



MENTAL SUNDHED OG FOLKESUNDHED
EFFEKT AF INTERVENTIONER TIL FREMME AF
MENTAL SUNDHED OG FOREBYGGELSE
AF PSYKISKE FORSTYRRELSER BLANDT VOKSNE
- et kommenteret resumé

2008

Mental sundhed og folkesundhed

**Effekt af interventioner til fremme
af mental sundhed og forebyggelse af
psykiske forstyrrelser blandt voksne**

- et kommenteret resumé

Mental sundhed og folkesundhed
Effekt af interventioner til fremme af mental sundhed og forebyggelse af
psykiske forstyrrelser blandt voksne
- et kommenteret resumé

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Kategori: Rådgivning

Emneord:
Mental sundhed; Mental sundhedsfremme; Forebyggelse; Folkesundhed; Voksne
Sprog: Dansk
Format: pdf
Version: 1,0
Versionsdato: 10. august 2008

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, Forebyggelsesdokumentation,
august 2008
Kommenteret af: Centerchef Anne Lindhardt, sagkyndig rådgiver for Sundhedsstyrelsen i
psykiatri

Design: Sundhedsstyrelsen
Copyright: Sundhedsstyrelsen
URL: <http://www.sst.dk>

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-702-0

Denne rapport citeres således: Sundhedsstyrelsen, Forebyggelsesdokumentation, Mental
sundhed og folkesundhed. Effekt af interventioner til fremme af mental sundhed og
forebyggelse af psykiske forstyrrelser blandt voksne – et kommenteret resumé.

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, Forebyggelsesdokumentation,
august 2008
Kommenteret af: Centerchef Anne Lindhardt, sagkyndig rådgiver for Sundhedsstyrelsen i
psykiatri

København: Sundhedsstyrelsen 2008
For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:
Sundhedsstyrelsen
Center for Forebyggelse
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 72 22 74 00

Resuméet indgår i en serie publikationer, der sammenfatter den aktuelle viden om
metoder til forebyggelse og sundhedsfremme. Disse vil løbende blive publiceret i
Evidensbasen på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk/evidensbasen

Indhold

1. Baggrund og formål	2
2. Oversigt over dokumentation	5
3. Dokumentation for effekt	7
3.1 Arenaer	7
3.1.1 Effekt af rådgivning i den primære sundhedstjeneste	7
3.1.2 Effekt af arbejdspladsinterventioner	8
3.2. Målgrupper	9
3.2.1 Effekt af interventioner blandt ældre (>55)	9
3.2.2 Effekt af interventioner blandt pårørende til psykisk syge	9
3.2.3 Effekt af interventioner blandt pårørende til kronisk syge og handicappede	10
3.2.4 Effekt af interventioner blandt pårørende til ældre eller personer med demens herunder Alzheimers	10
3.2.5 Effekt af interventioner blandt forældre – med fokus på forældreprogrammer	11
3.2.6 Effekt af interventioner blandt frivillige	11
3.2.7 Effekt af interventioner i forhold til personer i vanskelige livs begivenheder	12
3.3 Særlige emner	12
3.3.1 Massemedier	12
3.3.2 Effekt af interventioner vedrørende fysisk aktivitet	12
3.3.3 Effekt af interventioner vedrørende spiseforstyrrelser	13
3.3.4 Effekt af interventioner vedrørende ludomani	13
4. Mangler i dokumentation	14
5. Oversigt over inkluderede reviews fra NICE's evidensresumé	16

1. Baggrund og formål

Formålet med dette kommenterede resume er at skabe overblik over den bedst tilgængelige evidens for effekt af interventioner i forhold til mental sundhedsfremme og forebyggelse af psykisk sygdom blandt voksne. Dette sker på baggrund af et engelsk evidensresumé fra januar 2007 udgivet af NICE.¹

Det engelske NICE udarbejder evidensresuméer (evidence briefings) på en lang række forskellige områder indenfor sundhedsområdet. Et evidensresumé er en systematisk gennemgang af, hvad der findes af videnskabelige reviews vedrørende et givent emne². Ved at identificere og sammenfatte den bedst tilgængelige dokumentation er formålet at gøre praktikere og planlæggere i stand til at se den samlede styrke af dokumentationen (evidensen) på nøgleområder – og at gøre det tydeligt hvor der mangler dokumentation.

I de senere år er der kommet internationalt fokus på mental sundhed som en selvstændig målsætning for sundhedsfremmende og forebyggende indsatser (WHO 2001³, WHO 2005⁴, EU 2005⁵). Dette er bl.a. sket i takt med en stigende viden om betydningen af mental sundhed for fysisk sundhed og livskvalitet. WHO har gået forrest på dette felt med en række publikationer om mental sundhed (WHO 2001, 2005), som har betonet, at mental sundhedsfremme og forebyggelse er centrale indsatsområder indenfor folkesundhed med et mere generelt sigte end forebyggelse af psykisk sygdom.

