



VIDENSRÅD
FOR
FOREBYGGELSE

VIDENSRÅD FOR FOREBYGGELSE - BYGGER BRO MELLEM VIDEN OG PRAKSIS

VFF skaber overblik over viden om udvikling af sundhed og sygdom samt om virksomme sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser.

VFF formidler viden, der guider og inspirerer til forskningsbaseret politik og praksis, der fremmer folkesundheden.





Arbejdsgrupperne

MENTAL SUNDHED 0-9 ÅR

Udarbejdet af Bjørn Evald Holstein (formand)
Tine Brink Henriksen
Signe Boe Rayce
Charlotte Ringsmose
Anne Mette Skovgaard
Grete Katrine Teilmann
Mette Skovgaard Væver

Fagredaktion Kirstine Struntze Krogholm

Publikationsår 2021 (september)

MENTAL SUNDHED 10-24 ÅR

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

Fagredaktion Kirstine Struntze Krogholm

Publikationsår 2020

- 1) En etisk forpligtelse - alle børn og unge har ret til de bedste forhold for udvikling af mental sundhed
- 2) Forekomsten er høj, den udgør en betydelig del af sygdomsbyrden blandt børn og unge og der er stigende efterspørgsel på hjælp
- 3) Omfattende skadevirkninger - mentale helbredsproblemer tidligt i livet øger risikoen for psykiske og fysiske sygdomme samt negative sociale konsekvenser senere i livet
- 4) Uudnyttede opsporings- og forebyggelsesmuligheder
- 5) Omfattende social ulighed

FORMÅLET MED DE TO RAPPORTER HAR VÆRET AT SAMLE OG PRÆSENTERE DEN FORSKNINGSBASEREDE VIDEN OM:

- forekomst, fordeling og udvikling over tid af mental sundhed, helbredsproblemer og psykiske sygdomme hos danske børn og unge,
- risikofaktorer og beskyttende faktorer for mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom i de første leveår,
- evidensbaserede sundhedsfremmende og forebyggende indsatser til børn og unge,

OG PÅ DEN BAGGRUND AT

- pege på videnshuller og mangler i praksis
- give råd til beslutningstagere og fagprofessionelle om indsatser og organisatoriske forandringer, der har potentiale til at forbedre den mentale sundhed og mindske sygdomsbyrden af de psykiske sygdomme i Danmark.



