mange også finder ro og rum til afslapning. Som en strategi til at koble af benytter flere unge sig af at lytte til musik, for eksempel når man skal fordybe eller koncentrere sig, har problemer med at sove, eller en aktivitet, hvor man kan logge af og koble fra omverdenen.

De unge fortæller om vigtigheden af at have plads til afslapning og dét at koble fra i hverdagen. Det kan sjældent gøres sammen med venner, men ofte alene eller i selskab af dem, man bor med. Afslapning og dét at koble fra handler derfor om det modsatte af at søge fællesskabet, nemlig

aktivt at trække sig fra fællesskabet for at få ro, hvilket flere af de unge peger på er en hjælp til at minimere en følelse af oplevet stress eller angst.

Festkultur

Et gennemgående tema på tværs af workshops og interview er fester, alkohol og festivaler, der i høj grad præger fritidslivet for de unge, og for mange er en vigtig del af ungdomslivet. Særligt for dette emne er, at det at gå til fest er nyt for mange. Dernæst er alkohol og drukkultur også et nyt element i mange af de unges liv.

De unge er generelt splittede, når det kommer til alkohol og fester, da flere unge synes, det er sjovt at drikke og gør det meget med deres venner. Omvendt udtrykker mange unge, at de ville ønske, at alkoholkulturen fyldte mindre, når de for eksempel ses med deres venner i weekenden, hvor der som regel er *"hyggedruk"* eller lagt op til fest. Fest og alkohol udmærker sig derfor i forhold til ting, som de unge skal forholde sig til, og som kan være svært for mange unge at sætte grænser for. I tråd med dette beskriver flere unge, som enten har valgt eller ikke må drikke alkohol, at de ofte ekskluderes af fællesskaber bevidst eller ubevidst på grund af alkohol. Disse unge giver udtryk for, at de står uden for fællesskabet, når deres venner drikker alkohol og bliver fulde til fester. Fester udgør derfor et svært dilemma for de unge på flere parametre, fordi der er en stærk alkoholkultur på uddannelsesstederne.

Større arrangementer med alkohol beskrives af størstedelen af de unge som begivenheder, der betyder meget for dem. Det er både sjovt og spændende at deltage i fester, og det er også tilfældet, at de unge får mulighed for at møde nye venner. Flere unge beskriver, at der særligt til fester er meget på spil i forhold til selvscenearbejde og social status. Det er ofte der, hvor de unge kan skeje mere ud, grundet alkohol, og gøre sig bemærket over for andre. En ung sætter ord på, hvilke tanker vedkommende ofte har til fester:

"'Drikker jeg nok?' eller sådan, 'Hvad tænker de andre?'; og hvis man for eksempel er til fest med nye, tror jeg, man tænker lidt mere over: 'hvad skal jeg gøre for at imponere?'"

Dette fokus på, hvilket indtryk andre får af én, og behovet for at imponere eller udmærke sig, er en tendens, der går igen i de unges beskrivelser af, hvad der er på spil for dem til fester, men som også har betydning for hverdagen i forhold til at skabe nye relationer og få social status i sin omgangskreds.

På samme måde beskriver flere unge, at de selv har oplevet situationer til fester, som omvendt har været ubehagelige og påvirket dem følelsesmæssigt efterfølgende, for eksempel at de selv eller andre bliver dårlige af alkohol eller ender i konflikter på grund af fuldskab. Det er situationer, som de unge synes at have svært ved at håndtere – også flere dage efter festen. Disse dårlige oplevelser kan føre til, at de unge føler skam og frygt for at miste social status. En ung beskriver, at vedkommende håndterer disse situationer eller følelser ved at være i dialog med sin vennegruppe over en chat dagen derpå, og på den måde at få bekræftelse fra sine sociale relationer.

Det er karakteristisk for fester og situationer med stort alkoholindtag, at der er meget på spil for de unge både i positivt og negativt henseende. Fester og alkohol er værdifulde for de unge, fordi de har det sjovt, og festerne ofte leder til, at de unge får social status og kan udmærke sig. Samtidig kan det også være svært for de unge at navigere i og håndtere situationer med megen alkohol.

6.4.3 COVID-19 pandemien og nedlukningen af Danmark

COVID-19 pandemien er et gennemgribende tema, som har påvirket de unges hverdagsliv, siden pandemien startede. Pandemien har, for de unge, haft vidt forskellige konsekvenser og har ramt de unge på forskellige måder. En ung beskriver en følelse af magtesløshed, som opstod i kølvandet på indførte restriktioner:

"Det synes jeg lidt har ramt mig. Det synes jeg var ret nederen, at det lige pludselig kom. Ja, det følte jeg lidt ødelagde det hele lige pludselig. [...] Jeg havde det bare godt med mit sociale liv og sådan noget, og så kom det der Corona, og så var det bare sådan nå."

For andre har restriktionerne medført oplevelser af stress som følge af, at de unge skulle omlægge hverdagsrutiner, ligesom flere beretter om ensomhed under nedlukningen i foråret 2020.

Et par unge beskriver, hvordan de som pårørende til alvorligt syge familiemedlemmer i perioden har oplevet en større grad af utryghed og angst for at bringe smitte med hjem. Generelt beskriver mange unge, at de har bekymret sig særligt om at skulle miste familiemedlemmer. For flere har konsekvenserne været, at de har måttet isolere sig fra familien.

Digitalt samvær under COVID-19 pandemien

Man kan se de sociale medier som et mulighedsrum, der har åbnet sig for de unge og på mange måder bidraget positivt til deres trivsel det seneste år. Dog skal det også nævnes, at denne konstante mulighed for at opsøge eller blive opsøgt af sine venner også kan være svært at få en pause fra, selvom man ønsker det, hvilket også var tilfældet for flere unge før pandemien.

Det er et udbredt perspektiv blandt de unge, at muligheden for digitalt samvær med andre under nedlukningen har været essentiel for opretholdelsen af et normalt hverdagsliv. Flere unge beskriver, at de er begyndt at tænke mere over, hvordan digitale platforme er med til at påvirke kvaliteten af deres samvær. Det er for eksempel vigtigt for mange unge at lave videoopkald med deres venner frem for bare at skrive eller ringe sammen. Andre beskriver, at det digitale samvær naturligt påvirker de ting, man kan lave sammen, da aktiviteterne ender med at blive meget passive. Denne tendens har en anden ung forsøgt at forbedre ved, at de nu spiller spil sammen, når de hver dag ses med vennegruppen over videochat:

"Vi er begyndt på en ting min vennegruppe faktisk, hvor vi finder nogle spil online, og så sidder vi og spiller det, imens vi har et opkald kørende. Så sidder vi bare og snakker sammen og spiller et eller andet spil, som vi også kunne have gjort fysisk."

Dette eksempel skal også illustrere, hvordan nedlukningen i foråret 2020 har fået flere af de unge til at reflektere over vigtigheden af digitale medier i deres liv og deres betydning for deres mentale sundhed. Det gælder særligt i forhold til, hvordan de digitale platforme påvirker de unges venskaber, når det er den eneste måde at være sammen på, hvilket var situationen for de unge under nedlukningen. Her har flere af de unge gentænkt, hvordan de kan forbedre samværet på for eksempel et videokald, og hvordan det virtuelle samvær påvirker deres humør.

En ung fortæller, at hun foretrækker at være sammen med andre på de sociale medier på grund af hendes sociale angst. Hun nævner oplever også, at det er blevet mere almindeligt at mødes på den måde under COVID-19 pandemien, hvilket har hjulpet hende. Den unge kvinde beskriver også, hvordan det forøgede brug af videoopkald i tiden under COVID-19 pandemien har forbedret hendes samvær med vennerne betydeligt, da det tidligere har bestået af udelukkende at sidde og skrive med hinanden. Videoopkaldet er at foretrække, fordi det er nemmere at danne sig et indtryk

af personerne, man er sammen med og styrker nærværet til de andre, når man kan se deres ansigter:

"Jeg vil bare gerne have, at man kan sidde og snakke sammen, selv hvis det bare er et video-opkald. Så er det mere end, at du bare sidder og kigger på en besked, du kan faktisk se personen og se, hvordan de reagerer. Og føle en form for nærvær."

De sociale medier har givet de unge en mulighed for at opretholde et tilnærmelsesvis normalt ungdomsliv, imens de har været fysisk forhindret i at se hinanden og i at deltage i store begivenheder, som eksaminer, fødselsdage, efterskoleophold med mere. De sociale medier har derfor haft betydning for de unges trivsel og evne til at komme igennem en nedlukning og de manglende rutiner i hverdagen.

6.5 Det digitale ungdomsliv



Hovedpointer i afsnittet:

- De unge fortæller, at de benytter sociale medier til at holde kontakten med venner og familie i hverdagen samt til at følge med i fremmedes liv, typisk kendte influencere eller blot tilfældige profiler, som platformenes algoritmer præsenterer for de unge.
- Brugen af sociale medier er en normaliseret del af de unges hverdag. De unge peger dog selv på forskellige udfordringer, herunder at det er svært at koble fra. Derudover oplever nogle unge, at meget indhold på de sociale medier er kropsfikseret, og at dette negativt påvirker deres syn på dem selv.

Dette afsnit præsenterer de unges syn på og brug af sociale medier, da de unge i undersøgelsen i høj grad tillægger sociale medier stor værdi og betragter dem som værende en betydningsfuld komponent i deres hverdag. Generelt set var sociale medier ikke noget, de unge direkte påtalte eller reflekterede over, hvilket taler for, hvor naturligt og internaliseret et forhold de unge har til sociale medier. Dog er flere af de unge reflekterede omkring sociale medier grundet nedlukningen.



Indledningsvist beskrives, hvilke medier de unge anvender, og herefter beskrives, hvordan de sociale medier påvirker de unge, herunder hvordan de sociale medier er med til at understøtte samværet med andre unge, og hvordan de unge oplever, at de sociale medier påvirker deres selvforståelse.

6.5.1 De unges definitionen af sociale medier

Begrebet sociale medier er meget løst defineret af de unge og refererer til mange forskellige ting. Generelt benytter de begrebet, når de refererer til to ting: Først den nære kommunikation, man har med sine venner på video, tekst eller tale. Dernæst til den mere distancerede praksis, hvor man selv deler indhold og følger med i andres opslag.

De unges liv på sociale medier er i sig selv et vilkår for hverdagslivet og en karakteristisk del af det at være ung i dag. Det er derfor svært at argumentere for brugen af de sociale medier, som en enten positiv eller negativ faktor, der påvirker de unges trivsel entydigt godt eller dårligt. Snarere medierer de digitale platforme de unges socialitet. Eksempel foregår ting som bagtaleri, diskussioner, drilleri, både i og uden for den digitale verden. På den måde er den digitale verden snarere en forlængelse eller udvidelse af deres sociale arenaer, som derfor også har betydning for den enkeltes trivsel.

6.5.2 Brug af sociale medier

De unge fortæller, at de især bruger platforme og medier såsom Instagram, Snapchat, Facebook og TikTok. Samtidig viser interviewene, at de unge bruger forskellige medier og platforme til meget forskellige formål som vist i nedenstående tabel. For eksempel bruger de unge primært Snapchat og Facebook Messenger til at holde den nære kommunikation i løbet af dagen. Instagram, TikTok og Facebook bruges i højere grad til at dele indhold og følge med i andres delte opslag, hvilket typisk er til underholdning eller tidsfordriv.

Tabel 6.5.1 De unges brug af platforme og medier

Medie	De unges brug
Instagram	Dele billeder og følge med i andres billeder af deres liv, som deles som enten faste opslag eller daglige historier. De unge fortæller, at det ofte er polerede versioner af dem selv og andre, som bliver delt her.
Snapchat	Snapchat bruges af flere til kontinuerlig chat og billeddeling; her er et billede og tekst kun tilgængeligt i kort tid og bruges mest til at have kontakt eller snappe med sine venner.
Messenger	Messenger er efter Snapchat de unges mest foretrukne sted at chatte sammen. Det bruges af de unge til at skrive sammen både privat og i grupper.
TikTok	TikTok fungerer ved, at brugeren vises en lang stream af videosekvenser på 16-30 sekunder, som er lavet af TikTok-brugere fra hele verden, der er typisk dansevideoer og lignende. Der er flere af de unge, der bruger TikTok til tidsfordriv, men aldrig selv lægger noget op.
Facebook	Nævnes næsten ikke af de unge, kun i forbindelse med, at man skal søge eller selv slå mere officielle ting op, for eksempel til invitation til fester, fødselsdage, boligopslag, jobopslag eller lignende.

De unge i undersøgelsen beskriver selv, at de bruger i alt mellem 1-5 timer om dagen på sociale medier. Flere unge nævner selv, at deres forbrug var steget meget under nedlukningen, men det blev knyttet hertil, at deres forbrug afhang meget af den enkelte dag, og for eksempel om man havde set sine venner eller ej, hvor éns behov for at være social var blevet dækket. Flere beskriver også, at deres forbrug af sociale medier er bedre karakteriseret ved et kontinuerligt forbrug i gennem hele dagen, hvor man har telefonen i lommen og bruger den momentvis, når man får en besked eller notifikation. Typisk bruger de unge også mere intens tid på sociale medier om eftermiddag og aftenen som en form for tidsfordriv eller underholdning.

Brugen af sociale medier bliver ikke opfattet som en aktivitet i sig selv, men snarere en måde at være sammen på, som falder de fleste unge meget naturligt. I det følgende citat beskriver en ung for eksempel, hvordan vedkommende er *sammen* med sine venner på Instagram:

"Jeg er meget sammen med mange af mine venner på Instagram og sådan noget, fordi det er sådan, vi snakker sammen. Og når vi så er fysisk sammen, laver vi faktisk aldrig rigtig noget, for det meste er vi bare på Instagram, selvom vi ligger ved siden af hinanden."

Den unge sætter her ord på en tendens, som flere af de unge piger bemærker, nemlig at de ofte er sammen på sociale medier samtidig med, at de er fysisk sammen og hænger ud. Disse to måder at være sammen på er derfor ikke gensidigt udelukkende, men den digitale samværsform bliver nogle gange kombineret med det fysiske samvær. For en anden ung er det vigtigt at kunne se hinanden i kommunikationen med sine venner, da tekstbeskeder ofte kan føre til misforståelser, hvor selv et billede kan være med til at skabe nuance i samtalen.

"Jeg synes, det er rarere at bruge Snapchat, fordi det er med billeder, der er det også nemmere at forstå, hvad folk mener med det, de skriver. Det synes jeg er rarere end en besked, for den kan du misforholke på mange forskellige måder."

Det er gennemgående, at de unge i deres brug af sociale medier vakler imellem nogle svære forhold, fordi de sociale medier både er en normaliseret måde at være sammen med sine venner på, men flere reflekterer også over vigtigheden af at kunne slukke eller logge af, da det kan blive et stort socialt pres at skulle være til stede i flere fysiske og virtuelle rum samtidigt. For eksempel

beskriver et par unge, at de har venner rundt omkring i landet, som de kun kan se i dagligdagen på sociale medier, hvilket for dem medvirker til presset omkring at skulle være på.

På den anden side, er der flere af de unge, der søger støtte i igangværende gruppesamtaler, de har med deres venner online. En ung beskriver, at hvis vedkommende oplever tvivl, har det akavet efter en fest, eller har brug for at søge trøst, så kan vedkommende hurtigt finde den støtte i sin gruppesamtale.

6.5.3 Selvførelstelse og kropsidealer

I samtalerne om sociale medier skelner flere unge mellem to ting, der opsummerer deres måde at bruge sociale medier på. Først og fremmest benytter de unge sociale medier til at holde kontakt til venner og familie som beskrevet i ovenstående afsnit. For det andet handler det i høj grad om at følge med i fremmedes liv, typisk kendte eller influencere, eller blot tilfældige menneskers profiler, som platformenes algoritmer præsenterer for de unge.

Mange af særligt de yngre er optagede af at følge med i indholdet på forskellige sociale medier i deres dagligdag. De fortæller, at indholdet i høj grad påvirker deres mentale sundhed og synet på dem selv. Kropfikseret indhold, og indhold som præsenterer de unge for kropsidealer, italesætter de unge som det, der har den største indflydelse på dem. Dette kommer særligt til udtryk, når de kigger på fremmedes profiler. En ung beskriver, hvordan hun savner, at det gængse kropsideal, som sociale medier fremmer, bliver udfordret:

"Det er kropsidealer, hvordan man skal se ud og alt det der. Jeg hader det virkelig, fordi du er født med én krop, og den skal du være glad for. Jeg kan virkelig ikke have de der tøser, der lægger noget op med, at nu skal de have lavet bryster eller lavet en fedtsugning, fordi de føler, at de er for tykke, og så er de ikke engang særligt tykke."

De unge, som har eller har haft en spiseforstyrrelse, oplever, at de er ekstra udsatte for det indhold, som de præsenteres for gennem sociale medier som illustreret i nedenstående citat:

"Jeg kan huske, da jeg havde spiseforstyrrelse for nogle år siden, hvor jeg sad en aften på Instagram og tænkte: 'Jeg gad egentlig godt se sådan der ud, fordi jeg gad faktisk egentlig godt kunne det, hun eller han kan'."

Flere af de unge, særligt de unge kvinder, føler et stort pres på sig selv, når de bliver konfronteret med indhold på sociale medier. De beskriver indholdet som meget kropfikseret. Eksempler på kropfikseret indhold eksemplificeres som billeder af deres veninder eller fremmede i badetøj samt reklamer for slankeprodukter eller træningsvideoer, som de præsenteres for gennem anbefalet indhold. Flere af de unge piger er derfor begyndt at lave indstillinger på deres platforme og bevidst undgå at trykke på billeder, så de ikke får vist mere lignende indhold. Andre undgår at bruge bestemte platforme, hvis de i en periode har oplevet, at deres selvværd er lavt, eller at de er ekstra påvirkelige over for kropfikseret indhold.

7 Eksperty og praktikerer syn på mental sundhed blandt børn og unge



Hovedpointer i kapitlet:

Dette kapitel bygger på interview med forskere, embedsmænd og praktikere, som til dagligt arbejder med børn og unge. Informanterne kommer med deres bud på årsager til den stigende mistrivsel, og hvordan de oplever dette i deres daglige virke. Herudover belyser de relevante danske indsatser, som har til formål at fremme den mentale sundhed blandt børn og unge.

Både forskere og embedsmænd er tilbageholdne med at udpege årsager til den stigende mistrivsel og fremhæver, at udviklingen ikke kan tilskrives én enkelt faktor. Informanterne peger derfor på flere forskellige forklaringsmodeller, herunder øget diagnosticering, strukturelle og kulturelle faktorer samt individuelle og sociale faktorer. Alle tre informantgrupper oplever, at der er kommet øget fokus på mental sundhed – både politisk og i praksis. Informanterne peger dog også på en række barrierer og kommer med forskellige fremadrettede anbefalinger, herunder:

- At styrke det tværsektorielle samarbejde mellem kommuner og region.
- At forbedre overgange, for eksempel mellem daginstitutioner og skole.
- At evidensbaserede indsatser i højere grad implementeres efter forskrifterne, og at nye indsatser evalueres. Dette fremhæves især af forskerne, mens praktikerne i højere grad peger på et behov for at tilpasse indsatserne til en dansk kontekst og efterlyser hjælp til overblik og prioritering.
- At flere børn og især unge lærer, hvad mental sundhed er, og hvordan de selv kan fremme deres mentale sundhed.

På baggrund af interviewet har vi identificeret en lang række danske indsatser, som både omfatter universelle indsatser målrettet alle børn og unge og mere selektive og indikerede indsatser, som blandt andet er målrettet børn og unge (samt deres forældre) med forskellige psykiske problemer, særligt ADHD og depression.

Dette kapitel bygger på interview med 20 informanter, som repræsenterer forskere, embedsmænd og praktikere, som til dagligt arbejder med børn og unge. Formålet med denne kvalitative delundersøgelse er identificere og beskrive relevante danske indsatser med henblik på at iværksætte forebyggende indsatser. Informanterne kommer derudover med bud på årsager til den stigende mistrivsel, og hvordan de oplever dette i deres daglige virke. Slutteligt beskriver informanterne de udfordringer og barrierer, de oplever i praksis, og kommer med deres anbefalinger til fremtidige indsatser og fokusområder.

I afsnit 7.1 beskrives informanternes bud på årsager til den stigende mistrivsel. Her vil der blive introduceret fire forklaringsmodeller, som er et resultat af udsagn fra de 20 interview. Afsnit 7.2 belyser, hvordan informanterne i praksis arbejder med mental sundhed, samt hvordan fokus på og arbejdet med mental sundhed har flyttet sig igennem den seneste årrække. Dette afsnit er udsagn og holdninger fra især fremtrædende forskere og embedsmænd. Dernæst følger afsnit 7.3, der beskriver en række anbefalinger, som de 20 informanter mener kan medvirke til at fremme den mentale sundhed blandt børn og unge. Kapitlets sidste afsnit (7.4) belyser en lang række indsatser, som informanterne enten beskriver som gode eller særligt lovende.

Resultaterne er baseret på et semistruktureret interview, af 30 minutter til en time, med hver af informanterne. I rapporten citeres informanterne ikke ved navn, men udelukkende ved deres professionelle titel. I metodeafsnittet i rapportens bilag under afsnittet kvalitative metoder er informanternes navn, profession, målgruppen som informanten arbejder med, samt vedkommendes fokusområde i sit arbejde beskrevet.

7.1 Informanternes bud på årsager til den stigende mistrivsel



Hovedpointer i afsnittet:

- De fleste informanter beretter, at der kan være mange forskellige årsager til den stigende mistrivsel, og at det er svært at pege på en enkelt faktor eller en forklaringsmodel.
- Interviewene peger dog på, at særligt fire forklaringsmodeller dominerer informanternes forståelse af udviklingen. De fire forklaringsmodeller har vi kategoriseret under følgende temaer:
 - (1) diagnosticering og øget legitimitet for mistrivsel
 - (2) strukturelle og kulturelle faktorer
 - (3) individuelle faktorer
 - (4) sociale faktorer

I dette afsnit præsenteres informanternes bud på, hvorfor der er sket en stigning af dårlig mental sundhed og mistrivsel blandt børn og unge.

De fleste informanter beretter, at der kan være mange forskellige årsager til den stigende mistrivsel, og at det er svært at pege på en enkelt faktor eller en forklaringsmodel som illustreret i de to nedenstående citater.

"Vi kan komme med mange mulige bud på den stigende mistrivsel blandt børn og unge. Der er dog ikke et entydigt svar, fordi der er multiple indgangsvinkler til området. Derfor er det et vigtigt område at forske i." (Formand for Databasen Børns Sundhed)

"Og alle, I spørger, vil jo sige, at i sidste ende så må det jo være en kombination af en række faktorer. Og en række faktorer, som også er uafhængige af hinanden, men forbundet i en samlet belastning på en eller anden måde." (Specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen)

Generelt for både forskere, embedsmænd og praktikere gælder, at de er tilbageholdne i deres vurderinger og fremhæver, at det er svært at påvise præcis hvilke faktorer, der har drevet denne udvikling. Udvalgte informanter udtaler.

"Jeg vil stadigvæk sige problemet er, at vi ikke rigtig ved det, vi har ikke rigtig nogen sindssygt gode teorier." (Professor, Aarhus Universitet)

"Det er også altid sådan noget, som man bliver spurgt om, synes jeg, når vi er ude og holde oplæg, og som vi bare ikke... som vi desværre ikke ved særligt meget om." (Forsker, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

"Nej, fordi vi ved ikke tilstrækkeligt meget om det. Det, mener jeg, helt grundlæggende, er det overordnede svar her." (Seniorforsker, VIVE)

Men er det vigtigt at kende den nøjagtige årsag til børn og unges mistrivsel for at kunne igangsætte relevante indsatser? Dette spørgsmål stiller en af forskerne i interviewet.

"Hvor vigtigt er det, at man udpeger årsagerne, det vil sige, at man indkredser årsagerne til, at de har det svært? Bidrager det til løsningerne af problemerne? Det er ikke sikkert, at det gør det i praksis. For os forskere er det vigtigt, for vi vil gerne vide, hvad der er kernen. Hvor kommer det fra, og hvilke sammenhænge kan man finde? Men det er ikke sikkert, at det er vigtigt for de praktikere, der skal lave interventioner, om mistrivsel skyldes, at de har det svært med deres forældre, eller om det for eksempel skyldes forhold i skolen." (Seniorforsker, VIVE)

I forlængelse af seniorforskerens kommentar, skal det understreges, at der er stor viden om både risikofaktorer for mistrivsel og psykisk sygdom og positive faktorer, der fremmer den mentale sundhed. På samme måde viser en ny rapport fra Vidensråd for Forebyggelse, at der også findes evidens for både forebyggende og sundhedsfremmende indsatser (3). Se afsnittet *Danske sundhedsfremmende og forebyggende indsatser* for mere viden om en række lovende danske indsatser, udpeget af informanterne.

Interviewene peger dog på, at særligt fire forklaringsmodeller dominerer blandt informanterne. De fire forklaringsmodeller har vi kategoriseret under følgende temaer 1) diagnosticering og øget legitimitet for mistrivsel, 2) strukturelle og kulturelle faktorer, 3) individuelle faktorer, og 4) sociale faktorer. Mens faktorer relateret til individet (model 3) fylder mindst, og strukturelle og kulturelle faktorer (model 2) fylder mest, er dette dog ikke udtryk for, at den ene model er mere eller mindre plausibel, da de forskellige forklaringsmodeller og faktorer udelukkende er udtryk for informanternes egne forståelser. Det fremgår tydeligt af interviewene, at forskerne og embedsmændene er forsigtige i deres udtalelser om årsager til mistrivsel, mens flere praktikere er mere direkte i deres udsagn om forklaringerne på mistrivsel. Udsagn fra alle tre informantgrupper er inkluderet i forklaringsmodellerne nedenfor.