WHO beskriver god mental sundhed som afgørende for personers evne til at forstå og analysere deres omgivelser, for at tilpasse sig eller forandre og for at etablere gode sociale relationer (WHO 2005). Mental sundhed er dermed en tilstand som ikke blot karakteriseres ved et fravær af stress og psykisk sygdom, men som også består af en række positive elementer, der sætter personer i stand til at opleve livet som meningsfuldt og være kreative, aktive og produktive. Nedsat mental sundhed er omvendt blevet anført som en af de tre vigtigste årsager til stress og sygefravær i EU og en af de vigtigste årsager til, at folk går på førtids- eller invalidepension (EU

¹ National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007. *Public health interventions to promote positive mental health and prevent mental health disorders among adults*. Taylor, L., Taske, N., Swann, C. & Waller, S.

² Et videnskabeligt review er en systematisk gennemgang af et antal primære studier om et givent emne med henblik på at skabe overblik over, om de primære studiers resultater og konklusioner peger i samme retning eller er modstridende, samt om der eksisterer et tilstrækkeligt antal primære studier til, at der kan drages en overordnet konklusion.

³ WHO 2001. *The world health report 2001. Mental health: New understanding. New hope*. Geneva, World Health Organization.

⁴ WHO 2005. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Herrman, H., Saxena, S. & Moodie, R. (eds.).

⁵ EU, 2005. Health and Consumer Protectorate Director-general. *Green Paper. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels: European Commission.

2005). Ifølge analyser fra the Mental Health Economics European Network (MHEEN) er mere end 130 millioner europæere berørt af nedsat eller ringe mental sundhed, hvilket skønsmæssigt koster i omegnen af 2000 euro pr. år pr. husstand. Gennemgang af den foreliggende evidens tyder på, at det ud fra en samfundsøkonomisk betragtning er direkte omkostningseffektivt at investere i mental sundhedsfremme og forebyggelse af psykiske lidelser.^{6 7} Mængden af studier på dette område er dog begrænset. Mental sundhedsfremme rummer således ikke blot potentiale i forhold til at medføre sundere og mere tilfredse borgere og familier men også i forhold til mere effektive arbejdspladser og samfund. Ikke desto mindre spiller mental sundhed ofte en marginaliseret rolle indenfor folkesundhedsområdet.

For at råde bod på dette tog WHO i januar 2005 initiativ til at samtlige 52 europæiske sundhedsministre underskrev en deklaration og en handlingsplan om mental sundhed med henblik på at forpligte til handling på området.⁸ Planen indebærer bl.a., at de enkelte lande fra 2005 – 2010 skal implementere aktiviteter med henblik på at fremme befolkningens mentale trivsel, og at dette mål sammen med forebyggelse af psykiske lidelser skal indgå i nationale strategier og politikker. Deklarationen understreger desuden, at mental sundhed skal opfattes som en integreret og central del af folkesundhedsområdet.

I oktober 2005 tog EU-kommissionen tråden op fra WHO med udgivelsen af Grønbogen: "Forbedring af befolkningens mentale sundhed: på vej mod en strategi for mental sundhed i Den Europæiske Union". Formålet var at skabe debat om behovet for en fælles europæisk strategi på området (EU 2005). Dette er blevet fulgt op i EU kommissionens overordnede sundhedsstrategi fra 2007: "Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008 – 2013", hvor målsætninger om forbedret mental trivsel og velvære er inkluderet på linje med forbedret fysisk sundhed.

Meget tyder dog på, at der ligger en udfordring i at forvandle gode intentioner til konkret handling i de enkelte nationalstater. En rapport af The European Network on Mental Health Promotion and mental Disorder Prevention fra 2006 om status ang. mental sundhedsfremme og forebyggelse af psykisk sygdom i 30 europæiske lande (herunder Danmark) kortlægger bl.a., at der på tværs af landene hersker uklarhed omkring begrebet om mental sundhed, og at der mangler en klar forståelse af, hvad mental sundhedsfremme dækker over.⁹ Mens der i faglige miljøer er en betydelig interesse for emnet, har det ikke ligget højt på den politiske

⁶ Eurohealth 2007 (Vol 13 No 3). *Mental Health and Economics in Europe: Findings from the MHEEN group*. McDaid, D., Knapp, M., Medeiros, H. and the MHEEN group.

⁷ BMC Public Health 2008 (8:20, doi:10.1186/1471-2458-8-20). *Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations*. Zechmeister, I., Kilian, R., McDaid, D. and the MHEEN group.

⁸ WHO 2005. (a) *Mental Health Declaration for Europe*. (b) *Mental Health Action Plan for Europe*.

⁹ European Network on Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention 2006. *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories*. Jané-Llopis, E & Anderson, P. (eds.). Luxembourg: European Communities.

dagsorden. Rapporten fremhæver desuden, at mental sundhed ofte bliver anset for et anliggende indenfor psykiatri med særligt fokus på behandlingsaspektet, mens spørgsmålet om den almene befolknings mentale trivsel kommer i anden eller tredje række. Andre udfordringer er mangel på evidens om effektive metoder til mental sundhedsfremme og forebyggelse af psykisk sygdom, vanskeligheder i forhold til tilgængeligheden af den viden der foreligger, usikkerhed med hensyn til i hvor høj grad resultater fra et land kan generaliseres til andre lande og mangelfuld støtte til implementering. I det hele taget er problemet ofte, at der mangler en klar infrastruktur for mental sundhedsfremme og forebyggelse: hvem har mulighed og ansvar for at gøre noget ved sagen, og hvilke aktører er det relevant at inddrage?

