

Evaluering af *LÆR AT TACKLE* angst og depression blandt unge

En registerbaseret analyse af effekter på
uddannelse og arbejdsmarkedsstatus

Susan Andersen
Marie Pil Jensen
Lau Caspar Thygesen
Maj Britt Dahl Nielsen

Evaluering af LÆR AT TACKLE angst og depression blandt unge

En registerbaseret analyse af effekter på uddannelse og arbejdsmarkedsstatus

Susan Andersen
Marie Pil Jensen
Lau Caspar Thygesen
Maj Britt Dahl Nielsen

Internt review: Anne Mette Skovgaard

Copyright © 2021
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

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

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-528-5

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

Rapporten kan downloades fra www.sdu/sif

Forord

Komiteen for Sundhedsoplysning har bedt Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet om at evaluere kurset *LÆR AT TACKLE angst og depression* for unge i alderen 15-25 år. Kurset er udviklet af Komiteen for Sundhedsoplysning i samarbejde med Sundhedsstyrelsen på baggrund af en model, der er udviklet på Stanford Universitet, USA. *LÆR AT TACKLE angst og depression* har til formål at lære den enkelte at håndtere angst- og depressionssymptomer i dagligdagen samt de udfordringer, der ellers kan være i hverdagen med angst og depression. Undervisningen gennemføres ud fra en detaljeret manual og varetages af instruktører, der uddannes af Komiteen for Sundhedsoplysning. Komiteen for Sundhedsoplysning har været ansvarlig for at understøtte kommunerne i deres implementering af indsatsen.

Formålet med evalueringen er at belyse: 1) Implementeringen af kurset i de 39 deltagende kommuner, 2) udviklingen i kursisternes angst- og depressionssymptomer og self-efficacy, og 3) effekten på deltagernes uddannelses- og arbejdsmarkedsstatus. I 2019 publicerede Statens Institut for Folkesundhed den første evalueringsrapport, som sammenfatter resultaterne af analyserne af implementeringen og udviklingen i kursisternes angst- og depressionssymptomer og self-efficacy. Nærværende rapport omfatter registeranalyserne af effekterne på kursisternes tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked. I denne analyse identificeres en kontrolgruppe ud fra registerbaserede information, som består af individer, der er sammenlignelige med deltagerne på alle målbare karakteristika.

Den A.P. Møllerske Støttefond har finansieret projektet, og Statens Institut for Folkesundhed har været ansvarlig for evalueringen, herunder indsamling af data, gennemførelse af analyser og afrapportering. Statens Institut for Folkesundhed har også gennemført en pilotevaluering af *LÆR AT TACKLE angst og depression* for unge i 10 kommuner i 2017. Projektgruppen fra Statens Institut for Folkesundhed består af forsker Susan Andersen, ph.d.-studerende Marie Pil Jensen, professor Lau Caspar Thygesen og seniorforsker Maj Britt Dahl Nielsen (projektleder). Professor Anne Mette Skovgaard har været intern reviewer på rapporten.

God læselyst.



Morten Grønbæk
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Indhold

Læsevejledning	6
Konklusion og resumé	7
Baggrund	9
Formål og evalueringsspørgsmål	10
Kurset	10
Målgruppe.....	11
Metode	12
Udvælgelse af interventions- og kontrolgrupper	12
Variable til matching.....	14
Effektmål.....	15
Analyser.....	16
Resultater	18
Karakteristika for interventions- og kontrolgruppe	18
Sociodemografiske karakteristika.....	18
Brug af sundhedsvæsen og sociale foranstaltninger	19
Forældrenes sociodemografiske karakteristika og brug af sundhedsydelser	22
Uddannelse og beskæftigelse ved baseline.....	26
Effekter på uddannelse og beskæftigelse	29
Unge i uddannelse	29
Unge i beskæftigelse.....	30
Unge der er ledige.....	31
Unge med ukendt status	32
Udvikling i interventionsgruppen opdelt på self-efficacy	32
Diskussion og konklusion	34
Arbejdsmarkeds- og uddannelsesstatus	34
Self-efficacy	35
Styrker og svagheder ved evalueringdesignet	36
Konklusion.....	37
Referencer	38
Bilag: Kodning til propensity score matching	39

Læsevejledning

Efter denne læsevejledning følger andet kapitel, **Konklusion og resumé**, som omfatter evalueringens overordnede konklusion og et resumé af evalueringens hovedresultater. I tredje kapitel, **Baggrund**, gennemgår vi formålet med evalueringen og baggrunden for og elementerne i LÆR AT TACKLE-kurserne. Kapitlet afsluttes med en kort beskrivelse af inklusions- og eksklusionskriterier for deltagelse i kurserne. Fjerde kapitel, **Metode**, omfatter en beskrivelse af procedurerne for udvælgelse af interventions- og kontrolgruppen, en gennemgang af datakilder og effektmål samt effektanalyser. Det femte kapitel, **Resultater**, omfatter en præsentation af karakteristika ved deltagerne i interventions- og kontrolgruppen, efterfulgt af effektanalyserne af deltagerens uddannelses- og arbejdsmarkedsstatus efter 8 måneder og af sammenhængen med self-efficacy. Rapporten afsluttes med en diskussion af styrker og svagheder ved det valgte studiedesign og af resultaterne.

Konklusion og resumé

LÆR AT TACKLE angst og depression har til formål at lære den enkelte at håndtere angst- og depressionssymptomer i dagligdagen samt de udfordringer, der ellers kan være i hverdagen med angst og depression. Kurset bygger på den social kognitive teori kaldet self-efficacy, som er et udtryk for en persons tiltro til egne evner på et givent område. Kurset består af syv moduler, hvor to særligt uddannede instruktører underviser i 2,5 time én gang om ugen i syv uger. Kurserne er baseret på en peer-to-peer tilgang, hvilket betyder, at instruktørerne har personlig erfaring med angst og/eller depression, sådan at de kan fungere som inspiration og positive rollemodeller for kursisterne. Denne rapport præsenterer resultaterne af anden del af effektevalueringen af kurset *LÆR AT TACKLE angst og depression* for unge i alderen 15-25 år.

Det primære formål med effektevalueringen har været at belyse udviklingen i kursisters angst- og depressionssymptomer og self-efficacy. Resultaterne af disse analyser blev afrapporteret i en tidligere rapport, hvor vi fandt et fald i kursisters angst- og depressive symptomer og en stigning i deres self-efficacy. Formålet med nærværende rapport er at undersøge, om kurset også har en effekt på kursisters uddannelses- og arbejdsmarkedsstatus. Det har vi gjort ved at matche kursisterne med unge, som ligner kursisterne på udvalgte parametre, for at kunne sammenligne de to grupper. Analyserne er baseret på data fra en række forskellige registre vedrørende deltagernes sociodemografiske og helbreds-mæssige karakteristika, herunder kontakt til psykiatrien, samtaleterapi hos egen læge og/eller psykolog og brug af udvalgte psykofarmaka.

Et af inklusionskriterierne for at deltage i kurset er, at den unge har eller tidligere har haft symptomer på angst og depression. Det er dog ikke et krav, at de har fået stillet en diagnose eller har været i behandling. En svaghed ved det valgte design er derfor, at vi ikke har information om angst- og depressive symptomer i registrene, men kun brug af sundhedsydelser. Selvom vi i analyserne har sikret, at kontrolgruppen ligner kursisterne på en lang række forskellige parametre, så kan vi ikke udelukke, at der er forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen, som vi ikke fanger med registerdata, da vi ikke direkte kan matche på graden af angst- og depressive symptomer.

Karakteristika ved interventions- og kontrolgruppen

Det er cirka en fjerdedel (26 %) i interventions- og kontrolgruppen, som har indløst recepter på antidepressive midler, mens 11 % har indløst recept på sovemedicin, og 9 % har indløst recept på ADHD-medicin. Vi finder også, at 10 % i kontrolgruppen og 9 % i interventionsgruppen har indløst recept på antipsykotiske midler. Det er en lille andel (2 % interventionsgruppen; 3 % kontrolgruppen), som har været indlagt på sygehus eller modtaget ambulant behandling for angst og/eller depression. Der er lidt flere, som har været i samtaleterapi hos egen læge (13 % interventionsgruppen; 14 % kontrolgruppen), mens omkring 7 % i begge grupper har set en psykolog eller talt med en psykiater.

Selv-efficacy i interventionsgruppen

Vi finder, at der er sammenhæng mellem graden af self-efficacy ved baseline og kursisters uddannelsesstatus ved 8 måneders opfølgning, hvor kursister med en lav self-efficacy ved baseline også havde en lavere sandsynlighed for at være i uddannelse ved opfølgningen. Derudover finder vi, at kursisterne forbedrede deres self-efficacy fra baseline til sidste kursusmodul. Blandt unge, der var i uddannelse eller havde ukendt uddannelses- og

arbejdsmarkedsstatus var forbedringen henholdsvis moderat og stor, men forbedringen var lav blandt unge, der var ledige eller i beskæftigelse.

Tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked

Effektanalyserne er opdelt efter deltagernes uddannelses- og arbejdsmarkedsstatus ved baseline. I alt var 52 % af kursisterne i interventionen i gang med en uddannelse ved baseline, mens 24 % var ledige (ikke i gang med en uddannelse og modtog én eller anden form for social ydelse, fx uddannelseshjælp), mens 11 % var i arbejde (og ikke samtidig i uddannelse), og 12 % havde ukendt status (dvs. ikke i uddannelse/beskæftigelse eller modtog nogle former for sociale ydelser).

Helt overordnet peger analyserne på, at kurset har virket forskelligt på forskellige grupper af unge:

- Vi finder en positiv effekt blandt de kursister, som var ledige ved baseline. Sammenlignet med kontrolgruppen var der flere af kursisterne, som var kommet i uddannelse (16 % i interventionsgruppen; 8 % i kontrolgruppen), mens 8 % i begge grupper var kommet i arbejde. Der er lidt færre i interventionsgruppen, som stadig var ledige efter 8 måneder (58 % i interventionsgruppen; 63 % i kontrolgruppen), eller som havde ukendt status (18 % i interventionsgruppen; 22 % i kontrolgruppen).
- Vi finder ligeledes en positiv uddannelseseffekt at blandt dem, der var i beskæftigelse ved baseline. Der er en større andel blandt kursisterne (27 %) end blandt kontroldeltagerne (18 %), som kom i uddannelse. Der er til gengæld en lavere andel i interventionsgruppen, som stadig var i beskæftigelse, og en større andel, der blev ledige.
- Blandt de kursister, som hverken var under uddannelse, i beskæftigelse eller modtog nogle former for sociale ydelser, finder vi også tegn på en positiv progression, selvom forskellen mellem interventions- og kontrolgruppen ikke er statistisk signifikant. For eksempel finder vi, at der var færre kursister, der fortsat ikke var i gang med en uddannelse eller modtog nogle sociale ydelser. Det skyldes især, at flere af kursisterne overgik til ledighed.
- Vi finder til gengæld en negativ effekt blandt de kursister, som allerede var i uddannelse ved baseline. Denne gruppe udgjorde 52 % af kursisterne. Ved opfølgningen var færre i interventionsgruppen fortsat i uddannelse (71 % i interventionsgruppen; 79 % i kontrolgruppen), ligesom færre var i beskæftigelse, og flere var blevet ledige eller ikke var i gang med en uddannelse og ikke modtog nogle sociale ydelser. Forskellene bliver dog mindre, når vi udelukkende ser på unge over 18 år.

Analyserne peger altså på, at især de mere sårbare unge har haft gavn af kurset set i forhold til uddannelse og arbejde. Analyserne skal dog tages med det forbehold, at de viste effekter også kan afspejle forskelle i interventions- og kontrolgruppens mentale sundhed ved baseline. Det skyldes, at kontrolgruppen er etableret ved at udvælge unge, der ligner de unge kursister mest muligt ved hjælp af propensity scores matching baseret på data fra en række registre. Da vi kun kan matche på behandling og ikke direkte på symptomer, og da det ikke er alle unge med angst eller depression, som modtager behandling for deres sygdom, kan vi ikke udelukke, at de to grupper adskiller sig i forhold til deres symptombelastning.

Baggrund

Flere børn og unge diagnosticeres med angst og depression, og antallet af unge, som mistrives, er stødt stigende. Tal fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at antallet af børn og unge under 18 år med depression og angst er blevet tredoblet i perioden 2006 til 2016. I 2006 havde 2.354 børn og unge fået en angst- eller depressionsdiagnose, og dette tal var steget til 7.189 i 2016 (Sundhedsstyrelsen, 2017). Denne stigning kan både skyldes, at vi er blevet bedre til at diagnosticere og identificere unge med angst og depression, men kan også være udtryk for, at flere mistrives. Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil peger på, at der er sket en stigning i antallet af unge, der selv rapporterer, at de har dårlig mental sundhed og/eller føler sig generet af symptomer på angst og/eller depression. Stigningen er særligt markant blandt de unge kvinder i alderen 16-24 år. For eksempel er andelen af unge kvinder i denne aldersgruppe, som rapporterer, at de er meget generet af at være nedtrykte, deprimerede eller ulykkelige, steget fra 21 % til 36 % i perioden 2010-2017 (Jensen et al., 2018). Både angst og depression kan få store konsekvenser for den unge.

Ungdomsårene omfatter de sidste skoleår, overgangen til ungdomsuddannelse og perioden, hvor mange begynder at etablere sig på arbejdsmarkedet. Netop her kan psykisk sygdom være afgørende for, om man på længere sigt klarer sig godt socialt og økonomisk. Samtidig sker der store ændringer i de nære sociale relationer, hvor barnets og den unges stærke tilknytning til forældrene skifter karakter, og hvor relationer til venner og kæresten fylder mere og mere. Den overgang kræver gode sociale relationer, hvor unge med psykisk sygdom er i særlig risiko for at opleve ensomhed og eksklusion (Due et al., 2014). Der er derfor et stort behov for indsatser, der kan hjælpe unge med at håndtere deres sygdom og forebygge, at de dropper ud af uddannelse og arbejdsmarkedet, samt hjælpe de unge, der ikke er i gang med uddannelse eller arbejde, med at komme i gang.