BEGREBER

WWW.VIDENSRAAD.DK

- > Mental sundhed
- > Mentale helbredsproblemer
- > Psykisk sygdom

- > Sundhedsfremme
- > Forebyggelse
- > Opsporing

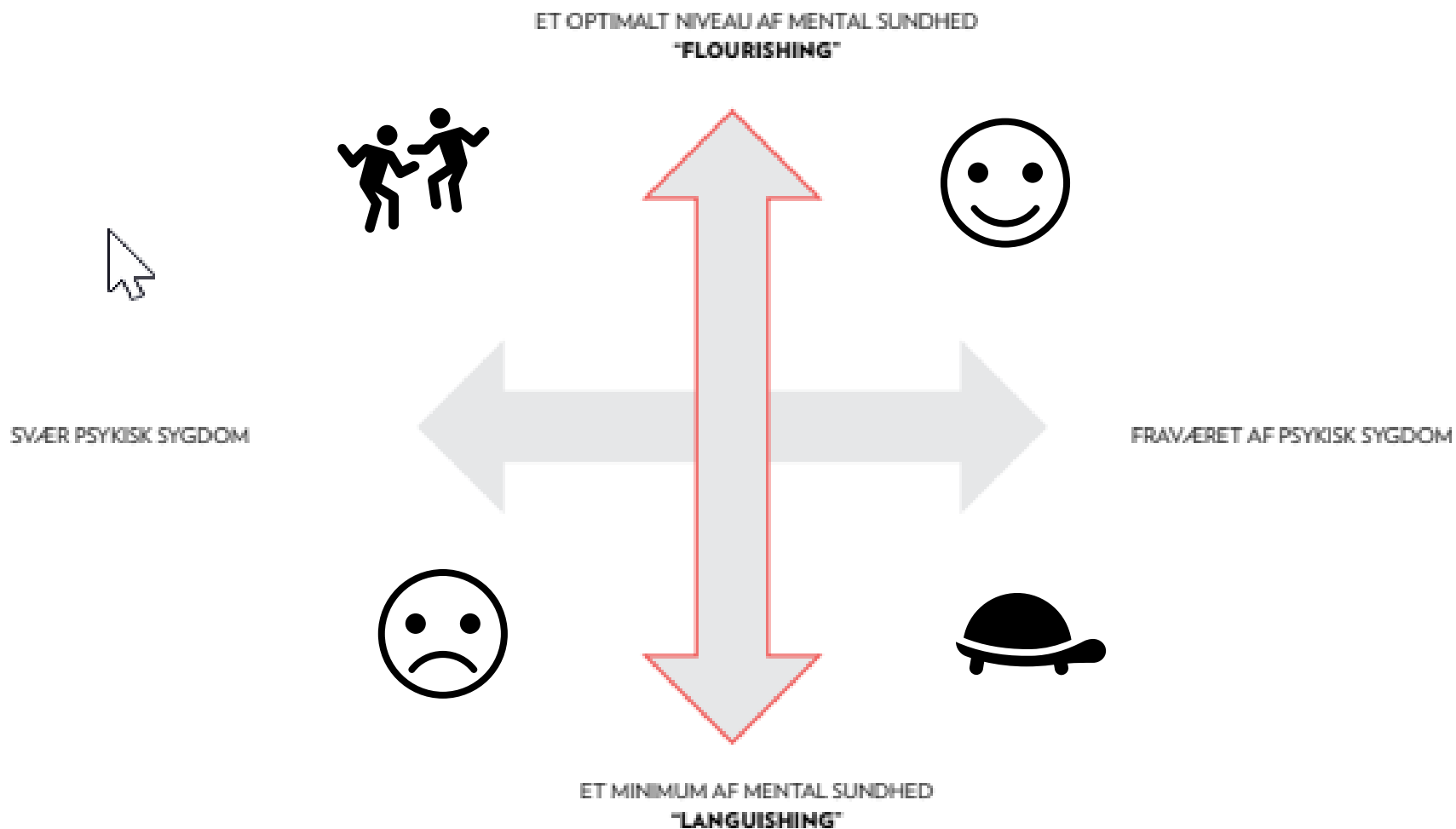
- > Universel forebyggelse
- > Selektiv forebyggelse