I Danmark er mental sundhedsfremme på mange måder et relativt uopdyrket felt, og der er således ikke nogen etableret tradition for at arbejde målrettet med feltet. Der eksisterer dog en lang række aktiviteter og indsatser, som kan siges at falde ind under området (som f.eks. selvmords- og stressforebyggelse, fremme af trivsel på arbejdspladser og godt psykisk arbejdsmiljø mv.), men de er ikke samlet under en fælles målsætning om at forbedre eller fremme befolkningens trivsel. Der mangler videns baserede anbefalinger på området, og der findes ikke litteratur om, på hvilken måde man kan arbejde med mental sundhedsfremme i en dansk sammenhæng, og hvilke determinanter det her vil være væsentligt at fokusere på.

I det følgende præsenteres *udvalgte* resultater fra NICE's evidensresumé om mental sundhedsfremme og forebyggelse af psykiske forstyrrelser blandt voksne. De inkluderede resultater i den danske version er desuden udvalgt med sigte på at være relevante for praktikere og planlæggere i det danske forebyggelsesarbejde. Forskere og andre, som ønsker flere oplysninger om metode og resultater, opfordres derfor til også at læse det originale evidensresumé. I de kommende år sætter NICE desuden fokus på mental sundhedsfremme. Der forventes derfor at blive publiceret evidensrapporter og retningslinjer indenfor en række specifikke områder: mental sundhedsfremme blandt ældre, i grundskolen, på ungdomsuddannelser og på arbejdspladsen.

Det foreliggende evidensresumé inkluderer i alt 20 reviews. Heraf er 16 omtalt i den danske udgave. Evidensresuméet er afgrænset til non-farmakologiske interventioner blandt voksne over 16 år. Det er også afgrænset fra kliniske tilstande som depression og angst, som vil blive behandlet selvstændigt i kommende evidensresuméer fra NICE. Det er desuden et inklusionskriterie for de udvalgte interventioner, at de har som målsætning at fremme mental sundhed eller at forebygge psykiske forstyrrelser i form af at fremme beskyttende faktorer for mental sundhed eller reducere kendte risikofaktor.¹⁰ Med hensyn til begrebet om mental sundhed anvender de inkluderede interventioner lidt forskellige – dog komplementære – begreber om mental sundhed så som trivsel, psykologisk velbefindende, psykosocial velbefindende, velvære, positiv mental sundhed, emotionel sundhed (NICE 2007, p.11). Med hensyn til beskyttende faktorer for mental sundhed (eller risikofaktorer med modsat fortegn) er der ifølge evidensresuméet belæg for, at følgende faktorer har betydning – i samspil med biologiske og genetiske forhold hos det enkelte individ: *Kognitive og emotionelle*

¹⁰ Den anvendte definition af ”psykiske forstyrrelser” stammer fra American Psychiatric Association, 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

faktorer (selvbestemmelse, selvværd, robusthed, evne til at lære), social kompetence, social inklusion (at indgå i sociale netværk) uddannelse og adgang til økonomiske ressourcer, samt frihed fra diskrimination og vold.

I evidensresuméet fra NICE vurderes interventionerne i forhold til følgende kategorier, som også bliver brugt i det danske resumé:

Tabel 1

De anvendte evidenskategorier

Evidens for effekt	Hvis konklusionerne på de primære studier, som indgår i et givet review (hvoraf mere end ét studie skal være et kontrolleret studie) konsistent indikerer, at en intervention har effekt
Evidens for manglende effekt	Hvis konklusionerne på de primærstudier, som indgår i et givet review (hvoraf mere end ét studie skal være et kontrolleret studie), konsistent indikerer, at en intervention ikke har effekt
Modstridende evidens	Hvis konklusionerne på de primærstudier, som indgår i et givet review ikke er konsistente. Eller hvis konklusionerne på forskellige reviews om det samme område er i modstrid med hinanden
Utilstrækkelig evidens for effekt	Hvis der ikke er nok primærstudier til at be- eller afkræfte effekt af en intervention, og hvor der derfor er behov for flere kontrollerede undersøgelser

Det originale evidensresumé (inklusive fuld referenceliste) kan downloades i pdf-format her (i afsnit 5 er anført referencer på de reviews som bliver henvist til i den danske version):

<http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/mental%20health%20EB%20FINAL%2018.01.07.pdf>

2. Oversigt over dokumentation

NICE's evidensresumé indeholder kun på enkelte områder evidens for effekt af universelle interventioner til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske forstyrrelser blandt voksne. Dvs. interventioner der enten søger at fremme beskyttende faktorer eller at reducere risikofaktorer i befolkningen som helhed. I

stedet indeholder evidensresuméet evidens for effekt af interventioner i forhold til mere specifikke arenaer, målgrupper og specielle emner.

Det drejer sig om hhv.:

- to arenaer: den primære sundhedstjeneste¹¹ og arbejdspladser,
- en række befolkningsgrupper: f.eks. ældre, pårørende, forældre og frivillige,
- forskellige specielle emner: f.eks. brug af massemedierne i kampagner med henblik på at sætte fokus på mental sundhed, fysisk aktivitet, særlige risikogrupper (personer med spiseforstyrrelser, ludomaner).

Det kan synes lidt spredt, hvilke arenaer, målgrupper og specielle emner der er medtaget i evidensresuméet. Dette afspejler dog ikke mangel på systematik fra NICE's side, men at det ganske enkelt er svingende i hvilket omfang, der findes evidens vedr. mental sundhedsfremme.