7.1.1 Diagnosticering og øget legitimitet af mistrivsel og psykisk sygdom

På tværs af de tre informantgrupper påpeges det, at det er blevet mere legitimt at indrømme, at man har problemer med sin mentale sundhed og trivsel. Med andre ord en øget tolerance for at indrømme, at man har det dårligt som illustreret i nedenstående citater.

"Der er kommet et andet fokus på dét at forholde sig til måske ikke at have det hundrede procent godt hele tiden, og det gør jo måske også, at der er flere, der melder sig på banen." (Specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen)

"Der er flere, der italesætter mistrivsel nu, end der er for fem eller ti år siden, det tror jeg er rigtigt nok. Det er mere legitimt måske at få unge til at snakke om, at de er overudfordrede og har vanskeligt ved at orientere sig i alt det, som de skal, end der har været før." (Specialeansvarlig overlæge, Børne- og ungepsykiatri Sydjylland)

Flere informanter peger dog på, at dette ikke er ensbetydende med, at der ikke stadig eksisterer tabu omkring dét at mistrives eller at have en psykisk sygdom, men at denne tabuisering er knap så voldsom, som den har været tidligere.

Derudover fremhæver en professor fra Statens Institut for Folkesundhed, at han oplever, at der tidligere har været en underdiagnosticering af børn og unge i børnepsykiatrien, hvilket han blandt andet begrundes med, at der tidligere var lange ventetider på at få sit barn undersøgt. Han påpeger, at familier i dag ikke på samme måde oplever lang ventetid, hvilket gør det svært at vide, om der er sket en reel stigning i psykiatriske diagnoser, eller om det skyldes, at man i dag er blevet bedre til at opspore og diagnosticere unge med psykiske vanskeligheder.

7.1.2 Strukturelle og kulturelle faktorer

Flere af informanterne peger på, at årsager til den stigende mistrivsel blandt andet skal findes i ændringer i strukturelle og kulturelle faktorer i samfundet. Her peger informanterne for eksempel på stigende ulighed i sundhed, et øget pres på familien og familielivet fra arbejdsmarkedet, rammerne for børn i daginstitutioner og skoler. Derudover nævnes individualisering, præstationssamfundet og perfektionskultur, brugen af sociale medier, ambitioner og skuffelser.

Flere informanter peger derudover på rammerne i dagtilbud som en mulig forklaring på øget mistrivsel. De pointerer, at der blandt andet er kommet færre hænder i daginstitutionerne, hvilket giver mindre tid til de pædagogiske principper. Det bliver af en praktiserende læge udtalt, at han oplever, at der opstår udfordringer, så snart børn starter i institutioner.

"Jeg tror ikke i dagplejen, men når man begynder i institutioner eller oppe gennem skolen, så er der jo... så har vi større grupper end tidligere. [...] Det er simpelthen... det ligger i den tid, vi er i, at man opbevarer børn på en anden måde. Måske også når man kommer hjem, hvis børn leger sammen, så foregår det ofte indendørs i dag. Det er sådan nogle ting i tiden, det er ikke nogen ting, man kan mene er godt eller skidt, det er simpelthen bare observationer. Sådan er det." (Praktiserende læge, Vejen Kommune)

Det nævnes derudover af en specialeansvarlig overlæge fra Børne- og ungespsykiatrien, at for lidt tid med omsorgspersoner kan have konsekvenser for børns trivsel, hvilket kan komme til udtryk i deres unge år.

"En faktor kan være mindre tid hos omsorgspersoner og måske dét, at børnene allerede tidligt i deres opvækst har haft mindre spejling i voksne til at styre deres adfærd og relationer. Det er ikke nødvendigvis det, der sker, når man er 14-15, der går galt, det er det, der sker, når man er tre, fire, fem, der også er en udfordring. Fordi hvis man ikke har nogle forældre, der lærer én at håndtere ens frustrationer, så kan man måske klare sig igennem, så længe der er nogle voksne, der kan hjælpe med det, men når man så står på egne ben og er 14-15 år og ikke har lært sig at gøre det på egen hånd, så kommer man ud i problemer i det sociale." (Specialeansvarlig overlæge, Børne- og ungespsykiatri Sydjylland)

Flere af informanterne peger således på, at rammerne for børn allerede i institutionsalderen kan have stor betydning for deres trivsel, ikke bare mens de er børn, men også når de kommer ind i ungdomsårene.

Præstationssamfundet og perfektionskultur

Som det også nævnes af den praktiserende læge, oplever flere af informanterne, at rammer og reformer i skolen eller i uddannelsessystemet er med til at skabe et præstationssamfund, hvor børn og unge i en tidlig alder bliver bedt om at træffe valg om, hvilken vej i livet de ønsker at gå. Det påpeges blandt andet, at mange skoler har travlt med at lave skoleprofiler, hvor børn i en tidlig alder skal tage stilling til, dels hvilken skoleprofil de vil følge (det vil sige, hvilken retning de ønsker at vælge), dels hvilken vej de vil i deres videre skoleforløb. Mange af disse valg er op til barnet selv, hvilket en MIL-koordinator (koordinator for Målrettede Inkluderende Læringsmiljøer) fremhæver kan være svært for nogle børn og unge. Flere informanter oplever, at det danske system presser børn til at forholde sig til, hvad de gerne vil i erhvervslivet, i en meget tidlig alder, helt ned til 6. klassetrin. Det bliver derudover fremhævet af en leder for Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), at test og fokus på boglige målbare elementer hos eleverne fylder forholdsvis meget i forhold til andre kompetencer som kreativitet og mere praktiske intelligenser. En lang række

informanter nævner ligeledes, at en øget individualisering de seneste år kan have betydning for den stigende mistrivsel, hvilket også fremgår i litteraturen. For eksempel udtaler en informant fra Sundhedsstyrelsen:

"Vi tror jo helt sikkert, at der er noget omkring den fart, som børn og unge skal have på livet; at livet på mange måder er blevet lidt mere målrettet inden for de seneste ti års tid. Målrettet på den måde, at der er høje ambitioner for, hvad man vil have ud af livet, og der er høje krav til at levere i samfundet. Præstationssamfundet, som man kalder det, kombineret med denne her perfektionskultur, som jo så er en norm, som de unge lægger ved siden af det at skulle præstere på uddannelsesområdet." (Specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen)

Informanten uddyber herefter, at dét at præstere handler om mange forskellige ting, som de sociale medier kan være med til at katalysere:

"Mange er optaget af, at de også skal præstere og kunne så mange andre ting, om det så handler om udseende, eller det er det spændende liv, eller det er den brede vennekreds, eller om det er en kombination af det hele, det ved jeg ikke [...] Og her kan de sociale medier forstærke opmærksomheden på det, som kaldes perfektionskulturen." (Specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen)

En studie- og trivselsvejleder fra SDU påpeger, at mange unge har meget høje ambitioner til sig selv, hvilket hun mener også kan medføre, at de unge lægger et enormt pres på dem selv.

"De [studerende] ser det ofte som om, at det er noget ved dem selv, der er forkert, og at de ikke gør det godt nok, og de ikke arbejder godt nok, og de tænker forkert om sig selv, eller de er forkerte i det hele taget. Og det tænker jeg helt klart er en ny tendens. At nogle af de her krav, man måske godt kunne se førhen i samfundet, de er simpelthen blevet internaliseret." (Studie- og trivselsvejleder, SDU)

Samtidig påpeger studie- og trivselsvejlederen, at mange unge i høj grad bekymrer sig om at kunne træffe et godt valg fra starten, og at der dermed ikke er plads til at fejle. Netop denne pointe kommer også til udtryk i interviewet med MIL-koordinatoren, som ligeledes peger på, at især unge piger i udskolingen er en udsat gruppe.

"Der er rigtig mange valg, og hvordan ved man, om man vælger rigtigt? Jeg synes faktisk, at piger i udskolingen er en udsat gruppe. Der er sådan one way til drømmejobbet og drømmeuddannelse, og det er lidt det, de higer, altså prøver at gå i den retning. Man skal ikke lave så mange fodfejl, før den vej så ligesom er ødelagt, kan man sige." (MIL-koordinator, Esbjerg Kommune)

Øget individualisering, præstationssamfundet og perfektionskulturen, som i høj grad påvirker samfundet i dag, kan ifølge informanterne have betydning for, at flere børn og unge mistrives.

Sociale medier og skærmtid

Flere informanter deler synspunktet om, at de sociale medier kan medvirke til den øgede mistrivsel, eftersom disse platforme kan være med til at booste både perfektionskulturen og de unges høje ambitioner til livet. For eksempel udtaler en ledende sundhedsplejerske:

"Denne her generation af børn og unge mennesker, de er jo vokset op med sociale medier, de ved nærmest ikke, at de ikke altid har eksisteret, det kan de slet ikke sætte sig ind i. Så det er jo deres verden, og derfor får de jo deres omsorg og deres likes på de sociale medier."

[...] Så der er noget i det her. Det spejlbillede, de ser, når de selv ser i spejlet derhjemme, det er ikke det, der lever op til det, de gerne vil være, og det som alle andre er på de sociale medier. Jeg er ikke i tvivl om, at det har en effekt på børns trivsel og udvikling og særligt deres mentale trivsel og ensomhed.” (Ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune)

Hun uddyber yderligere, at det ikke kun er unge mennesker, der kan opleve trivselsproblemer som konsekvens af en særlig form for skærmtid. Hun belyser, at mindre børn kan opleve at være ensomme i deres eget liv, selvom de er sammen med deres forældre, fordi de ofte får tilbudt en iPad som børne-babysitter.

”Hvis du begynder at lægge mærke til det, så vil du se nogle af de her børn, de forventer ikke engang at få en opmærksomhed af deres forældre, når de er ude. Fordi forældrene er et andet sted. Og det tror jeg også, at vi kommer til at døje med, at vi er nødt til at finde på noget.” (Ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune)

Det fremhæves derudover, at det ikke handler om, at skærmtid skal forbydes, men at børn og unge skal have en fornuftig omgang med de sociale medier og skærmtid. Selvom der hersker denne skepsis over for de sociale medier, er det vigtigt at påpege, at flere af informanterne også nævner, at digitale platforme og sociale medier også kan have en positiv effekt i form af eksempelvis fællesskaber.

7.1.3 Individuelle faktorer

Denne forklaringsmodel fylder mindst blandt informanterne, hvilket som tidligere nævnt ikke er et udtryk for, at denne model er mindre plausibel, da de forskellige forklaringsmodeller og faktorer udelukkende er udtryk for informanternes egne forståelser. Søvn er den eneste individuelle faktor, som nævnes af flere informanter. De peger på, at den stigende mistrivsel formentlig hænger sammen med, at unge i stigende grad sover for lidt. Ifølge flere forskere har søvn stor betydning for børns og unges mentale sundhed, herunder for udvikling af angst, depression, ensomhed, skoletrivsel, livstilfredshed og smerter. Det kan således have en betydning, at børn og unge sover betragteligt mindre, end de gjorde for et eller to årtier siden, og at deres søvnkvalitet er forringet. Denne observation om, at søvn og dårlig søvnkvalitet kan have betydning for børns og unges mentale sundhed, fremhæves også i flere studier (10).

Forskningen peger på, at faktorer som overvægt og tidlig pubertet derudover også kan være individuelle faktorer, som kan påvirke børn og unges trivsel (10).

7.1.4 Sociale faktorer

Sociale faktorer fremstår også som en forklaringsmodel blandt informanterne. Her peger informanterne på faktorer som problematisk forældre-barn-relation, for lidt tid med omsorgspersoner og nye former for mobning. Her fremhæver en række informanter, primært repræsentanter fra praksis, at der er sket en ændring i måden, forældre opdrager deres børn på, og hvordan de tackler deres børns udfordringer. De peger på, at dette kan medvirke til den stigende mistrivsel.

En problematisk forældre-barn-relation nævnes ganske kort af flere informanter, der peger på, at især misbrug eller psykisk sygdom hos forældre kan have betydning for børns og unges trivsel. Konflikter i familien, såsom skilsmisse og boligsituationen herefter, forældres nye kærester,

arbejdsløshed blandt forældrene, økonomi og dødsfald i familien, kan ifølge informanterne også spille en rolle.

Ny børne-ungegruppe i mistrivsel

En dagtilbudsleder peger på, at der generelt i dag er mange krav til familien, og at forældrene har meget at skulle leve op til. Hun nævner, at hun igennem de sidste 12 år i ledelsesfaget (både i skole og dagtilbudsregi) har oplevet, at der er flere forældre, der har behov for vejledning til, hvordan de skal forholde sig til opdragelse og trivsel.

"Jeg synes, vi oplever, at nogle forældre kan være usikre på forældrerollen, så forældrevejledning fylder nogle gange meget i hverdagen. Vejledningen er dog vigtig, da denne sparring i den grad kan have indvirkning på barnets trivsel samt trivslen i hjemmet." (Dagtilbudsleder, Billund Kommune)

Denne udvikling, hvor flere forældre har behov for vejledning, er en tendens, som også har været tydelig i en kommunal familieafdeling. Familie- og forebyggelseschefen fremhæver, at der de seneste 10 års tid er kommet et nyt klientel i afdelingen.

"Altså for seks-syv år siden, der ville der stort set ikke være nogen i familieafdelingen, hvor man kunne sige, at det var egentligt almindelige familier, der kom og henvendte sig. [...] Jeg er ret sikker på, at en tredjedel af de sager, de sociale sager, vi har, det kommer fra nogle familier, hvor man kan sige, de har en god økonomi. Forældre, der ikke sådan selv har sociale problemer. Så det er en tendens, som jeg kan se." (Familie- og forebyggelseschef, Middelfart Kommune)

Flere praktikere peger på, at disse mere ressourcestærke familier har svært ved at tackle de udfordringer, som deres børn har, og at de har en forventning om, at nogle professionelle skal tage over, og at de dermed selv kan slippe problemet. Denne fremstilling af forældrene fremhæver flere af praktikerne er karikeret, men det tegner et billede af en tendens i samfundet, hvor flere børn og unge, fra alle sociale lag, mistrives, og at mange forældre har svært ved at tackle de udfordringer, som deres børn har.

Familie- og forebyggelseschefen peger derudover på, at mange af disse børn fra mere ressourcestærke familier henvender sig med andre udfordringer end set tidligere. Her nævnes blandt andet angst og selvskadende adfærd, såsom cutting og spiseforstyrrelser. Derudover nævner han, at der også er et større antal forældre, der kommer som resultat af en forudsat opdragelse, hvor de har en forventning om, at kommunen skal løse de problemer, som deres børn står overfor. Med andre ord er det en helt anden attitude, som disse forældre kommer med, end tidligere set. For 8-10 år siden oplevede Familie- og forebyggelseschefen, at de sager, de havde, hvor børnene havde udfordringer, skyldtes, at de ikke er blevet mødt på deres behov, fordi forældrene har haft et misbrug, har mistet deres arbejde og deres identitet – hvad han kalder mere klassiske sociale problemstillinger. Han pointerer hermed, at der er tydeligt, at klientellet har ændret sig.

Flere praktikere peger også på, at denne opdragelsesmåde har indflydelse på børns og især unges forventning til livet og deres følelser af at være en fiasko, hvis de fejler eller ikke føler sig lykkelige hver dag. Dette bliver eksemplificeret med de såkaldte 12-talspiger, som er ulykkelige, hvis ikke de får 12, hvilket ifølge en praktiserende læge hænger sammen med, at disse piger har haft en forventning om, at det skulle være nemt, og at de ikke skulle have noget at slås med.

"Men i dybden er det nok en skuffelse over at 'det er sværere, end jeg havde regnet med. Der var ikke nogen, der fortalte mig, at det skulle være svært'." (Praktiserende læge, Vejen Kommune)

Set fra et studie- og trivselsvejlederperspektiv på videregående uddannelser er der den seneste årrække ligeledes ikke kun sket en udvidelse af, hvilken gruppe af studerende der henvender sig, men også hvor svært, de har det.

"Det behøver ikke at være en studerende, som er hårdt belastet [som kommer fra en hård baggrund], eller som ikke har ressourcestærke forældre derhjemme, der kommer [til studie- og trivselsvejledningen]. Mange af de studerende, vi ser, som der mistrives, jamen de har ofte en ressourcestærk baggrund. Eller mange af dem har i hvert fald. De har måske også familier, som har bakket dem op og har sagt til dem: 'prøv at høre her, du vælger lige det, du vil. Jeg skal nok støtte dig uanset hvad'. Og det tænker jeg, det er i hvert fald en ny tendens." (Studie- og trivselsvejleder, SDU)

At flere børn fra ressourcestærke familier mistrives er ifølge informanterne, og især praktikerne, en ny tendens, som kan være med til at forklare den stigende mistrivsel.

Mobning

En anden social risikofaktor for mistrivsel og dårlig mental sundhed er ifølge informanterne mobning. En forsker påpeger dog, at der er sket et fald i mobning, hvorfor dette ikke kan være en forklaring på den stigende mistrivsel. Dette til trods for, at en ny form for mobning er udsprunget på de digitale medier.

"Og det er rigtigt nok, at samtidig med at den fysiske mobning i skolen blandt børn er faldet betydeligt, så er der vokset en internetmobning op, eller cyber bullying, men jo slet ikke i samme omfang som det, vi tidligere har set med direkte fysisk mobning. Slet, slet ikke samme omfang. Der er en del børn, der bliver udsat for det, men det vil sjældent være noget, der er sådan repetitivt og gentager sig skoleår efter skoleår. Så det er altså kvantitativt set betydeligt mindre, det der er kommet oveni." (Professor Emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

Professoren fremhæver derudover, at effekten af de to former for mobning, den fysiske og den digitale, er den samme på måden, de er belyst nu. Han understreger dog, at effekterne i dag er langt værre end tidligere antaget.

"Man har undersøgelser, som viser fuldstændig uhyggelige konsekvenser af mobning. Det er på linje med børnemishandling i hjemmet. Altså øger risikoen for psykisk sygdom og fattigdom og skilsmisse og stofmisbrug og karakterforandringer og psykiske sygdomme og så videre, når børnene bliver voksne." (Professor Emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

Selvom mobning kan have alvorlige konsekvenser for den mobbede, peger professoren på, at mobning ikke kan forklare den stigende mistrivsel, da der i de seneste år er sket et fald i mobning.

7.2 Mental sundhed og trivsel i praksis



Hovedpointer i afsnittet:

- Informanterne oplever, at der det seneste årti er kommet mere fokus på mental sundhedsfremme og forebyggelse – det gælder både på det politiske og det praktiske niveau.
- På tværs af de tre informantgrupper er der fokus på at fremme den mentale sundhed ved at sætte ind i de arenaer, hvor børn og unge lever deres daglige liv. Det kræver dog, ifølge informanterne, et fortsat fokus på tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, og at den mentale sundhed også tænkes ind i tilbud, som ikke har mental sundhed som det primære formål.

I dette afsnit beskriver vi, hvordan informanterne i praksis arbejder med mental sundhed, samt hvordan fokus på og arbejdet med mental sundhed har flyttet sig igennem den seneste årrække. Dette afsnit er udsagn og holdninger fra fremtrædende forskere og embedsmænd.

7.2.1 Øget (politisk) fokus på mental sundhed og sundhedsfremme

Ifølge forskerne og embedsmændene er der det seneste årti kommet større fokus på (mental) sundhedsfremme. En specialkonsulent fra Sundhedsstyrelsen forklarer, at den sundhedsfremmende tilgang fylder mere og mere. Ifølge specialkonsulenten arbejder Sundhedsstyrelsen primært med rammer og strukturer, der kan understøtte arbejdet med at fremme mental sundhed og skabe opmærksomhed på mistrivsel og dårlig mental sundhed i samfundet. En del af arbejdet består i at identificere, dels de arenaer man befinder sig i gennem livet, dels de væsentlige strukturelle tiltag, redskaber og rammer, som kan være medvirkende til at understøtte god mental sundhed. På børne- og ungeområdet nævner han arenaerne svangeromsorgen, daginstitutioner, skoler, ungdomsuddannelser og videregående uddannelser. Her arbejdes der blandt andet med sundhedsplejens rolle og på at skabe overblik over eksempelvis sundhedstjenestens arbejde, de pædagogiske lærerplaner i daginstitutionerne og skolereformens formål med at skabe trivsel. Dermed fokuseres på de arenaer, hvor befolkningen lever det daglige liv.

"Mental sundhed handler om det levede liv, og man lever ikke livet på hospitalet, og man lever ikke livet hos den praktiserende læge. Man lever det jo i en daginstitution, eller i en skole, eller i en fritidsordning, eller i foreningsliv, eller på et arbejdsmarked, ja i uddannelsessektoren, altså det er jo dér, det leves. Vi er ikke myndighed på mange af disse områder, der findes andre styrelser, som har det som deres område, men vi er optaget af at arbejde på tværs med dette sundhedsområde." (Specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen)

Flere praktikere fortæller, hvordan de er begyndt at flytte fokus fra de udfordringer, som det enkelte barn oplever, til i højere grad at fokusere på konteksten, hvor disse udfordringer udspiller sig. For eksempel fremhæver MIL-koordinatoren, at der er sket en stor positiv udvikling inden for området AKT (Adfærd, Kontakt, Trivsel) og MIL (Målttede og Inkluderende Læringsmiljøer). Hvor de førhen tog børn, der havde udfordringer i klassen, ud af klassekonteksten og tacklede problemerne der, fokuserer de i dag i højere grad på at lave klasseindsatser og opkvalificering af lærerne. Denne tendens med at se på kontekst frem for udelukkende at se på det individuelle barn, ses også i en kommunal familieafdeling. Her har de udviklet et trivselsværktøj, kaldt handleguide, som bliver benyttet af fagprofessionelle i både dagtilbud og skoler til at vurdere trivsel. Frem for at

vurdere barnet ud fra en farvekategori (grøn, gul, rød), vurderer de med farvekoderne i dag den *position* barnet befinder sig i, det vil sige en erkendelse af, at børnene bliver bragt i nogle positioner, hvor deres trivsel er grøn, gul eller rød. Konteksten er dermed kommet i fokus. Ligeledes bliver det i et interview med en dagtilbudsleder tydeligt, at Sundhedsstyrelsens fokus på lærerplaner skinner igennem i praksis. Hun beskriver i interviewet, hvordan deres fokusområder i institutionen er bestemt af dels den styrkede pædagogiske læreplan under dagtilbudsloven, dels kommunens politikker og institutionens egne prioriteter.

For bedst muligt at arbejde med det *det levede liv* og de strukturer, der går på tværs af de arenaer, børn og unge befinder sig i, kræver det ifølge specialkonsulenten fra Sundhedsstyrelsen et samarbejde på tværs af styrelser. Her nævner han, at det er forholdsvis nyt at kigge på samfundsmæssige strukturer, der ligger uden for deres eget område. I forhold til et samarbejde om at fremme mental sundhed er der endnu ikke etableret formelle samarbejder på tværs af styrelserne, men han fortæller, at der er kommet opmærksomhed til at skabe en samarbejdsform. Det kommer for eksempel til udtryk med det fælles samarbejdsforum, som er skabt omkring udarbejdelsen af den nye 10-årsplan for psykiatrien.

Også en chefkonsulent fra Sund By Netværket fremhæver vigtigheden af tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Hun fremhæver, at en af grundstenene i netværkets temagruppe Mental Sundhed er at dele viden, søge inspiration og samarbejde på tværs af kommunerne. Det omfatter både samarbejde på tværs af forskellige kommunale driftsområder og afdelinger samt de tilhørende fagligheder og uden for den kommunale organisation. Hun udtaler:

"Grundlaget for det gode liv skabes på mange forskellige arenaer, hvor langt fra alle er institutionaliserede, for eksempel familien, men også bredt ud i civilsamfundet og gennem foreningslivet og andre fællesskaber." (Chefkonsulent, Sund By Netværket)

Et tværsektorielt samarbejde mellem kommuner og regioner bliver af informanter fra praksis også vægtet højt, hvilket især bliver tydeligt i de interview, der handler om børn og unge i gråzoner (det vil sige børn og unge, som ikke er syge nok til at blive tilknyttet psykiatrien, men har behov for støtte i hverdagen). Ifølge en specialeansvarlig overlæge i Børne- ungespsykiatrien returnerer de i Sydjylland omkring 15-20 % af de henvisninger, de får fra henholdsvis praktiserende læger eller kommunale indsatser med en anbefaling om, at der i første omgang bliver startet nogle forløb i primært kommunalt regi. For at sikre, at der ikke tabes nogle børn og unge i denne proces, fortæller han, at de i regionen har etableret samarbejder på tværs af kommuner og region, hvor de har fokus på børn og unge, der befinder sig i gråzoner. Han fremhæver, at der har været stor samarbejdsvillighed mellem alle parter.

Hvor Sundhedsstyrelsen har en 'naturlig' rolle i arbejdet med mental sundhed, beskriver to ansatte, en fuldmægtig og en jurist ved Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR), hvordan de i deres arbejde med uddannelseshjælp for unge under 30 år har fået et større blik for mental sundhed, selvom det ikke er et særskilt fokusområde i STAR. Ifølge de to embedsmænd har nogle af de unge, der modtager uddannelseshjælp, psykiatriske diagnoser. Hos STAR arbejder de ud fra en forståelse af, at det er muligt at arbejde uddannelsesrettet parallelt med, at den unge får behandling for sin psykiske sygdom.

"Vi tror på en uddannelsesrettet indsats, at indsatsen faktisk også kan bidrage til at øge trivslen for nogle af de her unge ved at give dem nogle succesoplevelser for eksempel. Eller øge hjælpen til at øve sig i hverdagsmestring. Det der med at komme op om morgen og få noget struktur på tilværelsen. Ja. Det er i hvert fald noget, der gennemsyrrer mange af vores projekter." (Fuldmægtig, STAR)

Det fremhæves i citatet, at der i STAR er fokus på helbredsmestring – altså hvordan den unge selv kan mestre sine udfordringer. De peger på, at det for mange af de unge ikke handler om at blive kureret for en diagnose, men om at lære at mestre livet med diagnosen, hvilket de peger på også er et tema som fylder i kommunerne, og som de er opmærksomme på i jobcentrene.