- > Indikeret forebyggelse

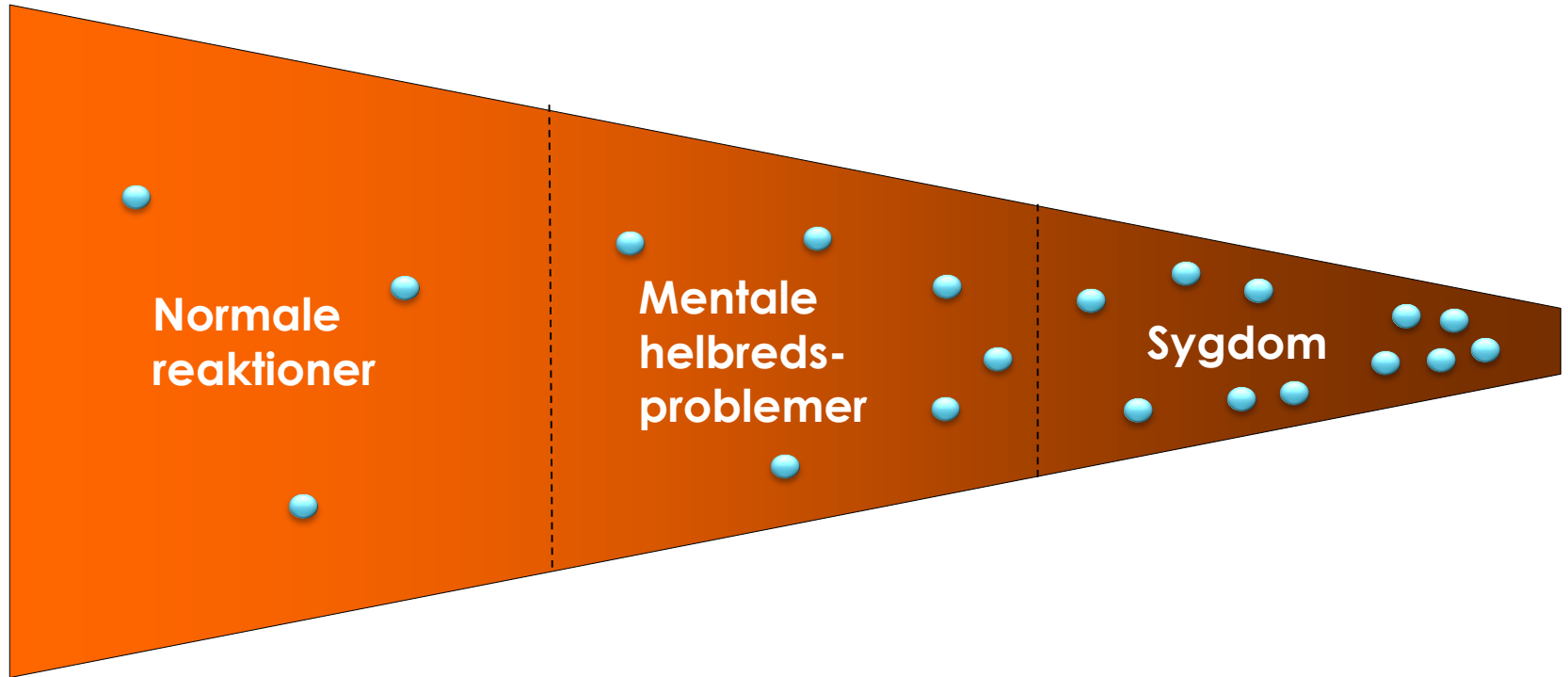
Mental sundhed (en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udnytte sit potentiale, kan håndtere daglige udfordringer, kan arbejde produktivt og gavnligt og bidrage til fællesskabet)

