



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Unge mentale sundhed – *en diskursiv forandring*

Speciale

Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab

Aalborg universitet

Gruppe nr. 18gr.320

Anne Berthu Petersen (20160654)

Anne Fischer Jespersen (20114315)

Luljeta Deli (20160702)

Vejleder: Kirsten Schultz Petersen

Dato for aflevering d. 06.06.2018

Antal anslag: 240.192 (med mellemrum)

Resumé

Problemfelt: Andelen af danskere der oplever nedsat mentalt sundhed er markant stigende. Med udgangspunkt i deltagernes selvvaluerede sundhedstilstand, er forekomsten af nedsat mental sundhed særligt højt repræsenteret blandt unge i alderen 16-24 år. På trods af, at mental sundhed i højere grad italesættes politisk, har det øgede fokus og arbejde hermed ikke formået, at ændrer den uhensigtsmæssige udvikling i forekomsten af nedsat mental sundhed blandt unge.

Formål: Formålet med dette speciale er, at fremanalysere et vidensgrundlag for en forandring indenfor det sundhedsfremmende- og forebyggende område. Dette med henblik på, at fremme unges mentale sundhed og ændre den uhensigtsmæssige stigning, der ses i antallet af unge med nedsat mental sundhed.

Metode: I besvarelsen af problemformuleringen er en kritisk diskursanalytisk metode anvendt, med inspiration fra Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse og begreberne *modalitet*, *intertekstualitet*, *hegemoni* og *ideologi*. Dette metodevalg tager afsæt i den poststrukturalistiske tilgang, der i specialet anlægges til viden. Ydermere er der anvendt en systematisk litteratursøgning, der har til formål at identificere strategier og interventioner rettet mod at fremme unges mentale sundhed i en international kontekst. I besvarelsen af problemformuleringen er ligeledes inddraget relevant teori, herunder Geoffrey Rose samt Bruce G. Link & Jo C. Phelan.

Resultat: Gennem specialet findes det som et resultat, at den dominerende diskurs i de nationale og kommunale dokumenter ses at være præget af en forebyggende strategi med en liberalistisk tilgang. Dette kritiseres gennem nyhedsmedierne, hvor den dominerende diskurs har en sundhedsfremmende strategi, med en mere socialistisk tilgang. Yderligere findes det gennem den anvendte teori, at et sundhedsfremmende sigte i højere grad skaber vedvarende forandring og gavner hele befolkningen.

Konklusion: Med udgangspunkt i den fremanalyseret viden argumenteres der for, at der på nationalt og kommunalt plan skal anlægges et større fokus på sundhedsfremme gennem befolkningsorienterede strategier, da der herigennem ses potentiale for en mere vedvarende forandring, der kan bidrage til at skabe en positiv indvirkning på unges mentale sundhed. Måden hvorpå denne forandring kan ses udøvet i praksis, er ved at fremsætte en sundhedsfremmende moddiskurs rettet mod politiske beslutningstagere. Studiet begrænser sig til, at fremføre forslag til en moddiskurs, men mangler viden om implementeringsstrategier, hvilket med fordel kunne undersøges i fremtidige studier.

Abstract

Problem: Danes experiencing mental health issues has increased significantly in the past few years despite increased political awareness on mental health. Based on the participants' self-reported health condition, the incidence of mental health issues is particularly highest among young people aged 16-24 years.

Objective: The aim of this master thesis is to contribute with knowledge in order to make a change in the health promotion and prevention field. This in order to promote young people's mental health and change the increasing number of young people with mental health issues.

Method: In order to answer the thesis, a discourse analysis approach is used. The approach is inspired by Norman Fairclough's critical discourse analysis and concepts of modality, intertextuality, hegemony and ideology. The thesis takes the starting point in poststructuralist scientific theory. Furthermore, a systematic literature research has been conducted to identify strategies and interventions focusing on promoting young people's mental health in an international context. Additionally, the theoretical perspective of this thesis is based on key concepts from Geoffrey Rose and Bruce G. Link and Jo C. Phelan.

Results: The main result of this master thesis shows that the dominant discourse in national and municipal documents appears to be characterized by a preventive approach with a liberalistic approach. This point of view is criticized throughout the news media, where the dominant discourse appears to be a health promotion strategy with a more socialistic approach. Furthermore, the results shows that a health-promoting approach is more likely to cause long lasting change and benefit the entire population.

Conclusion: Based on the results, this thesis concludes that increased focus both national and municipal on health promotion through population-oriented strategies should occur, as there is a potential for a sustained change that can contribute to a positive impact on young people's mental health. A way of changing this in practice is to propose a health promotion discursive change addressed to policy decision makers. The thesis is limited to submitting proposals for a discursive change and lacks knowledge when it comes to implementation strategies. Advantageously, this could be investigated in future studies.

Indholdsfortegnelse

1.0 Initierende Problem	8
2.0 Problemanalyse	9
2.1 Mental sundhed	9
2.1.1 Definition af mental sundhed	9
2.1.2 Unges mentale sundhedstilstand	11
2.1.3 Determinanter for nedsat mental sundhed.....	12
2.1.4 Konsekvenser af nedsat mental sundhed.....	13
2.2 Samfundsudviklingen – <i>det moderne samfund</i>	15
2.2.1 Samfundsudviklingens betydning på mental sundhed	15
2.2.2 Samfundsudviklingen fra velfærdsstat til konkurrencestat	16
2.2.3 Konkurrence og kampen om anerkendelse blandt unge	18
2.2.4 Unges brug af sociale medier	20
2.3 Politiske indsatser målrettet mental sundhed	21
2.3.1 Anvendelse af forebyggende – og sundhedsfremmende strategier	23
2.3.2 Indsatser på nationalt plan.....	24
2.3.3 Indsatser på kommunalt plan	25
2.3.4 Komplexiteten i arbejdet med unges mental sundhed	26
2.4 Afgrænsning	30
2.5 Formål	31
2.5.1 Problemformulering	31
3.0 Metode.....	32
3.1 Videnskabsteoretisk position	32
3.2 Diskursanalyse – <i>som forskningsmetode</i>	34
3.3 Analysemodel	36
3.3.1 Udvalgelse af dokumenter til diskursanalyse	36
3.3.2 Analysestrategi	39
3.3.2.1 Analysestrategi – Dimension 1	40
3.3.2.2 Analysestrategi – Dimension 2	41
3.3.2.3 Analysestrategi – Dimension 3	42
3.4 Litteratursøgning.....	46
3.4.1 Indledende søgning	46
3.4.2 Systematisk søgning.....	47
3.4.3 Søgestrategi	47

3.4.4 Inklusions – og eksklusionskriterier.....	49
3.4.5 Valg af databaser.....	50
3.4.6 Udvælgelse af studier.....	51
3.4.7 Kritisk litteraturvurdering.....	53
3.5 Teoretisk referenceramme.....	53
4.0 Analyse.....	55
4.1 Diskursanalyse af sundhedsfremmende- og forebyggende perspektiver	55
4.1.1 Tekstanalyse.....	55
4.1.1.1 Nationalt perspektiv – individets ansvar?.....	55
4.1.1.2 Kommunalt perspektiv – en borgerinddragende tilgang?	60
4.1.1.3 Nyhedsmediernes perspektiv – samfundets ansvar?	67
4.1.2 Sammenfatning af diskurser.....	75
4.1.3 Diskursiv praksis.....	77
4.1.4 Social praksis	79
4.2 Analyse af studier	81
4.2.1 Sundhedsfremme og forebyggelse gennem online programmer.....	82
4.2.2 Sundhedsfremme og forebyggelse gennem skolebaserede interventioner.....	83
4.2.3 Health literacy i sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde.....	85
4.3 Syntese af analysens resultater.....	87
4.4 Præsentation af moddiskurs.....	89
5.0 Diskussion	90
5.1 Metodediskussion	90
5.1.1 Vidensforståelse	90
5.1.2 Konstruktion af viden gennem sproget	91
5.1.3 Er den sociale praksis belyst?	93
5.1.4 Inddragelse af individperspektivet i opnåelsen af viden	94
5.1.5 Dataindsamlingens styrker og svagheder.....	96
5.2 Resultatdiskussion	98
5.2.1 Er det muligt at forandre social praksis gennem nyhedsmedier?.....	98
5.2.2 Moddiskursens fordele og ulemper.....	99
5.2.4 Ethiske overvejelser ift. sundhedsfremme og forebyggelse.....	101
5.2.5 Bliver målgruppen glemt?.....	103
5.2.6 Beslutningsgrundlaget for og implementering af en moddiskurs	103
6.0 Konklusion.....	106

7.0 Referenceliste.....	107
8.0 Bilagsoversigt.....	116
Bilag 1: Analyseværktøj.....	117
Bilag 2: Sekvenser uddraget af dokumenter.....	119
Bilag 3: Søgebilag	135
Bilag 4: Præsentation af inkluderede studier	152
Bilag 5: Kvalitetsvurdering af studier	157

Anvendt referencesystem: Harvard

Forord

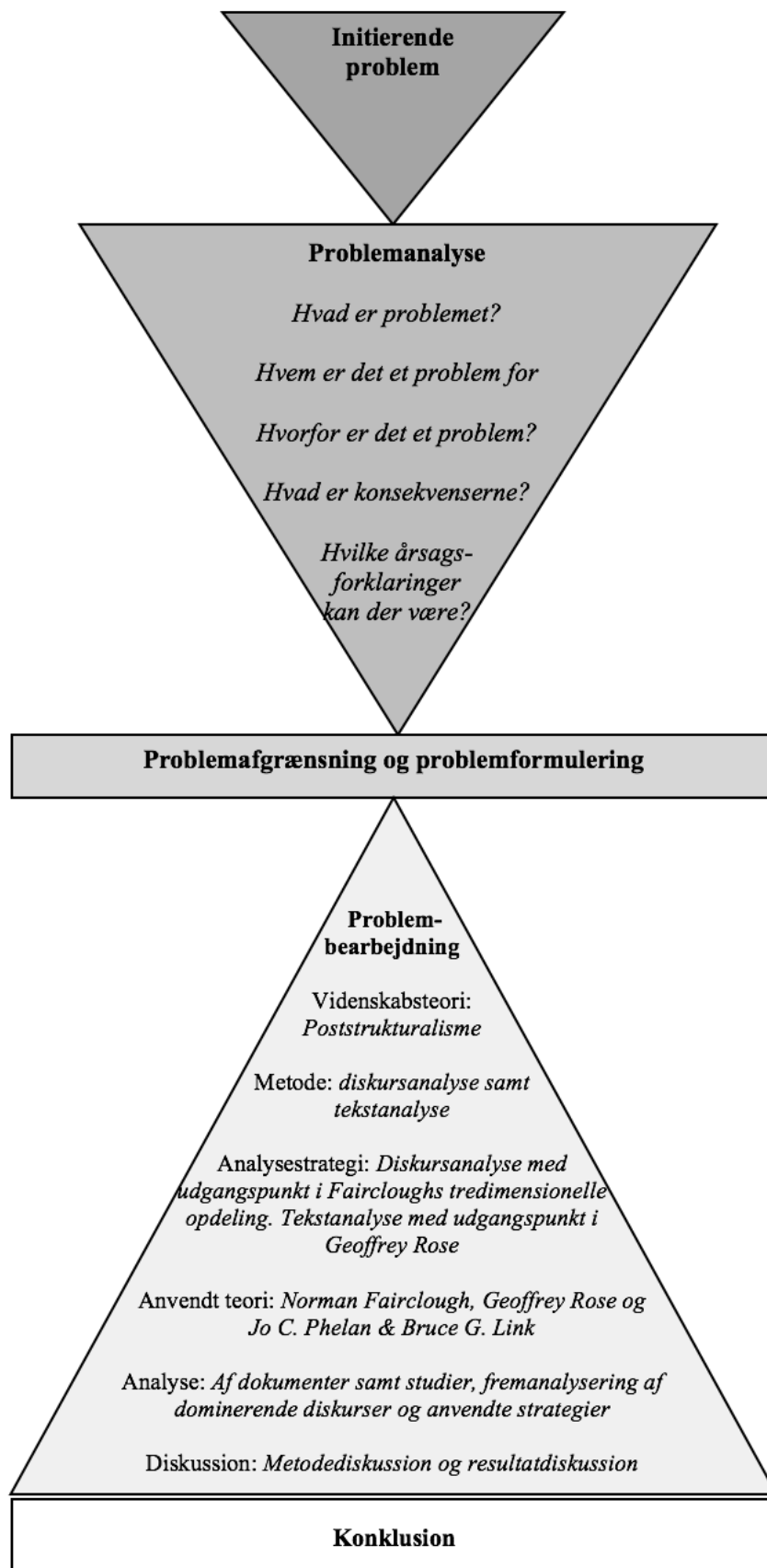
Specialet skal ses som et bidrage til forståelsen af, hvordan det sundhedsfremmende – og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed italesættes. Vi håber, at specialet kan være medvirkende til at skabe en debat om den politiske prioritering og tilgang, hvortil der gennem specialet anlægges et kritisk perspektiv. Samtidig er ønsket, at skabe et øget fokus på potentialet ved brug af sundhedsfremmende strategier samt problematiserer de utilsigtede konsekvenser, der vurderes at være ved overvejende brug af forebyggende strategier.

Vi vil gerne takke vores vejleder Kirsten Schultz Petersen, for konstruktiv vejledning, der har dannet grundlag for faglig refleksion og udvikling. Yderligere skal lyde en tak til Silkeborg Kommune, der har været behjælpelige i dataindsamlingsprocessen.

Læsevejledning

Specialet er struktureret med udgangspunkt i en problembaseret tilgang til læring, hvorfor der tages afsæt i Aalborg-modellen som grundlag for strukturering af specialet (Bitsch Olsen and Pedersen, 2003). I figur 1 illustreres det hvilke delelementer specialet er opbygget af, samt hvilke teoretiske og metodiske redskaber der er brugt i de forskellige faser i forløbet. Aalborg modellen er medvirkende til at facilitere et fokus på problemorienteret projektarbejde, hvor der arbejdes ud fra et problemfelt og ikke et emnefelt (Bitsch Olsen and Pedersen, 2003). For nærværende speciale arbejdes der ud fra problemfeltet, omhandlende den stigning der ses i unge med nedsat mental sundhed. Dette er ligeledes med til at fremme et virkelighedsnært perspektiv, idet problemfeltet udspringer fra praksis (Bitsch Olsen and Pedersen, 2003).

Specialet er opbygget i seks delafsnit, med tilhørende underafsnit. Delafsnit 1 samt 2 indeholder i en undersøgelse samt analyse af problemets omfang samt belæg for videre undersøgelse. I delafsnit 3 præsenteres den metodiske tilgang, der anlægges i specialet, hvormed læser får indblik i de metodiske valg der er truffet, samt konsekvenserne heraf. I delafsnit 4 præsenteres specialets analyse hvoraf resultaterne af en diskursanalyse samt analyse af internationale studier fremgår. De to delanalyser samles afslutningsvist i en syntese. Analysens fund trækkes med videre i delafsnit 5, hvor resultaterne samt de forbehold hvormed de kan konstateres diskuteres. Diskussionsafsnittet vil ligeledes indeholde en perspektivering til et implementeringsorienteret perspektiv. Afslutningsvist konkluderes der i delafsnit 6 hvilke overordnede fund specialet bidrager med, samt hvilke metodiske styrker og svagheder disse fund er forbundet med.



Figur 1 - Model over projektforsøget – inspireret af Aalborg-modellen

1.0 Initierende Problem

På baggrund af seneste landsdækkende befolkningsundersøgelse fra 2017, fremgår det, at andelen af danskere der oplever nedsat mentalt sundhed er markant stigende. Med udgangspunkt i deltagernes selvvaluerede sundhedstilstand, er forekomsten af nedsat mental sundhed særligt højt repræsenteret blandt danskere i alderen 16-24 år (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Flere studier undersøger årsagsforklaring på, hvorfor nedsat mental sundhed er hyppigst forekommende blandt unge (Landstedt and Gådin, 2012; Pless *et al.*, 2015). Heri påpeges årsagsfaktorer såsom præstationsforventninger i forbindelse med uddannelse, karakterer, sociale relationer mv., (Landstedt and Gådin, 2012) samt forventningspres i forbindelse med, at leve op til gældende kropsidealer (Pless *et al.*, 2015). Konsekvenserne af nedsat mental sundhed anslås, at have en årlig samfundsomkostning på 55 mia. kr. (Borg *et al.*, 2010). Derved kan nedsat mental sundhed betragtes, som værende et voksende folkesundhedsmæssigt problem, da konsekvenserne forekommer på både individ – og samfundsniveau.

World Health Organisation (WHO) skaber med deres udgivelse af rapporten *World Health Report* bevidsthed om mental sundhed (World Health Organisation, 2001). I dansk kontekst sætter Sundhedsstyrelsen fokus på mental sundhed i 2012 gennem *Forebyggelsespakke - Mental Sundhed* (Sundhedsstyrelsen, 2012). Forebyggelsespakken er målrettet kvalitetsudvikling af kommunale indsatser, men en evaluering fra 2015 har vist, at kommunerne, på trods af et stigende fokus på mental sundhed, fortsat mangler viden omkring forvaltning af forebyggelsespakken. (Christiansen *et al.*, 2015).

Selvom mental sundhed i højere grad italesættes politisk, har det øgede fokus ikke formået, at ændre den u hensigtsmæssige udvikling i forekomsten af nedsat mental sundhed blandt unge. Forklaringen herpå kan være kompleksiteten af mekanismerne bag nedsat mental sundhed (WHO, 2014), hvilket stiller krav til de forebyggende og sundhedsfremmende indsatser. Ligeledes kan den negative udvikling tilskrives nogle underliggende samfundsmæssige strukturer. Det findes derfor relevant, at undersøge samfundsudviklingen i den moderne tid. Herunder hvilke politiske tiltag der allerede er iværksat, for at forbedre unges mentale sundhed. Formålet er hermed, at bidrage med forslag til hvilke forandringstiltag og strategisk tilgang, der kan være med til at fremme den mentale sundhed blandt unge i Danmark.

2.0 Problemanalyse

I problemanalysen vil det blive fremanalyseret, hvilke problematikker der forekommer i forhold til nuværende samfundsstrukturers betydning på mental sundhed. Problemanalysen vil af hensyn til læsevenligheden og analysens dybde være opdelt i tre delafsnit. I problemanalysens første del vil problemstillingens karakter, omfang og konsekvenser blive belyst og analyseret, for herved at opnå et dybdegående indblik i unges mentale sundhed og trivsel, samt forståelse konsekvenserne heraf, både på individ- og samfundsplan. I problemanalysens anden del vil årsagssammenhænge mellem unges mentale sundhed og strukturelle forandringer i samfundet blive undersøgt, her med udgangspunkt i teoretisk og empirisk viden om samfundsudvikling, suppleret med viden fra videnskabelige studier og rapporter. Problemanalysen vil i tredje og sidste del rumme en analyse af nuværende sundhedspolitikker og indsatser. Hovedvægten vil derfor være centraliseret omkring hvordan mental sundhed italesættes samt hvilke strategier der anvendes i forebyggende – og sundhedsfremmende indsatser målrettet unges mentale sundhed.

2.1 Mental sundhed

For at opnå en uddybet forståelse af mental sundhed og trivsel i ungdomsårene, vil nedenstående afsnit indeholde en klarlægning af begrebet, samt en uddybning af mulige årsagssammenhænge og konsekvenser ved nedsat mental sundhed i ungdomsårene. Indledningsvist undersøges og udfoldes begrebet *mental sundhed*, med det formål, at få en nuanceret og uddybende forståelse af hvordan begrebet italesættes, samt hvilken definition indeværende speciale læner sig op ad. I forlængelse heraf redegøres for problemets omfang samt for valget af unge som målgruppe. Afslutningsvist fremanalyseres de negative sundhedsmæssige – og sociale konsekvenser, der associeres med nedsat mental sundhed, samt hvorledes konsekvenserne kommer til udtryk på individ – og samfundsplan.

2.1.1 Definition af mental sundhed

Mental sundhed er et nyere begreb, sammenlignet med det overordnede generelle begreb *sundhed*. Ifølge rapporten *Promoting Mental Health* udarbejdet af WHO i 2005, tillægges megen opmærksomhed på mental sundhed, hvor der ellers gennem mange årtier har været fokus på de fysiske aspekter af sundhed og sygdom (Grigg, Saxena and World Health Organisation, 2005). WHO fremhæver, at mental – og fysisk sundhed ikke kan adskilles og det indikeres, at psykiske-, fysiske-

og sociale funktioner derfor er indbyrdes interagerende komponenter, der er afhængige af hinanden (Grigg, Saxena and World Health Organisation, 2005). Med udgangspunkt i ovenstående har WHO belyst problemets omfang, og har gennem tiden indkredset betydningen af mental sundhed. Særligt er det fremtrædende, at nedsat mental sundhed ikke alene er udbredt blandt verdens fattigste lande, men i særdeleshed også er et voksende problem i vestlige – og mellemindkomst lande (Grigg, Saxena and World Health Organisation, 2005). Begrebet *mental sundhed* italesættes på vidt forskellige måder i forskellige kontekster, hvorfor der ikke er en generel accepteret definition blandt forskere (Grigg, Saxena and World Health Organisation, 2005; Sundhedsstyrelsen, 2017). I indeværende speciale betragtes mental sundhed, som mere og andet end fravær af psykisk sygdom, hvilket er i overensstemmelse med WHO's definition af mental sundhed, der lyder som følgende;

“A state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community” (WHO, 2014).

I ovenstående definitionen udledes vægtningen af den subjektive oplevelsesdimension, hvor fokus særligt er rettet mod trivsel og det, at have et godt velbefindende, hermed anskues trivsel, i specialet, ligeledes som et synonym for mental sundhed. Derudover tillægges vigtigheden af funktionsdimensionen, som indebærer individets håndtering af hverdagen, når det udsættes for belastninger. En sidste faktor der lægges vægt på, er hvordan individet fungerer i samspil med sig selv og egne omgivelser (WHO, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2017). Der er hermed lagt meget vægt på mental sundhed, som et positivt begreb, der rummer mere end blot fravær af psykisk sygdom. Ovenstående indikerer, at mental sundhed i en bredere forstand går på tværs af sygdomme. Der hersker dog fortsat uenighed om, hvorvidt mental sundhed og psykisk sygdom kan anskues ud fra en og samme dimension (Sundhedsstyrelsen, 2017). Mental sundhed kan anses som et todimensionelt begreb, hvilket betyder, at det er muligt at have en psykisk lidelse og samtidig have god mental sundhed. Samtidig betragtes mental sundhed og psykiske lidelser i andre sammenhænge som uadskillelige og indbyrdes afhængige af hinanden (Sundhedsstyrelsen, 2017).

2.1.2 Unges mentale sundhedstilstand

Som beskrevet ovenfor, kan mental sundhed defineres og dermed også undersøges og måles på mange forskellige måder. Ifølge et systematisk review er mental sundhed blandt unge et felt, hvor der anvendes mange forskellige målemetoder (Kwan & Rickwood, 2015). Det er på baggrund af de mange forskellige metodiske tilgange til problemstillingen ikke muligt at opstille et samlet overblik over problemets omfang. Nedenstående afsnit vil dermed være en nuancering af omfanget, med inddragelse af internationale og nationale tendenser der ses ift. unges mentale sundhed.

Tages der udgangspunkt i rapporten *Health for the Worlds Adolescents*, udgivet af WHO i 2014, er mental sundhed i ungdommen højt prioriteret, da forekomsten ses særlig høj det seneste årti (WHO, 2014). Det problematiseres, at halvdelen af alle psykiske lidelser har deres debut allerede ved 14 års alderen. Yderligere pointeres det, at depression i ungdomsårene er den førende årsag til tabte leveår (WHO, 2014). Et systematisk review konkluderer ligeledes, at størstedelen af alle psykiske sygdomme i voksenlivet, kan føres tilbage til den mentale sundhedstilstand i ungdomsårene (Dunne *et al.*, 2017). I et amerikansk epidemiologisk studie, foretaget på baggrund af en amerikansk befolkningsundersøgelse blandt børn og unge, undersøges byrden forbundet med mentale sygdomme i børne- og ungdomsårene. Her klarlægges det, at prævalensen af mentale og psykiske sygdomme i ungdomsårene er 23,4%, hvilket vil sige at hver fjerde på et tidspunkt i alderen 0-24 år oplever mental eller psykisk sygdom (Erskine *et al.*, 2015). Internationalt ses altså et omfangsrigt problem, der påvirker individet i et livsforløbsperspektiv.

Når det nationale omfang klarlægges i dette speciale, tages der udgangspunkt i resultaterne publiceret i Sundhedsprofilen fra 2018. Her tydeliggøres det, at unge i aldersgruppen 16-24 år er den gruppe der har største forekomst af *dårlig mental sundhed*. 18,3 % af denne målgruppe kategoriseres i undersøgelsen som havende nedsat mental sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2018). Sundhedsprofilen er en omfattende national befolkningsundersøgelse af borgere fra 16 år og derover, der er foretaget i 2010, 2013 og 2017. Undersøgelsen har en svarprocent på mellem 50-60% ud af en studiepopulation på omkring 300.000 (Sundhedsstyrelsen, 2013, 2018a). I Sundhedsprofilen måles helbredsstatus ud fra 12 spørgsmål, der har til formål at afdække svarpersonernes fysiske, sociale og mentale helbredsstatus. Spørgsmålene er baseret på SF-12, hvilket er et anerkendt og valideret generisk helbredsstatusmål, der både måler på fysiske og mentale komponenter og scorer svarpersonerne ud fra deres besvarelser af de 12 spørgsmål (Ware, Kosinski and Keller, 1996). Fra første undersøgelse i 2010 til den netop publicerede undersøgelse fra 2017, er der sket en generel stigning i forekomsten af *dårligt mentalt sundhed* i den gennemsnitlige befolkning fra 10% til 13,2% hvilket er en stigning

på 3,2 procentpoint (Sundhedsstyrelsen, 2018a). I aldersgruppen 16-24 år ses næsten en dobbelt så stor stigning, sammenlignet med den gennemsnitlige befolkning, da der i denne gruppe er en stigning på 6,3 procentpoint fra 2010 til 2017 (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Forekomsten er altså stigende på tværs af alle befolkningsgrupper gennem de seneste år, hvilket gør at genetiske eller andre individuelle risikofaktorer ikke alene kan forklare stigningen. Stigningen må i stedet forklares med nogle af de vilkår, strukturer og samfundsforhold der præger hele befolkningen (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014).

Den stigning i forekomsten af *dårlig mental sundhed* der er sket de seneste år, er opsigtsvækkende. Yderligere ses der at være en social ulighed i hvem der rammes. Særligt ses arbejdsløse, førtidspensionister, studerende og enlige at være overeksponeret. Andre væsentlige determinanter for *dårlig mental sundhed* er alder og køn (Sundhedsstyrelsen, 2018a). Det ses, at der er aldersbetinget tilnærmelsesvis lineær gradient, hvor de yngre aldersgrupper har den største forekomst af *dårlig mental sundhed* (Sundhedsstyrelsen, 2018a). Kvinder har på tværs af alle aldersgrupper den største risiko for at have dårlig mental sundhed, sammenlignet med mænd. I 2017 havde 15,5% af kvinderne *dårlig mental sundhed*, mens det samme var tilfældet hos 10,9% af mændene (Sundhedsstyrelsen, 2018a). Der fremkommer dermed ikke kun en generel stigning i omfang, der ses ligeledes at være en social ulighed i forekomsten på baggrund af køn, alder og sociale determinanter. Når der i specialet vælges at afgrænse fokus til den unge befolkningsgruppe, er det ikke kun på baggrund af de seneste års statistiske resultater fra internationale og nationale undersøgelser, men i høj grad også med udgangspunkt i WHO's senest publicerede rapport, omhandlende unges mentale sundhed. Her problematiseres det, at en stor andel af psykiske sygdomme og problemstillinger i voksenlivet udspringer i ungdomsårene (WHO, 2014). Af den grund findes det aktuelt at søge viden om hvordan problemstillingen kan forstås og behandles i denne afgrænsede målgruppe.

2.1.3 Determinanter for nedsat mental sundhed

Der er en kompleksitet forbundet med årsagsmekanismen bag nedsat mental sundhed. Med udgangspunkt i ønsket om at opnå en dybere forståelse af determinanterne for mental sundhed, findes det hensigtsmæssigt at have en biopsykosocial tilgang, der kan omfavne kompleksiteten og bredden af de interagerende faktorer (Sundhedsstyrelsen, 2017). Ud over biologiske og psykologiske determinanter for mental sundhed, spiller henholdsvis de sociale samt miljømæssige faktorer også en væsentlig rolle. Dertil findes der både beskyttende faktorer og risikofaktorer, som yderligere kan

inddeles på tre niveauer; et individuelt-, et socialt- og et strukturelt niveau. Beskyttende faktorer fremmer den mentale sundhed og bidrager til at reducere risikoen for udviklingen af psykiske lidelser/sygdom (Illemaan Christensen & Sundhedsstyrelsen, 2010). Risikofaktorer har derimod en negativ indvirkning på prognosen for mentale sundhedsproblemer, da disse er medvirkende til, at akutte lidelser forplanter sig og udvikler kroniske tilstande hos individet (Illemaan Christensen and Sundhedsstyrelsen, 2010).

På individniveau kan risikofaktorer bl.a. være lavt selvværd og manglende mestringsstrategier til håndtering af bl.a. stress og generelle livsudfordringer (WHO Europe, 2005; Barry, 2006; Sundhedsstyrelsen, 2017). Eksempler på risikofaktorer på et socialt niveau, ses bl.a. misbrug, manglende sociale færdigheder, manglende socialt tilhørsforhold og social eksklusion. Ifølge et internationalt tværnsnitsstudie, foretaget på 2000 unge studerende, pointeres det, at sociale relationer har betydelig positiv indvirkning på unges mental sundhed, og vurderes derfor at være beskyttende faktorer for oplevet stress samt nedsat mental sundhed (Bovier, Chamot and Perneger, 2004). Afslutningsvis findes det relevant at se på de strukturelle risikofaktorer, som indbefatter arbejdsløshed, manglende skolegang, kriminelle omgivelser mv. (Barry, 2006). I et review foretaget på tværs af lande, fremkommer det, at strukturelle determinanter, såsom national velfærd, indkomstuligheder og adgang til uddannelse, er vigtige prædiktorer for, at unge udvikler et godt helbred, hvilket kan have betydning for den mentale sundhed (Viner *et al.*, 2012). Begrundelsen herfor er, at ungdomsarbejdsløshed kan føre til sundhedsmæssige problemstillinger, hvor især psykiske lidelser og selvmord ses fremtrædende (Viner *et al.*, 2012).

2.1.4 Konsekvenser af nedsat mental sundhed

I de senere år har der på national og international plan været et øget fokus på og italesættelse af, at den mentale sundhed har betydning for individets almene velbefindende og sundhedstilstand (Bendtsen, Mikkelsen and Tolstrup, 2014). Indikationen herfor er, at mental sundhed har væsentlig betydning for individets muligheder for at klare sig godt i livets mange facetter, herunder socialt, uddannelsesmæssigt, arbejdsmæssigt og økonomisk. Det øgede fokus på italesættelsen af mental sundhed hænger sammen med, at antallet af psykiske lidelser og symptomer såsom angst, depression, stress med videre, over en årrække har været stigende (Grigg, Saxena and World Health Organisation, 2005). Samfundsøkonomisk koster psykiske lidelser det danske samfund i omegnen af 60 mia. kr. på årsbasis (Due *et al.*, 2014) og forventes, ifølge en række internationale studier, at udgøre den største

sygdomsbyrde på verdensplan i 2020 (Fisher and Yarwood, 2008; Whiteford *et al.*, 2013). Derudover klarlægges i Sundhedsstyrelsens rapport *Sygdomsbyrden i Danmark*, at individer med nedsat mental sundhed, har en øget mortalitet, flere hospitalsindlæggelser, langvarigt sygefravær og en øget andel af tilkendte førtidspensioner (Sundhedsstyrelsen, 2015). Den kausale sammenhæng kan dog ikke klarlægges, ud fra ovenstående rapport, hvormed det ikke er muligt at klarlægge hvilke faktorer der er udløsende.

I et østrigsk studie fra 2017, fremkommer det, at de hyppigste og mest fremtrædende psykiske lidelser i barndommen og ungdomsårene er angstlidelser, adfærdsforstyrrelser, misbrugsadfærd og følelsesmæssige lidelser (Wagner *et al.*, 2017). I samme studie frembringes en kønsforskel, hvori det tydeliggøres, at unge drenge eksternaliserer deres adfærd i form af stofmisbrug, mens unge piger oftere rammes af internaliserende lidelser, eksempelvis depression og spiseforstyrrelser (Wagner *et al.*, 2017). Piger og drenge reagerer altså forskelligt på mistrivsel, hvormed konsekvenserne har forskellig karakter.

Flere internationale studier påpeger, at depression er særligt udbredt blandt unge og kan have alvorlige konsekvenser til følge, i form af forøget risiko for tidlig død, kardiovaskulære sygdomme samt andre sundhedsrelaterede sygdomme (Suls and Bunde, 2005; Wyman, Crum and Celentano, 2012; Piumatti, 2018). Mental sundhed forbindes ligeledes hyppigt med stress og kan beskrives som en kortere eller længerevarende tilstand, hvortil anspændthed og ulyst ses som mest udslagsgivende symptomer (Sundhedsstyrelsen, 2017). Stress er en af vor tids mest omdiskuterede problemstillinger og anses som en fortsat stigende folkesundhedsmæssig problemstilling. I året 2017, oplever godt hver fjerde unge i alderen 16-24 år, stress eller nervøsitet i dagligdagen, hvilket er en stigning på knap 10% siden undersøgelsen blev foretaget i 2013 (Sundhedsstyrelsen, 2018a). Af den grund, ses stress som en væsentlig tilstand at inddrage, når problemstillingen ift. unges mentale sundhed italesættes og analyseres. Flere studier viser desuden, at der er en stærk sammenhæng mellem længerevarende stress og bl.a. hypertension, hjertekarsygdomme (Nabi *et al.*, 2013) og depression (Rugulies *et al.*, 2006), hvilket pointerer, at stress ikke kun er en problemstilling ift. den mentale sundhed, men ligeledes har indvirkning på den fysiologiske helbredstilstand.

Sammenfattende tegner der sig et billede af, at der er en stor kompleksitet forbundet med begrebet mental sundhed. Mental sundhed betragtes derfor, i indeværende speciale, som en tilstand der er foranderlig over tid, da den unge kan bevæge sig frem og tilbage med periodevis god mental sundhed og mistrivsel. Dette afhænger af hvilke udfordringer den unge møder, samt hvilke ressourcer de har

til rådighed. Det ses at determinanter på både individuelt, socialt og strukturelt plan påvirker de unge. Denne kompleksitet viser, at der er behov for komplekse interventioner, for at imødekomme denne problemstilling. Sammenhæng mellem mentale sundhedsproblematikker tidligt i livsfasen og den øgede forekomst af psykiske symptomer senere i livet, indikerer et betydningsfuldt incitament til, at beskæftige sig med unges mentale sundhed.

2.2 Samfundsudviklingen – *det moderne samfund*

På baggrund af ovenstående ses det relevant at arbejde med, at fremme unges mentale sundhed, men ovenstående determinanter og årsagsmekanismer bag nedsat mental sundhed blandt unge er ikke udtømmende, til at klarlægge en årsagssammenhæng. Af den grund vurderes det i nærværende speciale relevant, at undersøge samfundets opbygning, udvikling og samfundsmæssige strukturer, som mulige forklaringsfaktorer. Nedenstående afsnit vil dermed indeholde en analyse af det moderne samfunds udvikling, herunder udviklingen af en konkurrencestat og et præstationssamfund. Det fremanalyseres ved anvendelse af blandt andet Knud Illeris, Anders Petersen og Axel Honneth, hvordan samfundets opbygning og samfundsmæssige strukturer påvirker unges mentale sundhed.

2.2.1 Samfundsudviklingens betydning på mental sundhed

Til at anskue problemstillingen mere nuanceret, vil der i følgende afsnit tages udgangspunkt i teorier, der belyser samfundsudviklingen og de konsekvenser det moderne samfund pådrager individet. Det ønskes derfor særligt at opnå dybere forståelse for problemfeltet mellem samfundsudviklingen og dennes betydning for unges mentale sundhed.

Knud Illeris, professor i *livslang læring*, anskuer de problemstillinger der ofte forekommer i ungdommen som samfundsskabte (Illeris *et al.*, 2009), hvilket danner grundlag for at undersøge hvilke samfundsstrukturer der præger samtiden. Illeris anskuer problemet tæt forbundet med de fundamentale samfundsmæssige forhold de unge lever under (Illeris *et al.*, 2009). Ifølge Illeris, kan problemets omfang dermed forklares med den samfundsudvikling og de samfundsstrukturer der præger den samtid de unge lever i (Illeris *et al.*, 2009). Disse antagelser bakkes op af den danske sociolog Anders Petersen, der mener, at de idealer der forefindes i samfundet kan være svære at leve op til, hvilket kan skabe tabsformer for de unge. Herunder tab af mening, som kan have en væsentlig negativ påvirkning på de unges mentale sundhed (Petersen, 2016). Anders Petersen pointerer hermed

sammenhængen mellem samfundets strukturelle krav og de unges kamp for at leve op til disse, som værende en mulig årsagsforklaring til den negative udvikling i befolkningens mentale sundhed, særligt de unges. Desuden pointerer han, at nutidens normer medfører en psykologisk forværring af individets betingelser i samfundet, og er medvirkende til at skabe flere psykiske lidelser (Petersen, 2016). Illeris og Petersens argumenter for, at ovenstående problemstillinger i ungdommen er samfundsbetingset, sammenholdt med data fra Den Nationale Sundhedsprofil, synliggør en generel forværring af unges mentale sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Ovenstående viden danner derfor grundlag for, at undersøge hvilke samfundsmæssige forhold der kan have indvirkning på unges mentale sundhed. I nedenstående afsnit vil der blive set nærmere på de elementer der er medvirkende til at præge udviklingen i det moderne samfund.

2.2.2 Samfundsudviklingen fra velfærdsstat til konkurrencestat

For at få indblik i den generelle samfundsudvikling i Danmark, vil de seneste års forandringer kort blive analyseret, her med særligt fokus på overgangen fra velfærdsstat til konkurrencestat. Formålet er, at opnå en tilnærmelsesvis forståelse for, hvilke overordnede strukturelle og politiske forandringer, der præger samfundsudviklingen i den pågældende periode. Herigennem analyseres det, hvordan disse kan have indflydelse på unges mentale sundhed. Som referenceramme til nedenstående afsnit anvendes Ove K. Pedersen, dansk politolog og professor i komparativ politisk økonomi (Pedersen, 2014).

Den danske velfærdsstat bliver ifølge Pedersen introduceret allerede i det 18. århundrede, men først for alvor udvikler sig efter 2. verdenskrig (Pedersen, 2014). Formålet med etableringen af velfærdsstaten er, at skabe social tryghed og velstand for statens indbyggere uanset økonomisk velstand. Dog medfører befolkningssammensætningen, at udgifterne til velfærdsydelserne stiger årligt, hvilket sammen med de lavere vækstrater og modstand mod højere skattetryk bevirker, at det har været nødvendigt at gøre velfærdsstaten konkurrencedygtigt. Dette med henblik på, at bibeholde muligheden for at tilbyde de velfærdsydelser danskerne kender (Pedersen, 2011). Ove K. Pedersen skildrer nogle overordnede forskelle, der karakteriserer overgangen fra velfærdsstat til konkurrencestat. Konkurrencestaten bygger på velfærdsstatens grundprincipper, hvor forskellen bl.a. er, at statens rolle har ændret sig fra at beskytte befolkningen mod international økonomiske uroligheder, til i dag aktivt at mobilisere befolkningen til at tage del i den internationale konkurrence, der udspiller sig (Pedersen, 2011). I takt med ønsket om at skabe en konkurrencedygtig stat, forventes

det, at alle samfundsborgere bidrager til udvikling, produktivitet og vækst. Samfundet forventer derigennem, at individet søger at præstere på bedste vis og er pålagt et vist ansvar for at opsøge kompetenceudvikling (Pedersen, 2011). Her er bl.a. uddannelse og incitament til videreuddannelse vigtige elementer i en konkurrencestat (Pedersen, 2014). Denne udvikling kan tænkes at have konsekvenser for individet, særligt de unge, da de befinder sig midt i en individualiseringsproces og kan opleve presset og ansvaret om egen lykke som overvældende. De mange valgmuligheder og krav samfundet pålægger de unge, kan resultere i at ansvaret kan føles som en byrde, hvilket kan påvirke deres mentale sundhed.

I forlængelse heraf, omtaler den franske sociolog, Alain Ehrenberg, ovenstående problematikker, som et udtryk for det moderne samfunds utilsigtede konsekvenser (Ehrenberg, 2010). Ehrenberg er særligt optaget af, at undersøge de sundhedsmæssige konsekvenserne ved den samfundsudvikling (Ehrenberg, 2010). Ehrenberg undersøger i værket *Det udmattede selv*, sammenhængen mellem samfundets forandringsprocesser og menneskets mentale sundhed (Ehrenberg, 2010). Her fordyber Ehrenberg sig i fænomenet depression, der tidligere har været næsten ikke eksisterende indenfor det psykiatrisk felt, hvor det i dag er en voksende folkesygdom, der tilnærmelsesvis har nået epidemi-lignende tilstande (Ehrenberg, 2010). Ehrenberg påpeger gennem sit arbejde, hvorledes samfundets opbygning og fokus på præstation, skaber anderledes samfundsnormer og regler end tidligere. Han beskriver samfundet som et præstationssamfund, hvor det enkelte individs præstationer hyldes og dyrkes som en samfundsmæssig værdi. Alle tilskyndes i samfundet til at udvikle og optimere kompetencer og individuelle egenskaber (Ehrenberg, 2010). Ifølge Ehrenberg er dette medvirkende til at skabe en række samfundsmæssige forventninger til den unge, hvilket fremstår som en anderledes magtform end tidligere set. En afvigelse herfra kan føre til sociale udelukkelser af den unge, hvor muligheden for at udvikle sig formindskes (Ehrenberg, 2010). Ehrenberg påpeger desuden, at samfundet kræver, at individet udvikler sig, for herigennem at bidrage til samfundet og opretholde eget selvbillede. Dermed påpeger Ehrenberg, at frihed og tvang er tæt forbundet, idet opfordringer og muligheder fra samfundets side skaber en form for tvangsfølelse hos den unge (Ehrenberg, 2010).

Ifølge den tyske ungdomsforsker Thomas Ziehe medfører samfundets forventningspres samtidig et stort individuelt ansvar, som nogle unge kan have svært ved at håndtere. Dette kan udmønte sig i en følelse af nederlag, depression og krise i ungdomslivet, hvilket kan påvirke den mentale sundhed hos de unge, der ikke formår at leve op til de krav der opstilles fra samfundets side (Ziehe, 1989). Dette underbygges i et litteraturstudie fra 2017, hvor de betingelser unge oplever i dag ift. bl.a. uddannelse og karakterkonkurrence problematiseres (Sørensen *et al.*, 2017). Det påpeges at de tendenser der ses

i konkurrenceræset bevirker, at mange unge bliver stressede (Sørensen *et al.*, 2017). Ved anvendelse af Anders Petersen, Ulrick Bröckling og Axel Honneth uddybes i nedenstående afsnit, hvordan konkurrencestaten, herunder præstationssamfundet, kan have indvirkning på unges mentale sundhed samt hvilke utilsigtede konsekvenser kan fremkomme på baggrund heraf.

2.2.3 Konkurrence og kampen om anerkendelse blandt unge

Den konkurrencelogik der de seneste år har præget, og stadig præger, det danske samfund udgør ifølge den danske sociolog Anders Petersen, fundamentet for en ny udvikling; *præstationssamfundet*. Præstationssamfundet er en kultur hvor store bedrifter og sejre fejres, hvor vindere får anerkendelse og status, som andre ser op til og beundrer (Petersen, 2016). Ifølge Anders Petersen anses det i dag for naturligt at individer, herunder unge, stræber efter præstationer der skaber status, hvor der for det enkelte individ anvendes mange kræfter og ressourcer i at opnå denne anerkendelse for egne præstationer (Petersen, 2016). Herved ses unge at indordne sig under præstationskulturens præmisser hvor flid, selvdisciplinering og det at arbejde hårdt for at forme eget liv gør sig gældende (Petersen, 2016). Anders Petersen underbygger dette fund ift. normalitets-idealer, da præstationssamfundet i høj grad er norm – og regelstyret, hvor det kræver særlige færdigheder og kompetencer at opnå anerkendelse, og leve op til de i samfundet opstillede idealer (Petersen, 2016). Denne tendens påpeges desuden også af en forskergruppe fra Center for Ungdomsforskning, der på baggrund af bl.a. kvalitative interviews med unge, pointerer, at unge føler et præstationspres indenfor mange felter. Dette italesættes gennem idealer ift. krop, mad, uddannelse, karakterer, sociale relationer mm., som den unge stræber efter at leve op til (Sørensen *et al.*, 2017). Formår den unge ikke at honorere alle de forventninger der opstilles til *normaliteten*, kan det påvirke unges trivsel og resulterer i forskellige former for mistrivsel, bl.a. ensomhed, mobning, lav selvtillid (Sørensen *et al.*, 2017). Ifølge ovenstående studie beskrives det, at mistrivsel i ungdommen er forbundet til en følelse af utilstrækkelighed og manglende mestringssevne (Sørensen *et al.*, 2017). Disse utilsigtede konsekvenser underbygges af den tyske sociolog Ulrick Bröckling, der problematiserer præstationsorienteringen med følgende ord; “*Competition is driven by the promise that the most capable will reap the most, but no amount of effort can remove the risk of failure.*” (Bröckling, 2016). Hermed problematiserer Bröckling at der er en konsekvens ved den orientering der i dag er mod præstation og konkurrence. Konsekvensen er den risiko der altid vil være, for ikke at leve op til de forventninger der stilles, og dermed blive anset som en fiasko (Bröckling, 2016).

Ud fra ovenstående udledes det, at måden hvorpå samfundets normer og værdier italesættes i det daglig liv, resulterer i at der stilles store krav til de unge, som i større grad søger at udvikle færdigheder og kompetencer, for at opnå anerkendelse gennem egne præstationer. Forventningspresset stiller ligeledes høje kræve til unges mestringsevner. Formår de unge ikke at leve op til de opstillede idealer, vil det bl.a. kunne udløse ovenstående mistrivelsesformer og dermed også nedsat mental sundhed. Unges stræben efter anerkendelse i det moderne samfund problematiseres ligeledes af den tyske filosof Axel Honneth, der påpeger, at særlig identitetsskabelsen er afhængig af den sociale anerkendelse (Petersen & Willig, 2001). Identitetsskabelsen foregår især gennem ungdomsårene, hvorfor Honneths teori om anerkendelse findes relevant at inddrage i forståelsen af samfundets betydning for unges mentale udvikling og sundhed. Ifølge Honneth, er samfundsudviklingen og den nuværende samfundsstruktur medvirkende til at skabe et samfund, med stort fokus på individualisering, hvor det er svært at opnå anerkendelse for det arbejde og de præstationer individet udretter (Petersen & Willig, 2001). Dette kan være medvirkende til at skabe en ubalance i identitetsskabelsen (Petersen and Willig, 2001). Et svensk litteraturstudie problematiserer, at denne præstationskultur udmønter sig i mentale belastninger hos den unge, særligt hos dem med høje forventninger til egne evner og stort fokus på at blive anerkendt (Låftman, Almquist and Östberg, 2013). Honneth påpeger, i tråd hermed, at anerkendelse er en afgørende faktor for hvorledes unge kan indgå i sociale relationer og den individuelle identitetsdannelse afhænger af den sociale anerkendelse (Petersen and Willig, 2001). Denne sammenhæng underbygges ligeledes i et dansk kvalitativt studie, hvor det gennem interview med danske unge ses, at det at præstere og have styr på tingene i høj grad indgår som en brik i et socialt spil (Pless *et al.*, 2015). Det at blive anerkendt for sine præstationer er altså en vigtig faktor for at opnå en attraktiv social position i en gruppe (Pless *et al.*, 2015).

I ovenstående afsnit påpeges det hvorledes samfundets opbygning og samfundsmæssige strukturer på et overordnet plan, kan have betydning for hvilke og hvor store krav der stilles til unge i dag samt konsekvenserne heraf. Hvor ovenstående afsnit bidrager med forskellige perspektiver på samfundsudviklingens generelle konsekvenser for mental sundhed i ungdommen, vil de følgende afsnit redegøre for og fremanalysere andre årsagsmekanismer, såsom sociale mediers indflydelse på unges livssituation og mentale sundhed.

2.2.4 Unges brug af sociale medier

Med viden om, at unge ved seneste landsdækkende befolkningsundersøgelse oplever at være mere stressede, mere ensomme og generelt vurderer deres mentale sundhed, som værende nedsat i henhold til tidligere målinger (Sundhedsstyrelsen, 2018b), vurderes det derfor aktuelt at søge viden om, hvad der karakteriserer ungdomslivet i dag. Nedenstående afsnit vil være et indblik i nogle af de adfærdsmønstre der ses fremtrædende blandt unge.

Sociologen Antony Giddens beskriver i værket *Modernitetens konsekvenser*, at måden mennesker indgår i relationer på i det moderne samfund, er præget af inter-sociale forbindelser, hvor individet i det traditionelle samfund førhen indgik i færre og mere intime relationer (Giddens, 1994). På trods af, at Giddens teori er af ældre dato, findes han fortsat aktuel at beskæftige sig med, da de tendenser han beskriver fortsat afspejler nutidens moderne samfund. Kommunikationen mellem mennesker er ifølge Giddens, uafhængig af tid og rum, hvorfor individet i stadig højere grad skal være reflekterende over den store informationsmængde (Giddens, 1994). I dag ses det blandt andet, at unge bruger flere og flere timer på sociale medier. Derigennem opnår de en stor mængde information, de skal forholde sig til. En rapport udgivet af Danmarks Radio påpeger, at unge i alderen 15-29 år dagligt færdes 3,5 timer på sociale medier, sammenholdt med den gennemsnitlige befolkning, der bruger omkring 2 timer online (Medieforskning, 2014). Det er tjenester som Facebook, Snapchat, YouTube og Instagram, der fylder mest i unges forbrug (Medieforskning, 2014). I forlængelse heraf, påpeger flere internationale studier, at brugen af Facebook har negative konsekvenser for unges psykosociale velvære (Marino *et al.*, 2016) og mentale sundhed i form af nedsat selvopfattelse (Marino *et al.*, 2018). Ydermere viser nyere forskning, at sociale medier i allerværste fald skaber en afhængighedsfølelse hos unge, da behovet for *at høre til* og *ikke gå glip af* fylder meget i de unges bevidsthed og færden i livet (Beyens, Frison and Eggermont, 2016; Barry *et al.*, 2017).

En særlig tendens der ses meget udbredt blandt unge i de sociale medier er behovet for *selviscenesættelse* og italesættelse af egne præstationer. I en artikel udgivet af en forskergruppe fra *Center for Ungdomsforskning* problematiseres dette med, at de idealer der fremstilles på sociale medier generelt ligger et urimeligt præstationskrav til den unge, der skaber et forventningspres de unge kan have svært ved at leve op til (Sørensen *et al.*, 2017). Dette i tråd med at der, ifølge Illeris, en særlig tendens til at unge fokuserer på kroppens ydre, som et redskab til at iscenesætte sig selv og som en meget betydelig del af identiteten. De unge anvender hermed, ifølge Illeris, kroppen som et 'værktøj' til at forme egen identitet. Lykkedes den unge ikke med dette selviscenesættelses-projekt, kan det have en påvirkelig faktor på oplevelsen af eget værd (Illeris *et al.*, 2009). Forbruget af online

tjenester og italesættelsen af unge herigennem ses derfor relevant, at medtænke som mulig faktor til den negative udvikling af unges mentale sundhed.