"Det er også noget, vi selv siger, at vi får mere og mere fokus på for den her gruppe." (Fuldmægtig, STAR)

En anden politisk aktør, som ligesom styrelserne også vægter det tværsektorielle samarbejde højt, er Danske Regioner, repræsenteret af en teamleder. Hun forklarer, at de i regionerne har fokus på at generere viden om, hvad der fremmer god trivsel, og hvordan der kan sættes ind over for børn og unge, der mistrives. Derudover fokuserer de på, hvad der har effekt i forhold til specifikke målgrupper, herunder at forebygge decideret psykisk lidelse hos de unge, hvor mistrivlsen udvikler sig alvorligt. Ligeledes er der opmærksomhed på, hvordan regionerne kan understøtte for eksempel PPR, lærere, pædagoger og almen praksis i deres arbejde med mistrivsel. Desuden forklarer hun, at de i Danske Regioner også ønsker at skabe større forpligtigelse til samarbejdet om forebyggelse på tværs af stat, regioner og kommuner og med involvering af alle relevante parter på tværs af velfærds- og politikområder. Hun forklarer, at der i dag mangler en national politisk ramme, der forpligter politiske niveauer og sektorer til at tænke trivsel og sundhed, herunder også mental sundhed, på tværs af politikområder.

Et konkret forslag til at indtænke mental sundhedsfremme på tværs af sektorer er fra Danske Regioner at indføre en folkesundhedslov, som dels har til formål at skabe mere social lighed i sundhed, og dels skabe mere sundhed bredt, som skal hjælpe til at skabe et bæredygtigt samfund.

"Folkesundhedsloven skal også have fokus på trivsel med sammenhæng til, at vi ved, at sundhed og lighed i sundhed skabes så mange andre steder end i sundhedsvæsenet. Det er et fælles samarbejde på samfundsniveau at komme ulighed til livs, og det gælder også uligheden i forhold til dårlig mental sundhed." (Teamleder, Danske Regioner)

Teamlederen fremhæver, at alle parter må samarbejde endnu tættere, med afsæt i de enkeltes ansvarsområder og ekspertiser, og løse udfordringerne ved en tværgående indsats. Hun påpeger, at regionernes rolle i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde kan være at bidrage med data, analyser og viden, som både kommuner og andre lokalsamfundsaktører kan benytte til at tilrettelægge indsatser. Hun fremhæver også, at regionerne i dag i højere grad påtager sig en faciliterende rolle i forhold til de brede partnerskaber og har fokus på at følge indsatser og dokumentere, om de virker. Hun afslutter interviewet med at tydeliggøre, at bedre trivsel blandt børn og unge kræver et nationalt politisk fokus som rammesættende for en fælles indsats.

"Altså jeg synes, det kunne være fedt at tydeliggøre fuldstændig, at det kræver, at der er politisk handlekraft og politisk vilje, hvis børn og unges trivsel skal blive bedre, så skal det øverst på dagsordenen nationalt. [...] Og så synes jeg, det er vigtigt hele tiden at have det sociale ulighedsperspektiv med, fordi vi ser, at kløften mellem dem, der lever længere, og dem, der lever kortere, bliver større, også selvom vi ved, at gennemsnitslevealderen stiger, så er det jo ret vildt, at der er nogle grupper, der ikke får samme gavn af de ekstra leveår." (Teamleder, Danske Regioner)

Ikke kun Danske Regioner ønsker et styrket samarbejde mellem regioner og kommuner, men det er også et ønske, som kommer fra kommunerne, fremgår det i interviewene med praktikerne. Dette vil blive beskrevet yderligere i næste afsnit *Nye tendenser i praksis*. Lederen af Center for

Forebyggelse i praksis, KL, fremhæver, at hun i høj grad ønsker et fokus på hele børne-ungegruppen, når der snakkes mental sundhedsfremme og forebyggelse. Hun fortæller, at KL med forebyggelsesudspillet *Forebyggelse for fremtiden 2018* har sat børns og unges trivsel og mentale sundhed i højsædet⁶ – en politisk linje, som man kan se på tværs af de politiske aktører (SST, STAR, Danske Regioner og KL). Hun pointerer yderligere, at der i kommunerne er sket en stor udvikling i forhold til indsatser rettet mod fremme af mental sundhed og forebyggelse af mistrivsel siden Sundhedsstyrelsens lancering af Forebyggelsespakken Mental Sundhed i 2012.

"Mental sundhed er jo et relativt nyt område at betragte som folkesundhed og som en primær forebyggelsesopgave. [...] Jeg synes, der er sket virkelig meget siden, det var jo i 2012, at den kom. Der er sket virkelig meget siden i kommuner. Noget af det, der er sket, er, at der er blevet lavet en del kortlægninger af, hvad der egentlig foregår [i kommunerne]. Derefter er der igangsat indsatser, hvor der manglede, eller der er blevet skabt synergi mellem, de eksisterende indsatser". (Leder af Center for Forebyggelse i praksis, KL)

Arbejde med mental sundhed blandt børn og unge sker ifølge eksperterne på meget forskellige niveauer og både implicit og eksplicit. For eksempel arbejder sundhedsplejen implicit med sundhedsfremmende tiltag, mens mere bevægelse i skolen eksplicit kan være med til at skabe bedre trivsel. Dette bliver blandt andet tydeligt i interviewet med en specialkonsulent fra KL, i hendes beskrivelse af sit arbejde i KL:

"Så når vi for eksempel har været meget optaget af at fremme bevægelse i skolen, at der skal være de her 45 minutters bevægelse hver dag for skoleeleverne [...] det er jo noget, vi gør, fordi vi tror, at det faktisk fremmer børns trivsel, at der er en afvekslende, varieret skoledag. Så derfor er det jo ikke sådan, at der altid står trivsel øverst på indsatsen, men det er tænkt ind i forhold til de valg og de politiske prioriteringer, der bliver foretaget for organisationen [KL]." (Specialkonsulent, KL)

Arbejdet med mental sundhed er eller kan ifølge informanterne således være allestedsnærværende afhængigt af fokus og kontekst. Pointen, at mental sundhed ikke altid er det primære fokuspunkt, men det til trods er en vigtig medspiller i de fleste tilbud, gør ifølge informanterne arbejdet med mental sundhed afgørende, men også politisk udfordrende at prioritere, afgrænse og afsætte ressourcer til. Dette kommer til udtryk i en række udfordringer, som vil blive beskrevet i næste afsnit.

⁶ Her henvises særligt til pejlemærke 2) Alle børn skal have en sund start på livet, der fremmer deres trivsel, udvikling og læring, 3) Alle unge skal have plads i fællesskabet og komme godt på vej i uddannelse og job, og 6) Flere skal leve et liv med bedre mental sundhed og trivsel.

7.3 Barrierer og anbefalinger



Hovedpointer i afsnittet:

- Især forskere og embedsmænd peger på, at der er behov for, at evidensbaserede indsatser implementeres efter forskrifterne, og at nye tiltag evalueres. Praktikerne peger på, at det kan være svært at prioritere, hvilket område og indsatser der skal prioriteres, og at de har behov for hjælp til at skabe et overblik. Praktikerne fremhæver også behovet for at evidensbaserede indsatser, som er udviklet i andre lande, tilpasset den danske kontekst.
- Flere af informanterne peger også på et behov for, at flere børn og især unge skal lære, hvad mental sundhed er, og hvordan de selv kan fremme den. Der er ligeledes behov for at give dem nogle gode redskaber til at navigere i hverdagen. Der er derimod uenighed om, hvordan prioriteringen af universelle, selektive og indikerede indsatser skal være.
- Informanterne fremhæver, at der er behov for at styrke overgangene, herunder at videreføre sprog og redskaber omkring mental sundhed fra den ene arena til den anden, for eksempel i overgangen fra børnehave til skole. Derudover understreger alle informanterne et behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde mellem kommuner og regioner.

I dette afsnit beskrives de udfordringer og barrierer, som informanterne oplever i arbejdet med at fremme den mentale sundhed blandt børn og unge, og deres bud på, hvordan man kan styrke indsatsen på området.

7.3.1 Bedre implementering og evaluering

Især forskerne peger på, at det er en udfordring, at der typisk findes en myriade af forskellige indsatser i kommunerne, herunder i dagtilbud og skoler, hvoraf størstedelen af indsatserne ikke bliver evalueret og/eller implementeret som forskrevet. Det betyder, at selvom indsatserne bygger på et evidensbaseret program, så er det uvist, om de virker, fordi de har en lav fidelitet (det vil sige graden af nøjagtighed, hvormed et program/en indsats er implementeret).

Mange af de programmer og indsatser, der implementeres i Danmark, udspringer fra international forskning, påpeger flere informanter. Ifølge forskerne vælger de lokale institutioner dog ofte at tilpasse indsatsen for eksempel på baggrund af egne erfaringer.

"Når man går lidt ned i detaljen og ser på implementeringen af de forskellige programmer, der er, og mange af dem udspringer internationalt, så gør skolerne og kommunerne ikke helt, som der står i bogen. Fordi så finder skolen ud af, at 'det er jo lidt bedre at gøre det på vores måde, det er vi vant til.' Og børnehaverne siger 'jae, men vi har hørt, at det er bedre, hvis man dropper det element og gør lidt mere ud af dette her'." (Professor Emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

Forskerne oplever også, at det er problematisk, at der hele tiden bliver opfundet nye tiltag, som ikke bygger på videnskabelig evidens, og som ikke bliver evalueret efterfølgende.

"Og der er også en række selvopfundne [indsatser], så der er meget stor aktivitet på området her. Der er næsten ikke den kommune, hvor der ikke foregår et eller andet, i en eller anden daginstitution eller skole." (Professor Emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

Blandt de indsatser, der rent faktisk bliver evalueret, er der, ifølge forskerne, mange, der har en effekt, selvom det ofte er små effekter. Indsatserne koster næsten ingen penge, og der findes næsten aldrig negative effekter (at indsatserne er skadelige for deltagerne). For eksempel kan man på flere indsatser måle effekten på, at børn bliver mindre angst og deprimerede, at børn bliver bedre til at tackle mobning, og at den almene trivsel for børn med ADHD forbedres. Derfor er der behov for en bedre evalueringsindsats af afprøvede og implementerede programmer.

"Det er bare ærgerligt, at der bruges så mange kræfter på noget, der ikke er evalueret, eller så få kræfter på at evaluere, og så få kræfter på at vidensdele." (Professor Emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

Flere embedsmænd fremhæver også problematikken omkring den manglende viden om effekten af de indsatser, der igangsættes.

"Der er jo ikke nogen tvivl om, at der foregår virkelig gode ting. Det er bare ikke systematisk. [...] Så der er behov for, at vi bliver lidt bedre til at se på, hvad der egentlig har en effekt, og hvad man eventuelt så kunne prioritere at udbrede. Så der bliver man nødt til at have en lidt systematisk tilgang til det og have adgang til data for området." (Teamleder, Danske Regioner)

Praktikerne oplever dog, at det ikke er så ligetil at omsætte evidens til praksis. I citatet nedenfor forklarer en familie- og forebyggelseschef for eksempel, hvordan det kan være en udfordring at navigere i den store mængde viden og evidens på området.

"Noget af det, der udfordrer os lidt, det er det der med, at der kommer jo et hav af analyser på det her område her, altså med unges trivsel. Det der med egentlig at have, og nu er vi jo en lille kommune, vi skal simpelthen have nogle, der kan tygge de der rapporter igennem og hjælpe os lidt med at sige, hvilke nogle vi skal læne os op ad, hvilke nogle skal vi handle på." (Familie- og forebyggelseschef, Middelfart Kommune)

Familie- og forebyggelseschefen pointerer, at denne vejledning er nødvendig for at hjælpe kommunerne med at prioritere og træffe gode beslutninger. Familie- og forebyggelseschefen ligger vægt på, at det både handler om at få hjælp til at vælge hvilken målgruppe, der især har behov for en indsats, at vælge de rigtige indsatser, og at implementere dem med høj fidelitet.

Derudover fremhæver flere af praktikerne, at de indsatser, som er udviklet i et andet land, ikke altid kan overføres direkte til Danmark. Her fortæller en ledende sundhedsplejerske, at mange af metoderne kommer fra USA og derfor ikke har kunnet overføres nemt til en dansk kontekst. Hun sætter derfor stor pris på, når metoder fra start udvikles til en dansk kontekst, som det blandt andet ses ved PUF-programmet. For yderligere beskrivelse se afsnittet *Danske sundhedsfremmende og forebyggende indsatser*.

Det handler således ikke altid om, at praktikerne ikke gerne vil implementere evidensbaserede indsatser, men de oplever også nogle udfordringer i forhold til, hvorvidt det kan lykkes, blandt andet

grundet ressourcer, økonomi og manglende viden og vejledning til, hvilke områder og målgrupper der skal prioriteres, og hvilke indsatser de skal vælge.

7.3.2 Bedre kendskab til mental sundhedsfremme

Flere af informanterne peger også på et behov for, at flere børn og især unge skal lære, hvad mental sundhed er, og hvordan de selv kan fremme den. En måde at skabe denne viden på er blandt andet gennem folkeoplysning, fremhæver projektchefen for *ABC for mental sundhed*. Hun fortæller, at de i *ABC for mental sundhed* arbejder både på individ- gruppe- og samfundsniveau. ABC arbejder ud fra to ben; 1) folkeoplysning om mental sundhed, og hvad man kan føre for at fremme den, 2) etablering af de bedste rammer og betingelser for, at man kan engagere sig i A (gør noget aktivt), B (gør noget sammen) og C (gør noget meningsfuldt). Mental sundhed er ifølge projektchefen noget, vi skaber sammen, og vi påvirker og påvirkes af vores omgivelser. For at kunne skabe de bedste rammer og betingelser for den enkelte er *ABC for mental sundhed* organiseret som et stort partnerskab på tværs af forskere, kommuner, foreninger og organisationer, som alle arbejder i den samme retning for at fremme befolkningens mentale sundhed. Mental sundhed er en kontinuerlig proces igennem hele livet og skal styrkes og vedligeholdes på lige fod med fysisk sundhed. Se også *ABC FOR MENTAL SUNDHED – fra retorik til handling* (125) og <http://www.abcmენტalsundhed.dk/>.

En anden forsker pointerer, at det handler om at give børn og unge redskaberne til at kunne navigere i verden, så de bedre kan håndtere de problemstillinger, de står overfor.

"Hvis du giver unge mennesker redskaberne til bedre at navigere i verden, så vil du uanset hvad. [...] ... klæde dem bedre på. Hvis det nu er, at de måske overreagerer på simple symptomer, så vil de bedre kunne få den fornemmelse, og hvis det så er, at de virkelig har det skidt, så vil de måske være mere åbne for at række ud og kunne håndtere det. Så jeg tror man skal have en strategisk tilgang." (Professor, Aarhus Universitet)

At unge mennesker har behov for at få nogle redskaber, så de ikke kun lærer at navigere, men også lærer at arbejde med deres egen mentale sundhed, er et synspunkt, som en studie- og trivselsvejleder deler. Hun fortæller, at de på SDU har stor succes med webinarer og gruppeforløb. Her kan de studerende få nogle værktøjer til at håndtere hverdagens udfordringer, og samtidig har forløbene en form for peer-to-peer tilgang, fortæller hun. De unge sidder sammen med andre unge, som har det ligesom dem selv og kan få viden om, hvordan de har håndteret deres udfordringer.

"Du kan give rigtig, rigtig mange gode redskaber og også fortælle om, hvordan du selv havde det, da du gik på universitet, men det gør bare noget andet at høre det fra ligesindede." (Studie- og trivselsvejleder, SDU)

For at kunne formidle viden og redskaber til børn og unge, så de kan styrke deres mentale sundhed og dels kan lære at navigere i samfundet, er der ifølge flere informanter behov for vidensformidling blandt de mennesker, som arbejder med mental sundhed.

"Så spørgsmålet er, hvordan er det, vi laver det der koncept, hvor vi egentlig føler, at dem, der vokser op, får så balanceret en fornemmelse i forhold til mental sundhed. Hvad der er vigtigt at kaste opmærksomhed på, og hvad er måske ikke er så vigtigt? [...] Der skal en eller anden form for vidensformidling, som skal være grundlæggende og gå på tværs af de mennesker, som arbejder med det [mental sundhed], fordi hvis vi arbejder ud fra et fælles grundlag, så er det bare lidt nemmere at samarbejde. Så jeg tror samarbejdet på tværs af

fagligheder, det ville være mit primære bud [hvordan vi kan bremse den negative udvikling].”
(Professor, Aarhus Universitet)

Informanten peger her på, at det første skridt for at kunne guide vores børn og unge er, at der skabes et fælles grundlag for, hvordan vi arbejder med mental sundhed, og hvordan forskellige fagligheder kan samarbejde på det område.

7.3.3 Bedre tværsektorielt samarbejde

Flere af praktikere fra kommunerne og regionerne peger på, at de oplever et behov for et styrket samarbejde mellem netop kommuner og region. For eksempel nævner en familie og forebyggelseschef, at han har et ønske om et stærkere samarbejde om sårbare gravide med blandt andet de praktiserede læger og med fødeafdelinger og jordemødre på hospitalerne.

Ønsket om et styrket samarbejde mellem region og kommune fremhæves også af en leder af PPR. Han fremhæver, at der er behov for mere systematiske arbejdsgange på tværs af det kommunale og regionale område for at sikre, at der ikke er børn og unge, der falder mellem to stole. Han fortæller også, at der er et bredt ønske om at tilbyde mere lavintensitetsbehandling i kommunerne. Han vurderer dog, at det kræver, at der sættes fokus på rammerne for kommunernes rolle og behov for blandt andet support og sparring fra regionen. Han peger derudover på, at der er behov for at arbejde med at etablere et fælles sprog, hvilket kræver, at regionen og kommunerne får et større kendskab til hinandens indsatser.

Netop denne støtte fra regionen peger familie- og forebyggelseschefen også på:

”Og den store opgave for regionen er jo netop, at kommunerne er forskelligt bygget op, så derfor skal der også nogle forskellige samarbejdsmodeller til. Det kan vi godt mærke på regionen, at det selvfølgelig er en opgave at få det udbygget.” (Familie- og forebyggelseschef, Middelfart Kommune)

Som repræsentant for regionen fremhæver en specialeansvarlig overlæge fra Børn- og ungepsykiatrien, at kommunerne benytter mange forskellige screeningsinstrumenter til opsporing af børn og unge, som mistrives, og at der er stor forskel på hvilke tilbud og indsatser, der findes i de forskellige kommuner. Han påpeger derfor, at en højere grad af harmonisering og standardisering kunne lette det tværsektorielle samarbejde, fordi det vil blive lettere for medarbejdere i børne- og ungepsykiatrien at finde relevante tilbud i kommunerne. Dette ville, ifølge overlægen, også kunne styrke kvaliteten og systematikken omkring indsatserne.

Kvalitet er et tema, der fylder på tværs af kommuner og regioner. En teamleder fra Danske Regioner fremhæver, at der er behov for, at alle børn og unge tilbydes en sammenhængende indsats af høj kvalitet, som øger trivsel. Den skal baseres på viden om, hvad der skaber en god tilknytning i de tidlige leveår, og hvad der fremmer god mental sundhed blandt børn og unge i de forskellige sammenhænge, de indgår i. Det kan også handle om, hvordan udsatte gravide og deres partnere bedst rustes til det nye liv som familie og med en nyfødt. Det vigtige er at følge op og blive klogere på, hvad der skaber god trivsel for alle og for specifikke målgrupper. Kvalitet er også et tema, som bliver fremhævet i interviewet med lederen for Center for Forebyggelse i praksis, KL. Hun fremhæver, at der, først og fremmest, er behov for at tale mere om, hvad kvalitet er, og derefter hvordan kvaliteten så skal løftes.

”Vi skal snakke meget mere om mental sundhed i forhold til det almindelige børneliv, når vi snakker om, hvad kommuner skal gøre. Hvordan skaber vi kvalitet i dagtilbud? [...] Lad os

snakke om, hvad vi tror kvalitet er, og hvordan vi kan styrke kvaliteten af den måde, kommuner håndterer børn på. Hvad kan vi gøre bedre? Det synes jeg vi skal snakke rigtig meget om.” (Leder for Center for Forebyggelse i praksis, KL)

Et ønske om et styrket tværsektorielt samarbejde fylder for informanter tilknyttet både regionen og kommuner. Flere af informanterne kommer endda med eksempler på, hvordan man kan styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. For eksempel fortæller den ledende sundhedsplejerske om, hvordan hun har været med til at opstarte forskellige pilotprojekter på tværs af det kommunale og regionale område. I et af disse projekter har de sammen med Kolding Sygehus arbejdet med at styrke kommunikationen og indsatser omkring gravide og fødende kvinder. Det har, ifølge den ledende sundhedsplejerske, været løftestang for også at kunne samarbejde på andre områder:

”Hvis vi bare lukker op for hinandens virkeligheder og inviterer hinanden ind, og ser hvor vi kan hjælpe hinanden, så kan vi blive bedre til sammen at hjælpe de her familier. Fordi det er jo det, vi skal. Og hvis man sidder i hver sin lejr ude på sygehuset eller inde i kommunen og tænker, ’det regner vi med, at kommunen de gør’, eller ’nej, det er sådan noget... det ordner de inde på sygehuset’, så sidder vi i en lille skyttegrav og har vores dejlige fordomme, som vi kan blive ved med at fodre hinanden med, og det kommer jo ikke familierne eller børnene til gode overhovedet, så det skal vi holde op med.” (Ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune)

7.3.4 Bedre overgange mellem arenaer

En måde at bremse den negative udvikling på er ifølge informanterne at styrke overgangene, herunder at videreføre sprog og redskaber omkring mental sundhed fra den ene arena til den anden, for eksempel i overgangen fra børnehave til skole.

Med bedre overgange mellem disse to arenaer henvises der for eksempel til, at der videregives information om barnets trivsel, og eventuel mistrivsel, ved overgang til en ny arena. Dette kan være i forhold til adfærd, sprogudvikling, og hvordan et barn indgår i sociale relationer. Informanterne pointerer, at der er risiko for manglende kontinuitet i forhold til fagpersonernes viden om det enkelte barn eller den unge, hvis ikke der er en god overgang. Derudover er der risiko for en manglende kontinuitet i forhold til, hvordan der arbejdes med mental sundhed og trivsel i de respektive arenaer. Ifølge en specialkonsulent i Sundhedsstyrelsen vil bedre overgange derudover bidrage til en bredere forståelse for, hvordan der arbejdes forskelligt med mental sundhed på tværs af platforme og arena.

Netop dette fokus på overgange i løbet af et børne- og ungdomsliv belyser en specialkonsulent fra Kommunernes Landsforening, som et område, de er begyndt at være mere opmærksomme på.

”Vi forsøger at have meget fokus på det der med overgangen. Hvad er det, der sker, når børn rykker fra dagtilbud til skolen, og altså så igen, når udskolingsbørnene rykker over i ungdomsuddannelserne. Så derfor så prøver vi hele tiden at tage det der 0-18-års perspektiv og se, hvor er det, det kan give mening at snakke om forskellige indsatser, og det kan for eksempel være i overgangene.” (Specialkonsulent, KL)

Gode overgange mellem arenaer bliver også nævnt af en studie- og trivselsvejleder fra SDU. Hun nævner blandt andet, at overgangen fra en ungdomsuddannelse til en videregående uddannelse kan opleves som et kulturchok for de unge, blandt andet fordi deres forventninger til studiet ikke bliver efterlevet. For eksempel oplever hun, at nogle af de unge har en forventning om, at de skal kunne det hele fra starten, og at de bliver taget i hånden på samme måde som på en

ungdomsuddannelse. Derudover oplever hun, at der bliver snakket et sprog, som de unge ikke forstår, og at overgangen derfor er et chok for mange. Derudover fremhæver hun, at mange af de unge samtidig oplever andre udfordringer i forbindelse med, at de samtidig flytter hjemmefra og skal stå på egne ben for første gang. De oplever således mange omvæltninger på samme tid, som de ikke har stået over for før, hvilket hun oplever kan være svært for mange.

7.3.5 Uenighed om prioritering af universelle og selektive indsatser

Informanterne kommer i interviewene ind på prioriteringen af universelle indsatser, der omfatter alle børn og unge, og de mere selektive indsatser, som er målrettet børn og unge, som viser tegn på mistrivsel og/eller er i risiko for mistrivsel. Interviewene peger på, at der ikke er enighed om prioriteringen. Flere informanter påpeger dog på, at en nedprioritering af universelle indsatser vil betyde, at man kommer til at overse mange af de individer eller familier, som kunne have det skidt, hvilket eksemplificeres i citatet nedenfor.

"Selvfølgelig kan vi målrette nogle indsatser, men hvis vi dirigerer alle ressourcer en vej, vil der være en masse børn og problematikker, vi taber. Det er vigtigt at fastholde den generelle indsats for at have mulighed for at forebygge. Der skal naturligvis være særlige indsatser til de, vi på forhånd kan se har behov, men vi kan ikke flytte hele indsatsen over i behovsarbejdet, da det faktisk er en stor del af den generelle gruppe, der viser sig at have et behov, vi ikke på forhånd kunne se." (Formand for Databasen Børns Sundhed)

Flere repræsentanter fra forskellige dele af Kommunernes Landsforening deler dette syn. For eksempel påpeger lederen for Center for Forebyggelse i praksis, at der er behov for at snakke om hele børne- og ungegruppen, som hun omtaler de 100 % og ikke alene de 20 %, som oplever udfordringer i hverdagen. Hertil kommer, at det kan være en udfordring at generere midler til universelle indsatser inden for mental sundhedsfremme, da mental sundhed fortsat er en relativt svær størrelse at få hånd om og afgrænse. Dette nævnes også af en specialkonsulent i Sundhedsstyrelsen:

"Det er et vilkår, som bare gør, at det ikke er et område, der tidligere er afsat mange midler til. Vi ved en del om beskyttende faktorer, og vi høster erfaringer med tiltag, der fremmer den mentale sundhed, men vi mangler fortsat mere viden om, hvordan vi bedst arbejder med at fremme mental sundhed, og hvilken forskel forskellige tiltag gør." (Specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen)

At mental sundhed er svær at afgrænse er en holdning, de fleste informanter deler. Dette fremstår som en barriere i arbejdet med mental sundhed, fordi det udfordrer praksis i kommunerne, da man ifølge en embedsmand kan argumentere for, at alt, hvad vi gør i velfærdssamfundet, er mental sundhed. Hun argumenterer derfor for, at vi i samfundet skal komme væk fra at tale om tilbud, og i langt højere grad skal tale sunde rammer.