Mentale helbredsproblemer (vedvarende problemer med adfærd, emotioner, udvikling; endnu ingen diagnose)

Psykisk sygdom (alvorlige symptomer, alvorlig påvirkning af daglig funktion, opfylder kriterierne for en psykiatrisk diagnose ud fra ICD-10/11 eller DSM-5)

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

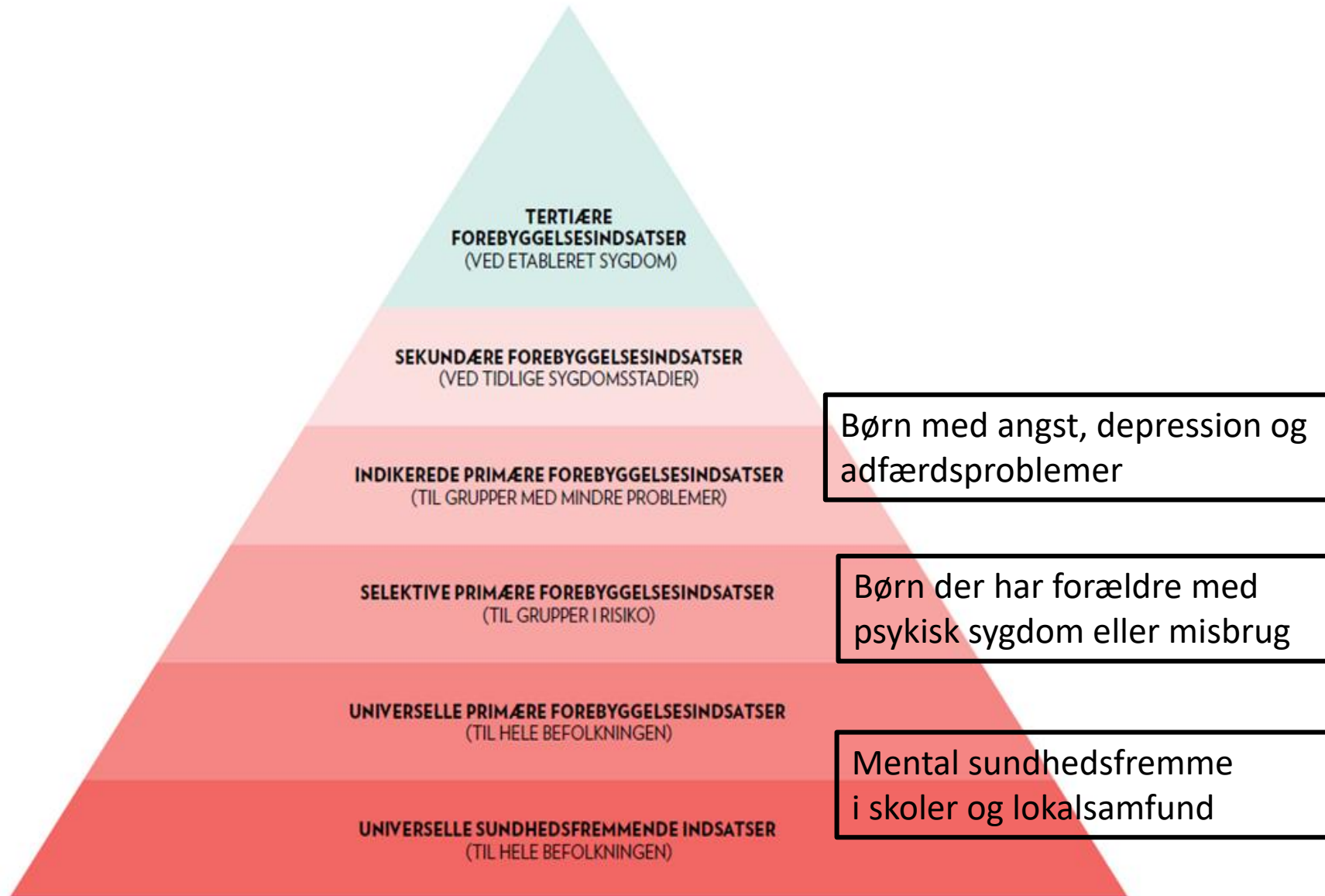




Stigende antal symptomer
Stigende påvirkning af funktion →

- › **USI-modellen:** Universel - Selektiv - Indikeret
- › **Universel** sundhedsfremme og forebyggelse (rettet mod alle uden forudgående kendskab til behov)
- › **Selektiv** forebyggelse (indsatser til målgrupper med øget risiko)
- › **Indikeret** forebyggelse (individrettede indsatser for at forhindre forværring og komplikationer af mentale helbredsproblemer)
- › **Opsporing** (indsatser til at identificere børn og unge i risiko eller med begyndende problemer og forebygge at problemerne skader børns udvikling)

FOREBYGGELSESVÆRDIKÆDEN



SAMARBEJDET OM FOREBYGGELSESVÆRDIKÆDEN

Feltet er præget af mange forskellige fagligheder og meget få fælles standarder, guidelines og monitorering

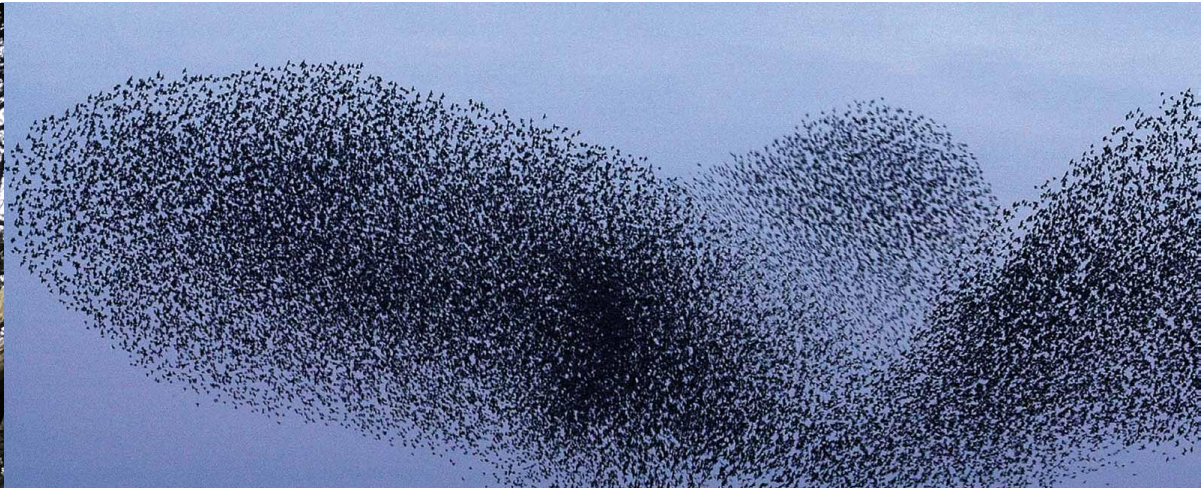
- Sundhedsområdet - arbejder efter sundhedsloven
- Børne-familieområdet - arbejder efter serviceloven
- Undervisningsområdet og PPR - arbejder efter folkeskoleloven
- Dagtilbudsområdet - tilbud efter folkeskoleloven og serviceloven
- Misbrugsområdet - organiseret under voksensocialområdet, arbejder under serviceloven og sundhedsloven
- Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU), tilbud efter lov om vejledning om uddannelse og erhverv, samt pligt til uddannelse, beskæftigelse mv.