LÆR AT TACKLE angst og depression har tidligere været afprøvet blandt voksne over 18 år i 2011-2014, hvor 48 kommuner implementerede kurset for voksne. Forskere fra Aarhus Universitet gennemførte en forskningsevaluering, som blandt andet omfattede et stort randomiseret studie, som viser en positiv effekt på kursisternes angst- og depressionssymptomer samt kursisternes tiltro til at kunne håndtere og kontrollere deres symptomer i dagligdagen (Christensen & Mehlsen, 2016a). SIF gennemførte i 2019 en analyse af udviklingen i de 15-25-årige kursisternes angst- og depressionssymptomer og self-efficacy. Evalueringen viser, at de samme positive resultater kan opnås for unge som for de voksne over 18 år (Kusier et al., 2019).

Formål og evalueringsspørgsmål

Formålet med denne evaluering er at undersøge effekten af kurset *LÆR AT TACKLE angst og depression* for unge i alderen 15-25 år på de unges tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked.

Evalueringsspørgsmål:

- I hvilket omfang kommer deltagerne på kurset *LÆR AT TACKLE angst og depression* i gang med eller fastholdes i uddannelse eller arbejde?
- Er der forskel i tilknytning til uddannelsessystemet eller arbejdsmarkedet for de unge deltagerne på kurset *LÆR AT TACKLE angst og depression* efter kursets ophør sammenlignet med tilsvarende unge, der ikke har været på kurset?

Kurset

LÆR AT TACKLE angst og depression er udviklet af Komiteen for Sundhedsoplysning i samarbejde med Sundhedsstyrelsen på baggrund af en model fra Stanford Universitet, USA (Christensen & Mehlsen, 2016a). Kurset for voksne blev i Danmark udbredt til 48 kommuner. Kurset for unge er initieret på baggrund af kommunernes erfaringer med kurset til voksne og kommunernes ønske om at kunne tilbyde det til unge. *LÆR AT TACKLE angst og depression* for unge i alderen 15-25 år bygger på de samme grundlæggende elementer og teoretiske principper som i *LÆR AT TACKLE angst og depression* for voksne over 18 år. Her er et af de bærende teoretiske elementer den social kognitive teori kaldet self-efficacy, som er et udtryk for en persons tiltro til egne evner på et givent område: For eksempel troen på egne evner i forhold til at kunne håndtere sine symptomer. En persons tiltro til egne evner ses som afgørende for, om vedkommende forholder sig mere eller mindre aktivt eller passivt til sin situation. Har man tiltro til, at det, man gør, medfører et positivt resultat, vil man typisk handle aktivt. Hvis man derimod ikke tror, at man kan stille noget op, vil man heller ikke gøre forsøget (Christensen & Mehlsen, 2016a). På kurserne bliver der derfor arbejdet systematisk med at øge kursisternes self-efficacy i forhold til at håndtere sygdom og symptomer med udgangspunkt i fire forskellige tilgange:

- Tilegnelse af færdigheder til at mestre symptomer og hverdagen med for eksempel uddannelse
- Revurdere årsagen til og muligheden for at tackle sine symptomer
- Spejle sig i positive rollemodeller
- Gruppedynamik

Et andet centralt element i *LÆR AT TACKLE angst og depression* er, at kurserne er baseret på en peer-to-peer tilgang, hvilket betyder, at instruktørerne har personlig erfaring med angst og/eller depression, sådan at de kan fungere som inspiration og positive rollemodeller for kursisterne. Mange af instruktørerne har også tidligere selv deltaget i et *LÆR AT TACKLE angst og depression*-kursus, men det er ikke et krav for at blive instruktør.

Kursets indhold består af syv moduler, hvor der undervises i 2,5 time én gang om ugen i syv uger. Undervisningen gennemføres ud fra en detaljeret manual og varetages af to instruktører. Instruktørerne gennemfører et uddannelses- og certificeringsforløb på i alt fire dage. Derudover modtager instruktørerne vejledning i tre moduler fordelt på de to første kurser. Kravet til

instruktørerne er, at de skal være gode selvhjælpere og have personlig erfaring med angst og/eller depression. Efter deres certificering vurderes kvaliteten af deres undervisning hvert andet år, hvorefter de re-certificeres. Uddannelse og certificering af instruktørerne gennemføres af Komiteen for Sundhedsoplysning ud fra en model, der er besluttet af Komiteen og Sundhedsstyrelsen.

Kursets målgruppe

Kursets målgruppe er unge i alderen 15-25 år, der har symptomer på angst og/eller depression eller har tidligere erfaringer med angst og/eller depression. Kommunerne stod for rekrutteringen af kursisterne. Denne proces er beskrevet i den første evalueringsrapport, som Statens Institut for Folkesundhed publicerede i 2019 (Kusier et al., 2019).

Inklusionskriterier:

Før de unge kan tilbydes en plads på kurset, skal de først deltage i en personlig forsamtale med en kommunal koordinator, der vurderer, om den unge opfylder nedenstående inklusionskriterier:

- Personen er mellem 15 og 25 år.
- Der foreligger selvvaluerede symptomer på angst og/eller depression, eller personen har tidligere erfaringer med angst og/eller depression.
- Der er et ønske om at deltage i en gruppe, og den unge er indstillet på at arbejde med hjælp til selvhjælp.
- Personen kan modtage og bearbejde information på et niveau, hvor det vurderes, at personen vil få et udbytte af kurset.
- Personen deltager frivilligt.
- Der er ikke tegn på aggressiv adfærd.

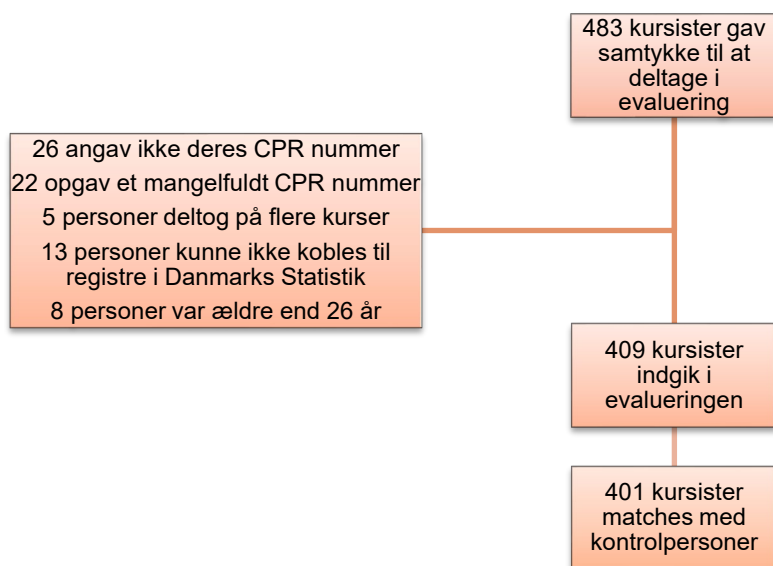
Metode

Effektmålingen af *LÆR AT TACKLE angst og depression*-kursets betydning for beskæftigelse og uddannelse er udformet som et prospektivt studie med en matchet kontrolgruppe, hvor vi bruger propensity score matching. Denne metode går ud på, at for hver kursisdeltager findes personer med de samme observerbare karakteristika, der ikke har deltaget i kurset. Effekten af kurset findes ved at sammenligne udviklingen i den andel, der er tilknyttet en uddannelse eller arbejdsmarkedet, for kursisdeltagere (interventionsgruppen) med udviklingen i andelen blandt de matchede personer, som ikke deltager i kurset (kontrolgruppen). Datagrundlaget for denne effektevaluering er individbaserede registeroplysninger fra forskellige registre i Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Udvælgelse af interventions- og kontrolgrupper

Kommunes *LÆR AT TACKLE angst og depression*-koordinator inviterede de unge kursister til at deltage i evalueringen, hvilke blandt andet omfattede at deltagerne skulle udfylde tre spørgeskemaer. Det var frivilligt at deltage i evalueringen, og deltagelse i evalueringen havde ikke betydning for den unges mulighed for at deltage i kurset. Nærværende evaluering baseres ikke på spørgeskemaerne, men benytter CPR-numre fra de unge, der deltog i evalueringen, til at indhente registerbaserede informationer. Kursisdeltagerne, der deltog i evalueringen med oplysninger om CPR-nummer, blev koblet til registerbaserede data i Danmarks Statistik. Det første spørgeskema (baseline) blev udfyldt før deltagelse i kurset ved en forsamling med koordinator, som både var ansvarlig for udlevering og indsamling af spørgeskemaet. I dette spørgeskema blev kursisterne bedt om at angive deres CPR-nummer.

Som det fremgår af Figur 1, var der 483 kursister, som gav samtykke til at indgå i evalueringen, og af dem afgav 48 personer ikke et fuldstændigt CPR-nummer. Derover var der fem gengangere blandt kursisterne, hvor vi valgte kun at inkludere det første kursus, som personen deltog i. Derudover ekskluderede vi personer, som ikke kunne genfindes i CPR-registret (Danmark Statistiks befolkningsregister), og som ikke var i målgruppen i forhold til alderen 15-25 år. Baseret på det kunne vi inkludere 409 kursister, hvilket var 85 % af de 483 kursister, der indgik i evalueringen. Ud af disse 409 kursister blev 401 kursister matchet med sammenlignelige kontrolpersoner (se nedenfor).



Figur 1 Kursister på *LÆR AT TACKLE angst og depression*, som indgår i den registerbaserede evaluering.

Kontrolgruppen afgrænses ved at være unge i alderen 15-25 år, der per 31. december 2018 boede i en af de kommuner, der deltog i evalueringen (se Tabel 1). Herfra blev kontrolpopulationen genereret ved propensity score matching (Andrade, 2017; Austin, 2011).

Tabel 1 Oversigt over deltagende kommuner i den registerbaserede evaluering.

• Aabenraa	• Gladsaxe	• Kolding	• Randers
• Allerød	• Guldborgsund	• Køge	• Ringsted
• Assens	• Haderslev	• Lyngby-Taarbæk	• Roskilde
• Bornholm	• Halsnæs	• Mariagerfjord	• Silkeborg
• Brøndby	• Herning	• Morsø	• Skanderborg
• Esbjerg	• Hedensted	• Nordfyns	• Skive
• Faxe	• Helsingør	• Nyborg	• Tårnby
• Fredensborg	• Hillerød	• Næstved	• Varde
• Frederiksberg	• Hvidovre	• Odder	• Vejen
• Frederikshavn	• Ishøj	• Odense	• Vejle
• Frederikssund			

Propensity score matching-metoden er baseret på, at man estimerer sandsynligheden for at modtage behandling eller udvælgelse; i dette tilfælde sandsynligheden for at deltage i kurset. Sandsynligheden udtrykkes som et tal mellem 0 og 1 og kaldes propensity score. Til at danne denne propensity score bruges en lang række variable, som karakteriserer kursusedtagerne, og som er relateret til uddannelses- og arbejdsmarkedstilknytning. Formålet med propensity score er at samle informationen i de mange variable ned til et enkelt tal (propensity score), som man så bruger til at matche kontrolpersoner til interventionspersonerne.

Vi har matchet 1:5, det vil sige, at hver kursusedtager er matchet med fem personer, der ikke har deltaget i kurset, men som har lignende propensity score. Der findes forskellige algoritmer til at matche med, og vi har brugt den metode, der hedder "greedy nearest neighbour", hvor der for hver kursusedtager tilfældigt udvælges de fem nærmeste ikke-deltagere (dvs. personer som ligner deltagerne mest muligt på de udvalgte karakteristika). Efter matching sammenlignede vi propensity scores blandt kursusedtagere og kontrolgruppen for at vurdere, om der var overlap. Vi

ekskluderede kursusdeltagere, som havde en større propensity score end nogle af kontrolpersonerne (n=8), samt ekskluderede kontrolpersoner med en lavere propensity score end kursusdeltagerne (n=13,607). Dette kaldes trimming og gennemføres for, at de to grupper (kursusdeltagere og kontrolpersoner) er sammenlignelige.

Variable til matching

For at sikre den bedst mulige kontrolgruppe har vi udvalgt en omfattende række baggrunds-karakteristika. En del variable er målt ved årets begyndelse før start på kurset, dvs. januar 2018. For nogle af variablene har vi set op til adskillige år tilbage i tid. Det gælder fx kontakt til praksis-sektoren og lægemiddelforbrug. Vi har inddraget en lang række variable, som fremgår af Tabel 2 (kodningen kan ses i bilag). Variablene belyser karakteristika ved både de unge og deres forældre.

Tabel 2 Variable og datakilder til propensity score match

Karakteristika	Variable blandt de unge	Variable blandt forældre	Register
Sociodemografi	Køn Alder Boform Bystørrelse for bopæl Etnicitet	Dødsfald	CPR-registeret
Uddannelse og økonomi	Højest fuldførte uddannelse	Højest fuldførte uddannelse	Uddannelsesregisteret
	Karakter ved 9. classes afgangsprøve i: - Skriftlig dansk - Skriftlig matematik Afbrudt ungdomsuddannelse		Elevregisteret
	Overførselsindkomst (minus SU) foregående 5 år Disponibel indkomst for familien	Socioøkonomisk klassifikation	Indkomstregisteret
Støtteforanstaltninger	Forebyggende person- eller familierettede støtte efter Lov om Social Service		Registeret for udsatte børn og unge
	Anbringelse uden for eget hjem		Registeret for udsatte børn og unge
	Specialundervisning i grundskoleskolen		Elevregisteret
Sygdomshistorik	Kontakt til psykiatrien Modtaget psykologhjælp Modtaget samtaleterapi i almen praksis	Kontakt til psykiatrien Modtaget psykologhjælp Modtaget samtaleterapi i almen praksis	Sygesikringsregisteret
	Sygehusindlæggelser eller ambulante behandlinger for angst eller depression		Landspatientregisteret
	Sovemedicin Antipsykotika Antidepressiva Beroligende midler ADHD-medicin		Lægemiddelstatistikregisteret

Effektmål

Effektmålene opgøres som andelen, der 8 måneder efter kursusstart er tilknyttet:

- Uddannelse
- Arbejde
- Sociale ydelser (ledig)
- Ikke registreret i uddannelse, arbejde eller som modtager af sociale ydelser (status ukendt)

Af Tabel 3 fremgår datakilder og måletidspunkter for kodning af henholdsvis uddannelse, beskæftigelse og ledighed. Oplysninger om uddannelse kommer fra Elevregistret og DREAM (SU-ydelse). Oplysninger om arbejdsmarkedstilknytning kommer fra DREAM, hvor variabelen GRAD viser den månedlige beskæftigelsesgrad. Beskæftigelse defineres som alle former for beskæftigelse, hvor der er betalt arbejdsmarkedsbidrag af indtægten.