Den resterende del af problemanalysen vil omhandle mere konkrete politiske handlinger og strategier både internationalt, nationalt og kommunalt. Desuden vil analysen inddrage de politiske tiltag der i dag gøres for at mindske forekomsten af nedsat mental sundhed i befolkningen. Dette for at opnå en viden om hvilke politiske strategier der anvendes og hvorledes de italesættes i forhold til unges mentale sundhed.

2.3 Politiske indsatser målrettet mental sundhed

I problemanalysens første og anden del er det fremanalyseret, at årsagen til den negative udvikling i unges mentale sundhed, blandt andet kan søges i de vilkår og samfundsforhold, der i et og samme præger hele befolkningen. Derfor vil anden del af nærværende problemanalyse have fokus på, at afdække samfundsudviklingens betydning for sundheds – og socialpolitiske prioriteringer i det moderne samfund. Yderligere afdækkes måden hvorpå mental sundhed italesættes og behandles på et politisk plan samt i praksis. Der anlægges derfor et særligt fokus på nuværende forebyggende og sundhedsfremmende indsatser målrettet mental sundhed, både på internationalt, nationalt og kommunalt plan. Målet er hermed, at opnå en viden om, hvorledes mental sundhed italesættes politisk samt hvilke strategiske overvejelser der præger den politiske dagsorden. Afslutningsvist ønskes det fremanalyseret, hvilke metodiske redskaber der i dag ses anvendt i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. I analysen af ovenstående inddrages Margaret Whitehead og Göran Dahlgrens socioøkologiske model, der bidrager til at forstå det nuværende arbejde med mental sundhed på forskellige niveauer (Dahlgren & Whitehead, 2007), Bruce Link & Jo Phelans teori, der italesætter forskellige årsager til sygdomsforekomst (Link & Phelan, 1995), samt Geoffrey Rose teori omhandlende strategiske tilgange til sygdomsforebyggelse (Rose, 1985). Yderligere anvendes Thomas Ziehes teori om ungdomskulturen i det moderne samfund til at forstå, hvorledes samfundsudviklingen påvirker de unges livsverden, adfærd og mentale sundhed (Ziehe, 1989).

Når der i specialet henvises til sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, tages udgangspunkt i Vallgårdas definition heraf. Hvorfor den primære forebyggelse handler om at forhindre sygdom, den sekundære at forhindre sygdomme i at udvikle sig og den tertiære at forhindre alvorlige følger eller tilbagefald af en sygdom (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Sundhedsfremme henviser

ifølge Vallgård til et positivt begreb der lægger vægt på ressourcer og som beskriver den proces der gør individet, her de unge, i stand til at forbedre egen sundhed (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Ifølge Vallgård er det forskelligt hvordan der skelnes mellem forebyggelse og sundhedsfremme. Det er i specialet vurderet at den primære forebyggelse og sundhedsfremme, deler flere elementer, hvorfor de to strategier tilsammen i specialet betegnes som sundhedsfremme, mens den sekundære og tertiære forebyggelse betegnes som forebyggelse.

De nationale sundhedspolitikker ses de seneste årtier at have ændret diskurs, hvor mental sundhed nu i højere grad end tidligere, bliver italesat i den politiske dagsorden (Regeringen, 2002; Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014). Dermed er der indenfor de sidste år sket en forandring i den politiske håndtering og prioritering af mental sundhed i Danmark. Hertil fremkommer det, at den sundhedsmæssige diskurs i højere grad end tidligere, bærer præg af et åbent sundhedsbegreb, hvor psykologiske faktorer ligeledes forenes i en samlede forståelse af begrebet sundhed. Da danske sundhedspolitikker tager udgangspunkt i internationale anbefalinger, vil WHO's sundhedspolitik indledningsvist blive præsenteret og analyseret. Formålet med følgende afsnit er, at få indblik i grundlaget for italesættelsen af mental sundhed samt opnå viden om den politiske håndtering og ansvarsplacering heraf. WHO italesætter gennem en række publikationer, de individuelle – og samfundsmæssige konsekvenser ved nedsat mental sundhed (WHO Europe, 2005); WHO, 2014). Med udgangspunkt i disse, belyser WHO og EU-kommissionen problemets omfang og opfordrer til, at mental sundhed integreres og prioriteres i de offentlige politiske anliggender (WHO Europe, 2005). Der forefindes ikke nyere omfattende rapporter på området, hvorfor der tages udgangspunkt i ovenstående publikationer. Mange sundhedspolitikker bærer fortsat præg af diagnostik og behandling af somatiske sygdomme, hvor meget lidt fokus er centraliseret omkring forebyggende – og sundhedsfremmende indsatser (Koushede, Koushede and Nielsen, 2015). Mental sundhed bliver derfor i denne forbindelse ofte tolket som et psykiatrisk felt og håndteringen heraf er derfor fokuseret omkring behandling af psykiske sygdomme (Keyes, 2007; Bertolote, 2008). Med publikationen *Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*, sætter den daværende S-SF-R regering mental sundhed på den politiske dagsorden (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014; Koushede, Koushede and Nielsen, 2015). I selvsamme publikation gøres det ligeledes klart, at det er kommunerne der har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014), hvilket allerede bliver omlagt ved Regeringens Kommunalreform, der trådte i kraft pr. 1 januar 2007 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2007). Herved placeres dele af den

offentlige sektors sundhedsrelaterede opgaver i kommunalt regi, hvoraf landets kommuner får en større ansvarsplacering på sundhedsområdet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2007). Formålet med denne organisatoriske omstrukturering er, at tiltag skal integreres i borgernes nærmiljø, dvs. i daginstitutioner, skoler, ældrecentre mv. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2007). Med udgangspunkt i denne strukturering, bliver interventioner, der har til formål at fremme befolkningens sundhed og forebygge sygdom, derfor afholdt i kommunalt regi. Det findes derfor relevant at undersøge hvordan sundhedsfremmende – og forebyggende tiltag italesættes på nationalt såvel som kommunalt niveau.

2.3.1 Anvendelse af forebyggende – og sundhedsfremmende strategier

Det fremgår af WHO's deklaration om mental sundhed, at arbejdet med at fremme mental sundhed, kræver aktiviteter i flere politiske arenaer, herunder uddannelses, bolig, miljø – og sundhedspolitik (WHO Europe, 2005). Yderligere anbefaler WHO i den omtalte deklaration, en tilgang hvor fokus rettes mod hele befolkningen og ikke kun mod særlige grupper eller individer (WHO Europe, 2005). I Danmark anvendes flere forskellige strategier til at fremme mental sundhed og tiltagene kan foregå på både individ-, gruppe- og samfundsniveau (Sundhedsstyrelsen, 2008). I Danmark ses flere eksempler på at det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde integreres i flere forskellige arenaer, hvor både dagligdag, institutioner og familiemønstre medtænkes som mulige årsager til mistrivsel hos børn og unge (Sundhedsstyrelsen, 2008).

For at opnå en uddybende forståelse for hvilke strategier der vurderes mest hensigtsmæssige at inddrage i sundhedsarbejde, inddrages Geoffrey Arthur Rose, engelsk professor i epidemiologi. Rose har udarbejdet en teori omkring, hvilke forebyggende – og sundhedsfremmende strategier der findes mest hensigtsmæssige i sundhedsarbejde. Rose fremkommer med to forskellige forebyggelsesmetoder, hvoraf den ene fokuserer på individet, mens den anden fokuserer på hele befolkningen (Rose, 1985). Den individorienterede forebyggelsesstrategi, også kaldet højrisikostrategien, er en måde at forebygge på, hvor der tages udgangspunkt i de grupper eller individer i et samfund, der er i særlig risiko for at være/blive disponeret for sygdom eller en bestemt livsstil, sammenlignet med den resterende del af befolkningen. Her kan f.eks. være tale om unge af forældre med lav socioøkonomisk status (Rose, 1985). En befolkningsorienteret strategi er en måde hvorpå det søges at minimere de determinanter i samfundet, som har en indvirkning på en bestemt sygdomsforekomst. Hermed beskyttes hele befolkningen samtidig og der anvendes samme strategi

på alle borgere (Rose, 1985). Tages der udgangspunkt i den nuværende regerings politik, lægges der vægt på, at indsatser målrettet udsatte børn og unge skal styrkes.

I regeringens politiske grundlag står; *“Vi vil styrke indsatsen og øge fokus på de unge, som ellers kan risikere at havne på kanten af samfundet”*, med hvilket regeringen italesætter et ønske om, at børn og unge skal trives (Regeringen, 2018). Dette formål ligger, ifølge Rose, op til en højrisikostrategi, da der intervereres mod en befolkningsgruppe, der vurderes at være i særlig risiko (Rose, 1985). Samtidig ses det i Regeringens nationale mål, at den mentale sundhed søges højnet gennem styrkelse af fællesskaber, bl.a. i skolen, hvilket har et mere bredt og befolkningsorienteret sigte og dermed ligger op til en strukturel strategi (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014). På nationalt plan ses det altså, at der rettes fokus mod højrisikogrupper, ved at lave indsatser særligt rettet mod de unge, der er i højere risiko for nedsat mental sundhed. Samtidig er der også fokus på mere strukturelle faktorer i samfundet, hvor det søges at påvirke strukturer på institutionelt niveau, blandt andet uddannelseskulturen på landets uddannelser (Niclasen, Lund and Obel, 2016). De nationale anbefalinger og gældende politikker rummer altså både strategier af forebyggende og sundhedsfremmende karakter. I nedenstående afsnit undersøges hvordan de nationale anbefalinger påvirker de tiltag, der afholdes i praksis, på nationalt og kommunalt plan. Formålet hermed er at undersøge hvordan anbefalingerne varetages når de anvendes i praksisnære situationer.

2.3.2 Indsatser på nationalt plan

Der ses flere nationale tiltag rettet mod børn og unges trivsel. Her kan bl.a. nævnes Barnets reform der har til formål at sikre, at udsatte børn og unge får de bedste rammer for at trives (Socialstyrelsen, 2017). Et andet eksempel er Regeringens afsættelse af satspuljemidler til at fremme børn og unges trivsel, gennem målrettet indsats ift. bl.a. forebyggelse af overfald og overgreb. Her sættes midler af til at behandle sager hvor der er mistanke om overgreb (Regeringen *et al.*, 2012). Et tredje eksempel på et nationalt tiltag er anvendelsen af trivselsmålinger som en del af uddannelsespolitik. Målingerne søger at identificere de forskellige skolers udfordringer ift. trivsel og mental sundhed blandt eleverne (Niclasen, Lund and Obel, 2016). Forebyggelsespakken er et fjerde eksempel herpå. Sundhedsstyrelsen har siden udgivelsen af forebyggelsespakken i 2012 arbejdet videre med at undersøge feltet, hvortil de i april måned 2018 har publiceret en nyere og revideret udgave af forebyggelsespakken. Dokumentationen for specifikke indsatser til at fremme mental sundhed for forskellige befolkningsgrupper og i forskellige kontekster blevet styrket. Således at der i højere grad

er opnået grundlag for at kunne iværksætte evidensbaserede indsatser på området mental sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2018c). Forebyggelsespakken vil i indeværende speciale fremadrettet have en central placering, da det er den gældende nationale handlingsanvisning, der danner grundlag for kommunernes arbejde med fremme af mental sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2018c). Forebyggelsespakken beskæftiger sig både med sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, men er ikke specifik udarbejdet til at forebygge psykiske sygdomme. Dog vurderes de repræsentative indsatser ikke desto mindre at have forebyggende effekt på en række psykiske symptomer, for herigennem at øge trivslen (Sundhedsstyrelsen, 2018c). Her ses en diskurs der har et overvejende individuelt sigte og er præget af en overvægt af forebyggende indsatser, hvilket ifølge Rose kan problematiseres, da effekten heraf er mindre end hvis der anvendes en befolkningsorienteret strategi (Rose, 1985).

Når diskursen ift. uddannelsessystemet undersøges, ses både sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, hvor der blandt andet anbefales at arbejde med kulturen på skole og klasseniveau, herunder udviklingen af en antimobningsstrategi (Sundhedsstyrelsen, 2018c). Det anbefales desuden at integrere udsatte og sårbare unge i forskellige sammenhænge, herunder fritidsaktiviteter, som vurderes at have en positiv indvirkning på den mentale sundhed. Desuden tilbydes der individuelle kompetencestyrkende forløb til ledige unge (Sundhedsstyrelsen, 2018c). De anbefalinger der opstilles i forebyggelsespakken skal varetages kommunalt og skal kun forstås som et valgfrit værktøj kommunerne kan inddrage, samt en støtte til at anvende evidensbaserede programmer i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde (Sundhedsstyrelsen, 2018c). Herved kan der opstå en differentiering i hvilke kommuner der arbejder aktivt med mental sundhed, og dermed en ulighed i hvilke unge der tilbydes ovenstående indsatser. En undersøgelse fra 2009 påpeger blandt andet, at det især er de jyske kommuner der tilbyder flest indsatser der har til formål at fremme mental sundhed, sammenlignet med øvrige af landets kommuner (Bolt and Iversen, 2009).

2.3.3 Indsatser på kommunalt plan

Da kommunerne er ansvarlige for at indfri de nationale målsætninger der opstilles af Regeringen (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014) findes det i indeværende speciale aktuelt at undersøge hvordan mental sundhed håndteres i en kommunal sammenhæng.

På baggrund af et tilfældigt udsnit af landets kommuner, fremkommer det at langt størstedelen af tilbuddene, med fokus på mental sundhed, er målrettet borgere der lider af en depression, er stressede, oplever angst eller har en kronisk psykisk eller - somatisk sygdom (Kolding Kommune, 2018; Odense

Kommune, 2018; Silkeborg Kommune, 2018; Sundhedsstyrelsen, 2018c). De tendenser der ses, ved en søgning på kommunale hjemmesider, er at der fokuseres meget på sekundær og tertiær forebyggelse, og der hermed fokuseres på de borgere der i forvejen er placeret i en risikogruppe, hvormed den strategiske tilgang ifølge Rose bliver meget individorienteret (Rose, 1985). Søges det at forstå denne tilgang ud fra Link & Phelans årsagsforklaring til sygdom, så søger kommunernes indsatser at påvirke de proksimale faktorer, som er de faktorer der er direkte forbundet med udvikling af sygdom (Rose, 1985). Ifølge Link & Phelan har det en mere langsigtet effekt, at rette det sundhedsfremmende arbejde mod distale faktorer, hvilket vil sige, at der sundhedspolitisk lægges vægt på de bagvedliggende determinanter for udvikling af sygdom, her bl.a. livsvilkår og sociale relationer (Link and Phelan, 1995). Når der fokuseres på de proksimale faktorer, som det er tilfældet i flere af de kommunale tilbud, skabes ikke en løsningsorienteret og langsigtet indsats, da tiltagene kun formår at behandle konsekvenserne af nedsat mental sundhed, i stedet for at søge at behandle de bagvedliggende determinanter til nedsat mental sundhed. Med udgangspunkt i den viden ønskes det at undersøge hvilken andre faktorer der gør sig gældende i arbejdet med mental sundhed.

2.3.4 Komplexiteten i arbejdet med unges mentale sundhed

I følgende afsnit fremanalyseres de faktorer der vurderes at have særlig betydning for unges mentale sundhed, for herigennem at belyse kompleksiteten af interagerende faktorer på makro- meso- og mikroniveau. Til dette formål inddrages, i samspil med tidligere præsenterede teoretikere, den tyske psykolog og professor i pædagogik Thomas Ziehe (Ziehe, 1989). Ligeledes inddrages den socioøkologiske model, der bidrager med at frembringe analysen på flere niveauer. Ziehe har beskæftiget sig med at analysere tidens kulturelle udtryk, med særligt fokus på ungdommens muligheder og begrænsninger i det moderne samfund (Ziehe, 1989). Ziehes perspektiv tager udgangspunkt i en anden tidsramme, men teorien forekommer stadig aktuel og har lighedstræk med flere nutidige samfundsorienterede teorier.

Kulturen har i det moderne samfund taget en drejning, hvor det nu, modsat tidligere, ikke er velset, hvis individet ikke udnytter de muligheder samfundet stiller til rådighed (Ziehe, 1989; Pedersen, 2014; Petersen, 2016). Det er i det sundhedsfremmende arbejde derfor ikke tilstrækkeligt at undersøge hvad der karakteriserer unges adfærd. Det er ligeledes nødvendigt at se på samfundets udvikling, for herved at klarlægge hvilke vilkår ungdommen lever under, samt hvordan disse påvirker unges mentale sundhed. Der er ufravigelige faktorer i samfundsudviklingen, som alle unge i det

moderne samfund er underlagt, hvorfor der, som WHO påpeger, kan argumenteres for, at fokusere på befolkningsorienterede strategier i arbejdet med at fremme den mentale sundhed (WHO Europe, 2005). Begrundelsen herfor er, at der herigennem fokuseres på de vilkår der fra samfundets side stilles til rådighed for den unge. Tages der udgangspunkt i bl.a. Ziehe, Pedersen og Petersens beskrivelse af samfundsudviklingen, ses det, at unge i dag oplever et forventningspres fra samfundets side, som ikke altid har været der. Dette er et eksempel på et samfundsskabt vilkår, som den unge ikke har mulighed for at påvirke, da det kræver kulturændringer af mere strukturel karakter.

Det ses hermed problematisk, at kommunerne hovedsageligt arbejder på et individniveau, med fokus rettet mod de borgere der er i risiko for at udvikle eller allerede har udviklet mentale sundhedsproblemer. På trods af nationale anbefalinger om kommunal anvendelse af strategier af mere strukturel karakter (Sundhedsstyrelsen, 2018c), har det ikke været mulig at indhente beskrivelser, der rummer denne type strategier, på kommunale hjemmesider. På dette grundlag kan der ikke drages konklusioner, om hvorvidt der anvendes strukturelle strategier, men det leder til en undring og er baggrunden for, at den kommunale tilgang til unges mentale sundhed vil blive nærmere belyst i specialets analyseafsnit.

De videnskabelige undersøgelser problemanalysen er funderet på, viser at der er en generel stigning i forekomsten af nedsat mental sundhed gennem de sidste år, hvilket ifølge Vallgård indikerer at problemstillingen skal løses på et strukturelt plan og ikke et individuelt plan (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Dette er i tråd med Göran Dahlgren & Margaret Whitehead økologiske model, der visualiserer, at en tilgang med fokus på individuelle faktorer, ikke er tilstrækkelig, hvis der ønskes at opnå en langsigtet effekt. Herved påvirkes nemlig kun de faktorer der ligger individet nærmest, hvorved omgivelsernes påvirkning ikke inddrages (Dahlgren and Whitehead, 2007).

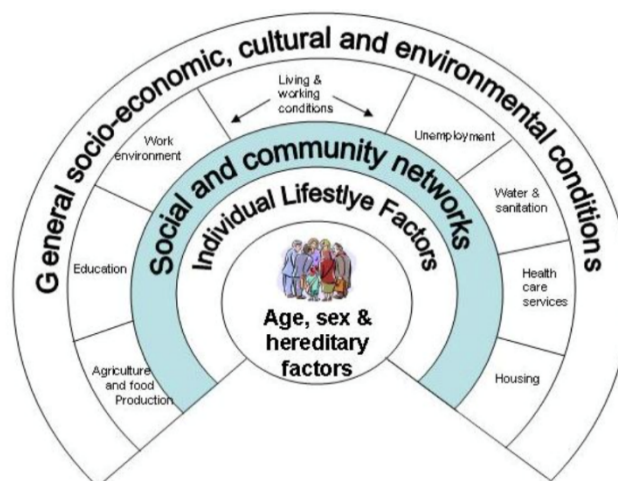
Ziehe pointerer, i tråd med Petersen og Pedersen, at flere af de problemstillinger der opstår i ungdommen er en konsekvens af de generelle livsformer der ses i det moderne samfund, der er underlagt et præstationspres fra samfundets side (Ziehe, 1989). Denne pointe ses i overensstemmelse med resultater fra en undersøgelse foretaget hos danske unge, hvor der ses at de unge der ikke trives, samtidig også hyppigere oplever ikke at klare sig godt i skolen (Christensen *et al.*, 2017). Der ses altså en sammenhæng mellem oplevelsen af at præstere godt i skolen og at trives.

Ifølge Ziehe underlægges unges valg en form for social kontrol, hvor samfundsskabte diskurser dikterer rigtigt og forkert og dermed påvirker unges adfærd (Ziehe, 1989). Et eksempel, hvor samfundet søger at påvirke unge til at 'vælge rigtigt' er f.eks. belønningssystemer i forbindelse med fremdriftsreformen. Her bliver unge belønnet med økonomiske goder og bonusordninger, hvis de

kommer hurtigt gennem uddannelsessystemet (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2018a, 2018b).

Ziehe beskriver ligeledes, at der ikke på samme måde som tidligere er hjælp og støtte at hente i klassemæssige, familiemæssige og geografiske strukturer, når den unge skal forme sin fremtid (Ziehe, 1989). Valgene er derfor ikke længere så enkle, da valgmulighederne i det moderne samfund er mange. Dette kan lede til beslutningskonflikter og ambivalens når den unge skal vælge ståsted i livet (Ziehe, 1989). Problemstilling synliggøres ligeledes i den tidligere nævnte artikel, udgivet af Center for ungdomsforskning, hvori det problematiserer, at nutidens unge er underlagt en diskurs præget af en *hård individualisering*, hvor den unge ikke kun har fokus rettet mod personlig udvikling og individuelle ønsker, men indgår i et spil om rangordninger, præstationer og inddelinger (Sørensen *et al.*, 2017). Individet er altså ikke frit til at vælge, men er underlagt samfundsskabte normer og kulturelle træk.

I nedenstående socioøkologiske model, udarbejdet af Dahlgren og Whitehead, ses en visuel fremstilling af hvordan ovenstående faktorer interagerer med hinanden. Her ses det at faktorer på makro-, meso- og mikroniveau er gensidigt afhængige og alle influerer på individets sundhed (Dahlgren and Whitehead, 2007). Modellen anvendes i nærværende speciale til at forstå hvordan unge påvirkes af faktorer i omgivelserne såvel som genetiske faktorer og familiær afstamning. Modellen danner ligeledes grundlag for, at der i analysen inddrages dokumenter fra flere niveauer, for at få et indblik i hvilke diskurser der ses fremtrædende ift. arbejdet med unges mentale sundhed.



Figur 2 - A Social Model of Health (Dahlgren & Whitehead, 2007).

Til at forstå hvorledes den øgede individualisering der ses i det moderne samfund, har indvirkning på unges adfærd og sundhed, anvendes Ziehes begreb *kulturel frisættelse* (Stubenrauch and Ziehe, 1982). Kulturel frisættelse refererer til løsrivelsen af tidligere tiders normer og værdier, som er indlejret i kulturelle traditioner, herunder den unges familiære og sociale status. Ziehe mener at der på baggrund af det moderne samfunds mange valgmuligheder, herunder løsrivelsen fra de kulturelle traditioner, opstår et ambivalent forhold mellem på den ene side mulighederne for at forme eget liv og på den anden side de negative konsekvenser, som kan resultere i beslutningskonflikter, forventningspres og manglende identitetsfølelse (Stubenrauch & Ziehe, 1982). Ifølge en undersøgelse af danske unges hverdagsliv, kommer det gennem interview med de unge frem, at noget af det der skaber frustrationer og mistrivsel i ungdomsårene, er de mange valg der skal træffes i en tidlig alder, særligt i forhold til uddannelse (Koefoed, Anne; Nielsen, 2005). Et andet gennemgående tema, er at unge gerne vil leve op til de idealer der stilles i samfundet, så de kan fremstå som 'normale' (Koefoed, Anne; Nielsen, 2005). I tråd hermed argumenterer Ziehe for at identitet ikke længere kan forstås som noget der hensynsløst overtages, og som livet igennem forbliver fastlagt i en på forhånd forudbestemt og struktureret livsbane. Identiteten kan nu med udgangspunkt i valgmuligheder afprøves og forandres i en reflektiv proces, hvormed en sådan identitetsdannelse ifølge Ziehe kan være forholdsvis anstrengende og krisebetonet (Stubenrauch and Ziehe, 1982). Sættes dette i relation til foregående studie og den socioøkologiske model, ses der altså i det moderne samfund i mindre grad end tidligere at den unge påvirkes af familiære forudsætninger, men i højere grad af samfundets opbygning, krav og forventninger. Ziehe beskriver at trods de mange muligheder den unge har, så er gabet mellem forventninger og indfrielsesmuligheder gradvist øget, hvilket for den unge kan være udslagsgivende i form af utilstrækkelighedsfølelser, depression, lidelse og somatisk sygdom (Stubenrauch and Ziehe, 1982).

Med udgangspunkt i ovenstående analyse, kan det udledes at den unges adfærd og mentale sundhed i høj grad påvirkes af samfundet og de omgivelser den unge befinder sig i. Ved at forebygge og sundhedsfremme på et mere strukturelt niveau, vil der være større sandsynlighed for at påvirke den unges adfærd og sundhed, da dette er afhængig og påvirket af diskurser, vilkår, normer og gældende lovgivning i samfundet (Dahlgren and Whitehead, 2007). Analysen vil dermed tage udgangspunkt i gældende tilgange til unges mentale sundhed, både på et makro-, meso- og mikroniveau.

2.4 Afgrænsning

Med udgangspunkt i specialets problemanalyse er det fremanalyseret, at andelen af unge med nedsat mental sundhed har været stigende gennem de seneste år. Denne uhensigtsmæssig stigning kan blandt andet tilskrives de samfundsstrukturelle ændringer, der gennem de seneste år har præget udviklingen af det moderne samfund. Ungdommen er en sårbar fase, hvor individet gennemgår mange forandringer – både psykisk, fysisk og socialt. Dertil kommer samfundets krav om øget præstation og effektivisering, der tilsammen vurderes at have negative konsekvenser for unges mentale sundhed. Mental sundhed har betydning for befolkningens sundhed – og sygelighed, hvorved nedsat mental sundhed betragtes som værende et voksende folkesundhedsmæssigt problem, da konsekvenserne forekommer på både individ – og samfundsniveau. Med udgangspunkt i ovenstående viden, vurderes det derfor relevant, at rette et folkesundhedsmæssigt fokus på unges mentale sundhed, hvorfor målgruppen i indeværende speciale er afgrænset hertil.

I de internationale – og nationale sundhedspolitikker italesættes mental sundhed i langt større omfang end tidligere. I en række deklARATIONER italesættes vigtigheden af det forebyggende – og sundhedsfremmende arbejde med mental sundhed. I dansk kontekst har Sundhedsstyrelsen i 2012, med udgangspunkt i WHO's anbefalinger, udarbejdet en forebyggelsespakke, der har til formål at hjælpe landets kommuner med at integrere og forvalte mental sundhed i det forebyggende- og sundhedsfremmende arbejde. Der mangler systematiske evalueringer af indsatserne, hvorfor effekterne af interventioner er ukendte. Dog ses der, trods megen fokus og omtale af nedsat mental sundhed samt konsekvenserne heraf, fortsat en negativ stigning i andelen af unge med nedsat mental sundhed. I nærværende speciale findes det derfor højaktuelt, at undersøge hvordan mental sundhed italesættes i nationale og kommunale forebyggende – og sundhedsfremmende strategier og anbefalinger, samt hvordan dette er italesat gennem nyhedsmedierne. Grundet manglende viden om effekten af nationale tiltag rettet mod unges mentale sundhed, søges viden om hvilke strategier der i andre sammenhæng ses effektive. Herigennem undersøges det, i hvilket omfang der ses begrundet forandringspotentialer, ift. at forbedre unges mentale sundhed. Dette fokus skal være medvirkende til at frembringe elementer til forandring af nuværende sundhedsfremmende- og forebyggende tiltag, der har til formål at forbedre unges mentale sundhed.

2.5 Formål

Formålet med dette speciale er at fremanalysere et vidensgrundlag for en forandring indenfor det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed. Dette med henblik på, at fremme unges mentale sundhed og påvirke den stigning, der ses i antallet af unge med nedsat mental sundhed. I nedenstående problemformulering ses en tredeling, hvor første del besvares gennem en diskursanalyse af udvalgte dokumenter, herunder både nationale og kommunale dokumenter, samt nyhedsmedier. Anden del af problemformuleringen besvares gennem en systematisk litteratursøgning, med fokus på hvilke interventioner der er anvendt i internationale studier. Dermed ønskes herigennem at opnå viden om et forandringsgrundlag som fremadrettet kan være gavnligt i arbejdet med at fremme unges mentale sundhed, ligesom det kan anvendes som inspiration til yderligere forskning indenfor området.

2.5.1 Problemformulering

Hvilke dominerende diskurser italesættes i det nuværende forebyggende- og sundhedsfremmende arbejde med unges mental sundhed i Danmark?

Hvilke strategier anvendes i forebyggende- og sundhedsfremmende interventioner rettet mod at forbedre unges mentale sundhed?

Hvordan kan forebyggende- og sundhedsfremmende tiltag forandres og udbydes, med udgangspunkt i specialets fund, så der skabes en positiv indvirkning på unges mentale sundhed?

3.0 Metode

I nedenstående afsnit beskrives og redegøres for de metoder og redskaber, der i specialet udgør den metodiske ramme for besvarelsen af problemformuleringen. Indledningsvist præsenteres den videnskabsteoretiske position specialet tager afsæt i. Med udgangspunkt heri, præsenteres diskursanalysen, der anvendes som metode til at fremanalysere hvordan forebyggelse og sundhedsfremme af unges mentale sundhed italesættes, i nationale-, kommunale-, og nyhedsmediers perspektiv. Til dette formål anvendes en kritisk diskursanalytisk tilgang til de udvalgte dokumenter, hvorunder analysemodel, udvælgelse af inddragede dokumenter samt analysestrategi efterfølgende præsenteres. Til besvarelse af anden del af problemformuleringen, anvendes en systematisk litteratursøgning på internationale relevante databaser samt inddrages relevant teoretisk ramme. Afslutningsvis vil tredje del af problemformuleringen blive besvaret med afsæt i specialets fund fra henholdsvis diskursanalysen af udvalgte dokumenter samt litteratursøgningen. De vil indgå i en samlet teoretisk funderet syntese, der herigennem skal være medvirkende til at frembringe resultater der kan anvendes som beslutningsgrundlag for forandring af problemfeltet ift. unge med nedsat mental sundhed.

3.1 Videnskabsteoretisk position

I følgende afsnit gøres rede for hvilke ontologiske, epistemologiske og metodologiske refleksioner nærværende speciale er funderet på.

Ifølge Klaus Høyer, er ontologi læren om hvilke antagelser vi har om virkeligheden og dens beskaffenhed, om det værende og om tings væsen (Høyer, 2012). Verden kan dermed anskues med udgangspunkt i tre forskellige ontologiske perspektiver; *en stabil, en foranderlig og en flydende ontologi*. Den foranderlige ontologi positionerer sig som en blandingsform mellem to yderpunkter (Høyer, 2012). På baggrund af denne ontologiske forståelse, erkendes det, at omverdenen forandrer sig alt efter aktørernes fortolkning af den. Samtidig erkendes det, at der er en indbyrdes gensidig relation, hvor aktørerne ligeledes forandres af den sammenhæng de indgår i (Høyer, 2012). Med udgangspunkt i forståelsen af, at verden er i konstant bevægelse, læner specialet sig op ad den foranderlige ontologi. Hvor ontologi handler om, hvordan verden opfattes, handler epistemologi om, hvordan viden om det værende opnås (Høyer, 2012).

Det ontologiske og epistemologiske ståsted i specialet danner grundlag for de videre metodologiske valg, samt for den valgte videnskabsteoretiske position (Juul Søren and Pedersen, 2012). I specialet

inddrages en poststrukturalistisk tilgang. Poststrukturalismen er en position der er opstået i forlængelse af strukturalismen, men skal dog her forstås som en videreudvikling af strukturalismens metode og forskningsinteresse (Esmark and Lausten, 2015). Argumentet for at positionere sig inden for dette felt er, at poststrukturalismen er optaget af sprogligt konstruerede forståelser af virkeligheden. Viden forstås dermed som konstrueret gennem sproget, hvormed der tager udgangspunkt i lingvistikken. Grundlæggende er sproget medvirkende til at gøre strukturer ustabile og foranderlige (Esmark and Lausten, 2015). Centralt for poststrukturalismen er ligeledes elementer såsom *tidslighed* og *historicitet*. Når tidsaspektet i denne sammenhæng sættes i fokus, er det for at erkende, at strukturer i poststrukturalismen er *åbne* og *foranderlige* og som genstand for konstant forskydning, hvor strukturer hele tiden skabes, bekræftes, nedbrydes og genopstår (Esmark and Lausten, 2015). Denne erkendelse ses i overensstemmelse med specialets problemanalyse, hvor der fokuseres på de strukturelle ændrings betydning, for unges mentale sundhed. På baggrund af ovenstående og specialets problemformulering vurderes det relevant at benytte en diskursanalytisk tilgang som redskab til at frembringe viden. Diskursbegrebet tager afsæt i en ontologisk antagelse om, at vores adgang til virkeligheden går gennem sproget, idet vi kan give den materielle verden betydning på grundlag af de sproglige strukturer, der betinger vores tænkning (Koch and Nexø, 2011). Fokus i nærværende speciale er derfor, med udgangspunkt i en diskursanalytisk tilgang, at frembringe italesættelsen af mental sundhed. Der søges viden om sprogets indvirkning på forståelsen af virkeligheden, altså måden hvorpå sproget *konstruerer* virkeligheden, men samtidig erkendes det, at de samfundsmæssige strukturer ligeledes *konstituerer* det italesatte (Koch and Nexø, 2011). Denne videnskabelige tilgang vurderes at kunne danne baggrund for, at indfange de strukturelle samfundsmæssige træk, der gennem lingvistisk tekstanalyse søges fremanalyseret. Da poststrukturalismen er en kritisk videnskab, der insisterer på at frembringe ny viden, frem for at akkumulere eller reproducere den, muliggør denne position gennem analysen, at undersøge og diskutere de dominerede diskurser der ses om unges mentale sundhed (Esmark and Lausten, 2015). Denne viden kan derfor danne grundlag for et forandringspotentialer inden for feltet, der har til formål at forbedre unges mentale sundhed. I nedenstående afsnit uddybes den i specialet anvendte analysemetode.

3.2 Diskursanalyse – som forskningsmetode

I dette afsnit belyses den teoretiske og metodiske baggrund for diskursanalysen, herunder den valgte diskursanalyses ontologi, epistemologi og videnskabsteoretiske position. Formålet hermed er at sikre konsistens mellem måden hvorpå viden opnås gennem analysen og specialets generelle tilgang til vidensproduktion. Det metodologiske udgangspunkt for diskursanalysen beskrives i næste afsnit, *Analysemodel*, her præsenteres en uddybning af hvorledes diskursanalyse anvendes som analysestrategi i nærværende speciale.

Begrebet *diskurs* dækker over en måde hvorpå verden omtales og forstås. De sociale domæner vi agerer indenfor, påvirker måden hvorpå sproget anvendes til at danne udsagn (Jørgensen and Phillips, 1999). Sproget er dermed, indenfor det diskursanalytiske felt, med til at skabe viden. Den fremkomne viden er indenfor diskursanalytisk forståelse aldrig en spejling af allerede eksisterende viden, men en ny opstået viden (Phillips, 2015). *Diskursanalyse*, er dermed en analyseform der søger at klarlægge de mønstre der ligger bag de konstruerede diskurser (Jørgensen and Phillips, 1999). Indenfor diskursanalyse søges det dermed ikke at fremanalysere en objektiv og selvfølgelig viden, da viden konstrueres gennem sproget og er et produkt af måden hvorpå verden kategoriseres på (Jørgensen and Phillips, 1999). Virkeligheden vil hermed ikke fremstå på samme måde indenfor de forskellige sociale domæner, da forståelsen af virkelighed er kontekstafhængig og omskiftelig (Phillips, 2015). I henhold til specialets problemfelt, er forståelsen af mental sundhed og arbejdet hermed altså afhængig af den måde, hvorpå fænomenet italesættes i forskellige sociale domæner.

Indenfor diskursanalyse findes flere forskellige diskursive tilgange, der alle deler en række fællestræk, men ligeledes adskiller sig fra hinanden ved deres metodologi og teori (Phillips, 2015).

I nærværende analyse søges inspiration i den britiske professor i lingvistik, Norman Faircloughs kritisk diskursanalytiske tilgang. Når der anlægges en kritisk tilgang til diskursanalyse, skyldes det oftest et politisk engagement i social forandring (Jørgensen and Phillips, 1999). Hermed indtager den kritiske diskursanalyse ikke en politisk neutral position, men placerer sig hos de socialt udsatte grupper. Phillips og Jørgensen beskriver at denne analyseform kan anvendes når formålet er at skabe ”en kamp for radikal social forandring” (Jørgensen and Phillips, 1999). Denne analysestrategi findes dermed som et godt metodisk redskab at anvende i undersøgelsen af den opstillede problemformulering, der netop har fokus på at undersøge hvordan gældende social praksis ift. det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde kan forandres, med det formål at fremme den mentale sundhed.

Fairclough har i sit værk *Discourse and Social Change* beskrevet den kritisk diskursanalytiske tilgang, som hovedsageligt karakteriseres ved en kombination af tekstorienteret tilgang, hvortil Fairclough har hentet inspiration fra Michael Hallidays systemiske lingvistiske analyse, hvor den sociale praksis analyseres i henhold til sociale strukturer (Fairclough, 1992, 2008). Hermed vurderes Fairclough at have et poststrukturalistisk syn på diskurser, idet der tages udgangspunkt i lingvistikken som afgørende for vidensproduktion, hvorfor betydningen og den viden der indhentes skifter fra diskurs til diskurs og tilsammen danner en betydning i en social interaktion (Phillips, 2015). Fairclough ser en diskurs som både konstituerende for den sociale praksis, og konstitueret af den sociale praksis, hvorfor hans tilgang rækker ud over en lingvistisk poststrukturalistisk tilgang, og samtidig inddrager den sociale praksis. Med denne tilgang adskiller forståelsen af diskurs sig derfor fra den traditionelle lingvistiske forståelse, som fokuserer på enkeltsætninger eller mindre grammatiske enheder (Fairclough, 2008).

I Faircloughs kritiske diskursanalyse, kan det særligt i forandringsperspektivet ses at han udover at inddrage den lingvistiske analyse ligeledes inddrager den diskursive og sociale praksis, hvor begreberne *ideologi*, *hegemoni* og *dominans*. Dette gør det muligt at analysere hvorledes diskurserne i de forskellige sociale domæner, der i specialet repræsenteres gennem de udvalgte dokumenter, ses dominerende i forhold til hinanden. Her faciliterer Fairclough gennem begrebet hegemoni et fokus på forandring (Fairclough, 2008), hvormed begrebet findes aktuelt at inddrage ift. besvarelsen af specialets problemformulering, der har fokus på at bidrage med begrundede forslag til forandringer af praksis i relation til forebyggelse og sundhedsfremme af unges mentale sundhed. De begrebsmæssige uddybninger præsenteres i specialets analysestrategi, der præsenteres under afsnittet 3.3 *Analysemodel*.

Idet Fairclough er forankret i et dialektisk perspektiv, hvor verden er konstrueret og konstrueres ud fra den måde den italesættes på, påvirker sproget ifølge Fairclough den sociale praksis (Fairclough, 2008). Hans ontologiske ståsted hviler derfor på en forståelse af, at sproget har magt og at viden konstrueres i det italesatte. Ifølge Fairclough kan verden undersøges og forstås gennem diskurser, som danner rammen om hans epistemologiske tilgang (Fairclough, 2008). Dette ses i overensstemmelse med specialets tilgang til vidensproduktion, hvor viden erkendes som konsekvens og resultat af, de i samfundet sociale kontekster og diskurser. Der anlægges dermed en dialektisk forståelse af diskurser og sociale strukturer. Hermed ses der ikke en objektiv virkelighed, hvorfor Faircloughs tilgang til diskursanalyse, vurderes som en anvendelig metode til at undersøge hvorledes

forebyggende – og sundhedsfremmende arbejde med unges mental sundhed italesættes og forstås i forskellige samfundsmæssige kontekster.

Det pointeres af Fairclough, at diskursanalyse ikke alene er fastlåst som en direkte fremtrædende metode, men skal snarere forstås som en kombination af teori og metode. Nærmer betegnet et teoretisk perspektiv på sprog og *semiosis*, der indebærer alle former for menings – og betydningskabelse, visuelle billeder, kropssprog såvel som verbalt sprog (Fairclough, 2008).

Diskursanalyse kan derfor som metode bidrage til at studere og afdække diskursive forandringer, der hovedsageligt tager afsæt i tekster og findes relevant at anvende i specialets videre udformning. Formålet med at anvende en kritisk diskursanalytisk tilgang til problemstillingen er derfor, at fremanalysere hvilke diskurser der dominerer i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med unges mental sundhed, for herigennem at muliggøre besvarelsen af den samlede problemformulering. Fairclough beskriver selv, at hans tilgang til diskursanalyse skal forstås som guidelines, der skal tilpasses til hvert enkelt forskningsprojekt (Fairclough, 1992). Derfor er der i specialet søges inspiration i Faircloughs udlægninger, for herigennem at strukturere den tilgang der findes anvendelig til besvarelse af problemformuleringen.

3.3 Analysemodel

Med udgangspunkt i Faircloughs diskursanalytiske begrebsapparat præsenteres i indeværende afsnit en metodisk redegørelse for hvordan det analytiske arbejde vil foregå gennem specialets analyse. Indledningsvist præsenteres de dokumenter hvori der tages afsæt for analysen, hvorefter analysestrategien og de anvendte begreber og metoder fra Fairclough beskrives nærmere.

3.3.1 Udvælgelse af dokumenter til diskursanalyse

I følgende afsnit præsenteres de udvalgte dokumenter der danner grundlag for den fremadrettede analyse (for fremtiden omtalt som dokumenter). Da der i specialet anlægges et bredt fokus på problemstillingen, inddrages derfor både et nationalt – og kommunalt perspektiv samt nyhedsmediernes perspektiv på det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde ift. unges mentale sundhed. I udvælgelsesprocessen opstilles nogle in – og eksklusionskriterier, der har indflydelse på udvælgelsen af dokumenter, der har relevans for specialets problemformulering. En ofte anvendt sondring foreslår, at dokumenterne vurderes med henblik på deres *autenticitet*, *troværdighed*, *repræsentativitet* og *mening* (Lynggard, 2015). I nærværende speciale vurderes dokumenterne med udgangspunkt i deres repræsentativitet, hvilket betyder, at de i deres udformning skal indeholde det

undersøgte fænomen, samt være repræsentativ for målgruppen der undersøges. Dokumenterne skal anvendes til at opnå en bred forståelse af, hvordan unges mentale sundhed italesættes i sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde. I forlængelse heraf, søger nærværende speciale at undersøge problemfeltet i dansk kontekst, med hvilket der er opstillet et inklusionskriterie, at alle udvalgte dokumenter bidrager med perspektiver i dansk kontekst. Yderligere er det afgørende, at de udvalgte dokumenter har et forebyggende og/eller sundhedsfremmende perspektiv, samt at de omhandler unge og mental sundhed. De nationale og kommunale dokumenter skal desuden indeholde sundhedspolitiske målsætninger og strategier. Udover nationale og kommunale dokumenter, inddrages ligeledes dokumenter fra nyhedsmedier. Nyhedsmedierne dækker over f.eks. artikler, kronikker i dagspressen, debatindlæg, opslag på sociale medier mm. Dette perspektiv inddrages i diskursanalysen, for at opnå en nuanceret forståelse og formidling af, hvilke diskurser der præger forståelsen og arbejdet med sundhedsfremme- og forebyggelse af unges mentale sundhed. Nyhedsmedierne repræsenterer i diskursanalysen de arenaer, der ikke er direkte underlagt den politiske dagsorden. I nærværende speciale betragtes moderne massemedier som centrale og selvstændige producenter af virkelighedsbilleder og symboler, der gensidigt påvirker befolkningens og politikernes måde at opfatte et emne på. Der er på baggrund af ovenstående kriterier udvalgt 10 dokumenter, der vurderes relevante at undersøge gennem en diskursanalyse, med formålet at opnå viden der kan bidrage til besvarelse af specialets problemformulering. Dokumenterne er præsenteret i tabel 1 herunder.

Dokumenter	Dokumentets indhold og formål
Nationalt perspektiv	Regeringens bud på en forebyggelsespolitik, der skal sikre flere leveår for alle. Dokumentet indeholder nationale mål for udviklingen af danskernes sundhed frem til år 2024. Her fremgår det blandt andet, at flere børn skal trives og have en god mental sundhed. Desuden frembringes en uddybelse af, hvordan regeringen ser roller og ansvar i forhold til forebyggelse af sygdom, herunder mental sundhed og til opnåelse af de nævnte nationale mål. Gennem dokumentet henvises til forebyggelsespakken, som et redskab til kommunerne kan anvende i det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde, hvorfor forebyggelsespakken ligeledes er udvalgt som et relevant dokument (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014)
<i>Sundere liv for alle – nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år</i> (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014).	

Nationalt perspektiv	Ifølge Sundhedsstyrelsen er formålet med denne, at understøtte kommunernes arbejde med at fremme borgerens mentale sundhed. Herunder at styrke de sundhedsfremmende aktiviteter, som er medvirkende til at skabe rammer og forudsætninger for en god mental sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2018c).
<i>Forebyggelsespakke – Mental sundhed</i> (Sundhedsstyrelsen, 2018c).	
Nationalt perspektiv	Dokumentet er den tidligere siddende Regerings udspil i henhold til sundhedspolitikker og økonomiske midler, der har til hensigt at styrke indsatser for at forebygge og sundhedsfremme mental sundhed i befolkning. I dokumentet er der særligt anlagt fokus på unge (Regeringen <i>et al.</i> , 2012). Formålet med at inddrage denne er at opnå et indblik i den ideologiske baggrund for de beslutningsprocesser der præger det forebyggende – og sundhedsfremmende arbejde i Danmark samt få indblik i, hvordan de nationale mål forplanter sig i det videre organisatoriske system.
<i>Udmøntning af satspuljen 2013</i> (Regeringen <i>et al.</i> , 2012).	
Kommunalt perspektiv	Dokumentet er Silkeborg Kommunes generelle sundhedspolitik. Dette dokument inddrages for at opnå et indblik i, hvilke tilgange der præger det sundhedspolitiske arbejde, her med særligt fokus på politikker indenfor børn – og ungeområdet (Silkeborg Kommune, 2012a).
<i>Det gode og sunde liv – Sundhedsfremme- og Forebyggelsespolitik for Silkeborg Kommune 2012-2015</i> (Silkeborg Kommune, 2012a).	
Kommunalt perspektiv	Dokumentet er et tillæg til kommunens generelle politik, der beskriver handleplaner relateret til det forebyggende – og sundhedsfremmende arbejde. Heri forefindes et fokuspunkt omhandlende mental sundhed. Dokumentet anvendes til at fremanalysere hvilke diskurser der præger det handlingsrettede arbejde på kommunalt plan (Silkeborg Kommune, 2012b).
<i>Handleplan for Sundhedsfremme – og Forebyggelsespolitikken</i> (Silkeborg Kommune, 2012b).	
Kommunalt perspektiv	Dokumentet er Silkeborg kommunes politik, der særligt henvender sig specialets målgruppe. Dokumentet indeholder visioner, værdigrundlag og strategier ift. det politiske arbejde med børn og unge. Politikken har en holistisk tilgang til målgruppen og favner dermed andre elementer end mental sundhed (Silkeborg Kommune, 2007).
<i>Den sammenhængende Børne – og Ungepolitik</i> (Silkeborg Kommune, 2007).	
Kommunalt perspektiv	Dokumentet er Silkeborg kommunes nyeste politiske udspil til målgruppen børn – og ungeområdet. Denne politik afløser den tidligere Skolepolitik, og indeholder beskrivelser af hvordan kommunen vil arbejde/arbejder med at sikre læring, trivsel samt gode rammer for børn og unge. Politikken
<i>Læring og Trivselspolitik 2021</i> (Silkeborg Kommune, 2012c).	

	indeholder ikke direkte handleplaner (Silkeborg Kommune, 2012c).
Nyhedsmediernes perspektiv	En artikel fra hjemmesiden vores svære ungdom. Artiklen problematiserer den måde hvorpå unges mentale sundhed prioriteres i dag. Det uddybes i artiklen at en større politisk indsats er nødvendig i arbejdet med at fremme unges mentale sundhed og at specielt børn og unges omgivelser er medvirkende til at skabe den stigning der ses i børn og unge med nedsat mental sundhed (Ungdom, 2018).
<i>Mental sundhed skal i fokus, hvis ungdommen skal trives</i> (Ungdom, 2018).	
Nyhedsmediernes perspektiv	Artiklen problematiserer et nuværende stort fokus på individuel behandling og forebyggelse af psykiske lidelser og påpeger at det fokus der er på mental sundhed er ufuldstændigt. Det uddybes i artiklen at især frivillige fællesskaber kan være en modpol til den individualisering der foregår og menes at være af afgørende betydning for unges mentale sundhed 2018 (Koushede and Morgenstjerne, 2018).
<i>Debat: Frivillige fællesskaber er vejen til bedre mental sundhed</i> (Koushede and Morgenstjerne, 2018).	
Nyhedsmediernes perspektiv	Artiklen problematiserer den negative udvikling i antallet af unge med nedsat mental sundhed. Det påpeges i artiklen at der i samfundet er et stort fokus på behandling af psykiske sygdomme, men et mindre fokus på forebyggelse og sundhedsfremme indenfor unges mentale sundhed. Yderligere problematiseres den måde hvorpå samfundet opstiller krav til unge mennesker, som menes at være stigende, uden at der i samfundet tages hånd om hvordan unge klædes på til at klare de krav og det pres de udsættes for. Det er et gennemgående ønske i artiklen om at styrke den forebyggende og sundhedsfremmende tilgang i arbejdet med at fremme unges mentale sundhed (Madsen, Teilmann and Birk, 2018).
<i>Vi måler, veje og tester vores børn. Hvad bilder vi os egentlig ind?</i> (Madsen, Teilmann and Birk, 2018).	

Tabel 1 - Dokumenter anvendt i diskursanalysen

3.3.2 Analysestrategi

En diskursanalyse er en analyse af mønstre, der er struktureret på baggrund af sproget (Jørgensen and Phillips, 1999). Der findes ikke konkrete metodiske analysestrategier for hvordan en kritisk diskursanalyse udføres, da det ifølge Fairclough afhænger af materiale der analyseres og det formål hvormed det analyseres (Fairclough, 1992). I nærværende analyse tages udgangspunkt i diskursforståelsen og dertilhørende begreber udledt af Fairclough. Analysestrategien opdeles ud fra Faircloughs tre dimensioner, som består af *tekstanalyse*, *diskursiv praksis* og *social praksis*. De tre dimensioner; *tekst*, *diskursiv praksis* og *social praksis* udgør tilsammen en beskrivende og

fortolkende del af den samlede analyse (Fairclough, 2008). I de tre dimensioner inddrages Faircloughs begreber *modalitet*, *intertekstualitet* samt *hegemoni*, *ideologi* og *dominans*.

Herunder ses redegørelse for analysestrategien med anvendelse af de tre dimensioner. Afslutningsvist i afsnittet findes figur 3, der er en visualisering af det anvendte analyseværktøj. Analyseværktøjet findes ligeledes i bilag 1.