"Altså det giver jo ingen mening i en forebyggelsesdagsorden at tænke udelukkende i tilbud. Så er vi derhenne, hvor det er sket." (Leder for Center for Forebyggelse i praksis)

Hun pointerer, at vi i stedet burde tale om at skabe sunde rammer i en trivselssammenhæng. Hun fremhæver i denne forbindelse, at det generelle arbejde med at skabe sunde rammer for hverdagen kan være svært at skaffe midler til, da dette arbejde er mere usynligt.

7.3.6 Sundhedsplejens tilbud skal ud til flere

Både forskere, embedsmænd og praktikere er enige om, at sundhedsplejens indsats med fordel kan udbredes til flere børn og unge. I mange kommuner tilbydes sundhedsplejerskebesøg til nybagte familier, og derudover tilbydes der en indskolingsundersøgelse, når børn starter i skole, og en udskolingsundersøgelse, når de nærmer sig afslutningen. Flere informanter peger på, at sundhedsplejen er et område, som ikke prioriteres lige så højt som tidligere, hvilket de ser som problematisk.

For eksempel fremhæver en forsker, at det er en misforståelse, at der ikke er tilsyn eller monitoring af børn i de år, de går i daginstitution. Han påpeger, at et større og mere systematisk samarbejde mellem sundhedsplejersken, daginstitutionerne og familierne kan være med til at løfte den mentale sundhed, ved at der blandt andet kan blive sat mere fokus på børns motoriske og sproglige udvikling:

"Det med motorikken påvirker også børnenes trivsel i meget betydelig grad. Det påvirker også deres kognitive udvikling. [...] Det samme gælder sprogudvikling. Er man forsinket med sprogudviklingen fra starten, så er det virkelig en barriere for den senere udvikling. Men det er så nemt at arbejde med børns sprogudvikling, og det er så nemt at arbejde med motorikken. [...] Så der er nogle områder der på dagtilbudssiden, som jeg synes burde styrkes." (Professor Emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

Han pointerer derudover, at sundhedsplejerskerne er indgangen til familierne, og at de er accepterede. Dette er ifølge informanten et vigtigt argument for, at sundhedsplejen i højere grad burde indtænkes i dagtilbud og på flere klassetrin i skolerne.

Et ønske fra sundhedsplejen selv er ifølge en ledende sundhedsplejerske, at der bliver tilbudt besøg af sundhedsplejersker ud over barnets første leveår i højere grad, end der bliver i dag, hvor den slags tilbud er lokale og ikke nationale.

"For du har en person her, som dels kender familien og familiens forløb, men også kan være den der brobygger ind i dagtilbuddet og brobygger ind i forståelsen af understøttelse af barnets kompetencer i forhold til sundhedsområdet, så bygger pædagogerne selv lidt pædagogisk og kognitivt oveni det her." (Ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune)

Hun påpeger derudover, at sundhedsplejerskerne med fordel kunne overtage treårsundersøgelsen af de praktiserende læger og i stedet komme på hjemmebesøg, hvor de også ville komme omkring de samme ting som lægen. En styrke ved, at sundhedsplejerskerne kunne overtage treårsundersøgelsen, ville ifølge den ledende sundhedsplejerske være, at sårbare familier, som ikke formår at gå til lægen, ville få besøg, hvormed opsporing og forebyggelse kunne finde sted tidligere.

Familie- og forebyggelseschefen giver derudover udtryk for et ønske om, at alle gravide fik et graviditetsbesøg fra sundhedsplejersken. Ligesom han også peger på fordelene ved ikke kun at lave ind- og udskolingsundersøgelser, men også at lave en undersøgelse på mellemtrinnet blandt 4. klasser. Han peger på, at denne undersøgelse er vigtig, da det er på dette tidspunkt i livet, at børnene er ved at danne deres personlighed, og at det er lige inden, de træder ind i ungdomslivet.

Det er ifølge informanterne altså ikke kun i daginstitutionerne, at sundhedsplejen kunne have et større virke, men også i skolen. De peger på, at der er mange børn, der har sundhedsproblematikker i skolen, både fysiske og mentale, som der ikke tages hensyn til. Der er derfor behov for en sundhedsplejerskeindsats, som har forstand på sundhed, så disse problematikker ikke overlades til

skolelærere eller frivillige, fremhæver en informant. En praktiserende læge peger derudover på, at vi i dag ikke har den samme mulighed for at følge børns sundhedstilstande som for år tilbage, hvor sundhedsplejen i højere grad var til stede på skolerne.

*"Dét, at vi ikke længere har et system i skolealderen, som har sin naturlige opgave at følge med i sundhedstilstande, det kunne så også være den mentale tilstand. Det er jeg ked af. [...]
Her er der et hul i kontinuitet." (Praktiserende læge, Vejen Kommune)*

Med udsagnet *"hul i kontinuiteten"* henviser den praktiserende læge til, at efter et barn har været til sin sidste børneundersøgelse ved den praktiserende læge og efterfølgende har været til indskolingsundersøgelsen, er der ingen systematisk opsporing eller tjek af barnets sundhed, hverken i forhold til fysisk eller mental sundhed.

7.3.7 Dagtilbud, skole og ungdomsuddannelse

Det fremhæves af en forsker, at dagtilbuddene burde anses som en indsats, der skal fremme børns sundhed, og ikke kun som en social serviceordning. Han påpeger, at variationen mellem de ustrukturerede indsatser på motorik og sprogområdet er enorm, og at der er behov for et kvalitetsløft, herunder at styrke de fagprofessionelles kompetencer, så de får redskaber til at opdage mistrivsel og styrke sundhedsfremmende tilgange. En opkvalificering af fagprofessionelles kompetencer nævnes af flere informanter og handler ikke kun om medarbejdere i daginstitutioner, men også på skolerne. En måde at lave dette kvalitetsløft kan ifølge en informant være at skabe bedre balance mellem uddannede og ikke-uddannede, ligesom det er vigtigt, at børnene får mere voksen-tid. Derudover peger han på, at daginstitutionerne skal være bedre til at opstille mål for deres pædagogiske virksomhed.

På skoleområdet bliver det af flere informanter påpeget, at det dels handler om at indrette en god skoledag og et (psykologisk) trygt klassemiljø, hvor undervisningen skal underbygge børnenes sociale og emotionelle kompetencer, og at der arbejdes med mental sundhed og trivsel i et langsigtet perspektiv på skolerne. Dette underbygges i de to citater nedenfor.

"Og så vil jeg håbe, at skolerne efterhånden fornemmer, at mental sundhedsfremme understøtter skolens kerneopgave, læring. Så snart de opdager det, så vil det være helt naturligt, at vi tilrettelægger dagligdagen i skolen sådan, at den understøtter børnenes sociale og emotionelle kompetencer. Deres evne til at tackle problemer." (Professor Emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

"Jeg tænker, det her med at man netop har et langstrakt fokus på mental sundhed og trivsel i skolerne, så der ikke kun bliver fokus på, når problemerne er opstået, og denne her brand-slukning. Jeg synes, det er tit, man hører, at så bliver der involveret en AKT-lærer eller 'nu kører vi et trivselsforløb, fordi der er mobning i klassen', men at man har et længerevarende, ja fokus på mental sundhed, og hvad er det for nogle styrker, for eksempel, vi har i klassen, og hvad er det, vi er gode til? Og altså det kan jo lyde ret banalt, men mange steder foregår det bare ikke." (Forsker, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

På skoleområdet og på ungdomsuddannelserne bliver det derudover fremhævet, at der de seneste år er sat større fokus på skolevægring og frafald. En MIL-koordinator påpeger, at mange af de børn, der har skolevægring (det vil sige, at et barn eller ung er modvillig over for, eller kæmper imod, at komme i skole) oplever, at hvis de bare kommer i skole, så føler forældrene, at de har lykkedes, og at barnet er i trivsel. Hun fortæller, at børn med skolevægring prøver at leve op til deres forældres forventninger, men at mange ikke føler, at det underliggende problem er løst ved at de

kommer i skole. I forhold til trivsel og frafald bliver det af en koordinator på en ungdomsuddannelse fremhævet, at der er behov for en fraværstrategi for at fastholde unge, som ikke trives i skolen. Hun henviser til projektet *Fremskudt trivselsberedskab*. Se afsnittet *Danske sundhedsfremmende og forebyggende indsatser*, for mere viden om dette projekt), hvor de har benyttet forskellige strategier for at fremme trivslen blandt eleverne og dermed mindske frafaldet. Hun nævner, at tidlig indsats i forhold til fraværregistrering, og handling herefter for at få eleven tilbage på skolebænken, er afgørende, fordi de får handlet, mens eleven stadig har tilknytning til klassen.

I forlængelse heraf fremhæver en informant det ligeledes, at der mangler indsatser målrettet forældre, der oplever, at deres barn har skolevægring. En kontaktperson, der har tid og ressourcer til at hjælpe og guide forældrene samt være til rådighed ved behov.

7.3.8 Fokus på fritidsliv og fællesskab

Informanterne nævner også fritidslivet og fællesskaber som et område, der med fordel kan styrkes og systematiseres mere. En embedsmand giver for eksempel udtryk for, at der er behov for, at flere børn og unge får mulighed for at deltage i fritidsaktiviteter. Hun peger på, at det kunne være interessant at skele til *Den islandske model*, som har fokus på de forhold, der beskytter unge og skaber rammerne for et godt og sundt børne- og ungeliv⁷. Derudover henviser hun til *ABC for mental sundhed* som en lovende indsats og partnerskab, som mange aktører kunne få gavn af at blive en del af.

Forsker og projektchef for *ABC for mental sundhed* fortæller i citatet nedenfor om partnerskabets sundhedsfremmende tilgang, og hvordan partnerskabet arbejder på at styrke den mentale sundhed, ikke alene for børn og unge, men for hele befolkningen:

"Når man tænker mental sundhedsfremme er det noget, der skal foregå, der hvor vi lever vores liv, i vores hverdag, så i skoler og på arbejdspladser og i daginstitutioner og i foreninger. Så det er derfor vi har samlet dette her partnerskab, for at man kan samarbejde på tværs og skabe de bedste rammer og betingelser for at mennesker kan trives og være mentalt sunde."
(Forsker, Statens Institut for Folkesundhed, SDU)

Projektchefen fremhæver især fællesskabet som helt centralt og pointerer, at dét at føle sig som en del af ét eller flere fællesskaber er vigtigt for vores mentale sundhed. Det kan være fællesskaber i skolen, i fritidslivet, håndboldklubben eller skakklubben – dér, hvor det giver mening for den enkelte.

Flere af informanterne fortæller, at de enten er eller ønsker at blive en del af ABC-partnerskabet, for, blandt andet, at sætte fokus på og styrke fællesskaber og fritidsaktiviteter. For eksempel fortæller en chefkonsulent, at Sund By Netværket (som er både partner og styregruppemedlem i *ABC for mental sundhed*) er med til at formidle ABC-tilgangen til netværkets 52 medlemskommuner. ABC-tilgangen bliver således en vigtig del af kommunernes værktøjskasse i det mentale sundhedsfremmearbejde, fortæller hun. ABC-tilgangen bliver en del af mange forskellige projekter, hvor fagprofessionelle og beslutningstagere kan skruer på forskellige knapper i forhold til at arbejde med

⁷ Den islandske model fokuserer på de arenaer, der omgiver børn og unge – nemlig familie, fritid, skolen og vennegrupper, og den tager udgangspunkt i fem principper: 1) Styrk det sociale miljø, 2) Brug lokalsamfundet i sin helhed, 3) Styrk lokal viden og engager de lokale, 4) Involver forskere, politikere, praktikere og borgere til en forenet styrke, og 5) Løsningen skal matche problemet.

at fremme og bevare et godt fysisk helbred og høj mental sundhed, så borgere opnår så god trivsel, livskvalitet og selvstændighed som muligt.

7.4 Danske sundhedsfremmende og forebyggende indsatser



Hovedpointer i afsnittet:

På baggrund af interviewene har vi identificeret en række forskellige danske indsatser, som vi har opdelt i to hovedgrupper:

- Universelle sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, som typisk har til formål at fremme børnenes trivsel, udvikling og evner til at tilpasse sig og håndtere udfordringer.
 - Disse indsatser omhandler blandt andet indsatser målrettet hele befolkningen og indsatser, som er målrettet specifikke aldersgrupper og arenaer, herunder småbørn i hjemmet, børn i dagtilbud og skole og de unge.
- Selektive og indikerede forebyggende indsatser, som er målrettet befolkningsgrupper eller individer med kendte risikofaktorer eller risikoadfærd, som har en signifikant højere risiko for at udvikle psykisk sygdom.
 - Disse indsatser har primært fokus på børn, som har en psykisk sygdom, særligt ADHD og angst. Der findes dog også indsatser, som ikke er målrettet specifikke diagnoser, for eksempel indsatser målrettet unge, som står uden for uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet.

I dette afsnit præsenteres en liste og beskrivelse af danske indsatser målrettet børn og unge i alderen 0-24 år på baggrund af interview med 20 informanter med særligt indblik i området, herunder forskere, embedsmænd og praktikere. Informanterne peger på en række indsatser, som enten har et forebyggende eller mere sundhedsfremmende sigte, som de mener er særligt lovende eller gode, og som er implementeret i Danmark. Det omfatter både indsatser, som er på projektbasis, og indsatser, som er forankret i praksis, og som derfor ikke er tidsbegrænsede.

I analysen har vi primært fokuseret på indsatser af en vis størrelse, for eksempel indsatser, som er implementeret i en kommune eller på nationalt plan. Det skal bemærkes, at der kan være andre lovende indsatser, som ikke er blevet identificeret gennem interviewene. Der findes på nuværende tidspunkt ikke en komplet oversigt over alle eksisterende indsatser i Danmark, men rapporten *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år*, udgivet af Vidensråd for Forebyggelse i 2020 (3), omfatter også en oversigt over indsatser. Mange af de indsatser, som fremhæves af informanterne i denne undersøgelse, er også beskrevet i denne rapport. De indsatser, der også beskrives i rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse, er markeret med en stjerne.

På baggrund af analysen er indsatserne opdelt i tre hovedgrupper; 1) universelle sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, og 2) selektive og indikerede forebyggende indsatser. De universelle indsatser er opdelt efter de forskellige arenaer, som børn og unge bevæger sig igennem. Indsatserne har vi grupperet efter tre aldersgrupper. De helt små børn, børn i dagtilbud og skolealderen og unge. Indsatserne er placeret i den aldersgruppe, som de primært henvender sig til. En enkelt indsats, *ABC for mental sundhed*, er ikke målrettet en bestemt aldersgruppe, men hele befolkningen, hvorfor den indsats præsenteres først i afsnittet om universelle sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Herefter følger delen om de selektive og indikerede forebyggende

indsatser. Her præsenteres indsatserne ikke ud fra forskellige arenaer, men ud fra indsatstype. Dette afsnit er noget kortere end det første, eftersom vi i denne delundersøgelse har haft særligt øje for mental sundhedsfremme blandt hele børne- ungebefolkningen. I begge afsnit vil nogle af indsatserne fremkomme med en understregning. Disse indsatser med understregning er hyperlink til hjemmesider, hvor vi har hentet information om de respektive indsatser.

7.4.1 Universelle sundhedsfremmende og forebyggende indsatser

Dette afsnit belyser informanternes kendskab til lovende universelle sundhedsfremmende indsatser. Indsatserne er karakteriseret ved, at de er målrettet alle børn og unge, uanset om de har udvist tegn på mentale sundhedsproblemer eller ej, og er dermed ikke afgrænset til en særlig udsat gruppe af børn eller unge. Disse indsatser har typisk til formål at fremme mental sundhed, trivsel og udvikling samt at styrke børns og unges evner til at tilpasse sig forskellige formål (3). Hvor forebyggelse kan siges at handle om at undgå uhensigtsmæssige tilstande og processer, kan sundhedsfremme siges at handle om at opnå ønskværdige tilstande og processer.

I afsnittet skelner vi ikke skarpt mellem forebyggelse og sundhedsfremme, da begge begreber indeholder elementer af hinanden, jf. Sundhedsstyrelsens terminologi (17). Fremadrettet vil indsatserne derfor blive betegnet under termen *universelle indsatser*.

Indsats målrettet hele befolkningen



Indsatsen beskrevet i dette afsnit, ABC for mental sundhed, henvender sig ikke alene til børn og unge, men til hele befolkningen. Da mange af partnerne i indsatsen har fokus på den yngre målgruppe, er indsatsen relevant at nævne her.

ABC for mental sundhed* er den første forskningsbaserede indsats, der retter sig mod hele befolkningen, hvorfor den også er relevant for børne- og især ungegruppen. Indsatsen giver et positivt og handlingsorienteret fokus på mental sundhed, så det omfatter vigtige livstilskomponenter, der fremmer trivsel og styrker individet. Indsatsen er oprindeligt Australsk, *Act-Belong-Commit*, og er i Danmark tilpasset en dansk kontekst ved Statens Institut for Folkesundhed, SDU, hvor forskningen er forankret. ABC for mental sundhed arbejder ud fra principperne "gør noget aktivt", "gør noget sammen" og "gør noget meningsfuldt". ABC for mental sundhed bygger på en partnerskabstankegang, hvor indsatsen løftes i et partnerskab bestående af kommuner, foreninger og organisationer. På den måde bliver ABC for mental sundhed udviklet og tilpasset efter behov og ønsker i ABC-partnerskabet.

Indsatser målrettet småbørn (i hjemmet)



Indsatserne belyst i dette afsnit er målrettet gravide, barnet og dets forældre i de første leveår. Informanterne peger på to gode og lovende indsatser inden for denne arena. Først beskrives sundhedsplejens hjemmebesøg, og dernæst et nordisk samarbejdsprojekt om barnets første 1.000 dage.

Sundhedsplejens tilbud om hjemmebesøg* bliver af informantgruppen nævnt som en vigtig universel indsats. Hjemmebesøget er et tilbud til alle nybagte familier i Danmark, både førstegangsforældre og flergangsforældre i alle landets kommuner. Alle familier får tilbudt mindst fem besøg i løbet af barnets første leveår. Sundhedsplejerskernes rolle er at vurdere barnets sundhed, trivsel og udvikling samt at opspore risikofaktorer og diagnosticere sygdom tidligst

muligt (17). Dette tilbud fremhæves gentagne gange af informanterne som en meget væsentlig og vigtig indsats for de helt små børn. Tilbuddet er samtidig et eksempel på et af de få universelle og nationale tilbud, som omfatter alle i hele landet.

Informanter peger også på en række metoder, som omfatter for eksempel NBO (New Born Observation) og PUF programmet (Psykisk Udvikling og Funktion). Her er der tale om indsatser, som ikke direkte er målrettet barnet, men har til hensigt at klæde professionelle bedre på til at monitorere små børns sundhedstilstand. Som eksempel beskriver vi her PUF programmet, som er en dansk og valideret metode, der hjælper sundhedsplejersker til at undersøge psykisk udvikling og funktion hos små børn, og hjælper dem til at iværksætte relevante forebyggende indsatser. Programmet er baseret på forskningsmæssig evidens og er specifikt tilpasset sundhedsplejerskernes arbejde i den kommunale småbørnssundhedspleje. Det giver sundhedsplejerskerne værktøjer til at opdage mental sårbarhed hos 9-10 måneder gamle børn samt til at blive bedre til at kommunikere med forældrene og tilrettelægge indsatser. PUF programmet er udviklet i 2018 og er aktuelt implementeret i 27 kommuner på tværs af regionerne i Danmark.

The first 1000 days in the Nordic Countries er et treårigt nordisk samarbejdsprojekt, som er lanceret som en del af det islandske formandskab for Nordisk Ministerråd i 2019. Projektets overordnede mål er at understøtte sund følelsesmæssig udvikling og god mental sundhed i løbet af de første 1.000 dage i livet (fra undfangelse til en alder af to år). Island er tovholder på projektet, og Sundhedsstyrelsen er den danske repræsentant i projektet (126). Projektet er stadig under afprøvning.

Indsatser for børn i dagtilbud- og skolealderen



Indsatserne i dette afsnit henvender sig både til børn, forældre og personale i dagtilbud og skoleklasser. På skoleområdet peger informanterne både på nationale indsatser målrettet alle børn i skolealderen såvel som indsatser, der er led i større og mindre projekter, som typisk omfatter en række skoler. Af universelle tilbud og indsatser peger informanterne især på indsatser i regi af skolesundhedsplejen, Adfærd, Kontakt og Trivsel (AKT), Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) og

Skole, Socialforvaltning og Politi (SSP).

De Utrolige År® Børnehave og Skole (DUÅ)* er et veldokumenteret internationalt program, som danske kommuner har arbejdet med siden 2006. I 2016 var programmet udbredt til 26 kommuner. DUÅ er forankret i kommunerne og er målrettet børn i alderen 0-12 år, deres forældre og personalet i børnenes daginstitutioner og skoler. DUÅ har både et forebyggende og et behandlende sigte, og har til formål at styrke forældres kompetencer samt sikre en faglig opkvalificering af personalet i børnehave og indskoling. Her sættes der fokus på børne- og dagtilbudsserien af DUÅ (se afsnittet *Selektive og indikerede forebyggende indsatser* for mere viden om forældreprogrammet). Indsatsen i dagtilbud er en gruppebaseret indsats, som har til formål at styrke de fagprofessionelles pædagogiske strategier til at fremme social adfærd blandt børn. Der findes omfattende international forskning i DUÅ-programserien, herunder også fra Danmark, Norge og Sverige. Forældreprogrammet DUÅ Førskole er udviklet først. Det er det program, der er forsket mest i (3, 127). I 2018 er DUÅ Småbørn evalueret som del af den samlede evaluering af Forebyggelsespakken, *Tidlig indsats - Livslang effekt* (128).

Fri for Mobberi* er en dansk antimobbeindsats målrettet børn i alderen nul til ni år. Indsatsen er udviklet af Mary Fonden og Red Barnet, og har blandt andet fokus på at skabe inkluderende fællesskaber. Foreløbige evalueringer af Fri for Mobberi har fundet indikationer af, at indsatsen kan medføre positive effekter, herunder at indsatsen kan fremme børns kompetencer til bedre at kunne håndtere drillerier (129). Derudover har en kvalitativ evaluering vist, at skoler, som har

implementeret indsatsen, oplever mere omsorgsfulde børn, som er mere inkluderende i deres sociale handlinger, og at personale er mere opmærksomme på håndteringen af børnenes relationer (130). Ifølge Mary Fondens hjemmeside er Fri for Mobberi udbredt til cirka 60% af de danske børnehaver og omkring 45% af skolerne/SFO'erne. Fri for Mobberi er ikke evalueret blandt de 10-24-årige (3).

Skolesundhedsplejen* er endnu et universelt tilbud til alle børn og unge i Danmark, som systematisk udbydes via en indskolings- og udskolingsundersøgelse, som typisk gennemføres, når børnene er henholdsvis 6-7 år og 14-15 år gamle. Indskolingsundersøgelsen har til formål at vurdere skolebarnets helbred, trivsel og sundhedsmæssige parathed. Formålet med udskolingsundersøgelsen er at give en samlet vurdering af den unges fysiske og mentale helbred, inden de forlader skolen.

Adfærd, Kontakt og Trivsel (AKT)* dækker over lærere og pædagogers arbejde med børns trivsel i skolen eller i andre pædagogiske miljøer og er et universelt tilbud på skoler i landets kommuner. En AKT-lærer bliver især tilkoblet en klasse, hvis der opstår manglende trivsel, men kan også bidrage til at igangsætte sundhedsfremmende tiltag. En pendant til AKT er Målrettede Inkluderende Læringsmiljøer (MIL-vejleder), som ligeledes kan sætte ind på skoler, hvis der opstår problemer både akut og på længere sigt.

Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)* er et universelt forebyggelsestilbud forankret i landets kommuner. Tilbuddet er målrettet børn og unge i aldersgruppen 0-18 år, der har vanskeligheder derhjemme, i dagtilbuddet eller på skolen. Målet med tilbuddet er at give råd og vejledning til børn, unge og forældre om børn og unges udvikling.

Skole, Socialforvaltning og Politi (SSP)* er betegnelsen for det forebyggende samarbejde, der finder sted mellem skolen, socialvæsenet og politiet. Samarbejdet foregår dels på centralt plan i kommunerne og omkring de enkelte skoler. Målsætningen for SSP-samarbejdet er at opbygge, anvende og vedligeholde et lokalt netværk, der har kriminalpræventiv indvirkning på børns og unges dagligdag. Formålet med samarbejdet er at skabe gode opvækstvilkår for børn og unge og sikre, at der i god tid gribes ind, hvis der i et område af kommunen findes udsatte grupper af børn og unge.

Informanterne peger også på en række programmer og indsatser, der ikke på nuværende tidspunkt tilbydes til alle skolebørn, men som typisk har været udbudt på udvalgte skoler på projektbasis. Nogle af indsatserne har et helskolefokus på trivsel, mens andre i højere grad fokuserer på at forebygge mentale problemer.