Tabel 3 Oversigt over kodning og datakilder til måling af tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked

Variabel	Datakilde	Måletidspunkt	
		Baseline	Follow-up
I uddannelse	Elevregistret Supplereret med DREAM (SU-ydelser)	Dato for forsamtale	8 måneder efter
I beskæftigelse	DREAM (GRAD >0) GRAD angiver en persons månedlige beskæftigelsesgrad af indtægt, hvor der betales arbejdsmarkedsbidrag	Måned inden forsamtale	8 måneder efter
Ledig	DREAM (Ydelseskode) Ydelseskoderne angiver, hvilken social ydelse der er givet i den pågældende uge. I denne kategori medtages personer, der har modtaget ydelser, der gives til arbejds- eller uddannelsesparate ledige (fx dagpenge, kontanthjælp til jobparate og uddannelseshjælp til uddannelsesparate). Vi har også placeret unge på sygedagpenge, feriedagpenge og barselsdagpenge i denne kategori. Ligeledes har vi konstrueret en kategori af unge, der modtager ydelser, der gives til "Ikke arbejds- eller uddannelsesparate ledige" (fx passiv kontanthjælp, passiv uddannelseshjælp og ressourceforløb). I denne kategori har vi desuden placeret unge, der er varigt uden for arbejdsmarkedet (fx førtidspension).	Ugen inden forsamtale	8 måneder efter
Ukendt status	Hverken registreret i Elevregistret ift. at være tilmeldt en uddannelse eller DREAM ift. beskæftigelsesgrad eller at modtage sociale ydelser.		

Der er dannet et kombineret udfald til analyserne, hvor uddannelse er prioriteret over beskæftigelse. Personer, der både er registreret som værende i uddannelse og beskæftigelse på samme måletidspunkt, er udelukkende blevet kategoriseret som værende i uddannelse. Ledighed

er opgjort som personer, der ikke var registreret i uddannelse eller beskæftigelse, og som var registreret med en ydelseskode i DREAM.

For hver person er baselinetidspunktet opgjort som dato for forsamlingen, og dato for follow-up er 8 måneder efter baselinedato. De præcise målepunkter er dog forskelligt afhængigt af hvilket register, vi får oplysningerne fra, og hvordan det pågældende register er gjort op. Uddannelse måles ved at være registreret i en uddannelse i Elevregistret på datoen eller ved at være registreret med SU-ydelse i DREAM ugen før. Beskæftigelse måles ved at være registreret med en månedlig beskæftigelsesgrad (GRAD) i DREAM i måneden før datoen. Ledighed er registreret ved at have modtaget en ydelse som registreret i DREAM ugen før datoen. Hvis det ud fra denne kodning ikke er muligt at placere personer i enten uddannelse, beskæftigelse eller ledighed ved baseline, har vi undersøgt status op til otte uger bagud i tid. Ud fra denne opgørelse opstod en restgruppe, som ikke kan placeres i de beskrevne tre grupper (uddannelse, beskæftigelse eller ledig). Vi har placeret dem i gruppen *Status ukendt*. Vi ved, at en lille del af disse unge bor i udlandet, men hovedparten har vi ingen viden om. En mulighed er, at de bor hos forældre eller lignende og bliver forsørget af disse.

Analyser

Effektanalyserne er baseret på et før-og-efter design med en matchet kontrolgruppe. Baseline er dato for forsamlingen for interventionspersonerne, og de matchede kontrolpersoner har fået tildelt den samme baselinedato. Follow-up er 8 måneder efter baselinedatoen. Kontrolgruppen er som beskrevet matchet på alle kendte karakteristika ved hjælp af propensity score, hvor der for hver kursUSDeltager er matchet fem kontrolpersoner.

Der er foretaget en deskriptiv analyse af, i hvilken grad der er opnået balance på alle inkluderede variable mellem interventions- og kontrolgruppen. Dernæst er effektanalyserne udført ved at dele analyserne op efter de unges tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked ved kursusstart:

1. I uddannelse
2. I beskæftigelse
3. Ledig
4. Status ukendt

Inden for hver af de fire grupper opgøres andelen af kursUSDeltagere sammenlignet med kontrolgruppen, der er i uddannelse, beskæftigelse, ledig eller status ukendt ved 8-måneders-opfølgningen. Vi har lavet chi²-test for at teste forskellen mellem interventions- og kontrolgruppen. Resultaterne anses som statistisk signifikante ved en p-værdi på mindre end 0.05.

Vi har gentaget hver af analyserne, hvor vi udelukkende inkluderer unge, der er 18 år eller ældre. For nogle af grupperne har vi desuden suppleret med yderligere analyser.

Derudover har vi undersøgt self-efficacy i interventionsgruppen. Denne analyse kan udelukkende udføres for interventionsgruppen, da self-efficacy er selvrapporteret og målt i spørgeskemaet. Vi har inddraget self-efficacy i forhold til tro på at kunne håndtere symptomer. Det drejer sig om seks spørgsmål, som er taget fra Personal Control-skalaen (Moss-Morris et al., 2002), der er en del af det spørgeskema, der hedder Illness Perception Questionnaire. Kursisterne er blevet bedt om at angive deres syn på deres symptomer med seks spørgsmål, for eksempel: "Der er meget, jeg kan

gøre for at kontrollere mine symptomer". I en logistisk regressionsanalyse er sammenhængen mellem lav self-efficacy og tilknytning til uddannelse blevet undersøgt. Dernæst undersøgte vi ændring i kursisternes self-efficacy fra baseline (før kursusstart) til sidste kursusmodul, opdelt efter de unges tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked ved baseline. Til at måle og sammenligne størrelsen i denne ændring blev Cohen's d anvendt. Cohen's d blev defineret som forskellen mellem gennemsnittet af de to målinger divideret med standardafvigelse for data ved baseline. Cohen's d værdier kan tolkes som at 0,2 anses for at være en lille ændring, 0,5 for en moderat ændring og over 0,8 for en stor ændring.

Alle analyser er udført i SAS v. 9.4.

Resultater

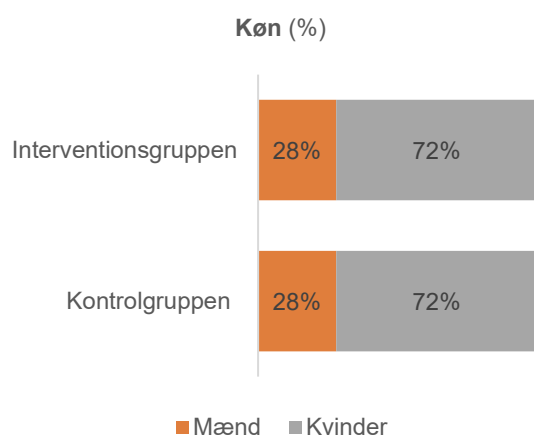
I dette kapitel præsenterer vi resultaterne af effektanalyserne. Det første afsnit viser alle variable, som er brugt til at matche kontrolpersoner til kursisterne. De efterfølgende to afsnit viser effektanalyserne på henholdsvis uddannelse- og arbejdsmarkedstilknytning. Det sidste afsnit vedrører resultater udelukkende i interventionsgruppen, hvor der ses på udviklingen i self-efficacy.

Karakteristika for interventions- og kontrolgruppe

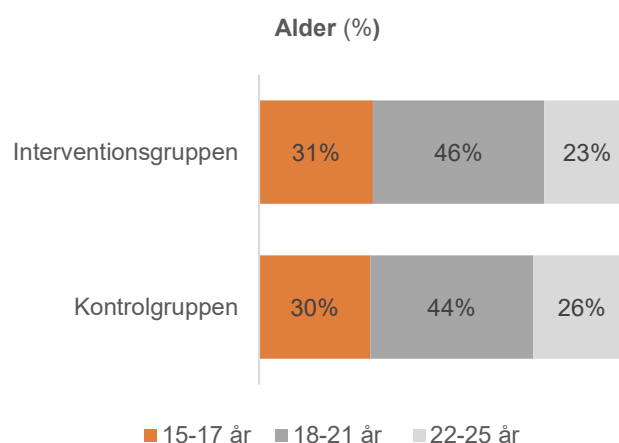
I dette kapitel beskriver vi karakteristika ved interventions- og kontrolgruppen baseret på de variable, der er blevet brugt til at matche kontrolgruppen, sådan at de to grupper er sammenlignelige på en række forskellige sociodemografiske og helbredsmæssige forhold.

Sociodemografiske karakteristika

Figur 2 viser, at 72 % af kursisterne i interventions- og kontrolgruppen er kvinder, og Figur 3 viser, at cirka en tredjedel er under 18 år, ved baseline. Langt de fleste i både interventions- (96 %) og kontrolgruppen (95 %) er etniske danskere (tal ikke vist i figur).



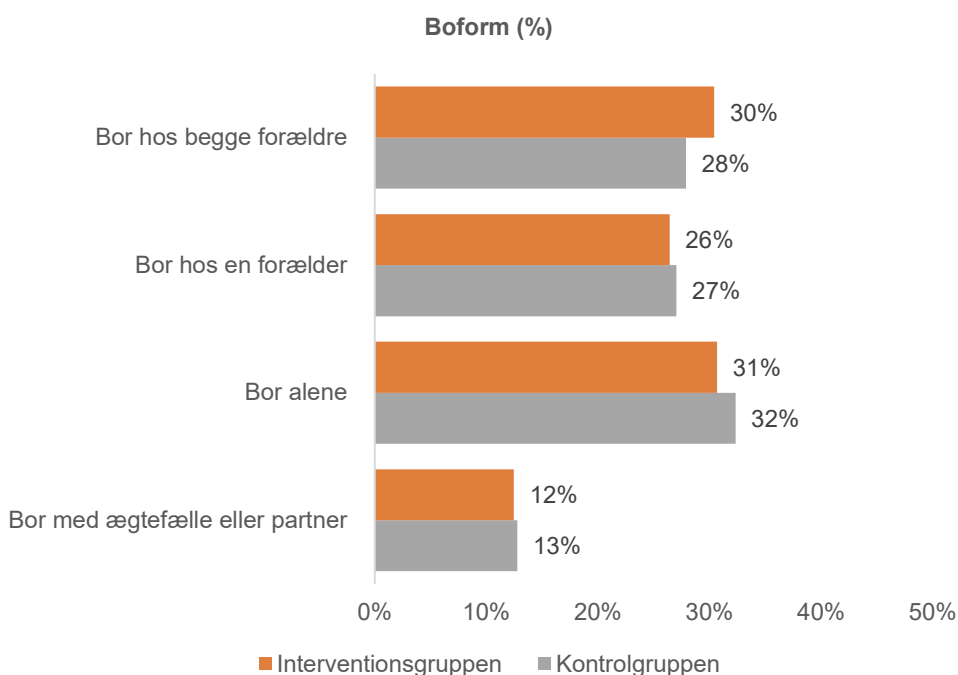
Figur 2 Andel af mænd og kvinder i interventions- og kontrolgruppen



Figur 3 Aldersfordeling i interventions- og kontrolgruppen

Figur 4 viser, hvem deltagerne bor sammen med ved baseline. Som vist i figuren bor de fleste sammen med én eller begge forældre (56 % i interventionsgruppen; 55 % i kontrolgruppen). De øvrige deltagere bor alene (31 % i interventionsgruppen; 32% i kontrolgruppen) eller med

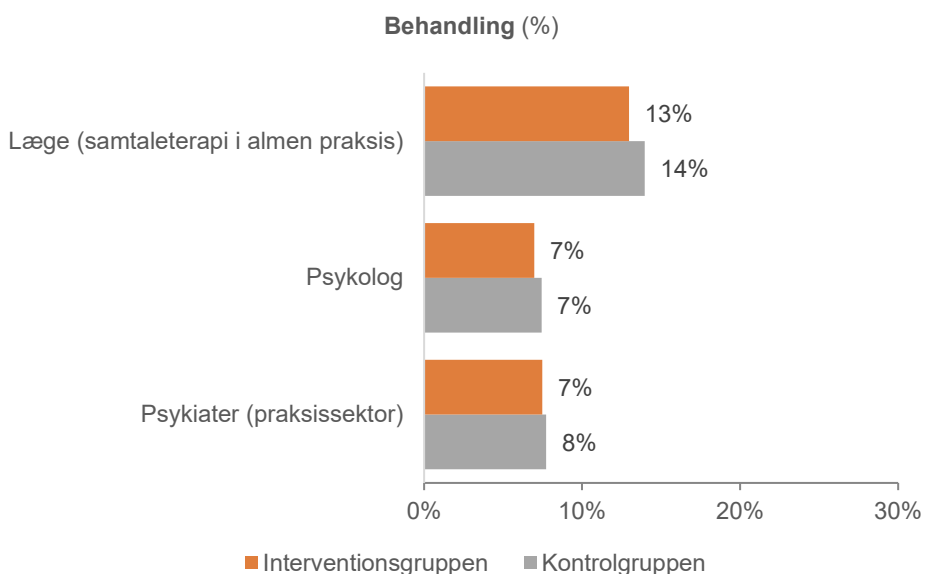
ægtefælle eller partner (12 % i interventionsgruppen; 13% i kontrolgruppen). Omkring 5 % i begge grupper har mistet én eller begge forældre (tal ikke vist i figur).