3.3.2.1 Analysestrategi – Dimension 1

Fairclough beskriver den første dimension, *tekst*, som en lingvistisk analyseform, hvor blandt andet ordvalg, skriftsystemer og sætningsgrammatik i en tekst analyseres. I nærværende speciale er første dimension opdelt i tre trin, hvormed den lingvistiske analyse af dokumenterne foregår over flere trin. Trin et består af en tekstnær gennemgang af de udvalgte dokumenter, for herigennem at frembringe en helhedsforståelse af materialet og dets formål. På andet trin udledes sekvenser der vurderes centrale til besvarelse af problemformuleringen, hermed sker en datareduktion hvor dokumenterne nedbrydes og sorteres i sekvenser. Der er til dette formål formuleret to undersøgelsesspørgsmål, der vurderes at omfavne de temaer der findes relevante i besvarelsen af problemformuleringen. Undersøgelsesspørgsmålene lyder som følge;

”Hvordan italesættes det sundhedsfremmende - og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?”

”Hvilke handlingsrettede aktiviteter beskrives i det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?”

På trin tre analyseres de udledte sekvenser med udgangspunkt i Faircloughs begreb *modalitet*. Fairclough beskriver formålet med at analysere tekstens modalitet således;

”The objective is to determine patterns in the text in the degree of affinity expressed with propositions through modality”(Fairclough, 1992).

Der findes altså strukturer i sekvenserne, der kan bidrage til at synliggøre afsenderens *affinitet* til det sagte, hvor affiniteten er et udtryk for afsenderens tilslutning til udsagnet (Fairclough, 2008). Modalitets-begrebet anvendes ligeledes til at analysere måden hvorpå afsenderen af dokumenterne positionere sig til udsagnet gennem sprogbrug, samt hvilke konsekvenser samt betydningssystemer

der gør sig gældende igennem det italesatte (Fairclough, 2008). Begrebet vurderes at kunne favne bredt, da modaliteten i teksterne er medvirkende til at undersøge, hvordan producenten af teksten, gennem sproget, viser affinitet til udsagnet samt hvilken konsekvens det har for dialogen (Fairclough, 2008). Ydermere vurderes begrebet modalitet at kunne bidrage til at opnå en besvarelse af problemformuleringen, da det herigennem er muligt at fremanalysere de dominerende diskurser der ses i dokumenterne.

Følgende undersøgelsesspørgsmål er udarbejdet med det formål at fremanalysere modalitetsformer i udsagnene.

”Hvordan er tekstens modalitet med til at udtrykke afsenderens holdning til eller vurdering af det italesatte?”

Når der i specialet analyseres ud fra begrebet modalitet, anlægges et fokus på teksternes affinitet til udsagnet ved brug af specifikke hjælpeverber som *skal*, *burde*, *kunne*, *må* (Fairclough, 2008). Ligeledes fokuseres på tidsangivelsen i verbet, idet anvendelsen af nutidsverbet *er*, ifølge Fairclough, giver fuld accept af udsagnet, også kaldt kategorisk modalitet (Fairclough, 2008). Yderligere søges efter modale adverbier såsom *måske* eller *selvfylgelig* samt forbeholdende verber *sådan lidt*, *en smule* og lignende. Disse modalitetsanvendelser bidrager med viden om afsenderens tilslutning til eget udsagn (Fairclough, 2008).

3.3.2.2 Analysestrategi – Dimension 2

Anden dimension beskriver den *diskursive praksis*. I denne dimension analyseres det hvordan teksten er produceret, i forhold til de institutionelle processer teksten er involveret i (Fairclough, 2008). Formålet med denne analysedimension er at undersøge om de udvalgte dokumenter trækker på diskurser der allerede eksisterer, eller producere nye diskurser (Jørgensen and Phillips, 1999).

Herigennem klarlægges eventuelt eksisterende diskursers oprindelse samt undersøges hvorvidt der foregår diskursive kampe mellem de analyserede dokumenter. Særligt lægges gennem den diskursive praksis vægt på at fremanalysere måden hvorpå ideologier og syn på sundhedsfremme- og forebyggelse er genereret i dokumenterne, for herigennem at klarlægge fremtrædende diskurser. I denne dimension analyseres den diskursive praksis med anvendelse af Faircloughs begreb *intertekstualitet* (Fairclough, 2008). Den diskursive praksis repræsenterer ifølge Fairclough en medierende del mellem den tekstuelle og den sociale praksis (Fairclough, 2008). Hermed fremstår denne del som et mellemlid, hvor dokumenternes diskurs formes af den sociale praksis, ved at denne

sætter rammerne for hvordan dokumenterne produceres i den diskursive praksis. Herunder hvilke magtrelationer der ses i de forskellige diskurser og hvilken betydning det har for de fremførte diskurser (Fairclough, 2008). Fairclough beskriver anvendelsen af begrebet *Intertextual chains*, og beskriver det således;

"The objective here is to specify the distribution of a (type of) discourse sample by describing the intertextual chains it enters into, that is, the series of text types it is transformed into or out of." (Fairclough, 1992)

Her undersøges det, hvordan dokumentet er forbundet til andre dokumenter, for at finde frem til hvilke diskurser der trækkes på. I analysen foregår dette med udgangspunkt i de sekvenser der er fremanalyseret af første dimension, suppleret med udtræk fra dokumenterne, der bidrager til at opnå en forståelse af sammenhængen hvori dokumentet er produceret.

3.3.2.3 Analysestrategi – Dimension 3

Den tredje og sidste dimension Fairclough beskæftiger sig med er *social praksis*. Denne dimension er svært at komprimere ned til en begrebslig tilgang, hvorfor Fairclough beskriver at elementerne han præsenterer i denne dimension udelukkende skal tages som en meget overordnet guide (Fairclough, 1992). I specialets problemformulering er fokus på dominerende diskurser, herunder ideologier og dominansrelationer i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med unges mentale sundhed. Derfor tages der i denne dimension udgangspunkt i begrebet *hegemoni* som ifølge Fairclough betyder lederskab og dominans indenfor forskellige ideologiske domæner i samfundet. Han betegner at hegemoni er en konstant ideologisk kamp mellem klasser for at opretholde dominansrelationer (Fairclough, 2008).

Hegemoni er ifølge Fairclough, et begreb som kan facilitere et fokus på forandring (Fairclough, 2008). For at forstå begrebet hegemoni, er det nødvendigt at se på de forandringsprocesser der finder sted i diskursive begivenheder. Forandringer sker ifølge Fairclough bl.a. når der opstår modsætninger mellem på den ene side traditionelle højreorienterede politisk diskursive praksisser, samt de traditioner de er forankret i, og på den anden side en verden i forandring (Fairclough, 2008). Denne konfrontation mellem forskellige diskursive retninger skaber et dilemma, der ofte løses ved at tilpasse eksisterende tilgange til den forandring der skaber dilemmaet, hvormed der ses en diskursiv forandring (Fairclough, 2008). Ifølge Fairclough skal der altså opstå uoverensstemmelser mellem en

diskursiv praksis og den sociale praksis den agerer i, før en ny eller forandret diskurs bliver dominerende. *Hegemoni* kan ifølge Fairclough anvendes i den tredeling af analysen, som er anvendt i nærværende speciale, ved at inddrage begrebet i 3. dimension til at forstå den sociale praksis og de magtrelationer der findes heri. Yderligere kan hegemoni begrebet anvendes til at opnå en forståelse af, om eksisterende hegemonier reproduceres eller om diskurserne er med til at skabe nye hegemonier i den sociale praksis (Fairclough, 2008).

I den sociale praksis ses der yderligere på de bagvedliggende *ideologier* i de udvalgte dokumenter, som ifølge Fairclough blandt andet skabes af diskurser (Fairclough, 2008). Ideologier kan ifølge Fairclough forstås som konstruktioner af virkeligheden, der er indbygget i forskellige diskursive praksisser og bidrager til produktion, reproduktion og transformation af dominansrelationer (Fairclough, 2008). Dermed tjener former for sprogbrug og symbolske former, at opretholde eller etablere dominansrelationer. Yderligere påpeges det, at en diskursiv kamp, altså en moddiskurs, kan omforme diskursive praksisser og de bagvedliggende ideologier, hvormed der i sidste ende kan ske en omstrukturering af dominansrelationer bag et fænomen (Fairclough, 2008).

Analysedimensioner	Fokuspunkter	Eksempel fra dokumenter	Eksempel på fortolkning
Dimension 1: <i>Tekstanalyse i tre trin</i> Trin 1: <i>Gennemlæsning af dokumenter</i> Trin 2: <i>Udtræk af sekvenser til besvarelse af forskningsspørgsmål</i> <i>Her henvises til bilag 2</i> Trin 3: <i>Analyse af modalitet i udvalgte sekvenser</i>	Trin 1: Gennemlæsning af dokumenter, for at opnå en helhedsforståelse Trin 2: Uddrag af sekvenser der bidrager til at begribe tekstens tilgang til unges mentale sundhed, med udgangspunkt i de opstillede undersøgelses-spørgsmål. Trin 3: Fokus på <i>modalitet</i>. Fremanalyseres ved brug af Faircloughs grammatiske begreber, til at undersøge hvordan afsenderen ved hjælp af sproget viser affinitet ift. udsagnet. Anvendte grammatiske begreber: Hjælpeverber; f.eks. <i>skal, burde, må</i> Modal adverbier; f.eks. <i>måske, selvfølgelig, aldrig</i> Forbehold; f.eks. <i>næsten, en smule</i> Tidsangivelser; <i>er, var</i>	Trin 1: Intet specifikt fokusområde i dokumenterne Trin 2: <i>"Alle børn har ret til et liv uden mobning og med høj trivsel. Vi skal sikre, at alle børn, der vokser op i Danmark, kan udfolde deres fulde potentialer. Derfor er det vigtigt, at vores børn vokser op i trygge omgivelser med støttende og fortrolig voksenkontakt og uden mobning."</i> (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014) Trin 3: <i>"Et godt helbred er vigtigt for menneskers frihed til at kunne leve det liv, de ønsker"</i>. (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014)	Trin 1: Der foregår ikke fortolkning – her læses teksten i sin helhed for at danne et overblik. Trin 2: Der foregår ikke fortolkning på dette trin Trin 3: <i>"Her er tidsangivelsen 'er' en nutidsangivelse, hvormed der ses kategorisk modalitet, der viser at afsenderen viser høj grad af affinitet til udsagnet."</i>

Dimension 2: <i>Diskursiv praksis</i>	Fokus på Faircloughs begreb <i>intertekstualitet</i> . Her undersøges det hvordan dokumenterne henviser direkte eller indirekte til andre dokumenter/tekster. Her undersøges det om der trækkes på andre diskurser (interdiskursivitet) eller om der genereres nye diskurser.	<i>"Den mest anvendte forståelse af mental sundhed og den, som WHO og Sundhedsstyrelsen eksempelvis bruger, er "en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, på frugtbar vis kan arbejde produktivt samt er i stand til at yde et bidrag til fællesskabet" (Koushede and Morgenstjerne, 2018).</i>	<i>"Samtidig henviser og refererer dokumenterne også til udenforstående dokumenter. Her kan nævnes at både de nationale og kommunale dokumenter samt medierne direkte og indirekte trækker på den forståelse af mental sundhed, som tidligere er defineret af WHO. Dermed kan dele af dokumenterne, ifølge Fairclough, forstås som en konstituerende tilføjelse til allerede eksisterende diskurser (Fairclough, 2008)."</i>
Dimension 3: <i>Social praksis</i>	Fokus på <i>hegemoni</i> og <i>ideologi</i> . Her undersøges det hvordan den diskursive praksis der fremanalyses i dimension 2 indgår i en sociale praksis. I social praksis ses nogle magtrelationer, hvori de fremanalyserede diskurser søges placeret ved anvendelse af Faircloughs begreber.	<i>"Vi skal gøre en fælles indsats for at skabe sunde rammer og understøtte de mennesker, der ønsker en sund eller sundere livsstil. Det betyder også, at den enkelte har et ansvar for at have opmærksomhed på eget helbred."</i> (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014)	<i>"Gennem de nationale og kommunale dokumenter gives overvejende udtryk for en liberalistisk ideologi, hvor der fokuseres på den enkeltes frihed til at skabe det gode liv. Hermed placeres ansvaret for dette ligeledes hos individet."</i>

Figur 3 - Analyseværktøj

3.4 Litteratursøgning

I følgende afsnit beskrives specialets systematiske litteratursøgning. Afsnittet har til formål at skabe en detaljeret og transparent dokumentation for den valgte dataindsamlingsmetode. Denne fremgangsmåde muliggøre, at søgningerne på senere tidspunkt kan reproducere. Da dataindsamlingen til diskursanalysen er beskrevet i afsnit 3.3.1, vil indeværende afsnit kun indeholde søgestrategien relateret til de videnskabelige studier (for fremtiden omtales som studier).

Det overordnede formål med litteratursøgningen er, at fremsøge evidensbaseret viden, med henblik på at besvare problemformuleringen anden del;

Hvilke strategier anvendes i forebyggende- og sundhedsfremmende interventioner rettet mod at forbedre unges mentale sundhed i internationale studier?

Indledningsvist foretages en indledende søgning, der giver indsigt i problemfeltet, efterfulgt af en systematisk søgning. I nedenstående afsnit vil begge søgeteknikker blive udfoldet. Afslutningsvist vil analyseredskabet, hvormed litteraturen vil analyseres, blive præsenteres.

3.4.1 Indledende søgning

Litteratursøgningen kan anskues som en kontinuerlig proces, hvor der indledningsvist søges efter grå litteratur¹, til at afdække et videnshul indenfor et specifikt problemfelt (Buus *et al.*, 2008). De indledende søgningerne er som udgangspunkt foretaget usystematisk på diverse fagrelevante publikationer, som eksempelvis er udgivet af *Sundhedsstyrelsen*, *Center for Forebyggelse*, *World Health Organisation* mv., og hjemmesider såsom *Google Scholar*, *Aalborg Universitets Bibliotek* mv. I de fremsøgte udgivelser er der foretaget en gennemgang af referencelister, for herefter at lave kædesøgninger på litteratur, der vurderes relevant til at omfavne problemfeltet. Ved anvendelse af kædesøgning, leder relevante referencer fra udvalgte videnskabelige studier til nye studier (Rienecker and Jørgensen, 2016), hvilket giver et bredt indblik i problemfeltet. Denne indledende søgningsteknik er medvirkende til at inspirere og identificere videnshuller, afgrænse problemet samt medvirkende til at udpege centrale søge – og emneord, der kan bidrage til søgefacterens videre udformning i den systematiske søgning (Frandsen *et al.*, 2014). Derved er der i nærværende speciale skabt et

¹ Grå litteratur er materiale der ikke findes i de videnskabelige databaser, fx rapporter, upublicerede og igangværende studier (Jørgensen, 2007).

evidensbaseret fundament i udarbejdelsen af initierende problemstilling, problemanalyse samt problemformulering. I næstkommende delafsnit beskrives den systematiske litteratursøgning.

3.4.2 Systematisk søgning

En systematisk litteratursøgning har det overordnede formål, at afdække relevant videnskabelig litteratur, som ligeledes fordrer en nøjagtig dokumentation heraf (Rienecker and Jørgensen, 2016). I nærværende speciale tager den systematiske litteratursøgning udgangspunkt i problemformuleringen, hvorved PICO er anvendt som inspirationskilde. PICO står for; *Population* (population), *the phenomena of Interest* (interessefænomen) og *Context* (kontekst) og kan anvendes som en skabelon til opbygningen af en søgestrategi, når der er interesse for et bestemt begreb i forhold til en population, en patientgruppe eller et problem, eventuel i en bestemt kontekst (The Joanna Briggs Institute, 2011). Ifølge *The Joanna Briggs Institute* kan PICO modellen anvendes til henholdsvis søgninger af både kvalitative og kvantitative videnskabelige studier, alt afhængig af forskningsspørgsmålet (The Joanna Briggs Institute, 2011). Således kan der via disse facetter, også kaldt bloksøgning, opbygges en systematisk litteratursøgning. Ved bloksøgning opdeles de forskellige facetter af problemformuleringen i separate blokke, som kan udvides og indsnævres, fjernes og tilføjes, som det findes hensigtsmæssigt (Buus *et al.*, 2008). Anvendelsen af denne fremgangsmåde vurderes fordelagtigt, da den skaber overblik over søgningen og ensretter denne i mellem databaserne samt fordrer til ensartet dokumentation (Buus *et al.*, 2008).

3.4.3 Søgestrategi

I nærværende speciale tager litteratursøgningen udgangspunkt i anden del af den opstillede problemformulering, som lyder følgende; *Hvilke strategier anvendes i forebyggende- og sundhedsfremmende interventioner rettet mod at forbedre unges mentale sundhed i internationale studier?* Hovedvægten er at identificere hvilke interventioner der ses gennemgående i det forebyggende- og sundhedsfremmende arbejde med unges mentale sundhed. Med inspiration fra PICO-modellen er forskningsspørgsmålet derfor nedbrudt til tre søgefacetter, der vurderes at omfavne problemfeltet. Disse er som følger; *unge* (population/målgruppe), *mental sundhed* (interessefænomen) og *sundhedsfremme/forebyggelse* (kontekst). Facet 3 er inddelt i kontekst (A) og (B), for herigennem at sikre, at både forebyggende og sundhedsfremmende elementer fremkommer i den søgte litteratur. Begrundelsen herfor er, at alle databaser indekserer interventioner, herunder

synonymer forskelligt, hvoraf der ikke altid er en klar skelnen mellem begreberne forebyggelse og sundhedsfremme. De danske søgetermer er efterfølgende oversat til engelsk, for at disse kan anvendes i de respektive søgedatabaser. Hvis problemstillingen eller søgetermer ikke bliver oversat efter hensigten, forringes relevansen af søgningernes resultater (Buus *et al.*, 2008). Oversættelsesarbejdet forudsætter, at der opbygges et godt kendskab til de kontrollerede emneord i hver enkelt søgedatabase og/eller til forskningslitteraturens anvendte terminologi (Buus *et al.*, 2008). Dette vurderes at være opnået i nærværende speciales indledende søgning. I tabel 2 fremgår et eksempel på søgestrategien med relevante søgetermer.

Facet 1 Unge	Facet 2 Mental sundhed	Facet 3(A) Sundhedsfremme	Facet 3(B) Forebyggelse
"Adolescents"	"Mental health"	"Health promotion"	"Health prevention"
"Young people"	"Wellbeing"	"Health education"	"Prevention"
"Young adults"	"Well-being"	"Health and promotion"	"Primary prevention"
"Young people"		"Promotion strategy"	

Tabel 2 - Oversigt over facetter, der anvendes i den systematiske litteratursøgning

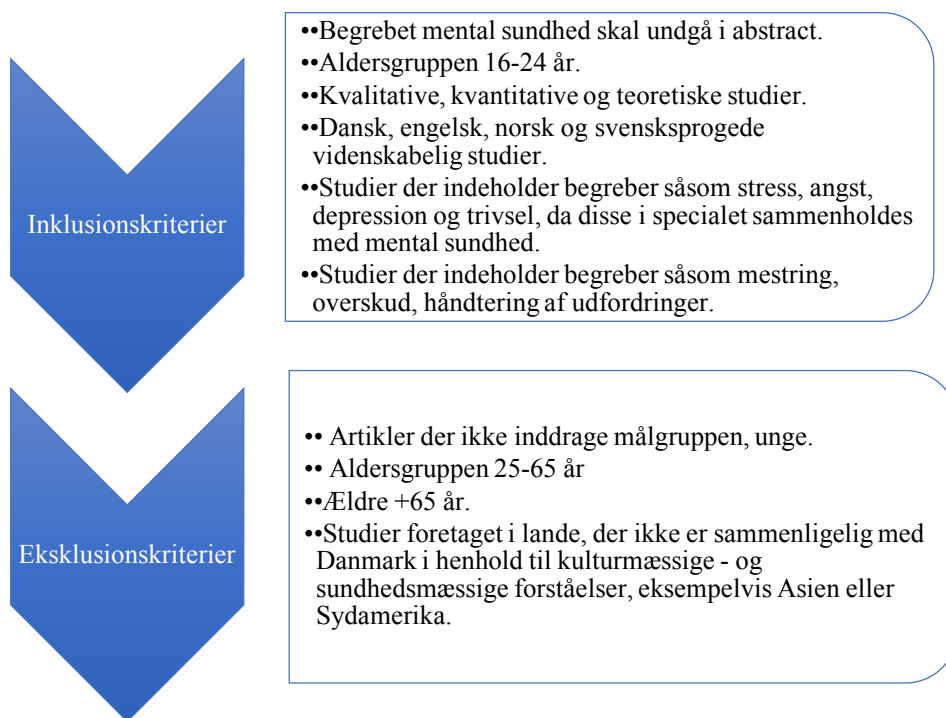
De respektive søgefacetter bliver i hver enkelte database identificeret med databasernes centrale indekserede emneord, grundet forskelligt søgesprog varierende fra database til database. Fordelene ved dette er, at søgeprocessen gøres mere håndterbar og systematisk i henhold til præcision og relevans af studier (Frandsen *et al.*, 2014). Der anvendes i søgningen tesaurus, hvor det vurderes hensigtsmæssigt. Tesaurus er et hierarki af kontrollerede emneord der er indbyrdes relateret, hvor referencer om samme emne er indekseret ensartet og bidrager til at identificere flest mulige referencer (Buus *et al.*, 2008). I tillæg til tesaurus blev hver facet suppleret med relevante fritekstord, der har til hensigt at brede søgninger ud, selvom disse kan være medvirkende til en del *støj* i søgningen (Frandsen *et al.*, 2014). Desuden blev der ved enkeltvise fritekstsøgninger anvendt *trunkering*, der har til formål at udvide søgningerne idet flere variationer af endelser på søgetermerne inkluderes. I de databaser, hvor funktionen *explode* ikke automatisk bliver aktiveret, er dette tilvalgt. Denne funktion sikrer, at alle studier der indeholder det kontrollerede emneord, der befinder sig under det anvendte Thesaurus hierarki, medtages i søgningen. Ligeledes blev facetterne kombineret med de boolske operatør *AND* og *OR*, der henholdsvis indsnævrer og udvider søgningerne. Med andre ord, giver anvendelsen af den boolske operatorer *AND* fællesmængden af eksempelvis to søgninger, hvor

anvendelsen af den boolske operator *OR* kun giver foreningsmængden af søgningerne, hvor ordet blot findes i den ene eller den anden søgning (Buus *et al.*, 2008). For at få en mere nuanceret søgning ved brug af ovenstående søgestrategi, er der ligeledes foretaget en række søgninger med forskellige kombinationer af facetter. For at skabe transparens i søgningen, er den anvendte søgestrategi, oversigt over søgetermer samt diverse facetkombinationer beskrevet og uddybet i bilag 3. I nedenstående afsnit kortlægges inklusions – og eksklusionskriterier, der har betydning for søgningen og udvælgelsen af relevante studier der ønskes inddraget i specialet.

3.4.4 Inklusions – og eksklusionskriterier

For at sikre en systematisk søgning opstilles en række kriterier der skal indgå i litteratursøgningen. Ved at opstille in- og eksklusionskriterier opnås præcision i søgeresultaterne, idet disse kan indbygges og integreres i søgestrategien (Kristensen and Sigmund, 2007; Buus *et al.*, 2008) (Buus *et al.*, 2008). Kriterierne fungerer derfor som rettesnor for til – og fravalg af videnskabelig litteratur, der med et overordnet formål har til henseende at besvarer det fokuserede forskningsspørgsmål/problemformulering (Kristensen and Sigmund, 2007) (Rienecker and Jørgensen, 2016). Da mental sundhed er et komplekst begreb og omfavner en række andre trivselementer samt psykologiske karaktertræk, har det været væsentligt at inkludere studier, hvor begreber såsom stress, angst, depression og trivsel har været indgående og da disse forbindes med mental sundhed.

Da specialets målgruppe er unge i alderen 16-24 år er litteratur der omhandler børn i alderen >13 år samt voksne i alderen 24 år og derefter ekskluderet. Desuden er videnskabelige studier der foretaget i ikke – vestlige lande ekskluderet, da disse ikke er sammenlignelig med danske forhold i henhold til kulturmæssige – og sundhedsmæssige forståelser. Ligeledes er der opstillet inklusionskriterier til studiernes sprogformidling, hvor der er søgt på skandinavisk og engelsksprogede studier. Ydermere er både kvantitative, kvalitative og teoretiske studier inddraget, hvor der ej hellere er ekskluderet efter studiedesign. Begrundelsen herfor er, at få så bredt et perspektiv på arbejdet med mental sundhed som muligt. In – og eksklusionskriterierne er afbildet i figur 4.



Figur 4 - Illustration af in – og eksklusionskriterier

3.4.5 Valg af databaser

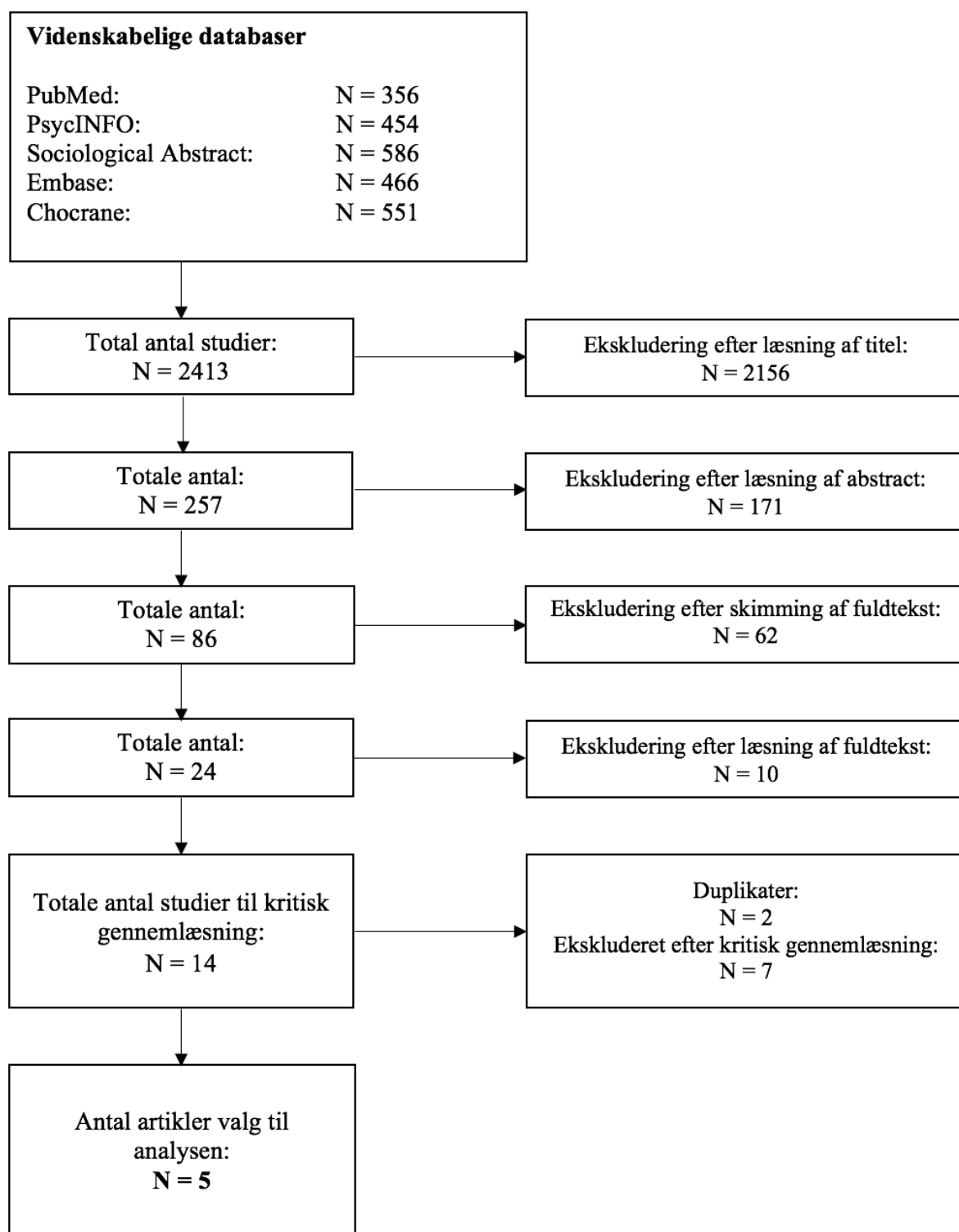
For at opnå en udtømmende og nuanceret litteratursøgning er der søgt på flere databaser. Disse er følgende: Embase, PubMed, PsycInfo, Chocrane og Sociological Abstract. Tilsammen repræsenterer databaserne et bredt spektrum af eksisterende international viden indenfor et flerevidenskabeligt felt, hvori disse danner omfangsrige muligheder for at finde kvantitative såvel som kvalitative studier (Frandsen *et al.*, 2014). Specialegruppen har i søgningen været opmærksomme på, at databaserne er opbygget forskelligt, hvortil de enkelte databasers regler angående trunkering og fraser samt indeksering af emneord er undersøgt separat for hver database. En uddybende argumentation for valg af ovenstående databaser fremgår i bilag 3.

Limits (begrænsinger)

Anvendelse af limits afhænger af den enkelte søgedatabases muligheder heraf, samt antallet af hits ved søgningen. Hvilke limits, der er anvendt i de forskellige søgninger fremgår af bilag 3. Ved anvendelse af limits præciserer det søgningen, eksempelvis i forhold til sprog, årstal og målgruppe.

3.4.6 Udvælgelse af studier

Under udvælgelsesprocessen af litteratur er der foretaget en primær udvælgelse, hvor sorteringen tager udgangspunkt i studiernes titel. Såfremt titlen er fundet relevant, er der sekundært foretaget en nærlæsning af abstract. Slutteligt foretages en tertiær udvælgelse, hvor de videnskabelige studier skimtes som helhed, for herigennem at vurdere den samlede kvalitet i henhold til in – og eksklusionskriterierne. Gennemlæsningen af studierne er foretaget af samtlige specialemedlemmer, da denne fremgangsmåde vurderes fordelagtigt, da det vurderes at styrke udvælgelsesprocessen (Rienecker and Jørgensen, 2016). I figur 5 præsenteres det samlede antal hits, der både inddrager søgeresultaterne på henholdsvis facet 1 + 2 + 3(A) og facet 1 + 2 + 3(B). Den samlede litteraturudvælgelsesproces fremgår i figur 5.



Figur 5 - Flowchart over litteraturudvælgelsesprocessen

3.4.7 Kritisk litteraturvurdering

De udvalgte studier blev efter gennemlæsning kritisk vurderet ud fra relevans i forhold til problemformuleringen, metodologi, evidensniveau samt in – og eksklusionskriterier. Da de inddragende studier hovedsageligt er kvantitative videnskabelige studier, er der derfor udvalgt tjeklister der er repræsentative for denne type forskning. Tjeklister anvendes som et hjælperedskab til at vurdere metodologien i videnskabelige artikler (Jørgensen, 2007). Tjeklisten har til formål at sikre transparens i videnskabelig forskning og derigennem sikre høj *kvalitet* og *pålidelighed* af metoderne. Variationen i studiernes kvalitet inden for de enkelte litteraturgrupper sammen med en uundgåelig subjektivitet hos forskellige læsere gør det påkrævet, at der som udgangspunkt anvendes et redskab til at ensarte vurderingen af studierne (Jørgensen, 2007). Tjeklisten *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) anvendes hovedsageligt til at vurdere eksperimentelle studier såsom RCT (Moher *et al.*, 2010). CONSORT tjeklisten indeholder 25 spørgsmål hvor selve afrapportering af eksperimentets design, analyse og fortolkning finder sted. Derudover findes et flowdiagram til dokumentation af deltagernes deltagelse under eksperimentets tidsforløb (Moher *et al.*, 2010). *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) er en tjekliste der er velegnet til vurdering af systematisk review samt meta-analyser (Moher *et al.*, 2009). Tjeklisten er videreudviklet fra den tidligere udgave af en række internationale forskere i Ottawa i 2005. PRISMA tjeklisten består af 27 spørgsmål og kan også bruges som grundlag for rapportering af andre former for forskning, især evalueringer af interventioner. PRISMA checklisten er dog ikke et kvalitetsvurderingsinstrument til at måle kvaliteten af en systematisk gennemgang (Moher *et al.*, 2009). Kvalitetsvurderinger af de udvalgte studier findes i bilag 5.

3.5 Teoretisk referenceramme

Da det gennem specialet ønskes at fremanalysere hvilke sundhedsfremmende- og forebyggende strategier der ses anvendt i de udvalgte dokumenter og studier, anvendes epidemiologen Geoffrey Roses teori, der kan bidrage med en teoretisk forståelse af sundhedsfremmende og forebyggende strategier, samt effekten af sundhedsfremmende- og forebyggende tiltag. Derfor er Rose inddraget i sammenfatningen af dokumenter og studier, som redskab til at forstå og udtrække anvendte strategier i de dominerende diskurser. Rose udgav i 1985 en artikel omhandlende forebyggelsesstrategier (Rose, 1985). Teorien der fremlægges heri er stadig en af de mest anvendte, hvorfor den danner grundlag for analyse og refleksion i indeværende speciale. Rose beskriver to former for forebyggelse, med hver

deres sæt af fordele og ulemper (Rose, 1985). Den første, og mest anvendte, Rose beskriver er den individorienterede strategi. Denne strategi har fokus på individer i højrisko for udvikling af sygdom. Der intervereres overfor de individer der ligger udenfor 'normalen' i en lokal kontekst, som f.eks. borgere med højt blodtryk eller højt kolesterol. Denne måde at intervenere på har, ifølge Rose, den højeste succesrate, hvis der måles på reduktion i relativ risiko (Rose, 1985). Samtidig beskriver han at effekten er midlertidig og har fokus på at lindre symptomer. Fordelen ved at anvende denne strategi, er, at de individer der intervereres for oftest er motiverede, grundet sygdomsrisici eller allerede opstået sygdom (Rose, 1985). Den befolkningsorienterede strategi har et mere langsigtet fokus, hvor der intervereres på bagvedliggende determinanter for sygdom, som f.eks. luftforurening eller nyligt erhvervede kostvaner. Her er fokus rettet mod interventioner/strategier der beskytter befolkningens sundhed og reducerer årsagerne til sygdom, hvilket kræver at disse er kendte (Rose, 1985). Den befolkningsorienterede strategi påvirker ikke det enkelte individets sundhed mærkbart, og har i et korte tidsperspektiv en noget lavere risikoreduktion end det er tilfældet med den individorienterede strategi. Dette leder til hvad Rose kalder *Forebyggelsesparadokset*, hvor individets motivationen for at forandre adfærd er lille, da individet ikke oplever en mærkbar sundhedsgevinst (Rose, 1985). Den befolkningsorienterede strategi har et længere tidsperspektiv, men har samtidig en radikal og varig effekt på populationsbasis og mindsker behovet for de omkostningstunge individorienterede strategier på sigt (Rose, 1985). Rose afslutter med at pointere at der er behov for begge typer strategier, men at det der i forebyggelsesarbejdet bør prioriteres højest, må være at opdage og kunne kontrollere årsagerne til sygdom(Rose, 1985).

4.0 Analyse

Dette afsnit vil indeholde to delafsnit, hvor del 4.1 indeholde en kritisk diskursanalyse af de i specialet inddragede dokumenter, mens del 4.2 indeholder en analyse af de inddragede studier. Analysen søger at besvare hhv. første og anden del af specialets problemformulering.

4.1 Diskursanalyse af sundhedsfremmende- og forebyggende perspektiver

Diskursanalysen er struktureret med afsæt i Faircloughs tredimensionelle analysemodel. Der fremstår derfor nedenfor en tekstnær analyse, som tager udgangspunkt i første dimension af Faircloughs kritiske diskursanalyse. Forudgående er alle dokumenter gennemlæst og der er efterfølgende udtrukket sekvenser fra hvert dokument, der danner grundlag for besvarelse af de to opstillede undersøgelsesspørgsmål. De udvalgte sekvenser ses præsenteret i bilag 2. I første dimension analyseres de udvalgte sekvenser med inspiration fra Faircloughs begreb, *modalitet*. Sekvenserne analyseres med udgangspunkt i indhold, sprogbrug og ordvalg. For yderligere uddybning af de metodiske trin og begreber, henvises til metodeafsnit 3.3.2 *Analysestrategi*. Indledningsvist præsenteres de nationale og kommunale dokumenter, efterfulgt af dokumenter der repræsenterer nyhedsmedierne. Disse analyseres på separat vis, for derefter at blive præsenteret i en samlet syntese. Syntesen skal danne grundlag for, at fremanalysere hvilke dominerende diskurser der kommer til udtryk på tværs af dokumenterne. Analysen har til formål at besvare undersøgelsesspørgsmålet; *Hvilke dominerende diskurser italesættes i det nuværende forebyggende- og sundhedsfremmende arbejde med unges mental sundhed i Danmark?*

4.1.1 Tekstanalyse

4.1.1.1 Nationalt perspektiv – individets ansvar?

I 2012 udgiver Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i samarbejde med Sundhedsstyrelsen for første gang en forebyggelsespakke, hvis formål er at give redskaber til, hvordan arbejdet med mental sundhed kan foregå i kommunalt regi (Sundhedsstyrelsen, 2012). Forebyggelsespakken er senest revideret i 2018 (Sundhedsstyrelsen, 2018c). Gældende udgave anvendes i analysen. I *Forebyggelsespakke – Mental sundhed*, redegøres for begrebet mental sundhed og hvilke konsekvenser nedsat mental sundhed kan have på individ – og samfundsniveau. Desuden udgiver den daværende regering i 2014, syv nationale målsætninger, hvori hovedformålet er, at øge den generelle

sundhed i befolkningens. Med følgende sekvens fremhæves det, hvilke visioner der fokuseres på i de nationale målsætninger:

*” Sundere liv for alle’ er regeringens bud på en ny ramme for en **ambitiøs** forebyggelsespolitik. [...] Målet **er**, at danskerne får mulighed for at leve flere gode leveår og at mindske den øgede ulighed i sundhed. [...]”* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014).

Ved brug af adjektivet *ambitiøs* i førstnævnte sætning, der her fungerer som en måde at udtrykke modalitet på, henviser regeringen til, at den nye forebyggelsespolitik skal forstås som en ny og positiv tilgang til, at få flere danskere til at vælge det sunde liv. Herigennem opnås visionen om flere gode leveår, der skal gavne det enkelte individ, men også samfundet. Læses sætningen alene uden sammenkobling af efterfølgende udsagn, kan der hos modtageren opstå tvivl om tilslutningsgraden. Ordet *ambitiøs* kan fortolkes på mangfoldig vis, afhængig af konteksten. Gennem en gruppe af valgte ord kan producenten ifølge Fairclough skabe en bestemt mening hos modtageren (Fairclough, 2008). Følgende sætning er beskrevet som en forlængelse af ovenstående sekvens; *”Ved at fokusere de mange indsatser, som allerede foregår, og sætte nye i søen, **skal** vi sammen nå de ambitiøse mål”* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014). Her fremkommer et udtryk for høj affinitet, da modalverbet *skal* bruges i sammenhæng med ordet *ambitiøs*. Denne form for tilslutning kan fra politisk side være medvirkende til at skabe fællesskabsfølelse eller solidaritet mellem aktørerne/modtagerne, ved at understrege enighed og et fælles grundlag. Ifølge Fairclough tyder en høj grad af affinitet også på en ønsket magt over betydningsdannelsen (Fairclough, 2008).

*” [...] Vi **skal** gøre en fælles indsats for at skabe sunde rammer og understøtte de mennesker, der **ønsker** en sund eller sundere **livsstil**. Det betyder også, at den enkelte har et **ansvar** for at have opmærksomhed på eget helbred”* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014).

Ud fra ovenstående sekvens italesættes forebyggelse, som vejen til at opnå det sunde liv. Regeringen ønsker at fastsætte rammerne for at støtte mennesker, der *ønsker* en sundere livsstil. Modalverbet *skal*, benyttes her til at fastlægge en stærk tilknytning til udsagnet om, at der *skal* ydes en fælles indsats. Dog synes det, at placerer ansvaret på individet, om at træffe valg om egen sundhed, ved anvendelse af formuleringen *ønsker*. Med udgangspunkt i Faircloughs begrebsapparat kan

formuleringen i ovenstående sekvens ses som en kategorisk modalitet, der udtrykker et ønske om magt eller betydningsfastsættelse hos modtageren (Fairclough, 2008). Desuden italesættes i sekvensen et politisk menneskesyn, som bærer præg af en liberalistisk tilgang ved, *at den enkelte har et ansvar*. Individet har altså et ansvar for, via eget initiativ eller ønske, at træffe et valg om egen *livsstil*, som henvender sig meget til kost, rygning, alkohol og motion, hvilket ses uddybet i nedenstående sekvens.

*”[...] Målene tager afsæt i KRAM-faktorerne kost (overvægt), rygning, alkohol og motion, der skaber de største sundhedsudfordringer for middellevetid, gode leveår og social ulighed i sundhed. Derudover fokuserer to af målene på mental sundhed, der udgør en **vigtig** del af en persons sundhedstilstand og livskvalitet [...]”* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014).

Målsætningerne i ovenstående sekvens er, at færre ryger, drikker, spiser usundt og er inaktive i hverdagen. Desuden er det fremtrædende, at mental sundhed italesættes ved brug af modaladverbiet *vigtig*, med hvilket regeringen tilkendegiver vigtigheden af, at de psykologiske faktorer ligeledes har indflydelse på individets sundhed. Dog ses der stadig større tilslutning til de fysiologiske faktorer, da der i sekvensen pointeres, at de *skaber de største sundhedsudfordringer*. Hertil italesættes mental sundhed som en *vigtig* del af individets sundhed, dog uden sammen gennemslagskraft, som de fysiologiske faktorer, som beskrevet ovenfor. I regeringens mål pointeres nogle fremgangsmåder for, hvordan regeringen vil imødekomme problematikken med nedsat mental sundhed blandt børn og unge.

*”Mental sundhed **kan** fremmes ved at styrke sociale netværk, handlekompetencer og tillid, der hvor børn og unge færdes. [...] Alle børn **har ret til** et liv uden mobning og med høj trivsel. Vi **skal** sikre, at alle børn, der vokser op i Danmark, kan udfolde deres fulde potentialer.”* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014).

Ved at regeringen i denne sekvens bruger modalverbet *kan*, henvises der til, at affiniteten til det italesatte ikke er nær så stærk, som hvis der i stedet var anvendt modalverbet *skal*. At mental sundhed *kan* fremmes og ikke *skal* fremmes, antyder en form for forbehold til modtageren, samt at der forbindes en vis form for kompleksitet, når mental sundhed skal fremmes. Desuden ses en diskurs om etik at gøre sig gældende, da det i ovenstående sekvens tydeliggøres, at alle børn har *ret til* et liv med høj trivsel. Her trækkes på rettigheder, hvilket henvender sig til dansk social- og

sundhedslovgivning, hvor det enkelte individ har fri og lige adgang til sundhedsydelser (Sundhedsloven, 2005). I regeringens målsætninger foreligger ikke nogen direkte handlingsanvisninger til, hvordan der i praksis skal og bør arbejdes med børn og unges mentale sundhed.

Forståelsen og analysen af den nationale sundhedspolitiske tilgang til børn- og unges mentale sundhed, suppleres derfor af *Forebyggelsespakke - Mental sundhed* (forebyggelsespakken), der har til formål, at understøtte kommunernes arbejde med at fremme borgernes mentale sundhed og styrke den kommunale indsats, for at forebygge udvikling af nedsat mental sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2018c).

*”Forebyggelsespakken er rettet mod generel fremme af mental sundhed. Den er **ikke** skræddersyet til specifik forebyggelse af psykiske sygdomme, som fx depression, angst, posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), ADHD og spiseforstyrrelser. En lang række af pakkens anbefalinger forventes **ikke desto mindre** at have forebyggende effekt på disse sygdomme eller at kunne bidrage til, at mennesker med sådanne sygdomme trives bedre”* (Sundhedsstyrelsen, 2018c).

I ovenstående sekvens ses en sundhedsfremmende diskurs at være fremtrædende, hvor målsætningen er, at fremme mental sundhed i befolkningen. Ved anvendelsen af ordet *ikke*, tilkendegiver Sundhedsstyrelsen, at forebyggelsespakken ikke er skræddersyet til specifik forebyggelse. Modtageren gøres opmærksom på, at anbefalingerne ikke er målrettet psykisk sygdom og at forholdsregler skal tages i betragtning. Dog italesættes det, ved brug af ordene *ikke desto mindre*, at forebyggelsespakken vurderes at have forebyggende effekter på nogle sygdomme, da den har til hensigt at forbedre den generelle trivsel i befolkningen.

*”Mental sundhed **er** ofte uafhængig af sygdom. Det er derfor relevant at have fokus på at fremme mental sundhed blandt både raske og syge og både ved fysisk og psykisk sygdom [...]”* (Sundhedsstyrelsen, 2018c).

Ovenstående sekvens udtrykker et ønsket om, at mental sundhed skal fremmes bredt i befolkningen, hvor fokus er rettet mod både raske og syge borgere. Med tidsangivelsen *er*, udtrykkes affinitet til udsagnet, hvilket underbygger afsenders tilslutning til udsagnet (Fairclough, 2008). Når der i forebyggelsespakken sættes fokus på både de fysiske og psykiske aspekter af sundhed, anlægges en

holistisk tilgang til sundhed. Nedenstående sekvens bidrager med en forståelse af ansvarsplaceringen i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

*”Arbejdet med mental sundhed **bør** indgå i kommunens forebyggelsesindsats, som er beskrevet i Sundhedslovens §119. [...] Kommunen sikrer indsatser til fremme af børn og unges mentale sundhed i forbindelse med udarbejdelse af en Børne- og Ungepolitik [...] Det **er** lovkrav, at kommuner udarbejder og politisk vedtager en sammenhængende Børne- og Ungepolitik i kommunen, og det anbefales, at politikken indeholder et **stærkt** tværsektorielt samarbejde”* (Sundhedsstyrelsen, 2018c).

I ovenstående sekvens anvendes modelverbet *bør*, som henstilling til kommunerne om, at de *bør* sørge for, at der tages hånd om denne problematik. I sekvensen fremkommer det, at kommunerne *er* lovpligtigt ansvarlige til at følge op på Sundhedslovens bestemmelser, hvilket viser, at taleren placerer sig i en magtposition og anvender en forpligtende modalitet over for landets kommuner. Ved tidsangivelsen *er*, vises samtidig affinitet til udsagnet (Fairclough, 2008).

Afsluttende nationale dokument der inddrages, skal i analysen bidrage med en forståelse af den økonomiske prioritering på sundhedsområdet. Her tages udgangspunkt i fordelingen af satspuljemidler, hvor regeringen i 2012 har målrettet satspuljemidler til fremme af mental sundhed (Regeringen *et al.*, 2012). Regeringen har med økonomiske midler ytret ønske om, at fokusere på tiltag til forbedringen af den mentale sundhed i befolkningen.

*”Satspuljepartierne **ønsker** med denne aftale at styrke indsatsen for svage gruppers sundhed, blandt andet med henblik på at forbedre disse borgeres livskvalitet og muligheder for at deltage i og **bidrage til samfundet** gennem en god hverdag, uddannelse og arbejde. Borgere, der lider af langvarige smerter, sårbare børn og unge samt andre med psykiske problemstillinger **er** i stor risiko for at miste fodfæstet i dagliglivet og på arbejdsmarkedet [...]”* (Regeringen *et al.*, 2012)

I ovenstående sekvens fremkommer et *ønske* fra regeringens side, om at styrke indsatser for svage gruppers sundhed. Ordet *ønske* udtrykker en svagere grad af affinitet til udsagnet, sammenlignet med modale hjælpeverbum *skal* eller *må*. Her fremkommer det, at regeringen særligt vil målrette indsatserne til udsatte borgere, da de *er* i stor risiko. Ved nutidig anvendelse af modalverbet *er*, ses

tilslutning til det sagte og hermed, ifølge Fairclough, kategorisk modalitet (Fairclough, 2008). Med udgangspunkt i formuleringen *bidrage til samfundet*, fremkommer det, at der bl.a. er et politisk og et økonomisk incitament som drivkraft. Regeringen er interesseret i, at flest mulige forbliver sunde og raske, deltager i samfundet og bidrager gennem en god hverdag, uddannelse og arbejde. Også her italesættes børn og unge med psykiske problemer som en særlig udsat gruppe, da de er i *stor risiko* for at miste fodfæste i hverdagslivet sammenlignet med andre børn og unge. Der er i sekvensen fokus på livskvalitet, hvorved der henvises til politiske strategier med fokus på strukturelle tiltag som bl.a. uddannelse og arbejdsvilkår.

*[...] Fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom **skal** prioriteres, samtidig med at der sikres den rette behandling til børn og unge med psykiske problemer. I den forbindelse finder partierne bag satspuljen, at udarbejdelse i 2013 af kliniske retningslinjer for behandling af børn og unge med angst **bør** prioriteres, således som også Sundhedsstyrelsen anbefalede det i sit referenceprogram for angstlidelser hos **voksne** fra 2007” (Regeringen et al., 2012).*

Ved at regeringen i ovenstående sekvens benytter modalhjelpeverbet *skal*, tydeliggøres en stærk affinitet til udsagnet om, at mental sundhed *skal* fremmes og forebygges, for at undgå psykisk sygdom blandt børn og unge. Ligeledes erkendes vigtigheden af, at den rette behandling *bør* prioriteres, med hvilket regeringen udtrykker en forpligtende modalitet. *Bør* udtrykker dog en svagere grad af affinitet, end hvis f.eks. ordet *skal* havde været anvendt. Hermed ses i overvejende grad affinitet til udsagnet og tilslutningen til problemstillingen ift. unges mentale sundhed, men der ses samtidig en vis grad af forbehold til det sagte. Det bemærkes at der i 2007 er udarbejdet kliniske retningslinjer for voksne med angstlidelser, men der forefindes dog ingen retningslinjer for børn og unge, hvormed der ses en skæv prioritering på området.

4.1.1.2 Kommunalt perspektiv – en borgerinddragende tilgang?

Til at fremanalysere måden hvorpå det sundhedsfremmende – og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed italesættes på et kommunalt plan, inddrages flere politiske dokumenter fra Silkeborg Kommune. Dokumenterne omhandler ikke alle udelukkende målgruppen, men vurderes tilsammen at kunne bidrage til besvarelse af de opstillede undersøgelsesspørgsmål. Der tages udgangspunkt i måden, hvorpå mental sundhed italesættes i kommunen;

”Mental sundhed handler om at trives, at kunne udfolde sine evner, at kunne håndtere dagligdagens udfordringer, og at indgå i fællesskaber med andre mennesker” (Silkeborg Kommune, 2012a).

Således definerer kommunen mental sundhed, hvilket er i overensstemmelse med WHO's definition, der forstår mental sundhed som mere end blot fravær af sygdom (WHO, 2014). Der er i sekvensen ikke gjort brug af egentlige modalverber, men sætningskonstruktionen gør, at det alligevel er muligt, at analysere modaliteten. Budskabet er formuleret i nutid og ved brug af en objektiv formulering, hvilket ifølge Fairclough udtrykker afsenders tilslutning til det sagte, kan formulering afslører modalitet. Der er således tale om en kategorisk modalitet, hvor udsagnet af taleren kategoriseres som sandhed (Fairclough, 2008). Ifølge Silkeborg Kommune er det med udgangspunkt i indfrielse af ovenstående behov, at individet kan opnå mental sundhed. Med udgangspunkt i sekvensen kan det således udledes, at kommunen særligt ser sociale relationer samt individets ressourcer, som grundlag for mental sundhed. Denne diskurs ses gennemgående i den politiske vision kommunen anlægger ift. det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde, med borgernes mentale sundhed og trivsel. Kommunen beskriver ligeledes, at der arbejdes ud fra en anerkendende, dialogbaseret tilgang, hvor den enkelte borger inddrages i det forebyggende – og sundhedsfremmende arbejde, for at skabe meningsfulde indsatser, der tilpasses nærmiljøer.