De medtagne interventioner fokuserer primært på:

- At styrke beskyttende faktorer for mental sundhed (f.eks. forbedret selvværd)
- At reducere risikofaktorer for nedsat mental sundhed (f.eks. at reducere stress)
- At forebygge specifikke, klinisk definerede forstyrrelser i mental sundhed (spiseforstyrrelser, ludomani)

Som det vil fremgå, er der stor forskel på, hvor stort evidensgrundlaget er for de forskellige emner i evidensresuméet: mens der på nogle områder er flere reviews, som sammenfatter mange primærstudier, er der på andre områder kun et enkelt review baseret på et mindre antal primærstudier (hvilket afspejler sig i en større forsigtighed i evt. tilhørende evidensudsagn).

I det følgende er medtaget interventioner, hvor der er påvist evidens for effekt.¹² Det originale evidensresume indeholder også evidensudsagn vedrørende interventioner, hvor der er tale om hhv. utilstrækkelig eller modstridende evidens. Dvs. hvor der enten er tale om, at der ikke er nok primærstudier til at bekræfte eller afkræfte effekt af en intervention. Eller hvor der er modstridende konklusioner vedrørende effekt af interventioner. I begge tilfælde er der behov for yderligere undersøgelser. I dette kommenterede resume har vi på enkelte steder valgt kort at

¹¹ På engelsk dækker primær sundhedstjeneste ("primary care") over den lokalt forankrede sundhedstjeneste, som er den første – og ofte den eneste – kontakt borgerne har med sundhedssystemet. Den inkluderer alment praktiserende læger, sygeplejersker i almen praksis, sundhedsplejersker, lokalt baserede terapeuter (f.eks. fysioterapeuter og ergoterapeuter), farmaceuter, tandlæger og jordmødre (hospitalspersonale er således ikke inkluderet).

¹² Herunder evidens for manglende effekt (selvom der ikke forekommer tilfælde heraf i evidensresuméet).

opsummere utilstrækkelig eller modstridende evidens.¹³ I afsnit 4 gengiver vi desuden de områder, hvor NICE's evidensresumé påpeger, at der mangler viden.

3. Dokumentation for effekt

3.1 Arenaer

Der er fire reviews i NICE's evidensresumé, som adresserer mental sundhedsfremme og forebyggelse i bestemte arenaer, hhv. i den primære sundhedstjeneste og på arbejdspladser.

3.1.1 Effekt af rådgivning i den primære sundhedstjeneste

To systematiske reviews analyserer effekter af rådgivning i den primære sundhedstjeneste med henblik på at forbedre mental sundhed (alle primærstudier er udført i England). De inkluderede studier involverer udelukkende rådgivning, der er baseret på forudgående træning og som lever op til BACP's¹⁴ definition af rådgivning, som er en bred tilgang, der involverer reflektiv lytning med henblik på at gøre klienten i stand til selv at løse sine vanskeligheder eller problemer. Rådgivningen har fundet sted ansigt til ansigt, og har været udført af forskellige fagpersoner (sygeplejersker i almen praksis, alment praktiserende læger, socialarbejdere, kliniske psykologer samt sygeplejersker i distriktspsykiatrien).

De inkluderede forsøgspersoner havde psykologiske og/eller psykosociale problemer, som blev vurderet som egnede til rådgivning, og som kunne henføres til faktorer så som stress, familiære eller ægteskabelige problemer, tab af pårørende, seksuelle vanskeligheder, angst, samt problemer i forhold til beskæftigelse og økonomi.

Der er evidens for at rådgivning af sundhedsprofessionelle i den primære sundhedstjeneste af personer med psykologiske og/eller psykosociale problemer, er associeret med beskedne forbedringer af psykologiske symptomer på kort sigt (1-6 måneder) i forhold til almindelig konsultation hos den praktiserende læge (Bower et al. 2002, 2003).¹⁵

Der er evidens for at personer med psykologiske og/eller psykosociale problemer er meget tilfredse med rådgivningsinterventioner, som finder sted i den primære sundhedstjeneste (Bower et al. 2002, 2003).¹⁶

Det rapporteres ikke, om rådgivningen havde effekt på personernes arbejdsliv.

¹³ For systematisk information om utilstrækkelig og modstridende evidens: se det originale evidensresumé.

¹⁴ The British Association for Counselling and Psychotherapy: www.bacp.co.uk

¹⁵ Fuld referenceliste på dette og de efterfølgende omtalte reviews findes i afsnit 5.

¹⁶ To ud af tre studier sammenlignede dog ikke tilfredsheden hos "rådgivningsgruppen" med den gruppe som fik en almindelig konsultation hos den praktiserende læge. Der er derfor ikke tilstrækkeligt grundlag for sige noget om den relative tilfredshed.

3.1.2 Effekt af arbejdspladsinterventioner

To systematiske reviews analyserer effekter af interventioner med henblik på at påvirke arbejdsrelaterede faktorer, der har en betydning for mental sundhed så som lange arbejdstider, arbejdspress, dårlig ledelse, manglende ledelsesmæssig opbakning, manglende kontrol og indflydelse på arbejdet samt arbejdsrelateret stress.