Figur 4 Boform i interventions- og kontrolgruppen (2017-2018)

Brug af sundhedsvæsen og sociale foranstaltninger

Figur 5 viser andelen af deltagere, som havde kontakt til egen læge, en psykolog eller en psykiater før kursusstart i 2017. Figuren viser, at 13 % i interventionsgruppen og 14 % i kontrolgruppen har modtaget samtaleterapi fra egen læge i almen praksis. I alt har 7 % modtaget psykologhjælp, og 7 % i interventions- og 8 % i kontrolgruppen har haft kontakt med en psykiater.

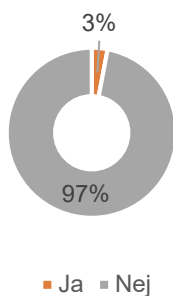


Figur 5 Behandling i praksissektoren i interventions- og kontrolgruppen (2017)

Note: Psykiater inkluderer ikke besøg på skadestuer og behandlinger på hospitaler, mens vagtlægeydelse – også for vagtlæger, der fysisk har praksis på hospitalets område – indgår.

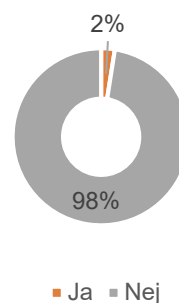
Kun en mindre del (3 % i interventionsgruppen; 2 % i kontrolgruppen) har været indlagt eller modtaget ambulante behandling på et sygehus for angst og depression i perioden 2013-2017 (Figur 6 og Figur 7).

Sygehusindlæggelser eller ambulante behandlinger for angst eller depression blandt interventionsgruppen (%)



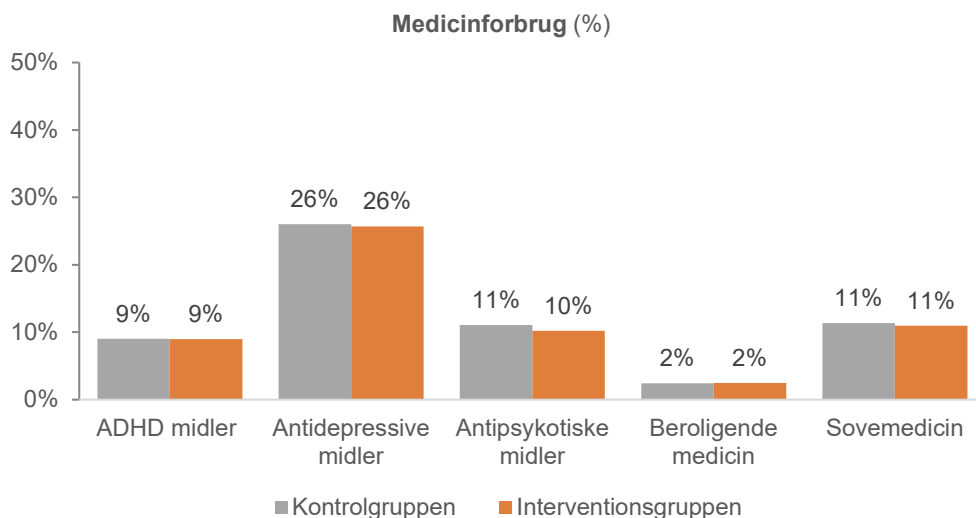
Figur 6 Sygehusindlæggelser eller ambulante behandlinger for angst eller depression blandt interventionsgruppen (2013-2017)

Sygehusindlæggelser eller ambulante behandlinger for angst eller depression blandt kontrolgruppen (%)



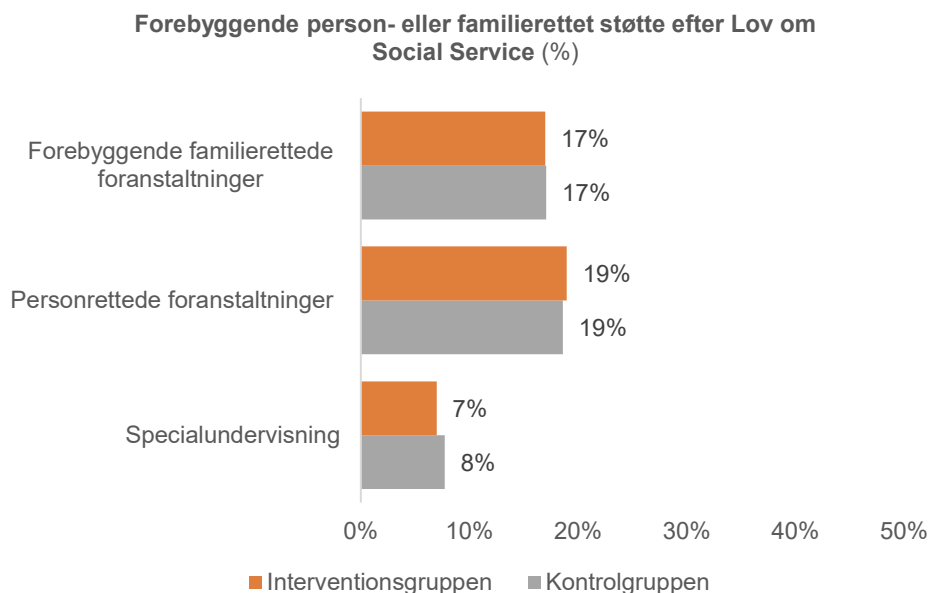
Figur 7 Sygehusindlæggelser eller ambulante behandlinger for angst eller depression blandt kontrolgruppen (2013-2017)

Omkring en fjerdedel (26 %) af deltagerne i begge grupper har indløst en recept på antidepressive midler i perioden 2008-2018, og antidepressiv medicin udgør dermed den hyppigst anvendte form for medicin (Figur 8). Blandt begge grupper har 11 % indløst en recept på sovemedicin og 9 % en recept på ADHD-midler. Derudover har 11 % i kontrolgruppen og 10 % i interventionsgruppen indløst en recept på antipsykotiske midler.



Figur 8 Medicinforbrug interventions- og kontrolgruppen (i perioden 2008-2018)

Figur 9 viser andelen af deltagere, som i 2017 modtog forebyggende familierettede¹ og personrettede foranstaltninger og specialundervisning. Figuren viser, at 17 % i interventions- og kontrolgruppen har modtaget familierettede foranstaltninger, mens 19 % har modtaget personrettede foranstaltninger (i begge grupper). Derudover har 7 % i interventions- og 8 % i kontrolgruppen modtaget specialundervisning. Ligeledes har 7 % i interventionsgruppen og 8 % i kontrolgruppen været anbragt uden for hjemmet (tal ikke vist i figur).



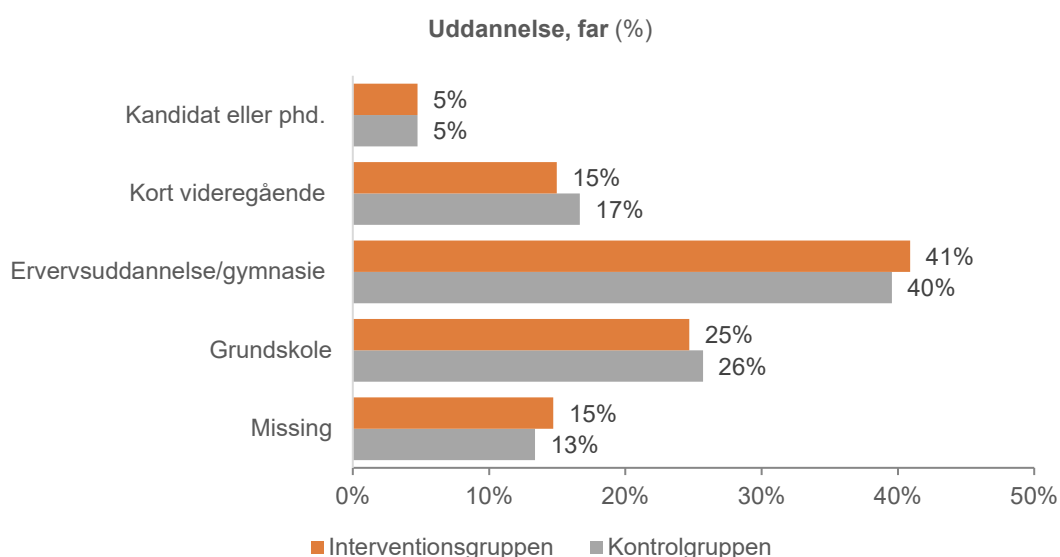
Figur 9 Sociale foranstaltninger interventions- og kontrolgruppen (i 2017)

¹ Familierettet støtte kan være alt fra særlig konsulentbistand og rådgivning til forskellige former for økonomisk støtte

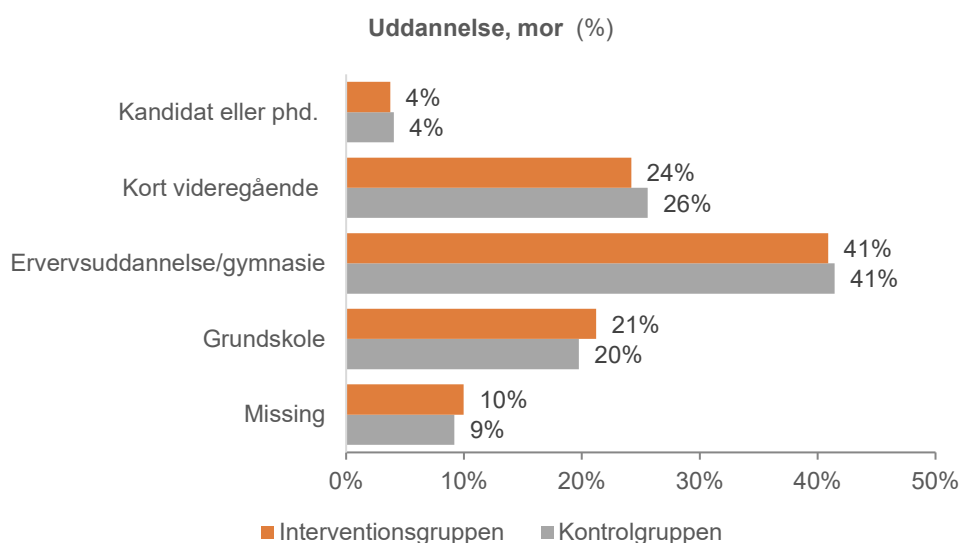
Forældrenes sociodemografiske karakteristika og brug af sundhedsydelse

Dette afsnit omhandler forældrenes sociodemografiske og helbredsmæssige karakteristika – herunder deres uddannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet samt kontakt til sundhedsvæsenet og brug af psykofarmaka.

Som vist i Figur 10 er grundskolen den højest gennemførte uddannelse blandt 25 % af fædrene i interventionsgruppen og 26 % i kontrolgruppen. Samtidig viser Figur 11, at andelen med grundskolen som højest gennemførte uddannelse er 41 % blandt mødrene (i begge grupper).

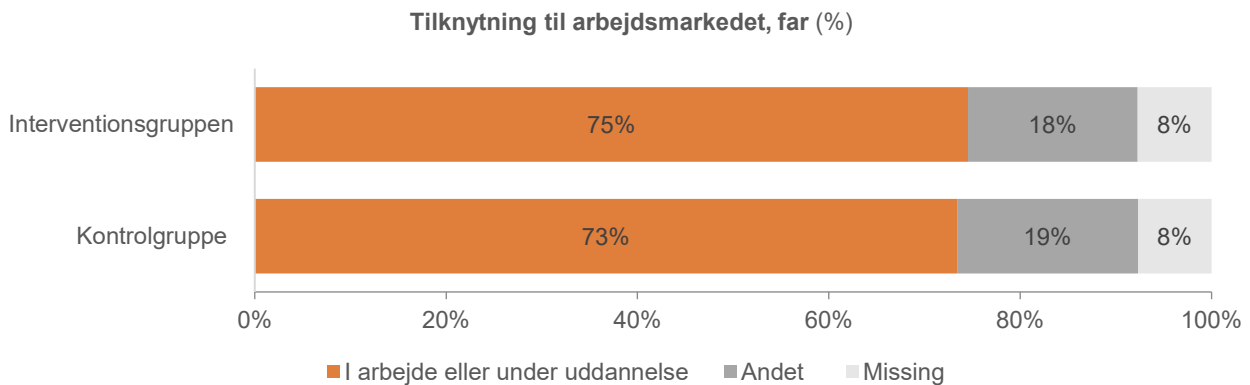


Figur 10 Fædres højest gennemførte uddannelse i interventions- og kontrolgruppen

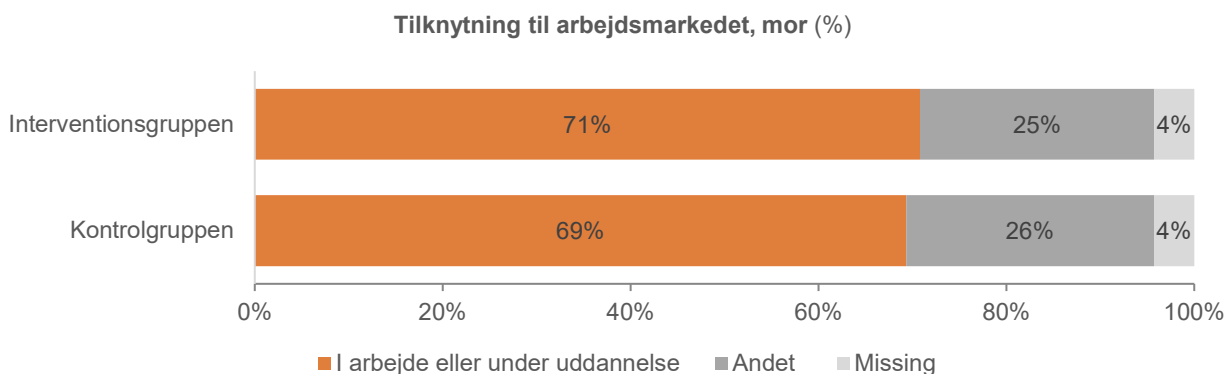


Figur 11 Mødres højest gennemførte uddannelse i interventions- og kontrolgruppen

Figur 12 viser andelen af fædre, som er i arbejde eller uddannelse. Gruppen "Andet" omfatter fædre, som er ledige i minimum halvdelen af året, fædre, som modtager kontakthjælp eller er på førtidspension, efterløn eller var folkepensionister eller lignende. Blandt deltagerne i interventionsgruppen er 75 % af fædrene i arbejde eller under uddannelse, mod 73 % af fædrene i kontrolgruppen. På samme måde viser Figur 13, at 71 % af deltagerens mødre i interventionsgruppen er i arbejde eller uddannelse mod 69 % i kontrolgruppen.