FOREKOMST OG UDVIKLING

- > Negativ udvikling over de seneste 20-30 år på alle niveauer af mental sundhed, mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme (med få undtagelser)
- > Stigningerne er mest markante for hjerne-udviklingsforstyrrelser (autisme og ADHD), fulgt af angst og depression
- > Stabilisering eller fald i brug af psykofarmaka (underbehandling?)
- > Højere forekomst af angst, depression, spiseforstyrrelser og selvmordsforsøg blandt piger/unge kvinder
- > Højere forekomst af ADHD, adfærdsforstyrrelser, autisme, misbrug og selvmord blandt drenge/unge mænd
- > Generelt flere børn og unge med problemer i de lavere socioøkonomiske grupper, det gælder:
 - > Livstilfredshed, selvvurderet helbred, efficacy, selvværd og social trivsel
 - > Ensomhed, mobning, skolefravær, hovedpine/mavepine, medicinforbrug, stress
 - > Angst, ADHD, adfærdsforstyrrelser, selvskade, psykose/skizofreni, selvmord/selvmondsforsøg
- > Søvnmangel/problemer, tristhed/nervøsitet og autisme ses uafhængigt af socioøkonomi blandt de 10-24 årige
- > Spiseforstyrrelser ses hyppigere i familier med høj uddannelse

STÆREKASSE-EFFEKT ELLER SORT SOL?





SUNDHEDSFREMMENDE OG FOREBYGGENDE INDSATSER

Universelle sundhedsfremmende:

Små men betydende gavnlige effekter.

Universel forebyggelse af specifikke problemer:

Usikker og blandet dokumentation.

Selektiv forebyggelse:

Manglende forskning i indsatser til børn og unge, der vokser op med forældre med psykisk sygdom.

”spæd” evidens for indsatser til børn med bekymrende skolefravær.

Begge grupper har stor risiko (oplagte målgrupper).

Indikeret forebyggelse:

God evidens for en række pædagogiske og psykologiske indsatser til børn og unge med mentale helbredsproblemer.

Eksempel, skolebaserede indsatser:

- > Kan styrke selvværd (self-efficacy), evnen til at håndtere stress, og evnen til at indgå i positive sociale relationer.
- > Anti-mobbe-programmer kan forebygge mobning

Begge typer er vist at være omkostningseffektive

Karakteristika ved de bedst dokumenterede indsatser:

- > Involverer lærere med tilstrækkelige viden, kompetencer, motivation
- > Fokuserer på sundhed (positiv adfærd) frem for at mindske problemer
- > Starter tidligt og er fortløbende over flere år
- > Sætter *mental sundhed på skoleskemaet*
- > Omfatter mange sider af skolens liv
- > **SAFE: sammenhængende, aktive, fokuserede og eksplicite**

Evidens er mere usikker og blandet:

- › Universelle indsatser for at reducere angst og depressive symptomer, fx *FRIENDS*
- › Universelle indsatser for at reducere selvmordstanker og selvmordsforsøg, og øge viden om mental sundhed og mestring af stress/negative livsbegivenheder, fx *The Youth Aware of Mental Health Programme (YAM)*
- › Mindfulness-baserede interventioner har små effekter på "mindfulness" og kan mindske symptomer (angst/stress/negative følelser).
- › Web-baserede tilbud eksploderer verden over, de har generelt bedre effekt, hvis der indgår personlig kontakt med en terapeut

Opsporing af målgrupper:

- > Børn af forældre med psykisk sygdom (eller misbrug) har 50% risiko for selv at udvikle psykisk sygdom!
- > Børn med skolefravær, selvskade, spiseforstyrrelse, misbrug af alkohol og hash har åbenlyse problemer!
- > SDQ spørgeskemaet kan identificere børn og unge i negativ udvikling:
 - > De 10% med flest mentale helbredsproblemer (iflg. forælder-svar på SDQ) ved alder 11-12 år opnåede et point lavere karaktergennemsnit ved afgangseksamen 5-6 år senere (eller slet ingen eksamen), men kun 25% fik hjælp i sundhedsvæsen.
- > Sundhedsplejerskernes udskolingsundersøgelser: ca. 15,9% (11,5% - 22,4%) får bemærkning om mentale helbredsproblemer

God evidens for gavnlige effekter af en række pædagogiske og psykologiske indsatser til børn og unge med mentale helbredsproblemer.