Zippys venner* er et program, der har til formål at forebygge mentale problemer hos 5-7-årige børn, der har emotionelle og adfærdsmæssige vanskeligheder, ved at fremme deres mestringsevner. Zippy's Friends, som er programmets oprindelige navn, er et anerkendt internationalt undervisningsmateriale inden for Social Emotional Learning. Materialet, som bruges i mere end 29 lande, er et af de mest veldokumenterede undervisningssystemer til brug i skole og daginstitution, og det anbefales af WHO (3). Programmet er afprøvet i danske skoler med lovende resultater. Indsatsen kører stadig, og materiale kan hentes på hjemmesiden (131).

Optur* er et dansk projekt udviklet i af Psykiatrifonden. Optur er en skolebaseret indsats, der har til formål at fremme mental sundhed og trivsel blandt danske skoleelever og er iværksat med ambitioner om at reducere den sociale ulighed i mistrivsel. Optur har en helskoletilgang. Fremme af mental sundhed er tænkt ind på alle niveauer i skolen, for eksempel gennem undervisning og andre aktiviteter såvel som ved at styrke lærernes kompetencer og ved involvering af en række relevante aktører, såsom sundhedsplejersker, pædagoger og socialrådgivere. En evaluering af programmet

viser lovende resultater, herunder tegn på at eleverne får styrket deres sociale og emotionelle kompetencer (3, 132).

Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS)* er en anden helskoleindsats, som er en nordisk version af det amerikanske SWPBS-program (School-Wide Positive Behavior Support), som på foranledning af Socialstyrelsen er blevet indført på en række danske skoler. PALS har til formål at styrke elevers evner til at kunne håndtere hverdagens problemer og at fremme læringsmæssige kompetencer. Målet er at skabe klare rammer for det faglige og sociale miljø. Dette kan opnås, hvis lærerne sætter klare forventninger og systematisk roser og anerkender børnene for at leve op til dem (3). De første pilotskoler opstartede PALS i 2008 og er siden blevet evalueret af VIVE både i 2012 og i et opfølgingsstudie i 2017 (133).

TRIV NU* (tidligere kaldt Reach Out) er et andet skolebaseret tilbud, udviklet af Psykiatrifonden. TRIV NU er et digitalt trivselsfremmende redskab til elever på 4.-10. årgang, som lærerne kan bruge til at sætte fokus på elevers styrker. Den bærende idé i materialet er, at eleverne skal se ressourcerne hos sig selv, hos andre og i de fællesskaber, som de indgår i. Værktøjet kan benyttes til at sætte fokus på de positive styrker hos den enkelte frem for det svagheder og mangler. Værktøjet er testet af mere end 200 lærere og 8.000 elever på danske folkeskoler.

Robusthed.dk er et danskudviklet videns- inspirationsprogram, som handler om at blive god til at håndtere udfordringer i livet. Programmet er udviklet som en del af Forskningsprogrammet for Mental Børnesundhed og er forankret i Komiteen for Sundhedsoplysning. Robusthed.dk. er især benyttet på skoleområdet, men også på special-, sundheds- og socialområdet. Robusthedsprogrammet har fokus på udvikling af evne til at reflektere over egne og andres følelser samt en forståelse af tankemæssige processer. Robusthedsprogrammet indgår i en række forskningsprojekter i Danmark og andre lande. Robusthedsprogrammet lukkede med udgangen af 2020, men erstattes af en ny version af programmet ved navn Omtanke.

The FRIENDS* har fokus at forebygge mentale helbredsproblemer, for eksempel symptomer på angst og depression. Indsatsen er både målrettet børn og unge i alderen 5-18 år og deres forældre. Formålet med programmet er dels, at lærere (evt. i samarbejde med sundhedsprofessionelle eller forskere) ved brug af principper fra kognitiv adfærdsterapi lærer børn og unge strategier til at kunne identificere og håndtere negative tanker og følelser, dels at forældre introduceres til indsatsen og får mulighed for at diskutere forskellige opdragelsesteknikker (3).

Jagten på den tabte time er et tilbud om undervisningsmateriale, der har fokus på søvn, forankret i Just Human. Materialet henvender sig til grundskolens ældste klassetrin og ungdomsuddannelser. Formålet med indsatsen er at optimere de unges søvn, da dette kan resultere i mere veludhvilede elever, der trives bedre samt er mere læringsparate og koncentrerede til undervisningen.

Indsatser målrettet unge



På ungeområdet peger informanterne på større og mindre projekter, som typisk er målrettet unge, der er i risiko for at mistrives. Nogle indsatser er forankret regionalt og andre udbydes i en række kommuner. Et enkelt projekt afprøves på tværs af de nordiske lande og er derfor ikke implementeret.

Studievejledning på SDU er et tilbud som alle unge på SDU kan benytte sig af⁸. Der eksisterer både vejledningstilbud lokalt på fakulteterne og centralt ved Vejledningscenteret. Studie- og trivselsvejledning ved Vejledningscenteret varetager både individuelle samtaler, men udbyder også en række webinarer, som både omhandler studieteknikker og trivsel, herunder studiestress, motivation, overgange, eksamenshåndtering og arbejde hjemmefra. Derudover tilbyder studievejledningen forskellige gruppeforløb, for eksempel *Mentalt styrkeforløb*, som omhandler forskellige emner, herunder perfektionisme. Alle studerende, der deltager i en individuel samtale, gruppeforløb eller webinar, får tilsendt et evalueringskema.

Mindhelper.dk* er en hjemmeside om mental sundhed til unge i alderen 13-20 år, hvor de kan få viden og råd om alt fra ensomhed, kærlighed og sex til angst og depression. De unge kan finde digitale redskaber og få hjælp til at skabe struktur i hverdagen og få kompetencer til at løse deres problemer. Samtidig bliver de guidet videre til yderligere hjælp, hvis de har brug for det. Mindhelper.dk er forankret i Telepsykiatrisk Center, Region Syddanmark. Danske Regioner besluttede i 2019 at udbrede Mindhelper.dk som et tilbud til unge i hele landet. Indsatsen er effektevalueret eksternt, hvor det blandt andet blev konkluderet, at hjemmesiden har mange besøgende, og at indsatsen er brugbar for den brede målgruppe (3).

Anonym psykologisk rådgivning er en indsats, flere kommuner tilbyder unge i alderen 16-25 år. Det er et tilbud om fem samtaler, hvor den unge ringer direkte på et nummer, hvor de kan få kontakt til en psykolog. Samtalerne kan både foregå telefonisk, eller der kan laves aftale om fysiske møder. Der føres ikke journal på disse samtaler, eftersom de er anonyme.

Nordiske unges psykiske mistrivsel er et ud af tre spor i et nyopstartet projekt, som er igangsat i forbindelse med, at Danmark havde formandskabet i Nordisk Ministerråd 2020. Projektperioden forløber over to år i perioden 2021-2022, og Socialstyrelsen er tovholder på denne del af projektet. Formålet med netværket er at etablere et samarbejde om psykisk mistrivsel blandt unge i alderen 13-25 år i Norden, for derigennem at skabe mere viden om årsagerne til stigningen i dårlig mental sundhed og mistrivsel samt mere viden om best practice i forhold til sammenhængende indsatser, som går på tværs af social- og sundhedsområdet. Projektet vil ikke blive evalueret, men der vil løbende blive samlet op på erfaringerne fra arbejdet i netværket. Projektet er i sin opstartsfasen og er derfor stadig under afprøvning.

En chefkonsulent i SundBy Netværket henviser derudover til Sundeborgere.dk, som er netværkets landsdækkende digitale samling af mere end 90 omsættelige cases inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Heraf har 29 cases fokus på mental sundhed, og 6 af disse cases er specifikt målrettet børn og unge.

7.4.2 Selektive og indikerede forebyggende indsatser

I dette afsnit beskrives selektive og indikerede forebyggelsesindsatser. Disse indsatser er målrettet befolkningsgrupper eller individer med kendte risikofaktorer eller risikoadfærd, som har en signifikant højere risiko for at udvikle psykisk sygdom. De selektive og indikerede indsatser, som informanterne har peget på, har primært fokus på børn, som har en lidelse, men der findes også mange andre indsatser inden for denne kategori. Her kan blandt andet nævnes indsatser målrettet børn til forældre eller søskende med en psykisk eller somatisk sygdom. Disse vil ikke fremgå af dette afsnit.

⁸ Andre universiteter tilbyder ligeledes forskellige tilbud inden for studievejledning.

Indsatserne nedenfor er ikke inddelt efter aldersgruppe, men efter type af indsats, hvoraf en stor del er målrettet børn og forældre til børn med henholdsvis ADHD eller angst. Derudover præsenteres en række indsatser målrettet unge, som har behov for ekstra støtte i forbindelse med tilknytning til uddannelse og arbejdsmarkedet.

Forældretræningsprogrammer for forældre med børn med ADHD-relaterede adfærdsproblemer



Der findes en række evidensbaserede forældretræningsprogrammer for forældre med børn med ADHD-relaterede adfærdsproblemer. Programmerne har overordnet til formål at forebygge adfærdsproblemer, følelsesmæssige problemer og udviklingsmæssige problemer hos børn ved at udvikle deres forældres evner til at håndtere disse adfærdsproblemer. Socialstyrelsen har haft en vigtig rolle i implementeringen af disse programmer. Herunder belyses de mest lovende indsatser, ifølge informanterne:

De Utrolige År® Børnehave og Skole (DUÅ)* Indsatsen er beskrevet under *Universelle indsatser i dagtilbud*.

Triple P (Positive Parenting Program)* anvendes i 26 lande, og flere internationale implementeringsstudier viser væsentlige faktorer i forhold til at opnå en vellykket implementering. Målgruppen for Triple P er forældre til børn i alderen 0-16 år med moderate til alvorlige adfærdsproblemer.

Parent Management Training Oregon – Oregon-modellen (PMTO)*.

PMTO er et amerikansk program, der er implementeret i en række kommuner i Danmark siden 2004 som tilbud til familier med børn i alderen 4-12 år.

Alle tre programmer har vist sig at være effektive (3) Forskerne peger derudover på det dansk udviklede forældreprogram **Kærlighed i Kaos (KiK)***, der tilbydes forældre til børn med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder i alderen 3-9 år. En dansk undersøgelse foretaget af VIVE har evalueret KiK og PMTO. Evalueringen bygger på forskellige evalueringsdesigns og -metoder. Det blev vurderet, at for børn i KiK-gruppen havde børnenes adfærd nærmet sig grænsen til normalområdet, mens 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 forælderollen efter afslutningen af kurserne (3)

Forløb for børn og unge med angst



Blandt informanterne var især programmer målrettet børn og unge med angst i fokus. Nedenfor præsenteres tre programmer: Cool Kids, Chilled og LÆR AT TACKLE angst og depression, som henvender sig til børn fra 7-årsalderen til unge i alderen af 25.

Cool Kids* er et videnskabeligt baseret og effektivt angstbehandlingsprogram med fokus på kognitiv adfærdsterapi til børn i alderen 7-12 år. Mini Cool Kids henvender sig til børn mellem 7-8 år og Cool Kids til børn mellem 9-12 år. Programmet er udviklet i Australien og oversat til dansk på Angstklinikken for børn og unge ved Aarhus Universitet, og er forankret på Børne- og ungdomspsykologiske klinik. I et Cool Kids gruppeforløb deltager 5-6 jævnaldrende børn sammen med deres forældre. Børn og forældre introduceres til de samme strategier og metoder og familien får på denne måde et fælles sprog og en fælles tilgang til barnets problematik. Forskningsresultater viser,

at op mod 80 % af alle børn og unge med forskellige angstlidelser, som gennemfører et Cool Kids forløb, har gavn af forløbet (134).

Chilled er en særskilt version af Cool Kids-programmet og er målrettet unge i alderen 13-18 år, der har angst som primær diagnose. Der findes en særskilt version af Cool Kids-programmet, der kaldes Chilled. Chilled-programmet er målrettet unge i alderen 13-18 år, der har angst som primær diagnose. Fokus er på at lære de unge nye strategier for, hvordan de selv håndterer angst. De unges forældre er tiltænkt en støttende rolle og er derfor også målgruppe for programmet.

LÆR AT TACKLE angst og depression* for unge i alderen 15-25 år er baseret på det evidensbaserede peer-kursus for voksne, der hedder *LÆR AT TACKLE angst og depression*. Indsatsen til den unge målgruppe er udviklet af Komiteen for Sundhedsoplysning. Den bygger på den sociale, kognitive teori kaldet self-efficacy, som er et udtryk for en persons tiltro til egne evner på et givent område. Kurserne er baseret på en peer-to-peer tilgang, hvilket betyder, at instruktørerne har personlig erfaring med angst og/eller depression, sådan at de kan fungere som inspiration og positive rollemodeller for kursisterne. Indsatsen er evalueret af Statens Institut for Folkesundhed i 2019 og viser effekt på flere parametre (135).

Fastholdelse af unge i uddannelse samt unge uden for uddannelse og arbejdsmarkedet



Flere informanter peger på, at en plads i uddannelsessystemet eller på arbejdsmarkedet er essentiel for mental sundhed. Selvom mange af indsatserne nedenfor ikke har et særskilt fokus på mental sundhed, bliver det af informanterne påpeget som en væsentlig faktor for, at unge kan udføre et uddannelsesforløb og komme ud på arbejdsmarkedet. Herunder præsenteres tre forløb, der har fokus på fastholdelse af unge i uddannelse samt brobygning til uddannelse.

Fremskudt trivselsberedskab er et projekt, der har til formål at bryde den negative spiral af hyppige frafald fra uddannelse blandt mange sårbare elever samt at demonstrere, hvordan involverede parter i fællesskab kan løfte opgaven med at fastholde disse unge. Samarbejdet består af tre indsats: Etablering af en trivselskultur (kursus udbudt af Psyk-info for lærere), individuelle aktiviteter (eksempelvis en mentorordning) og gruppeaktiviteter (løbeklubber, madklubber, turklubber m.fl.) til støtte for de sårbare elever. Projektet er et EU-socialfondsprojekt, hvor Region Syddanmark er sammen med 22 partnere bestående af blandt andet kommuner, erhvervsskoler og gymnasier. Projektet har haft en toårig afprøvningsperiode og blev afsluttet i udgangen af 2020.

Tilbage til skolen er et satspuljeprojekt, der blev gennemført i perioden 2015-2018. Projektet var forankret i Børne- og ungepsykiatrien i Region Syddanmark og havde den overordnede målsætning at sikre tværfaglig og tværsektoriel bistand til børn og unge, som skal vende tilbage til og fastholdes i stabil skolegang. Indsatsen var tilrettelagt med udgangspunkt i en kognitiv adfærdsterapeutisk teori og metode, When Children Refuse School, som er udviklet i USA. Her tages udgangspunkt i en tænkning om skolefravær ud fra fire forskellige årsager og/eller bagvedliggende funktioner. Med baggrund heri er måden at arbejde med skolefravær på blevet implementeret i Børne- og Ungdomspsykiatri Sydjylland efter endt projektperiode.

Brobygning til Uddannelse - En samlet uddannelsesrettet indsats for unge uddannelseshjælpsmodtagere er en indsats, der er igangsat af Beskæftigelsesministeriets Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR) og Undervisningsministeriet i 2013. Indsatsen er målrettet unge under 30 år uden en studie- eller erhvervskompetencegivende uddannelse og har til formål at understøtte, at flere unge kommer i uddannelse eller arbejde. Indsatsen består af 12 forsøg med

brobygning til uddannelse på 12 forskellige erhvervsskoler. Ideen er, at de unge oplever hverdagen på en erhvervsskole, hvor de i cirka tre måneder får mulighed at blive opkvalificeret i dansk og matematik, deltage lidt i skolens værksteder eller på en anden måde være en del af det normale skolemiljø. Således kan de unge få en mere naturlig overgang, når de så starter på erhvervsskolen. Indsatsen er evalueret og viser gode effekter.

Job-bro til Uddannelse – Forsøg med virksomhedsforløb som vejen til uddannelse er et pulje-projekt i Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, som kan søges af landets kommuner. Formålet med *Job-bro til Uddannelse* er dels, at flere udsatte unge påbegynder og gennemfører en ordinær uddannelse, og dels at udvikle og afprøve en indsatsmodel for kommunernes arbejde med den uddannelsesrettede indsats for de udsatte unge. Indsatsen henvender sig til unge under 30, som enten er uddannelsesparate, aktivitetsparate eller i et ressourceforløb. Job-bro til Uddannelse er ikke evalueret.

Andre indsatser



De to sidste indsatser, som vil blive nævnt, kan ikke knyttes til de andre temaer i dette afsnit og placeres derfor under denne kategori.

Første indsats er et åbent anonymt rådgivningstilbud til unge. Den anden indsats handler om at forebygge, at nogle børn lander i en gråzone mellem behandling i psykiatrien og støtte i kommunalt regi.

Ungehuset er et projekt, som Middelfart Kommune har udrullet i samarbejde med Socialstyrelsen. Projektet er en udvidet udgave af en åben anonym rådgivning, der hedder Ungeliv, et satspuljeprosjekt, der kører de næste par år, og som er målrettet unge i alderen 13-25 år. Ungehuset er et åbent anonymt tilbud for unge og deres forældre, hvor de kan ringe og få en snak med fagprofessionelle, hvis de oplever udfordringer. Et væsentligt element i Ungehuset er, at der er et opsøgende element i projektet, hvor medarbejdere tager ud på skoler og ungdomsuddannelser, hvor de unge kan få åben anonym samtale. Ungehuset og Ungeliv er tænkt som forebyggende tilbud, der kan hjælpe unge og deres familier, inden deres problemer udvikler sig til en social sag. Der eksisterer i flere kommuner forskellige tilbud med åben anonym rådgivning til unge.

Fremskudt funktion fra psykiatrien er et tilbud udbudt i Region Syddanmark. Formålet med indsatsen er at forebygge, at børn og unge i mistrivsel står uden indsatser, fordi de ikke tilhører målgruppen for psykiatrien og samtidig er svære at løfte for kommunerne uden den rette sparring og supervision fra psykiatrien. Målgruppen er børn og unge i alderen 6-18 år, som er i mistrivsel, som ikke har behov for en indsats i børne- og ungdomspsykiatrien, men har behov for en intensiv indsats i familien og nærmiljøet. Indsatsen henvender sig derudover til fagpersoner fra både regionen og kommunerne, som er i kontakt med målgruppens børn og unge. Projektet 'Fremskudt funktion' skal med opkvalificering af regionale og kommunale medarbejdere understøtte, styrke og udvikle samarbejdet omkring børn og unge i mistrivsel i Region Syddanmark. Projektet løber over en 3-årig periode fra 2019-2021.

Som beskrevet i introduktionen til dette afsnit, så er denne liste ikke udtømmende for de indsatser der eksisterer i Danmark. Indsatserne beskrevet i dette afsnit er udpeget af eksperter som gode eller særligt lovende indsatser på området. Ønskes et endnu større indblik i nationale og internationale universelle, selektive og indikerede indsatser målrettet børn og unge, henvises til Vidensråd for Forebyggelses rapport *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år* (3).

Bilag 1: Metodebeskrivelse

I følgende bilag beskrives datamaterialet og metoderne anvendt i de kvantitative undersøgelser (kapitel 4 og 5) og i de kvalitative undersøgelser (kapitel 6 og 7).

Kvantitative metoder

I de følgende afsnit beskrives de datakilder, studiepopulationer og analysemetoder, som er anvendt i kapitel 4 og kapitel 5.

Datakilder anvendt i rapporten

Resultaterne i denne rapport er baseret på data fra udvalgte spørgeskemaundersøgelser og en række nationale registre. I det følgende beskrives de anvendte datakilder.

Spørgeskemaundersøgelser

UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019

UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19-GYM) er en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse udført af Statens Institut for Folkesundhed i et samarbejde med Steno Diabetes Center Copenhagen og VIVE – Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd samt med opbakning fra Danske Gymnasier, Danske Erhvervsskoler og -Gymnasier og Sundhedsstyrelsen og finansieret af Kræftens Bekæmpelse (52). Undersøgelsen inkluderer unge fra de gymnasiale uddannelser: STX, 2-årig HF, HHX og HTX. Der blev sendt invitation til samtlige skoler i landet, der tilbyder disse gymnasiale uddannelser (n=287), hvoraf 88 skoler ønskede at deltage (31 %). Samtlige klasser på alle årgange blev inviteret til at deltage i undersøgelsen, og blandt de 88 deltagende skoler var der 29.122 elever i alderen 15 til 30 år, der besvarede spørgeskemaet (65 %). Dette svarer til ca. 20 % af alle elever indskrevet på en gymnasial uddannelse i hele landet. Dataindsamlingen foregik i første kvartal af 2019 via et internetbaseret spørgeskema, der indeholdt ca. 120 spørgsmål vedrørende sundhed og trivsel. Blandt alle deltagende elever var 38 % fra 1. årgang, 33 % fra 2. årgang og 29 % fra 3. (4.) årgang (52).

Fordelingen af deltagende gymnasieelever i UNG19-GYM og gymnasieelever på landsplan er generelt sammenlignelig i forhold til køn, alder og region med undtagelse af HHX-elever fra Region Hovedstaden og Region Nordjylland, som kun er repræsenteret i Region Hovedstaden med 1 % og med 0 % i Region Nordjylland. Resultater fra UNG19-GYM undersøgelsen vurderes således til at være repræsentative for gymnasieelever på landsplan med undtagelse for HHX-elever fra disse to regioner (52).

UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019

UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19-EUD) er en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse gennemført af Sundhedsfremme, Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC) i foråret 2019 (121), og blev udført parallelt med UNG19-GYM undersøgelsen. UNG19-EUD-undersøgelsen inkluderer unge fra 15 år på erhvervsuddannelser, hvor både EUD-elever, EUX-elever, hovedforløbs- og grundforløbselever deltager. Inviterede deltagere i undersøgelsen blev udtrukket via stikprøve på matrikelniveau. Hver matrikel blev udtrukket til at deltage med elever fra ét hovedområde. Alle elever fra det udtrukne hovedområde blev inviteret til at deltage. I alt deltog 58 erhvervsskolematrikler og 6.119 erhvervsskoleelever i undersøgelsen. Spørgeskemaet blev udfyldt elektronisk og indeholdt spørgsmål vedrørende erhvervsskoleelevers sundhed og trivsel, hvoraf en række af spørgsmålene var de samme som i UNG19-GYM-undersøgelsen (121).

Nationale registre

Landspatientregisteret

Landspatientregisteret (LPR) indeholder oplysninger om al kontakt til danske hospitaler både somatiske og psykiatriske hospitaler. Registreringerne inkluderer indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg og har tilknyttet en hoveddiagnose (aktionsdiagnose) samt eventuelle bi-diagnoser, som er opgjort ved ICD (International Classification of Diseases) diagnosekoder. Registeret blev etableret i 1977 og indeholder fra og med 1995 også psykiatriske kontakter (136). Til karakteristikken af unge med dårlig mental sundhed (kap. 5) anvendes oplysninger om kontakt til offentlige somatiske sygehuse blandt de unge samt kontakt til offentlige psykiatriske sygehusafdelinger blandt de unge og deres forældre. Til at beskrive udviklingen i forekomsten af udvalgte psykiske sygdomme hos børn og unge i alderen 0-24 år i Region Syddanmark (kapitel 4) anvendes udvalgte diagnoser fra psykiatriske kontakter fra Landspatientregisteret (se nærmere detaljer nedenfor i afsnit om studiepopulation anvendt i kapitel 4).

Lægemiddeldatabasen

Lægemiddeldatabasen indeholder oplysninger om indløste recepter på danske apoteker siden 1995 (137). Registeret indeholder blandt andet oplysninger om dato for indløsning af recepten, personnummer for modtager og typen af medicin (efter Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC)). Til karakteristikken af unge med dårlig mental sundhed (kap. 5) er der inkluderet oplysninger om indløste recepter på psykofarmaka defineret på baggrund af Sundhedsdatastyrelsens afgrænsning i medstat.dk: Antidepressive lægemidler (ATC gruppe N06A, bortset fra duloxetin N06AX21 i styrken 20 og 40 mg og bupropion N06AX12), antipsykotiske lægemidler og lithium (ATC-gruppe N05A), centralstimulerende lægemidler (ATC-gruppe N06BA og guanfacin C02AC02), benzodiazepiner, benzodiazepinlignende lægemidler og melatonin (ATC-grupperne N05BA, N05CD, N03AE, N05CF, N05CH01) (124). Endvidere er data om lægemidler til behandling af ADHD anvendt til at beskrive udviklingen i forekomsten af ADHD blandt børn og unge i alderen 0-24 år i Region Syddanmark (kapitel 4).

Det Centrale Personregister

I det Centrale Personregister (CPR-registeret) findes oplysninger om blandt andet personnummer, slægtskab og civilstand for alle personer, der har boet i Danmark og været tilmeldt en dansk kommune efter den 2. april 1968 (138). Til denne undersøgelse er oplysninger fra CPR-registeret anvendt til at identificere deltagerens etnicitet og køn samt de inkluderede deltageres forældre, civilstand og familietype. På baggrund af oplysninger fra CPR-registeret om forældres civilstand og familietype er der opgjort andelen, der har oplevet brud i familien i løbet af barndommen. "Brud i familien" er defineret som deltagere med forældre, der har ændret status fra gift eller samlevende til enlige, mens deltageren var 0-17 år.

Familieindkomster

Registeret "FAIK – familieindkomster" fra Danmarks Statistik indeholder oplysninger om indkomster for familier, hvor mindst ét af familiemedlemmerne er fuldt skattepligtig, minimum 15 år og har boet i Danmark hele det pågældende år (139). Til denne undersøgelse er anvendt variabelen "ækvivaleret disponibel indkomst for familien" fra FAIK. Med henblik på at muliggøre sammenligning af indkomst og levevilkår for familier med forskellig størrelse er variabelen vægtet i forhold til antallet af personer i familien (140). Variabelen opdelt i fire lige store grupper (kvartiler) og er i denne undersøgelse anvendt til at opgøre familieindkomst i året inden deltagelse.