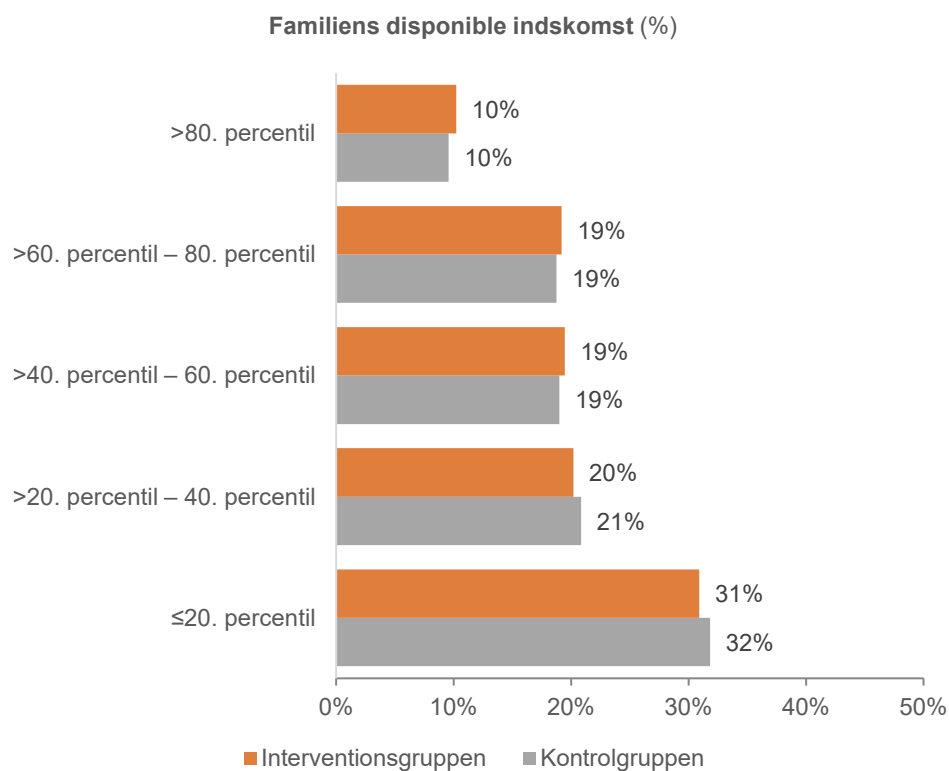


Figur 12 Fædres tilknytning til arbejdsmarkedet i 2017



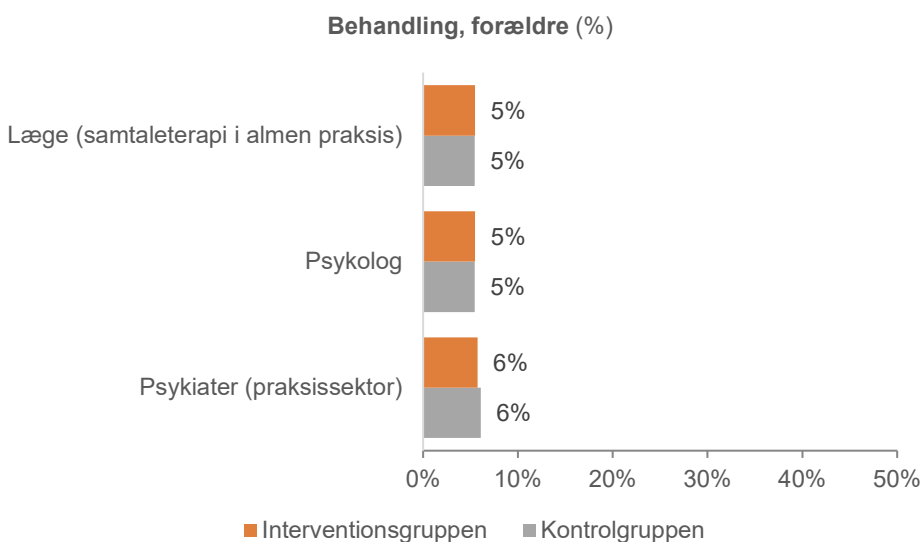
Figur 13 Mødres tilknytning til arbejdsmarkedet i 2017

Figur 14 viser familiens samlede disponible indkomst i interventions- og kontrolgruppen. Vi har opdelt familiers disponible indkomst i fem lige store grupper (kvintiler) for alle unge i aldersgruppen 15-25 år i de deltagende kommuner. Blandt både interventions- og kontrolgruppen har næsten en tredjedel af de unges familie en familieindkomst, der svarer til den laveste 20 % af baggrundsbefolkningen.



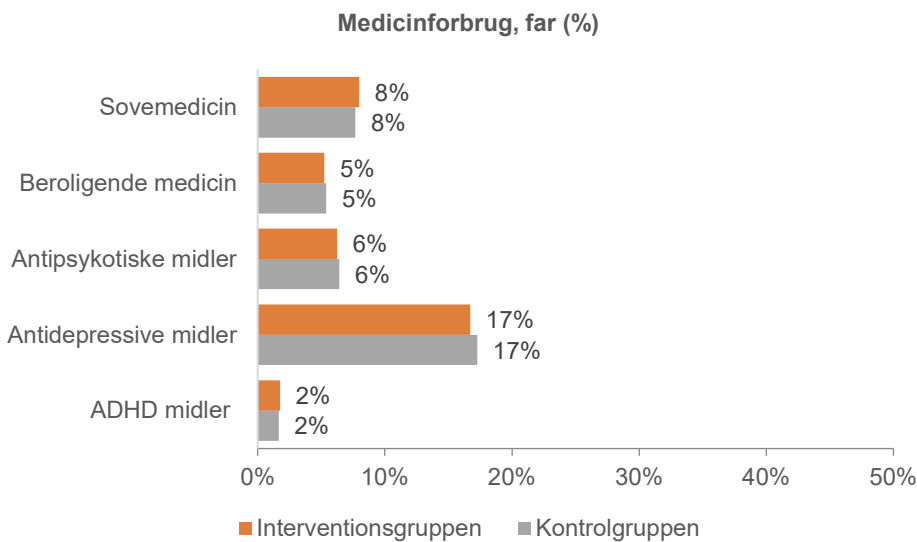
Figur 14 Familiens disponible indkomst (2017)

Figur 15 viser andelen af deltagere, hvor mindst én af forældrene i 2017 har henholdsvis modtaget samtaleterapi hos egen læge, haft kontakt med en psykolog eller haft kontakt med en psykiater. Som vist i figuren har 5 % af deltagerne en forælder, der har haft kontakt med egen læge eller en psykolog, og 6 % har haft kontakt med en psykiater.

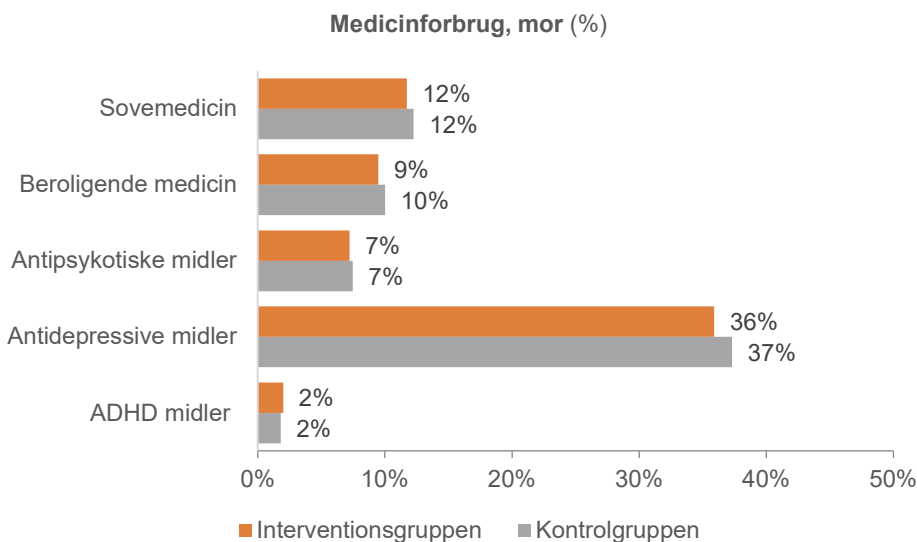


Figur 15 Forældrenes kontakt med praksissektoren i interventions- og kontrolgruppen (2017)

Figur 16 og Figur 17 viser andelen af fædre og mødre, som har indløst recepter på psykofarmaka. Som vist i Figur 16 er antidepressive midler det mest anvendte medikament blandt fædre (17 % i begge grupper) og mødrene (36 % blandt interventionsgruppen; 37 % blandt kontrolgruppen). Som det fremgår af de to figurer, er der en højere andel blandt mødre end blandt fædre, som har indløst en recept på antidepressive midler. Det samme gælder også sovemedicin og beroligende medicin, mens 2 % af både mødre og fædre i interventions- og kontrolgruppen har indløst en recept på ADHD-midler.



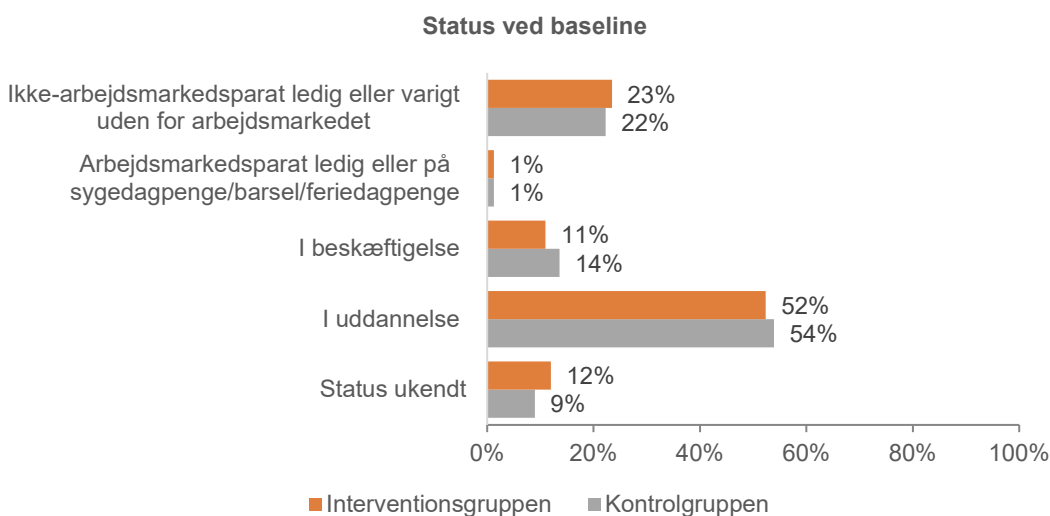
Figur 16 Fædres medicinforbrug i interventions- og kontrolgruppen (i perioden 2008-2018)



Figur 17 Mødres medicinforbrug i interventions- og kontrolgruppen (i perioden 2008-2018)

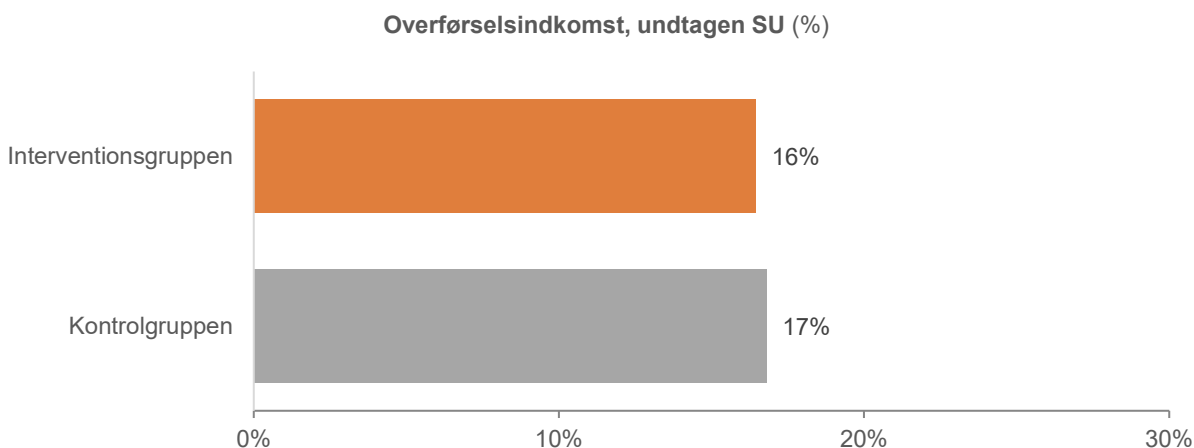
Uddannelse og beskæftigelse ved baseline

I dette afsnit viser vi andelen af interventions- og kontroldeltagerne, der ved baseline (det vil sige inden kursusstart) var i uddannelse eller beskæftigelse. Som vist i Figur 18 var lidt over halvdelen i gang med en uddannelse (52 % i interventionsgruppen; 54 % i kontrolgruppen). En mindre del var i beskæftigelse (11 % i interventionsgruppen; 14 % i kontrolgruppen), mens omkring en fjerdedel var ledige (24 % i interventionsgruppen; 23 % i kontrolgruppen). Derudover var der en restgruppe (12 % i interventionsgruppen; 9% i kontrolgruppen), som ikke var i de ovenstående kategorier, denne restgruppe fremgår som "Status ukendt".