”I (Kommunens borgere, red.) har overbevist os om, at det gode og sunde liv handler om langt mere end gulerødder, grovboller og motionsløb [...] Hvad, der definerer det gode og sunde liv, er forskelligt fra person til person, og det kan skifte i forhold til hvilken livsfase, man er i. Det vil vi tilrettelægge vores indsatser efter.” (Silkeborg Kommune, 2012a)

Ovenstående er et udtryk for den kommunale tilgang til arbejdet med borgernes sundhed. Her gives i det italesatte udtryk for, ved brug af formuleringen *I har overbevist os*, at taleren vælger at tilslutte sig den diskurs der dominerer blandt kommunens borgere. Ifølge Fairclough kan dette være en del af en social strategi, der har til formål at skabe et fællesskab mellem taleren og kommunens borgere (Fairclough, 2008). Der etableres hermed en form for fælles grundlag, hvor kommunen viser anerkendelse af borgerne. Her er tidsangivelsen *er* anvendt, hvilket viser at taleren anvender et

nutidsverbum og tilslutter sig sætningen, hvormed der ses stærk affinitet. Ligeledes er hjælpeverbet *vil* anvendt, hvilket udtrykker tilslutning til det sagte, samt underbygger kommunens fremadrettede mål ift. at indtænke de forskelligartede definitioner af sundhed i den kommunale diskurs og det kommunale sundhedsarbejde. Den efterfølgende sekvens beskriver formålet med den anlagte tilgang.

*”Missionen er at skabe sunde rammer og sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, der **bakker op** om borgerens mestring af det gode og det sunde liv og indbyder til bevægelse”* (Silkeborg Kommune, 2012a).

Kommunen har en ambition om at skabe rammer, der kan bidrage til, at individet får mulighed for at udnytte egent potentiale. Hvorvidt kommunen som afsender tager ansvar for missionen, er ikke direkte synligt på baggrund af måden, hvorpå det bliver italesat i dokumentet. I udsagnet ses affinitets-modalitet, da tidsangivelsen *er* anvendes. Denne formulering viser ifølge Fairclough, en kategorisk modalitet, hvormed taleren tilslutter sig sandhedsværdien i det sagte (Fairclough, 2008). I sekvensen er formuleringen *missionen er at skabe* anvendt, hvilket skaber en objektiv tilgang til det sagte, og ifølge Fairclough kan dette igen bygge op om en social strategi, der søger at skabe en fælles diskurs og solidaritet mellem afsender og modtager (Fairclough, 2008).

At missionen er at skabe rammer der *bakker op* om borgernes mestring, fortæller noget ift. ansvarsplaceringen. Formålet fra afsenders side er ikke direkte at fremme det gode og sunde liv for borgeren, men at fungere som et hjælpeled i mellem borgeren og målet. Ved at anvende formuleringen *”bakke op”* om kommunens funktion, forstås det i sekvensen, at borgerne selv har ansvaret for at indfri deres potentiale og opnå målet, som er et godt og sundt liv. Diskursen der ses i ovenstående sekvens peger i retning af borgerinddragelse og samtidig en liberal tilgang til sundhed, hvor ansvaret er placeret hos individet. Kommunen støtter op om individets mestring, ved at skabe rammer der har positiv indvirkning på denne proces. I tråd hermed ses følgende indsatsområde ift. fremme af mental sundhed og trivsel:

*”Vi **vil** fremme mental sundhed blandt Silkeborg Kommunes borgere fx gennem etablering af sociale netværk og støtte til aktiv deltagelse i nærmiljøer og frivillige indsatser.”* (Silkeborg Kommune, 2012a)

Her anvendes det modale hjælpeverbum *vil*, der i denne sammenhæng formuleres i en kontekst, hvor afsender fremsætter et handlingsorienteret budskab, i form af *Vi vil fremme mental sundhed*. I modsætning til foregående sekvens, ses her subjektivitet, hvor kommunen, ved forståelse ud fra Faircloughs begrebsapparat, gør brug af en fællesskabsorienteret tilgang og en forpligtende modalitet (Fairclough, 2008). Kommunen forpligter sig gennem udsagnet, til at etablerer bl.a. sociale netværk og frivillige indsatser. Denne type indsatser bygger op om kommunens diskurs ift. mental sundhed, som en tilstand hvor borgeren bl.a. indgår i fællesskaber med andre (Silkeborg Kommune, 2012a). De konkrete handleplaner udarbejdet som tillæg til kommunens Sundhedsfremme- og Forebyggelsespolitik, bidrager med konkrete beskrivelser af indsatser kommunen iværksætter for at imødekomme den strategi der præsenteres i Sundhedsfremme- og Forebyggelsespolitikken (Silkeborg Kommune, 2012b). Heri findes et afsnit der beskriver handlinger ift. fremme af borgernes mental sundhed, hvor der bl.a. ses handleplaner ift. *Forebyggelse af stress* samt *Implementering af forløbsprogrammer for depressionsramte* (Silkeborg Kommune, 2012b). De virkninger der søges opnået gennem handleplanerne, er bl.a. færre sygedage, forebyggelse af depression og lighed i sundhed (Silkeborg Kommune, 2012b), hvilket tyder på at handleplanerne har et sygdomsorienteret fokus.

Ovenstående har et mere generelt sigte, og er ikke direkte målrettet børn og unge. Når den kommunale tilgang til børn og unge beskrives i de kommunale dokumenter, ses følgende fokusområder;

*”Det **vil** vi på børneområdet: Styrke trivsel, læring og sundhed blandt børn og unge gennem målrettede indsatser”* (Silkeborg Kommune, 2012a).

Her bemærkes det at det modale hjælpeverbum *vil* benyttes, hvilket ifølge Fairclough udtrykker affinitet, da det viser talerens indstilling til det sagte og i denne sammenhæng udtrykker en stærk tilslutning. Sekvensen er desuden formuleret i nutid, hvilket viser fuld accept af udsagnets sandhedsværdi og er en styrkemarkør for affiniteten (Fairclough, 2008). Desuden ses på børne- og ungeområdet følgende beskrivelse af arbejdsområder;

*”Derfor **vil** vi **arbejde på**, at det **kun** er det sunde valg, der **er** tilgængeligt i hverdagen [...], at skabe læringsmiljøer, der fremmer sund livsstil, at give børn gode oplevelser omkring fysisk aktivitet [...] (og) at forebygge risikoadfærd”* (Silkeborg Kommune, 2012a).

Her ses affinitet til det sagte, da modaliteten er kategorisk, hvor der både er anvendt nutidsverbet *er* samt brug af et stærkt hjælpeverbum i form af *vil*. I sekvensen ses det at affiniteten til det sagte ikke er lige så stærk som i nogle af forudgående sekvenser. Formuleringen '*arbejde på*' udtrykker en form for forbehold, hvori der kan ligge en accept af, at målet ikke indfries til fulde. Desuden anvendes ordet *kun*, som i denne sammenhæng ligger sig op af hvilke valg børn og unge har mulighed for at træffe. Når kommunens formål er *kun* at gøre nogle valg tilgængelige for børn og unge, ses en anvendelse af magt, hvor den kategoriske modalitet til det sagte igen er synlig. Ud fra ovenstående sekvens ses det, at arbejdsområderne særligt har fokus på elementer som livsstil, valg og adfærd, der gennem kommunale tiltag søges påvirket. Fokus er her rettet mod faktorer, der er forbundet med individets valg af livsførelse og er områder som individet selv har mulighed for at ændre, dette ses i tråd med kommunens generelle Sundhedsfremme- og Forebyggelsespolitik, der ligger vægt på det individuelle ansvar. Ovenstående lægger hermed op til en diskurs, hvor handlingerne søges at påvirke vaner og livsstil, særligt i forhold til fysiologiske og individorienterede faktorer som f.eks. fysisk aktivitet og risikoadfærd.

Den anerkendende og inddragende tilgang der ses ift. den indledende definition af mental sundhed går igen i kommunens Sammenhængende Børne- og Ungepolitik (Silkeborg Kommune, 2007). Her beskrives det at;

*"Arbejdet med børn og unge sker med en anerkendende tilgang, hvor der lægges vægt på at støtte og udvikle livsvigtige kompetencer og kvalifikationer. [...] Alle børn og unge har **ret til** et godt og sundt liv, at opleve livsglæde og blive anerkendt som dem, de er"* (Silkeborg Kommune, 2007).

Også her ses affinitet til udsagnet ved brug af tidsangivelsen *nutid*. Desuden lægges der i politikken vægt på, at alle børn og unge har *ret til* at opleve livsglæde, at blive anerkendt, at indgå i fællesskaber samt at blive inddraget (Silkeborg Kommune, 2007). Ved at bruge tidsangivelsen *har* ses også her affinitet til udsagnet. Samtidig udtrykker formuleringen *ret til* en form for etisk værdisæt, hvor kommunen inddrager de rettigheder der ses i bl.a. Serviceloven og FN's Børnekonvention (Silkeborg Kommune, 2007). Nedenstående sekvens bidrager med en forståelse af hvordan Silkeborg Kommune arbejder med sundhedsfremme målrettet børn og unge.

*”Silkeborg Kommunes medarbejdere **er forpligtet** til at arbejde ud fra det overordnede værdigrundlag, og her iagttage følgende principper: At der ydes en tidlig, sammenhængende og **målrettet** indsats i forhold til børn, unge og familier med behov for **særlig støtte**”* (Silkeborg Kommune, 2007).

Her ses det at tidsangivelsen *er* benyttes, hvormed sekvensen er angivet i nutid og sandheden i det sagte tages for givet hvormed der udvises høj tilslutning til udsagnet. Yderligere anvendes ordet *forpligtigelse*, hvilket udtrykker, at medarbejderne har en pligt til at yde de tjenester der beskrives. Hermed anvender taleren ifølge Fairclough en forpligtende modalitet, hvilket udtrykker en magtposition, her over for kommunens ansatte. Formålet er at yde en *målrettet* indsats til en særlig udsat gruppe, hvortil der tilbydes en *særlig støtte*. Denne formulering tyder på at indsatsen er rettet mod en særlig befolkningsgruppe, hvor diskursen ses orienteret mod borgere i højrisiko.

I sammenhæng med ovenstående italesættes det ligeledes i Børne- og Ungepolitikken, at *forældrene har det primære ansvar for deres børn* (Silkeborg Kommune, 2007). Dette giver en uddybende forståelse af ansvarsplaceringen i den kommunale tilgang. Medarbejderne er *forpligtet* til at yde nogle støttende funktioner, men ansvaret ses primært placeret hos forældrene. Igen her ses affinitet til udsagnet, grundet anvendelse af verbet *har* (Fairclough, 2008). De kommunale medarbejdere er hermed forpligtede til at støtte forældrene, i situationer hvor det vurderes særligt nødvendigt. Hermed ses lighedstræk til Kommunens Sundhedsfremme – og Forebyggelsespolitik, hvor de handlingsanvisende indsatser ligeledes er målrettet borgere i højrisiko (Silkeborg Kommune, 2012a). En af de handlingsanvisninger der henvises til i Børne- og Ungepolitikken er *Bekymringsbarometeret*. Bekymringsbarometeret er et redskab der kan anvendes af kommunalt ansatte, med det formål at afklare om der er grund til at være bekymret for et barn (Silkeborg Kommune, 2007). Bekymringsbarometeret er det eneste direkte handlingsanvisende redskab der beskrives i Børne- og Ungepolitikken (Silkeborg Kommune, 2007). Redskabet anvendes kun i institutioner og der henvises til børn i handlingsbeskrivelserne. Hermed ses ikke beskrivelser af, om der findes redskaber eller handleplaner særlig henvendt til unge. I Kommunens Lærings – og Trivselspolitik ses modsat kommunens Børne – og Ungepolitik et mere bredt funderet perspektiv, der henvender sig til alle børn og unges trivsel (Silkeborg Kommune, 2012c).

*”Vi **har** alle et medansvar for at udvikle børn og unge til kompetente voksne og gode samfundsborgere. [...] Når der i politikken står ”vi”, tænker vi på alle voksne omkring børn og unge.” (Silkeborg Kommune, 2012c)*

Ved at bruge tidsangivelsen *har*, tilslutter kommunen sig fuldstændigt til udsagnet og viser høj grad af affinitet. Afsenderen placerer sig dermed inden for den kategoriske modalitet (Fairclough, 2008). Med formuleringen udviser kommunen en vis grad af autoritet og udtrykker magt. Med definitionen af *vi*, som mere end blot afsenderen, giver afsenderen alle voksne omkring børn et medansvar, hvorved kommunen stiller sig i en magtposition, hvor det påtvinges modtageren at tage et ansvar. Her ses en modalitet der udtrykker forpligtigelse og ansvar hos modtageren. Samme grad af forpligtigelse ses i følgende sekvens. *Omgivelserne **skal** indbyde til bevægelse, og de voksne **skal** sørge for at tænke sund mad og fysisk aktivitet ind i dagligdagen* (Silkeborg Kommune, 2012a). Her anvendes det modale hjælpeverb *skal* flere gange, hvilket udtrykker talerens affinitet til det udtrykte (Fairclough, 2008). Det er omgivelserne og de voksne der *skal indbyde til* og *skal sørge for*, at indfri nogle af de mål der opstilles fra kommunens side. Igen ses en kategorisk modalitet der udviser autoritet og magt samt placerer ansvaret hos de voksne der er omkring børn og unge. Med udgangspunkt i de to ovenstående sekvenser, ses igen et liberalt menneskesyn. Ansvaret placeres bl.a. hos forældre, hvormed der ses udtrykt et forældreansvar for egne børns sundhed. Med udgangspunkt i ovenstående, påtager kommunen sig ikke det primære ansvar for trivsel hos kommunens børn og unge, men de italesætter hvilke mål der forventes indfriet, ved brug af den forpligtende modalitet, der ligger i hjælpeverbet *skal*.

Hvor ovenstående er et eksempel på hvilken tilgang kommunen italesætter ift. at fremme børn og unges læring- og trivsel, vil herunder blive inddraget sekvenser der bidrager med viden om kommunens definition af trivsel og mental sundhed blandt børn og unge. I politikken er der et afsnit der specifikt omhandler trivsel. Her er det overordnede formål *At alle børn og unge **har** gode venner, fordi venskaber med andre børn og unge **giver** trivsel og udvikling* (Silkeborg Kommune, 2012c). Her ses ligeledes en høj grad af affinitet til udsagnet, både i form af tidsangivelsen *har* og *giver*, hvilket ifølge Fairclough viser kategorisk modalitet, da det giver udtryk for en tilslutning samt en sandhedsværdi af det sagte (Fairclough, 2008). I tillæg til ovenstående formål med Lærings- og Trivselspolitikken, er angivet nogle konkrete indsatsområder. Et af indsatsområderne beskrives således;

*”Der **er** en positiv sammenhæng mellem fysisk aktivitet og børn og unges læring og trivsel. Fysisk aktivitet og livsstil **er** medvirkende til, at børn og unge **lykkes**. Vi **arbejder for**, at alle børn og unge får sunde vaner.”* (Silkeborg Kommune, 2012c)

Med udgangspunkt i første sætning i ovenstående sekvens, ses en formulering der igen er præget af affinitet til det udtrykte. Det udtrykkes som en kendsgerning at der *er* positiv sammenhæng mellem to tilstande, hvilket er en tidsangivelse der underbygger en kategorisk modalitet. Anden sætning i ovenstående sekvens er konstrueret lidt anderledes. Her *arbejdes for* noget, hvilket ikke er lige så stærkt som hvis f.eks. det modale hjælpeverbum *skal* var inddraget. Hermed ses en lavere grad af tilslutning til udsagnet og dermed en mindre autoritær formulering (Fairclough, 2008). Ud over sætningskonstruktionen bemærkes det i ovenstående, at der ses lægges vægt på fysisk aktivitet og kost ift. at fremme børn og unges læring og trivsel. Denne diskurs ses gennemgående for flere af sekvenserne, der er trukket ud på analysens dimension 1, trin 2. Det beskrives at livsstilsfaktorer er medvirkende til, at børn og unge lykkes. Begrebet *lykkes* er svært at analysere, da det ikke vides hvad afsenderens forståelse af begrebet rummer, men det giver udtryk for en fysiologisk forståelse af hvad det vil sige at '*lykkes*'.

4.1.1.3 Nyhedsmediernes perspektiv – samfundets ansvar?

Nyhedsmedie 1: Vi måler, vejer, tester og evaluerer vores børn. Hvad bilder vi os ind?

Det ses gennemgående i de i artiklen udvalgte sekvenser, at formanden for Dansk Psykolog Forening, Eva Secher Mathiasen, mener, at det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med at fremme børn og unges mentale sundhed, halter bagud og at der i samfundet fokuseres på og prioriteres forkerte strategier (Madsen, Teilmann and Birk, 2018). Det ses blandt andet i nedenstående sekvens.

*”Vi kan **ikke nøjes** med at behandle - Det **er** jo sådan, vi gør, når vi står med et enkelt menneske, som har det svært. Et barn, der har angst, **skal selvfølgelig** have den behandling, der skal til for at komme af med angsten [...]. Det **nytter** bare ikke noget, at det er det eneste, vi gør. Vi bliver nødt til at kigge på, hvordan vi undgår at bringe så mange mennesker i en situation, hvor de får behov for professionel hjælp. Vi bliver med andre ord nødt til at fokusere på, hvordan vi kan undgå, at så mange kommer så langt ud af kurs”* (Madsen, Teilmann and Birk, 2018).

I sekvensen anvendes modale adverbier som ifølge Fairclough er en måde hvorpå afsender, her Eva Mathiasen, viser tilslutning til det italesatte. Hun viser gennem brug af adverbier som *selvfølgelig*, at hun ikke ønsker at underkende en behandlingsorienteret strategi til at hjælpe børn og unge der i forvejen har det svært. Desuden understreges ved anvendelsen af adverbiet, den selvfølgelighed hun ser i, at enkelte unge har behov for en behandlende tilgang. Samtidig anvendes forbehold, som ifølge Fairclough er ord der fremstiller en tøven eller en modvilje overfor det der italesættes (Fairclough, 2008). Her kan anvendelsen af *ikke nøjes med* og *det nytter ikke* vurderes som forbehold hvormed Eva Mathiasen beskriver en afstandstagen over for, at den behandlende strategi er den eneste strategi, der anvendes i det sundhedsfremmende – og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed. Samtidig udtrykker tidsangivelsen *er*, at formanden anvender kategorisk modalitet i udsagnet, hvilket viser stærk tilslutning og dermed affinitet for udsagnet (Fairclough, 2008).

*”Forskningen understøtter det, som jeg har sagt i flere år; nemlig at vi **må** kigge på strukturelle forhold i samfundet for at finde årsagen til den stigende mistrivsel blandt børn og unge. [...]. Vi skal ikke kun lede efter forklaringen i kassen med traditionelle socioøkonomiske årsager. Også børn fra hjem, som vi ellers ikke forventer giver anledning til mistrivsel, rammes, og det **er** en anden type børn, der **nu** også finder tilværelsen uoverskuelig. Derfor **skal** man lede efter årsager andre steder.”* (Madsen, Teilmann and Birk, 2018).

I den ovenstående sekvens anvendes flere modale hjælpeverber og tidsangivelser som ifølge Fairclough er med til at vise afsenderens affinitet, altså tilhørsforhold, til det italesatte. Blandt andet anvendes hjælpeverber som udtrykker den gennemslagskraft afsenders søger at videregive. Her anvendes både *må* og *skal* som et udtryk for nødvendigheden og vigtigheden af, at se på strukturelle forhold i samfundet, som årsag til den stigende forekomst af nedsat mentale sundhed blandt børn og unge. Samtidig angiver tidsangivelser som *er* og *nu* en affinitet til udsagnet og udtrykker at udviklingen i unges mental sundhed er et nutidigt problem, som kræver en forandring i tilgangen hertil. Ifølge Fairclough er anvendelsen af nutid som tidsangivelse med til at give kategorisk modalitet, som understreger det italesatte og afsenders tilslutning hertil (Fairclough, 2008).

Eva Secher Mathiasen problematiserer den diskurs hun ser i tilgangen til børn og unge i dag. Hun pointerer at samfundet har høje forventninger og krav til ungdommen;

*”Vi stiller krav til børnene, ja. **Men** vi klæder dem jo ikke på til at kunne leve op til de krav. Til gengæld har vi designet nogle evalueringsprincipper, så vi de første 30 år af børnenes liv er i stand til at måle på, om de klarer sig godt. Vi skulle **hellere** bruge ressourcerne på at designe deres udviklingsrum og rammer, så de kommer til at klare sig godt”* (Madsen, Teilmann and Birk, 2018).

Mathiasen problematiserer samtidig ved brug af verbet *men*, at samfundet ikke lever op til det ansvar det har overfor dets borgere, og at børn og unge har svært ved at leve op til den forventning der stilles til dem fra samfundets side. Yderligere fremsætter hun, ved anvendelse af verbet *hellere*, en anden diskurs omkring samfundets rolle i forhold til at beskytte unge og sikre dem en god start på livet. Hun påpeger her, at de rammer børn og unge lever under, er vigtige for deres udvikling og for deres mentale sundhed.

*”Når du måler på trivsel og kigger på, hvordan børnene har det, så har de det markant sværere i dag, end de havde for 20 år siden. Og det **er** jo tegn på, at vi ikke rigtig lykkes med den samfundsudvikling, vi har gang i. [...] Men målet **må** være, at vi trives og har det godt i tilværelsen - og det er også det, vi **skal** evaluere vores samfund på. Men tallene for mistrivsel viser jo, at vi som samfund ikke er lykkes særlig godt med den målsætning!”* (Madsen, Teilmann and Birk, 2018).

Det uddybes i ovenstående sekvens, at den samfundsudvikling vi ser, tyder på, at have en negativ indvirkning på børn og unges mentale sundhed. Her understreges det, at målet med en samfundsudvikling, ifølge Eva Mathiasen, må være at borgere har det godt og bliver ved med at have det godt. Ved anvendelsen af hjælpeverbet *må*, udtrykker hun egen indstilling til det italesatte og understreger, at netop trivsel må være formålet med samfundet, hvorfor dette må prioriteres i høj grad. Dog anvendes ikke et modalt hjælpeverbum som *skal* i denne sammenhæng, hvilket i højere grad vil udtrykke en kategorisk modalitet. Dermed udtrykker afsender en subjektiv tilgang til det italesatte, hvorfor den kategoriske modalitet modificeres og ikke fremstår med høj affinitet. Samtidig ses i sekvensen en diskurs omkring ansvar, som i ovenstående sekvens pointerer, at samfundet i højere grad må tage ansvar for hvilke rammer børn og unge lever under. Men ligeledes hvilken indflydelse dette har på deres mentale sundhed.

*”Det enkelte menneske **har** da et **kæmpestort** ansvar! Men det fritager bare ikke samfundet for ansvar. Og **naturligvis er** det forældrene, der **har** ansvaret for deres børn og deres udvikling. **Men** forældrene er jo ikke øde øer. De **kan** ikke handle uafhængigt af det samfund, der er omkring dem. Men nu ser man konsekvenserne af tidligere tiders handlinger, og så **må** politikerne reagere på det. [...] For det handler **vel** om at indrette et samfund, hvor flest muligt har det godt.”* (Madsen, Teilmann and Birk, 2018).

I det italesatte ses en diskurs, hvor forældrene pålægges et ansvar, ved at trække på ordvalg som *kæmpestort* og modale adverbier som *naturligvis*, som begge er medvirkende til at understrege naturligheden i, at forældre har en rolle i forhold til at holde deres børn sunde og raske. Samtidig påpeges det i ovenstående sekvens, at dette ansvar deles med samfundet og at det ikke er muligt for forældre at påtage sig dette ansvar alene. Hvilket ligeledes udtrykkes gennem brugen af modale adverbier såsom *uafhængig* og hjælpeverber som *må*, hvilket fremhæver den pointe Eva Mathiasen vil frem med, at der er et fælles ansvar, hvor også samfundet skal bidrage med rammer. Under de rigtige rammer har forældrene mulighed for at give deres børn den bedste opvækst med muligheden for en sund udvikling. Sidst anvendes *vel*, som modal adverbium, hvilket udtrykker en tøven eller et spørgsmål overfor, om ikke netop det er et samfund hvor trivslen er i højsæde som der ønskes at indrette. Hele sekvensen viser gennem brug af tidsangivelsen *er*, at afsender viser affinitet til udsagnet og dermed tilslutter sig det udtrykte.

Nyhedsmedie 2: Mental sundhed skal i fokus, hvis ungdommen skal trives

I nedenstående sekvens fremstår en diskurs omkring samfundets ansvar overfor børn og unge, samt prioriteringen heraf. Bjørn Holstein, der er forsker i børn og unges sundhed og trivsel, pointerer, ved anvendelse af gennemslagskraftige ord, at samfundet svigter dets børn og unge og ikke har den nødvendige fokus og prioritering af deres sundhed.

*”Samfundet **burde** have et **tilstrækkeligt** system til de hårdest ramte børn. I mange kommuner er der flere måneders ventetid for de børn, der gerne vil se en skolepsykolog. Det er en katastrofe for dem, der er i akut nød. Samfundet har på mange måder **totalt** svigtet sine børn ved ikke at prioritere dem* (Ungdom, 2018).

Der ses i diskursen en høj grad af affinitet fra afsenders side, som udtrykker hvilket tilhørsforhold afsender har til det italesatte. Ved anvendelse af ord som *tilstrækkeligt* og *total*, understreger Bjørn Holstein manglen på et samfundssystem, der er med til at forebygge mental mistrivsel og hjælpe børn og unge. Han understreger, at det er et *totalt* svigt fra samfundets side, når børn og unge ikke modtager den fornødne hjælp de behøver. Samtidig anvender Bjørn Holstein et modalt hjælpeverbum, som *burde*, hvilket fremhæver samfundets ansvar og deres svigt ved ikke at varetage dette ansvar. Dermed bliver det italesatte og den diskurs der fremstilles meget stræk og viser en høj grad af kategorisk modalitet og affinitet til udsagnet.

I det ovenstående fremstiller Holstein dermed en diskurs, hvor samfundet nedprioriterer børn og unges mentale sundhed. Dette ses uddybet i nedenstående sekvens, hvor Holstein fremhæver flere områder indenfor sundhedsvæsenet, hvor det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde nedprioriteres.

*” Vi ser eksempelvis kommuner, der skærer ned på sundhedsplejen i disse år. Men det **er** en meget afgørende, og tilmed billig, ressource, som kan forebygge mange af problematikkerne. Vi **har** sådan set allerede de rigtige værktøjer til rådighed, som indeholder store potentialer, problemet er bare, at de **bliver** nedprioriteret”* (Ungdom, 2018).

Her ses specielt anvendelse af tidsangivelser, som gør det italesatte mere kategorisk, hvilket ifølge Fairclough er en måde, hvorpå afsenderen kan fremvise magt og høj tilslutning til det italesatte. I det ovenstående ses anvendelsen af tidsangivelser gennem brugen af *er*, *har* og *bliver*, som alle fremstiller en nutidsform der ifølge Fairclough understreger at Bjørn Holsteins viser affinitet til udsagnet. I det foregående problematiserer Holstein den måde, hvorpå det sundhedsfremmende – og forebyggende arbejde med at fremme børn og unges mentale sundhed prioriteres. Nedenfor fremstilles et handlingsrettet perspektiv, hvor Holstein udlægger, hvilke perspektiver han ser og mener, der kan anvendes i det sundhedsfremmende – og forebyggende arbejde. Han påpeger særligt, at mental sundhed i højere grad skal italesættes mere blandt de unge, men samtidig skal der fokuseres på, *hvordan* mental sundhed italesættes. Han påpeger, at dette kan være en del af det sundhedsfremmende arbejde der udføres, med henblik på at sætte fokus på den diskurs der er omkring mental sundhed.

*”Om det så **er** i klassen, i klubben eller på gaden, så er det **vigtigt**, at vi får italesat mental sundhed. [...] Det kunne også sagtens være god sundhedsoplysning at fokusere på, hvordan vi italesætter mental sundhed. [...] Samtidig er det mindst lige så **vigtigt**, at der kommer et øget politisk fokus på børn og unges mentale trivsel. I Danmark **har** vi eksempelvis ikke en national sundhedspolitik for børn og unge, som man har i mange andre lande”* (Ungdom, 2018).

Hermed påpeger Holstein, at samfundet har ansvaret for at prioritere børn og unges mentale sundhed samt at fokusere på italesættelsen heraf. Ved brug af tidsangivelserne *er* og *har*, udtrykkes ligeledes her affinitet til udsagnet (Fairclough, 2008). Ved at bruge modaladverbiet *vigtigt* flere gange i sekvensen, viser Holstein stor tilslutning til udsagnet og adverbiet underbygger affiniteten til det sagte.

I forlængelse heraf pointerer Einar Baldursson, lektor i arbejds- og organisationspsykologi, at også de unge selv har et ansvar, hvor han appellerer til, at de unge skaber indhold i livet og fokusere på mere og andet end mål og karriere. Dermed skabes forskellige diskurser omkring hvis ansvar det er at fremme børn og unges mentale sundhed.

*”Livet **er** i højere grad styret af vores karriere eller mål om en karriere, og særligt unge mangler andet indhold i deres hverdag. Et ensidigt liv **er** også et skrøbeligt liv, derfor **skal** de unge **blive bedre til** at interessere sig for andre ting end deres fremtidige karriere”* (Ungdom, 2018).

I sekvensen ses brug af tidsangivelsen *er*, hvilket viser en kategorisk modalitet med tilslutning til udsagnet (Fairclough, 2008). Her ses en diskurs hvor den unge selv stilles til ansvar og samfundets rammer i mindre grad inddrages som årsagsforklaring.

Med udgangspunkt i ovenstående sekvenser, præsenteres flere diskurs omkring ansvaret for at sikre børn og unges mentale sundhed, hvor ansvaret ifølge Bjørn Holstein og Einar Baldursson både placeres hos individet og hos samfundet. Holstein stiller samfundet og de rammer samfundet er bygget op omkring til ansvar, mens Baldursson fokus rettet mod individet, når der søges årsagsforklaringer på den negative udvikling i unges mentale sundhed.

Nyhedsmedie 3: Debat: Frivillige fællesskaber er vejen til bedre mental sundhed

I en debat omkring hvordan der skabes bedre mental sundhed i Danmark, omtales de sundhedsfremmende – og forebyggende strategier og interventioner som anvendes i dag som ufuldstændige og utilstrækkelige (Koushede and Morgenstjerne, 2018). Det pointeres af Vibeke Koushede, seniorforsker og Maj Morgenstjerne, sekretariatschef i Europæisk Frivillighovedstad 2018, ved Aarhus Kommune, at den forståelsesramme der arbejdes ud fra, i dag er begrænset til en sygdomsorienteret diskurs, hvor forståelsen af nedsat mental sundhed er begrænset til at omhandle psykiske sygdomme (Koushede and Morgenstjerne, 2018). Heraf følger, at de sundhedsfremmende – og forebyggende strategier, der anvendes til at fremme den mentale sundhed, ligeledes har et sygdomsorienteret perspektiv og har et mindre fokus på hvilke forudsætninger og rammer der skaber og fremmer god mental sundhed (Koushede and Morgenstjerne, 2018). Dette fremstår i den nedenstående sekvens;

*”Når snakken går på, hvad vejen ud af mental usundhed er, så **er** forståelsesrammen begrænset til psykiske lidelser som eksempelvis angst og depression. Og som følge heraf **har** fokus for mental sundhed **været** på individuel behandling og forebyggelse af risici for psykiske lidelser, uden blik for det, der skaber og fremmer god mental sundhed”* (Koushede and Morgenstjerne, 2018).

Her anvendes blandt andet datid som tidsangivelse, ved anvendelsen af formuleringer som *har været*, der skaber og understreger betydningen af, at denne fremgangsmåde er forældet måde at se og handle på, når det søges at fremme den mentale sundhed. I ovenstående sekvens anvendes en blandet tidsangivelse hvor første del af sekvensen er angivet i nutid mens anden del af sekvensen er angivet i datid. Afsenderen viser altså, med udgangspunkt i Fairclough, tilslutning til den første del af sekvensen, og giver herigennem udtryk for at forståelsesrammen stadig *er* som beskrevet, samtidig anvendes datid i sidste del af sekvensen, hvilket har den modsatte virkning og hensigt, hvor afsenderen nærmere tager afstand fra det fokus som tidsangivelsen henviser til. Dette har konsekvenser for tilslutningen til det italesatte og fremhæver afsenders pointe med, at der skal en ny forståelsesramme til, for at påvirke den stigning der ses af borgere med nedsat mental sundhed i en positiv retning. Dette ses ligeledes gældende nedenfor, hvor det uddybes hvilken del af forståelsesrammen for mental sundhed afsender mener er mangelfuld.

*”Vi mener, at det nuværende fokus **er ufuldstændigt**. Der mangler en helt central opmærksomhed på betydningen af vores sociale relationer og værdien af fællesskabet. Denne ufuldstændighed bliver desværre også tydelig, når vi ser på studier i mental sundhed.”* (Koushede and Morgenstjerne, 2018).

Her ses anvendelse af modal adverbiet *ufuldstændigt* hvilket ifølge Fairclough er en måde hvorpå afsender kan modificere den kategoriske modalitet, således at afsender fremhæver at der er en lav tilslutning til det italesatte (Fairclough, 2008). Dette har konsekvens for den betydning der udledes af sekvensen, idet det understreges at den nuværende tilgang og forståelse af mental sundhed er forældet og ikke tilstrækkelig i arbejdet med at fremme den mentale sundhed.

I det ovenstående ses en italesættelse af, at forståelsesrammen for det sundhedsfremmende – og forebyggende arbejde med mental sundhed, har været og stadig er mangelfuldt. Det uddybes i nedenstående sekvens, hvilke forandrende handlingsorienterede perspektiver der fremstilles i debatten, som værende afgørende for, at fremme den mentale sundhed. Her pointeres det særligt, at det tidligere fokus på individet bør ændres til fordel for en mere befolkningsorienteret tilgang, hvor fællesskabet er prioriteret højt.

*”Igen **skal** vi bevæge os væk fra, at fokus alene er på individet, og i stedet målrettet investere i at skabe rammer og en kultur, der dyrker fællesskabet. [...] Hvis vi **skal** asfaltere vejen fra udenfor til fællesskabet kræver det forståelse, opmærksomhed og investeringer i at få de bedst mulige vilkår for frivilligheden og fællesskabet. Og det kræver investeringer i en kulturforandring, hvor den enkelte føler, at det **er** både nemt og muligt at tage et medborgeransvar for fællesskabet.”* (Koushede and Morgenstjerne, 2018).

Her anvendes i modsætningen til ovenstående en tidsangivelse i nutid, som skaber en diskurs om, at dette fremadrettet bør være den anvendte strategi, i arbejdet med at fremme den mentale sundhed. Hermed tillægger afsender en større affinitet til budskabet og udtrykker, ifølge Fairclough en kategorisk modalitet, der giver det udtrykte sandhedsværdi og gennemslagskraft (Fairclough, 2008). Samtidig anvendes *skal* som modal hjælpeverbum flere gange i sekvensen. Dette er yderligere med til at øge afsenders tilslutning og give det italesatte kategorisk modalitet, hvilket skaber en kontrast

mellem det nuværende arbejde med mental sundhed og det handlingsperspektiv, der fremlægges som en forandret måde at arbejde med mental sundhed på.

4.1.2 Sammenfatning af diskurser

Gennem tekstanalysen er der fremanalyseret fire overordnede diskurser i italesættelsen af det sundhedsfremmende – og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed. Sammenfattende ses baggrund heraf en sygdomsorienteret diskurs, en trivselsorienteret diskurs, en ideologisk diskurs og en etisk diskurs. De fire diskurser præsenteres i tabel 3, hvorefter en uddybende tekst beskriver hvordan disse diskurser ses dominerende i dokumenterne samt hvilke elementer diskurserne indeholder. Diskurserne er søgt defineret gennem Geoffrey Rose terminologi, for at opnå en strategisk forståelse for de fremanalyserede diskurser.

Diskursiv retning	Definition
<i>Sygdomsorienteret diskurs</i>	Diskursen indbefatter de i sekvenserne fremanalyserede elementer, hvori der ses et fokus rettet mod proksimale psykologiske og biomedicinske determinanter for sygdom. Her ses et fokus på livsstil og adfærd som årsagsforklaring til nedsat mental sundhed. Der interverneres ligeledes på faktorer der er nærtstående individet. Ved brug af Geoffrey Rose terminologi ligger denne diskurs sig op af en højrisiko strategi (Rose, 1985).
<i>Trivselsorienteret diskurs</i>	Diskursen indbefatter de i sekvenserne fremanalyserede elementer, hvori der anlægges et fokus på trivselsfremmende faktorer. Her tages udgangspunkt i en inddragende og anerkendende tilgang til individet. Årsagsfaktorerne til mental sundhed findes indenfor denne diskurs i de samfundsskabte rammer, hvorunder individet udfolder sig. Fokus er dermed rettet mod de bagvedliggende determinanter for sygdom og har et mere strukturelt sigte. Ved brug af Geoffrey Rose terminologi ligger denne diskurs sig op af en populationsorienteret strategi (Rose, 1985).
<i>Ideologisk diskurs</i>	Diskursen indbefatter de i sekvenserne fremanalyserede ideologiske elementer. Her ses i dokumenterne særligt at gives udtryk for ansvarsplacering. Ansvarer placeres i dokumenterne enten på meso- og makroniveau eller på mikroniveau, hvor det pointeres at individet selv har ansvaret for at varetage mental sundhed.
<i>Etisk diskurs</i>	Diskursen indbefatter de i sekvenserne fremanalyserede elementer, hvori der gives udtryk for børn og unges rettigheder samt samfundsmæssige forpligtigelser. Heri ses henvisninger til nationale og internationale dokumenter, der har fokus på børns rettigheder.

Tabel 3 - Beskrivelse af dominerende diskurser

Særlig dominerende fremstår en *sygdomsorienteret* diskurs, der er særligt fremtrædende både i nationale og kommunale dokumenter samt i nyhedsmedierne. Denne diskurs er præget af et fokus på sygdom og sygdomsfremkaldende faktorer, hvilket blandt andet fremkommer ved, at afsender gennem sprogbrug, viser stor affinitet til italesættelsen af mental sundhed, særligt rettet mod børn og unge i risikogrupper eller børn og unge der allerede har psykiske diagnoser. De determinanter der fokuseres på ift. fremme af mental sundhed, vurderes præget af fysiologiske faktorer som livsstil, fysisk aktivitet og risikoadfærd. Dette viser, gennem de konkrete handleplaner, en konstruktion af en social praksis, hvor begrebet sundhed defineres indenfor det biomedicinske paradigme, med hvilket sundheds defineres som en naturvidenskabelig tilgang til sygdom (Wackerhausen, 1995). Ifølge Fairclough, kan denne form for diskurs være medvirkende til at konstruere videns – og betydningssystemer (Fairclough, 2008). Der er dermed i højere grad fokus på forebyggende strategier end sundhedsfremmende strategier. Den sygdomsorienteret diskurs er særlig udpræget i de nationale og kommunale dokumenter, hvor den ses at præge den handlingsorienterede del af dokumenterne. Når den sygdomsorienterede diskurs italesættes gennem nyhedsmedierne, præsenteres den som den nuværende dominerende diskurs i arbejdet med at fremme mental sundhed. I nyhedsmedierne lægges op til en anden fremadrettet diskurs, hvor trivsel i højere grad inddrages i forståelsen af unges mentale sundhed og arbejdet hermed. Denne diskurs fremanalyseres ved brug af Faircloughs begrebsapparat, som en *trivselsorienteret* diskurs. Diskursen forekommer på tværs af alle dokumenter og beskriver en inddragende og anerkendende tilgang til definitionen og forståelsen af begrebet *mental sundhed*. Der lægges vægt på de psykologiske og sociale faktorer, såsom håndtering af udfordringer, have mulighed for at indfri egne evner samt at indgå i fællesskaber, når begrebet defineres. Ligeledes lægges der i denne diskurs vægt på, at den mentale sundhed eksempelvis skal fremmes gennem sunde rammer, der positivt bidrager til borgerens mestring af det gode og sunde liv. På tværs af dokumenterne, fremanalyseres gennem det italesatte, at sundhed ikke er en konsistent størrelse, men er foranderlig og afhængig af tid og person. Denne diskurs vurderes særlig fremtrædende i nyhedsmedierne, hvor den italesættes som en diskurs, der bør have et større fokus i arbejde med unges mentale sundhed. Diskursen tydeliggøres i mindre grad i de nationale og kommunale dokumenter, hvor den hovedsageligt fremstår i definitionen og beskrivelsen af den tilgang der anlægges, men den fremkommer ikke tydeligt i den handlingsrettede del af dokumenterne.

Der ses ligeledes en *ideologisk diskurs*, der omhandler de ideologier der er fremtrædende på tværs af dokumenterne. Her fremstår en liberalistisk ideologi i de nationale og kommunale dokumenter, som

placerer en stor del af ansvaret for egen sundhed hos individet, mens der i nyhedsmedierne i højere grad ses en socialistisk ideologi, hvor ansvaret i højere grad placeres ved samfundet. I den politiske diskurs italesættes det gennem en forpligtende modalitet, hvor ansvaret kan placeres. I de nationale og kommunale dokumenter fremanalyseres en individrettet ansvarsplacering, hvor pointeres, at individet har et ansvar for at skabe og opretholde en god mental sundhed. I nyhedsmedierne fremstår en samfundsrettet ansvarsplacering i højere grad og pointerer, at samfundet har et medansvar for skabe de fornødne sunde rammer, der gør det muligt for individet at oparbejde en god mental sundhed. I nyhedsmedierne fremstår det klart, at samfundets arbejde med mental sundhed er utilstrækkelig og fokusere primært på individets rolle og ansvar. Dog pointeres det i nyhedsmedierne, at individet ligeledes har et ansvar for at skabe en god mental sundhed, men det fremstår klart, at individet er afhængig af de samfundsskabte rammer for at udvikle sig. Hermed opstår en *etisk diskurs*, idet det ses gennemgående for de nationale og kommunale dokumenter, at ansvarsplaceringen ligger hos individet. I Børne- og Ungepolitikken, fra Silkeborg Kommune, ansvarliggøres forældrene for børnenes mentale sundhed. Regeringens og kommunens funktion er hovedsageligt, at indtage en støttende rolle samt skabe rammer der bidrager positivt til det gode og sunde liv. I de kommunale dokumenterne trækkes der samtidig på nationale og internationale kilder, som belæg for de politiske udmeldinger, eksempelvis *FN's Børnekonvention* ift. børns rettigheder. Her vurderes en etisk diskurs at være synlig. Det ses bl.a. ved anvendelse af modale hjælpeverber som f.eks. *bør*, udtrykker hvad der bør gøres og hvad der er acceptabelt. Samtidig udtrykkes herigennem en forpligtigelse i forhold til ansvarsplaceringen af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde ift. unges mentale sundhed. Dermed kan de forskellige diskurser være med til at skabe en etisk diskussion om, hvem der har det overordnede ansvar, når ønsket er at fremme unges mentale sundhed.

4.1.3 Diskursiv praksis

Formålet med denne analysedimension er, at klarlægge diskursernes oprindelse samt undersøge, hvorvidt der foregår diskursive kampe mellem de analyserede dokumenter. Gennem den diskursive praksis lægges særligt vægt på, at fremanalysere måden hvorpå ideologier og syn på sundhedsfremme – og forebyggelse er genereret i dokumenterne, for herigennem at klarlægge dokumenternes *intertekstualitet*. De nationale og kommunale samt nyhedsmedierne dokumenter, bygger på en forståelse og beskrivelse af mental sundhed og det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, der trækker på andre eksisterende kilder og diskurser af mental sundhed. Dermed er der ifølge Fairclough

tale om intertekstualitet, hvor dokumenterne henviser enten direkte eller indirekte til andre dokumenter (Fairclough, 2008). Den nedenstående analyse af den diskursive praksis, vil derfor tage udgangspunkt i Faircloughs begreb *intertekstualitet* (Fairclough, 2008).

På tværs af sekvenserne fremanalyseres en række diskurser om mental sundhed. Ifølge Fairclough kan et begreb, som eksempelvis mental sundhed, forstås ud fra flere diskurser, som kan samartikuleres i betydningsdannelsen gennem social interaktion (Fairclough, 2008). Diskurserne kan både findes enestående for den enkelte tekst, men samtidig findes også diskurser, der fremkommer på tværs af alle dokumenterne (Fairclough, 2008). De i specialet anvendte dokumenter vurderes både at henvise og referere til hinanden. Her ses de kommunale dokumenter, at henvise til de nationale dokumenter, blandt andet forebyggelsespakken. Samtidig henviser og refererer dokumenterne også til udenforstående dokumenter. Her kan nævnes at både de nationale og kommunale dokumenter samt nyhedsmedierne direkte og indirekte trækker på den forståelse af mental sundhed, som tidligere er defineret af WHO. Dermed kan dele af dokumenterne, ifølge Fairclough, forstås som en konstituerende tilføjelse til allerede eksisterende diskurser (Fairclough, 2008).

I analysen af et dokumentes intertekstualitet kan der ifølge Fairclough fokuseres på hvordan diskursen internt påvirkes heraf. Dermed kan det fremanalyseres, hvordan en diskurs reproduceres gennem flere dokumenter eller hvorvidt diskursen ændres gennem de analyserede dokumenter og dermed frembringer en ny diskurs (Fairclough, 2008). Som tidligere nævnt fremkommer der af analysens første dimension fire forskellige dominerende diskurser, hvoraf den sygdomsorienterede og trivselsorienterede diskurs ses mest dominerende end andre. I de nationale dokumenter italesættes både en sygdomsorienteret og en trivselsorienteret diskurs, som værende inddraget i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed. Dog vurderes den sygdomsorienterede diskurs, at være særlig dominerende, især under de konkrete handleplaner. De mest fremtrædende interventioner ses her, at være målrettet unge der er særligt udfordret og allerede har en psykiatrisk diagnose, hvormed interventionerne anlægger en højrisikostrategi. Dermed er der et mindre fokus på den sundhedsfremmende del, og deslige et mindre fokus på interventioner, der styrker de unges mentale sundhed gennem en befolkningsorienteret strategi. Den sygdomsorienterede diskurs gør sig ligeledes gældende i de kommunale dokumenter, som henviser til forebyggelsespakken i italesættelsen og udarbejdelsen af interventioner målrettet unge. Hovedvægten af forebyggelsespakkens indsatser vurderes at omhandle unge som allerede er blevet syge og derfor har et behandlende sigte (Sundhedsstyrelsen, 2018c). Det fremstår derfor, at flere dele af de

kommunale diskurser er rekonstrueret fra de nationale diskurser. Hermed fremstår en overensstemmelse mellem de nationale og kommunale diskurser. Ifølge Fairclough er muligheden for at skabe nye diskurser ikke fri for afsenderen, her kommunen. Forelægges en magtrelation mellem de forskellige dokumenter, kan afsender være socialt begrænset og dermed have svært ved at skabe en anderledes diskurs end den foregående (Fairclough, 2008). Der kan dermed stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt de kommunale diskurser er en konsekvens af den sociale praksis og dennes magtrelationer. Til sammenligning med nyhedsmedierne, fremkommer også her en sygdoms – og trivselsorienteret diskurs, dog ses det her, at den trivselsorienterede diskurs fremstår som værende mest dominerende. Det fremhæves i samtlige dokumenter fra nyhedsmedierne, at den sygdomsorienteret diskurs længe har præget arbejde med mental sundhed, hvilket ifølge nyhedsmedierne kan være en af de bagvedliggende årsag til den u hensigtsmæssige stigning i andelen af unge med nedsat mental sundhed. Nyhedsmedierne fremsætter derfor en konkurrerende diskurs, som ikke regenerere den allerede eksisterende diskurs, men skaber en ny diskurs i forhold til det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde, med unges mentale sundhed. Hermed vurderes nyhedsmedierne at være mindre politisk begrænsede, hvorfor de på trods af magtrelationer i den sociale praksis, alligevel kan skabe og generere nye konkurrerende diskurser. Hermed opstår to diskurser med modsatrettede hensigter og formål, der kan tales om to forskellige ideologiske ståsteder. Dette kan ifølge Fairclough skabe en ideologisk kamp hvor ideologiske felter er krydsende (Fairclough, 2008). Fairclough påpeger at der i en ideologisk kamp, også er en vigtig diskussion om hegemoni og en hegemonisk kamp (Fairclough, 2008). Det ses derfor relevant at analysere hvordan begrebet hegemoni har indflydelse på de fundne diskurser og dermed forståelsen af mental sundhed og det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde i relation hertil.

4.1.4 Social praksis

På baggrund af analysens resultater kan der argumenteres for, at de nationale instanser har en magtposition i samfundet der gør, at de er med til at skabe en dominerende ideologi og opretholde denne gennem de ideologiske diskurser, som ses i de analyserede dokumenter i nærværende speciale. Det ses bl.a. at kommunen retter sig ind efter de nationale udspil, hvorved kommunen og nyhedsmedierne ikke har samme magtposition, da der på nationalt plan ikke henvises til eller retter sig efter diskurser, italesat på et kommunalt plan eller i nyhedsmedierne. Det er derfor også et relevant spørgsmål, hvorvidt nyhedsmediernes forsøg på at skabe en anderledes diskurs, med en anden

ideologi, har indflydelse og dominans nok til at skabe reelle ændringer i den sociale praksis. Dette søges fremanalyseret i det nedenstående med udgangspunkt i Faircloughs begreb *hegemoni*.

Gennem de nationale og kommunale dokumenter gives overvejende udtryk for en liberalistisk ideologi, hvor der fokuseres på den enkeltes frihed til at skabe det gode liv. Hermed placeres ansvaret for dette ligeledes hos individet. Dette ses i kontrast til den ideologiske diskurs udtrukket fra nyhedsmedier, der i større grad giver udtryk for en socialistisk eller socialliberalistisk ideologi, hvor staten i højere grad er medansvarlig for individets helbred og velbefindende. Ifølge Fairclough skabes hegemoni når en eller flere diskurser deler et ideologisk perspektiv, som er anderledes end andre (Fairclough, 2008), her hvor de nationale og kommunale f.eks. deler et ideologisk ståsted som er anderledes end nyhedsmediernes ideologi. Hermed skabes grundlag for en ideologisk kamp som er præget af strategiske udspil, hvor formålet er at opnå mest indflydelse på den dominerende diskurs i samfundet. Fairclough betegner ligeledes dette som kampen om den sociale praksis (Fairclough, 2008). De interventioner der vurderes som relevante og effektive i de nationale dokumenter, er også de interventioner der forefindes i den sociale praksis, bl.a. i de interventioner der udbydes i kommunerne.