Arbejdsklassifikationsmodulet AKM

Arbejdsklassifikationsmodulet AKM fra Danmarks Statistik omhandler befolkningens tilknytning til arbejdsmarkedet og indeholder bl.a. en inddeling af personer i en socioøkonomisk status (SOCIO). Inddelingen sker på baggrund af en række oplysninger om personlig indkomst, uddannelse, arbejdsstedsbranche, a-kasseoplysninger samt indberetninger fra private virksomheder (141). I denne undersøgelse anvendes variabelen SOCIO13, der har følgende overordnede kategorier: selvstændig erhvervsdrivende, medarbejdende ægtefælle, lønmodtager, arbejdsløs, uden for arbejdsstyrken, herunder pensionist, kontanthjælpsmodtager eller under uddannelse samt "andre" (142). I denne undersøgelse anvendes SOCIO13 til at beskrive, om mindst én af deltagerens forældre er beskæftiget, defineret som værende lønmodtager, selvstændig eller medarbejdende ægtefælle.

Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister

Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister indeholder registreringer af samtlige psykiatriske indlæggelser i perioden 1969-1994, hvorefter registeret i 1995 overgik til at blive en del af Landspatientregisteret (143). Til denne undersøgelse anvendes data fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister til at beskrive kontakt til psykiatriske afdelinger før 1995 blandt de unges forældre.

Sygesikringsregisteret

Sygesikringsregisteret indeholder fra 1990 og frem oplysninger om ydelser fra alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, psykologer, fysioterapeuter m.fl. støttet af den offentlige sygesikring (144). Til denne undersøgelse er der anvendt data om kontakter til alment praktiserende læger samt til privatpraktiserende psykologer og psykiatere blandt de unge.

Uddannelsesregisteret

Uddannelsesregisteret fra Danmarks Statistik indeholder oplysninger om den danske befolknings påbegyndte og afsluttede uddannelser og er baseret på årlige opgørelser (145). Til denne undersøgelse er der inkluderet oplysninger om højest fuldførte uddannelse hos de unges forældre. Oplysninger om grundskolekarakterer fra 9. eller 10. klasse er hentet fra Danmarks Statistiks register "UDKF – Grundskolekarakterer" (146), som indeholder data fra 2002 og frem. Til denne undersøgelse er anvendt data fra "UDKF – Grundskolekarakterer" til at beregne et karaktergennemsnit fra alle fag i 9. eller 10. klasse med karakterer (årskarakterer samt skriftlige og mundtlige eksamenskarakterer).

Kriminalstatistikregisteret

Kriminalstatistikregisteret fra Danmarks Statistik er baseret på data fra Det Centrale Kriminalregister, der indeholder oplysninger om bl.a. anmeldelser, sigtelser, afgørelser og fængslinger i Danmark (147). I denne undersøgelse indgår data fra Danmarks Statistiks register "KRSI – Kriminalstatistik sigtelser", som indeholder oplysninger om personer, der er blevet sigtet for at have begået en strafbar handling efter straffelove og særlove. Der er ikke inkluderet oplysninger om sigtelser efter færdselsloven. Data er anvendt i denne undersøgelse til at beskrive unge, der har været sigtet for en strafbar handling i alderen 0-18 år.

Beskrivelse af studiepopulationerne anvendt i rapporten

Studiepopulationen anvendt i kapitel 4 er baseret på registeroplysninger og består af børn og unge i Region Syddanmark i alderen 0-24 år, som har udvalgte psykiske sygdomme.

Studiepopulationen anvendt i kapitel 5 består af unge i alderen 15-24 år fra gymnasiale- og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark, som har deltaget i to parallelt udførte spørgeskemaundersøgelser: *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019* (52) og *UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019* (121).

Studiepopulation anvendt i kapitel 4

I den del af indeværende undersøgelse, der har til formål at beskrive udviklingen i og forekomsten af udvalgte psykiske sygdomme hos børn og unge i Region Syddanmark, indgår børn og unge i alderen 0-24 år diagnosticeret med ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelser i det psykiatriske sundhedsvæsen samt børn og unge, der modtager medicin mod ADHD. Opgørelserne er lavet med udgangspunkt i en rapport om prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser, der er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen (SST) og Sundhedsdatasstyrelsen (SDS) i 2017 (120). Der er i indeværende rapport anvendt samme definitioner på de inkluderede sygdomme som i rapporten af Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatasstyrelsen fra 2017 (120), på nær at der er tilføjet et yderligere præparat til behandling af ADHD (guanfacin (ATCkode C02AC02)). Imidlertid er aldersfordelingen i indeværende rapport forskellig fra den anvendt i rapporten af SST/SDS (120).

Opgørelserne er baseret på data fra Lægemedieldatabasen og Landspatientregisteret fra psykiatriske hospitaler. De inkluderede sygdomskategorier er defineret ud fra nedenstående diagnose- eller ATC-koder (120):

- **ADHD** (DF900*, DF901*, DF908*, DF909*) og (N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12, C02AC02).
- **Angst** (DF40*, DF41*) eller **depression** (DF32*, DF33*).
- **Spiseforstyrrelse** (DF50*).

Der er for sygdomskategorien "angst/depression" kun inkluderet personer, der er blevet registreret med ovenstående diagnoser i forbindelse med kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen. Angst eller depression blandt børn og unge, som ikke har ført til sygehuskontakt, eksempelvis diagnostik og behandling udelukkende via praktiserende læge, indgår således ikke i denne opgørelse.

Studiepopulation anvendt i kapitel 5

Den del af indeværende undersøgelse, der har til formål at karakterisere unge med dårlig mental sundhed i Region Syddanmark, er baseret på data fra to parallelt udførte spørgeskemaundersøgelser:

1. *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019*, der inkluderer elever på gymnasiale uddannelser (Almen Studentereksamen (STX), Højere Forberedelseseksamen (HF), Højere Handelseksamen (HHX) og Teknisk Studentereksamen (HTX)) (52).
2. *UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019*, der inkluderer elever fra erhvervsskoler (EUD og EUX) (121).

Både UNG19-GYM og UNG19-EUD er tværsnitsundersøgelser, hvilket betyder, at faktorerne i undersøgelseerne er målt på samme tid og dermed giver et øjebliksbillede af forekomsten hos de deltagende elever. Som følge heraf er det ikke muligt at sige noget om årsagssammenhænge mellem mental sundhed og de udvalgte faktorer. Det vil sige, at man ikke kan konkludere på, om det er den mentale sundhedstilstand, der influerer på eksempelvis niveauet af fysisk aktivitet, eller om det er niveauet af fysisk aktivitet, der påvirker den mentale sundhedstilstand. Endvidere bør det fremhæves, at studiepopulationerne i UNG19-GYM og UNG19-EUD ikke er repræsentative for alle 15-30-årige i Danmark (eller Region Syddanmark), da det ikke er alle unge mellem 15 og 30 år, der er indskrevet på en gymnasial uddannelse eller erhvervsuddannelse (52, 121). Analyserne i indeværende rapport er baseret på besvarelser fra elever fra Region Syddanmark. Afgrænsningen af region er dannet ud fra den region, skolen ligger i. Der kan således indgå besvarelser fra elever, der ikke har bopæl i Region Syddanmark, men som går på en gymnasial uddannelse eller en erhvervsuddannelse i Region Syddanmark. Endvidere er der afgrænset til elever i alderen 15-24 år fra begge undersøgelser.

I UNG19-EUD-undersøgelsen har ca. en fjerdedel af deltagerne ikke angivet CPR-nr. Til indeværende undersøgelse er deltagere i UNG19-EUD uden CPR-oplysninger ekskluderet ($n=1.087$ fra hele landet, heraf $n=255$ fra Region Syddanmark). Dette skyldes, at oplysninger om forældrenes uddannelse indgår som kontrolvariabel i analyserne til karakteristikken af de unge, og det er kun muligt at koble oplysninger om forældrenes uddannelse til spørgeskemadata ved hjælp af deltagerens CPR-nr. Med henblik på at undersøge, om eksklusion af denne gruppe af deltagere har betydning for resultaterne i indeværende undersøgelse, blev der udført sensitivitetsanalyser, hvor resultaterne fra sammenhængen mellem mental sundhed og udvalgte faktorer blev analyseret både med og uden eksklusion af deltagere uden CPR-nr. Sensitivitetsanalyserne viste, at eksklusion af deltagere uden CPR-nr. ikke substantielt ændrede resultaterne (data ikke vist). Endvidere ses ved opdeling af deltagere i UNG19-EUD på køn og alder, at der ikke er nævneværdig forskel i fordelingerne (andele) heri mellem gruppen, der indeholder deltagere både med og uden CPR-nr., og gruppen, hvor deltagere uden CPR-nr. er ekskluderet. Dette gælder både blandt deltagere fra hele landet og fra Region Syddanmark (data ikke vist).

Spørgeskemaerne anvendt i henholdsvis UNG19-GYM og UNG19-EUD er ikke ens, og som følge heraf har det ikke været muligt at opgøre alle indikatorer for elever både på gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser. Endvidere har det til denne undersøgelse kun været muligt at lave en kobling mellem data fra UNG19-GYM-undersøgelsen og registre omhandlende brug af sundhedsvæsenet, sigtelser, grundskolekarakter og en række socioøkonomiske faktorer for forældrene, hvorfor disse faktorer ikke er opgjort for elever på erhvervsuddannelser. Det fremgår specifikt af indledningerne til hvert afsnit, hvilke faktorer der er belyst for henholdsvis elever på gymnasiale uddannelser og elever på erhvervsuddannelser.

I alt består studiepopulationen i indeværende undersøgelse af 8.032 gymnasiale elever fra UNG19-GYM-undersøgelsen og 805 erhvervsskoleelever fra UNG19-EUD-undersøgelsen i alderen 15-24 år fra Region Syddanmark. Nedenfor beskrives disse to studiepopulationer nærmere i forhold til fordeling på køn, alder og uddannelsestype.

UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019

I tabel A1.1 ses fordelingen af studiepopulationen til denne undersøgelse blandt deltagere i UNG19-GYM i Region Syddanmark og på landsplan i forhold til køn, alder og type af gymnasial uddannelse. Det fremgår af tabellen, at der er en lidt større andel af unge kvinder (54,3 %) end unge mænd (45,7 %) i UNG19-GYM. Det gælder både blandt deltagere i Region Syddanmark og blandt deltagere på landsplan. I forhold til alder⁹ udgør de 18-årige den største gruppe (32,5 %), efterfulgt af de 17- og de 19-årige (hhv. 29,4 % og 19,3 %). Aldersfordelingen blandt deltagere i Region Syddanmark adskiller sig ikke væsentligt fra aldersfordelingen på landsplan, om end de 15-16-årige udgør en lidt mindre andel i Region Syddanmark end på landsplan. Blandt deltagere i Region Syddanmark er halvdelen STX-elever (50,0 %), mens 31,1 % er HHX-elever, 10,4 % er HF-elever og 8,5 % er HTX-elever. Dette adskiller sig fra fordelingen på landsplan, hvor eksempelvis 70,0 % er STX-elever og 13,9 % er HHX-elever (se tabel A1.1).

⁹ Alder er opgjort som alder på dagen for deltagelse i UNG19-GYM.

Tabel A1.1 Fordeling af deltagere i alderen 15-24 år i UNG19-GYM i Region Syddanmark og i hele landet i forhold til køn, alder og type af gymnasial uddannelse. Antal og procent.

	Region Syddanmark		Danmark
	Antal	Procent	Procent
I alt	8.032	100,0	100,0
Køn			
Mænd	3.668	45,7	44,6
Kvinder	4.364	54,3	55,5
Alder ¹			
15-16 år	912	11,4	14,5
17 år	2.359	29,4	29,7
18 år	2.607	32,5	31,8
19 år	1.548	19,3	18,3
20-24 år	606	7,5	5,8
Gymnasial uddannelse			
STX	4.016	50,0	70,0
HF	832	10,4	7,0
HHX	2.499	31,1	13,9
HTX	685	8,5	9,2

¹ Alder er opgjort som alder på dagen for deltagelse i UNG19-GYM.

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52).

UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019

I tabel A1.2 ses fordelingen af studiepopulationen til denne undersøgelse blandt erhvervsskoleelever fra UNG19-EUD-undersøgelsen i Region Syddanmark og på landsplan i forhold til køn, alder og hovedområde af erhvervsskoleuddannelsen. Af tabel A1.2 ses det, at der indgår en større andel af unge mænd (60,1 %) end kvinder (39,9 %) i UNG19-EUD i Region Syddanmark. Der er ikke væsentlig forskel på kønsfordelingen i UNG19-EUD blandt deltagere i Region Syddanmark og på landsplan. I forhold til alder udgør de 18-19-årige den største gruppe af deltagere (38,0 %), mens de 15-17-årige udgør 32,6 % og de 20-24-årige 29,4 % af deltagerne i Region Syddanmark. Aldersfordelingen i Region Syddanmark afspejler i vid udstrækning aldersfordelingen på landsplan. Hovedområdet "Teknologi, byggeri og transport" er størst repræsenteret med 40,9 % af deltagerne i Region Syddanmark. Fordelingen af deltagere på hovedområder i Region Syddanmark adskiller sig ikke væsentligt fra fordelingen i hele landet, om end der er en lidt mindre andel af unge fra "Teknologi, byggeri og transport" og en lidt større andel fra "Kontor, handel og forretningsservice" i Region Syddanmark end i hele landet (tabel A1.2).

Tabel A1.2 Fordeling af deltagere i alderen 15-24 år i UNG19-EUD i Region Syddanmark og på landsplan i forhold til køn, alder og type af hovedområde. Antal og procent.

	Region Syddanmark		Danmark
	Antal	Procent	Procent
I alt	805	100,0	100,0
Køn			
Mænd	484	60,1	63,8
Kvinder	321	39,9	36,2
Alder			
15-17 år	262	32,6	30,3
18-19 år	305	38,0	36,4
20-24 år	236	29,4	33,3
Hovedområde			
Omsorg, sundhed og pædagogik	161	20,0	19,4
Kontor, handel og forretningsservice	210	26,1	20,3
Fødevarer, jordbrug og oplevelser	105	13,0	15,4
Teknologi, byggeri og transport	329	40,9	44,9

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (121).

Definition af dårlig mental sundhed

I denne undersøgelse anvendes spørgeskemabesvarelser fra den korte version af The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS) til at definere gruppen af unge med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed (122). SWEMWBS er en valideret skala til måling af mental sundhed, der oprindeligt er udviklet til at kunne monitorere positive aspekter af mental sundhed i den almene voksne befolkning (148, 149), men har også været anvendt i kliniske studiepopulationer og blandt unge (150, 151). Skalaen består i den korte version af syv spørgsmål, som berører både følelsesmæssige og funktionsmæssige aspekter af mental sundhed (122, 148, 149), og er i UNG19-GYM og UNG19-EUD formuleret således:

"Her kommer nogle udsagn om følelser og tanker. Sæt kryds ud for det svar, som bedst beskriver, hvordan du har haft det i løbet af de sidste 2 uger. Sæt et kryds for hver linje."

Til hvert spørgsmål har respondenterne følgende fem svarmuligheder: "Aldrig", "Næsten aldrig", "En gang imellem", "Ofte" eller "Meget ofte".

1. Jeg har følt mig optimistisk i forhold til fremtiden
2. Jeg har følt mig nyttig
3. Jeg har følt mig afslappet
4. Jeg har klaret problemer godt
5. Jeg har tænkt klart
6. Jeg har følt mig tæt på andre mennesker
7. Jeg har været i stand til at danne min egen mening om ting

Den samlede individuelle score fra SWEMWBS beregnes som summen af scoren af hvert af de syv items (score 1 til 5), som efterfølgende indsættes i en omregningstabel (122). Jo højere samlet

score, jo bedre mental sundhed. Der findes ikke en etableret metode til at kategorisere den samlede SWEMWBS score (152). I denne undersøgelse er der kategoriseret ud fra skæringspunkterne anvendt i en dansk undersøgelse, som er baseret på en national repræsentativ population af personer bosat i Danmark i alderen 16 år og derover (123). På baggrund af international litteratur blev der i den undersøgelse defineret tre grupper ud fra den kontinuerte fordeling af den samlede score: øverste 15ende percentil (svarende til 1 standardafvigelse over gennemsnittet og højere) blev defineret som god mental sundhed, nederste 15ende percentil (svarende til 1 standardafvigelse under gennemsnittet og derunder) blev defineret som dårlig mental sundhed. Den resterende 16ende til 84ende percentil blev defineret som moderat mental sundhed. For den konverterede korte version af WEMWBS resulterer denne tilgang i følgende skæringspunkter: score 7,00-19,98 (dårlig mental sundhed), score 20,73-28,13 (moderat mental sundhed) og 29,31-35,00 (god mental sundhed) (123).

Disse skæringspunkter er også anvendt i indeværende undersøgelse, hvor der skelnes mellem gruppen af deltagere med dårlig mental sundhed på den ene side og henholdsvis moderat og god mental sundhed på den anden side, som således er slået sammen i én gruppe. De anvendte skæringspunkter gælder for både mænd og kvinder. Det skal bemærkes, at der er tale om et på forhånd fastlagt skæringspunkt af den samlede SWEMWBS score, hvorfor det ikke i sig selv giver mening at fokusere på den absolutte forekomst af dårlig mental sundhed, men i stedet på forskelle mellem grupper. Der er således ikke fokus på, om eksempelvis andelen af unge kvinder klassificeret til at have dårlig mental sundhed i sig selv er højt eller lavt, men derimod om den andel er forskellig fra andelen blandt unge mænd, eller om der for eksempel er forskel i andelen, der ryger cigaretter mellem de to grupper af mental sundhed. Ligeledes skal det bemærkes, at den absolutte forekomst af unge med dårlig mental sundhed i nærværende rapport ikke er direkte sammenlignelig med forekomsten fra undersøgelser, der har anvendt andre mål for mental sundhed end (S)WEMWBS eller har anvendt et andet skæringspunkt af den samlede SWEMWBS score end det anvendte i nærværende rapport.

I tabel A1.3 er vist fordelingen af unge på gymnasiale og erhvervsuddannelser med henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed blandt deltagere fra UNG19-GYM og UNG19-EUD. Det ses, at 18,9 % af deltagerne i UNG19-GYM i Region Syddanmark klassificeres i gruppen af deltagere med dårlig mental sundhed, mens den resterende del af deltagerne klassificeres i gruppen af personer med moderat/god mental sundhed (81,1 %). Denne gruppe benævnes også som referencegruppen. En næsten identisk fordeling af dårlig og moderat/god mental sundhed ses blandt unge erhvervsskoleelever, der har deltaget i UNG19-EUD i Region Syddanmark. Ligeledes er fordelingen i mental sundhed på landsplan i de to undersøgelser i fuld overensstemmelse med fordelingerne i Region Syddanmark (tabel A1.3).

Tabel A1.3 Dårlig og moderat/god mental sundhed blandt deltagere i UNG19-GYM og UNG19-EUD i Region Syddanmark og på landsplan. Antal og procent.

	Region Syddanmark				Danmark			
	Dårlig mental sundhed		Moderat/god mental sundhed		Dårlig mental sundhed		Moderat/god mental sundhed	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Gymnasiale uddannelser								
Alle	1.468	18,9	6.281	81,1	5.410	19,4	22.514	80,6
Erhvervsuddannelser								
Alle	150	18,7	654	81,3	604	18,7	2.624	81,3

Kilder: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (121)

Ordforklaring og læsevejledning

Prævalens

Prævalens angiver antallet af eksisterende sygdomstilfælde i en befolkning på et givent tidspunkt. Prævalensen kan benyttes til at vurdere omfanget af personer med behov for behandling inden for de udvalgte psykiske sygdomme ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse. I denne opgørelse opgøres prævalensen dels ved et antal og dels ved en rate.

Antal: Det samlede antal personer i aldersgruppen 0-24 år, som per 1. januar i opgørelsesåret er blevet registreret med den pågældende psykiske sygdom inden for de foregående 5 år (prævalente personer).

Prævalensrate: Antal prævalente personer per 10.000 børn og unge. For eksempel for Region Syddanmark i 2018 er prævalensraten:

$$\text{Prævalensrate} = \frac{10.000 \times (\text{antal prævalente personer i 2018 alder 0 til 24 år i Region Syddanmark})}{(\text{antal indbyggere i 2018 alder 0 til 24 år i Region Syddanmark})}$$

For at kunne sammenligne tal over tid og mellem Region Syddanmark og hele Danmark anvendes rater. For at sikre, at eventuelle aldersforskelle ikke påvirker resultaterne, er der foretaget en aldersstandardisering af raterne.

Incidens

Incidens angiver antallet af nye sygdomstilfælde i en befolkning inden for en given periode. I denne opgørelse opgøres incidensen dels ved et antal og dels ved en rate.

Antal nye tilfælde: Det samlet antal nye tilfælde i aldersgruppen 0-24 år, der i løbet af det givne år er blevet diagnosticeret med den pågældende psykiske sygdom. Det betyder, at personer, som i en forudgående periode allerede var diagnosticeret med pågældende sygdom, ikke indgår.

Incidensrate: Antal nye tilfælde per 10.000 børn og unge. Det beregnes for hele populationen blandt personer, der ikke har sygdommen. For eksempel for Region Syddanmark i 2018 er incidensraten:

$$\text{Incidensrate} = \frac{10.000 \times (\text{antal nye tilfælde i 2018 alder 0 til 24 år i Region Syddanmark})}{(\text{antal indbyggere i 2018 alder 0 til 24 år i Region Syddanmark})}$$

For at kunne sammenligne tal over tid og mellem Region Syddanmark og hele Danmark anvendes rater. For at sikre, at eventuelle aldersforskelle ikke påvirker resultaterne, er der foretaget en aldersstandardisering af raterne.

Procent

"Procent" angiver andelen af unge med den pågældende indikator.

Antal svarpersoner

"Antal svarpersoner" viser antallet af personer, der har besvaret det pågældende spørgsmål, som indikatoren er baseret på.

OR

Odds ratio (OR) udtrykker forholdet (ratioen) mellem to odds (chance) og er i denne undersøgelse et mål for, hvor meget mindre chance (eller større risiko) unge med dårlig mental sundhed har for at have angivet den pågældende indikator (eksempelvis at have et godt selv vurderet helbred) sammenlignet med referencegruppen. Referencegruppen er i denne undersøgelse de unge, der er blevet klassificeret til at have moderat eller god mental sundhed målt via SWEMWBS.

Fortolkningen af OR er, at hvis værdien af OR er 1, så er der ikke forskel i forekomsten af den aktuelle indikator mellem unge med dårlig mental sundhed og referencegruppen. Hvis OR er lavere eller højere end 1, betyder det generelt, at forekomsten er lavere eller højere blandt unge med dårlig mental sundhed end i referencegruppen. I kommenteringen af OR-værdierne i kapitel 5 beskrives en OR-værdi på mere end 3,0 som en *markant* højere risiko, mens en OR-værdi på mindre end 0,33 beskrives som en *markant* mindre chance. For hver indikator præsenteres resultaterne af to OR-analyser, hvor der i den første er taget højde for eventuelle forskelle i alder, mens der i den anden er taget højde for eventuelle forskelle i alder og forældrenes uddannelse.

95 % sikkerhedsgrænser

Søjlen "95 % sikkerhedsgrænser" viser et 95 % sikkerhedsinterval for OR, som angiver den sikkerhedsmargin, som OR befinder sig inden for. Hvis 95 % sikkerhedsgrænserne indeholder værdien 1, er der ikke statistisk signifikant forskel i forekomsten af den pågældende indikator mellem unge med dårlig mental sundhed og referencegruppen.

Antal mindre end 10 personer

Hvis antallet af personer er under 10 i en rubrik i tabellerne, vises ingen resultater, og rubrikken er udeladt. Dette er gjort for at sikre persondatabeskyttelse.

Analysemetode

Logistisk regression

Til at karakterisere unge med og uden dårlig mental sundhed på gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser ud fra en lang række indikatorer er der beregnet frekvenser (antal og procent) samt via logistisk regressionsanalyse odds ratio (OR) med tilhørende 95 % sikkerhedsgrænser. Den statistiske model, der er anvendt til den logistiske regressionsanalyse, er PROC LOGISTIC, hvor mental sundhed målt ved hjælp af SWEMWBS og kategoriseret i henholdsvis dårlig og moderat/god mental sundhed indgår som uafhængig variabel.

Alder og forældres uddannelsesniveau kan have betydning for både mental sundhed og mange af de indikatorer, der indgår i denne undersøgelse, hvorfor disse faktorer også kan påvirke de sammenhænge, der undersøges. Som følge heraf præsenteres dels resultater justeret for alder, dels resultater, hvor der yderligere er justeret for forældrenes uddannelsesniveau. Det er udelukkende sidstnævnte analysemodel med justering for alder og forældres uddannelsesniveau, der kommenteres på i denne rapport. Analyserne præsenteres med resultater med og uden opdeling på køn. For enkelte indikatorer præsenteres ikke resultater grundet små antal.

Nedenfor er vist et eksempel på en tabel, der præsenteres for hver indikator i kapitel 5. I tabellen præsenteres en række indikatorer for sociale relationer med en kort læsevejledning.

Tabel eksempel: Indikatorer for sociale relationer blandt unge på gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen. Antal, procent og odds ratio (OR).