Der eksisterer overordnede principper og genkendelige strategier på tværs af programmer.

- > Eksemplar på effektive indsatser (indikeret forebyggelse = behandling):
 - > **Adfærdsbaseret forældretræning** til ADHD/adfærdsproblemer (DUÅ, PMTO, Triple-P, NFPP, KIK)
 - > **Kognitiv adfærdsterapi** til angst og depression (Cool Kids, Mind My Mind, eller lavintensive tilbud, fx LÆR AT TACKLE)
 - > **Exposure and Response Prevention (ERP)** og Habit Reversal Training (HRT) til OCD og tics
 - > **Psykoedukation, ”media literacy”, familie-baseret** terapi til spiseproblemer
 - > **Dialektisk adfærdsterapi, mentaliseringsbaseret terapi**, har fokus på bedre følelsesregulering og mindske selvske

Evidens for kognitiv adfærdsterapi (KAT) til behandling af angst hos børn og unge

41 studier, 1806 deltagere

KAT (13 sessioner) vs. ventelistekontrol

Remission af angst diagnose efter behandling

59% vs. 16%, OR 7.85, $NNT = 3$

Ingen signifikante effekter 6-24 mdr. senere

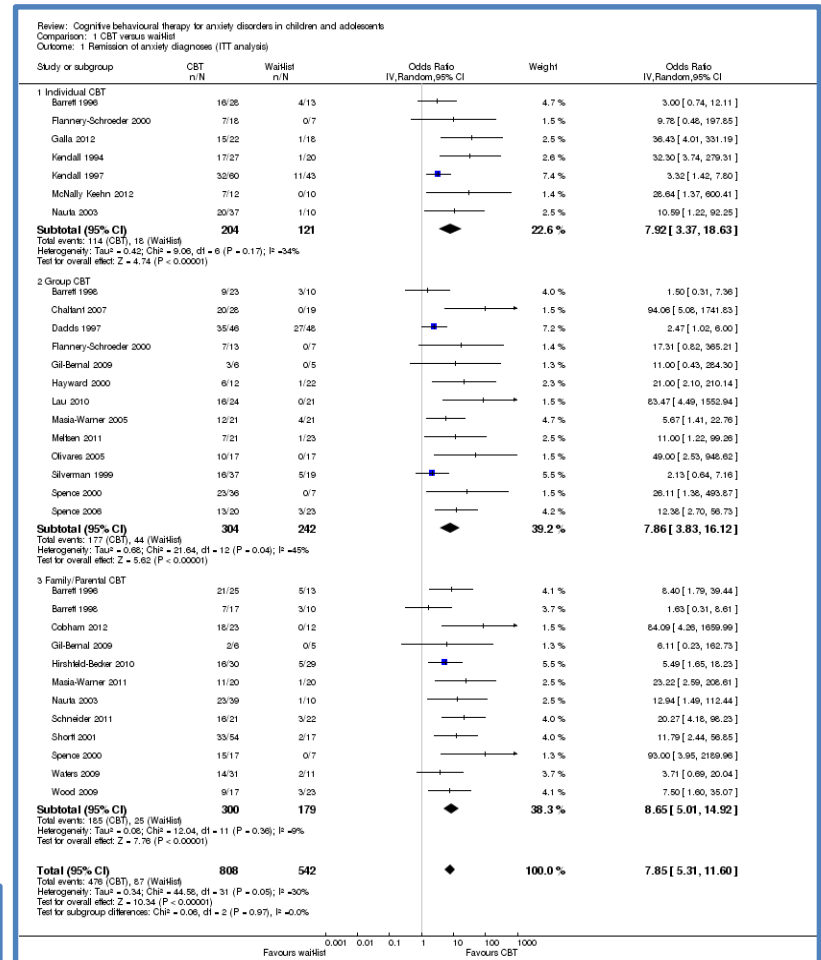
(meget få data fra opfølgning)