Gennem analysen vurderes det, at den sociale praksis domineres af en liberalistisk ideologi, på trods af at nyhedsmediernes er med til at italesætte en diskurs, der er præget af en mere socialistisk ideologi. Ifølge Fairclough er ideologier skabt på baggrund af dominans og ideologiske diskurser er med til at bibeholde eller transformere magtrelationer (Fairclough, 2008). Der kan derfor argumenteres for, at nyhedsmediernes diskurs vil have større indflydelse på den sociale praksis, hvis dennes magt transformeres, så de i større grad har dominans og dermed kan søge, at forandre den måde hvorpå mental sundhed samt det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde med mental sundhed italesættes. Dog kan forandringstendenser indenfor diskursordner ifølge Fairclough lede til debatter om social forandring, hvormed forandringen italesættes og herigennem får opmærksomhed (Fairclough, 2008). Når der i social praksis ligeledes ses en forandring ift. en stigende forekomst af unge med nedsat mental sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2018b), kan dette skabe et behov for en diskursiv forandring. Dermed kan nyhedsmediernes moddiskursbidrage til en debat om forandring af diskursen ift. unges mentale sundhed.

Ovenstående er en foreløbig besvarelse af første forskningsspørgsmål; *"Hvilke dominerende diskurser italesættes i det nuværende forebyggende- og sundhedsfremmende arbejde med unges mentale sundhed i Danmark?"* Overordnet findes fire diskurser, der har forskellige magtpositioner ift.

social praksis, afhængig af afsenderen. Disse fire diskurser videreføres til resultatdiskussionen, hvor de sammen med afsnit 4.2 *Analyse af studier* bidrager til en besvarelse af den sidste del af problemformuleringen.

4.2 Analyse af studier

I afsnittet fremanalyseres fund fra internationale studier der har til formål at bidrage til besvarelse af andet forskningsspørgsmål; ”*Hvilke strategier anvendes i forebyggende- og sundhedsfremmende interventioner rettet mod at forbedre unges mentale sundhed?*”. Analysen vil afslutningsvist indeholde en syntese, der sammenfatter samtlige fund fra analysen og herigennem besvarer tredje forskningsspørgsmål.

Nedenfor præsenteres fund fra analysen af studierne. Desuden findes i bilag 4 en oversigt over de inddragende studier, hvor der præsenteres en redegørelse af indhold og metoder i studierne. Gennem analysen fremanalyseres strategiske tilgange i interventioner rette mod at fremme unges mentale sundhed. Formålet hermed er, at opnå indsigt i hvordan det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde i Danmark kan forandres, med udgangspunkt i evidensbaseret videnskabelige studier. Analysen er hovedsageligt funderet på metaanalyser og RCT-studier. Til at fremanalysere anvendte strategier, anvendes epidemiologen Geoffrey Roses teori omhandlende forebyggelsesstrategier (Rose, 1985). For uddybning af denne henvises til metodeafsnit 3.5 *Teoretisk referenceramme*.

Gennem den systematiske litteratursøgning er fem studier udvalgt, som vurderes at have relevans for nærværende speciale. Alle studier bidrager med et syn på flere forskellige interventioner, hvor formålet er, at fremme unges mentale sundhed. Alle studier vurderes derfor at kunne give indblik i, hvilke sundhedsfremmende og forebyggende strategier, der anvendes i en international kontekst, i arbejdet med unges mentale sundhed. De strategier der fremkommer i litteraturen, skal være medvirkende til at underbygge grundlaget for forandringspotentialitet i specialets videre udformning. Af de fem udvalgte studier er tre RCT studier (Manicavasagar *et al.*, 2014; Perry *et al.*, 2014; Räsänen *et al.*, 2016), og to systematiske reviews (Arbesman, Bazyk and Nochajski, 2013; Clarke, Kuosmanen and Barry, 2014). Studierne er gennemlæst, med et fokus på præsenterede strategier. De fund der fremkommer i studierne, bidrager til besvarelse af specialets andet forskningsspørgsmål; *Hvilke strategier anvendes i forebyggende- og sundhedsfremmende interventioner rettet mod at forbedre unges mentale sundhed?* I nedenstående afsnit fremanalyseres, hvilke strategier der fremkommer på

tværs af studierne, analysen opdeles i afsnit, der repræsenterer de fund der ses gennemgående i flere af studierne.

4.2.1 Sundhedsfremme og forebyggelse gennem online programmer

Studierne af Clarke, Kuosmanen & Barry, Manicavasagar et. al. og Räsänen et. al. undersøger hvordan anvendelsen af online programmer kan fremme unges mentale sundhed. Manicavasagar et. al. påpeger i et RCT-studie, at online sundhedsfremmende- og forebyggende interventioner kan være begrænset i deres indvirkning, grundet lav fastholdelse af deltager i studiet. Dette ses ligeledes gældende i et andet RCT-studie udarbejdet af Räsänen et. al, der påpeger, at unge er den befolkningsgruppe, der bruger mest tid på internettet (Räsänen et al., 2016). Dette vurderes derfor som en god kommunikationsvej til at opnå denne målgruppes opmærksomhed (Räsänen et al., 2016). Studiet tager udgangspunkt i tidligere lignende studier, der har vist effekt og udvikler et online terapi-forum kaldt *The student compass*. Her udbydes læring om mental sundhed og supervision samt online face-to-face samtaler (Räsänen et al., 2016). De to RCT-studier af Räsänen et al. og Manicavasagar et al., viser begge god effekt af en online interventioner (Manicavasagar et al., 2014; Räsänen et al., 2016). Der ses blandt andet en signifikant forbedring af symptomer på depression, stress og en øget trivsel (Manicavasagar et al., 2014). I studiet af Räsänen et. al. ses ligeledes en effekt ved 12 måneders follow-up (Räsänen et al., 2016). Det ses yderligere at de unge deltagere, der bruger mest tid på det og anvender interventionen oftest, også har en større sundhedsmæssig effekt heraf. Samtidig ses det, at unge deltagere der anvender interventionen mindre end 30 min om ugen, ikke har en signifikant effekt heraf. Deltagerne beskriver, at online interventioner er interessant og nemt at anvende (Manicavasagar et al., 2014). Dog problematiseres faktorer som adgang til internettet i hjemmet, at begrænse deltagernes anvendelse af interventionerne (Manicavasagar et al., 2014).

Ovenstående strategier har til formål at give børn og unge ressourcer til at håndtere udfordringer og generelt kunne mestre modstand i hverdagen. Der er fokus på *alle* børn og unge, hvor der interverneres på årsagsfaktorer til sygdom, hvilket ifølge Rose er indbegrebet af en befolkningsorienteret strategi. Det ses at de der bruger interventionen sparsomt ikke oplever effekt og samtidig ses det at effekten i den samlede studiepopulation opretholdes efter lang tid, hvilket ligeledes er kendetegnet ved den befolkningsorienterede strategi (Rose, 1985). Fundene underbygges hermed af den teoretiske referenceramme.

I det systematiske review af Clarke, Kuosmanen & Barry beskrives både forebyggende- og sundhedsfremmende interventioner baseret på online programmer. Det påpeges her at interessen

omkring brug af online medier til forebyggende – og sundhedsfremmende interventioner i de seneste år har været stigende (Clarke, Kuosmanen and Barry, 2014). Det vurderes fordelagtigt, da online interventioner giver det enkelte individ øget privatliv og anonymitet. Desuden pointeres det i studiet, at online interventioner er omkostningseffektive og giver minoritets – eller isolerede befolkningsgrupper større tilgængelighed, således at interventionerne når flere befolkningsgrupper i samfundet (Clarke, Kuosmanen and Barry, 2014). Overordnet set beskrives det i reviewet af Clarke, Kuosmanen og Barry, at den online intervention har vist signifikant god effekt på angst og depression hos unge allerede efter follow-up perioden på 6 måneder. Disse interventioner havde flere positive effekter i form af øget social støtte, reducere i selvskade, nedsat håbløshed og forbedret følelse af egenkontrol blandt unge (Clarke, Kuosmanen and Barry, 2014). Effekterne af online blogging² har også vist positiv effekt på unge med følelsesmæssige vanskeligheder, hvor der rapporteres en forbedring af unges selvværd, sociale vanskeligheder og social adfærd (Clarke, Kuosmanen and Barry, 2014). Resultatet af studiet viser desuden at hvis kampagner på de sociale medier, kombineres med skolebaseret undervisning om mental sundhed kan det have positive effekter ved at styrke unges bevidsthed om mental sundhed og adfærd (Clarke, Kuosmanen and Barry, 2014).

Studiet af Clarke, Kuosmanen og Barry viser resultater i tråd med studierne af Manicavasagar et. al. og Räsänen et. al., hvormed der ligeledes her ses interventioner der har en direkte indvirkning på forekomsten af mistrivsel som f.eks. angst og depression, men samtidig viser effekt på unges oplevelse af social støtte og mestring, hvilket påvirker årsagsmekanismen til mental mistrivsel (Clarke, Kuosmanen and Barry, 2014; Manicavasagar *et al.*, 2014; Räsänen *et al.*, 2016). Hermed ses ifølge Rose en strategi med et befolkningsorienteret sigte, der bevirker en mere radikal forandring i et samfundsperspektiv (Rose, 1985).

4.2.2 Sundhedsfremme og forebyggelse gennem skolebaserede interventioner

I et systematisk review og et RCT-studie ses det, at særligt interventioner udbudt i skolen eller i forbindelse med skolen viser stor effekt på børn og unges trivsel (Arbesman, Bazyk and Nochajski, 2013; Clarke, Kuosmanen and Barry, 2014). I det systematiske review af Arbesman, Bazuk og Nochajski beskrives bl.a. at programmer med fokus på sociale færdigheder og fokus på leg, spil og

² En blog er en personlig journal/dagbog, hvor en person fører daglige beretninger og oplevelser (Duermyer, 2018).

fritidsaktiviteter viser god effekt på børn og unges trivsel og sociale færdigheder (Arbesman, Bazyk and Nochajski, 2013). Tages der udgangspunkt i Roses forebyggelsesstrategier, ses ligeledes her god effekt af, at rette fokus mod de sociale normer i omgivelserne, der ses som årsagsforklaring til mental sundhed. Her interverneres med udgangspunkt i trivselsfremmende faktorer overfor alle børn og unge i skolealderen, hvormed strategien ifølge Rose kan kategoriseres som befolkningsorienteret (Rose, 1985). I selv samme studie af Arbesman, viser et andet fund, der beskrives i relation til de skolebaserede interventioner, er at interventionerne skal foregå kontinuerligt over år, for at opnå effekt (Arbesman, Bazyk and Nochajski, 2013). Dette ses i overensstemmelse med en befolkningsorienteret strategi, da en ændring i sociale normer i en hel befolkningsgruppe indtræffer over en længere tidsperiode, da normer er svære at ændre (Rose, 1985). Samme studie beskriver yderligere, at børn og unge kan forbedre deres sociale færdigheder og interaktion, hvis de deltager i kreative kurser/fag i skolen eller efter skolen (Arbesman, Bazyk and Nochajski, 2013). Der ses desuden stærk evidens ift. effekten af sundhedsfremmende interventioner, der indeholder aktiviteter der har til formål, at lære børn og unge om sociale og følelsesmæssige emner samt styrker børn og unges sociale og følelsesmæssige færdigheder (Arbesman, Bazyk and Nochajski, 2013). Igen her ses et fokus på de faktorer der fordrer mental sundhed og ruste børn og unge til at håndtere udfordringer, hvilket ifølge Rose ligeledes har et mere radikalt forandringspotentiale på et befolkningsniveau (Rose, 1985). Et andet redskab der er behæftet med stærk evidens, er brugen af antimobningsprogrammer i skolen (Arbesman, Bazyk and Nochajski, 2013). Denne typer programmer har vist sig at mindske forekomsten af mobning i skolen med omkring 20%, sammenlignet med kontrolgrupper (Arbesman, Bazyk and Nochajski, 2013). Også her fremkommer en intervention, der har fokus rettet mod alle børn og unge i skolealderen, men her ses et fokus på en faktor der har et mere behandlingsorienteret sigte. Heri udledes det, ve at intervenere overfor mobning, tages der udgangspunkt i en faktor der er nært forbundet med mistrivsel, hvorved interventionen får et mere sygdomsorienteret sigte med fokus på de individer der er i højrisiko for at mistrives eller allerede mistrives. Der beskrives en rigtig god effekt af denne type intervention, med en høj succesrate, hvilket ifølge Rose er kendetegnet ved interventioner der har et mere højrisikoorienteret perspektiv (Rose, 1985). I det systematiske review fra Clarke et al. pointeres det, at de sundhedsfremmende – og forebyggende interventioner der udbydes i skoleregi har væsentlig effekt i frafaldsraterne. 98% af interventioner i skoleregi blev gennemført til sammenligning med 30% i private omgivelser, herunder i hjemmet (Clarke, Kuosmanen and Barry, 2014). Desuden beskrives det, at et samarbejde på tværs

af nærmiljø, skoler og samarbejde med forældre har betydning for udfaldet af unges mentale sundhed (Clarke, Kuosmanen and Barry, 2014).

4.2.3 *Health literacy*³ i sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde

I studierne af Arbesman, Bazuk og Nochajski samt Perry et. al. påpeges det, at unge mangler viden om mental sundhed, samt hvor og hvordan de kan søge hjælp i forbindelse med nedsat mental sundhed (Arbesman, Bazyk and Nochajski, 2013; Perry *et al.*, 2014). I RCT-studiet af Räsänen et. al. beskrives det, at 45-65% af de universitetsstuderende der oplever problemer ift. mental sundhed ikke søger professionel hjælp, selvom hjælpen er tilstede og frit tilgængelig. Dette skyldes bl.a. stigma, at de ikke selv oplever at de har brug for hjælp, manglende tid og manglende viden (Räsänen *et al.*, 2016). Ifølge Rose kan de sociale normer i individets omgivelser være afgørende for den adfærd individet har (Rose, 1985). Når det i artiklen problematiseres, at stigma er en af årsagerne til at unge ikke søger hjælp, så kan det forklares med, at de normer der dominerer blandt børn og unge er præget af, at det ikke er acceptabelt at søge hjælp (Räsänen *et al.*, 2016). Ifølge Rose er sociale normer svære at ændre på, hvormed højrisikostراتيجier, som individuel rådgivning og terapi kan være svære at opnå effekt af, hvis de sociale normer i individets omgivelser ikke støtter op om det (Rose, 1985).

I RCT studiet af Perry et al., inddrages undervisning om mental sundhed i skoleregi, herunder undervisning i humørsvingninger og aktiviteter vedrørende mental sundhed og selvudvikling. Interventionen findes effektiv til at fremme unges viden om mental sundhed (Perry *et al.*, 2014). Lignende resultater fremkommer i det systematiske review af Arbesman, Bazuk og Nochajski, hvor det pointeres, at fokus på børn og unges *mental health literacy* kan hjælpe børn og unge til at forstå og tackle mentale problemstillinger og derved have en positiv indvirkning på børn og unges stressniveau og mestringsevne (Arbesman, Bazyk and Nochajski, 2013). I studiet af Perry et al. fremkommer det, at den positive effekt der ses på baggrund af studiet, ses stærkest lige efter interventionen, hvorefter effekten falder (Perry *et al.*, 2014). Denne udvikling kan med udgangspunkt i Roses forebyggelsesstrategier skyldes, at interventionen ikke har stået på længe nok til at skabe ændringer i de sociale normer, hvormed de normer der dominerede inden interventionen igen bliver herskende (Rose, 1985). Det kan være fordi individet ikke oplever en direkte effekt af interventionen

³ Health literacy er et begreb der omfatter individets evne til at tilegne sig og anvende sundhedsrelateret information (Madsen, Højgaard and Albæk, 2009).

og dermed mister motivationen og falder tilbage til gamle sociale normer. Rose omtaler dette som *Forebyggelsesparadokset* (Rose, 1985).

Det anbefales i studiet af Arbesman et al., at de unge modtager en supplerende undervisning efter programmet er slut (Arbesman, Bazyk and Nochajski, 2013), for at skabe en varig effekt, hvilket ifølge Rose er afgørende for at opnå en varig adfærdsændring (Rose, 1985). I studierne af Perry et al. og Arbesman, et al. fremhæves det, at ved at fremme de unges viden om mental sundhed ses der samtidig en effekt på unges stigmatisering af psykiske sygdomme som depression, hermed ses at undervisningen har betydning for unges indstilling til psykiske sygdomme (Arbesman, Bazyk and Nochajski, 2013; Perry *et al.*, 2014). Her ses bl.a. at de unge i mindre grad anser folk med psykiske sygdomme som farlige og utilregnelige (Perry *et al.*, 2014). Dette resultat vurderes i studiet som vigtig i arbejdet med diskriminering og stigmatiseringen af psykiske sygdomme. Interventionen underbygger altså, at inddragelse af health literacy kan bidrage til at mindske stigma ift. psykiske sygdomme (Perry *et al.*, 2014). Kobles dette til fund fra studiet af Räsänen, er stigma en af årsagerne til at unge ikke søger hjælp når de oplever symptomer på mistrivsel eller psykisk sygdom (Räsänen *et al.*, 2016), hvilket underbygger relevansen og argumenter for at inddrage health literacy i det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed.

I RCT studiet af Perry et al., pointeres det, at øget undervisning i mental sundhed ikke har effekt på hvorvidt de unge opsøger hjælp i forbindelse med nedsat mental sundhed (Perry *et al.*, 2014). Det påpeges dog, at dette resultat kan ses på baggrund af den lave mængde af undervisning, hvorfor det i studiet anbefales en større mængde undervisning og specielt undervisning om hvor og hvordan de unge kan søge hjælp (Perry *et al.*, 2014). Yderligere ses undervisningen i studiet ikke at have en direkte effekt på unge som allerede har en psykisk sygdom eller unge som er selvmordstruet (Perry *et al.*, 2014), hvilket gør, at tilgangen anskuet ud fra Rose forebyggelsesteori, ikke er egnet som en højrisikostrategi, men har et godt potentiale som en befolkningsorienteret strategi, da elever herigennem udstyres med en viden, som det gennem flere af studierne gives udtryk for er manglende hos de unge. Ved at opnå en viden, kan eleverne bedre selv mestre egen sundhed, hvormed behovet for forebyggende sundhedsarbejde ifølge Rose på sigt mindskes (Rose, 1985). Samtidig kan en viden og en mindsket stigmatisering på området medfører en social norm, hvor det bliver mere acceptabelt at tale om mentale problemstillinger, hvormed det bliver lettere at få kontakt med de børn og unge der har behov for mere intensiv og højrisikoorienteret hjælp.

4.3 Syntese af analysens resultater

Syntesen vil indeholde en besvarelse af forskningsspørgsmålet; *Hvordan kan forebyggende- og sundhedsfremmende tiltag forandres og udbydes, med udgangspunkt i specialets fund, så der skabes en positiv indvirkning på unges mentale sundhed?* Formålet hermed er at give en samlet syntese af, hvad de fund analysen har bidraget med, kan anvendes til i et forandringsperspektiv. Afsnittet baserer sig på de fremanalyserede fund, der er præsenteret i ovenstående analyse.

På baggrund af de i analysen fremanalyserede resultater, kan det tyde på, at en forandring af den strategiske tilgang vil være relevante, at implementere i det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde i Danmark, med henblik på at imødekomme den negative udvikling der ses i unges mentale sundhed. I resultaterne af studierne ses god effekt af sundhedsfremmende tilgange, hvor brug af online-baserede interventioner og konkrete undervisningstiltag anvendes (Arbesman, Bazyk and Nochajski, 2013; Clarke, Kuosmanen and Barry, 2014; Perry *et al.*, 2014; Räsänen *et al.*, 2016). Disse tilgange ses ikke anvendt i de inddragede dokumenter, hvilket giver anledning til at overveje, hvorvidt et større fokus på sundhedsfremmende elementer, kan være aktuelle at medtænke i en forandring af den nuværende forebyggende diskurs, der præger arbejdet med mental sundhed. På nationalt og kommunalt plan ses en strategi der er tvetydig. Her ligges indledningsvist i samtlige dokumenter stor vægt på de trivselsfremmende aspekter ved mental sundhed (Silkeborg Kommune, 2012a; Sundhedsstyrelsen, 2018c), hvor definitioner ligger op til en strategi med et befolkningsorienteret sigte (Rose, 1985). Samtidig ses fokus rettet mod distale determinanter til sygdom, hvilket vil sige de mere bagvedliggende årsager til sygdom (Link and Phelan, 1995) Den strategiske tilgang der indledningsvist italesættes, ses ikke at være dominerende når dokumenterne analyseres i sin helhed. Når der i dokumenterne på hhv. nationalt og kommunalt plan beskrives mere handlingsorienterede elementer, ses en diskursiv ændring mod en mere sygdoms- og individorienteret tilgang til sundhedsfremme- og forebyggelse (Silkeborg Kommune, 2012a; Sundhedsstyrelsen, 2018c). Her beskrives individet som ansvarlig for egen sundhed og interventionerne ligger op til handlinger rettet mod livsstil og symptomer på psykisk sygdom, hvor der ifølge Link og Phelan sigtes mod de mere proksimale determinanter til sygdom. Hvilket vil sige de faktorer der er nært forbundet med individet og sygdomsudvikling (Link and Phelan, 1995). Ifølge Rose kan de handlingsorienterede elementer i dokumenterne kategoriseres som mere højrisikoorienterede strategier, hvilket har en midlertidig effekt sammenlignet med, hvis der anlægges en mere befolkningsorienteret strategi, som i mindre

grad beskrives indledningsvist i dokumenterne (Rose, 1985). Da det er handlingerne og ikke definitioner der er afgørende for udmøntningen i den sociale praksis, ses den højrisikoorienterede strategi som den dominerende diskurs i de analyserede dokumenter på nationalt og kommunalt plan. Diskursen og strategierne i de nationale og kommunale dokumenter afspejler den tilgang der ses at dominerer i den sociale praksis. Når denne holdes op imod de diskurser og strategier der dominere i hhv. nyhedsmedier og videnskabelige studier, ses her en konkurrerende diskurs, hvor fokus er rettet mod de mere distale faktorer til sygdom (Link and Phelan, 1995). Her er strategierne i overensstemmelse med de strategier der indledningsvist beskrives i både de nationale og internationale dokumenter, mens der i nyhedsmedierne ses en kritisk tilgang ift. de tilhørende nationale og kommunale handlingsanvisninger. I Nyhedsmedierne pointeres en mere socialistisk tilgang til sundhedsfremme og forebyggelse, hvor de samfundsskabte rammer anklages for at være årsagsfaktorer til den negative udvikling der ses i unges mentale sundhed (Koushede and Morgenstjerne, 2018; Madsen, Teilmann and Birk, 2018; Ungdom, 2018). Der opstilles af nyhedsmedierne en moddiskurs til den dominerende diskurs, hvor nyhedsmedierne hovedsageligt agerer indenfor en trivselsorienteret diskurs og kritiserer den sygdomsorienterede diskurs.

Med udgangspunkt i de inddragede videnskabelige studier, ses, med udgangspunkt i Rose terminologi (Rose, 1985), en blanding af befolkningsorienterede og højrisikoorienterede strategier, hvor der vises god effekt af begge tilgange. Dog ses en overvægt af befolkningsorienterede strategier, hvor det i flere af studierne ligeledes beskrives at det er svært at rekruttere unge med højrisikoorienterede strategier, grundet bl.a. stigma. Flere af interventionerne der beskrives i studierne har til formål at øge unges viden om mistrivsel og psykiske sygdomme, for herigennem at nedbryde den stigma og tabuisering problemstillinger relateret til mental sundhed er behæftet med (Räsänen *et al.*, 2016).

Når der tages udgangspunkt i de strategiske tilgange der ses effektive i de videnskabelige artikler, så ses både de onlinebaserede interventioner og de skole- og læringsbaserede interventioner at være effektive (Clarke, Kuosmanen and Barry, 2014; Manicavasagar *et al.*, 2014; Räsänen *et al.*, 2016). Ligeledes ses det vigtigt at indtænke en lang tidsramme, for at opnå effekt af interventionen, da der ellers ikke opnås en radikal og vedvarende forandring (Manicavasagar *et al.*, 2014).

Generelt vurderes de analyserede dokumenter og studier at have et stort fokus på sundhedsfremmende tilgange i arbejdet med at fremme unges mentale sundhed. Samtidig problematiseres det, at det forebyggende arbejde med unges mentale sundhed i Danmark, i høj grad bærer præg af en behandlende tilgang. Hvorfor det pointeres at være fordelagtig med et større fokus på en sundhedsfremmende og primær forebyggende tilgang i arbejdet med at fremme unges mentale

sundhed. På baggrund af ovenstående resultater kan det derfor diskuteres hvorvidt en moddiskurs til det forebyggende og behandlende arbejde kan skabe opmærksomhed på mere sundhedsfremmende strategier, som i kombination med det eksisterende arbejde kan fremme unges mentale sundhed.

4.4 Præsentation af moddiskurs

På baggrund af ovenstående resultater af analysen, ses det i specialet argumentation for at skabe en moddiskurs til den forebyggende og behandlende strategi der præger arbejdet med at fremme unges mentale sundhed i dag. Det fremstår gennem analysen at et større fokus på og italesættelse af sundhedsfremmende strategier, kan være medvirkende til at bryde den negative udvikling, der ses i unges mentale sundhed. Moddiskursen skal dermed have et sundhedsfremmende perspektiv, der i højere grad ansvarliggør samfundet i det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed. I implementeringen af sundhedsfremmende strategier blandt de unge, fremkommer det som et resultat gennem analysen, at specielt online programmer og skolebaseret interventioner kan være relevant at indtænke som redskab til at motivere de unge. Hvorfor disse elementer med fordel kan indgå i italesættelsen af denne moddiskurs.

5.0 Diskussion

I nedenstående afsnit vil de metodiske valg, der er truffet gennem specialet, blive diskuteret, med det formål, at undersøge styrker og svagheder forbundet med den metodologiske tilgang. Efterfølgende diskuteres analysens resultater, hvor der særligt vil være fokus på moddiskursens relevans i en praktisk kontekst.

5.1 Metodediskussion

I følgende afsnit frembringes en kritisk diskussion af de metodologiske valg og redskaber, der danner grundlag for specialets fundament. Indledningsvis diskuteres anvendelsen af den diskursanalytiske tilgang, herunder hvilke styrker og svagheder denne fremgangsmåde vurderes at have for betydningen af den frembragte vidensproduktion. Heri gives eksempler på alternative valg samt hvilken betydning disse ville give for specialet.

5.1.1 Vidensforståelse

I specialet anlægges en poststrukturalistisk videnskabsteoretisk position, der er i overensstemmelse med den lingvistiske analyse, hvormed der er indhentet inspiration fra Norman Fairclough analysestrategi. Det har været udfordrende, at placere Fairclough i en bestemt videnskabsteoretisk position, idet hans teori og metodiske ramme trækker på elementer fra flere forskellige videnskabsteoretiske positioner, herunder strukturalismen og socialkonstruktivismen (Jørgensen and Phillips, 1999). Med udgangspunkt i Faircloughs tredimensionelle analysestrategi, kan der i den dialektiske sontring mellem den lingvistiske tekstanalyse og analyse af sociale praksis, ses elementer af en socialkonstruktivistisk videnskabsteoretisk position. Fairclough pointerer, at den sociale praksis, herunder de sociale og kulturelle kontekster, er medvirkende til at skabe diskurser, men at diskurserne samtidig er medvirkende til at skabe den sociale praksis (Fairclough, 2008). Fairclough erkender, at ikke-diskursive samfundsmæssige kræfter har magt, og at diskurs ikke udelukkende opfattes som konstituerende (Jørgensen and Phillips, 1999). Ved anvendelse af Faircloughs kritiske diskursanalytiske tilgang, til at fremanalysere fund gennem analysen, ligges der her et videnskabsteoretisk perspektiv der trækker på både poststrukturalismen, men ligeledes inddrager elementer af en socialkonstruktivistiske tilgang (Jørgensen and Phillips, 1999). Fordelen ved at anvende Fairclough er, at det gennem analysen skabes frirum til at undersøge både de diskursive og ikke-diskursive elementer, hvor denne metode har særlig interesse i, at undersøge forandring i relation hertil (Jørgensen and Phillips, 1999). Herved er det med anvendelse af Fairclough muligt, at analysere

hvordan diskurser præges af ikke-diskursive elementer som f.eks. det politiske system eller generelle samfundsmæssige strukturer, hvormed konstituerende elementer kan inddrages i diskursanalysen.

I specialet er der anlagt hovedfokus på de diskursive elementer, hvoraf de ikke-diskursive elementer ikke er inddraget eller undersøgt. Den manglende inddragelse vurderes at være en metodisk svaghed i specialet, da Fairclough pointerer, at ikke-diskursive elementer påvirker den diskursive og sociale praksis (Fairclough, 2008), hvormed det findes aktuelt i en videre undersøgelse at inddrage disse i forståelsen af konteksten og den sociale praksis. Nærværende speciale kunne under analyseprocessen med fordel have anvendt og inddraget flere ikke-diskursive elementer, til at forstå og fortolke de diskursive elementer. Fordelen vurderes at være medvirkende til, at øge forståelsen og belægget for de fortolkninger og resultater der udledes, da analysen hermed i højere grad havde søgt at inddrage de samfundsmæssige faktorer, der spiller ind på den sociale praksis. Her henvises eksempelvis til økonomiske interesser fra politiske systemer, organisatoriske elementer samt samfundsmæssige strukturer. Ved valget om ikke at inddrage de ikke-diskursive elementer i analysen, trækkes der i specialet hovedsageligt på den poststrukturalistiske del af Faircloughs forståelse, hvormed den lingvistiske del i analysen får hovedvægt. Dette bevirker, at det gennem specialet findes svært at kontekstualisere resultaterne samt sætte dem i perspektiv til den sociale praksis der undersøges. Dette forbehold bør indtænkes i anvendeligheden af specialets resultater. Dog kan fremtidige undersøgelser med fordel øge inddragelsen af den sociale praksis, hvori de fremanalyserede resultater søges implementeret.

5.1.2 Konstruktion af viden gennem sproget

Den lingvistisk analyse, der er bærende for den udførte diskursanalyse, kan ifølge Phillips & Jørgensen lede op til en diskussion af kvaliteten og gyldigheden af den viden der er fremanalyseret gennem specialet (Phillips, 2015). I diskursanalysen tillægges sproget stor betydning og anses som konstruerende for viden (Koch and Nexø, 2011). Når der anlægges denne tilgang til viden, er det væsentligt at diskutere, hvorvidt sproget i sig selv skaber viden om virkeligheden, eller om der er andre afgørende elementer, der ligeledes har en influerende betydning. Koch og Nexø pointerer, at den viden der produceres ud fra en diskursanalytisk tilgang, ikke er en objektiv viden (Koch and Nexø, 2011). Dette begrundes med, at talen og sproget er præget af det ståsted den enkelte person har og derfor ikke er befriet fra subjektet (Koch and Nexø, 2011). Diskursanalyse er et analytisk blik,

som en forsker kan anvende til at skabe orden i mange forskellige udsagn og ståsteder (Koch and Nexø, 2011), hvormed specialegruppens medlemmer der undersøger, er et aktivt element i det der undersøges. Forskerens rolle i en diskursanalyse er dermed ikke uvæsentlig, da forskeren som oftest selv er infiltreret i den kultur der undersøges og dermed har forudindtagede indstillinger, om mange af de selvfølgeligheder der udspringer af materialet (Jørgensen and Phillips, 1999). I indsamlingen og analyse af viden har specialegruppen dermed søgt neutralitet, hvilket ifølge Jørgensen og Phillips gøres ved at fremmedgøre sig fra materialet, for at finde meningsdannelser bag de selvfølgeligheder der udtrykkes (Jørgensen and Phillips, 1999). Fremmedgørelse og neutralitet er i specialet søgt opnået ved at tilgå analysen med udgangspunkt i Faircloughs begrebsapparat samt den teoretiske referenceramme.

Med udgangspunkt i den poststrukturalistiske tilgang der anlægges i specialet, er den viden der her frembringes, et produkt af de sociale strukturer hvori de produceres (Esmark and Lausten, 2015). Dermed fremanalyses ikke en objektiv virkelighed, da en sådan ikke er mulig. Dette underbygges af Koch og Nexø, der beskriver, at selve diskursanalysen ligeledes bliver en diskurs, hvor virkeligheden konstrueres ud fra eksisterende diskurser om et givet fænomen (Koch and Nexø, 2011). Ved anvendelse af diskursanalyse frembringes en analyse, som ikke udlægger en sand virkelighed eller viden, da den er konstrueret i en sproglig kontekst, hvorfor resultaterne heraf ikke kan efterprøves eller genskabes (Koch and Nexø, 2011). Dermed kan resultaterne i indeværende speciale kategoriseres som endnu en diskurs, der er påvirket af de allerede eksisterende diskurser, hvormed de fund der gøres ikke er mulige at verificere eller falsificere, da de er konstrueret i en unik kontekst (Koch and Nexø, 2011). Dette forbehold er enslydende for alle diskursanalyser, hvormed det i specialet er søgt at styrke resultaternes anvendelighed, ved at være eksplicite i metodebeskrivelsen og bearbejdningen af data.

Denne tilgang beskrives af lektor i kommunikation Louise Phillips, som en måde en diskursanalyses fund kan synliggøres og verificeres (Phillips, 2015). Phillips pointerer, at det kræver en vurdering af den interne kritik af forskningen, hvori den indre konsistens vurderes, herunder sammenhængen mellem anvendte metoder, teori og analysestrategi (Phillips, 2015). Ifølge Phillips, kan den indre konsistens vurderes ud fra dens transparens, hvor gennemsigtighed gør det muligt for læseren, at følge og forstå de enkelte trin og valg, som danner grundlag for fremanalyserede resultater og konklusion (Phillips, 2015). Yderligere påpeger Phillips, at transparens kan styrkes ved løbende at gengive uddrag eller eksempler fra processen, der gør det muligt for læseren at stille de frembragte fortolkninger op mod de faktiske udsagn. Herigennem kan læseren stille sig kritisk til materialet og

åbne op for nye og anderledes fortolkninger (Phillips, 2015). Dette kriterium er i specialet søgt opnået, ved, at der i metodeafsnittet er søgt transparens ved at tydeliggøre de forskellige metodiske trin, samt argumenterer for valget af f.eks. teoretikere og analysestrategi. Yderligere er der i metodeafsnittet udarbejdet en analysemodel og figur, hvor de forskellige trin i analysen er beskrevet, hvorved det gør det muligt for læseren, at følge den analytiske proces, samt skabe et overblik over, på hvilket grundlag fortolkningen af de inddragede sekvenser er udledt. Ligeledes gør det sig gældende i analysen, hvor de udtrukne sekvenser er medvirkende til at øge transparensen i analysen af resultaterne. Dermed skabes metodisk transparens, hvor læseren får mulighed for at følge og vurdere det metodiske grundlag for fortolkning, hvilket vurderes at være en styrke i specialet. Selvom der forelægger begrænsninger ved afvendelse af diskursanalyser, vurderes det at være en gunstig metode til at undersøge hvilke diskurser der findes om mental sundhed og hvad der i virkeligheden præger disse. Fairclough vurderes fortsat relevant, da hans begreber og inddragelse af ikke-diskursive elementer, medvirker til at undersøge og analysere nogle sammenhænge i en kompleks verden vi lever i.

5.1.3 Er den sociale praksis belyst?

Forståelsen af den sociale praksis bygger i specialet på problemanalysen og den uddybende forståelse af magtrelationer, og konstituering af eksisterende og nye diskurser, der fremkommer ved anvendelse af Faircloughs begrebsapparat. I specialet er der yderligere gjort brug af epidemiologisk teori i form af Geoffrey Rose forebyggelsesstrategier (Rose, 1985), suppleret af Bruce Link og Jo Phelans teori, om årsagsforklaringer til sygdom (Link and Phelan, 1995). Teorierne anvendes til at fremanalysere, hvilke strategier, der ses anvendt i de forskellige dokumenter samt hvilket ideologisk perspektiv strategierne repræsenterer. Yderligere er teorierne anvendt til at placere dokumenterne og de dominerende strategier indenfor en sundhedsvidenskabelig teoretisk ramme. Når det i specialet vælges at anvende denne teoretiske referenceramme, er det med udgangspunkt i den viden der søges fremanalysert af teksterne, for at besvare specialets problemformulering. Da Fairclough ikke anlægger retningslinjer for teoretisk tolkning af social praksis, giver dette usikkerhed ift. hvilken teoretisk ramme der kan anvendes i fortolkningen af tekstanalysen (Jørgensen and Phillips, 1999). De inddragende teoretikere, Rose samt Link & Phelan, er alle optaget af at analysere og redegøre for, hvilke strukturer der påvirker befolkningens sundhed (Rose, 1985; Link and Phelan, 1995). Her tages der, ligesom hos Fairclough, afsæt i at der er nogle strukturer i samfundet individet ikke har indflydelse på, hvilket af Fairclough omtales som den sociale praksis, herunder bl.a. de ikke-

diskursive elementer (Link and Phelan, 1995; Fairclough, 2008). Rose beskriver samme verdenssyn og begrundet dette med, at individet har svært ved at bryde med de normer der dominerer i den sociale praksis, hvori det agerer (Rose, 1985). Link & Phelan påpeger ligeledes, at der er nogle sociale faktorer der har indvirkning på individets livsvilkår, hvormed den social praksis også her ses at påvirke individet (Link and Phelan, 1995). Ifølge Rose, Link & Phelan og Fairclough, ses altså nogle overordnede samfundsskabte strukturer, der findes afgørende for individets ageren i verden (Rose, 1985; Link and Phelan, 1995; Fairclough, 2008).

På baggrund af ovenstående vurderes anvendelsen af Rose samt Link og Phelan, at kunne bidrage med en uddybet analyse af det sundhedsfremmende – og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed. Dette blandt andet på baggrund af de lighedstræk der ses til Faircloughs forståelse af virkelighed, hvor teorierne ligeledes beskæftiger sig med bagvedliggende strukturer og kan hjælpe til at opnå indblik i hvilke styrker og svagheder der ses ved de forskellige strategier, der fremanalyseres i analysen. De anvendte teorier vurderes hermed, at styrke belægget for de resultater der fremføres i analysen. Samtidig ses en metodiske svaghed ved de valg der er truffet ift. den teoretiske referenceramme, da teorierne ikke bidrager med handlingsanvisende og praksisorienterede perspektiver, hvormed der ses nogle begrænsninger i anvendeligheden af specialets resultater, da de ikke direkte kan overføres og implementeres i praksis, grundet manglende kontekstualisering og konkretisering til social praksis. Inddragelse af teorier der kunne bidrage med en forståelse af sociale strukturer og magtrelationer der dominere i samfundet, kunne styrke kontekstualiseringen af analysens resultater. Hertil kunne en teoretiker som Anthony Giddens være nyttig at anvende, da hans teori indebærer en analyse af det moderne samfund, herunder samfundets institutioner samt hvorledes forandringer i samfundet kan finde sted. Han påpeger blandt andet at individer kan forandre samfundet, idet han betragter verden som åben og foranderlig. Samtidig interessere han sig for samfundets institutioner, herunder politiske institutioner og det moderne styresystem, hvilket kan være en anvendelig og nødvendig viden i forandringen af den sociale praksis, samt i implementeringen af en moddiskurs blandt politiske beslutningstagere (Bak, 2010).

5.1.4 Inddragelse af individperspektivet i opnåelsen af viden

Som det fremgår af ovenstående diskussionsafsnit, har den måde hvorpå diskursanalyse er anvendt som metode, i specialet sine begrænsninger. Der er i specialet anlagt en teoretisk og diskursanalytisk tilgang til den producerede viden, hvor problemstillingen hovedsageligt ansues på et makro- og

mesoniveau, hvor mikroniveauet, det individnære perspektiv ikke belyses. I problemanalysen fremanalyseres det, at unges mentale sundhed er forbundet med en vis kompleksitet, hvorfor en biopsykosocial tilgang findes optimal (Sundhedsstyrelsen, 2017). Hermed kan det problematiseres, at mikroniveauet ikke er undersøgt og analyseret i specialet, da der ses en kompleks problemstilling. Dog fremkommer det i et review, at strukturelle elementer har afgørende betydning for unges mentale sundhed (Viner *et al.*, 2012), hvorfor det i specialet vælges at begrænset fokus hertil, for at have mulighed for en mere dybdegående analyse.

Efter analysen er udarbejdet, er det blevet mere synligt for specialegruppen, at andre metodedesign kunne være anvendelige i undersøgelsen af den valgte problemstilling. I denne forbindelse vurderes bl.a. aktionsforskning, at kunne bibringe en anden viden om det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed. Kurt Lewin, grundlæggeren af aktionsforskning, anskuer denne type af forskning som en *socialvidenskabelig grundforskning*, der distancerer sig fra den traditionelle forskning ved at tilvejebringe en mere kvalitativ vidensproduktion (Nielsen and Nielsen, 2015). Da specialet anskuer problemfeltet, mental sundhed, på et strukturelt niveau, kan aktionsforskningen anvendes til at åbne op for muligheden om, at inddrage andre aktører i forskningen. Når den videnskabelige erkendelsesproces er knyttet til åbne eksperimenter, gøres plads til inddragelse eller involvering af de udforskede i feltet, eksempelvis praktikere, hvormed forskningsprocessen i højere grad kontekstualiseres (Nielsen and Nielsen, 2015). Formålet med aktionsforskning er at opnå en direkte og umiddelbar påvirkning af det problemfelt der ønskes at undersøge, hvor målet er at skabe viden om og forandring af verden i praksis, særligt hverdagslivet (Nielsen and Nielsen, 2015). Dermed kan aktionsforskning åbne på for muligheden for at anskue fænomenet, mental sundhed, ud fra de udforskedes perspektiver, hvilket den i specialet anvendte metode og de inddragede dokumenter ikke har givet mulighed for, da den udforskede ikke inddrages i forskningsprocessen. Et eksempel på at inddrage den udforskedes perspektiv kan være, ønsket om at få politikernes eller de unges eget perspektiv på problemstillingen om unge med nedsat mental sundhed ud fra et mere nuanceret perspektiv, hvor andre former for vidensproduktion inddrages, her f.eks. ved en mere hermeneutisk tilgang og ikke alene ud fra lingvistikks forståelser af dokumenter. Aktionsforskning kan hermed bidrage med en viden ift. den handlingsanvisende og implementeringsmæssige del i en forandringsproces og supplere den viden der er opnået gennem diskursanalysen, da diskursanalyse som forskningsmetode ses at have svagheder netop ift. implementering i praksis.

5.1.5 Dataindsamlingens styrker og svagheder

Ovenstående diskussionsafsnit har i høj grad omhandlet den i specialet anvendte tilgang til viden, hvor nærværende afsnit i højere grad vil omhandle dataindsamlingen samt de styrker og svagheder der ses herved. Med udgangspunkt i det datamateriale, der danner grundlag for specialets resultater, kan det på baggrund af indsamlingsmetoden samt dataindholdet diskuteres, i hvor høj grad disse kan bidrage med overførbare resultater.

De i analysen inddragede dokumenter er udvalgt på baggrund af en række in – og eksklusionskriterier, som er præsenteret i specialets metodeafsnit. Valget af dokumenter vedrører, ifølge Lynggaard de delvist overlappende elementer; *autenticitet*, *troværdighed*, *repræsentativitet* og *mening* (Lynggaard, 2015). De nationale dokumenter vurderes, på baggrund af en omfattende søgning, at være de nyeste og mest aktuelle inden for området, mental sundhed. Idet de ses at være de gældende politiske dokumenter, der præsenterer og italesætter det sundhedsfremmende – og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed. Desuden ses det, at mange underliggende politikker, undersøgelser og rapporter henviser til de udvalgte nationale dokumenter, hvormed de vurderes som et relevant grundlag, hvilket fremkommer som en styrkemarkør for relevansen og repræsentativiteten af dokumenterne. Ligeledes vurderes dokumenternes autenticitet som værende høj, da dokumenternes kan identificeres, da der i dokumenter tydeligt fremgår, hvem der er afsenderen.

Dokumenterne der er anvendt til at belyse det kommunale perspektiv, er indsamlet gennem en kontaktperson fra Silkeborg kommunen, hvormed dataindsamlingsmetoden har været noget anderledes, end det var tilfældet for de øvrige dokumenter. In – og eksklusionskriterier er her blevet videreformidlet til kontaktpersonen, hvormed udvælgelsen af dokumenterne ikke er foretaget af gruppemedlemmerne selv, men i stedet er foretaget sekundært af en kommunalt ansat. Dette kan give anledning til overvejelser om, hvorvidt dataindsamlingsmetoden til indsamlingen af de kommunale dokumenter er troværdig. Troværdighed vedrører overvejelser om usikkerhed i forhold til valg af dokumenter (Lynggaard, 2015). Der kan hermed opstå tvivl om, hvorvidt de dokumenter der er udvalgt af medarbejderen fra kommunen, er fyldestgørende. Der kan i denne forbindelse opstå usikkerhed om, hvorvidt mætningspunktet er nået. De indsamlede dokumenter vurderes dog at indbefatte en høj grad af repræsentativitet, da de favner områder der findes relevante at belyse, samt efterlever de opstillede in – og eksklusionskriterier. På trods af dette, så har det ikke været muligt at lave samme udtømmende søgning på det kommunale plan, sammenlignet med søgningerne på det nationale plan, hvilket gør, at det er uvist hvorvidt relevante dokumenter kan være forbigået i dataindsamlingen.

Denne dataindsamlingsmetode kan svække studiets pålidelighed, grundet den metodiske svaghed der opstår ved at dele af dataindsamlingen videregives til tredjepart og dermed ikke er underlagt samme udvælgelsesproces som de resterende dokumenter (Hørmann, 2015).

En anden metodisk refleksion der er relevant at overveje, er overførbare og generaliserbarhed af analyseresultaterne af de kommunale dokumenter. Her er der i specialet taget udgangspunkt i en enkelt kommune, hvor det har været muligt at få indsigt i det kommunale sundhedsfremmende – og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed. Der er forsøgt etableret kontakt til flere kommuner, for derigennem at opnå en mere nuanceret datagrundlag. Dette har desværre ikke været muligt, hvormed analysen og fortolkningen af de kommunale politikker er funderet på et begrænset datagrundlag. Det kan dermed diskuteres, hvorvidt resultaterne fra en enkelt kommune kan bruges som datagrundlag til, at opnå en forståelse af det sundhedsfremmende – og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed i landets kommuner, eller om datamætningsgrundlaget er for spinkelt, til at kunne udlede generelle resultater (Lynggard, 2015). Her kunne der i et fremtidigt studie anlægges en mere generaliserbar undersøgelse af det kommunale perspektiv, ved at inddrage flere kommunale kontekster. Det fremkommer ved gennemgangen af de udvalgte dokumenter, på nationalt og kommunalt plan, at en stor del af dokumenterne fokuserer på enten børn (0-16 år) eller voksne (16+ år), hvor specialets målgrupper, de unge, ses at være repræsenteret under både gruppen af børn eller voksne. Unge fremkommer dermed ikke som en selvstændig gruppe med målrettede definitioner og handlingsanvisninger. Om specialets resultater kan overføres direkte til denne målgruppe og om alle relevante dokumenter er blevet belyst, kan der dermed stilles spørgsmålstegn ved. Dette kræver nærmere undersøgelse.

Det tredje perspektiv der belyses i analysen er nyhedsmediernes. Dette perspektiv har været svært at opnå en udtømmende søgning af, da datagrundlaget er meget stort og søgningen ikke er foregået systematisk, men er foretaget online ved tilfældige søgninger. Fokus har her været, at indsamle højaktuelle debatter og refleksioner, der ikke er underlagt en politisk agenda. I indsamlingen af denne type dokumenter ses i større omfang en risiko for at udvælgelsesprocessen kan være præget af specialegruppen, hvorfor nogle perspektiver ubevidst kan få større vægt end andre i dataindsamlingsprocessen.

5.2 Resultatdiskussion

I det følgende diskuteres specialets resultater, hvor diskursanalysens fund sammenholdes med fund fra den systematiske litteratursøgning samt de inddragede teorier, da disse tilsammen danner grundlag for forandringspotentialet. Indledningsvis diskuteres moddiskursen som forandringstiltag, samt hvorledes det vurderes muligt at forandre den sociale praksis herigennem. Yderligere diskuteres det hvilke tilsigtede og utilsigtede konsekvenser samt etiske problemstillinger der kan opstå i forbindelse med sundhedsfremmende og forebyggende strategier. Sidst diskuteres det hvorvidt de nationale og kommunale dokumenter inddrager de unge som målgruppe.

5.2.1 Er det muligt at forandre social praksis gennem nyhedsmedier?

Den debat der ses præsenteret gennem nyhedsmedierne, lægger op til en diskussion om, hvorvidt nyhedsmedierne har magt til at præge den sociale praksis med udgangspunkt i de fremanalyserede perspektiver. Fairclough beskriver, at der i forhold til etablering og fastholdelse af ideologiske diskurser foregår en konstant klassekamp, hvor statsapparater er omdrejningspunkt for debatten om ideologi og diskurs (Fairclough, 2008). Når der i specialet fortolkes ift. den nationale tilgang, tages der udgangspunkt i begrebet statsapparater, der ifølge Fairclough er grundlæggere for den dominerende tilgang og ideologi i den sociale praksis (Fairclough, 2008). Samtidig ses kampe, modsætninger og transformationer fra andre aktører, der i specialet fortolkes som bl.a. nyhedsmedier, at være underprioriteret ift. statsapparater (Fairclough, 2008). Fairclough beskriver, at diskurser kun er ideologiske så længe de bidrager til opretholdelse af gældende dominansrelationer (Fairclough, 2008). Hermed ses potentiale for hegemoniske kampe, hvor en moddiskurs kan italesættes. Holdes dette op imod Faircloughs teori om, at aktører der står udenfor staten, herunder f.eks. medier, civilsamfund, interesseorganisationer, foreninger og erhvervsliv, underprioriteres i kampen om dominans, kan det overvejes hvorvidt det er muligt for bl.a. nyhedsmedier og andre ikke-statslige aktører, at opnå indflydelse på politiske beslutningsprocesser på nationalt såvel som kommunalt plan. Ovenstående leder til den slutning, at det med udgangspunkt i Faircloughs forståelse af social praksis, er udfordrende og mere omfattende, at skabe en diskursiv forandring ved brug af f.eks. nyhedsmedierne som talerør for etablering af en moddiskurs. Her vil det med udgangspunkt i Fairclough have større forandringspotentialt, hvis den diskursive forandring implementeres på et statsligt niveau og den vej igennem får indvirkning på den sociale praksis. Dog er Faircloughs hovedværk fra 1992, hvormed aktualiteten af hans forståelse af ikke-statslige aktørs magt kan ligge

op til debat. Der har de seneste årtier været stor udvikling i forhold til hvordan medierne influerer på det moderne politiske system. Flere artikler pointerer at medierne har en magt der er tilsvarende de tre statsmagter, og omtales ofte som 'den fjerde statsmagt' (Dalen and Vreese, 2008; Winther, 2016; Svalgaard and Arrouas, 2017) .

Tages der udgangspunkt i Faircloughs forståelse af *diskursiv forandring*, sker dette når der forekommer modsætninger mellem politiske praksisser og en verden i forandring (Fairclough, 2008). Herved opstår dilemmaer, som søges løst ved at tilpasse eksisterende praksis, således at det bidrager til en diskursiv forandring (Fairclough, 2008). Overføres forståelsen omkring dilemmaer mellem politisk praksis og de forandringer der ses i samfundet, til et konkret dilemma i indeværende speciale. Det er her relevant at inddrage det paradoks, der ses mellem den stigende forekomst af unge med nedsat mental sundhed og den øgede opmærksomhed, der har været på problemstillingen omkring mental sundhed (WHO Europe, 2005). Grundet den negative udvikling i befolkningens mentale sundhedstilstand, kan der med udgangspunkt i Fairclough argumenteres for, at der er behov for en diskursiv forandring i politisk praksis. Hermed findes den fremanalyserede moddiskurs, stilet mod politiske beslutningstagere, som et interessant og relevant bidrag til en forandring af dominerende diskurser og gældende social praksis. Dog findes det væsentligt at indtænke, hvem der kan implementere en moddiskurs samt hvordan den implementeres, da magtpositionen ifølge Fairclough har en væsentlig indvirkning på i hvor stort omfang en moddiskurs kan opnå indflydelse på social praksis (Fairclough, 2008).