	Unge med dårlig mental sundhed		Unge i referencegruppen					
	Pro-cent	Antal svarperso-ner ¹	Pro-cent	Antal svarperso-ner ¹	OR ²	95 % sikkerheds-grænser	OR ³	95 % sikkerheds-grænser
Er sammen med venner uden for skoletid mindst én gang om ugen								
Alle	59,4	1.351	75,1	5.839	0,51	(0,45 - 0,58)	0,52	(0,46 - 0,59)
Mænd	65,2	446	79,4	2.796	0,49	(0,39 - 0,61)	0,49	(0,40 - 0,61)
Kvinder	56,6	905	71,1	3.043	0,53	(0,45 - 0,62)	0,54	(0,46 - 0,63)
Fortrolighed med venner: Kan meget nemt eller nemt tale med venner om noget, der virkelig plager								
Alle	66,5	1.340	88,4	5.811	0,25	(0,21 - 0,29)	0,24	(0,21 - 0,28)
Mænd	61,7	441	86,6	2.786	0,25	(0,20 - 0,32)	0,25	(0,20 - 0,31)
Kvinder	68,9	899	90,1	3.025	0,24	(0,20 - 0,29)	0,24	(0,20 - 0,29)
Fortrolighed med mindst én forælder: Kan meget nemt eller nemt tale med mindst én forælder (evt. stedmor/stedfar) om noget, der virkelig plager								
Alle	70,7	1.332	89,2	5.734	0,29	(0,25 - 0,33)	0,28	(0,25 - 0,33)
Mænd	66,1	439	88,5	2.735	0,26	(0,21 - 0,33)	0,26	(0,21 - 0,33)
Kvinder	73,0	893	89,9	2.999	0,30	(0,25 - 0,37)	0,30	(0,25 - 0,37)

¹ Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

² Justeret for alder

³ Justeret for alder og forældres uddannelsesniveau

Kilde: UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (52).

Tallet angiver, at 59,4% af unge med dårlig mental sundhed er sammen med venner uden for skoletid mindst én gang om ugen.

Tallet angiver, at 1.351 unge med dårlig mental sundhed har besvaret spørgsmålet om kontakt med venner uden for skoletid.

Tallet angiver, at 75,1 % af unge i referencegruppen er sammen med venner uden for skoletid mindst én gang om ugen.

Tallet angiver, at 5.839 af unge i referencegruppen har besvaret spørgsmålet om kontakt med venner uden for skoletid.

Tallet angiver odds ratioen (OR), der viser, hvor meget mindre eller større odds (chance) unge med dårlig mental sundhed har for indikatoren i forhold til referencegruppen, når der tages højde for alder. I dette eksempel har unge med dårlig mental sundhed 0,51 gange mindre chance for at være sammen med venner uden for skoletid mindst én gang om ugen sammenlignet med referencegruppen.

Intervalleret 0,45 til 0,58 angiver den nederste og øverste grænse for, hvor OR med 95 % sikkerhed befinder sig. I dette eksempel er både den nedre værdi og den øvre værdi under 1. Derfor kan man med statistisk sikkerhed sige, at der er en mindre chance for, at unge med dårlig mental sundhed er sammen med venner uden for skoletid mindst én gang om ugen sammenlignet med referencegruppen.

Kvalitative metoder

Den kvalitative undersøgelse består af to delundersøgelser baseret på interview med: 1) eksperter og praktikere, og 2) unge i alderen 14-24 år fra Region Syddanmark. I de følgende afsnit vil vores metodiske tilgang til indsamling af kvalitative data blive beskrevet, samt hvordan data efterfølgende er blevet bearbejdet (kapitel 6 og 7). Først præsenteres ungeanalysen og dernæst ekspert- og praktikanalysen.

Ungeanalysen

Ungeanalysen har til formål at give indsigt i de unges perspektiver på trivsel og mental sundhed. Til dette formål gennemførte vi dels en række workshops og semistrukturerede interview med udvalgte unge fra Region Syddanmark. Forud for workshopperne fik de unge tilsendt skriftligt materiale om undersøgelsen og om, hvad deres data ville blive brugt til, via deres uddannelsesinstitutioner. De blev ligeledes bedt om at læse og udfylde en samtykkeerklæring, inden workshopperne påbegyndte. De unge, der udelukkende deltog i et interview, fik selv samme information og udfyldte ligeledes en samtykkeerklæring.

Workshops

Vi har afholdt fire workshops med unge i Region Syddanmark. De deltagende unge var i alderen 14-24 år. De unge blev rekrutteret fra forskellige uddannelsesinstitutioner (et gymnasie, en erhvervsskole, en produktionsskole) og fra Ungdommens Uddannelsesvejlednings (UU) enhed i regionen for at rekruttere en så heterogen gruppe af unge som muligt¹⁰. Workshopperne blev afholdt i perioden september 2020 til november 2020.

Der deltog mellem 7-10 unge i hver workshop (n=26). Hver workshop varede mellem 2 til 2 ½ time og blev faciliteret af to videnskabelige assistenter fra Statens Institut for Folkesundhed. Vi gjorde os en række overvejelser om, hvorvidt elevernes lærere måtte være til stede under workshopperne. Fordelen ved at have en lærer til stede kunne være, dels at vedkommende kunne observere og bruge den nye viden til at arbejde med trivsel i klassen, dels kunne læreren være opmærksom på, om nogle elever blev følelsesmæssigt påvirket af at deltage, hvorefter der kunne tages hånd om dette. Ulempen ved at invitere lærerne med til workshopperne kunne derimod være, at der var risiko for, at eleverne ikke ville være åbne sig over for os. Det oplevede vi dog ikke var tilfældet ved de workshops, hvor der var lærere til stede. Vi besluttede os for at lade lærerne afgøre, hvorvidt de så det som hensigtsmæssigt at deltage i workshopperne.

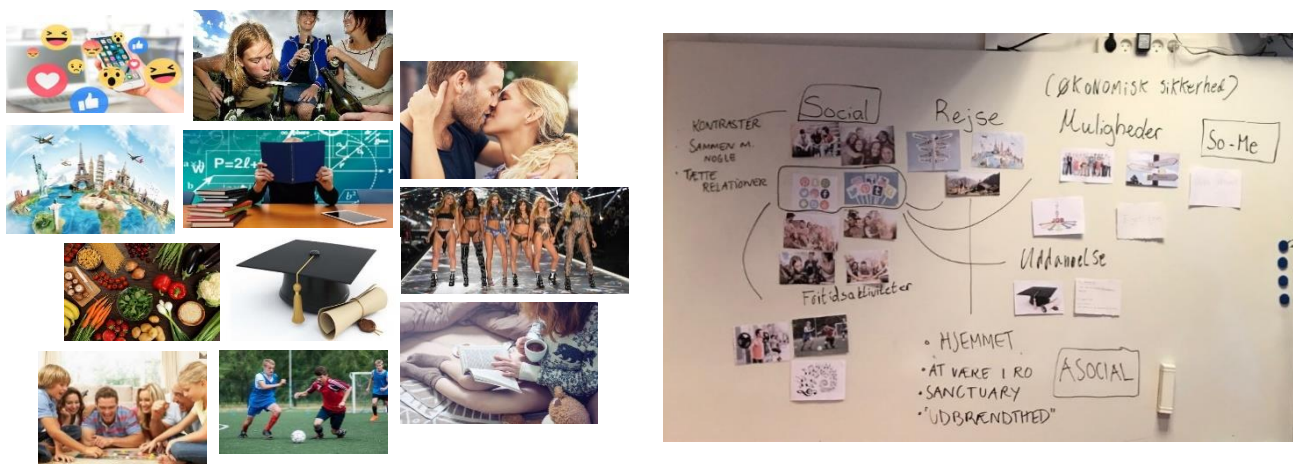
Workshopperne bestod af to øvelser, *billedøvelsen* og *flodøvelsen*, hvor de unge henholdsvis skulle reflektere over spørgsmålene: *hvad er det gode ungdomsliv?* og *hvad påvirker min trivsel?* Øvelserne præsenteres nedenfor.

Under øvelserne blev de unge bedt om at reflektere over spørgsmålene og senere præsentere deres svar i plenum. Den form for datamateriale, som workshopperne genererede, åbnede for de unges perspektiver på, hvad det gode ungdomsliv indeholder, og hvornår man trives som ung. Den åbne og participatoriske form, som workshopperne var designet efter, gav de unge mulighed for selv at skabe og moderere samtalerne og emnerne i workshopperne. Således skabtes der rum for, at workshopperne omhandlede dét, de unge fandt mest relevant eller vigtigst. Undervejs faciliterede de to videnskabelige assistenter samtalerne og stillede opfølgende spørgsmål.

¹⁰ Oprindeligt var planen også at gennemføre en workshop på en folkeskole, men grundet nedlukningen gennemførte vi i stedet individuelle interview med fire folkeskoleelever.

Billedøvelsen: Hvad er det gode ungdomsliv? Den første øvelse, de unge blev præsenteret for på workshopperne, var en *billedøvelse*, der skulle bidrage med perspektiver på, hvad de unge forbinder med et godt ungdomsliv. Ved øvelsen blev en bunke med billeder lagt ud på et bord. Billederne viste forskellige motiver, for eksempel unge der fester og spiller fodbold, koncerter, ikoner af sociale medier, kvindelige modeller, uddannelsesbeviser, forskellige fødevarer og så videre. Billederne afspejlede således en række temaer, så som uddannelse, fritid, venskaber, sociale medier, familie, der kan være til stede i unges hverdagsliv. De unge blev bedt om at vælge tre billeder hver, der afspejlede noget, den unge forbandt med et godt ungdomsliv. Hvis de unge ikke kunne finde et billede, de mente symboliserede et godt ungdomsliv, havde de mulighed for at skabe deres eget billede (tema) på et blankt papir eller vælge færre billeder.

De unge præsenterede herefter én efter én, hvad deres valgte billeder symboliserede, samt begrundelsen for deres valgte billeder. Ved hjælp af faciliterende spørgsmål blev der åbnet op for dialog i plenum om, hvad der er vigtigt i et godt ungdomsliv. Som opsamling på øvelsen blev de unge bedt om i fællesskab at tematisere deres valgte billeder. Tematiseringen af billederne bidrog til en nuancering af billederne i forhold til temaernes sammenhæng og adskillelse fra hinanden.

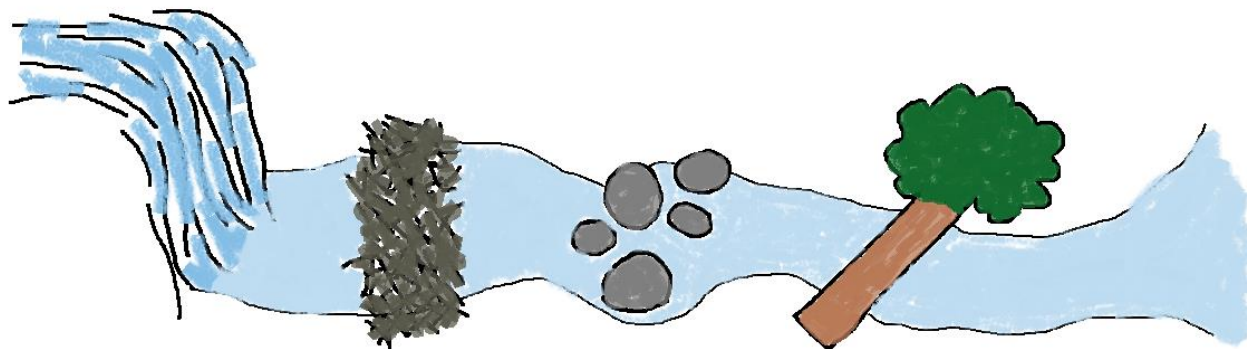


Figur A1.1 Eksempler på billeder fra billedøvelsen (tv) og tematisering af gruppens billeder (th)

Flodøvelse: Hvad påvirker min trivsel? Efter billedøvelsen blev de unge præsenteret for den anden øvelse, flodøvelsen. Hvor billedøvelsen havde som formål at få de unge til at reflektere over, hvad de forbinder med et godt ungdomsliv, skulle flodøvelsen bidrage til viden om, hvad der positivt og negativt er med til at påvirke deres trivsel. Flodøvelsen er opbygget som en metafor, hvor de unge bliver præsenteret for en flod, der skal afspejle livet. Udarbejdelsen af flodøvelsen er i høj grad inspireret af øvelsen 'Flodmetaforen' præsenteret i bogen *Håndbog i børneinddragelse* (153). I bogen bliver øvelsen beskrevet som et brugbart redskab i arbejdet med for eksempel at beskrive og diskutere muligheder og forhindringer i et forløb samt til at indkredse tematikker inden for et overordnet emne.

Ved flodøvelsen blev en stor planche med en flod hængt op (se Figur A12), og de unge fik herefter følgende tekst læst op:

"Denne flod er en metafor på livet. Ligesom en flod kan have forskellige forhold, der forhindrer vandet i at flyde frit, for eksempel store sten eller klipper, krumninger, dæmninger, væltede træer eller andet, kan ungdomslivet også have sine bump på vejen. I en flod kan der for også være områder, hvor vandet ligger stille, og andre områder, hvor der er flow og fart på som for eksempel ved vandfaldet. Sådan er det også på livets vej. Nogle gange går det supergodt og stryger derudaf. Og andre gange oplever man stilstand og måske ligefrem, at man træder vande, mens man igen til andre tider kan have store udfordringer og problemer at kæmpe med."



Figur A1.2 Flodøvelsen

Efter introduktionen til floden fik de unge udleveret post-it-blokke i to forskellige farver. På den ene farve post-it skulle de unge nu notere ting, der giver dem flow i deres flod og gør, at de trives. På den anden farve post-it skulle de notere ting, der giver bump på vejen, eller som gør, at de unge de føler, at de træder vande.

Efter at de unge havde noteret, hvad der påvirker deres trivsel positivt eller negativt, skulle de placere deres post-it på floden og præsentere de ting, de havde noteret.

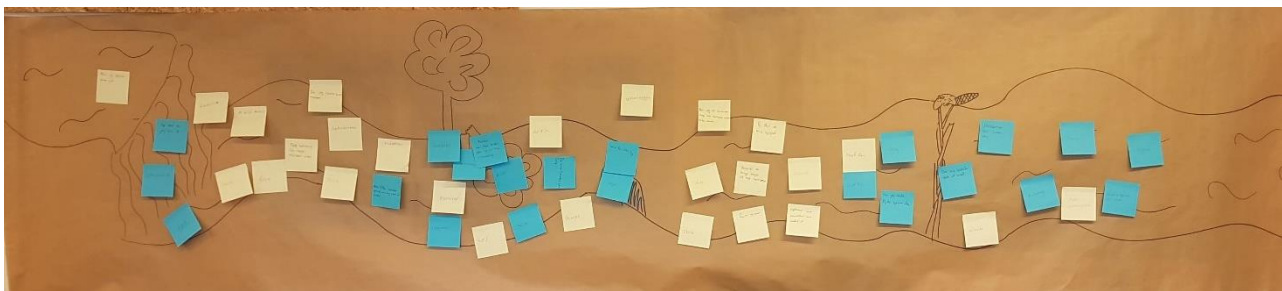


Figur A1.3 Billede af floden i flodøvelsen

Behandling af workshopdata

Workshopperne blev optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet af studentermedhjælpere. Det transskriberede materiale blev tematiseret og analyseret. Ud over behandlingen af det optagede materiale er der foretaget en opsamling på øvelserne i workshopperne.

Ved flodøvelsen blev alle de ting, de unge havde noteret på de henholdsvis negative og positive post-it, skrevet ned, samt hvor på floden de har været blevet placeret (se Figur). På baggrund af de noterede ting blev der identificeret en række temaer (se ordsky i Den kvalitative ungeanalyse).



Figur A1.4 Billede af floden efter afslutning af øvelsen

Ungeinterview

Vi gennemførte i alt 12 interview med unge i alderen 15-22 år i perioden september 2020 til januar 2021. Vi gennemførte otte interview foretaget face to face med de unge, som deltog i workshoppen. De resterende fire interview blev foretaget telefonisk med folkeskoleelever i 8. og 9. klasse i Region Syddanmark.

Hvert interview havde en varighed på mellem 45 og 60 minutter og blev optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet af studentermedhjælpere. Ved interviewene blev der anvendt en semi-struktureret interviewguide, hvor der indgik spørgsmål inden for temaerne:

- Hverdagslivet
- Sociale relationer
- Parforhold
- Digitale fællesskaber
- Uddannelse og arbejde
- Fritid
- Fremtid

Temaerne blev udarbejdet på baggrund af faktorer, som forskning peger på er relevante for mental sundhed og trivsel. I interviewguiden indgår der således spørgsmål vedrørende faktorer på et individuelt, socialt og strukturelt niveau. De individuelle interview giver som datakilde mulighed for at få en dybere indsigt i enkelte unges hverdagsliv, hvor interviewformatet åbnede for en mere dybdegående og fortrolig samtale med den unge om mere personlige perspektiver på at trives godt eller mindre godt.

Behandling af interviewdata

Det transskriberede datamateriale fra interviewene blev analyseret og tematisk kodet inspireret af de emner, som de unge selv havde tematiseret under workshopperne, herunder overgang fra barn til voksen, store livsbegivenheder, sociale relationer, skole, fritid, fester, COVID-19 pandemien, sociale medier. Dernæst blev enkelte citater fra interviewmaterialet udvalgt til at illustrere eller underbygge pointer i rapporten.

Næste afsnit vil fokusere på interview afholdt med en række centrale aktører, der på forskellig vis arbejder med børn og unges mentale sundhed.

Interview med eksperter og praktikere

Formålet med denne interviewundersøgelse var at identificere og beskrive forebyggende og sundhedsfremmende indsatser målrettet børn og unge i Danmark samt at belyse informanternes syn på udviklingen i den mentale sundhed blandt børn og unge og den eksisterende praksis på området. Vi gennemførte 20 interview med en række centrale aktører inden for området mental sundhed blandt børn og unge, repræsenteret af henholdsvis forskere, embedsmænd og praktikere, som til dagligt arbejder med børn og unge.

Rekruttering

Rekrutteringen af informanter blev udført i to runder. I første runde var fokus på at rekruttere forskere og embedsmænd, der ville bidrage med en bred og overordnet ekspertviden på området. I anden rekrutteringsrunde var fokus på at rekruttere praktikere i Region Syddanmark fra kommuner og regionen. Det vil sige informanter, der grundet deres funktion har et særligt kendskab til eksisterende indsatser og praksis på området. Ved begge rekrutteringsrunder har det været et opmærksomhedspunkt, at informanterne til sammen ville bidrage med viden om mental sundhedsfremmende indsatser rettet mod alle målgrupper, der har været i fokus i denne undersøgelse, herunder helt små børn, børn i dagtilbudsalderen, skolebørn og unge. Yderligere har vi ved rekruttering af praktikere været opmærksomme på, at informanterne repræsenterer kommuner fordelt over hele regionen for at få en bred forståelse af mentalt sundhedsfremmende indsatser på tværs af kommune størrelse og geografisk placering.

Informanter blev udvalgt på baggrund af projektgruppens viden på området og netværk, samt med løbende sparring fra Region Syddanmark. Da rekruttering af informanter blev udført løbende med afholdelse af interview, var det derudover muligt at få inputs til relevante informanter gennem interviewene.

Gennemførelse af interview og analyse

I alle interviewene blev der anvendt en semistruktureret interviewguide. Interviewguiden fulgte den samme overordnede ramme, hvor tre temaer: Informantens arbejde med mental sundhed, Årsager og forklaringsmodeller, og Indsatser, var repræsenteret. Interviewguiden blev dog tilpasset de enkelte informanter, for eksempel blev forskere i højere grad spurgt ind til forskningen på området, herunder forklaringen på tendenserne for den negative udvikling i unges mistrivsel. Embedsmændene blev i højere grad spurgt ind til de politiske rammer for mentalt sundhedsfremmende indsatser samt særlige fokusområder på den politiske dagsorden. Interviewene med praktikerne havde i højere grad fokus på deres kendskab til konkrete indsatser samt behovet for nye indsatser i relation til den funktion, de varetager.

Alle 20 interview blev udført telefonisk og havde en varighed af 30 minutter til en time. De blev udført af 1-2 videnskabelige assistenter. Alle interview blev optaget og efterfølgende transskriberet af studentermedhjælpere. Ved deltagelse i interviewet udfyldte informanterne en samtykkeerklæring. Da informanterne fremgår med navns nævnelse og beskæftigelsesstatus, er alle citater blevet godkendt og tilrettet af informanten inden offentliggørelse.

I analysen af interviewene har vi benyttet os af den overordnede ramme for interviewene inden for de tre temaer:

- Informantens arbejde med mental sundhed
- Årsager og forklaringsmodeller
- Indsatser

Inden for denne overordnede ramme har vi kodet interviewene, hvilket har resulteret i en række undertemaer præsenteret i analyseafsnittet *Interview med eksperter og praktikere*.

Informanterne

I tabellerne neden for fremgår alle informanterne ved navn, profession, målgruppen som informanten arbejder med, samt vedkommendes fokusområde i sit arbejde. Hver boks beskriver en informantgruppe. Informanterne vil ikke fremgå ved navn i rapportens analyseafsnit, men udelukkende ved profession.

Tabel A1.4 Informantoversigt – forskere

Forskere			
Navn	Titel og arbejdssted	Målgruppe	Fokusområde
Bjørn Holstein	Professor Emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, SDU	Børn og unge i alderen 0-15 år	Mental sundhed, (psykisk) mistrivsel
Charlotte Meilstrup	Charlotte Meilstrup, postdoc og projektchef for ABC for mental sundhed, Statens Institut for Folkesundhed, SDU	Hele befolkningen	ABC for mental sundhed, mental sundhedsfremme
Carsten Obel	Professor i børn og unges mentale sundhed, Aarhus Universitet	Børn og unge	Mental børnesundhed
Mai Heide Ottosen	Seniorforsker, VIVE	Børn og familier	Børnevelfærd i bred forstand
Pia Rønneknamp,	Formand for Databasen Børns Sundhed, SDU	0-18 år	Helhedsorienteret sundhed
Hannah Glismann	Konsulent og sekretær for forretningsudvalget, Databasen Børns Sundhed, SDU		

Tabel A1.5 Informantoversigt – embedsmænd

Embedsmænd			
Navn	Titel og arbejdssted	Målgruppe	Fokusområde
Jens Kristoffersen	Specialkonsulent i Forebyggelsesenheden, Sundhedsstyrelsen	0-25 år ift. sundhedsfremme, hele befolkningen ift. mental sundhed	Sundhedsfremme og forebyggelse af mistrivsel
Louise Anker Pedersen	Fuldmægtig i Ungeteamet, Styrelsen for arbejdsmarked og rekruttering (STAR)	Unge under 30 år, uden en studie- eller erhvervs-kompetencegivende uddannelse	Uddannelseshjælp
Henriette Kay	Jurist i Ungeteamet, Styrelsen for arbejdsmarked og rekruttering (STAR)		
Anne Cederlund Rytter	Teamleder i Team Forebyggelse og Kronisk Sygdom, Danske Regioner	Hele befolkningen	Forebyggelse
Tine Curtis	Leder for Center for Forebyggelse i praksis, KL	Primær fokus på kommuners indsatser til børn	Sundhedsfremme og forebyggelse
Hanne Bertelsen	Specialkonsulent, kontor for børn, unge og folkeskole, KL	Folkeskolen og Inklusion for børn med særlige behov	Trivsel og børnefællesskaber

Louise Dal	Chefkonsulent, Sund By Netværket	Hele befolkningen	Sundhedsfremme, mental sundhed m.m.
------------	----------------------------------	-------------------	-------------------------------------

Tabel A1.6 Informantoversigt – praktikere

Praktikere			
Navn	Titel og arbejdssted	Målgruppe	Fokusområde
Sanne C. Jensen	Studie- og trivselsvejleder, central enhed på SDU	Universitetsstuderende	Vejledning og trivsel
Søs Greve Nielsen	Dagtilbudsleder, Billund Kommune	Børn i alderen 0-6 år	Dagtilbudsområdet
Jørn Nielsen	Familie- og forebyggelseschef i Middelfart Kommune	Hele befolkningen, med særligt fokus på børn og unge	Specialiserede børn- og ungeområde, og deres familier
Nadia Nim	MIL-koordinator, Bohrskolerne, Esbjerg Kommune	Folkeskoleelever	Målttede Inkluderende Læringsmiljøer
Per Schmidt Hansen	Leder af PPR, Aabenraa Kommune	Børn i alderen 0-18 år (Skoleelever og børn i dagtilbud)	Forebyggelse
Ulla Dupont	Ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune	Børn fra de er 0 år til de går i 9. klasse	Sundhedsfremme, forebyggelse og opsporing
Thorsten Schumann	Specialeansvarlig overlæge, Børne- og ungespsykiatri Sydjylland	4-9 år	Behandling
Anne-Marie Geertsen	Studievejleder og pædagogisk koordinator på erhvervsuddannelse, Varde Kommune	Unge i alderen 15-21 år	Trivsel og fastholdelse
Lars Gehlert Johansen	Praktiserende læge, Vejen Kommune	Alle aldre	Behandling

Bilag 2: Oversigt over resultater fra karakteristik af unge med dårlig mental sundhed

Nedenstående tabel er en skematisk oversigt over resultaterne fra karakteristikken af unge med dårlig mental sundhed fra gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i Region Syddanmark (kapitel 5). I tabellen sammenfattes resultaterne af OR-analyserne justeret for alder og forældres uddannelsesniveau i forhold til, om der ses en højere eller lavere risiko/chance for den pågældende indikator blandt unge med dårlig mental sammenlignet med referencegruppen samt om sammenhængen er statistisk signifikant. Nummereringen i nedenstående tabel henviser til de enkelte afsnit i kapitel 5, hvor resultaterne er beskrevet. Betydningen af tabellens symboler er som følger:

Statistisk signifikant

Ikke statistisk signifikant

Ikke opgjort

+ Højere risiko blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen

- Lavere chance blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen

+/- Hverken højere eller lavere risiko/chance blandt unge med dårlig mental sundhed sammenlignet med referencegruppen

Tabel A2.1 Skematisk oversigt over resultaterne fra karakteristikkene af unge med dårlig mental sundhed (kapitel 5).