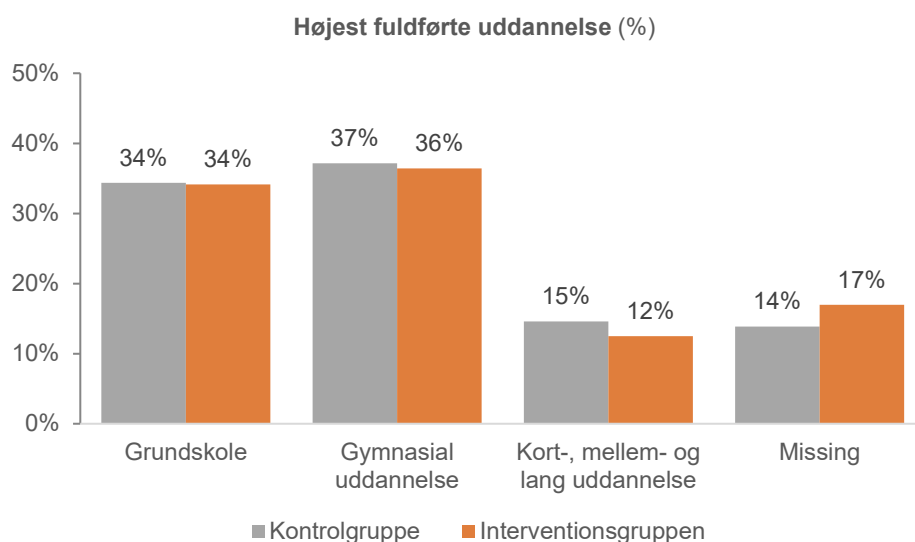
Figur 18 Uddannelses- og arbejdsmarkedsstatus ved baseline

Figur 19 viser andelen af deltagere, som i perioden 2013-2017 har modtaget én eller anden form for overførselsindkomst (undtagen SU). Som det fremgår af figuren, modtog 16 % i interventionsgruppen og 17 % i kontrolgruppen overførselsindkomst i denne periode.



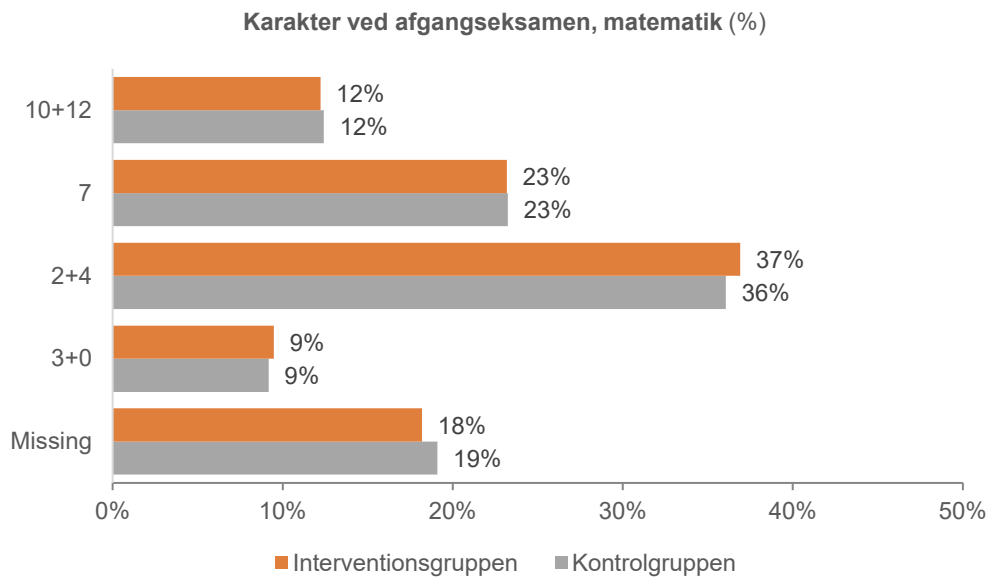
Figur 19 Andel af deltagere i interventions- og kontrolgruppen, som modtog én eller anden form for overførselsindkomst, undtagen SU (i perioden 2013-2017)

Som vist i Figur 20 har 34 % af deltagerne grundskole som den højest fuldførte uddannelse, mens 12 % i interventionsgruppen og 15 % i kontrolgruppen har gennemført en kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse. En stor andel af deltagerne i kategorien ”Missing” er i gang med deres grunduddannelse og har dermed endnu ikke gennemført en uddannelse. I alt havde 40 % i interventionsgruppen og 39 % i kontrolgruppen afbrudt en uddannelse (tal ikke vist).

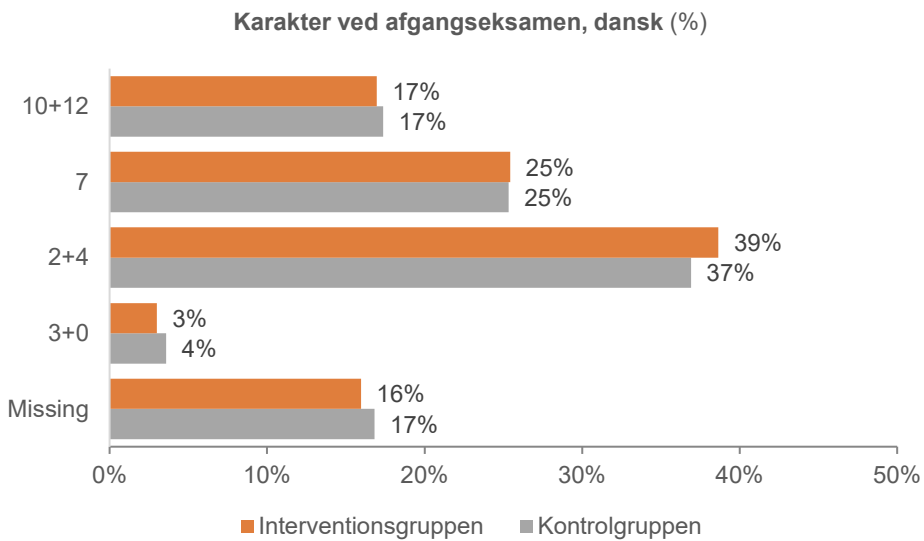


Figur 20 Højest fuldførte uddannelse i interventions- og kontrolgruppen

Figur 21 viser karakteren i skriftlig matematik ved 9. klasses afgangseksamen, og Figur 22 viser karakteren i skriftlig dansk. Som vist i figurerne har 9 % ikke bestået eksamen i matematik (har fået karakteren 0 eller -3), mens 3 % i interventionsgruppen og 4 % i kontrolgruppen ikke har bestået deres danskeksamen. Derudover ses det, at 12 % har fået karakteren 10 eller 12 i matematik, mens 17 % har fået karakteren 10 eller 12 i dansk (ingen forskel på interventions- og kontrolgruppen).



Figur 21 Karakter ved afgangseksamen i matematik i interventions- og kontrolgruppen



Figur 22 Karakter ved afgangseksamen i dansk i interventions- og kontrolgruppen

Effekter på uddannelse og beskæftigelse

I dette afsnit præsenterer vi effektmålinger på tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked, hvor analyserne er delt op efter, hvilken gruppe de unge var i ved målingen før kursusstart:

- I uddannelse
- I beskæftigelse
- Ledig, dvs. modtager en social ydelse
- Status ukendt, dvs. hverken registreret i uddannelse eller beskæftigelse eller som modtager af en social ydelse

Derudover er der suppleret med forskellige analyser afhængigt af hvilken gruppe, vi ser på. Alle analyser er udført separat for unge, der er 18 år eller ældre. For gruppen, der var i uddannelse, analyseres desuden på overgange fra uddannelse samt separat for unge, der var i gang med en uddannelse over grundskoleniveau. For gruppen, der var i beskæftigelse ved kursusstart, suppleres med analyser om graden af beskæftigelse, og for gruppen, der modtog sociale ydelser ved kursusstart, suppleres med analyser om typen af sociale ydelser i forhold til at være uddannelses- eller jobparat.

Unge i uddannelse

Tabel 4 viser effekten af kurset på uddannelses- og arbejdsmarkedstilknytning blandt dem, der var i uddannelse inden kursusstart. Det ses at andelen af unge, der fortsat er i uddannelse efter 8 måneder, er lavere i interventionsgruppen (71 %) end i kontrolgruppen (79 %).

Tabel 4 Uddannelses- og arbejdsmarkedstilknytning efter otte måneder blandt unge, der var i uddannelse ved baseline

	Interventionsgruppen (N=210)	Kontrolgruppen (N=1,081)
Uddannelse	71%	79%
Beskæftigelse	9%	10%
Ledig	9%	3%
Status ukendt	12%	10%

Chi2-test: $p < 0.0001$

Analysen er blevet gentaget med unge, som er 18 år eller ældre (Tabel 5). Denne analyse viser, at andelen af unge, der fortsat er i uddannelse efter 8 måneder, er næsten det samme i interventionsgruppen (67 %) som i kontrolgruppen (70 %). Derimod er der en lavere andel i interventionsgruppen end i kontrolgruppen, som er i beskæftigelse (8 % versus 16 %) og en større andel, der er ledige (14 % versus 5 %).

Tabel 5 Andel med uddannelses- og arbejdsmarkedstilknytning blandt unge ≥ 18 år

	Interventionsgruppen (N=123)	Kontrolgruppen (N=580)
Uddannelse	67%	70%
Beskæftigelse	8%	16%
Ledig	14%	5%
Status ukendt	11%	9%

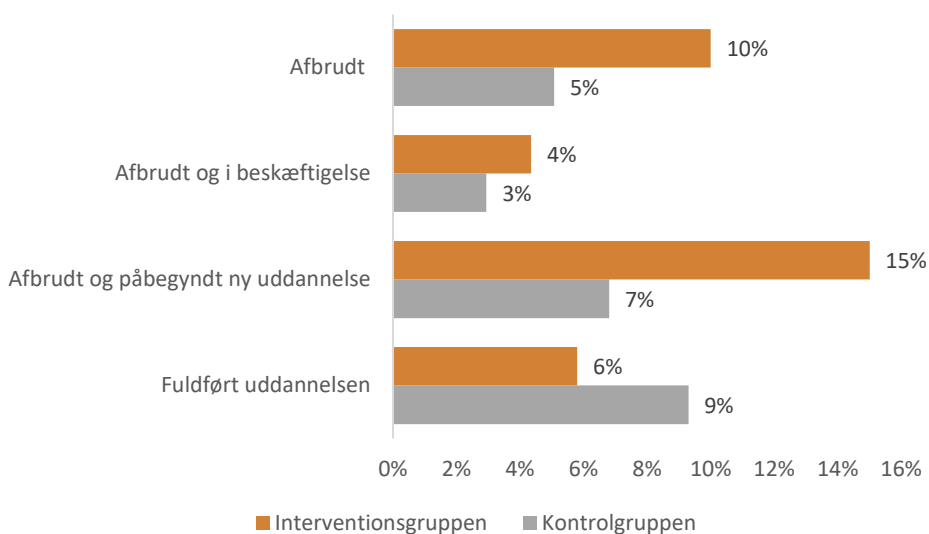
Chi2-test: $p = 0,002$

Resultater om uddannelsesforløb blandt unge over grundskoleniveau

Nogle af de unge er i gang med deres grundskole ved kursusstart. Da grundskolen udgør en anden type uddannelsesforløb end uddannelser over grundskoleniveau, har vi gentaget vores analyser med unge, som var over grundskoleniveau ved kursusstart og fulgt dem i forhold til deres uddannelsesforløb.

Vi har ikke oplysninger om uddannelsesniveau for alle personer. De personer, der er registreret i Elevregistret, er mulige at følge i løbet af de 8 måneder, som vi ser på. Der er dog 121 personer (26 i interventionsgruppen og 95 i kontrolgruppen), som udelukkende er registreret med en SU-ydelse. Derfor kan vi ikke følge disse personer i forhold til, om de fx får afsluttet deres uddannelse i opfølgingsperioden.

Figur 23 viser uddannelsesforløb for dem, der er i en uddannelse over grundskoleniveau ved kursusstart. Her ses det, at 6 % i interventionsgruppen og 9 % i kontrolgruppen har gennemført deres uddannelse ved opfølgningstidspunktet, mens 15 % i interventionsgruppen og 7 % i kontrolgruppen har afbrudt deres uddannelse, men er i en ny uddannelse ved opfølgningstidspunktet. Der er en større andel i interventionsgruppen, der har afbrudt deres uddannelse uden at have gennemført den eller skiftet til anden uddannelse (14 % i interventionsgruppen; 8 % i kontrolgruppen).



Figur 23 Forløb af uddannelsen blandt unge, der var over grundskoleniveau ved baseline (N=994)

Chi2-test: $p < 0,001$

Unge i beskæftigelse

Tabel 6 viser, at blandt dem, der var i beskæftigelse ved baseline, er der en større andel i interventionsgruppen end kontrolgruppen, som er blevet tilknyttet en uddannelse ved opfølgningen (27 % versus 18 %). Der er til gengæld en lavere andel i interventionsgruppen, som er i beskæftigelse, og en større andel, der er ledige. Når analysen gentages for dem, der er 18 år (Tabel 7) eller ældre, ses den samme udvikling i tilknytning til uddannelse.