5.2.2 Moddiskursens fordele og ulemper

På baggrund af ovenstående kan det diskuteres hvad en moddiskurs kan og ikke kan bidrage med, indenfor det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed. Den nuværende tilgang i de nationale og kommunale dokumenter vurderes, på baggrund af analysens resultater, i højere grad at fokusere på forebyggelse, hvor det især prioriteres at behandle unge der allerede mistrives eller har udviklet psykisk sygdom. Ifølge analysens resultater kan en moddiskurs være medvirkende til, at skabe opmærksomhed på andre tilgange til det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde og igennem italesættelse heraf, rette fokus på en mere sundhedsfremmende tilgang i arbejdet med unges mentale sundhed. Det vil herudfra diskuteres hvilke tilsigtede og utilsigtede konsekvenser sundhedsfremmende og forebyggende interventioner kan have.

Rose inddeler som tidligere nævnt det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde i to strategier, henholdsvis en individorienteret strategi og en befolkningsorienteret strategi (Rose, 1985). Rose påpeger flere fordele og ulemper i forhold til brug af de to strategier. Det fremhæves bl.a. af Rose, at den befolkningsorienterede strategi har sin helt store fordel i at være en strategi, som søger at påvirke underliggende årsager til sygdom, hvorfor den har en langsigtet og radikal effekt (Rose, 1985). Dette ses at være i overensstemmelse med det perspektiv, der fremstår i analysen af nyhedsmedierne hvor det fremhæves, at den nuværende behandlende tilgang til unges mentale sundhed, bør kombineres med en befolkningsorienteret tilgang, hvor formålet er at undgå, at så mange unge udvikler nedsat mental sundhed (Madsen, Teilmann and Birk, 2018). Dette står i modsætning til den individorienterede strategi, der vurderes dominerende i de nationale og kommunale dokumenter, hvor specielt de handlingsrettede interventioner retter sig mod unge, der allerede har nedsat mental sundhed. Herom påpeger Rose, at denne tilgang kan være fordelagtig for enkelte individer, men at strategien har en kortsigtede effekt, som ikke vurderes at have et radikalt forandringspotentiale, idet der behandles frem for sundhedsfremmes og forebygges (Rose, 1985).

Ifølge Rose fremstår en forebyggende højrisikostrategi, som et mere omkostningseffektiv forbrug af knappe ressourcer (Rose, 1985). Dette på baggrund af at der her fokuseres på mindre grupper, som vurderes at have det største behov og den største effekt af en intervention. Dette er ifølge Rose ligeledes en af ulemperne ved en populationsstrategi, hvor effekterne heraf ikke fremkommer med det samme, men hvor der kan gå lang tid, før selve effekterne af interventionen ses (Rose, 1985). På baggrund heraf kan der, for beslutningstagere, være et økonomisk og tidmæssigt incitament til at anvende en højrisikostrategi, der kan vurderes som mest omkostningseffektiv i en kort tidshorisont. I de nationale og kommunale dokumenter fremanalyseres en ansvarsplacering som tilkendegiver, at også samfundet har et ansvar i forbindelse med at fremme unges mentale sundhed. Dog ses dette perspektiv mindre dominerende når der ses på de konkrete handlingsanvisninger, som placere størstedelen af ansvaret hos individet, her de unge selv eller de unges forældre. Et lignende synspunkt fremhæves af Lone Scocozza, professor i Folkesundhedsvidenskab, som påpeger at det ofte i den danske tilgang til at fremme folkesundheden tilkendegives at både individet selv, fællesskaberne og det offentlige påvirker individets sundhed. Ved nærmere analyse finder Scocozza, at det offentliges rolle ofte begrænses til oplysningskampagner, mens de egentlige anbefalinger ses at være på et individrettet niveau (Scocozza, 2009). Dette findes i tråd med resultaterne fra analysen, da det særligt gennem nyhedsmedierne problematiseres, at individets sundhed skal forklares ud fra flere faktorer. Herunder bl.a. samfundsmæssige faktorer, hvorfor samfundet, ifølge nyhedsmedierne, i højere grad

bør tage ansvar for unges mentale sundhed. Samme synspunkt ses hos Scocozza, der ift. det handlingsorienterede perspektiv problematiserer, at størstedelen af ansvaret placeres hos individet og at udfordringer relateret til befolkningens sundhed søges løst gennem individorienterede strategier (Scocozza, 2009). Dette kan medføre utilsigtede konsekvenser, hvilket uddybes i det nedenstående.

5.2.3 Moddiskursens utilsigtede konsekvenser

I det følgende diskuteres det hvad en sundhedsfremmende moddiskurs kan have af utilsigtede konsekvenser på individ- og samfundsniveau. Her tages udgangspunkt i Robert K. Merton, professor i sociologi, som påpeger at der i ethvert sundhedsfremmende- eller forebyggende tiltag vil være både tilsigtede og utilsigtede konsekvenser, men det fremhæves, at der både kan være utilsigtede konsekvenser som er uønskede, samt konsekvenser der kan være positive følger at de udbudte interventioner (Merton, 1936). Det påpeges i forlængelse heraf, af Scocozza, at det store fokus der ses på individorienterede tiltag, kan have utilsigtede konsekvenser for individet. Ifølge Scocozza kan individet ved denne tilgang komme til at fremstå som eneansvarlig for egen sundhed og dermed kan individet også risikere at opleve sig som ansvarlig for egen sygdom, hvilket kan ses som en utilsigtet konsekvens (Scocozza, 2009). Denne form for paternalisme kan ligeledes ses i befolkningsrettede strategier, hvor det f.eks. gennem oplysningskampagner søges at påvirke hele befolkningen, men hvor den viden om fænomenet der oplyses om, kan være præget af samfundets, herunder politiske holdninger hertil (Scocozza, 2009). Hermed negligeres individets egen forståelse af sundhed, hvormed forebyggelsen kan få en opdragende funktion, som dikterer hvordan individet *bør* leve (Scocozza, 2009). Ifølge Vallgårdas findes flere former for paternalisme og er skelnes blandt andet mellem svag og stærk paternalisme. Hvor der her er tale om en stærk paternalisme, idet det søges at påvirke individet til at opnå andre mål eller en anden livsstil end den de selv i første omgang har valgt (Vallgårdas, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Diskussionen ift. ansvarsplaceringen af befolkningens sundhed, leder op til etiske refleksioner i det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed, hvilket uddybes i det nedenstående afsnit.

5.2.4 Etiske overvejelser ift. sundhedsfremme og forebyggelse

Gennem specialets analyse fremgår det, at det sundhedsfremmende arbejde med fordel kan implementeres i højere grad, da et individorienteret sigte i dag præger arbejdet med at fremme unges

mentale sundhed. Ved at øge det sundhedsfremmende arbejde påtager samfundet i højere grad et ansvar, men der kan stadig opstå etiske dilemmaer. De etiske problemstillinger ved sundhedsfremme og forebyggelse kan opstå på baggrund af tiltag, som kan begrænse individets handlefrihed og autonomi eller påtvinge individer bestemte vilkår (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Det ses eksempelvis som et resultat af specialets analyse, at skolebaserede interventioner, hvor de unge i højere grad undervises i mental sundhed. Dette er en intervention, som kan være medvirkende til at skabe fokus på mental sundhed blandt de unge, men denne form for intervention rammer alle unge og påtvinger dem et bestemt vilkår. Hermed kan tiltaget forstås som et indgreb i de unges handlefrihed, når mental sundhed integreres som en del af skoleskemaet. Gennemgående frembringes i de nationale og kommunale resultater en forebyggende ideologi, der tager udgangspunkt i liberale principper om, at mennesket er selvforvaltende og derfor på egen vis i stand til at træffe rationelle valg og handle derefter (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). I resultaterne ses en stor del af ansvaret placeret på individet, hvilket lægger op til en diskussion om, hvorvidt ansvaret egentlig direkte kan placeres på de unge. Gennem problemanalysen er det blevet problematiseret, at de strukturelle ændringer i vores samfund kan have betydning for unges mentale sundhed. Især kravet om præstation og individualismen vurderes som mest fremtrædende. Hvis vi som samfund yderligere lægger ansvaret ift. varetagelse af egen sundhed, over på de unge, kan dette have alvorlige følger på unges mentale sundhed, herunder skyldfølelse som konsekvens heraf (Scocozza, 2009). Dette kaldes også *Blaming the victim*, hvor individet pålægges et ansvar de ikke har overvejende kontrol over (Holtug *et al.*, 2009). Det kan derfor diskuteres, i hvor høj grad individet, særligt de unge, skal tage ansvar for egen sundhed og adfærd, samt hvorvidt det er rimeligt, at individet er ansvarlig herfor (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014).

Der vurderes at være flere etiske udfordringer i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed, hvorfor det ifølge Vallgård, er nødvendigt at være opmærksom på etiske principper i sundhedspolitikker, som kan være med til at skabe fokus på at gøre de politiske valg mere reflekterede og velbegrundede (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). De liberale principper for forebyggelse ses ofte kritiseret for at bygge på en begrænset forståelse af individet og dennes levevilkår, herunder om individet i virkeligheden har mulighed for at vælge egen livsstil og adfærd, uafhængig af deres sociale position og den kontekst de befinder sig i (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014).

5.2.5 Bliver målgruppen glemt?

Generelt ses i dokumenterne en tendens til at opdele befolkningen i hhv. børn og voksne, med et skel på omkring 15-16 år. Ungdommen er en periode der går på tværs af dette skel, hvormed det indledende har været en udfordring at finde frem til hvilke dele af dokumenterne der skulle fokuseres på. Da det ikke har været muligt at afgrænse målgruppen i dokumenterne, har det været nødvendigt at inddrage politikker, der har et bredere fokus end den i specialet valgte målgruppe. Dette kan påvirke fundenes præcision, da flere af de tiltag der i dokumenterne beskrives, rummer en bredere befolkningsgruppe end det der er hensigten at inddrage i analysen, hvormed det målrettede fokus udvandes. Det findes paradoksalt, at der på politisk plan ikke ses at være særligt målrettede interventioner til denne befolkningsgruppe, da det gennem de seneste landsdækkende befolkningsundersøgelser har vist sig at særligt denne gruppe er højt repræsenteret ift. mistrivsel (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Samtidig ses det gennem resultater fra problemanalysen, at denne gruppe har en særlig karakteristika og skiller sig adfærdsmæssigt ud fra den resterende del af befolkningen. Om der findes en årsagssammenhæng mellem den manglende politiske præcision ift. målgruppen, og den øgede forekomst, er ikke muligt at klarlægge, da der er mange der påvirkelige faktorer i ungdomsårene, jf. fund fra problemanalysen (Sørensen *et al.*, 2017).

På trods af et øget fokus samt prioritering på området, ses stadig en stigende forekomst blandt unge. Hvilket leder til overvejelser om hvorvidt denne målgruppe reelt bliver glemt i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, eller om de interventioner der udbydes til denne målgruppe ikke er i overensstemmelse med de behov der er hos målgruppen. Denne bekymring deles i nyhedsmedierne, hvor Bjørn Holstein, der er forsker i børn og unges sundhed og trivsel, pointerer at der helt grundlæggende mangler en sundhedspolitik målrettet børn og unge (Ungdom, 2018).

5.2.6 Beslutningsgrundlaget for og implementering af en moddiskurs

Specialets resultater kan tjene som et bidrag i etableringen af en moddiskurs, der kan være medvirkende til at påvirke den nuværende dominerende diskurs, der ses præget af et forebyggelsesorienteret sigte. Moddiskursen kan fungere som et bidrag til kritisk refleksion over måden hvorpå mental sundhed italesættes politisk. I arbejdet med at frembringe en moddiskurs, som danner beslutningsgrundlaget for en forandring, er der gennem specialet fremkommet resultater, der peger i retning af, at der i de nationale- og kommunale sundhedspolitikker, bør anlægges et større fokus på sundhedsfremme. For at opnå det ønskede mål, vurderes en ændring af de nuværende anlagte

strategier ligeledes fordelagtigt, hvormed det anses betydningsfuldt at have et bredt befolkningsorienteret fokus på mental sundhed, frem for en snævre individorienteret fokus. Analysens resultater viser desuden, at denne tilgang vil have en positiv og mere langsigtet indvirkning på unges mentale sundhed. I denne forbindelse drages derfor i dette afsnit nogle perspektiveringer til og diskussion af, hvordan denne moddiskurs kan implementeres i praksis. Da det kan diskuteres hvorvidt nyhedsmedierne har den fornødne gennemslagskraft til at dominere på det politisk plan, kan moddiskursen, med udgangspunkt i Fairclough ikke udelukkende frembringes den vej igennem. Det er derfor relevant at indtænke en bredere vifte af aktører, i en implementeringsstrategi. Løsningen og omfanget er ikke fuldt undersøgt i specialet, men ift. videre undersøgelse indenfor området, kunne det være aktuelt at analysere hvilke ikke-statslige aktører der har en magtposition, der gør det muligt at påvirke beslutningstager. Dog ses der allerede et begyndende fokus på sundhedsfremme i de danske kommuner og indenfor mental sundhed ses ligeledes et øgede fokus herpå. Herom omtaler seniorforskere i mental sundhed, Vibeke Koushede, at vi på samfundsplan er nødt til at arbejde meget mere målrettet med at fremme mental sundhed, hvilket kan gøres ved at inddrage partnerskaber i hele samfundet, da opgaven skal løftes i fællesskab samt på tværs af organisationer (Koushede and ABC-partnerskabet, 2018). Et redskab hertil kan, ifølge Koushede være, at udbrede og implementere *ABC for mental sundhed*. Det er den første forskningsbaserede indsats med fokus på mental sundhedsfremme i Danmark, der retter sig mod hele befolkningen og ikke specifikt udarbejdet til særlige grupper i samfundet (Koushede and ABC-partnerskabet, 2018). Nøglen til at fremme befolkningens mentale sundhed ligger, ifølge denne strategi, i at identificere, oplyse om, sikre og udnytte de ressourcer der har betydning på flere niveauer, herunder individ-, gruppe- og samfunds niveau (Koushede and ABC-partnerskabet, 2018). ABC for mental sundhed er allerede implementeret i nogle kommuner, her bl.a. Aalborg. Dog er der sparsomme evalueringsresultater heraf. Netop det at tiltaget kun er implementeret i nogle kommuner leder op til overvejelser ift. potentialet og omfanget heraf. Tages der udgangspunkt i Faircloughs tilgang til hvad der bidrager til en diskursiv forandring, så er det særligt de statslige aktører, der har magt ift. hvilken diskurs der dominerer i social praksis. Dermed ville tiltaget *ABC for mental sundhed* have et større forandringspotentiale, hvis det blev implementeret på nationalt plan, frem for at implementeres separat i kommunerne. Det påpeges i det ovenstående af Koushede at måden hvorpå et større fokus på sundhedsfremme kan implementeres i arbejdet med at fremme den mentale sundhed, er ved at inddrage flere forskellige aktører i samfundet (Koushede and ABC-partnerskabet, 2018). Dette vurderes ligeledes anvendelig i frembringelsen af en sundhedsfremmende moddiskurs, hvor det at

rette opmærksomhed på en række samarbejdspartner og interessenter i samfundet, kan været en måde at implementere en moddiskurs på. Italesættelsen skal derfor foregå på tværs kommunale og lokale organisationer, hvor borgerens sundhed sættes i fokus. En af de præsenterede veje til at opnå kontakt til borgerne er ved brug af online kommunikationsmidler. Dette er i tråd med de fund, der er tilvejebragt via specialets systematiske litteratursøgning. Et af de resultater der går på tværs af flere studier er, at sundhedsfremmende interventioner målrettet unge, med fordel kan anvende internettet som formidlingskanal (Manicavasagar et al., 2014; Räsänen et al., 2016). Dette findes, grundet viden fra specialets problemanalyse, som et til dels modstridende fund, da unges færden online her problematiseres som værende en af årsagsmekanismen bag den stigende forekomst af nedsat mental sundhed blandt unge (Beyens, Frison and Eggermont, 2016; Marino et al., 2016, 2018; Barry et al., 2017). Det findes dermed paradoksalt at nogle af de årsager der beskrives til den negative udvikling af unges mentale sundhed, samtidig ses som et redskab der kan anvendes til at løse problemstillingen. Det fremkommer at unge bruger mange timer online (DR Medieforskning, 2014) og i samspil med en viden om, at omkring halvdelen af alle unge der har brug for hjælp, grundet mistrivsel, ikke søger den hjælp der er tilgængelig (Räsänen et al., 2016), findes internettet som kommunikationsmiddel måske alligevel som den mest effektive metode til at nå flest mulig unge, der ellers ikke vil have opsøgt viden eller hjælp. Ved at anvende internettet som medie for sundhedsfremme blandt unge, ses potentiale for at nå ud til nogle af de unge der ellers ikke ville opsøge viden om eller hjælp ift. mental sundhed. Samtidig ses også en risiko for utilsigtede konsekvenser, da nogle af de konsekvenser der følger med digitaliseringen viser sig at have negativ indvirkning på unges mentale sundhed (Barry et al., 2017).

6.0 Konklusion

Formålet med specialet har været at undersøge hvordan det forebyggende- og sundhedsfremmende arbejde kan forandres, med udgangspunkt i at fremme unges mentale sundhed. På baggrund herfor er fremført følgende problemformulering;

Hvilke dominerende diskurser italesættes i det nuværende forebyggende- og sundhedsfremmende arbejde med unges mentale sundhed i Danmark?

Hvilke strategier anvendes i forebyggende- og sundhedsfremmende interventioner rettet mod at forbedre unges mentale sundhed?

Hvordan kan forebyggende- og sundhedsfremmende tiltag forandres og udbydes, med udgangspunkt i specialets fund, så der skabes en positiv indvirkning på unges mentale sundhed?

Problemformuleringen er søgt besvaret gennem anvendelse af en kritisk diskursanalytisk tilgang, med inspiration af Fairclough samt inddragelse af andet relevant teori. Yderligere er der anvendt en systematisk litteratursøgning.

Analysens resultater viser, at der i de nationale – og kommunale dokumenter fremkommer dominans af en forebyggende og liberalistisk diskurs. Desuden viser resultaterne, at der ligeledes i den forebyggende diskurs anlægges et individorienteret sigte. Modsat fremkommer gennem nyhedsmedierne og de udvalgte videnskabelige studier, en diskurs domineret af et sundhedsfremmende og socialistisk perspektiv, hvor der anlægges et mere befolkningsorienteret sigte. Hermed fremkommer det, at der på nationalt- og kommunalt plan placeres et stort ansvar for egen sundhed hos den unge, mens ansvaret gennem nyhedsmedierne og de udvalgte studier i højere grad placeres hos samfundet. Specialets resultater danner grundlag for at konkludere, at der på nationalt- og kommunalt plan bør anlægges et større fokus på sundhedsfremme, gennem befolkningsrettede strategier. Herigennem ses potentiale for en mere vedvarende forandring, der kan bidrage til at skabe en positiv indvirkning på unges mentale sundhed.

På baggrund af ovenstående ses belæg for, at implementere en sundhedsfremmende moddiskurs som redskab til at opnå en forandring i det forebyggende- og sundhedsfremmende arbejde, med henblik på at påvirke den sociale praksis og skabe en positiv indvirkning på unges mentale sundhed.

Resultaterne omkring implementeringen af moddiskursen skal tages med forbehold, idet der gennem specialet ses en manglende viden om den sociale praksis, hvori diskurserne udspiller sig.

Dette udfordrer implementeringen af moddiskursen, hvorfor specialet ikke med sikkerhed kan fremlægge metoder til, hvordan moddiskursen kan implementeres i den sociale praksis.

7.0 Referenceliste

- American Psychological Association (2016) *A workd-calss resource for behavioral and social science research*.
- Arbesman, M., Bazyk, S. and Nochajski, S. M. (2013) 'Health Promotion , Prevention , and Intervention for Children and Youth', 67(6).
- Bak, C. K. (2010) 'Anthony Giddens', in *Sundhedssociologi en grundbog*. 1. udg. København: Hans Reitzels Forlag.
- Barry, C. T. *et al.* (2017) 'Adolescent social media use and mental health from adolescent and parent perspectives', *Journal of Adolescence*. Elsevier Ltd, 61, pp. 1–11. doi: 10.1016/j.adolescence.2017.08.005.
- Barry, M. M. (2006) *Implementing Mental Health Promotion*.
- Bendtsen, P., Mikkelsen, S. S. and Tolstrup, J. S. (2014) 'Ungdomsprofilen 2014 - Sundhedsrelateret adfærd, helbred og trivsel blandt elever på ungdomsuddannelser', *Statens Institut for Folkesundhed*, pp. 1–62. Available at: http://www.sifolkesundhed.dk/upload/sundhedsadf?rd,_helbred_og_trivsel._ungdomsprofilen_2014.pdf.
- Bertolote, J. M. (2008) 'The roots of the concept of mental health.', *Philosophy and Phenomenological Research*, (7), pp. 113–116.
- Beyens, I., Frison, E. and Eggermont, S. (2016) "'I don't want to miss a thing": Adolescents' fear of missing out and its relationship to adolescents' social needs, Facebook use, and Facebook related stress', *Computers in Human Behavior*. Pergamon, 64, pp. 1–8. doi: 10.1016/J.CHB.2016.05.083.
- Bitsch Olsen, P. and Pedersen, K. (2003) *Problemorienteret projektarbejde : en værktøjsbog*. 3. udgave. Kbh.: Roskilde Universitetsforlag.
- Bolt, K. and Iversen, L. (2009) *Fremme af mental sundhed i kommunerne - Eksempler, muligheder og barrierer*, Sundhedsstyrelsen. København. Available at: <https://www.sst.dk/~media/421A5071A0914133883E7F0C42276035.ashx>.
- Borg, V. *et al.* (2010) *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde*. Available at: <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/~media/Boeger-og-rapporter/hvidbog-mentalt-helbred.pdf>.
- Bovier, P. A., Chamot, E. and Perneger, T. V (2004) 'Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults', *Quality of Life*

- Research*, 13(1), pp. 161–170. doi: 10.1023/B:QURE.0000015288.43768.e4.
- Bröckling, U. (2016) *The Entrepreneurial Self*. Edited by C. Rojek. Frankfurt: SAGE publications. doi: 10.4135/9781473921283.
- Buus, N. *et al.* (2008) 'Litteratursøgning i Praksis - begreber, strategier og modeller', *Sygeplejersken*, 10, pp. 2–8.
- Christensen, A. I. *et al.* (2017) *Mental sundhed blandt unge - Resultater fra Ungdomsprofilen 2014*. København K: Statens institut for Folkesundhed.
- Christiansen, N. S. *et al.* (2015) *Kortlægning: Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015*.
- Clarke, A. M., Kuosmanen, T. and Barry, M. M. (2014) 'A Systematic Review of Online Youth Mental Health Promotion and Prevention Interventions', *Journal of Youth and Adolescence*, 44(1), pp. 90–113. doi: 10.1007/s10964-014-0165-0.
- Dahlgren, G. and Whitehead, M. (2007) *Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper, Main*. doi: 978-91-85619-18-4.
- Dalen, A. van and Vreese, C. de (2008) *Politik. Har medierne fået for stor magt?*, *Politiken*. Available at: <https://politiken.dk/debat/analyse/art5479341/Politik.-Har-medierne-faaet-for-stor-magt> (Accessed: 1 June 2018).
- DR Medieforskning (2014) *Medieudviklingen 2014*.
- Due, P. *et al.* (2014) *Børn og Unges Mentale Helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser*. doi: 2014:1-184.
- Duermyer, R. (2018) *What is Blogging and Why is it Popular?*, *Small Business*. Available at: <https://www.thebalancesmb.com/blogging-what-is-it-1794405> (Accessed: 4 June 2018).
- Dunne, T. *et al.* (2017) 'A Review of Effective Youth Engagement Strategies for Mental Health and Substance Use Interventions', *Journal of Adolescent Health*. Elsevier Inc., 60(5), pp. 487–512. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.11.019.
- Ehrenberg, A. (2010) *det udmattede selv, depression og samfund*. 1.udg. København: Informations forlag.
- Elsevier R&D Solutions (2016) *Embase Fact Sheet*.
- Erskine, H. E. *et al.* (2015) 'A heavy burden on young minds: The global burden of mental and substance use disorders in children and youth', *Psychological Medicine*, 45(7), pp. 1561–1563. doi: 10.1017/S0033291714002888.

- Esmark, A. and Lausten, C. (2015) 'Strukturalismen og poststrukturalismen', in *Videnskabsteori - i statskundskab, sociologi og forvaltning*.
- Fairclough, N. (1992) *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press.
- Fairclough, N. (2008) *Kritisk diskursanalyse*. København: Munksgaard Danmark.
- Falgaard, L. and Lauridsen, S. (2008) *Fremme af mental sundhed. Baggrund, begreber og determinanter, Sundhedsstyrelsen*. København: Sundhedsstyrelsen. Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/D18225F86E194FCAA767C8F2FD80B374.ash>.
- Fisher, J. and Yarwood, G. (2008) 'Connecting not competing with others: Raising awareness of wellbeing', *Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*, 128(3), pp. 110–111. doi: 10.1177/1466424008089802.
- Frandsen, T. F. et al. (2014) 'En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, pp. 647–651. doi: 10.1111/jep.12166.
- Giddens, A. (1994) *Modernitetens konsekvenser*. Edited by S. S. Jørgensen. København: Hans Reitzel forlag.
- Grigg, M., Saxena, S. and World Health Organisation (2005) 'Promoting mental health nursing research in low and middle income countries', *International nursing review*, 51(4), pp. 194–5. doi: 10.1111/j.1466-7657.2004.00268.x.
- Holtug, N. et al. (2009) *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme, Sundhedsstyrelsen*. Available at: [http://www.sst.dk/Udgivelser/2009/Etik i forebyggelse og sundhedsfremme.aspx](http://www.sst.dk/Udgivelser/2009/Etik%20i%20forebyggelse%20og%20sundhedsfremme.aspx).
- Hørmann, E. (2015) 'Litteratursøgning', in Glasdam, S. (ed.) *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder*. 2. udgave. København K: nyt nordisk forlag Arnold Busck, pp. 42–44.
- Høyer, K. L. (2012) 'Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode?', in Vallgård, S. and Koch, L. (eds) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. København: Munksgaard, pp. 17–41.
- Illemann Christensen, A. and Sundhedsstyrelsen (2010) *Mental sundhed blandt voksne danskere : analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005*.
- Illeris, K. et al. (2009) *Ungdomsliv - Mellem individualisering og standardisering*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007) *Kommunalreformen – kort fortalt*. Available at: <http://oim.dk/media/93091/kommunalreformen-kort-fortalt.pdf>.
- Juul Søren and Pedersen, K. B. (2012) 'Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejdet', in

- Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori - en indføring*. 1.udg. København: Hans Reitzels Forlag.
- Jørgensen, H. (2007) *Vurdering af litteratur, Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*. Available at:
<http://www.sst.dk/~media/1319CCE8BEC34952AD7746390DD8BDD5.ashx>.
- Jørgensen, M. W. and Phillips, L. (1999) *Diskursanalyse - som teori og metode*. Frederiksberg C: Roskilde Universitetsforlag.
- Keyes, C. L. M. (2007) 'Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing: A Complementary Strategy for Improving National Mental Health.', *American Psychologist*, 62(2), pp. 95–108. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.95.
- Koch, L. and Nexø, S. A. (2011) 'Diskursanalyse', in Vallgård, S. and Koch, L. (eds) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. udgave. København: Munksgaard.
- Koefoed, Anne; Nielsen, J. . (2005) *Det Normale Ungdomsliv, Center for ungdomsforskning*. Kolding Kommune (2018) *Mental Sundhed*. Available at:
<https://www.kolding.dk/borger/sundhed-sygdom/sundhedsfremme-og-forebyggelse/mental-sundhed> (Accessed: 15 March 2018).
- Koushede, V., Koushede, V. and Nielsen, L. (2015) *Et Nyt Perspektiv – Fra Retorik Til Handling*.
- Koushede, V. and Morgenstjerne, M. (2018) *Debat: Frivillige fællesskaber er vejen til bedre mental sundhed, A: Civilsamfund*. Available at:
https://www.altinget.dk/civilsamfund/artikel/debat-frivillige-faellesskaber-er-vejen-til-bedre-mental-sundhed#.Ws2_KGyIp_o.facebook (Accessed: 18 April 2018).
- Koushede, V. and ABC-partnerskabet (2018) *Mental sundhed til alle - ABC i teori og praksis*.
- Kristensen, B. F. and Sigmund, H. (2007) *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering, Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*.
- Kwan, B. and Rickwood, D. J. (2015) 'A systematic review of mental health outcome measures for young people aged 12 to 25 years', *BMC Psychiatry*. BMC Psychiatry, 15(1), pp. 1–19. doi: 10.1186/s12888-015-0664-x.
- Landstedt, E. and Gådin, K. G. (2012) 'Seventeen and stressed—Do gender and class matter?', *Health Sociology Review*, 21(1 PG-82-98), pp. 82–98. doi:
<http://dx.doi.org/10.5172/hesr.2012.21.1.82>.
- Link, B. G. and Phelan, J. (1995) 'Social Conditions As Fundamental Causes of Disease Social', *Journal of Health and Social Behavior*, Spec No(1995), pp. 80–94. doi:

10.2307/2626958.

- Lynggard, K. (2015) 'Dokumentanalyse', in *Kvalitative metoder - en grundbog*.
- Låftman, S. B., Almquist, Y. B. and Östberg, V. (2013) 'Students' accounts of school-performance stress: A qualitative analysis of a high-achieving setting in Stockholm, Sweden', *Journal of Youth Studies*. Taylor & Francis, 16(7), pp. 932–949. doi: 10.1080/13676261.2013.780126.
- Madsen, H., Teilmann, L. and Birk, C. (2018) 'Vi måler, vejer, tester og evaluerer børn: Hvad bilder vi os ind?', *Nordjyske*, April, p. 5.
- Madsen, M., Højgaard, B. and Albæk, J. (2009) *Health Literacy - Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner*, Sundhedsstyrelsen. Available at: <http://www.sst.dk/~media/18DDC88AE81F46C7815E28218443B311.ashx>.
- Manicavasagar, V. et al. (2014) *Feasibility and Effectiveness of a Web-Based Positive Psychology Program for Youth Mental Health: Randomized Controlled Trial*, *Journal of medical internet research*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4071231/> (Accessed: 15 May 2018).
- Marino, C. et al. (2016) 'Personality, motives and metacognitions as predictors of problematic Facebook Use in university students', *Personality and Individual Differences*, 101, pp. 70–77. doi: 10.1016/j.paid.2016.05.053.
- Marino, C. et al. (2018) 'The associations between problematic Facebook use, psychological distress and well-being among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis', *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V., 226(April 2017), pp. 274–281. doi: 10.1016/j.jad.2017.10.007.
- Merton, R. K. . (1936) 'The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action', *American Sociological Review*, 1(6), pp. 894–904. doi: 10.1177/0003122410396196.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2014) 'Sundere liv for alle. Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år.', *Sum.Dk*, pp. 1–27. doi: http://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Nationale-maal/Nationale-Maal-2.ashx.
- Moher, D. et al. (2009) 'Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement', *PLoS Medicine*, 6(7). doi: 10.1371/journal.pmed.1000097.
- Moher, D. et al. (2010) 'CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials.', *BMJ (Clinical research ed.)*, 340. doi: 10.1136/bmj.c869.

- Nabi, H. *et al.* (2013) 'Increased risk of coronary heart disease among individuals reporting adverse impact of stress on their health: The Whitehall II prospective cohort study', *European Heart Journal*, 34(34), pp. 2697–2705. doi: 10.1093/eurheartj/eh216.
- Niclasen, J., Lund, L. and Obel, C. (2016) *Indsatser der fremmer mental sundhed hos børn og unge - Et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser*, Center for sundhedssamarbejde ved Aarhus Universitet. Available at: <https://www.sst.dk/da/Feeds/~media/0397A59BEBC249BD915D934DA2F30CBD.ashx>.
- Nielsen, B. S. and Nielsen, K. A. (2015) 'Aktionsforskning', in *Kvalitative metoder. En grundbog*. Odense Kommune (2018) *Mental sundhed*. Available at: <https://www.odense.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud/mental-sundhed> (Accessed: 15 March 2018).
- Pedersen, O. K. (2011) *Konkurrencestaten*. København K: Hans Reitzels Forlag.
- Pedersen, O. K. (2014) 'Velfærdsstaten, og dens udvikling til Konkurrencestat', *Klinisk sygepleje*, 28(3), pp. 4–8.
- Perry, Y. *et al.* (2014) 'Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: A cluster randomised controlled trial', *Journal of Adolescence*. Elsevier Ltd, 37(7), pp. 1143–1151. doi: 10.1016/j.adolescence.2014.08.001.
- Petersen, A. (2016) *Præstationssamfundet*. København K: Hans Reitzels Forlag.
- Petersen, A. and Willig, R. (2001) 'Interview med Axel Honneth: Om sociologiens rolle i anerkendelsesteorien', *Distinktion - tidsskrift for samfundsteori*, 1(3), pp. 103–110. doi: 10.1080/1600910X.2001.9672803.
- Phillips, L. (2015) 'Diskursanalyse', in *Kvalitative metoder - en grundbog*. 2. udgave,. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag, pp. 297–320.
- Piumatti, G. (2018) 'Motivation, health-related lifestyles and depression among university students: A longitudinal analysis', *Psychiatry Research*. Elsevier Ireland Ltd, 260(December), pp. 412–417. doi: 10.1016/j.psychres.2017.12.009.
- Pless, M. *et al.* (2015) *Unge motivation i udskolingen: Et bidrag til teori og praksis om unges lyst til læring i og udenfor skolen*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- PubMed (2016) *About PubMed health*.
- Regeringen (2002) *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. doi: ISBN: ISBN 87-90227-69-7 (e-version).
- Regeringen *et al.* (2012) *Udmøntning af satspuljen for 2013*.

- Regeringen (2018) *Regeringens politik A-Å*. Available at: <https://www.regeringen.dk/regeringens-politik-a-a/> (Accessed: 15 March 2018).
- Rienecker, L. and Jørgensen, P. S. (2016) *Den gode opgave - håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. 4. udgave,. Samfundslitteratur, 2012.
- Rose, G. (1985) 'Sick Individuals and Sick Populations', *International Journal of Epidemiology* © *International Epidemiological Association*, 14(1), pp. 427–432. doi: 10.1093/ije/14.1.32.
- Rugulies, R. *et al.* (2006) 'Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: Prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study', *American Journal of Epidemiology*, 163(10), pp. 877–887. doi: 10.1093/aje/kwj119.
- Räsänen, P. *et al.* (2016) 'An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial', *Behaviour Research and Therapy*, 78, pp. 30–42. doi: 10.1016/j.brat.2016.01.001.
- Scocozza, L. (2009) 'Folkesundhed eller moralsk oprustning?', in Glasdam, S. (ed.) *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. 1. København K: Dansk Sygeplejeråd, p. 421.
- Silkeborg Kommune (2007) *Den sammenhængende børne- og ungepolitik*. Silkeborg.
- Silkeborg Kommune (2012a) *Det gode og sunde liv - Sundhedsfremme- og Forebyggelsespolitik for Silkeborg Kommune 2012-2015*. Silkeborg.
- Silkeborg Kommune (2012b) *Handleplan for Sundhedsfremme- og forebyggelsespolitikken*. Silkeborg.
- Silkeborg Kommune (2012c) *Lærings- og Trivselspolitik 2021*. Silkeborg.
- Silkeborg Kommune (2018) *Mental sundhed*.
- Socialstyrelsen (2017) *Barnets reform*. Available at: <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/sagsbehandling-born-og-unge/om-sagsbehandling-born-og-unge/barnets-reform/barnets-reform> (Accessed: 15 March 2018).
- Stubenrauch, H. and Ziehe, T. (1982) *Ny ungdom og usævanlige læreprocesser*. 7. opslag. Forlaget politisk revy.
- Suls, J. and Bunde, J. (2005) 'Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions', *Psychological Bulletin*, 131(2), pp. 260–300. doi: 10.1037/0033-2909.131.2.260.
- Sundhedsloven (2005) 'Sundhedsloven af d. 24.juni', (546).

- Sundhedsstyrelsen (2012) 'Forebyggelsespakken, Mental sundhed'.
- Sundhedsstyrelsen (2013) *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013*. København.
Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed-og-livsstil/~media/1529A4BCF9C64905BAC650B6C45B72A5.ashx>.
- Sundhedsstyrelsen (2015) *Sygdomsbyrden i Danmark, Sygdomsbyrden i Danmark*. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Sundhedsstyrelsen (2017) 'Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv', p. 88p.
- Sundhedsstyrelsen (2018a) *Danskernes Sundhed, Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. Sundhedsstyrelsen. doi: <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/~media/1529A4BCF9C64905BAC650B6C45B72A5.ashx>.
- Sundhedsstyrelsen (2018b) *Danskernes Sundhed - Tal fra den nationale sundhedsprofil*. Available at: <http://www.danskernessundhed.dk> (Accessed: 12 March 2018).
- Sundhedsstyrelsen (2018c) *Forebyggelsespakke Mental Sundhed*.
- Svalgaard, L. and Arrouas, M. (2017) *Mediernes magt, Information*. Available at: <https://faktalink.dk/titelliste/mediernes-magt> (Accessed: 4 June 2018).
- Sørensen, N. U. *et al.* (2017) 'Picture Perfect. Præstationsorienteringer blandt unge i forskellige ungdomslivskontekster', *Tidsskrift for Ungdomsforskning*, 17(2), pp. 27–48.
- The Joanna Briggs Institute (2011) *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 edition*. Printed in Australia by Solito Fine Colour Printers.
- Uddannelses- og Forskningsministeriet (2018a) *Fremdriftsreformen*. Available at: <https://ufm.dk/uddannelse/indsatsomrader/fremdriftsreformen> (Accessed: 25 February 2018).
- Uddannelses- og Forskningsministeriet (2018b) *Kvikbonus*. Available at: <https://ufm.dk/uddannelse/anerkendelse-og-dokumentation/find-vurderinger/eksamenshaandbogen/regler-og-raad/kvikbonus> (Accessed: 26 February 2018).
- Ungdom, V. svære (2018) *Mental sundhed skal i fokus, hvis ungdommen skal trives, Vores svære ungdom*. Available at: <http://voressvaereungdom.mediajungle.dk/spaendende-rubrik-til-losningshistorien-yes/> (Accessed: 17 May 2018).
- Vallgård, S., Diderichsen, F. & Jørgensen, T. (2014) *Sygdomsforebyggelse*. Kbh.: Munksgaard.
- Viner, R. M. *et al.* (2012) 'Adolescence and the social determinants of health', *The Lancet*. Elsevier

- Ltd, 379(9826), pp. 1641–1652. doi: 10.1016/s0140-6736(12)60149-4.
- Wackerhausen, S. (1995) 'Et åbent sundhedsbegreb', in *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. 1. udg. Århus: Philosophia, pp. 2–32.
- Wagner, G. *et al.* (2017) 'Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria', *European Child and Adolescent Psychiatry*. Springer Berlin Heidelberg, 26(12), pp. 1483–1499. doi: 10.1007/s00787-017-0999-6.
- Ware, J., Kosinski, M. and Keller, S. D. (1996) 'A 12-Item Short-Form Health Survey : Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity Author (s): John E . Ware , Jr ., Mark Kosinski and Susan D . Keller Published by : Lippincott Williams & Wilkins Stable URL : <http://www.jstor>', *Medical Care*, 34(3), pp. 220–233.
- Whiteford, H. A. *et al.* (2013) 'Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010', *The Lancet*. Elsevier, 382(9904), pp. 1575–1586. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6.
- WHO (2014) 'Health for the World ' s Adolescents A second chance in the second decade'.
- WHO Europe (2005) *Mental Health: Facing the Challenges, building solutions.*, World Health Organisation. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf.
- Wiley, John & Sons, I. (2018) *About Cochrane*.
- Winther, B. (2016) *Undersøgelse: Medier styrer danskernes sundhed*, Berlingske. Available at: <https://www.b.dk/nationalt/undersogelse-medier-styrer-danskernes-sundhed> (Accessed: 3 June 2018).
- World Health Organisation (2001) 'The World Health Report 2001', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(10), pp. 473–474. doi: 10.1007/s001270170010.
- Wyman, L., Crum, R. M. and Celentano, D. (2012) 'Depressed mood and cause-specific mortality: A 40-year general community assessment', *Annals of Epidemiology*. Elsevier Inc, 22(9), pp. 638–643. doi: 10.1016/j.annepidem.2012.06.102.
- Ziehe, T. (1989) *Ambivalenser og mangfoldighed*. Edited by H. C. Fink, J. Fornäs, and E. Nielsen. København K: Politisk Revy.

8.0 Bilagsoversigt

Bilag 1: Analyseværktøj

Bilag 2: Sekvenser uddraget af dokumenter

Bilag 3: Søgebilag

Bilag 4: Præsentation af inkluderede studier

Bilag 5: Kvalitetsvurdering af studier

Bilag 1: Analyseværktøj

Analysestrategien opdeles ud fra Faircloughs tre dimensioner, som består af *tekstanalyse*, *diskursiv praksis* og *social praksis*. Yderligere er første dimension opdelt i tre trin, som fremgår nedenfor. De tre dimensioner; *tekst*, *diskursiv praksis* og *social praksis* udgør tilsammen den beskrivende og fortolkende del af den samlede analyse (Fairclough, 2008).

Analysedimensioner	Fokuspunkter	Eksempel fra dokumenter	Eksempel på fortolkning
Dimension 1: <i>Tekstanalyse i tre trin</i> Trin 1: <i>Gennemlæsning af dokumenter</i> Trin 2: <i>Udtræk af sekvenser til besvarelse af forskningsspørgsmål</i> <i>Her henvises til bilag 2</i> Trin 3: <i>Analyse af modalitet i udvalgte sekvenser</i>	Trin 1: Gennemlæsning af dokumenter, for at opnå en helhedsforståelse Trin 2: Uddrag af sekvenser der bidrager til at begribe tekstens tilgang til unges mentale sundhed, med udgangspunkt i de opstillede undersøgelses-spørgsmål. Trin 3: Fokus på <i>modalitet</i> . Fremanalyseres ved brug af Faircloughs grammatiske begreber, til at undersøge hvordan afsenderen ved hjælp af sproget viser affinitet ift. udsagnet.	Trin 1: Intet specifikt fokusområde i dokumenterne Trin 2: <i>"Alle børn har ret til et liv uden mobning og med høj trivsel. Vi skal sikre, at alle børn, der vokser op i Danmark, kan udfolde deres fulde potentialer. Derfor er det vigtigt, at vores børn vokser op i trygge omgivelser med støttende og fortrolig voksenkontakt og uden mobning."</i> (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014) Trin 3: <i>"Et godt helbred er vigtigt for menneskers frihed til at kunne leve det liv, de ønsker"</i> . (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014)	Trin 1: Der foregår ikke fortolkning – her læses teksten i sin helhed for at danne et overblik. Trin 2: Der foregår ikke fortolkning på dette trin Trin 3: <i>"Her er tidsangivelsen 'er' en nutidsangivelse, hvormed der ses kategorisk modalitet, der viser at afsenderen viser høj grad af affinitet til udsagnet."</i>
Dimension 2: <i>Diskursiv praksis</i>	Fokus på Faircloughs begreb <i>intertekstualitet</i> . Her undersøges det hvordan dokumenterne henviser direkte	<i>"Den mest anvendte forståelse af mental sundhed og den, som WHO og Sundhedsstyrelsen eksempelvis bruger, er</i>	<i>"Samtidig henviser og refererer dokumenterne også til udenforstående dokumenter. Her kan nævnes at både de</i>

	eller indirekte til andre dokumenter/tekster. Her undersøges det om der trækkes på andre diskurser (interdiskursivitet) eller om der genereres nye diskurser.	<i>"en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, på frugtbar vis kan arbejde produktivt samt er i stand til at yde et bidrag til fællesskabet"</i> (Koushede and Morgenstjerne, 2018).	<i>nationale og kommunale dokumenter samt medierne direkte og indirekte trækker på den forståelse af mental sundhed, som tidligere er defineret af WHO. Dermed kan dele af dokumenterne, ifølge Fairclough, forstås som en konstituerende tilføjelse til allerede eksisterende diskurser (Fairclough, 2008)."</i>
Dimension 3: <i>Social praksis</i>	Fokus på <i>hegemoni</i> og <i>ideologi</i> . Her undersøges det hvordan den diskursive praksis der fremanalyses i dimension 2 indgår i en sociale praksis. I social praksis ses nogle magtrelationer, hvori de fremanalyserede diskurser søges placeret ved anvendelse af Faircloughs begreber.	<i>"Vi skal gøre en fælles indsats for at skabe sunde rammer og understøtte de mennesker, der ønsker en sund eller sundere livsstil. Det betyder også, at den enkelte har et ansvar for at have opmærksomhed på eget helbred."</i> (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014)	<i>"Gennem de nationale og kommunale dokumenter gives overvejende udtryk for en liberalistisk ideologi, hvor der fokuseres på den enkeltes frihed til at skabe det gode liv. Hermed placeres ansvaret for dette ligeledes hos individet."</i>

Bilag 2: Sekvenser uddraget af dokumenter

Dimension 1, Trin 2 – Sekvenser til besvarelse af forskningsspørgsmål

Dokument 1: Aftale om satspuljen på sundhedsområdet for 2013-2016

Forskningsspørgsmål 1:

Hvordan italesættes og defineres det sundhedsfremmende – og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

*”Satspuljepartierne ønsker med denne aftale at styrke indsatsen for **svage grupperes sundhed**, blandt andet med henblik på at forbedre disse borgeres **livskvalitet** og muligheder for at deltage i og **bidrage til samfundet** gennem en **god hverdag, uddannelse og arbejde**.*

*Borgere, der lider af langvarige smerter, **sårbare børn og unge** samt andre med psykiske problemstillinger er i stor **risiko for** at miste fodfæstet i dagliglivet og på arbejdsmarkedet. Indsatsen for deres sundhed og livskvalitet gives med denne aftale et løft både i forhold til **kvalitet og kapacitet**.*”

*”På psykiatriområdet har satspuljepartierne gennem årene afsat betydelige midler, herunder løftet kapaciteten markant. Med denne aftale fokuseres på **udvikling og kvalitet i indsatsen**. Det gælder for **behandlingen**, men også for **forebyggelsen af psykisk sygdom**. Derfor ønsker partierne bag satspulje- aftalen at afprøve behandlingstilbud, der reducerer brugen af tvang og medicin og styrker inddragelse af patienter og pårørende i behandlingen, **at fremme unges mentale sundhed**, at styrke indsatsen for pårørende til personer med psykisk sygdom eller misbrug samt at fortsætte kampagnen mod **stigmatisering** af personer med psykisk sygdom.*”

*”Satspuljepartierne er enige om behovet for at **fremme mental sundhed, mindske risikoen** for udvikling af **angst og depression** og **forebygge behovet** for psykiatrisk behandling blandt **sårbare unge**. **Fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom skal prioriteres**, samtidig med at der sikres den rette behandling til **børn og unge med psykiske problemer**. I den forbindelse finder partierne bag sats- puljen, at udarbejdelse i 2013 af kliniske retningslinjer for behandling af børn og unge med angst bør prioriteres, således som også Sundhedsstyrelsen anbefalede det i sit referenceprogram for angstlidelser hos voksne fra 2007.*”

*”Børn og unge med **psykosociale vanskeligheder** har oftere **indlæringsproblemer** og oftere sværere ved at gennemføre skolegang og uddannelsesforløb, og samlet udgør **de mentale helbredsproblemer den største sygdomsbyrde** blandt børn og unge. Der er især behov for en ekstra indsats for sårbare unge, **som ikke længere nås** af kommunale ordninger som eksempelvis skolesundhedsplejen og Pædagogisk Psykologisk Rådgivning.*”

Forskningsspørgsmål 2:

Hvilke handlingsrettede aktiviteter italesættes i det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

*”På den baggrund afsættes en ansøgningspulje på **26 mio. kr.** over fire år til:*

- 1. Udvikling af et program til **undervisning** af sårbare unge med henblik på **fremme af mental sundhed og forebyggelse af angst og depression.***
- 2. Afprøvning af programmet i et antal kommuner i enten 10. klasser, på produktionsskoler, erhvervsskoler eller i kommunale tiltag **for unge, der ikke er i gang med en uddannelse.***
- 3. En samlet evaluering på tværs af kommuner, som sikrer at den opnåede viden **formidles**, så det vil være let for andre kommuner at **implementere** programmet.*

*Programmet baseres på etablerede, internationale programmer til **fremme af mental sundhed og forebyggelse af depression og angst** blandt børn og unge (fx PALS og FRIENDS). Der er allerede gjort erfaringer med PALS-programmet i Danmark, hidtil dog med fokus på mobning og adfærdstræning og med yngre skolebørn som målgruppe. Dermed har man ikke i dag et program, der er målrettet forebyggelse af psykisk sygdom blandt unge.”*

*”Puljen udmøntes til de tre faser. **Sundhedsstyrelsen** står – med inddragelse af relevante parter som fx Komitéen for Sundhedsoplysning og Socialstyrelsen – for udviklingen af programmet. Kommunerne kan herefter ansøge om at afprøve programmet. Sideløbende med sidste del af afprøvningen udarbejder Sundhedsstyrelsen en evaluering på tværs af kommuner.*

*På den baggrund afsættes en ansøgningspulje på **26 mio. kr.** i perioden 2013-2016 til **udvikling, afprøvning og evaluering** af et program til undervisning af sårbare unge med henblik på fremme af mental sundhed og forebyggelse af angst og depression.*

*Der afsættes i alt 3 mio. kr. til udvikling og evaluering af programmet samt **23 mio. kr.** til afprøvning af programmet i kommuner. Midlerne til afprøvning af programmet udmøntes til kommunerne efter an- søgning og faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen.”*

Dokument 2: Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år

Forskningsspørgsmål 1:

Hvordan italesættes og defineres det sundhedsfremmende – og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

*””Sundere liv for alle” er regeringens bud på en ny ramme for en **ambitiøs forebyggelsespolitik.** Målet er, at danskerne får mulighed for at leve **flere gode leveår** og at **mindske den øgede ulighed i sundhed.** Vejen dertil går gennem **forebyggelse** og partnerskaber på tværs af myndigheder, civilsamfundet og det private. Ved at fokusere de mange indsatser, som allerede foregår, og sætte nye i søen skal vi sammen nå de ambitiøse mål.”*

*”Et godt helbred er vigtigt for **menneskers frihed** til at kunne leve det liv, de ønsker. Der kan ikke sættes lighedstegn mellem det gode liv og det sunde liv, men for mange mennesker gælder det, at et godt helbred er en forudsætning for at trives og udfolde sine potentialer og muligheder.”*

*”**Alle, der ønsker** at leve et sundt liv, skal have **lige muligheder** for det.”*

*”Desværre er der hverken **lette løsninger** eller **hurtige snuptag**, når det gælder om at forbedre danskernes sundhed og reducere uligheden i sundhed. Vi skal tænke bredt og langsigtet, hvis det skal lykkes at skabe flere og bedre muligheder for at leve sundt. **Forebyggelse er en af nøglerne** til at løse udfordringerne med ulighed i sundhed og for få gode leveår blandt alle danskere.”*

*”**Forebyggelse og sundhedsfremme** er allerede i gang. Blandt andet har det vist sig, at **almen praksis** spiller en væsentlig rolle. Der er mange, der er motiverede for at tale om forebyggelse og sundhedsfremme, når de kommer hos deres egen læge.*

*”Kommunerne, der har **ansvaret** for den borgerrettede forebyggelse, gør i dag et stort stykke arbejde, der bl.a. tager udgangspunkt i **anbefalingerne** i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Center for Forebyggelse i praksis understøtter implementeringen af forebyggelsespakkerne i kommunerne.”*

*”Men hvis danskerne skal opnå at leve længere med godt helbred, og det skal lykkes at reducere uligheden i sundhed, er der brug for, at flere melder sig på banen, og at **vi leverer forebyggelse på en ny måde**. Vi skal gøre en fælles indsats for at skabe **sunde rammer** og understøtte de mennesker, der ønsker en sund eller sundere livsstil. Det betyder også, at den **enkelte har et ansvar** for at have opmærksomhed på eget helbred.”*

*”De nationale mål for danskernes sundhed er ambitiøse. Det kræver bred opbakning, hvis vi om 10 år skal kunne konstatere, at flere har valgt et **røgfrit liv**, at flere **drikker mindre**, at **fysisk aktivitet** og **bevægelse** er blevet en naturlig del af fleres hverdag, og at **mental sundhed** og **trivsel** i højere grad er til stede på **arbejdspladsen, i skolen og i dagligdagen** i det hele taget.*

*Målene tager afsæt i **KRAM-faktorerne** kost (overvægt), rygning, alkohol og motion, der skaber de største sundhedsudfordringer for middellevetid, gode leveår og social ulighed i sundhed. Derudover fokuserer **to af målene på mental sundhed**, der udgør en vigtig del af en persons sundhedstilstand og **livskvalitet**. Endelig er der opstillet et mål for social ulighed.”*

*”Vi har allerede mange gode eksempler på **forebyggelsesindsatser**, hvor flere forskellige aktører er gået sammen i fællesskab. Vi kan se det, når ungdomsskoler, interesse- organisationer og brancheforeninger går sammen om at skabe **alkoholfri fester**. Vi kan se det, når kommuner, lokale idrætsforeninger og hospitaler går sammen om at etablere motionshold for **overvægtige børn** på tværs af klassetrin. Vi kan se det, når fødevareproducenter og Fødevarestyrelsen går sammen og får flere danskere til at vælge at **spise mere fuldkorn**.”*

Nationale målsætning nr. 2: Flere børn skal trives og have god mental sundhed

*”**Mental sundhed** kaldes i daglig tale **trivsel**. Mental sundhed er et spørgsmål om at kunne **udfolde sine evner**, **håndtere** dagligdagsudfordringer og **stress** og indgå i **sociale fællesskaber** med andre mennesker samt have generel **livstilfredshed**.*

*Når børn mistrives, går det ud over deres indlæring, overskud i dagligdagen og muligheder for at indgå i sociale relationer. Børn med lav livstilfredshed er oftere **kede** af det og **nervøse** end børn, der*

ikke **mistrives**, og de har også oftere svært ved at falde i søvn og let ved at føle sig udenfor eller pressede af skolearbejdet.”