KAT vs. aktiv kontrol/ TAU/ anden terapi

Ingen signifikante effekter, fraset bedre accept

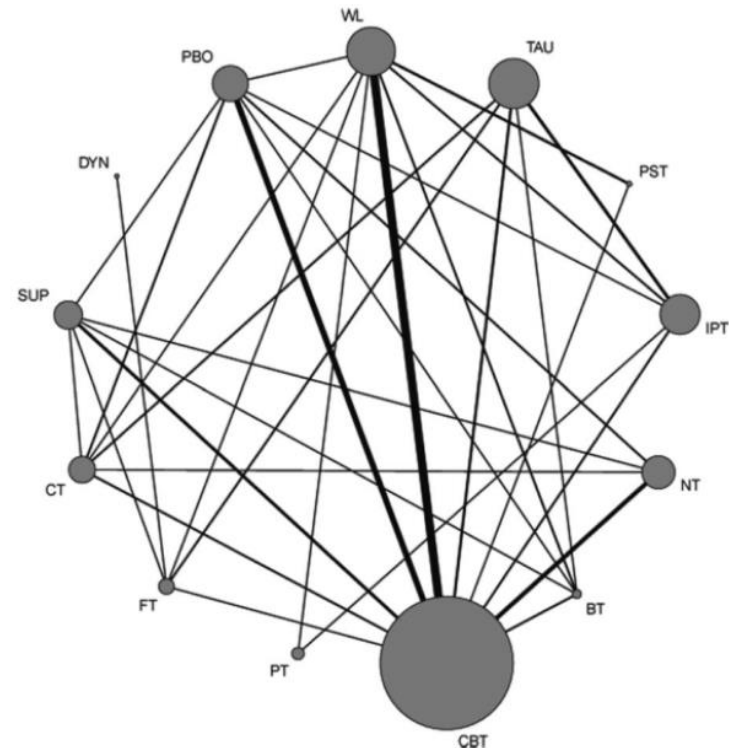
af KAT

James et al. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Update 2018



NETWORK-METAANALYSE AF FORSKELLIGE TYPER KAT TIL BEHANDLING AF ANGST HOS BØRN OG UNGE

- > 101 RCTs, 6625 deltagere
- > KAT og adfærdsterapi er bedre end ventelistekontrol og placebo
- > Gruppe-KAT er bedre end de fleste aktive
- > NNT = 5 (vs. aktiv kontrol)
- > NNT = 3 (vs. venteliste)