Tabel 6 Uddannelses- og arbejdsmarkedstilknytning blandt unge, der var i beskæftigelse ved baseline

	Interventionsgruppen (N=44)	Kontrolgruppen (N=272)
Uddannelse	27%	18%
Beskæftigelse	48%	66%
Ledig	14%	4%
Status ukendt	11%	12%

Chi2-test: p=0,02

Tabel 7 Uddannelses- og arbejdsmarkedstilknytning blandt unge \geq 18 år, der var i beskæftigelse ved baseline

	Interventionsgruppen (N=32)	Kontrolgruppen (N=253)
Uddannelse	28%	17%
Beskæftigelse	53%	68%
Ledig eller status ukendt	19%	15%

Chi2-test: p=0,19

Resultater opdelt på beskæftigelsesgrad

Blandt unge, der var i beskæftigelse inden kursusstart, var der stor variation i de unges grad af beskæftigelse. Vi har derfor lavet en yderligere analyse, hvor vi kun inkluderer unge, der var beskæftigede i minimum 20 % af en fuldtidsstilling. Vi fandt den samme udvikling i tilknytning til uddannelse (27 % i interventionsgruppen versus 18 % i kontrolgruppen), mens andelen, der stadig er i beskæftigelse, var 59 % og 70 % i henholdsvis interventions- og kontrolgruppen

Unge, der er ledige

Hovedparten af de ledige unge, der modtager sociale ydelser, får uddannelseshjælp. Ved baseline er der derudover cirka 5%, der er i ressourceforløb, plus en mindre andel, der modtager kontanthjælp, ledighedsydelse, forrevalidering, revalidering eller førtidspension.

Blandt unge, der var ledige ved kursusstart, er der en større andel i interventionsgruppen (16%) end i kontrolgruppen (8%), som er kommet i uddannelse ved opfølgningstidspunktet (Tabel 8). Der er ikke forskel på andelen, der er kommet i beskæftigelse, mens der er en lidt lavere andel, der stadig er ledige, i interventionsgruppen.

Tabel 8 Uddannelses- og arbejdsmarkedstilknytning blandt unge, der var ledige ved baseline

	Interventionsgruppen (N=99)	Kontrolgruppen (N=472)
Uddannelse	16%	8%
Beskæftigelse	8%	8%
Ledig	58%	63%
Ukendt	18%	22%

Chi2-test: p=0,07

Der er kun 5 i interventionsgruppen og 25 i kontrolgruppen, som modtager ydelser, der er "job- eller uddannelsesparate". De resterende ledige er kodet som langt fra arbejdsmarkedet, og når analysen gentages med disse unge, er resultaterne tilsvarende som i tabel 8 (ikke vist). Ligeledes er analysen gentaget udelukkende med unge, som er 18 år eller ældre. Her er resultaterne også tilsvarende (ikke vist).

Unge med ukendt status

Blandt unge, som ikke er registreret i uddannelse eller beskæftigelse, og som ikke modtager sociale ydelser, er der ikke forskel i andelen, der efter 8 måneder er kommet i uddannelse eller beskæftigelse. Resultaterne er tilsvarende for unge ≥ 18 år (ikke vist).

Tabel 9 Uddannelses- og arbejdsmarkedstilknytning efter 8 måneder blandt unge, som havde ukendt status ved baseline

	Interventionsgruppen (N=48)	Kontrolgruppen (N=180)
Uddannelse	25%	27%
Beskæftigelse	13%	15%
Ledig	23%	11%
Ukendt	40%	47%

Chi2-test: $p=0,21$

Som det fremgår af Tabel 9, begyndte 23 % af kursisterne at modtage sociale ydelser (og dermed registreres som ledige), mens den andel er lavere i kontrolgruppen (11 %). Når vi ser på typen af social ydelse, modtog samtlige af de ledige i interventionsgruppen uddannelseshjælp, mens denne andel var 75 % i kontrolgruppen, og de resterende personer modtog bl.a. revalidering og kontanthjælp.

Udvikling i self-efficacy i interventionsgruppen

Interventionsdeltagerne har besvaret spørgsmål om deres self-efficacy eller tro på at kunne håndtere deres symptomer. Vi inddelte deres besvarelser inden kursusstart i tre nogenlunde lige store grupper, så knap en tredjedel (29 %) blev kategoriseret som havende lav self-efficacy. Der ses en tydelig sammenhæng mellem at have lav self-efficacy og andelen, der ikke er tilmeldt en uddannelse efter 8 måneder. Således er andelen 38 % blandt unge med lav self-efficacy, mens andelen er 51 % blandt unge med moderat eller høj self-efficacy. Denne sammenhæng ses også, når der tages højde for en række sociodemografiske variable, indikatorer på sygdomshistorik samt uddannelses- og arbejdsmarkedstilknytning ved baseline. Som det fremgår af Tabel 10, har unge med lav self-efficacy 0,45 lavere odds for at være i uddannelse efter 8 måneder sammenlignet med unge med moderat/høj self-efficacy.

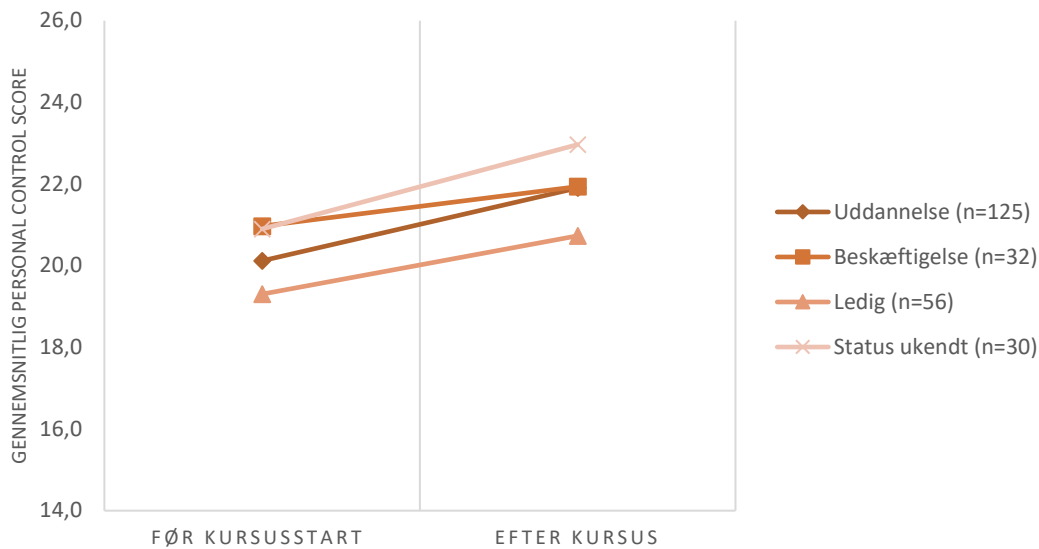
Tabel 10 Uddannelsesstilknytning efter 8 måneder, opdelt efter self-efficacy ved baseline, blandt interventionsdeltagere

	Antal	Procent i uddannelse	OR, 95% sikkerhedsgrænser ^a	OR, 95% sikkerhedsgrænser ^b	P værdi
Lav self-efficacy	114	38%	0,45 (0,27 – 0,77)	0,45 (2,26 – 0,78)	0,004
Moderat eller høj self-efficacy	279	51%	1 (reference)	1 (reference)	

OR=odds ratio; ^aLogistisk regressionsanalyse kontrolleret for køn, alder og uddannelses- og arbejdsmarkedsstatus ved baseline;

^bLogistisk regressionsanalyse kontrolleret for køn, alder og uddannelses- og arbejdsmarkedsstatus ved baseline samt etnicitet, brug af antidepressiv medicin, tidligere afbrudt uddannelse, mors højest fuldførte uddannelse, fars højest fuldførte uddannelse, forældres kontakt med psykiatrien.

Figur 24 viser udviklingen i self-efficacy blandt kursisterne. Det ses, at unge, der er i beskæftigelse eller havde ukendt status, har højest score i self-efficacy ved baseline, mens ledige unge har lavest self-efficacy. I alle fire grupper ses en positiv udvikling i deres self-efficacy under kursusforløbet, dog mindre for unge i beskæftigelse. For både unge i uddannelse og unge med ukendt status fandt vi en moderat til stor forbedring i self-efficacy, i det Cohen's d er henholdsvis 0,52 og 0,76, mens der er en lille forbedring i self-efficacy blandt ledige unge (Cohen's d = 0,38) og blandt unge i beskæftigelse (Cohen's d = 0,31). Det generelle billede, når vi ser på hele gruppen af kursister, er at de har en moderat forbedring i self-efficacy med Cohen's d = 0,47.



Figur 24 Udvikling i self-efficacy blandt kursister, opdelt på uddannelses- og arbejdsmarkedsstatus ved baseline

Diskussion og konklusion

Kurset *LÆR AT TACKLE angst og depression* for unge i alderen 15-25 år har til formål at styrke den unges evne til at håndtere dagligdagen og sine symptomer. Denne rapport præsenterer anden del af effektevalueringen vedrørende kursisternes tilknytning til uddannelse og arbejde baseret på en registerbaseret analyse. Rapporten er et supplement til en tidligere evalueringsrapport, som belyste udviklingen i kursisternes angst- og depressionssymptomer og self-efficacy baseret på spørgeskemadata. Den rapport viste, at kursisternes depressions- og angstsymptomer faldt, og at deres self-efficacy steg ved sidste kursusmodul og fem måneder efter kursusstart. Til sammenligning finder vi, at forbedringerne i kursisternes angst- og depressionssymptomer og self-efficacy var på niveau med, eller højere, end de forbedringer, der tidligere er set blandt voksne kursister over 18 år. Analyserne i den tidligere evaluering peger altså på, at kurset er lige så udbytterigt for de unge som for de voksne (Kusier et al., 2019).

I denne rapport har vi undersøgt, om *LÆR AT TACKLE angst og depression* for unge også har en gavnlig virkning på fastholdelse i uddannelse og arbejde. Dette er blevet undersøgt ved at følge de unges uddannelses- og arbejdsmarkedsforløb og sammenligne det med en sammenlignelig gruppe af unge. Hypotesen er, at især forbedringen i de unges self-efficacy kan have en positiv indvirkning. Denne rapport indeholder derfor også en supplerende analyse af sammenhængen mellem interventionsdeltagernes self-efficacy (målt ved subskalaen Personal Control) ved baseline og deres uddannelses- og arbejdsmarkedsstatus ved opfølgning.

I dette kapitel gennemgår vi hovedresultaterne for den registerbaserede evaluering. Dernæst gennemgår vi resultaterne vedrørende self-efficacy. Til sidst diskuterer vi styrker og svagheder ved det anvendte design og metoder.

Arbejdsmarkeds- og uddannelsesstatus

I alt var 52 % af kursisterne i interventionen i gang med en uddannelse ved baseline, og 24 % var ledige (ikke i gang med en uddannelse og modtog én eller anden form for social ydelse, fx uddannelseshjælp), mens 11 % var i arbejde (og ikke samtidig i uddannelse), og 12 % var hverken i uddannelse eller arbejde eller modtog nogle former for sociale ydelser.

Effektanalyserne er opdelt efter deltagernes uddannelses- og arbejdsmarkedsstatus ved baseline og tager dermed udgangspunkt i ovenstående kategorisering. Helt overordnet peger analyserne på, at kurset har virket forskelligt på forskellige grupper af unge.

Vi finder en positiv uddannelseseffekt blandt de kursister, som var ledige eller i beskæftigelse ved baseline. Blandt de ledige var cirka en dobbelt så stor andel af kursisterne (16%) sammenlignet med kontroldeltagerne (8 %) kommet i uddannelse, mens 8 % i begge grupper var kommet i arbejde. Blandt de unge, der var i beskæftigelse, var der ligeledes en større andel i interventionsgruppen, som kom i uddannelse (27 % versus 18 %). Der er til gengæld en lavere andel i interventionsgruppen, som blev i beskæftigelse, og en større andel, som blev ledige.

Blandt de kursister, som havde ukendt status (hverken i uddannelse/beskæftigelse eller modtog nogle former for sociale ydelser), finder vi også tegn på en positiv progression, selvom forskellen

mellem interventions- og kontrolgruppen ikke er statistisk signifikant. For eksempel finder vi, at der var færre kursister, der fortsat ikke var i gang med en uddannelse eller modtog sociale ydelser. Det skyldes især, at flere af kursisterne overgik til ledighed. Dette kan være positivt, idet vi antager, at unge i den ukendte gruppe bliver forsørget af andre (fx forældre), og da alle i interventionsgruppen overgår til at modtage uddannelseshjælp, kan det anses som en positiv progression mod at blive uddannelsesparat.

Vi finder til gengæld en negativ effekt blandt de kursister, som allerede var i uddannelse ved baseline. Denne gruppe udgjorde 52 % af kursisterne. Ved opfølgningen var færre i interventionsgruppen fortsat i uddannelse (71 % i interventionsgruppen; 79 % i kontrolgruppen), ligesom færre var i beskæftigelse, og flere var blevet ledige eller ikke var i gang med en uddannelse og ikke modtog nogle sociale ydelser. Forskellene bliver dog mindre, når vi udelukkende ser på unge over 18 år eller ser separat på de unge, som var i gang med grundskolen, og de unge, som var i gang med en ungdomsuddannelse/videregående uddannelse.

Hvorfor vi ser denne forskel mellem de forskellige grupper af unge, er uklart. Det kan skyldes forhold ved selve kurset eller metodiske svagheder ved studier (se diskussion af styrker og svagheder ved evalueringsdesignet). Det kan for eksempel tænkes, at det i mindre grad er lykkedes at matche de unge kursister, som var under uddannelse. Denne gruppe er på trods af deres symptomer i stand til at varetage en uddannelse, og det kan derfor tænkes, at de i mindre grad end de ledige modtager forskellige former for sundhedsmæssige og sociale ydelser. Det er derfor muligt, at den negative effekt kan tilskrives, at kontrolgruppen ikke er sammenlignelig i netop denne gruppe, som måske i højere grad består af velfungerende unge, som ikke oplever problemer med mistrivsel, angst og depression. Det kan dog heller ikke udelukkes, at den negative effekt skyldes forhold ved selve interventionen, fx at kurset har betydet, at flere er droppet ud af deres uddannelse. Disse resultater viser, at der er behov for mere viden om effekterne på uddannelse- og arbejde, og at det er vigtigt at se separat på de forskellige grupper af unge.