”Alle børn har **ret til** et liv uden mobning og med høj trivsel. Vi skal sikre, at alle børn, der vokser op i Danmark, kan udfolde deres fulde **potentialer**. Derfor er det vigtigt, at vores børn vokser op i trygge omgivelser med støttende og fortrolig voksenkontakt og uden mobning.”

”Børn uden fortrolige kontakter til forældre, lærere og jævnaldrende mistrives oftere end børn med fortrolige kontakter. Forekomsten af **dårlig mental sundhed** stiger, jo dårligere børnene er stillet **socioøkonomisk**. Det gælder især emotionel mistrivsel, skolemistrivsel og lav livstilfredshed.

”**Mental sundhed** senere i livet grundlægges i de tidlige år og er ikke blot en forudsætning for udvikling og læring, men er også en beskyttende faktor for risikoadfærd og udvikling af sygdom senere i livet.”

Nationale målsætning nr. 3: Flere voksne skal trives og have god mental sundhed

”Langvarig **dårlig mental sundhed** har konsekvenser for den enkeltes muligheder for at leve et godt liv og for udvikling og forløb af sygdomme. Samtidig har det vist sig, at personer med dårlig mental sundhed oftere har en **uhensigtsmæssig sundhedsadfærd** i forhold til rygning, alkoholforbrug, fysisk inaktivitet og kostvaner.”

”Alle har **ret** til at opleve at have det godt og være overvejende glade og tilfredse med livet. Det er en af forudsætningerne for den enkeltes livskvalitet at opleve at kunne mestre dagligdags gøremål, indgå i sociale relationer og kunne håndtere de forskellige udfordringer, en almindelig dagligdag byder på.”

”Voksnes mentale sundhed påvirkes af en række forhold. Blandt andet kan belastende arbejdsmiljø, arbejdsløshed, dårlig fysisk sundhed, lavt selvværd, mobning, diskrimination, uafsluttet skolegang, ressourcetsvage boligområder og social isolation have en betydning. Som følge heraf kan indsatser til **fremme af mental sundhed** ske i mange forskellige fora på forskellige niveauer og med fokus på forskellige forhold.”

Forskningsspørgsmål 2:

Hvilke handlingsrettede aktiviteter italesættes i det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

”Mental sundhed kan **fremmes** ved at **styrke** sociale netværk, handlekompetencer og tillid, der hvor børn og unge færdes. Det drejer sig om at skabe fællesskaber, hvor alle børn har et tilhørsforhold, adgang til fortrolige voksne og udviklingsmuligheder, og hvor der ikke foregår **mobning**. Indsatser mod mobning har vist sig effektive, hvis de er omfattende og inddrager alle led i skolen, herunder forældre, lærere, elever og skoleledelsen.” (Målsætning 2).

”Mulighederne for **fremme af mental sundhed** kan blandt andet være **indsatser**, der involverer fysisk aktivitet, og indsatser, der styrker sociale netværk og skaber tillid og fællesskaber uden mobning og diskrimination. Også indsatser på **arbejdspladser** med et rummeligt **arbejdsmiljø** og i **foreninger og frivillige organisationer**, der styrker personers **handlemuligheder** i lokalmiljøet, fremmer mental sundhed.” (Målsætning 3).

Dokument 3: Forebyggelsespakke – Mental sundhed

Forskningsspørgsmål 1:

Hvordan italesættes og defineres det sundhedsfremmende – og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

*”Forebyggelsespakken er rettet mod generel **fremme af mental sundhed**. Den er ikke skræddersyet til specifik forebyggelse af psykiske sygdomme, som fx depression, angst, posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), ADHD og spiseforstyrrelser. En lang række af pakkens anbefalinger forventes ikke desto mindre at have **forebyggende effekt** på disse sygdomme eller at kunne bidrage til, at mennesker med sådanne sygdomme trives bedre.”*

*”Mental sundhed er ofte uafhængig af sygdom. Det er derfor relevant at have fokus på at **fremme mental sundhed** blandt både **raske og syge** og både ved fysisk og psykisk sygdom. En borger kan fx have en høj grad af mental sundhed, selvom personen lider af skizofreni, blot sygdommen er velbehandlet. Men samtidig skal man være opmærksom på, at der kan være en **årsagssammenhæng** mellem dårlig mental sundhed og udvikling af psykisk sygdom, fx i forhold til angst og depression.”*

*”Borgere med langvarig dårlig mental sundhed har en højere risiko for udvikling af sygdom (specielt hjertekarsygdom, depression og angst) og for at dø tidligere end borgere med høj grad af mental sundhed. Samtidig har denne gruppe borgere også øget brug af sundhedsydelser, lavere uddannelses niveau og svagere tilknytning til arbejdsmarkedet. Langvarig dårlig mental sundhed har altså både samfundsøkonomiske konsekvenser og konsekvenser for den enkelte borgers sundhed og muligheder for at leve et godt liv. Dårlig mental sundhed er hermed en alvorlig og selvstændig risikofaktor. Omvendt kan en høj grad af mental sundhed ligeledes have positiv indflydelse på **forebyggelse af sygdom** og på evnen til at tilegne sig ny viden og færdigheder, ligesom en høj grad af mental sundhed kan mindske frafaldet på ungdomsuddannelser og styrke borgeres tilknytning til arbejdsmarkedet.”*

*”Den mentale sundhed skabes på tværs af forvaltningsområder, da de rammer og betingelser, der påvirker den mentale sundhed fordeles sig på mange forskellige kommunale forvaltningsområder. Derfor skal indsatser til **fremme** af borgernes mentale sundhed og **forebyggelse** af dårlig mental sundhed også involvere flere forskellige forvaltningsområder.”*

*”Andre undersøgelser peger på, at **fremme af mental sundhed** er omkostningseffektivt både på kortere og længere sigt med stigende effekt, hvis forhold udenfor sundhedssektoren tages med i beregningen, fx uddannelse og beskæftigelse. Det tyder for eksempel på, at der er økonomisk potentiale i at forbedre **opvækstvilkår for udsatte børn**, fx ved tidlige intensive hjemmebesøg og gennemførelse af forældreuddannelse, **sundhedsfremmende indsatser** på arbejdspladsen, samt indsatser til **fremme af mental sundhed** blandt ældre.”*

Forskningsspørgsmål 2:

Hvilke handlingsrettede aktiviteter italesættes i det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

*” Arbejdet med mental sundhed **bør** indgå i kommunens **forebyggelsesindsats**, som er beskrevet i Sundhedslovens §119. Derudover er der en række love og bekendtgørelser, som også har væsentlig betydning. ”*

” De anbefalede indsatser er beskrevet i grundniveau (G) og udviklingsniveau (U). Indsatser på grundniveau kan oftest implementeres inden for den eksisterende kommunale opgaveløsning. Ofte vil kommunen have naturlig adgang til målgruppen og arenaer i indsatser på grundniveau. Omvendt har kommunen typisk færre erfaringer med indsatser på udviklingsniveau, og der vil typisk være brug for udvikling af nye kompetencer eller indgåelse af partnerskaber for at løfte anbefalingerne. ”

Fokus på mental sundhed i den sammenhængende børne- og ungepolitik

*”Kommunen **sikrer indsatser til fremme** af børn og unges mentale sundhed i forbindelse med udarbejdelse af en børne- og ungepolitik. Det kan fx være med fokus på børn og unges familieliv, sociale og faglige udvikling (herunder **forebyggelse** af mobning), **sundhedsfremmende og forebyggende** støtte og et trygt nærmiljø. Det er **lovkrav**, at kommuner udarbejder og politisk vedtager en sammenhængende børne- og ungepolitik i kommunen, og det anbefales, at den sammenhængende børne- og ungepolitik indeholder et stærkt tværsektorielt samarbejde. ”*

Udarbejde handleplan til fremme af mental sundhed i dagtilbud og skoler

*”Dagtilbud og skoler udarbejder en handleplan, der beskriver målsætninger og indsatser til at **fremme mental sundhed** i det enkelte dagtilbud eller skole. Handleplanen **skal** understøtte en **sammenhængende indsats**, der involverer barnets hverdag i dagtilbuddet og på skolen og samarbejdet mellem dagtilbud/skole, forældre og sundhedsplejersken. Handleplanen skal i videst muligt omfang udarbejdes som en sammenhængende handleplan, der også omfatter **indsats mod mobning** og desuden har fokus på bl.a. **forebyggelse af rygning og alkohol.**”*

Bruge naturen som mental sundhedsfremmende arena

*”Kommunen anvender naturen som arena for det **mentalt sundhedsfremmende** arbejde. Fx ved indsatser i naturen med fokus på **involverende deltagelse** og **etablering af sociale relationer** og **fællesskaber** mellem borgere. Mental sundhed kan også være et fokuspunkt i byplanlægningen, så parker og byrum planlægges og udvikles med henblik på let adgang til indbydende natur og grønne områder og med **særlig fokus på udsatte områder**. Der kan tages udgangspunkt i den aktuelle viden om, hvordan ophold i natur og uderum påvirker den mentale sundhed samt hvilke krav, det stiller til karakteristika og kvaliteten af uderum*

Dokument 4: Det gode og sunde liv – Sundhedsfremme- og forebyggelsespolitik for Silkeborg Kommune 2012-2015 (gældende)

Forskningsspørgsmål 1:

Hvordan italesættes det sundhedsfremmende – og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

”Mental sundhed handler om at trives, at kunne udfolde sine evner, at kunne håndtere dagligdagens udfordringer, og at indgå i fællesskaber med andre mennesker. Den mentale sundhed kan påvirke den fysiske tilstand, ligesom den fysiske tilstand kan have indflydelse på den mentale sundhed og oplevelsen af livskvalitet. Hvis vi fremmer den mentale sundhed, kan vi reducere forekomsten og forbedre forløbet af en række fysiske og psykiske sygdomme.”(s.16)

”I har overbevidst os om, at *det gode og sunde liv handler om langt mere end gulerødder, grovboller og motionsløb*. Det er også at trives og deltage i *gode fællesskaber*, at kunne udfolde sine ønsker om det gode liv, blive *anerkendt* og bruge de *kompetencer*, man har. At opnå et sundt og godt liv kræver *gode rammer og overskud* – både fysisk, psykisk og socialt. Hvad, der definerer det gode og sunde liv, er forskelligt fra person til person, og det kan skifte i forhold til hvilken *livsfase*, man er i. Det vil vi tilrettelægge vores indsatser efter.” (s. 2)

”Sundhedsfremme- og forebyggelsespolitikken tager udgangspunkt i en række interviews med forskellige grupper af borgere i Silkeborg Kommune. Du kan finde nogle af de bidrag, vi har fået, som små citater rundt omkring i politikken. Andre tanker og ideer om sundhedsfremme og forebyggelse er taget med i selve politikken og de indsatser, vi har valgt.” (s. 3)

”Silkeborg Kommunes *vision*, at borgerens liv - *uanset den enkeltes forudsætninger og livsvilkår* - er kendetegnet ved et godt helbred, selvværd, trivsel, fællesskaber, omsorg og ansvar.

***Missionen* er at skabe sunde rammer og sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, der bakker op om borgerens *mestring af det gode* og det sunde liv og indbyder til bevægelse.**

***Ikke alle borgere har lige muligheder* for at mestre det gode og sunde liv. Derfor skal vi samarbejde om at opretholde og udvikle de *sunde rammer* for dem, der kan selv, og skabe indsatser *måltrettet* det gode og sunde liv for dem, der behøver *ekstra støtte* til at styrke sunde vaner. *Vores fokus vil i de kommende år være på de borgere, der ikke har lige muligheder i sundhed, samt børn og unge.*”** (s.4)

Forskningsspørgsmål 2:

Hvilke handlingsrettede aktiviteter beskrives i det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

”Vi vil:

- inddrage borgere og samarbejdspartnere i **dialog** om, hvordan vi kan tilrettelægge de forebyggende og sundhedsfremmende indsatser. Dialogen skal bidrage til, at indsatserne opleves som **meningsfulde i den enkelte borgers liv og nærmiljø**.

- tilbyde **kompetenceudvikling** til de af Silkeborg Kommunes medarbejdere, der er i daglig kontakt med borgerne med henblik på at gøre sundhed til et naturligt led i den daglige dialog og dermed **understøtte gode vaner.**” (S. 6)

Vi vil:

- **tage ansvar for,** at ingen bliver glemt på sidelinjen. Det er aldrig for sent at gøre en indsats.

”Det vil vi på børneområdet:

- **Styrke trivsel, læring og sundhed blandt børn og unge gennem målrettede indsatser.**

Derfor vil vi arbejde på:

- at det **kun er det sunde valg, der er tilgængeligt** i hverdagen i kommunale institutioner, skoler og uddannelsesinstitutioner
- at skabe læringsmiljøer, der fremmer **sund livsstil**
- at give børn gode oplevelser omkring **fysisk aktivitet** ved at gøre det til en naturlig del af hverdagen
- at forebygge **risikoadfærd** fra 6. klassetrin til og med ungdomsuddannelserne” (s.12)

”Vi har hele livet mulighed for at **påvirke trivsel og sygdomsudvikling gennem livsstilsændringer.** Derfor vil vi bakke op om borgerens evne til ”at holde fast i livet hele livet.”

Derfor vil vi også:

- Gøre **motion** og bevægelse attraktiv for idrætsuvante borgere.
- Arbejde målrettet med **sundhed** på arbejdspladsen.
- Nedbringe antallet af borgere, der rammes af rygerelaterede sygdomme samt nedsætte sygefraværet gennem forebyggelse af **rygestart**, målrettede indsatser for røgfri miljøer og **rygestop**.
- Målrette indsatser for forebyggelse af et sundhedsskadeligt forbrug af **rusmidler**.
- Uddanne kommunale medarbejdere til at tænke sundhed ind i det daglige arbejde og derved **understøtte borgernes sunde valg.**” (S.12)

Under indsatsområdet ”Fremme af mental sundhed og trivsel”:

”Vi vil:

- Understøtte, at det bliver en naturlig del af hverdagen at bakke op om hinandens trivsels- og læringsmiljøer på arbejdspladser, institutioner, i netværk og nærmiljøer.
- Sørge for målrettede indsatser, der forebygger stress, depression og ensomhed.
- Fremme mental sundhed blandt Silkeborg Kommunes borgere fx gennem etablering af sociale netværk og støtte til aktiv deltagelse i nærmiljøer og frivillige indsatser.
- Skabe tilbud, der fremmer fysisk sundhed blandt borgere med psykiske lidelser.” (s. 16)

Dokument 5: Handleplan for Sundhedsfremme- og forebyggelsespolitikken (gældende)

Forskningsspørgsmål 1:

Hvordan italesættes det sundhedsfremmende – og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

Da dokumentet er et bilag til dokument 4, er besvarelse af forskningsspørgsmålet i overensstemmelse med besvarelsen til dokument 4.

Forskningsspørgsmål 2:

Hvilke handlingsrettede aktiviteter beskrives i det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

Handling: "Kompetenceudvikling af ansatte med tæt borgerkontakt. Udvikling af kompetenceudviklingsforløb, der **styrker** de ansatte i at **understøtte** borgernes sundhed
→ Virkning: **At flere foretager livsstilsændring og dermed øger livskvalitet** og forebygger livsstilssygdomme. Færre sygedage. Øget trivsel blandt borgere såvel som i deres netværk."

Handling: "Indsats til forebyggelse af stress"
→ Virkning: "Færre sygedage. Bedre mental, social og fysisk sundhed"

Handling: "Implementering af forløbsprogrammer for depressionsramte"
→ Virkning: "At skabe sammenhæng mellem de indsatser der iværksættes af region, praksislæger og kommune. At forebygge depression"

Handling: "Indsats for pårørende til borgere med demens"
→ Virkning: "At de pårørende bliver bedre til at mestre de overbelastningssituationer, de udsættes for. Lighed i sundhed."

Handling: "Indsats til forebyggelse af virkning af fødselsdepression"
→ Virkning: "Øget trivsel og sundhed for småbørnsfamilier"

Dokument 6: Den sammenhængende Børne- og Ungepolitik, 2007 (gældende)

Forskningsspørgsmål 1:

Hvordan italesættes det sundhedsfremmende – og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

”Silkeborg Kommunes sammenhængende Børne- og Ungepolitik beskriver de værdier og holdninger, der skal tænkes med ind i alt arbejde med alle børn og unge i kommunen. Vi ønsker målrettet at fokusere på den demokratiske dannelse og læring. Børn og unge skal opleve det forpligtende fællesskab, der bygger på demokratiske værdier.” (s. 3)

”Silkeborg Kommune ser det som en meget vigtig opgave at beskytte et barn mod mishandling, at hjælpe udsatte børn og at støtte handicappede børn i forhold til deres særlige krav på hjælp, omsorg og læring. Anerkendelse og anerkendende tilgang i arbejdet med alle børn og unge er et nøglebegreb.” (s. 3)

Vision:

”Alle børn og unge har ret til:

- et godt og sundt liv, at opleve livsglæde og blive anerkendt som dem, de er.*
- at udvikle sig til hele, sunde og livsduelige mennesker i fællesskaber, der er båret af gensidig respekt for forskellighed.*
- at inddrages, have indflydelse og blive hørt.” (s. 5)*

Værdigrundlaget:

*”Den overordnede sammenhængende Børne- og Ungepolitik i Silkeborg Kommune bygger på **demokratiske værdier** og tager udgangspunkt i, at alle børn og unge **har ret til at udvikle og danne sig ud fra egne forudsætninger og muligheder**. Dette skal ske i **miljøer præget af:***

- Værdier og holdninger*
- Tryghed og omsorg*
- Fællesskab og samhørighed*
- Udfordring og mestring*

*Udgangspunktet for et **godt og sundt** børne- og ungeliv indebærer **respekt** for og **anerkendelse** af, at børn og unge i fællesskaber er **forskellige**. Børn og unge skal derfor opleve at være en del af et fællesskab, hvor de udfordres både socialt og fagligt.*

*Arbejdet med børn og unge sker med en **anerkendende tilgang**, hvor der lægges vægt på at støtte og udvikle livsvigtige kompetencer og kvalifikationer som:*

- Respekt, tolerance og accept*
- Selvværd, **ansvarlighed** og **selvstændighed***
- Samarbejdsevne, demokratiforståelse og lyst til medbestemmelse*
- Kundskaber, kreativitet og lyst til at lære” (s. 6)*

*”**Forældrene har det primære ansvar for deres børn**. Ansatte i Silkeborg Kommune inddrager derfor altid børn, unge og forældre som **aktive medspillere** i en sammenhængende indsats på tværs af kommunens tilbud.*

Silkeborg Kommune sikrer sammenhængen mellem det generelle forebyggende arbejde og en **målrettet tidlig og koordineret indsats over for børn og unge med behov for særlig støtte**. Kommunen sikrer desuden sammenhængen i den **særlige sociale indsats** over for udsatte børn og unge. Dette arbejde har et selvstændigt afsnit i den sammenhængende overordnede Børne- og Ungepolitik. Her er også strukturen for arbejdet beskrevet." (s. 8)

"I Silkeborg Kommune mødes og forstås børn og unge blandt andet ud fra de **sammenhænge og vilkår de lever i**. Det indebærer, at problemer altid beskrives og forklares med udgangspunkt i disse sammenhænge, samt at enhver indsats baserer sig på **en afdækning af ressourcer** og kompetencer. Silkeborg Kommunes tilbud og tiltag i forhold til børn og unge inddeles i 5 forskellige niveauer for indsatser." (s.9)

Forskningsspørgsmål 2:

Hvilke handlingsrettede aktiviteter beskrives i det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

Principper:

"Silkeborg Kommunes medarbejdere er **forpligtede** på at arbejde ud fra det overordnede værdigrundlag, og her iagttage følgende principper:

- At der ydes en **tidlig, sammenhængende og målrettet** indsats i forhold til børn, unge og familier med behov for **særlig støtte** for at imødegå større problemer på længere sigt.
- At forældremyndighedsindehaver og barnet eller den unge altid er inddraget som **ligeværdige** parter ved drøftelser, der omfatter **vanskeligheder** i barnets/ den unges livssituation. Forældre og børn ses som **eksperter** i beskrivelsen af deres måde at være familie på.
- At familie og **netværk** inddrages som en væsentlig faktor i at sikre kontinuitet i et barn eller en ungs liv. Netværket **inddrages** i beslutningsprocessen omkring et barn/ en ung, for så vidt forældremyndighedsindehaveren ønsker dette.
- At der altid arbejdes ud fra skriftligt **formulerede mål**, der løbende evalueres efter en på forhånd fastsat tidsramme.
- At børn og unge med særlige behov som udgangspunkt sikres **støtte** i de generelle tilbud.
- At det tværfaglige samarbejde anvendes som ressourcer i forhold til at **understøtte** et barns/en ungs forbliven i et generelt tilbud.

Ledelsen af de enkelte tilbud **sikrer**, at der er formulerede indsatser og tilbud til hele målgruppen opdelt i de 5 niveauer for indsatser." (s. 11)

I tillæg til Den sammenhængende Børne- og Ungepolitik er der udarbejdet en medarbejderpjece. Pjecen har til formål er at beskrive "hvordan Silkeborg Kommunes medarbejdere arbejder, når der er brug for en indsats, der rækker ud over den kerneopgave skolerne og dagtilbuddene løfter".

"Bekymringsbarometer

Bekymringsbarometeret er medarbejdernes redskab til at **afklare, hvorvidt der er grundlag for at ændre handleplaner** og eventuelt inddrage andre faggrupper i en given indsats. Som grundregel

bruges barometeret, når der har været **bekymring** for et **barn** i tre måneder: Dette gør man for at sikre, at ingen børn bliver ”**bekymringsbørn**” over længere tid. Det er vigtigt at være opmærksom på, at der er tale om et **skøn**, som skal hjælpe de involverede parter til at vurdere om deres egen indsats er tilstrækkelig ”

Bekymringsbarometeret bruges:

- Når medarbejderens bekymring undersøges nærmere
- Når inddragelse af andre faggrupper overvejes

Andre medarbejdere ved således, at der ligger en bestemt vurdering/skøn til grund for bekymringen ” (s. 22 i medarbejderpjecen)

Dokument 7: Lærings- og Trivselspolitik 2021 (gældende), 2012

Forskningsspørgsmål 1:

Hvordan italesættes det sundhedsfremmende – og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

” Vi har alle et medansvar for at udvikle børn og unge til kompetente voksne og gode samfundsborgere. I Silkeborg Kommune har vi en række gode forudsætninger for børn og unges læring og trivsel. Vi tager udgangspunkt i vores børn og unge og i deres **mange talenter og muligheder**. Vi ser forældre som vigtige medspillere med mange forskellige **ressourcer**. Vi nyder godt af kompetente og professionelle medarbejdere og ledere. Gennem det aktive medborgerskab kan eksempelvis frivillige og erhvervsliv bidrage. Tilsammen stiller det os stærkt og **forpligter** os til at være ambitiøse, når vi sætter mål for nutidens og fremtidens børn og unge”. (s. 3)

”Konkret rummer politikken 4 temaer: Læring, **trivsel**, samspil og rammer. Temaer, der tilsammen er vores bud p., hvordan vi skaber optimal læring og trivsel i Silkeborg Kommune. Politikken er overordnet og kortfattet, **fordi den efterfølgende skal omsættes til handlinger**. Når der i politikken står ”vi”, tænker vi på alle voksne omkring børn og unge.” (s. 3)

”Vi vil skabe det gode børneliv for alle børn og unge - det er et fælles ansvar at løse opgaven!” (s. 3)

Trivsel - Pejlemærke: ”Alle børn og unge har gode venner” (s. 7)

”**Venskaber** med andre børn og unge giver trivsel og udvikling” (s. 7)

”Venskaber og **deltagelse i vores fællesskaber** er vigtige både for den enkelte og for udviklingen og vedligeholdelsen af vores demokrati” (s. 7)

”Alle børn og unge har ret til tryghed og til at indgå i **meningsfulde og anerkendende fællesskaber**. Det giver børn og unge overskud, så de er klar til at deltage i en **skiftende omverden**. Vi har derfor som mål, at alle børn og unge mødes med positive forventninger og får hjælp, når de har behov for det.” (s. 7)

”Børn og unge er **forskellige**. Vi vil anerkende og se det særlige ved det enkelte barn som en styrke. Både forældre og professionelle har en særlig rolle i at engagere børn og unge til at deltage i **fællesskaber**.” (s. 7)

*"Der er en positiv sammenhæng mellem **fysisk aktivitet og børn og unges læring og trivsel**. Fysisk aktivitet og livsstil er medvirkende til, at børn og unge lykkes. Vi arbejder for, at alle børn og unge får sunde vaner. Omgivelserne skal indbyde til **bevægelse**, og de voksne skal sørge for at tænke **sund mad og fysisk aktivitet** ind i dagligdagen."* (S. 7)

Forskningsspørgsmål 2:

Hvilke handlingsrettede aktiviteter beskrives i det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

Mangler konkrete handlingsrettede forslag

Dokument 8: Vi måler, vejer, tester og evaluerer vores børn. Hvad bilder vi os ind?

Forskningsspørgsmål 1:

Hvordan italesættes det sundhedsfremmende - og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

"For en uge siden fremlagde NORDJYSKE Medier forskning, som viser, at børns og unges mistrivsel skyldes reformer på uddannelsesområdet. En stribe lovtiltag har siden nullerne formindsket det uddannelsesmæssige nåleøje, som børn og unge skal igennem. Sammen med et socialt sikkerhedsnet, som gradvist forsvinder - og en omsiggribende præstationskultur - får det mistrivsel blandt børn og unge til at brede sig som en epidemi, viser tal fra den seneste nationale sundhedsundersøgelse." (Formanden for Dansk Psykolog Forening, Eva Secher Mathiasen)

"Forskningen understøtter det, som jeg har sagt i flere år; nemlig at vi må kigge på strukturelle forhold i samfundet for at finde årsagen til den stigende mistrivsel blandt børn og unge. Gennem flere år har undersøgelse efter undersøgelse jo vist, at børn og unge ikke trives. Det er alarmerende. Vi skal ikke kun lede efter forklaringen i kassen med traditionelle socioøkonomiske årsager. Også børn fra hjem, som vi ellers ikke forventer giver anledning til mistrivsel, rammes, og det er en anden type børn, der nu også finder tilværelsen uoverskuelig. Derfor skal man lede efter årsager andre steder, siger psykologernes formand." (Formanden for Dansk Psykolog Forening, Eva Secher Mathiasen)

"Vi kan ikke nøjes med at behandle - Det er jo sådan, vi gør, når vi står med et enkelt menneske, som har det svært. Et barn, der har angst, skal selvfølgelig have den behandling, der skal til for at komme af med angsten. En familie, der har nogle svære vilkår skal selvfølgelig have en individuel og professionel hjælp, så de kan få det bedre. Det nytter bare ikke noget, at det er det eneste, vi gør. Vi bliver nødt til at kigge på, hvordan vi undgår at bringe så mange mennesker i en situation, hvor de får behov for professionel hjælp. Vi bliver med andre ord nødt til at fokusere på, hvordan vi kan undgå, at så mange kommer så langt ud af kurs." (Formanden for Dansk Psykolog Forening, Eva Secher Mathiasen)

"Når du måler på trivsel og kigger på, hvordan børnene har det, så har de det markant sværere i dag, end de havde for 20 år siden. Og det er jo tegn på, at vi ikke rigtig lykkes med den samfundsudvikling, vi har gang i. Når man laver et samfund, er hovedsagen jo, at man skaber nogle

rammer, så folk har det overvejende godt - og bliver ved med at have det godt! Og så kan forskellige reformer jo være en del af midlerne. Men målet må være, at vi trives og har det godt i tilværelsen - og det er også det, vi skal evaluere vores samfund på. Men tallene for mistrivsel viser jo, at vi som samfund ikke er lykkedes særlig godt med den målsætning!". (Formanden for Dansk Psykolog Forening, Eva Secher Mathiasen)

"Vi stiller krav til børnene, ja. Men vi klæder dem jo ikke på til at kunne leve op til de krav. Til gengæld har vi designet nogle evalueringsprincipper, så vi de første 30 år af børnenes liv er i stand til at måle på, om de klarer sig godt. Vi skulle hellere bruge ressourcerne på at designe deres udviklingsrum og rammer, så de kommer til at klare sig godt." (Formanden for Dansk Psykolog Forening, Eva Secher Mathiasen)

"Det enkelte menneske har da et kæmpestort ansvar! Men det fritager bare ikke samfundet for ansvar. Og naturligvis er det forældrene, der har ansvaret for deres børn og deres udvikling. Men forældrene er jo ikke øde øer. De kan ikke handle uafhængigt af det samfund, der er omkring dem. Men nu ser man konsekvenserne af tidligere tiders handlinger, og så må politikerne reagere på det. Som politiker er man nødt til at stille sig selv spørgsmålet: "Okay, hvad i alverden gør vi for at undgå, at mistrivsel blandt børn og unge fortsætter". For det handler vel om at indrette et samfund, hvor flest muligt har det godt." (Formanden for Dansk Psykolog Forening, Eva Secher Mathiasen)

"Nu må vi tage den viden alvorlig (refererer til ovenstående forskning), og hvis uddannelsesreformer og huller i velfærdssystemet er ødelæggende, bliver vi nødt til at lave det om. Det nytter ikke noget, at vi reformerer os til flere penge, hvis vi samtidig reformerer os til mistrivsel, siger Eva Secher Mathiasen." (Formanden for Dansk Psykolog Forening, Eva Secher Mathiasen)

Forskningsspørgsmål 2:

Hvilke handlingsrettede aktiviteter beskrives i det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

"Jeg forstår egentlig ikke helt, hvordan børnene skulle have gavn af at blive målt allerede i børnehaveklassen og i folkeskolens små klasser. Lige fra begyndelsen eksponerer vi vores børn for at blive målt, vejret, testet, evalueret og analyseret. Hvad i alverden bilder vi os ind? (...) - Vi kigger mere på deres præstationer, end vi kigger på deres personlige karakter. Og testkulturen følger jo med ind i både gymnasier og universiteter, hvor vi har fremdriftsreform og meget andet. Vi snakker mere om, at de unge skal hurtigt igennem uddannelsessystemet, før vi taler om, at de skal godt igennem." (Formanden for Dansk Psykolog Forening, Eva Secher Mathiasen)

"Over de seneste mange år har vi for eksempel sparet vældig meget på de rammer, hvor børnene skal udvikle sig. Her tænker jeg på, hvordan institutionen er indrettet. Deres størrelse, indhold og deres normering er ikke just et udtryk for, at man giver et lille barn den bedste start på livet. Det sker parallelt med, at et forældrepar samlet set arbejder langt flere timer uden for hjemmet end tidligere. Derfor er børnene så afhængige af, at institutionerne er gode og indrettet efter børns udviklingsbehov - og ikke efter en aktuel sparedagsorden. Det er ikke rimeligt at give små børn en udfordrende start på livet - og derefter slå dem i hovedet med, at de ikke kan tåle mosten!" (Formanden for Dansk Psykolog Forening, Eva Secher Mathiasen)

Dokument 9: Mental sundhed skal i fokus, hvis ungdommen skal trives

Forskningsspørgsmål 1: Hvordan italesættes det sundhedsfremmende - og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

"Samfundet burde have et tilstrækkeligt system til de hårdest ramte børn. I mange kommuner er der flere måneders ventetid for de børn, der gerne vil se en skolepsykolog. Det er en katastrofe for dem, der er i akut nød. Samfundet har på mange måder totalt svigtet sine børn ved ikke at prioritere dem, siger Bjørn Holstein" (Bjørn Holstein, der forsker i børn og unges sundhed og trivsel ved Statens Institut for Folkesundhed)

"Vi ser eksempelvis kommuner, der skærer ned på sundhedsplejen i disse år. Men det er en meget afgørende, og tilmed billig, ressource, som kan forebygge mange af problematikkerne. Vi har sådan set allerede de rigtige værktøjer til rådighed, som indeholder store potentialer, problemet er bare, at de bliver nedprioriteret." (Bjørn Holstein, der forsker i børn og unges sundhed og trivsel ved Statens Institut for Folkesundhed)

"Bjørn Holstein giver især tidsalderen skylden for den skævvridning. Hvor der tidligere var mere fokus på dyrkelsen af det kollektive, er der i dag et øget pres på den individuelle præstation. Den udvikling er det i højere grad pigerne, som bliver påvirket af" (Bjørn Holstein, der forsker i børn og unges sundhed og trivsel ved Statens Institut for Folkesundhed)

Forskningsspørgsmål 2:

Hvilke handlingsrettede aktiviteter beskrives i det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

"Om det så er i klassen, i klubben eller på gaden, så er det vigtigt, at vi får italesat mental sundhed. Forældre kan også tale med deres børn om, hvor vigtigt det er at række ud til dem, der har det svært. Det kunne også sagtens være god sundhedsoplysning at fokusere på, hvordan vi italesætter mental sundhed." (Bjørn Holstein, der forsker i børn og unges sundhed og trivsel ved Statens Institut for Folkesundhed)

"Livet er i højere grad styret af vores karriere eller mål om en karriere, og særligt unge mangler andet indhold i deres hverdag. Et ensidigt liv er også et skrøbeligt liv, derfor skal de unge blive bedre til at interessere sig for andre ting end deres fremtidige karriere, siger Einar Baldursson. Livet er i højere grad styret af vores karriere eller mål om en karriere, og særligt unge mangler andet indhold i deres hverdag. Et ensidigt liv er også et skrøbeligt liv, derfor skal de unge blive bedre til at interessere sig for andre ting end deres fremtidige karriere, siger Einar Baldursson" (Einar Baldursson er lektor i arbejds- og organisationspsykologi og arbejder også som psykolog på Aalborg Universitets stressklinik.)

"Samtidig er det mindst lige så vigtigt, at der kommer et øget politisk fokus på børn og unges mentale trivsel. I Danmark har vi eksempelvis ikke en national sundhedspolitik for børn og unge, som man har i mange andre lande." (Bjørn Holstein, der forsker i børn og unges sundhed og trivsel ved Statens Institut for Folkesundhed)

Dokument 10: Debat: Frivillige fællesskaber er vejen til bedre mental sundhed

Forskningsspørgsmål 1:

Hvordan italesættes det sundhedsfremmende - og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

"Når snakken går på, hvad vejen ud af mental usundhed er, så er forståelsesrammen begrænset til psykiske lidelser som eksempelvis angst og depression. Og som følge heraf har fokus for mental sundhed været på individuel behandling og forebyggelse af risici for psykiske lidelser, uden blik for det, der skaber og fremmer god mental sundhed." (Vibeke Koushede og Maj Morgenstjerne Hhv. seniorforsker, Statens Institut for Folkesundhed, og sekretariatschef, Europæisk Frivillighovedstad 2018: Aarhus Kommune)

"Vi mener, at det nuværende fokus er ufuldstændigt. Der mangler en helt central opmærksomhed på betydningen af vores sociale relationer og værdien af fællesskabet. Denne ufuldstændighed bliver desværre også tydelig, når vi ser på studier i mental sundhed. I Danmark har vi haft et snævert fokus på psykiske lidelser og symptomer og altså et fravær af den positive forståelse af, hvad mental sundhed egentlig er." (Vibeke Koushede og Maj Morgenstjerne Hhv. seniorforsker, Statens Institut for Folkesundhed, og sekretariatschef, Europæisk Frivillighovedstad 2018: Aarhus Kommune)

Forskningsspørgsmål 2:

Hvilke handlingsrettede aktiviteter beskrives i det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde med unges mentale sundhed?

"Igen skal vi bevæge os væk fra, at fokus alene er på individet, og i stedet målrettet investere i at skabe rammer og en kultur, der dyrker fællesskabet. Vejen til mental sundhed går igennem os alle, måske særligt dem, der allerede er en del af fællesskabet!" (Vibeke Koushede og Maj Morgenstjerne Hhv. seniorforsker, Statens Institut for Folkesundhed, og sekretariatschef, Europæisk Frivillighovedstad 2018: Aarhus Kommune)

"Hvis vi skal vende den triste udvikling i vores mentale sundhed, som Den Danske Sundhedsprofil har tegnet det sidste årti, kræver det, at vi udvider vores fokus og vender pilen mod, hvad det er, der giver os mental sundhed. Og her ser vi fællesskabet som en stor del af svaret. (..) Hvis vi skal asfaltere vejen fra udenfor til fællesskabet kræver det forståelse, opmærksomhed og investeringer i at få de bedst mulige vilkår for frivilligheden og fællesskabet. Og det kræver investeringer i en kulturforandring, hvor den enkelte føler, at det er både nemt og muligt at tage et medborgeransvar for fællesskabet." (Vibeke Koushede og Maj Morgenstjerne Hhv. seniorforsker, Statens Institut for Folkesundhed, og sekretariatschef, Europæisk Frivillighovedstad 2018: Aarhus Kommune)

Bilag 3: Søgebilag

I nedenstående søgebilag klarlægges de repræsentative søgetermer, der er anvendt i specialets systematiske litteratursøgning. Ligeledes nedskrives overvejelser og begrundelser for valg af databaser, sammensætningen af diverse facetter samt antal hits ved forskellige kombinationer med inddragelse af boolske operatorer AND og OR.

Problemformulering

Problemformuleringens andet spørgsmål har dannet grundlag for specialets systematiske litteratursøgning. Denne lyder som følgende;

Hvilke strategier anvendes i sundhedsfremmende- og forebyggende interventioner rettet mod at fremme unges mentale sundhed i internationale studier?

Anvendte facetter

Udvalgte søgefacetter tager udgangspunkt i ovenstående undersøgelsesspørgsmål. Ved brug af denne fremgangsmåde struktureres søgningen. Med inspiration fra PICo-modellen er forskningsspørgsmålet derfor nedbrudt til tre søgefacetter, der vurderes at omfavne bredt. Disse er som følgende; *unge* (population/målgruppe), *mental sundhed* (interessefænomen) og *sundhedsfremme/forebyggelse* (kontekst).

Unge

Unge i alderen 16-24 år præsenterer specialets målgruppe. Søgningerne er derfor overvejen målrettet denne gruppe, hvorfor de inkluderende in – og eksklusionskriterier også er dannet på baggrund heraf. I denne facet er der anvendt forskellige synonymer i de forskellige databaser. Gennem søgningerne blev det forholdsvis hurtigt erfaret, at målgruppen var udfordrende at præcisere, da indekseringen af aldersgrupperne variere fra database til database. Nærværende speciale har derfor set sig nødsaget til, at være mere åben overfor videnskabelige studier, der inkluderer unge i alderen fra 13-32 år. Overvejende søgninger er foretaget via Tesaurus termer, da dette gav relevante undersynonymer, som vurderes fyldestgørende. Der blev ligeledes i nogle databaser søgt fritext, dog med varierede relevansen heraf, da der forekom en del støj. Da aldersgruppen 13+ år årige er valgt inddraget, ville det have været oplagt at søge på termen *childeren*, som muligvis ville have givet andre relevante resultater.

Mental Health

Mental sundhed, herunder mental health, præsenterer specialets interessefænomen. Det blev erfaret, at mental sundhed er indekseret som kontrolleret søgeterm i de fleste databaser. Overvejende set, har søgninger på termen *mental health* været fyldestgørende. Undervejs i søgeprocessen blev det erfaret, at termen *mental health* dækker over implicitte synonymmer såsom *angst*, *stress*, *depression* og en række *adfærdsforstyrrelser*. I forlængelse heraf er der ligeledes søgt på termen *wellbeing*, da det blev erfaret, at denne term tilmed dækker over trivselsperspektivet, der udgør et vigtigt element i den generelle definition af mental sundhed. Ved en kritisk gennemgang er der løbende foretaget eftertjek på author keywords, hvormed der ikke er fremkommet andre termer der kunne have været anvendt.

Forebyggelse og sundhedsfremme

Forebyggelse og sundhedsfremme udgør specialets kontekst. Da fokus har været at søge på interventioner, der målretter at forbedre mental sundhed blandt unge, har det været nødvendigt at lave en todeling af denne facet, da der indledningsvist blev søgt bredt på termen *intervention*, men indekseringen af termen var alt for bred og gav mange irrelevante søgninger. Desuden så blev der ved søgninger på *interventioner* ikke skelnet mellem begreberne *forebyggelse* og *sundhedsfremme*. Denne skelnen har været af betydning i specialet, da ønsket har været at få et bredt perspektiv på, hvilke strategier der gøre sig gældende i det forebyggende – og sundhedsfremmende arbejde.

Begrundelse for valg af databaser

I nedenstående tabel beskrives begrundelserne for valg af databaser, som har dannet baggrund for litteratursøgning. I denne forbindelse er der søgt på nedenstående databaser, der hver især har bidraget med hver deres faglige fokusområder. Databasernes nuancerede fokusområder har været medvirkende til at belyse fænomenet *mental sundhed* ud fra flerevidenskabeligt perspektiv.

Database	Begrundelse for valg af database
PSYCINFO	PsycInfo er en database der indeholder citater og abstracts fra en bred vifte af videnskabelig litteratur i psykologiske, sociale, adfærdsmæssige og sundhedsvidenskabelige. Denne database indeholder tidsskrifter, bøger, anmeldelser og afhandlinger. Relevansen for at søge i denne database, danner baggrund for specialets problemstilling, som ønskes belyst fra flere perspektiver. PsycInfo er derfor vurderet til at bidrage med

	aktuelt viden omkring forebyggelse og sundhedsfremme af mental sundhed, set ud fra et mere psykologisk perspektiv, som kan gavne forståelsen for selve begrebet samt bidrage med faktorer i et psykologisk perspektiv (American Psychological Association, 2016).
SOCIOLOGICAL ABSTRACT	Sociological Abstract dækker den internationale videnskabelig litteratur om sociologi, socialt arbejde og beslægtede discipliner inde for sociologi og adfærdsmæssige videnskaber. Relevansen for at søge i denne database findes i, at dennes fokus på adfærdsmæssige videnskaber kan give et nuanceret perspektiv på specialets problemstilling, mental sundhed, herunder de forebyggende og sundhedsfremmende faktorer heraf (Frandsen et al., 2014).
EMBASE	Er en af de største databaser, som indeholder studier af biomedicinsk karakter (Elsevier R&D Solutions, 2016). Søgning i denne database kan være medvirkende til, at belyse specialets søgning efter forebyggende og sundhedsfremmende strategier, der belyser problemstilling på et flervidenskabeligt niveau.
COCHRANE	I denne database forefindes forskelligartet systematiske reviews af høj evidens, særligt af lægevidenskabelig karakter (Wiley, John & Sons, 2018).
PUBMED	En database indeholdende litteratur af både medicinske og sygeplejefaglig karakter (PubMed, 2016). Denne findes relevant at søge i, idet specialet omfavner flervidenskabeligt, hvorfor problemfeltet kan belyses fra flere perspektiver.

Resultater af den systematiske søgning

I nedenstående præsenteres søgningerne fra hver enkelt søgedatabase. De forskellige søgetermer, kombinationer og antal samlede hits beskrives i tabellerne. Desuden fremgår anvendelse af limits også i de repræsentative søgninger.

PsycInfo

Søgningen i PsycInfo udført d. 14. april 2018.

I PsycInfo er der søgt lidt anderledes end i de andre databaser. Dette skyldes blandt andet databasens opbygning. Der er her søgt med ordet *interventioner*, idet dette ord i databasen indeholder både sundhedsfremme og forebyggelse, som er de ord der ønskes fremsøgt. Yderligere er det i databasen

muligt at sikre, at de søgt ord fremstår som en del af abstract. Hvilket er anvendt i søgningen for at fremme antallet af relevante hits.

AND			
PsycInfo	Unge Facet 1	Mental sundhed Facet 2	Intervention Facet 3
OR	"Young people" [fritekst] Antal hits? OR "Adolescent" [fritekst] Antal hits?	"Mental health" [fritekst] OR "Wellbeing" [fritekst]	"Intervention" [fritekst]
	Antal hits facet 1: 221	Antal hits facet 2: 332 Antal hits facet 1+2: 119	Antal hits facet 3: Antal hits facet 1+ 2 +3: 454

Antal hits i alt ved Facet 1+2+3:	454
Primær sortering (sortering efter titel):	27
Sekundær sortering (sortering efter gennemlæsning af abstract):	2
Tertiær sortering (sortering efter gennemlæsning af fuldtekst):	0
Udvalgte artikler til brug (kvalitetsvurdering m. tjekliste)	0
Totale antal hits i søgningen:	454

Afbildning af søgestrategi - PsycInfo

The screenshot shows the PsycNET Advanced Search interface. The search strategy is built using a table of terms and operators:

Operator	Term	Field
OR	young adulthood	Abstract
AND	adolescent	Abstract
AND	mental health	Abstract
OR	well being	Abstract
AND	intervention	Abstract

Additional filters include:

- ☒ APA Full Text
- ☒ Peer-Reviewed
- ☐ Impact Statement
- ☐ Open Access
- ☐ Test Available

Date filters: ☒ 5 years ago to present, ☐ Added to APA PsycNET in the last 7 days.

Filters: Select Filter

Recent Searches:

- Abstract: young adulthood OR
- Abstract: adolescent AND Abstract: mental health OR Abstract: well being AND
- Abstract: intervention AND APA Full-Text Only AND Peer-Reviewed Journals only AND Year: 2013 To 2018
- Any Field: young adulthood OR Any Field: adolescent AND Any Field: mental health OR Any Field: well being AND Any Field: intervention AND APA Full-Text Only AND Peer-Reviewed Journals only AND Year: 2013 To 2018

Sociological Abstract

Søgningerne på Sociological abstract blev afsluttet d. 16. april 2018.

AND				
Sociological abstract	Unge Facet 1	Mental sundhed Facet 2	Sundhedsfremme Facet 3 (A)	Forebyggelse Facet 3 (B)
OR	"Young Adults" [Thesaurus] 7.740 hits	"Mental Health" [Thesaurus] 10.956 hits	"Health education" [Thesaurus] 3.241 hits	"Prevention" [Thesaurus] 7.610 hits
	"Adolescents" [Thesaurus] 23.576 hits	"Well being" [Thesaurus] 11.593 hits	"Health and promotion" [Fritekst] 17.203 hits	"Health prevention" [Fritekst] 27.316
	"Young people" [Fritekst] 93.969		"Promotion strategy" [Fritekst] 16.471 hits	

	Antal hits i alt: 119.042	Antal hits i alt: 21.795	Antal hits i alt: 25.557	Antal hits I alt: 30.669
			+ Limits: Peer reviewed Published last 10 years	+Limits: Peer reviewed Published the last 10 years

“*Health education*” er synonym for “*health promotion*”. Under facet 3 er der søgt bredt på mange synonymer såsom “*health planning*”, “*health programs*” som fritext, men ved kombination af facetter fremkom søgningerne meget brede. Megen ikke-vestlige litteratur er ekskluderet. Mange studier omhandlende flygtninge og deres mentale sundhed er ligeledes ekskluderet.

Antal hits i alt ved Facet 1+2+3A:	242
Primær sortering (sortering efter titel):	28
Sekundær sortering (sortering efter gennemlæsning af abstract):	11
Tertiær sortering (sortering efter gennemlæsning af fuldttekst):	6
Udvalgte artikler til brug (kvalitetsvurdering m. tjekliste	1

Antal hits i alt ved Facet 1+2+3B:	344
Primær sortering (sortering efter titel):	41
Sekundær sortering (sortering efter gennemlæsning af abstract):	11
Tertiær sortering (sortering efter gennemlæsning af fuldttekst):	3
Udvalgte artikler til brug (kvalitetsvurdering m. tjekliste	0
Totale antal hits i søgning A + B:	586

Kombination af facetter: $1 + 2 + 3(B) = 344$ hits (mange gennemgående fra søgning med facet 1+2+3A). Når man i facet 3(B) søger forebyggelse, er mange af de artikler som blev vurderet relevante i søgning med sundhedsfremme i facet 3. Der er som synonym søgt på “*primary prevention*”, da dette søgeord bruges meget i den fundne litteratur, dog giver dette synonym for meget støj, når facetterne kombineres indbyrdes.