Nedsættelse af sygefravær

Evidens - baseret på to primærstudier fra hhv. England og USA – peger i retning af, at arbejdspladsinterventioner, der enten involverer tidlig henvisning til bedriftssundhedstjenesten (efter 2-3 måneders sygefravær) eller ugentlige gruppesessioner med information og rollespil kan være effektive i forhold til at reducere det gennemsnitlige sygefravær (Michie & Williams 2003).

Reduktion af arbejdsrelateret stress

Evidens - baseret på i alt 48 primærstudier (oprindelse ikke angivet) - peger i retning af, at stress-reducerende interventioner generelt kan medvirke til at reducere arbejdsrelateret stress – både for interventioner der fokuserer på institutionelle faktorer (5 studier), og for interventioner der fokuserer på den enkelte: kognitiv adfærdsterapi (18 studier), afslapningsteknikker (17 studier) og træningsprogrammer om stresshåndtering (8 studier) (van der Klink et al. 2001).

Der er evidens for, at stress-reducerende interventioner generelt kan føre til en signifikant forbedring af parametre, der relaterer sig til arbejdsglæde, psykologiske attituder/ressourcer og fysiologiske skavanker (van der Klink et al. 2001).

Der er evidens for, at interventioner der fokuserer på den enkelte har større effekt i forhold til at forbedre personers evne til at håndtere arbejdsrelateret stress og/eller reducere omfanget af arbejdsrelateret stress, end interventioner der fokuserer på institutionelle faktorer (van der Klink et al. 2001).

Der er evidens for at kognitiv adfærdsterapi har større effekt end afslapningsteknikker i forhold til at forbedre personers evne til at håndtere arbejdsrelateret stress og/eller reducere omfanget af arbejdsrelateret stress (van der Klink et al. 2001).

Det rapporteres ikke, i hvilket omfang interventionernes holdbarhed er afhængig af en ændring i de oprindelige arbejdsforhold, hvorunder den arbejdsrelaterede stress udviklede sig.

3.2. Målgrupper

Der er 10 reviews i NICE's evidensresumé, som adresserer interventioner til fremme af mental sundhed og/eller forebyggelse af psykiske forstyrrelser blandt bestemte befolkningsgrupper, hhv. ældre (>55 år) og bestemte omsorgspersoner (pårørende, forældre, frivillige).

3.2.1 Effekt af interventioner blandt ældre (>55)

Der er evidens - baseret på 122 primærstudier fra hhv. England, Frankrig og Tyskland - for at psykosociale og psykoterapeutiske interventioner blandt ældre (specielt kognitiv adfærds terapi og interventioner der tager sigte på at øge egenkontrol) fører til signifikant forbedrede mål for selv-rapporteret livskvalitet (Pinquart & Sorensen 2001).

På samme grundlag er der evidens for at psykosociale og psykoterapeutiske interventioner blandt ældre har størst effekt når de (a) involverer plejehjemsbeboere (til forskel fra interventioner rettet mod ældre der bor i et lokalsamfund), (b) er målrettet enkeltpersoner (til forskel fra interventioner målrettet grupper), (c) udføres af terapeuter som både har en universitetsgrad og professionel erfaring (til forskel fra interventioner udført af terapeuter der enten har en universitetsgrad uden professionel erfaring eller ikke har en universitetsgrad) (Pinquart & Sorensen 2001).

Der er evidens - baseret på 3 primærstudier fra Canada og USA - for at interventioner der tilbyder besøgsvenner, selvhjælpsnetværk eller gruppe-baseret støtte til udsatte ældre i form af emotionel, uddannelsesmæssig, social eller praktisk støtte, kan forbedre selv-rapporteret livskvalitet, tilpasning til dét at være blevet alene (enkestand), stress, selvværd og social funktion (Tilford et al. 1997).

3.2.2 Effekt af interventioner blandt pårørende til psykisk syge

Fjorten studier fra et systematisk review baseret på i alt 25 primærstudier fra hhv. USA (13), England (3), Canada (2), Australien (2) og Kina (2) har analyseret effekt af interventioner rettet mod familier til personer med skizofreni og relaterede lidelser med henblik på at forbedre familiens trivsel.¹⁷

Der er evidens for at interventioner i familier til personer med skizofreni og relaterede lidelser kan have begrænsede positive effekter på variable, der relaterer sig til familien som helhed så som reduktion af familiens belastning og kvaliteten af de personlige relationer (Barbato & D'Avanzo 2000). Bemærk dog, at en metaanalyse med mere end 8 studier (hvoraf 3 er overlappende), har konkluderet, at studier på dette område er meget uensartede, og at resultater derfor skal anvendes med forsigtighed (Cuijpers 1999).

¹⁷ De øvrige studier fokuserede på patienten og den psykiatriske behandling og falder derfor udenfor rammerne af NICE's evidensresumé.

Ti studier fra et systematisk review baseret på i alt 28 primærstudier fra hhv. USA (5), England (5), Kina, (5), Australien (2) og et fra hhv. Tyskland, Italien, Spanien, Holland, Danmark, Hong Kong og Canada har analyseret effekt af interventioner rettet mod familier til personer med skizofreni og relaterede lidelser i forhold til de pårørendes omsorg.

Der er evidens for at interventioner i familier til personer, der lider af skizofreni eller relaterede lidelser, ikke medfører en signifikant forbedring af de pårørendes evne til at tilpasse sig situationen (Pharoah et al. 2003).