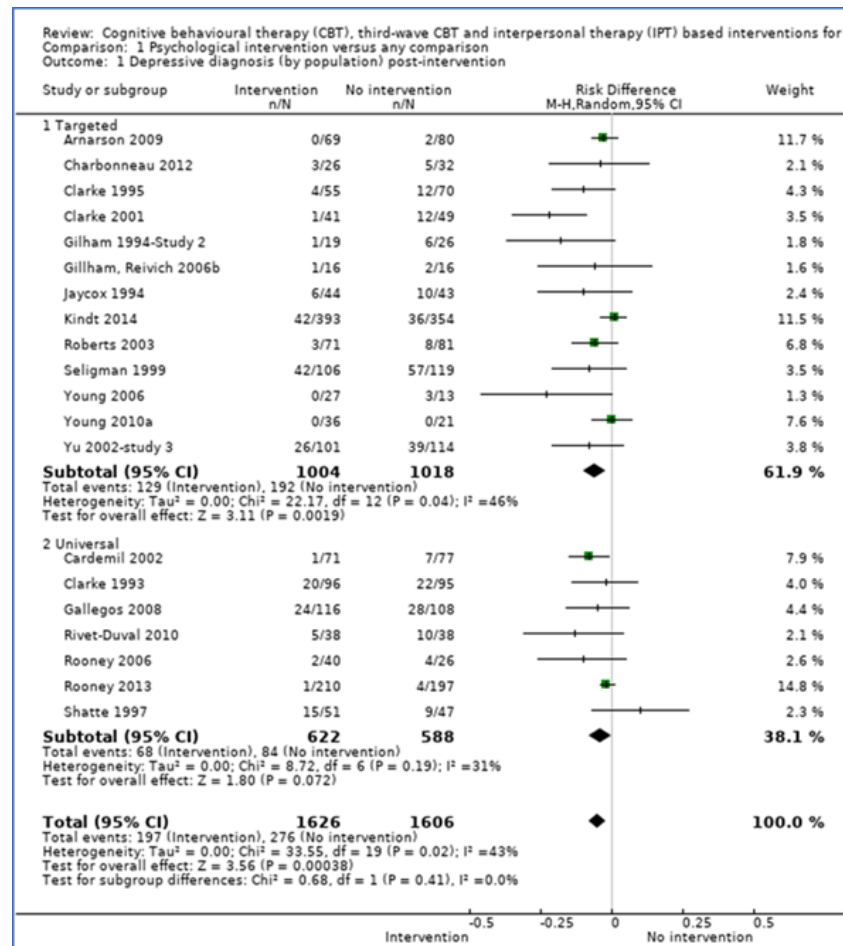


Zhou et al. Different Types and Acceptability of Psychotherapies for Acute / Disorders in Children and Adolescents: A Network Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2019;76(1):41-50.

2 Network plot of evidence of all trials. The width of the lines is proportional to the number of trials comparing every pair of treatments. The size of every node is proportional to the number of randomized participants. BT – behavioral therapy, CBT – cognitive-behavioral therapy, FT – family therapy, IPT – interpersonal therapy, NT – no-treatment control, PBO – psychological placebo, PT – problem-solving therapy, DYN – psychodynamic therapy, SUP – supportive therapy, TAU – treatment-as-usual, WL – waitlist

META-ANALYTISK EVIDENS FOR KAT TIL FOREBYGGELSE AF DEPRESSION HOS BØRN OG UNGE

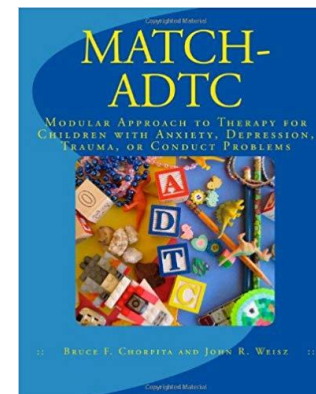
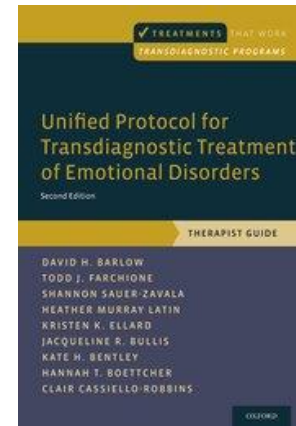
- > 32 studier, 5965 deltagere
- > KAT, ACT, IPT vs. Ingen intervention:
- > Reduceret risiko for depression (diagnose):
- > 17% vs. 19%, NNT = 33
- > Universelle: Ingen evidens for effekt.
- > Målrettede: Signifikant reduktion af depressive symptomer og diagnoser, men studierne mangler 'attention' kontrol.
- > Kun lille effekt, når vurderet af kliniker



Hetrick et al. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. Cochrane Database, Syst Reviews 2016.

- 1) *A unified approach* – terapeutiske metoder er målrettet fælles, underliggende dysfunktioner, fx. emotionsregulering, rigiditet i tænkning.
- 1) *A modular approach* - samler de almindelige evidensbaserede terapeutiske principper, strategier og metoder (common elements) fra problemspecifikke manualer på tværs af sygdomme

(Marcette & Weisz, JCPP, 58:9 (2017) pp 970-984)





DE GODE RÅD

WWW.VIDENSRAAD.DK

- > Indfør **evidensbaserede indsatser** over hele landet
 - > Mental sundhedsfremme i dagligdagen
 - > Tilbud til familier med psykisk sygdom/misbrug
 - > Let adgang til sammenhængende forløb til følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer

- > Skab **koordinering** på nationalt niveau

- > **Evaluer** indsatserne
 - > Målet er at skabe et lærende system hvor indsatserne løbende forbedres

- > Udvikle **kompetencer** på alle niveauer
 - > Vurdere og støtte udvikling, opdage og håndtere mistrivsel

- > Invester i forskning og **kvalitetsudvikling**
 - > Forskningsevaluering i kommunerne





TAK FOR I DAG