Afbildning af søgestrategi - Sociological Abstract

SEARCH STRATEGY

Set No.	Searched for	Databases	Results
S1	MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Young Adults")	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	7740*
S2	MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Adolescents")	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	23576*
S3	Young people	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	93969*
S4	MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Young Adults") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Adolescents") OR (Young people)	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	119042*
S5	MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Mental Health")	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	10956*
S6	MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Well Being")	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	11593*
S7	MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Mental Health") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Well Being")	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	21795*
S8	MAINSUBJECT.EXACT("Health Education")	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	3241*
S9	Health and promotion	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	17203*
S10	promotions strategy	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	16471*
S11	MAINSUBJECT.EXACT("Health Education") OR (Health and promotion) OR (promotions strategy)	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	25557*
S12	(MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Young Adults") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Adolescents") OR (Young people)) AND (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Mental Health") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Well Being")) AND (MAINSUBJECT.EXACT("Health Education") OR (Health and promotion) OR (promotions strategy))	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	309*
S13	(MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Young Adults") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Adolescents") OR (Young people))	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	294*

	people)) AND (MAINSUBJECT.EXACT.EXPL ODE("Mental Health") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLO DE("Well Being")) AND (MAINSUBJECT.EXACT("Healt h Education") OR (Health and promotion) OR (promotions strategy)) AND yr(2000-2019)		
S14	(MAINSUBJECT.EXACT.EXPL ODE("Young Adults") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLO DE("Adolescents") OR (Young people)) AND (MAINSUBJECT.EXACT.EXPL ODE("Mental Health") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLO DE("Well Being")) AND (MAINSUBJECT.EXACT("Healt h Education") OR (Health and promotion) OR (promotions strategy)) AND (yr(2000-2019) AND PEER(yes))	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	286*
S15	(MAINSUBJECT.EXACT.EXPL ODE("Young Adults") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLO DE("Adolescents") OR (Young people)) AND (MAINSUBJECT.EXACT.EXPL ODE("Mental Health") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLO DE("Well Being")) AND (MAINSUBJECT.EXACT("Healt h Education") OR (Health and promotion) OR (promotions strategy)) AND PEER(yes)	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	299*
S24	(MAINSUBJECT.EXACT.EXPL ODE("Young Adults") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLO DE("Adolescents") OR (Young people)) AND (MAINSUBJECT.EXACT.EXPL ODE("Mental Health") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLO DE("Well Being")) AND (MAINSUBJECT.EXACT("Healt h Education") OR (Health and promotion) OR (promotions strategy)) AND (yr(2009-2018)	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	242*

	AND PEER(yes))		
S25	MAINSUBJECT.EXACT("Prevention")	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	7610*
S26	health prevention	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts	27316*
S27	MAINSUBJECT.EXACT("Prevention") OR (health prevention)	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	30669*
S28	MAINSUBJECT.EXACT("Prevention") OR (health prevention) OR (MAINSUBJECT.EXACT("Prevention") OR (health prevention))	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	30669*
S29	(MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Young Adults") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Adolescents") OR (Young people)) AND (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Mental Health") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Well Being")) AND (MAINSUBJECT.EXACT("Prevention") OR (health prevention)) OR (MAINSUBJECT.EXACT("Prevention") OR (health prevention)))	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	511*
S30	(MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Young Adults") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Adolescents") OR (Young people)) AND (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Mental Health") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Well Being")) AND (MAINSUBJECT.EXACT("Prevention") OR (health prevention)) OR (MAINSUBJECT.EXACT("Prevention") OR (health prevention))) AND PEER(yes)	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	500*
S31	(MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Young Adults") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Adolescents") OR (Young people)) AND (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Mental Health") OR	Sociological Abstracts, Sociological Abstracts These databases are searched for part of your query.	344*

MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Well Being")) AND (MAINSUBJECT.EXACT("Prevention") OR (health prevention) OR (MAINSUBJECT.EXACT("Prevention") OR (health prevention))) AND (yr(2010-2019) AND PEER(yes))		
---	--	--

* Duplicates are removed from your search, but included in your result count.

* Duplicates are removed from your search and from your result count.

Embase

Søgningerne på Embase er afsluttet d. 16. april 2018.

AND				
Embase	Unge Facet 1	Mental sundhed Facet 2	Sundhedsfremme Facet 3(A)	Forebyggelse Facet 3(B)
OR	"Young Adult" [Emtree] 225.318 hits	"Mental Health" [Emtree] 127.101 hits	"Health promotion" [Emtree]: 87.431 hits	"Prevention" (Emtree) 1.276.499 hits
	"Adolescents" [Emtree] 1.843 hits	"Wellbeing" [Emtree] 63.343 hits	"Promotion strategies" [Fritekst] 16.663 hits	"Health prevention" (Fritekst) 870.967 hits
	"Young people" [Fritekst] 33.783 hits		"Health program" [Fritekst] 114.739 hits	
	Antal hits i alt: 258.383	Antal hits i alt: 172.667	Antal hits i alt: 200.191	Antal hits i alt: 1.757.754
			+ Limits: Published in the last 10 years	+ Limits: Published in the last 10 years Disease management Epidemiology Prevention

Antal hits i alt ved Facet 1+2+3A:	314
Primær sortering (sortering efter titel):	38
Sekundær sortering (sortering efter gennemlæsning af abstract):	10
Tertiær sortering (sortering efter gennemlæsning af fuldtekst):	3
Udvalgte artikler til brug (kvalitetsvurdering m. tjekliste	0

Antal hits i alt ved Facet 1+2+3B:	152
Primær sortering (sortering efter titel):	28
Sekundær sortering (sortering efter gennemlæsning af abstract):	13
Tertiær sortering (sortering efter gennemlæsning af fuldtekst):	3
Udvalgte artikler til brug (kvalitetsvurdering m. tjekliste	0
Totale antal hits i søgning A + B:	466

Når man i facet 3B kun søger på "*prevention*", så ligger primær, sekundær og tertiær forebyggelse implicit i Emtree-terminen, dog er der 1.723.501 hits. Ved nærmere undersøgelse fremkommer det, at i termen *prevention* findes synonymer såsom *tandforebyggelse*, *forebyggelse af stofmisbrug mv.* Disse kan dog ikke ekskluderes, da de er en del af indekseringen.

Afbildning af litteratursøgningen - Embase

☐	#20	#17 AND ([adolescent]/lim OR [young adult]/lim) AND (2008:py OR 2009:py OR 2010:py OR 2011:py OR 2012:py OR 2013:py OR 2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py) AND ('disease management'/lnk OR 'epidemiology'/lnk OR 'prevention'/lnk)	152	✕
☐	#19	#17 AND ([adolescent]/lim OR [young adult]/lim) AND (2008:py OR 2009:py OR 2010:py OR 2011:py OR 2012:py OR 2013:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py)		Edit Email alert RSS feed
☐	#18	#17 AND ([adolescent]/lim OR [young adult]/lim)	569	
☐	#17	#4 AND #7 AND #16	829	
☐	#16	#14 OR #15	1,757,754	
☐	#15	'health prevention' OR (('health'/exp OR health) AND ('prevention'/exp OR prevention))	870,967	
☐	#14	'prevention'/exp	1,276,499	
☐	#13	#12 AND (2010:py OR 2011:py OR 2012:py OR 2013:py OR 2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py)	314	
☐	#12	#4 AND #7 AND #11	431	
☐	#11	#8 OR #9 OR #10	210,153	
☐	#10	'health program'/exp OR 'health program'	125,215	
☐	#9	'promotion strategies' OR (('promotion'/exp OR promotion) AND strategies)	16,687	
☐	#8	'health promotion'/exp	87,474	
☐	#7	#5 OR #6	172,912	
☐	#6	'wellbeing'/exp	63,390	
☐	#5	'mental health'/exp	127,205	
☐	#4	#1 OR #2 OR #3	282,116	
☐	#3	'young people'/exp OR 'young people' OR (young AND people)	72,653	
☐	#2	'adolescents'/exp	1,843	
☐	#1	'young adult'/exp	225,875	

Cochrane

Søgningerne er afsluttet d. 9. april 2018

I Cochrane er der udelukkende søgt indekserede søgeord, dette for at fremme antallet af relevante hits. Samtidig er der søgt på Early intervention, som i databasens indeksering indeholder både sundhedsfremme og forebyggelse.

AND			
Cochrane	Unge Facet 1	Mental sundhed Facet 2	Sundhedsfremme Facet 3
OR	#1 "Young adult" [mesh] 310 hits	#3 "Mental health" [mesh] 1.218 hits	#5 "Early intervention" [mesh] 440 hits
	#2 "Adolescent" [mesh] 95.110 hits	#4 "Child welfare" [mesh] 462 hits	
	Antal hits I alt:	Antal hits I alt:	Antal hits I alt:

	#1 “young adult” OR #2 “adolescent” 95.420	#3 “Mental health” OR #4 “Child welfare” 1.680	Facet 1 AND facet 2 AND facet 3 551
		Antal hits i alt: Facet 1 And facet 2 1.000	

Antal hits i alt ved Facet 1+2+3:	551
Primær sortering (sortering efter titel):	30
Sekundær sortering (sortering efter gennemlæsning af abstract):	12
Tertiær sortering (sortering efter gennemlæsning af fuldttekst):	5
Udvalgte artikler til brug (kvalitetsvurdering m. tjekliste)	2
Totale antal hits i søgning:	551

Afbildning af søgestrategi – Cochrane

The screenshot shows the Cochrane Library Search Manager interface. The search strategy is as follows:

Line	Search Strategy	Results
#1	MeSH descriptor: [Young Adult] explode all trees	310
#2	MeSH descriptor: [Adolescent] explode all trees	95110
#3	MeSH descriptor: [Mental Health] explode all trees	1218
#4	MeSH descriptor: [Child Welfare] explode all trees	462
#5	MeSH descriptor: [Early Intervention (Education)] explode all trees	440
#6	#1 or #2 and #3 or #4 and #5	551

Buttons at the bottom include: Clear Strategy, Search Help, Save strategy, Strategy Name, and Save Strategy.

PubMed

Søgning er afsluttet d. 16. april 2018

AND				
PubMed	Unge Facet 1	Mental sundhed Facet 2	Sundhedsfremme Facet 3(A)	Forebyggelse Facet 3(B)
OR	#1 "Adolescent" [Mesh] 1.852.359 hits	#4 "Mental Health" [Mesh] 30.477 hits	#7 "Health Promotion" [Mesh] 68.097 hits	#13 "Primary Prevention" [Mesh] 137.937 hits
	#2 "Young Adult" [Mesh] 649.056 hits	#5 "Wellbeing" [TIAB] 11.061 hits	#8 "Health program" [Fritekst] 4.413 hits	#14 "Secondary prevention" [Mesh] 17.877 hits
			#9 "Health programs" [Fritekst] 14.092 hits	#15 "Tertiary prevention" [Mesh] 123 hits
			#10 "promotion strategy" [Fritekst] 147 hits	#16 "Health prevention*" [Fritekst] 1.073 hits
			#11 "promotion strategies" [Fritekst] 579 hits	
	Antal hits i alt: 2.151.552	Antal hits i alt: #4 OR #5: 40.878	Antal hits i alt: #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 51.862	Antal hits i alt: #13 OR #14 OR #15 OR #16 155.976
		Antal hits Facet 1 AND Facet 2: 7.148	Antalt hits i alt: Facet 1 AND Facet 2 AND Facet 3 304	Antal hits i alt: Facet 1 AND Facet 2 AND Facet 3B 52
			+Filters: published in the last 10 years	+Filters: published in the last 10 years

Antal hits i alt ved Facet 1+2+3A:	304
Primær sortering (sortering efter titel):	51
Sekundær sortering (sortering efter gennemlæsning af abstract):	23
Tertiær sortering (sortering efter gennemlæsning af fuldtekst):	7

Udvalgte artikler til brug (kvalitetsvurdering m. tjekliste	2
--	---

Antal hits i alt ved Facet 1+2+3B:	52
Primær sortering (sortering efter titel):	16
Sekundær sortering (sortering efter gennemlæsning af abstract):	5
Tertiær sortering (sortering efter gennemlæsning af fuldttekst):	2
Udvalgte artikler til brug (kvalitetsvurdering m. tjekliste	0
Totale antal hits i søgning A + B:	356

Afbildning af litteratursøgningen - PubMed

Søgning på Facet 1+2+3A:

Search ((((((wellbeing [TIAB]) OR "Mental Health"[Mesh])) AND (("Young Adult"[Mesh]) OR "Adolescent"[Mesh])) AND "last 10 years"[PDat])) AND ((((((("promotion strategies" AND "last 10 years"[PDat])) OR ("promotion strategy" AND "last 10 years"[PDat])) OR ("Health program" AND "last 10 years"[PDat])) OR ("Health programs" AND "last 10 years"[PDat])) OR "Health Promotion"[Mesh]) AND "last 10 years"[PDat]) Filters: published in the last 10 years

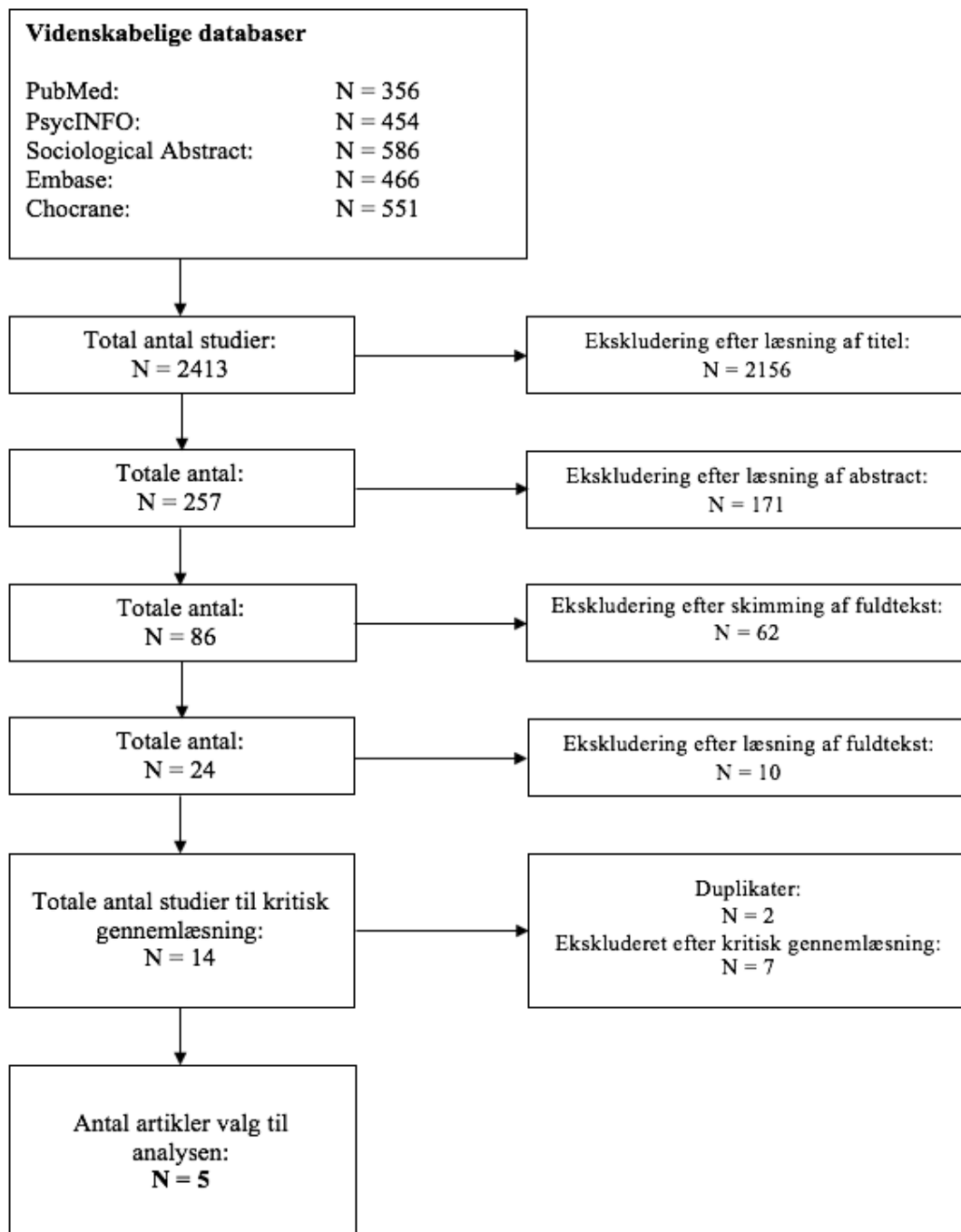
[304](#)

Søgning på Facet 1+2+3B:

Search ((((((wellbeing [TIAB]) OR "Mental Health"[Mesh])) AND (("Young Adult"[Mesh]) OR "Adolescent"[Mesh])) AND "last 10 years"[PDat])) AND ((((((("Primary Prevention"[Mesh]) OR "Tertiary Prevention"[Mesh]) OR "Secondary Prevention"[Mesh]) OR "health prevention*")

[52](#)

Flowchart over litteratursøgning



Dato og identifikation

Litteratursøgningsprocessen har fundet sted ultimo-medio marts måned og afsluttet d. 16. april 2018. Samtlige gruppemedlemmer der alle er studerende på Kandidat i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet, 4. semester, har deltaget i litteratursøgningen. I nedenstående præsenteres projektets gruppemedlemmer:

- Anne Berthu Petersen (20160654)
- Anne Fischer Jespersen (20114315)
- Luljeta Deli (20160702)

Bilag 4: Præsentation af inkluderede studier

Titel, forfatter, land og årstal	Design og metode	Formål/målgruppe	Interventioner	Resultater/konklusion	Styrker og svagheder	Vurdering og relevans
<i>“A Systematic Review of Online Youth Mental Health Promotion and Prevention Interventions”</i> <i>Aleisha M. Clarke, Tuuli Kuosmanen, Margaret M. Barry</i> <i>Ireland, (2014)</i>	Systematisk review	Formålet er, at udarbejde en narrativ syntese for at klarlægge effektiviteten af online forebyggende og sundhedsfremmende interventioner målrettet mental sundhed. Unge i alderen 16-25 år.	Otte studier evaluerer seks sundhedsfremmende interventioner og 20 studier evaluerer 16 forebyggende interventioner målrettet mental sundhed.	Sundhedsfremme: Ved de sundhedsfremmende interventioner (livskompetencer, støtte og ressourcer til at opfylde deres potentiale samt overvinde modgang) er der noget der tyder på, at færdighedsbaserede interventioner udrettet i modulbaseret format har signifikant positiv indflydelse på unges mentale sundhed. Dog begrænser nogle studier dette fund. Forebyggelse: Ved de forebyggende interventioner der er udarbejdet via online kognitive adfærdsterapi har vist signifikant positive effekter på angst – og depressionssymptomer.	Styrker: Interventionerne er målrettet alle unge og fokusere ikke kun på dem, der i forvejen har nedsat mental sundhed og psykologiske symptomer. Der skelnes tydeligt mellem begreberne sundhedsfremme og forebyggelse. Svagheder: På tværs af studierne ses et moderat til højt frafald af deltagelse i interventionerne. Ansigt til ansigt og web-baseret support fremgangsmåder, har vis at have positive effekter på frafaldet. Kvaliteten af beviser på tværs af undersøgelserne varierede betydeligt, hvilket understreger behovet for mere stringens, højere kvalitetsevalueringer udført med mere variation i blandt de	Reviewet er sammenlignelig med danske forhold, da de fleste inddragende studier er fra vestlige lande. Transparens i design, metode og resultater. Der er set bedre effekter af de forebyggende interventioner sammenlignet med de sundhedsfremmende. Forfatterne til studiet forholder sig meget kritisk til deres fund, da de vurderer, at kvaliteten i de inddragende studier er svage til moderate, med fåtal der score højt på deres metodologi

					unge mhp. SES, køn, uddannelse mv.	
<i>“Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: A cluster randomised controlled trial”</i> <i>Yael Perry , Katherine Petrie , Hannah Buckley , Lindy Cavanagh , Deborah Clarke , Matthew Winslade , Dusan Hadzi-Pavlovic , Vijaya Manicavasagar , Helen Christensen</i> <i>Australien (2014)</i>	RCT	Formålet er at undersøge hvordan et eksisterende program kaldes Head-strong , som er en skolebaseret undervisningsprogram virker i arbejdet med at fremme unges mentale sundhed, viden om mental sundhed , stigmatisering, samt hvordan man søger hjælp i forbindelse med nedsat mental sundhed. Unge i alderen 13-16 år	Head-strong skole baseret undervisningsprogram	En signifikant stigning i interventionsgruppen i forhold health literacy og stigma. Viser at programmet har en moderat til stor effekt i at fremme unges health literacy i forhold til mental sundhed. viser ingen signifikant forskel i hvordan unge oplever det at søge hjælp.	Interventionen er udført i meget ens settings (i forhold til område, SES) og studiets generaliserbarhed kan derfor diskuteres. Yderligere er interventionen designet til at afprøve et bestemt program	Studiet er sammenlignelig med danske forhold, da de fleste inddragende studier er fra vestlige lande Udformningen af studiet giver indblik i de forskellige faser og trin. Der skabes derfor transparens og det er muligt for læseren at følge processen og de forskellige overvejelser
<i>“Feasibility and Effectiveness of a Web-Based Positive Psychology Program for Youth Mental</i>	RCT	Undersøger hvorvidt et positive psykologisk program kaldes bite back kan fremme unges mental sundhed	Bite Back-hjemmesiden omfattede interaktive øvelser og information på tværs af en række positive psykologiske domæner.	Undersøgelsen indikere en positiv effekt på de unges mentale sundhed efter anvendelse af programmet. Der er en signifikant formindskelse i unge	Mindre deltagerantal i hver gruppe, som gør det svært at se en stor forskel mellem grupperne. Yderligere er en stor del af data selvrapporeret som kan	Studiet er sammenlignelig med danske forhold, da de fleste inddragende studier er fra vestlige lande

Health: Randomized Controlled Trial Vijaya Manicavasagar, Rowan Burckhardt, Alistair Lum, Dusan Hadzi-Pavlovic, and Gordon Parker Australien/ New Zealand (2014)		Unge i alderen 12-18 år		med depression og stress og en forbedring i trivsel.	resultere i hukommelses og rapporteringsbias	Studiet har en god transparens, men kan med fordel uddybe de forskellige grupper, så det bliver mere tydeligt hvilke grupper i interventionen der modtager hvad og på baggrund heraf hvilken effekt det har haft. Yderligere er studiet lavet på baggrund af et specifikt program, hvorfor det kan være svært at anvende det til at sige noget om online brug generelt. Dog er det tydeligt i studiet hvilke fordele og ulemper, der ses ved anvendelse af online brug i forebyggelse og sundhedsfremme, samt hvilke der omhandler det specifikke program.
"An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial"	RCT	Undersøger om en online-baseret intervention, der har til hensigt at fremme studerendes trivsel kan være et effektivt alternativ til de nuværende tilbud til universitetsstuderende. ACT-interventionen (<i>Acceptance and</i>	68 universitetsstuderende randomiseres til to grupper. En gruppe der fik tilbudt et 7 ugers online "<i>Acceptance and Commitment Therapy (iACT)</i>". Den anden gruppe fik interventionen "<i>Waiting list control condition</i>" (WLC).	Undersøgelsen viste en signifikant højere stigning i mental trivsel blandt de studerende der havde deltaget i iACT forløbet. F.eks. ses lavere stressniveau, højere livstilfredshed, bedre mestring, højere følelse af sammenhæng. Denne	Styrker: Studiet er udført med et design, der sikrer høj generaliserbarhed. Studiet er funderet på mange tidligere studier og deres metoder. Der anvendes afprøvede og anerkendte måleredskaber til at vurdere effekt.	Studiet vurderes relevant, da der fokuseres på interventioner der fremmer mental velvære frem for at forebygge mental sygdom. Der tages dermed udgangspunkt i den raske befolkningsgruppe.

Panajiota Räsänen Päivi Lappalainen, Joona Muotka, Asko Tolvanen, Raimo Lappalainen Finland (2016)		<i>commitment therapy</i>), afprøves ved et RCT-studie. Unge universitetsstuderende i alderen 19-32 år, der viser symptomer på stress, angst eller depression. Studerende der allerede har diagnoser ekskluderes. . Rekruttering gennem spørgeskema. Dermed kun studerende der selv viser interesse.	Interventionen (iACT) består af syv ugers online terapi, hvor den studerende gennemfører et modul hvert uge, med et tema der relaterer sig til mental velvære. F.esk. stresshåndtering, mindfulness mm. Desuden udføres to face-to-face sessioner i løbet af interventionens forløb. Kontrolgruppen har adgang til universitetes vanlige tilbud, men har ikke adgang til den online terapi. Alle i iACT gruppen har en træner tilknyttet.	effect varede ved ved follow-up målingen efter 12 mdr.	Meget lavt dropout under interventionen og tilsvarende høj svarrate ved follow-up efter 12 mdr. God metodisk beskrivelse ift. statistiske metoder. Svagheder: Rekrutteringsmetoden gør at kun interesserede deltager. Kvinder ses stærkt overrepræsenteret (85%) Der er en forholdsvis lille samplesize (n=68)	Der måles på parametre der går godt i tråd med specialets definition af mental sundhed. Her bl.a. mestring, sammenhæng/overskud i hverdagen og livstilfredshed.
“Systematic Review of Occupational Therapy and Mental Health Promotion, Prevention, and Intervention for Children and Youth” Marian Arbesman, Susan Bazyk, Susan M. Nochajski USA (2013)	Systematisk oversigtsartikel	Beskriver hvilke fund der ses i litteraturen henvendt børn og unges mentale sundhed. Undersøger interventioner på tre niveauer; Interventioner på universel plan målrettet alle børn, Interventioner målrettet børn og unge med sociale og kognitive vanskeligheder og intensive interventioner der tilbydes til børn og unge der er diagnostiserede med	I studiet undersøges effekterne af interventioner målrettet forskellige befolkningsgrupper. Overordnet inddeler undersøgelsen interventioner i <i>promotion interventions, prevention interventions og intensive individualized intervention</i> . Herudfra identificerer de studier der bidrager med fund til effektive interventioner/programmer på de forskellige niveauer.	I studiet deles fundene op i de tre niveauer der undersøges. Der er bl.a. stærk evidens for at skolebaserede programmer med en lang tidsramme har en positiv indvirkning på børn og unges sociale færdigheder. Desuden pointeres det at fritidsaktiviteter (<i>After-school program</i>) er effektive som ramme for at forbedre sociale færdigheder og mental sundhed. Antimobbe-programmer på skoler ses at mindske	Styrker: Oversigtartiklen er baseret på 124 artikler fra perioden 1980 til 2012. Langt størstedelen af artiklerne har et højt evidensniveau, meta-analyser og RCT'er.. Der anvendes fagprofessionelle til at udføre litteratursøgningen. Der præsenteres in- og eksklusionskriterier. Svagheder: Studiet beskriver ikke dybdegående deres metodiske overvejelser.	Studiet er foretaget med udgangspunkt i artikler publiceret i vestlige lande, hvormed sammenligneligheden til en dansk kontekst er mulig. Studiet har en bred indgangsvinkel til emnet og fokuserer på interventioner med både sundhedsfremmende- og forebyggende sigte, hvormed det sikres at problemstillingen belyses fra flere vinkler, hvilket er en

		mentale lidelser som f.eks. ADHD. Målgruppe: Børn/unge i alderen 3-21 år (ikke direkte beskrevet, men studier af personer uden for denne aldersgruppe er ekskluderet i litteratursøgningen.		forekomsten af mobning med 20 %. Desuden ses <i>health literacy</i> og stresshåndtering som et væsentligt element at inddrage i sundhedsfremmende arbejde. Studiet viser at der er stærk evidens for at skolebaserede programmer med fokus på håndtering af stress og mestringssevne reducerer forekomsten af stress og forbedre børns og unges mestringssevne.	Der argumenteres for at fundene er fremsøgt gennem en systematisk metode, hvor der er brugt fagprofessionelle, men der præsenteres ikke søgestrategi eller analysestrategi. Mangler oversigt over artiklernes metode, formål og fund.	styrke ift. studiets inddragelse i indeværende speciale. Studiet forholder sig kritisk til inddragelsen af studier af lav evidens, og størstedelen af de inddragede studier er dermed på højt evidensniveau, hvilket gør at artiklen skaber et evident grundlag for viden i specialet, hvilket styrker relevansen for inddragelse.
--	--	---	--	---	--	---

Bilag 5: Kvalitetsvurdering af studier

Tjekliste til studiet: *A Systematic Review of Online Youth Mental Health Promotion and Prevention Interventions*

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	Allerede i studiets titel fremkommer det, at det er et systematisk review (#90).
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	De beskriver i studiet, at baggrunden for at beskæftige sig med følgende er: <i>“The rapid growth in the use of online technologies among youth provides an opportunity to increase access to evidence-based mental health resources.”</i> Altså at unge bruger meget tid på online medier, hvorfor de finder det relevant at undersøge effekten af online interventioner målrettet mental sundhed (#90). Deres data identificeres med udgivelser fra år 2000. Heraf finder de 28 relevante studier de inddrager i deres systematiske review. Deres litteratur finder de via søgninger på elektroniske databaser. De beskriver dog ikke hvilke. I abstractet beskriver de, at der ved senere studier gerne skal være et mere varieret studiepopulationer (unge) samt bedre evalueringer af interventioner målrettet mental sundhed. Ved de inddragende studier ses, at 8 studier har evalueret 6 sundhedsfremmende interventioner og 20 studier har evalueret 15 forebyggende interventioner. Når de beskriver resultaterne af følgende interventioner, viser deres resultater, at de forebyggende interventioner, hvor der bruges kognitiv/adfærds terapi, som har effekt på angst og depressionssymptomer. Dog kritiserer de fundene, da de vurderer, at frafaldet af deltager er moderat til

			høj, hvilket vil kunne være medvirkende til at påvirke resultaterne (# 90). I abstraktet beskriver de ikke, hvordan de udarbejder deres syntese (#90).
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	God mental sundhed er et vigtigt aktiv og ressource for befolkningens sundhed og velvære og er afgørende for positiv ungdomsudvikling. Positiv mental sundhed er et krav til optimal psykologisk udvikling, udvikling og vedligeholdelse af produktive sociale relationer, effektiv læring og god fysisk sundhed. Det anslås, at 10-20% af de unge verdenen over oplever psykiske problemer. Dette er deres begrundelse for at se på netop denne problemstilling (#90-91).
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	Til dato har der imidlertid ikke været et systematisk forsøg på at syntetisere evidensen om effektiviteten af internetbaserede interventioner for befolkningen. Dette var målet med denne undersøgelse. Gennemgangen blev gennemført som led i en større undersøgelse, der søger at udvikle online ressourcer til at understøtte psykisk sundhed og trivsel for unge i alderen 12-25 år. Et yderligere formål med deres gennemgang var at identificere huller i den eksisterende litteratur (#91).
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	De bruger PRISMA til vurdering/afrapportering af de inddragende studier. Ellers fremkommer i studiet ingen protokol for udvælgelse eller registrering. De inddrager studier der har til hensigt at øge mental sundhed blandt unge i alderen 12-25 år. De gør det meget klart, at de har fravalgt studier der giver online behandling (#91).
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	Eksperimentelle undersøgelsesdesigner, herunder randomiserede kontrollerede forsøg, quasi-eksperimentelle undersøgelsesdesigner og eksperimentelle undersøgelser uden sammenligningsgruppe, blev inkluderet i undersøgelsen.

			Akademisk og grå litteratur, der blev offentliggjort fra 2000 og frem i trykt eller elektronisk format, blev anset for berettiget til optagelse (#92)
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	Forstår ikke helt hvad man skal her? Det spørgsmål minder meget om nedstående?
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	Akademiske databaser, herunder Scopus, PubMed, PsychI-NFO, ISI Web of Science, EBSCO og Cochrane-databasen over systematiske anmeldelser blev søgt. Sundhedsfremme og Folkesundhedskritiske databaser blev også søgt, herunder Evidence for Policy and Practice Information and Coordinating (EPPI) Center; University of York National Health Center for anmeldelser og formidling; National Institute of Clinical Excellence (NICE); Effektiv offentlig sundhedspraksis; Sundhedsbevis Canada; WHO programmer og projekter- http://www.who.int/entity/en/ . Yderligere kilder inkluderede Google Scholar og referencelister over relevante artikler, bogkapitler og anmeldelser (#92). På side 93 ses deres søgestrategi samt opsætning af facetter (#93).
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	Deres primær formål har været, at outcome er forbedret mental sundhed og trivsel. Disse resultater indeholdt indikatorer for positiv mental sundhed som selvværd, coping færdigheder, modstandsdygtighed, emosionelle velbefindende. Negative mentale sundhedsindikatorer indbefatter for eksempel depression, angst, psykisk lidelse, selvmordsadfærd. Velstandsindikatorer som social deltagelse, empowerment, kommunikation og social støtte blev også medtaget (s. 91-92). Undersøgelser med følgende karakteristika blev udelukket fra undersøgelsen (1) interventioner implementeret med unge med diagnosticeret psykisk lidelse (2) interventioner, der primært var ansigt til ansigt med inddragelse af nogle onlineteknologier som et led i programmet (3) interventioner designet og implementeret med en generel voksenbefolkning (alder 18?) Og (4) procesevalueringsstudier (#92). Studier hvor deltagerne i forvejen havde en psykologisk diagnose blev ekskluderet fra reviewet.

Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	De har brugt søgestrategien til at lave deres søgninger ud fra. Duplikater, artikler, der ikke er relevante, og artikler, der ikke opfyldte inklusionskriterierne, blev fjernet. Fuldttekstpapirer blev opnået for undersøgelser, der blev valgt til optagelse. Studier, der efterfølgende blev udvalgt i forbindelse med (1) online mental health promotion interventioner og (2) online mental sundhed forebyggende interventioner. To forskere har foretaget gennemgangen for at sikre alle inklusionskriterier blev overholdt.
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	Undersøgelser blev vurderet for selektionsbias, studiedesign, coconfounders, blinding, dataindsamling og udtag og udfald. Hvert studie blev vurderet uafhængigt af to korrekturlæsere (#92). Kvalitetsvurderingerne blev sammenlignet, og uoverensstemmelser blev løst gennem diskussion. Baseret på vurderingerne af hver af de seks komponenter, fik hver undersøgelse en samlet global rating af stærk, moderat eller svag (# 92).
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	Narrativ syntese vurderer de er bedre end meta analyse, da de vurderer de bedre kan få indsigt i confounders og moderatorer. (# 92). De interventioner og resultater, der blev evalueret i de medfølgende undersøgelser, var for forskellige for at muliggøre en kvantitativ syntese af undersøgelsesresultaterne (# 92).
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	De inddragende studier var alt for forskellige til, at der kunne foretages nogle kvantitative analyser (# 92).
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	De inddeler deres fund og resultater i forebyggende og sundhedsfremmende interventioner. Herefter laver de syntese af begge typer af indsatser. Her vurderes interventionerne på baggrund af; program oprindelse og type, programindhold og levering, kvaliteten af evidensen, outcome og implementering (# 93-108).

Page 1 of 2

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	Kvaliteten af evidensen vurderes i de sundhedsfremmende interventioner at være moderat til svage. Begrundelsen herfor

			er, metodiske problemer: svaghed i studiedesign, høj frafaldsprocenter, selektionsbias, manglende afrapportering af confounders og ikke rapportering om validitet og pålidelighed af anvendte målinger (# 94). Kvaliteten af evidensen i de forebyggende interventioner vurderes at være betydeligt variierende; otte undersøgelser modtog en stærk kvalitetsvurdering. Fire undersøgelser modtog en moderat vurdering af kvalitetsvurdering som følge af enten selektionsbias eller en høj dropoutrate. Otte undersøgelser modtog en svag kvalitetsbedømmelse som et resultat af en kombination af selektionsbias, høj dropoutrate, ikke rapportering eller ikke kontrol af konfrontere, lille prøvestørrelse og ingen kontrolgruppe (# 107).
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	Der bliver ej foretaget følsomhedsanalyser.
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	Den oprindelige søgeproces udført i 2012 producerede 8.834 artikler, hvoraf 37 blev udvalgt til fuld gennemgang. Af disse har 14 studier ikke opfyldt inklusionskriterierne, hvorfor 23 undersøgelser blev udvalgt til revision. Under den gentagne søgning udført i juni 2013 blev der identificeret yderligere fem undersøgelser. Den kombinerede søgte resulterede i i alt 28 undersøgelser, der blev gennemgået kvalitetsvurdering. Studier der ikke var engelsksprogede blev ekskluderet (s. 92).
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	Se side 94 over flowchart.
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	Se under punkt 12.
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	Se oversigt fra side 95-106.
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	Se punkt 15.
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see	Se punkt 15.

		Item 15).	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	Da der er foretaget en narrative synthese, foreligger ingen andre analyser af data.
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	Det er svært at være af afgørende betydning for beviset for online mental sundhedsfremmende interventioner på grund af det lille antal undersøgelser, den moderate til svage kvalitet af disse undersøgelser og den betydelige heterogenitet i tværs af interventionerne hvad angår indhold og levering. Der er dog tegn på, at de mentale sundhedsfremmende modulbaserede onlineinterventioner, der blev implementeret med unge, kan have en signifikant positiv indvirkning på deres mentale sundhed og trivsel. Disse interventioner blev udført i skoleregi (#109). Hvad angår online forebyggende interventioner for mental sundhed, blev 20 undersøgelser identificeret. I sammenligning med interventionerne om mental sundhedstilskud var der mere homogenitet på tværs af disse interventioner, med 12 undersøgelser, der evaluerede effektiviteten af computerbaserede kognitive adfærdsterapi (cCBT) interventioner med det formål at forebygge depression og / eller angst (#109).
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	Endelig er det vigtigt at bemærke, at alle de undersøgelser, der indgår i denne gennemgang, blev gennemført i højindkomstlande, og resultaterne kan derfor ikke generaliseres til lav- og mellemindkomstlande (#110). Muligheden for at publikations bias skal betragtes som der kan have været forskningsundersøgelser i området, der ikke fandt positive resultater og derfor ikke blev offentliggjort. I betragtning af at den metodologiske kvalitet af de undersøgte undersøgelser varierede, må konklusioner derfor være foreløbige. Endelig, som en fortællingssyntese, blev oversigtsdataene fra de medfølgende undersøgelser opsummeret og ikke statistisk undersøgt, hvilket begrænser styrken af de konklusioner, der kan drages (#110).
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other	Fremtidig forskning bør undersøge muligheden for at tilpasse

		evidence, and implications for future research.	yderligere ansigt til ansigt interventioner, der har et stærkt bevisgrundlag og effektiviteten af disse interventioner, når de gennemføres som et frittstående online-program og / eller en yderligere online-intervention for at støtte ansigt til ansigt-programmet (#110). Ligeledes lægges der op til, at man i fremtiden skal søge mere variation i studiepopulationen, da den overvejende mængde af deltager er kvinder (#110).
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	Forfatterne ønsker at anerkende den støtte, der ydes Inspire Ireland Foundation og Young and Well Cooperative Research Center, Australien for at gennemføre denne forskning. Forfatterne ønsker også at anerkende bistand fra studieforfatterne, der har givet os yderligere oplysninger om interventionerne og deres evalueringer. Synspunkterne i denne artikel er udelukkende de af forfatterne. Forfatterne har erklæret, at der ikke findes konkurrerende interesser. Denne forskning blev finansieret af Inspire Ireland Foundation og Young and Well Cooperative Research Center, Australien (#111). Obs conflict of interest!

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit: www.prisma-statement.org.

Tjekliste til studiet: *Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: A cluster randomized controlled trial*

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: A cluster randomised controlled trial	
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	s. 1
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	s.1-2
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	s.2
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	-
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	s. 2-5
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	s. 2-5
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	-
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	s.2-5
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	s. 4-5

Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	s.2-5
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	s. 5, 7-8
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	s. 6-7
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	s. 2-5

Page 1 of 2

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	s.8
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	s. 2-5
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	s.5-6
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	s.5-6
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	-
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	-
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	s.5-6
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	-
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	s.5-6
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	s.7-8

Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	s. 8
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	s. 7-8
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	s. 8

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit: www.prisma-statement.org.

Page 2 of 2

Tjekliste til studiet: *Feasibility and Effectiveness of a Web-Based Positive Psychology Program for Youth Mental Health: Randomized Controlled Trial*

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Feasibility and Effectiveness of a Web-Based Positive Psychology Program for Youth Mental Health: Randomized Controlled Trial	X
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	X
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	X
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	X
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	-
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	X
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	X
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	X
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	X
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	X

Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	X
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	-
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	X
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	X

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	-
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	X
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	X
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	X
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	- (ikke beskrevet her, men i limitations)
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	-
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	X
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	-
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	X
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	X
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	X
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	X
FUNDING			

Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	X
---------	----	--	---

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit: www.prisma-statement.org.

Page 2 of 2

Tjekliste til studiet: *An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial, 2016*



CONSORT 2010 checklist of information to include when reporting a randomised trial*

Section/Topic	Item No	Checklist Item	Reported on page No
Title and abstract	1a	Identification as a randomised trial in the title	s. 30
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	3. 30
Introduction	2a	Scientific background and explanation of rationale <i>Beskriver meget dybdegående om tidligere studier af Acceptance and Commitment Therapy (ACT), hvori det beskrives at studierne har fokuseret på brugen blandt syge borgere. Studiet viser hermed sin aktualitet, vil at implementerer ACT på et mere sundhedsfremmende grundlag (blandt universitetsstuderende)</i>	s. 30-31
	2b	Specific objectives or hypotheses <i>"Overall, this small efficacy trial tested the hypotheses that participating in the online ACT program would (a) increase the psychological wellbeing of students and (b) reduce their possible psychological distress and symptoms of stress, depression, and anxiety. We also expected that (c) the intervention would have a positive impact on psychological flexibility and mindfulness skills."</i>	s. 31

Methods

Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio <i>Afsnit 2.2 s. 32</i>	s. 32
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons <i>Beskriver ingen ændringer i studiets metode</i>	
Participants	4a	Eligibility criteria for participants <i>Beskriver studiepopulationens karakteristika samt in- og eksklusionskriterier i afsnit 2.3 og 2.6</i>	s. 32
	4b	Settings and locations where the data were collected <i>Studiet blev foretaget på University of Jyväskylä i Finland. Rekrutteringen er foregået pr. E-mail</i>	s. 31-32
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered <i>Beskriver både intervention for case og control, grundig beskrivelse af validerede måleredskaber, analysemetoder, statistiske beregninger.</i>	s. 32-37
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed <i>Beskriver at de gør brug af spørgeskemaer til at indsamle viden om deltagernes psykologiske tilstand. Bruger validerede redskaber. Måler både tilstande før intervention, efter intervention (7 uger senere) og 12 mdr. efter intervention.</i>	s. 38 (Beskrivelse s. 35-36)
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons <i>Nej</i>	
Sample size	7a	How sample size was determined <i>Flowchart med tilhørende beskrivelse – deltagere er rekruteret gennem e-mail.</i>	s. 32-33
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	
Randomisation:			

Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence <i>En uvildig forsker har randomiseret studiepopulationen. Desuden er der foretaget blok-randomisering, for at fordele køn og psykiske symptomer ligeligt.</i>	s. 32
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size) <i>Der er blok-randomiseret</i>	s.32
Allocation concealment mechanism	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned <i>Trin præsenteret i flowchart – ikke beskrevet yderligere</i>	s. 33
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions <i>Det gjorde forskerne</i>	s. 32
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those assessing outcomes) and how <i>Blinding ikke foretaget.</i>	
	11b	If relevant, description of the similarity of interventions	
Statistical methods	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes <i>Statistiske metoder beskrevet på s. 36, Er udført i SPSS</i>	s. 36
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses <i>Ikke beskrevet</i>	
Results			
Participant flow (a diagram is strongly recommended)	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome <i>Flowchart</i>	s. 33
	13b	For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons <i>Flowchart</i>	s. 33
Recruitment	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up	

		<i>Der er ikke angivet datoer, men intervallerne for dataindsamling er beskrevet.</i>	s. 35
	14b	Why the trial ended or was stopped <i>Fuldført</i>	
Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group	s. 34, tabel 1
Numbers analysed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups <i>Flowchart</i>	
			s. 33
Outcomes and estimation	17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval) <i>Table 3 og 4</i>	
	17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended	s. 38
			-
Ancillary analyses	18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory	-
Harms	19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)	-
Discussion			
Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses <i>Beskriver limitations på s. 39, bl.a. lille sample, overvægt af kvinder, frivillig deltagelse.</i>	
			s. 39
Generalisability	21	Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings <i>Beskrives som begrænset grundet ovenstående limitations.</i>	
			s. 39
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence <i>Beskriver forslag til mulig videre forskning.</i>	
			s. 39
Other information			

Registration	23	Registration number and name of trial registry Where the full trial protocol can be accessed, if available	_____
Protocol	24	<i>Henviser flere gange til studieprotokol, men der er ikke henvist til hvor den kan findes</i>	
Funding	25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders <i>Ingen beskrevet – forfatterne har ingen konkurrerende interesser</i>	_____
			s. 40

*We strongly recommend reading this statement in conjunction with the CONSORT 2010 Explanation and Elaboration for important clarifications on all the items. If relevant, we also recommend reading CONSORT extensions for cluster randomised trials, non-inferiority and equivalence trials, non-pharmacological treatments, herbal interventions, and pragmatic trials. Additional extensions are forthcoming: for those and for up to date references relevant to this checklist, see www.consort-statement.org.

Tjekliste for studiet: *Systematic Review of Occupational Therapy and Mental Health Promotion, Prevention, and Intervention for Children and Youth, 2013.*

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both. <i>Artiklen er en systematisk oversigtartikel, dette argument findes i artiklens abstract.</i>	s. 120
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number. <i>Resumeet indeholder ikke en slavisk gennemgang af baggrund, metode fund mm., men de vigtigste detaljer ift. oversigtartiklens fund præsenteres i resumeet.</i>	s. 120
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. <i>I artiklen argumenteres der for, at langt størstedelen af interventioner hovedsageligt er fokuseret mod børn og unge med diagnoser og er udbudt gennem psykiatrien. Derfor undersøger artiklen hvad der foreligger af viden om effekt af interventioner på Universelt, målrettet og intensivt niveau. Altså interventioner der hhv. envender sig til alle børn, særlige risikogrupper og børn/unge der er diagnosticerede med mentale lidelser.</i>	s. 121
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS). <i>Formålet med studiet er at besvare spørgsmålet: What is the effectiveness of activity-based interventions for mental health promotion, prevention, and intervention with children and youth? Med udgangspunkt heri, tages der i studiet udgangspunkt i en 'public health model' der har til formål at fremme mental sundhed. Modellen har tre niveauer:</i> <i>1. Universelt – stilet mod alle børn og unge</i> <i>2. Targeted (målrettet) – stilet mod børn der er i risiko for at udvikle adfærdsproblemer eller udfordringer ift. mental sundhed</i> <i>3. Intensiv – Til børn og unge der er diagnosticeret med mentale lidelser</i>	s. 121

		<i>Der søges indsigt i forskellige typer interventioner gennem en systematisk litteratursøgning.</i>	
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number. <i>Er ikke nævnt I artiklen</i>	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale. <i>Der er indsamlet studier for perioden 1980 og 2012, artiklerne fra 1980-2009 er indsamlet gennem tidligere reviews.</i> <i>“A total of 124 articles were included in the earlier and updated reviews. Although the reviews included published literature from both occupational therapy and other related fields, all studies provided evidence within the scope of occupational therapy practice. Seventy-seven of the articles (62%) were classified as Level I evidence, 27 (22%) were classified as Level II studies, and 20 (16%) were classified as Level III studies.”</i>	s. 122
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched. <i>Data er indsamlet a en biblotikar med erfaring i at indsamle data til systematiske reviews. Der er søgt i databaserne MEDLINE, EMBASE, PsycInfo, ERIC, Evidence-based Medicine Reviews</i>	s. 122
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated. <i>Fremgår ikke I artiklen</i>	
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis). <i>I artiklen nævnes følgende in- og eksklusionskriterier:</i> <i>“Specific inclusion criteria were as follows:</i> <i>- The article was published in either a peer-reviewed journal or a peer-reviewed evidence-based review since 1980 in the English language.</i> <i>- The age range of study participants was 3 to 21 yr.</i>	s. 122

		- <i>The intervention described in the study was embedded in activities and within the domain of occupational therapy, although it did not have to be a common occupational therapy intervention or administered by an occupational therapist or occupational therapy assistant.</i> - <i>Outcomes measured in the study included social or peer interactions or compliance with adult directives or social rules and norms (including ADLs).</i> - <i>The article provided Level I, II, or III evidence.</i> - <i>The following articles were excluded: presentations and conference proceedings, non-peer-reviewed literature, dissertations and theses, articles about participants who were younger than age 3 yr, and articles that provided Level IV and V evidence."</i>	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators. <i>Fremgår ikke direkte I artiklen – det eneste der er synligt er at der er brugt mange ressourcer på udvælgelsen af artikler til oversigtsartiklen – her ved anvendelse af erfarne litteratursøgere.</i>	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made. <i>Søgeord: "activities, activities of daily living, bullying, friendship, health, leisure, out-of-school activities, play, promotion/wellness, recreation, resiliency, school mental health, stress, and transition."</i>	s. 122
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis. <i>"To conduct the systematic review, reviewers evaluated research studies published in the peer-reviewed scientific The American Journal of Occupational Therapy e121 literature according to their quality (scientific rigor and lack of bias) and levels of evidence."</i> <i>Studierne vurderes på baggrund af evalueringerne ud fra et evidenshieraki I fem trin. Strong evidence, Moderate evidence, limited evidence, mixed evidens, insufficient evidence.</i>	s. 121-122
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means). <i>Angiver ikke måleredskaber, men udtrykker om fundene er stærke eller svage, alt efter kildens evidensniveau.</i>	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies). <i>Risiko for subjektivitet i udvælgelsen – få personer foretager litteratursøgningen. En gruppe fagpersoner har udvalgt hvilke områder der skulle evalueres indenfor.</i>	(s. 121-122)
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified. <i>Fremgår ikke i artiklen</i>	
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram. <i>Præsenterer ikke et flowdiagram, men beskriver hvad de har inkluderet og ekskluderet artikler på baggrund af. I analysen indgår 124 artikler.</i>	s. 122
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations. <i>Mangler beskrivelse af inkluderede studier, men beskriver følgende om studiernes styrke: "Seventy-seven of the articles (62%) were classified as Level I evidence, 27 (22%) were classified as Level II studies, and 20 (16%) were classified as Level III studies.", hvilket vil sige at størstedelen af de inkluderede studier er metaanalyser, RCT'er og systematiske oversigtsartikler</i>	s. 122
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12). <i>Det beskrives at der undersøges for bias, men det er ikke udspecificeret for hver inddragede artikel.</i>	s. 121-122
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot. <i>Ikke præsenteret i artiklen, fremgår formentlig i en protokol.</i>	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency. <i>Nej</i>	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15). <i>Det beskrives at der undersøges for bias, men det er ikke udspecificeret for hver inddragede artikel.</i>	

Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]). <i>Fremgår ikke I artiklen</i>	
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers). <i>Både fund og styrke beskrives grundigt I artiklens resultatafsnit. Hver gang der fremkommer et postulat, underbygges det med et studie og en redegørelse for studiets styrke.</i>	s- 122-125
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias). <i>Da det ikke er synligt I artiklen hvordan identificeringen af studier er foregået, samt hvilke mulige bias der er, er det ikke muligt at diskutere studiets begrænsninger. Der er søgt efter en studieprotokol, men det har ikke været muligt at finde en. Metodisk lyder det til at studiet er godt funderet, men der mangler gennemsigtighed ift. udvælgelse af artikler, mulige bias og vurdering af fundenes styrke. Forfatterne beskriver (s. 126) at der er anvendt systematiske metoder og anvendt kvalitetskontrol, men det beskrives ikke nærmere hvordan dette er foregået.</i>	s. 122 +126
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research. <i>Resultaterne opsummeres fyldestgørende afslutningsvist I artiklen, hvor der ligeledes gøres rede for fundenes styrke. Såfremt fundene skal anvendes i praksis, så bør de underbygges med evidensbaserede fund der støtter op om de fund der præsenteres i studiet.</i>	s. 126
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review. <i>Ingen funding</i>	

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit: www.prisma-statement.org.