Der er evidens for at interventioner i familier til personer, der lider af skizofreni eller relaterede lidelser, kan føre til en forbedring af familiens forståelse for patientens behov (Pharoah et al. 2003).

3.2.3 Effekt af interventioner blandt pårørende til kronisk syge og handicappede

To primærstudier (oprindelse ikke angivet) undersøgte effekt af interventioner med henblik på at forbedre pårørendes psykologiske funktionsniveau, trivsel, grad af sociale støtte og evne til at håndtere stress. I begge studier var de pårørende voksne døtre eller svigerdøtre til personer med kronisk sygdom eller to eller flere handicaps.

Der er evidens for at lokalt baserede rådgivnings sessioner (såvel individuelle¹⁸ som gruppebaserede¹⁹) rettet mod pårørende til handicappede personer kan være effektive i forhold til (a) at reducere selv-rapporterede mål for psykiatriske symptomer og (b) at forbedre sociale netværk samt social støtte, tilpasningsevne og problemhåndtering (Tilford et al. 1997).

3.2.4 Effekt af interventioner blandt pårørende til ældre eller personer med demens herunder Alzheimers

Der er utilstrækkelig evidens for at gruppesessioner eller individuelle samtaler med pårørende til ældre eller personer med demens herunder Alzheimers kan nedsætte de pårørendes stressniveau og forbedre deres evne til at håndtere situationen. Der er heller ikke tilstrækkelig evidens for, at et par timers aflastning om ugen kan medføre en signifikant forbedring i forhold til de pårørendes stress, omsorgsbyrde og tilpasning til situationen. Der er derfor brug for flere gode studier på disse områder (Tilford et al. 1997).

¹⁸ I alt 8 ugentlige individuelle rådgivningssessioner à 1 times varighed.

¹⁹ I alt 8 ugentlige gruppebaserede rådgivningssessioner à 2 times varighed.

3.2.5 Effekt af interventioner blandt forældre – med fokus på forældreprogrammer

Et review baseret på i alt 26 primærstudier (oprindelse ikke angivet) har analyseret i hvilket omfang gruppe-baserede forældreprogrammer til socialt udsatte mødre kan forbedre deres mentale og psykosociale sundhed herunder deres selvværd samt aspekter i relation til rollen som mor (f.eks. forældrestress). Primærstudierne omfattede studier af en række forskellige forældreprogrammer hhv.: adfærdsorienterede programmer baseret på principper for social læring (8), programmer der fokuserer på kognitiv terapi i form af at kombinere adfærdsintervention med strategier til at strukturere forældres tænkemåde (6), programmer der fokuserer på rationel emotionel terapi (RET), som er baseret på teknikker til at forbedre rationelle formodninger (2), adfærds-humanistiske programmer (5), og flerstrengede programmer som kombinerer forskellige tilgange (5). Her er kun medtaget resultater, hvor der er evidens for effekt herunder manglende effekt.

Evidens peger i retning af, at adfærdsorienterede forældreprogrammer baseret på principper for social læring har effekt i forhold til at forbedre mål der relaterer sig til oplevet forældretilstrækkelighed og tilfredshed (selv-værd) (Barlow et al. 2003).²⁰

Evidens peger i retning af, at forældreprogrammer der fokuserer på kognitiv adfærd i form af at kombinere adfærdsintervention med strategier til at strukturere forældres tænkemåde har effekt i forhold til at forbedre mål, der relaterer sig til forældres mentale sundhed herunder skyldfølelse, selvbebrejdelse, oplevet kompetence (selvværd) og frekvens af spontane negative tanker (Barlow et al. 2003).

Evidens peger i retning af, at forældreprogrammer der fokuserer på rationel emotionel terapi (RET), som er baseret på teknikker til at forbedre rationelle formodninger, har effekt i forhold til at forbedre mål for forældres skyldfølelse (Barlow et al. 2003).²¹

Evidens peger i retning af, at forældreprogrammer der fokuserer på rationel emotionel terapi er uden effekt i forhold til at forbedre mål for forældres vrede (Barlow et al. 2003).

3.2.6 Effekt af interventioner blandt frivillige

Et review baseret på 29 studier fortrinsvist fra USA (26 studier) men også fra Canada (3 studier) har analyseret effekt af frivilligt arbejde blandt ældre. Gennemsnitsalderen for de frivillige var 71 år. Hovedparten var hvide, ugifte kvinder (primært enker men også fraskilte eller aldrig gifte). Deres deltagelse i

²⁰ Målt ved underskalaerne: "skills" og "valuing" til: The Parenting Sense of Competence Scale.

²¹ Målt ved Berger's Feeling Scale.

frivilligt arbejde havde i gennemsnit været 12 mdr. à gennemsnitligt 4 timer om ugen.

Evidens peger i retning af, at ældre som påtager sig frivilligt arbejde får en forbedret livskvalitet, samt at dem der udfører direkte arbejde (ansigt til ansigt) har størst udbytte i forhold til dem, der er involveret i mere indirekte og mindre etablerede roller som hjælpere (Wheeler et al. 1998).