	Unge på gymnasiale uddannelser		Unge på erhvervsuddannelser	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
5.2 Trivsel og mistrivsel				
Føler sig ofte eller meget ofte ensom	+	+	+	+
Høj livstilfredshed	-	-		
Selv værd: Er helt enig eller enig i udsagnet: "Jeg er god nok, som jeg er"	-	-	-	-
Er dagligt stresset	+	+	+	+
Mindst ét psykisk symptom næsten dagligt (været irriteret/i dårligt humør, ked af det eller nervøs)	+	+	+	+
Har en spiseforstyrrelse	+	+		
Nogensinde med vilje gjort skade på sig selv	+	+		
Nogensinde overvejet at begå selvmord	+	+		
5.3 Krop og helbred				
Fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred	-	-		-
Mindst ét fysisk symptom næsten dagligt (hovedpine, mavepine eller andre smerter, f.eks. ondt i nakken eller ryggen) inden for de seneste 6 måneder	+	+	+	+
Langvarig sygdom	+	+		
Brug af sovemedicin inden for de seneste 14 dage	+	+		
Brug af smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage	+	+		
5.4 Sociale relationer				
Er sammen med venner uden for skoletid mindst én gang om ugen	-	-		
Fortrolighed med venner: Kan meget nemt eller nemt tale med venner om noget, der virkelig plager	-	-	-	-
Fortrolighed med mindst én forælder: Kan meget nemt eller nemt tale med mindst én forælder (evt. stedmor/stedfar) om noget, der virkelig plager	-	-	-	-
5.5 Skoleliv				
Høj skoletilfredshed (synes meget godt eller godt om at gå i skole for øjeblikket)	-	-		-
Pjækket fra undervisningen mindst en dag inden for seneste måned	+	+		
5.6 Forældres socioøkonomi og psykisk sygdom				
Brud i familien i barndommen	+	+		
Familiens indkomst er i laveste kvartil	+	+		
Mindst én forælder er beskæftiget	-	-		
Mindst én forælder har haft kontakt til psykiatrien	+	+		
5.7 Sundhedsadfærd				

Overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse i forbindelse med alkoholindtag	+	+/-	+	-
Daglig rygning	+	+	+	+
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	+	+	+	+/-
Meget generet af træthed	+	+	+	+
Søvnproblemer, mere end én gang ugentligt	+	+	+	+
5.8 Kontakt til sundhedsvæsenet				
Kontakt til praktiserende læge inden for det seneste år	+/-	+/-		
Kontakt til psykiater eller psykolog via sygesikringen inden for det seneste år		+		
Kontakt til somatisk skadestue det seneste år	+/-	+		
Indlæggelser og ambulante kontakter til somatisk hospitalsvæsen inden for det seneste år	+	+		
Kontakt til psykiatrien i alderen 0-18 år	+	+		
Indløst recept på psykofarmaka indenfor det seneste år	+	+		
Været sigtet for strafbar handling i alderen 0-18 år	+	+/-		

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens udmeldinger om alkohol: Sundhedsstyrelsen; 2020 <https://www.sst.dk/da/viden/alkohol/alkoholforebyggelse/sundhedsstyrelsens-udmeldinger-om-alkohol>.
2. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Switzerland: World Health Organization; 2010.
3. 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, udvikling og forebyggelsesmuligheder. Vidensråd for Forebyggelse; 2020.
4. Region Syddanmark. Hvordan har du det? - trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2017. Vejle: Region Syddanmark; 2018.
5. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. København 2012: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.; 2012.
6. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
7. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
8. Jezek AH, Pisinger C, Thorsted A, Thygesen LC. Sundhed og trivsel blandt gymnasieelever. Udviklingen fra 2014-2019. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2020.
9. Møller SP, Ekholm O, Thygesen LC. Betydningen af Covid-19 krisen for mental sundhed, helbred og arbejdsmiljø. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2021.
10. Collishaw S. Annual research review: secular trends in child and adolescent mental health. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2015;56(3):370-93.
11. Skogen JC, Smith ORF, Aarø LE, Sigveland J, Øverland S. Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt. Folkehelseinstituttet; 2018.
12. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Mental Sundhed. 2018.
13. Sundhedsstyrelsen. Mental Sundhed <https://www.sst.dk/da/viden/mental-sundhed>
14. Koushede V. For mental sundhed - et nyt perspektiv. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2015.
15. Keyes CL. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. Journal of consulting and clinical psychology. 2005;73(3):539.
16. Keyes CL. Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. American psychologist. 2007;62(2):95.

17. Sundhedsstyrelsen. Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. 2005.
18. Niclasen J, Lund L, Obel C. Indsatser der fremmer mental sundhed hos børn og unge. Et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser. Sundhedsstyrelsen: Center for Sundhedssamarbejde, Aarhus Universitet; 2016.
19. Ottosen M, Berger N, Lindeberg N. Forebyggende indsatser til unge i psykisk mistrivsel - En vidensoversigt. VIVE; 2018.
20. Zeanah CH Jr. Handbook of infant mental health. New York: Guilford Press; 2009.
21. Pant SW, Pedersen TP, Ammitzbøll J, Holstein BE, Skovgaard AM. Børns mentale helbred og sundhed. En undersøgelse af nul- til otteårige i Region Hovedstaden i 2002-2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
22. Ammitzbøll J, Thygesen LC, Holstein BE, Andersen A, Skovgaard AM. Predictive validity of a service-setting-based measure to identify infancy mental health problems: a population-based cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(6):711-23.
23. Skovgaard AM, Olsen EM, Christiansen E, Houmann T, Landorph SL, Jørgensen T. Predictors (0-10 months) of psychopathology at age 11/2 years - a general population study in The Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(5):553-62.
24. Thomsen P, Skovgaard A. Undersøgelse og Diagnostik. Børne og ungdomspsykiatri En lærebog om børn og unges psykiske sygdomme. København: FADL's Forlag; 2012.
25. Winsper C, Wolke D. Infant and toddler crying, sleeping and feeding problems and trajectories of dysregulated behavior across childhood. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(5):831-43.
26. Thomsen P, Skovgaard A. Børne- og ungdomspsykiatri. En lærebog om børn og unges psykiske sygdomme. København: FADL's Forlag; 2012.
27. Lemcke S, Parner ET, Bjerrum M, Thomsen PH, Lauritsen MB. Early development in children that are later diagnosed with disorders of attention and activity: a longitudinal study in the Danish National Birth Cohort. *European child & adolescent psychiatry*. 2016;25(10):1055-66.
28. LeBarton ES, Landa RJ. Infant motor skill predicts later expressive language and autism spectrum disorder diagnosis. *Infant Behavior and Development*. 2019;54:37-47.
29. Sacrey L-AR, Germani T, Bryson SE, Zwaigenbaum L. Reaching and grasping in autism spectrum disorder: a review of recent literature. *Frontiers in Neurology*. 2014;5:6.
30. Choi B, Leech KA, Tager-Flusberg H, Nelson CA. Development of fine motor skills is associated with expressive language outcomes in infants at high and low risk for autism spectrum disorder. *Journal of neurodevelopmental disorders*. 2018;10(1):14.
31. 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 CCC 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2014;55(12):1328-35.

32. Hemmi MH, Wolke D, Schneider S. Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Archives of disease in childhood*. 2011;96(7):622-9.
33. Farrow C, Blissett J. Maternal cognitions, psychopathologic symptoms, and infant temperament as predictors of early infant feeding problems: a longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*. 2006;39(2):128-34.
34. Schmid G, Schreier A, Meyer R, Wolke D. A prospective study on the persistence of infant crying, sleeping and feeding problems and preschool behaviour. *Acta Paediatrica*. 2010;99(2):286-90.
35. Ammitzbøll J, Pant SW, Holstein BE, Pedersen TP, Due P. Sundhedsprofil for børn og unge i Region Hovedstaden og kommuner 2016/2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2018.
36. Ammitzbøll J, Holstein BE, Wilms L, Andersen A, Skovgaard AM. A new measure for infant mental health screening: development and initial validation. *BMC pediatrics*. 2016;16(1):197.
37. Wolke D, Schmid G, Schreier A, Meyer R. Crying and feeding problems in infancy and cognitive outcome in preschool children born at risk: a prospective population study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2009;30(3):226-38.
38. Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A. Børn og unges mentale helbred: forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2014.
39. Kelman B. The sleep needs of adolescents. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses*. 1999;15(3):14-9.
40. Vallido T, Peters K, O'Brien L, Jackson D. Sleep in adolescence: A review of issues for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(13):1819-26.
41. Sadeh A, Flint-Ofir E, Tirosh T, Tikotzky L. Infant sleep and parental sleep-related cognitions. *Journal of family psychology*. 2007;21(1):74.
42. Millman RP. Excessive sleepiness in adolescents and young adults: causes, consequences, and treatment strategies. *Pediatrics*. 2005;115(6):1774-86.
43. 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 medicine reviews*. 2010;14(3):179-89.
44. Suganuma N, Kikuchi T, Yanagi K, Yamamura S, Morishima H, Adachi H, et al. Using electronic media before sleep can curtail sleep time and result in self-perceived insufficient sleep. *Sleep and Biological Rhythms*. 2007;5(3):204-14.
45. Roberts RE, Roberts CR, Duong HT. Sleepless in adolescence: prospective data on sleep deprivation, health and functioning. *Journal of adolescence*. 2009;32(5):1045-57.
46. Wolfson AR, Richards M. Young adolescents: Struggles with insufficient sleep. 2011.

47. Fredriksen K, Rhodes J, Reddy R, Way N. Sleepless in Chicago: tracking the effects of adolescent sleep loss during the middle school years. *Child development*. 2004;75(1):84-95.
48. Roane BM, Taylor DJ. Adolescent insomnia as a risk factor for early adult depression and substance abuse. *Sleep*. 2008;31(10):1351-6.
49. Ottosen MH, Andreassen AG, Dahl KM, Hestbæk A-D, Lausten M, Rayce SB. Børn og unge i Danmark - Velfærd og trivsel 2018. VIVE; 2018.
50. 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, SDU; 2019.
51. Ottosen MH, Andersen D, Dahl KM, Hansen AT, Lausten M, Østergaard S. Børn og unge i Danmark - Velfærd og trivsel 2014. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2014.
52. Pisinger V, Thorsted A, Jezek AH, Jørgensen A, Christensen AI, Thygesen LC. UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
53. Sundhedsstyrelsen. Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
54. Nielsen J, Sørensen N, Osmec M. Når det er svært at være unge i DK - unges trivsel og mistrivsel i tal. Center for Ungdomsforskning; 2010.
55. Smidt L. Unges syn på krop og kropsidealer - En undersøgelse fra Sex & Samfund. Sex & Samfund; 2017.
56. Bandura A. Self-efficacy - The exercise of control. Freeman and Company, New York: 1997.
57. Nielsen NR, Kristensen TS. Stress i Danmark - hvad ved vi? København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
58. Nielsen AM, Lagermann LC. Stress i gymnasiet - Hvad der stresser gymnasieelever og hvordan forebyggelse og behandling virker med 'Åben og Rolig for Unge'. København: DPU, Aarhus Universitet; 2017.
59. Sheth C, McGlade E, Yurgelun-Todd D. Chronic stress in adolescents and its neurobiological and psychopathological consequences: an RDoC perspective. *Chronic Stress*. 2017;1:2470547017715645.
60. Björkenstam C, Kosidou K, Björkenstam E. Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548 721 adolescents and young adults in Sweden. *bmj*. 2017;357:j1334.
61. Deasy C, Coughlan B, Pironom J, Jourdan D, Mcnamara PM. Psychological distress and lifestyle of students: implications for health promotion. *Health promotion international*. 2014;30(1):77-87.
62. Nielsen L, Vinther-Larsen M, Rod NH, Grønbæk M. Stress blandt unge. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.

63. Byrne DG, Davenport S, Mazanov J. Profiles of adolescent stress: The development of the adolescent stress questionnaire (ASQ). *Journal of adolescence*. 2007;30(3):393-416.
64. Saab H, Klinger D. School differences in adolescent health and wellbeing: Findings from the Canadian Health Behaviour in School-aged Children Study. *Social science & medicine*. 2010;70(6):850-8.
65. Haugland S, WOLD B, Stevenson J, Aaroe LE, Woynarowska B. Subjective health complaints in adolescence: A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *The European Journal of Public Health*. 2001;11(1):4-10.
66. 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. *European Journal of Public Health*. 2008;18(3):294-9.
67. DeSocio J, Hootman J. Children's mental health and school success. *The Journal of School Nursing*. 2004;20(4):189-96.
68. 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. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(6_suppl):62-78.
69. Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of general psychiatry*. 1998;55(1):56-64.
70. Tolstrup J, Demant J, Grønbæk M, Møller SP, Pedersen MU, Pisinger V. Unges alkoholkultur - et bidrag til debatten. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2019.
71. Huxley R, Neil A, Collins R. Unravelling the fetal origins hypothesis: is there really an inverse association between birthweight and subsequent blood pressure? *The Lancet*. 2002;360(9334):659-65.
72. Van den Bergh BR. Developmental programming of early brain and behaviour development and mental health: a conceptual framework. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2011;53:19-23.
73. Te Velde SJ, ChinAPaw MJ, De Bourdeaudhuij I, Bere E, Maes L, Moreno L, et al. Parents and friends both matter: simultaneous and interactive influences of parents and friends on European schoolchildren's energy balance-related behaviours—the ENERGY cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2014;11(1):1-17.
74. Damsgaard MT, Holstein BE, Koushede V, Madsen KR, Meilstrup C, Nelausen MK, et al. Close relations to parents and emotional symptoms among adolescents: beyond socio-economic impact? *International journal of public health*. 2014;59(5):721-6.
75. Lund L, Andersen A, Michelsen SI. Livskvalitet og hverdagsliv blandt børn og unge med diabetes. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
76. Rasmussen M, Pedersen T, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2014. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2015.

77. Hart S. Udviklingspsykopatologi. In: Schwartz R, Hart S, editors. Barnet og dets relationelle miljø. København: Hans Reitzels Forlag; 2013.
78. Due P, Holstein BE, Jørgensen PS. Børns sociale relationer. 2004. In: Jørgensen PS, Holstein BE, Due P. Sundhed på vippen - En undersøgelse af de store skolebørns sundhed, trivsel og velfærd. København: Hans Reitzels Forlag.
79. Killén K, Klette T, Arnevik E. Tidlig mor–barn-samspil i norske familier. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2006.
80. Thomson RM, Allely CS, Purves D, Puckering C, McConnachie A, Johnson PC, et al. Predictors of positive and negative parenting behaviours: evidence from the ALSPAC cohort. BMC pediatrics. 2014;14(1):247.
81. Grace SL, Evindar A, Stewart D. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. Archives of women's mental health. 2003;6(4):263-74.
82. Martins C, Gaffan EA. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2000;41(6):737-46.
83. Reck C, Hunt A, Fuchs T, Weiss R, Noon A, Moehler E, et al. Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. Psychopathology. 2004;37(6):272-80.
84. Anderson P, Jane-Llopis E, Hosman C. Reducing the silent burden of impaired mental health. Health Promotion International. 2011;26(suppl_1):i4-i9.
85. West DA, Kellner R, Moore-West M. The effects of loneliness: a review of the literature. Comprehensive psychiatry. 1986;27(4):351-63.
86. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. Clinical psychology review. 2006;26(6):695-718.
87. Due P, Lynch J, Holstein B, Modvig J. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. Journal of Epidemiology & Community Health. 2003;57(9):692-8.
88. deLara E. Consequences of Childhood Bullying on Mental Health and Relationships for Young Adults. Journal of Child and Family Studies. 2019;28(2631).
89. Due EP, Holstein BE, Jørgensen P. Mobning som sundhedstrussel blandt store skoleelever. Ugeskr Læger. 1999;161(15):2201-6.
90. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? Health promotion international. 2011;26(suppl_1):i29-i69.
91. Holstein BE, Damsgaard MT, Henriksen PW, Kjær C, Meilstrup C, Nelausen M, et al. Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
92. Moonie S, Sterling DA, Figgs LW, Castro M. The relationship between school absence, academic performance, and asthma status. Journal of school health. 2008;78(3):140-8.

93. Bond L, Butler H, Thomas L, Carlin J, Glover S, Bowes G, et al. Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health*. 2007;40(4):357. e9-e18.
94. Rice M, Kang DH, Weaver M, Howell CC. Relationship of anger, stress, and coping with school connectedness in fourth-grade children. *Journal of School Health*. 2008;78(3):149-56.
95. Puskar KR, Marie Bernardo L. Mental health and academic achievement: Role of school nurses. *Journal for Specialists in Pediatric nursing*. 2007;12(4):215-23.
96. Takakura M, Wake N, Kobayashi M. The contextual effect of school satisfaction on health-risk behaviors in Japanese high school students. *J Sch Health*. 2010;80(11):544-51.
97. Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, et al. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health services research*. 2001;36(6 Pt 1):987.
98. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet (London, England)*. 2007;369(9569):1302-13.
99. Colman I, Murray J, Abbott RA, Maughan B, Kuh D, Croudace TJ, et al. Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. *Bmj*. 2009;338:a2981.
100. Osler M, Andersen AN, Nordentoft M. Impaired childhood development and suicidal behaviour in a cohort of Danish men born in 1953. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2008;62(1):23-8.
101. Ottosen MH, Andreassen, A. G. Dahl, K. M., Hestbæk, A. og Rayce S. B. . Børn og unge i Danmark - Velfærd og Trivsel 2018. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2018.
102. Ottosen MH, Andreassen AG. Børn og unges trivsel og brug af digitale medier. København: VIVE – Viden til Velfærd. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2020.
103. Slots- og Kulturstyrelsen. Brug af sociale medier i 2018. 2018.
104. Twenge JM, Martin GN, Campbell WK. Decreases in psychological well-being among American adolescents after 2012 and links to screen time during the rise of smartphone technology. *Emotion*. 2018;18(6):765.
105. Orben A, Dienlin T, Przybylski AK. Social media's enduring effect on adolescent life satisfaction. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2019;116(21):10226-8.
106. Lund L, Sølvhøj IN, Danielsen D, Folker AP, Andersen S. Digitale enheders betydning for søvn hos 0-15-årige børn og unge. Et systematisk review. Statens Institut for Folkesundhed SDU. 2020.
107. Best P, Manktelow R, Taylor B. Online communication, social media and adolescent wellbeing: A systematic narrative review. *Children and Youth Services Review*. 2014;41:27-36.

108. Jensen M, George MJ, Russell MR, Odgers CL. Young adolescents' digital technology use and mental health symptoms: Little evidence of longitudinal or daily linkages. *Clinical Psychological Science*. 2019;7(6):1416-33.
109. Youngblade LM, Theokas C, Schulenberg J, Curry L, Huang I-C, Novak M. Risk and promotive factors in families, schools, and communities: A contextual model of positive youth development in adolescence. *Pediatrics*. 2007;119(Supplement 1):S47-S53.
110. Konishi C, Hymel S, Zumbo BD, Li Z. Do school bullying and student—teacher relationships matter for academic achievement? A multilevel analysis. *Canadian journal of school psychology*. 2010;25(1):19-39.
111. Kidger J, Araya R, Donovan J, Gunnell D. The effect of the school environment on the emotional health of adolescents: a systematic review. *Pediatrics*. 2012;129(5):925-49.
112. Klemmer E, Brooks FM, Chester KL, Magnusson J, Spencer N. Self-harm in adolescence: protective health assets in the family, school and community. *International journal of public health*. 2017;62(6):631-8.
113. Langford R, Bonell C, Jones H, Poulou 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):130.
114. Govender K, Naicker SN, Meyer-Weitz A, Fanner J, Naidoo A, Penfold WL. Associations between perceptions of school connectedness and adolescent health risk behaviors in South African high school learners. *Journal of school health*. 2013;83(9):614-22.
115. Aldridge JM, Fraser BJ, Fozdar F, Ala'i K, Earnest J, Afari E. Students' perceptions of school climate as determinants of wellbeing, resilience and identity. *Improving Schools*. 2016;19(1):5-26.
116. Børne- og Undervisningsministeriet. Alt for mange unge uden job eller uddannelse <https://www.uvm.dk/aktuelt/nyheder/uvm/2019/nov/191106-alt-for-mange-unge-uden-job-eller-uddannelse2019>
117. Børne- og Undervisningsministeriet. De unge søger ungdomsudannelser ligesom sidste år <https://www.uvm.dk/aktuelt/nyheder/uvm/2020/mar/200326-de-unge-soeger-ungdomsudannelser-ligesom-sidste-aar2020>
118. Dansk Ungdoms Fællesråd. Det Gode Ungdomsliv - en analyse af unges bekymringer, forventninger og trivsel. København: Dansk Ungdoms Fællesråd; 2019.
119. Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*. 1996;34(3):220-33.
120. Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen. Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
121. Ringgaard LW, Heinze C, Andersen NBS, Hansen GIL, Hjort AV, Klinker CD. UNG19 - Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019. Steno Diabetes Center Copenhagen, Hjerteforeningen og Kræftens Bekæmpelse; 2020.

122. 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 and quality of life outcomes*. 2009;7:15.
123. Santini ZI, Stougaard S, Koyanagi A, Ersbøll AK, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Predictors of high and low mental well-being and common mental disorders: findings from a Danish population-based study. *Eur J Public Health*. 2020;30(3):532-8.
124. Sundhedsdatastyrelsen. Medstat.dk: Sundhedsdatastyrelsen; 2020 <https://medstat.dk/>.
125. Koushede V, Nielsen L. ABC FOR MENTAL SUNDHED – fra retorik til handling. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2015.
126. Nordic Council of Ministers. The first 1000 days in the Nordic Countries. A situation analysis. Nordic Council of Ministers. 2020.
127. Rambøll Management Consulting A/S. EVALUERING AF DE UTROLIGE ÅR. Slutrapport Socialstyrelsen. 2011.
128. Jacobsen RH, Pedersen HS, Brinck S, Iversen K, Kiil A, Andersen SA, et al. Slutevaluering af familierettede og forebyggende indsatser i "Tidlig Indsats – Livslang Effekt". VIVE og Oxford Research; 2018.
129. Rambøll management Consulting A/S. EFFEKTEVALUERING FRI FOR MOBBERI OG BØRNS SOCIOEMOTIONELLE KOMPETENCER. Mary Fonden og Red Barnet: Rambøll Management Consulting A/S; 2017.
130. Wilke. Fra projekt til kultur. Analyse af Fri for Mobberi programmet. Mary Fonden og Red Barnet: Wilke; 2018.
131. Mishara BL, Ystgaard M. Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: Zippy's Friends. *Early Childhood Research Quarterly*. 2006;21(1):110-23.
132. Nelausen MK, Meilstrup CR, Nielsen L. Indsats til fremme af elevers psykiske trivsel. Evaluering af Projekt Optur på to skoler i skoleåret 2010/2011. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2011.
133. 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.
134. Arendt K, Thastum M, Hougaard E. Efficacy of a Danish version of the Cool Kids program: a randomized wait-list controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2016;133(2):109-21.
135. Kusier AO, Jensen MP, Andersen S, Thygesen LC, Cloos CØ, Folker AP, et al. Evaluering af LÆR AT TACKLE angst og depression. For unge i alderen 15-25 år. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
136. Lynge E, Sandegaard JL, Rebolj M. The Danish National Patient Register. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7 Suppl):30-3.

137. Kildemoes HW, Sorensen HT, Hallas J. The Danish National Prescription Registry. Scandinavian journal of public health. 2011;39(7 Suppl):38-41.
138. Pedersen CB. The Danish Civil Registration System. Scandinavian journal of public health. 2011;39(7 Suppl):22-5.
139. Danmarks Statistik. Person- og familieindkomster. Danmarks Statistik; 2020 <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/arbejde-indkomst-og-formue/indkomster/person-og-familieindkomster>.
140. Danmarks Statistik. Ækvivaleret disponibel indkomst for familien. Danmarks Statistik; 2020 <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/familieindkomst/famaekvivadisp-13>.
141. Danmarks Statistik. Arbejdsklassifikationsmodulet AKM. Danmarks Statistik; 2020 <https://www.dst.dk/da/TilSalg/Forskningsservice/Dokumentation/hoekvalitetsvariable/personers-tilknytning-til-arbejdsmarkedet-set-over-hele-aaret--akm->.
142. Danmarks Statistik. Socioøkonomisk klassifikation version 2013 (AKM). Danmarks Statistik; 2021 <https://www.dst.dk/da/TilSalg/Forskningsservice/Dokumentation/hoekvalitetsvariable/personers-tilknytning-til-arbejdsmarkedet-set-over-hele-aaret--akm-/socio13>.
143. Sundhedsdatastyrelsen. Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister. Sundhedsdatastyrelsen; 2020 <https://www.danishhealthdata.dk/find-sundhedsdata/Det-Psykiatriske-Centrale-Forskningsregister>.
144. Andersen JS, Olivarius Nde F, Krasnik A. The Danish National Health Service Register. Scandinavian journal of public health. 2011;39(7 Suppl):34-7.
145. Jensen VM, Rasmussen AW. Danish Education Registers. Scandinavian journal of public health. 2011;39(7 Suppl):91-4.
146. Danmarks Statistik. Grundskolekarakterer. Danmarks Statistik; 2020 <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/UDFK%20-%20Grundskolekarakterer.html>.
147. Danmarks Statistik. Kriminalitet 2018. Danmarks Statistik; 2019.
148. 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 research. 2019;271:502-9.
149. 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 and quality of life outcomes. 2007;5:63.
150. McKay MT, Andretta JR. Evidence for the Psychometric Validity, Internal Consistency and Measurement Invariance of Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale Scores in Scottish and Irish Adolescents. Psychiatry research. 2017;255:382-6.

151. Shah N, Cader M, Andrews WP, Wijesekera D, Stewart-Brown SL. Responsiveness of the Short Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale (SWEMWBS): evaluation a clinical sample. Health and quality of life outcomes. 2018;16(1):239.
152. Warwick Medical School. Collect, score, analyse and interpret WEMWBS Warwick Medical School; 2020 <https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/using/howto/>.
153. Børnerådet. Håndbog i børneinddragelse. København: Børnerådet; 2016.