3.2.7 Effekt af interventioner i forhold til personer i vanskelige livs begivenheder

Der er utilstrækkelig evidens for effekt af interventioner blandt personer i vanskelige omstændigheder (f.eks. separation/skilsmissе, dødsfald i nær familie) med fokus på støtte, tillid, reaktion på forandring, rådgivning og lokalt engagement (Papworth & Milne 2001, Tilford et al. 1997).

3.3 Særlige emner

Der er 5 reviews i NICE's evidensresumé, som adresserer interventioner til fremme af mental sundhed og/eller forebyggelse af psykiske forstyrrelser i relation til specifikke emner: hhv. særlige tilgange til mental sundhedsfremme (oplysning via massemedierne, fremme af fysisk aktivitet), og særlige risikogrupper (personer med spise forstyrrelser, ludomaner).

3.3.1 Massemedier

Tre studier fra hhv. England, USA og Norge fra et review af i alt 72 studier med henblik på at screene for effekter af mental sundhedsfremme i en bred forstand har analyseret effekt af kampagner via massemedierne (korte TV-spots, indslag i TV, radio og aviser, distribution af pjecer på skoler, hos lægen og på socialkontorer).

Evidens peger i retning af, at kampagner via massemedierne kan have en positiv effekt på lokalsamfunds viden og holdninger i forhold til mental sundhed. De kan også have betydning i form af at fremme individuel adfærd, der forbedrer den enkeltes mentale sundhed (Tilford et al. 1997).

3.3.2 Effekt af interventioner vedrørende fysisk aktivitet

To reviews analyserer sammenhængen mellem fysisk aktivitet og mental sundhed. Det første (Biddle 2000) er baseret på 5 engelske studier. Det fokuserer på evidens for mulige sammenhænge mellem fysisk aktivitet og humør samt affekt (den subjektive oplevelse af følelser) ud fra en forventning om, at positivt humør og positive følelser er generelt sundhedsfremmende. Det andet review (Fox 2000)

analyserer betydningen af fysisk aktivitet i forhold til selvværd og selvopfattelse ud fra en forventning om, at selvværd er relevant for sundhed, livskvalitet og generel trivsel. Det er baseret på 36 primærstudier (oprindelse ikke angivet), hvoraf 19 er relevante i forhold til rammerne af NICE's evidensresumé.

Evidens peger i retning af, at fysisk aktivitet er positivt associeret til humør og affekt (Biddle 2000, Fox 2000), og at fysisk aktivitet kan medføre øget trivsel via en forbedring af den fysiske selvopfattelse (Fox 2000).

Evidens peger i retning af, at personer som er meget fysisk aktive oplever flere positive effekter af fysisk aktivitet i forhold til personer som er mindre aktive (Biddle 2000).

3.3.3 Effekt af interventioner vedrørende spiseforstyrrelser

Et review baseret på 51 studier (oprindelse ikke angivet) har analyseret effekter af programmer til forebyggelse af spiseforstyrrelser. Heraf omhandlede 7 studier universelle forebyggelsesprogrammer, mens 13 studier omhandlede selektive programmer målrettet kvinder med en gennemsnitsalder over 16 år. Det følgende evidensudsagn er baseret på disse i alt 20 studier.

Der er evidens for, at selektive interventionsprogrammer til forebyggelse af spiseforstyrrelser har effekt i forhold til at reducere risikofaktorer for spiseforstyrrelser så som utilfredshed med egen krop, internalisering af slankeidealer og negativ affekt (Stice & Shaw 2004).

3.3.4 Effekt af interventioner vedrørende ludomani

Seks primærstudier ud af 14 studier (oprindelse ikke angivet) i et review om forekomst og behandling af ludomani har analyseret effekt af interventioner med henblik på sekundær forebyggelse af ludomani (tilbagefald). To af disse studier involverede interventioner i form af familie eller ægteskabsterapi, hvoraf den ene fandt sted indenfor rammerne af GA (Anonyme Gamblere). De øvrige fire involverede kognitiv adfærdsterapi herunder psykologisk desensibilisering (med fokus på kognitiv restrukturering, problemløsning, social færdighedstræning og forebyggelse af tilbagefald).

Evidens peger i retning af, at kognitiv adfærdsterapi kan bidrage til at reducere frekvensen af yderligere tilfælde af ludomani (eller trangen til at spille). Evidens tyder desuden på, at kognitiv adfærdsterapi kan medføre en stigning i ludomaners oplevelse af at have kontrol over deres ludomani (Petry & Armentano 1999).

Evidens peger i retning af, at partnere/ægtefællers deltagelse i GA sessioner (Anonyme Gamblere) har betydning i forhold til sekundær forebyggelse af ludomani i form af at fremme afholdenhed eller reducere forekomsten af episoder med ludomani (Petry & Armentano 1999).

4. Mangler i dokumentation

NICE's evidensresumé indeholder kun på enkelte områder evidens for effekt af universelle interventioner til fremme af mental sundhed og primær forebyggelse af psykiske forstyrrelser blandt voksne. Dvs. interventioner der enten søger at fremme beskyttende faktorer eller at reducere risikofaktorer i befolkningen som helhed. Dette kan skyldes, at der ikke eksisterer primære studier på området, eller at de eksisterende studier – herunder evt. nyligt publicerede studier - endnu ikke er blevet optaget i gode, systematiske evidensresuméer. Der er også mangel på viden om effekt af interventioner til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom på uddannelsesinstitutioner, i socialektoren samt i lokalsamfund og familier. Med hensyn til målgrupper er der mangel på viden om effekt af interventioner målrettet befolkningen som helhed, socialt udsatte, etniske minoriteter, pårørende til ældre, samt personer med demens herunder Alzheimers. Der mangler også mere viden om effekt af mental sundhedsfremmeinterventioner i forhold til livsfaser eller vanskelige livs begivenheder som at blive skilt, miste familiemedlemmer, pubertet, overgangsalder og at ældes. Endelig er der mangel på viden om kost-effektivitet af forskellige former for interventioner til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske forstyrrelser. Ligesom der kun findes meget få primærstudier, der undersøger betydning i forhold til mental sundhed af interventioner der søger at reducere social ulighed på individ og samfunds niveau – til trods for, at der i anden sammenhæng er påvist stærk association mellem social ulighed og nedsat mental sundhed (Fryers et al. 2003²², Melzer et al. 2004²³).

²² Fryers, T., Melzer, D. & Jenkins, R., 2003. Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38:229–37.

²³ Melzer, D., Fryers, T. & Jenkins, R. (eds.), 2004. *Social inequalities and the distribution of the common mental disorders*. Maudsley Monograph 44. Hove: Psychology Press.

NICE's evidensresumé fremkommer desuden med følgende generelle anbefalinger til kommende reviews vedrørende mental sundhed:²⁴

- At der udvikles nye teoretiske/metodologiske rammer i forhold til at inddrage data fra en større sum af studier – såvel kvantitative som kvalitative – med henblik på at få et større vidensgrundlag vedrørende mental sundhed.
- At der laves flere systematiske reviews af interventioner til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske forstyrrelser i den primære sundhedstjeneste – særligt med fokus på patienter og borgere der ikke modtager farmakologisk behandling.
- At der laves flere systematiske reviews af arbejdspladsinterventioner, som har potentiale i forhold til at fremme ansattes mentale sundhed.
- At der laves systematiske reviews af komplekse sociale interventioner, som er udført med henblik på at reducere social ulighed i sundhed, og som inkluderer mål for mental sundhed for individer og lokalsamfund.

Dertil kommer en række specifikke anbefalinger i forhold til forskning på primærstudie-niveau (specielt i forhold til effektstudier):

- Kvantitative studier bør have tilstrækkelig statistisk kraft til at beregne effekt af interventioner.
- Hvis det er mulig, bør forsøgspersoner randomiseres til kontrol og interventionsgruppe.
- Interventioner skal sammenlignes med kontrol (f.eks. standard behandling) eller placebo, som skal beskrives udførligt.

Det skal endvidere tilstræbes:

- At forskerne er 'blinded' i forhold til allokering af forsøgspersoner i kontrol og interventionsgruppe.
- At effektmål er valide og reliable.
- At der foretages efterfølgende målinger med henblik på at bedømme langtidseffekt af interventioner.

²⁴ For en uddybning af generelle og specifikke anbefalinger se det originale evidensresumé.

5. Oversigt over inkluderede reviews fra NICE's evidensresumé²⁵

- Barbato, A. & D'Avanzo, B., 2000. Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (2):81–97.
- Barlow, J., Coren, E. & Stewart-Brown, S.S.B., 2003. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003 Issue 4.
- Biddle, S., 2000. Emotion, mood and physical activity. I: Biddle, S., Fox, K., Boutcher, S. (eds.). *Physical activity and psychological well-being*. London: Routledge.
- Bower, P., Rowland, N., Mellor Clark, J. et al., 2002. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002 Issue 1.
- Bower, P., Rowland, N. & Hardy, R., 2003. The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 33:203–15.
- Cuijpers, P., 1999. The effects of family interventions on relatives' burden: a meta-analysis. *Journal of Mental Health*, 8 (3):275–85.
- Fox, K., 2000. The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. I: Biddle, S., Fox, K., Boutcher, S., (eds.). *Physical activity and psychological well-being*. London: Routledge.
- Michie, S. & Williams, S., 2003. Reducing work-related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60:3–9.
- Papworth, M.A. & Milne, D.L., 2001. Qualitative systematic review: an example from primary prevention in adult mental health. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11 (3):193–210.
- Petry, N.M. & Armentano, C., 1999. Prevalence, assessment, and treatment of pathological gambling: a review. *Psychiatric Services*, 50 (8):1021–7.
- Pharoah, F.M., Rathbone, J.M., Mari, J.J. et al., 2003. Family intervention for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003 Issue 3.
- Pinquart, M., Sorensen, S., 2001. How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults? *Journal of Mental Health and Aging*, 7 (2):207–43.
- Stice, E. & Shaw, H., 2004. Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 130 (2):206–27.

²⁵ Her er medtaget de reviews, som der bliver refereret til i den danske udgave.

Tilford, S., Delaney, F. & Vogels, M., 1997. *Effectiveness of mental health promotion interventions: a review*. London: Health Education Authority.

van der Klink, J.J.L., Blank, R.W.B., Schene, A.H. et al., 2001. The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91 (2):270–76.

Wheeler, J., Gorey, K. & Greenblatt, B., 1998. The beneficial effects of volunteering for older volunteers and the people they serve: a metaanalysis. *International Journal of Aging and Human Development*, 47 (1):69–79.