At der ses positive effekter på de mest sårbare unge (dvs. dem, der ikke har eller er i gang med en uddannelse), er også et vigtigt resultat. En mulig forklaring kan være, at kurset har haft en positiv indvirkning på de unges self-efficacy, hvilket vi diskuterer mere udførligt i næste afsnit. I den forbindelse skal det nævnes, at den tidligere evaluering viste, at de unge kursister især fremhævede handleplanerne som et vigtigt redskab i forhold til netop dét at komme i uddannelse og arbejde.

Self-efficacy

I denne rapport har vi gennemført en analyse af sammenhængen mellem de unges self-efficacy ved baseline og deres uddannelses- og arbejdsmarkedsstatus efter 8 måneder. Self-efficacy er målt ved subskalaen skalaen *Perceived Control (IPQ-Pc)*, som er en del af *The Revised Illness Perception Questionnaire*. Analysen omfatter kun de unge i interventionsgruppen, som besvarede baselinespørgeskemaet, hvilket er beskrevet nærmere i den første evalueringsrapport (Kusier et al., 2019).

Analyserne viser, at der er en sammenhæng mellem de unges self-efficacy målt ved IPQ-Pc og uddannelsesstatus, hvor de unge med en lav grad af self-efficacy ved baseline sjældnere er i uddannelse efter 8 måneder sammenlignet med unge, der har moderat eller høj self-efficacy. Analyserne tyder altså på, at unge med en lav grad af self-efficacy udgør en særlig risikogruppe. Idet vi kun har informationer om self-efficacy for interventionsgruppen, kan analyserne ikke sige noget om, hvorvidt denne gruppe har særlig gavn af interventionen eller ej.

Vi har derudover undersøgt udviklingen i self-efficacy i løbet af kursusforløbet, og vi finder en positiv udvikling i self-efficacy for alle fire grupper. Det indikerer, at kursisterne havde udbytte af kurset i forhold til at håndtere deres symptomer og dette uanset deres tilknytning til uddannelse og arbejdsmarkedet ved baseline. Som beskrevet ovenfor, fandt vi en negativ uddannelses- og arbejdsmarkedseffekt blandt unge, der var under uddannelse ved baseline. Vores analyser tyder dog ikke på, at dette skyldes manglende udbytte ift. self-efficacy.

Som beskrevet tidligere har vi anvendt IPQ-Pc, som måler den enkeltes tiltro til at kunne håndtere og kontrollere sine symptomer. IPQ-Pc er udvalgt som et mål for self-efficacy og har særligt fokus på respondentens sygdomsforståelse. Tidligere studier peger på, at sygdomsforståelse, målt ved IPQ-Pc og lignende skaler, hænger sammen med arbejdsmarkedsstatus (Hoving et al., 2010). IPQ-Pc adresserer ikke kursisters tiltro til at kunne gennemføre en uddannelse eller komme i arbejde, såsom *The Return-to-work Self-efficacy Scale* (Lagerveld et al., 2010). Her viser tidligere studier også, at der er en sammenhæng mellem self-efficacy relateret til arbejdsevne og tilknytning til arbejdsmarkedet (Black et al., 2018). Analyserne i dette studie understøtter dermed tidligere forskning, som viser, at self-efficacy er et relevant indsatsområde for interventioner, som er rettet mod fastholdelse i uddannelse og arbejde.

Styrker og svagheder ved evalueringsdesignet

I denne evaluering sammenligner vi kursisters uddannelses- og arbejdsmarkedsstatus efter 8 måneder med en kontrolgruppe, som ligner deltagerne på udvalgte karakteristika (som vist i andet kapitel). Kontrolgruppen er baseret på informationer fra en lang række registre, som blandt andet indeholder informationer om de unges sociodemografiske karakteristika og helbred, herunder kontakt til psykiatrien, samtaleterapi hos egen læge og/eller psykolog og brug af udvalgte psykofarmaka. Det styrker evalueringens konklusioner, idet kontrolgruppen giver viden om, hvordan det ville have gået, hvis de unge kursister ikke havde deltaget i kurset. En anden styrke ved at bruge registerbaserede oplysninger er, at vi inkluderer alle unge i analyserne og ikke ekskluderer dem, som i andre undersøgelser dropper ud, fx når man skal indsamle oplysninger fra spørgeskemaer (som forklaret i den tidligere evalueringsrapport (Kusier et al., 2019)).

Kontrolgruppen er etableret ved at udvælge unge, der ligner de unge kursister mest muligt ved hjælp af propensity scores matching. Dermed skabes en analysepopulation, som efterligner et randomiseret forsøg, hvor interventions- og kontrolgruppen er ens på alle faktorer med undtagelse af deltagelse i kurset. I modsætning til et randomiseret forsøg vil propensity score-metoden dog kun sikre, at interventions- og kontrolgruppen er sammenlignelig på de variable, der inddrages i modellen, og der kan dermed godt være uobserverede forskelle. En væsentlig udfordring er, at vi ikke direkte kan matche kontrolgruppen på angst og depressive symptomer, da vi ikke kan indhente disse oplysninger i registrene. Da ikke alle unge med angst eller depression modtager behandling for deres sygdom, kan vi ikke udelukke, at de to grupper adskiller sig i forhold til deres symptombelastning. Det betyder også, at analyserne skal tages med det forbehold, at de viste effekter også kan afspejle forskelle i interventions- og kontrolgruppens mentale sundhed ved baseline. Hvis der er en større andel i kontrolgruppen, der er mindre belastet, end andelen i interventionsgruppen, så vil det udviske interventionseffekten, og det kan betyde, at vi har estimeret en lavere effekt af kurset end den reelle effekt.

Konklusion

Vi finder en positiv uddannelseseffekt blandt kursister, som er ledige samt i beskæftigelse ved baseline. Gruppen af ledige udgjorde ca. en fjerdedel af kursisterne, mens gruppen af beskæftigede udgjorde 11%. Vi finder til gengæld en negativ effekt blandt kursister, som allerede er i uddannelse ved baseline. Denne gruppe udgjorde cirka halvdelen af kursisterne. Denne effekt bliver dog mindre, når vi udelukkende ser på unge over 18 år. Blandt de kursister, som havde ukendt status (hverken i uddannelse/beskæftigelse eller modtog nogle former for sociale ydelser), finder vi tegn på en positiv progression, selvom forskellen mellem interventions- og kontrolgruppen ikke er statistisk signifikant.

Referencer

- Andrade C. Propensity Score Matching in Nonrandomized Studies: A Concept Simply Explained Using Antidepressant Treatment During Pregnancy as an Example. *J Clin Psychiatry* 2017; 78(2): e162-e165.
- Austin PC. An introduction to propensity score methods for reducing the effects of confounding in observational studies. *Multivariate Behav Res* 2011; 46: 399–424.
- Black O, Keegel T, Sim, MR, Collie A, Smith P. The Effect of Self-Efficacy on Return-to-Work Outcomes for Workers with Psychological or Upper-Body Musculoskeletal Injuries: A Review of the Literature. *J Occupational Rehabilitation* 2018; 28:16-27.
- Christensen S, Mehlsen M. Evaluering af satspuljeprojektet: LÆR AT TACKLE angst og depression. En randomiseret kontrolleret undersøgelse. Sundhedsstyrelsen, 2016. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/evaluering-af-satspuljeprojektet-laer-at-tackle-angst-og-depression>
- Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A. Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelses- indsatser. København: Vidensråd for Forebyggelse, 2014:1-184.
- Hoving JL, van der Meer M., Volkova AY, Frings-Dresen MHW. Illness perceptions and work participation: a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health* volume 2010; 83:595–605.
- Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. Sundhedsstyrelsen, 2018.
- Kusier AO, Jensen MP, Andersen S, Thygesen LC, Cloos CØ, Folker AP, Lauridsen SMR, Nielsen MBD. Evaluering af LÆR AT TACKLE angst og depression. For unge i alderen 15-25 år. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2019. https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2019/laer_at_tackle_angst_og_depression
- Lagerveld SE; Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Schaufeli WB. Return to work among employees with mental health problems: Development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work and Stress* 2010; 24(4).
- Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD et al. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health* 2002; 17 (1):1-16.
- Sundhedsstyrelsen & Sundhedsdatastyrelsen. Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelse. Sundhedsstyrelsen, 2017. https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2018/psykiske-lidelser-boern_unge_06012018

Bilag: Kodning til propensity score matching

Oversigt over anvendte variable, kilder og kodning til at danne propensity score:

Variabel	Register	Kodning til propensity score
Køn	CPR-registeret	1=Mand 2=Kvinde
Alder	CPR-registeret	Alder er baseret på fødselsdato og angivet i hele tal
Boform	CPR-registeret	1=Bor med ægtefælle eller partner 2=Bor alene 3=Bor hos en forælder 4=Bor hos begge forældre 99=Missing
Bystørrelse for bopæl	CPR-registeret	1 = Hovedstadsområdet 2 = Byer \geq 100.000 indbyggere 3 = Byer med 50.000-99.999 indbyggere 4 = Byer med 40.000-49.999 indbyggere 5 = Byer med 30.000-39.999 indbyggere 6 = Byer med 20.000-29.999 indbyggere 7 = Byer med 10.000-19.999 indbyggere 8 = Byer med 5.000-9.999 indbyggere 9 = Byer med 2.000-4.999 indbyggere 10 = Byer med 1.000-1.999 indbyggere 11 = Byer med 500-999 indbyggere 12 = Byer med 200-499 indbyggere 13 = Byer < 200 indbyggere 99 = Ikke placerbar adresse; Missing
Dødsfald hos en eller begge forældre	CPR-registeret	1=Ja 2=Nej 99=Missing
Etnicitet	CPR-registeret	1=Dansk oprindelse 2=Indvandrer 3=Efterkommer
Højest fuldførte uddannelse	Uddannelsesregisteret	1=Grundskole til og med 9. klasse 2=10. klasse 3=Gymnasial uddannelse; Erhvervsfaglig uddannelse; Videregående uddannelse 99=Missing
Mors højest fuldførte uddannelse	Uddannelsesregisteret	Klassificeret efter ISCED: 1=Primary; Lower secondary 2=Upper secondary 3=Short cycle tertiary; Bachelor or equivalent 4=Master or equivalent; Doctoral or equivalent 99=Not elsewhere classified; Missing

Fars højest fuldførte uddannelse	Uddannelsesregisteret	Klassificeret efter ISCED: 1=Primary; Lower secondary 2=Upper secondary 3=Short cycle tertiary; Bachelor or equivalent 4=Master or equivalent; Doctoral or equivalent 99=Not elsewhere classified; Missing
Tidligere afbrudt ungdomsuddannelse	Elevregisteret	1=Ja 2=Nej
9. kl. afgangsprøvekarakter i skriftlig dansk	Elevregisteret	Karakter på 7-trinsskalaen.
9. kl. afgangsprøvekarakter i skriftlig matematik (med hjælpemidler)	Elevregisteret	Karakter på 7-trinsskalaen.
Ækvivaleret disponibel indkomst for familien	Indkomstregisteret	1= ≤20. percentil 2= >20. percentil – 40. percentil 3= >40. percentil – 60. percentil 4= >60. percentil – 80. percentil 5= >80. percentil 99=Missing
Overførselsindkomst (minus SU) foregående 5 år	Indkomstregisteret	1=Ja (Arbejdsløs mindst halvdelen af året; Modtager af sygedagpenge, uddannelsesgodtgørelse, orlovsydelse mm; Førtidspensionist; Kontanthjælpsmodtager) 2=Nej
Socioøkonomisk klassifikation for mor	Indkomstregisteret	1=Beskæftiget; Under uddannelse 2=Arbejdsløs min. et halvt år; Sygedagpenge; Kontanthjælp, Førtidspension; Efterløn eller Folkepensionist 3=Andet; Missing
Socioøkonomisk klassifikation for far	Indkomstregisteret	1=Beskæftiget; Under uddannelse 2=Arbejdsløs min. et halvt år; Sygedagpenge; Kontanthjælp, Førtidspension; Efterløn eller Folkepensionist 3=Andet; Missing
Anbringelse uden for eget hjem	Registeret for udsatte børn og unge	1=Ja, er eller har været anbragt 2=Nej
Forebyggende person- eller familierettede støtte efter Lov om Social Service	Registeret for udsatte børn og unge	1=Ja, har haft én eller flere foranstaltninger 2= Nej, ingen foranstaltninger
Specialundervisning i folkeskolen (min. 9 timer/uge)	Elevregisteret	1=Ja, igangværende eller tidligere 2=Nej
Kontakt til voksen- eller børne-ungdomspsykiatrien	Sygesikringsregisteret	1=Ja 2=Nej
Modtaget psykologhjælp	Sygesikringsregisteret	1=Ja 2=Nej
Modtaget samtalerapi i almen praksis	Sygesikringsregisteret	1=Ja 2=Nej
Forældres kontakt til psykiatrien	Sygesikringsregisteret	1=Ja, mor og/eller far 2=Nej
Forældres modtaget psykologhjælp	Sygesikringsregisteret	1=Ja, mor og/eller far 2=Nej

Forældre modtaget samtaleterapi i almen praksis	Sygesikringsregisteret	1=Ja, mor og/eller far 2=Nej
Sygehusindlæggelser og ambulante behandlinger – Angst eller depression	Landspatientregisteret	1=Ja 2=Nej
Lægemiddelforbrug, sovemedicin	Lægemiddelstatistikregisteret	Min. 2 afhentede recepter med ATC-koder N05CF, N05CH eller N05BB01 foregående 10 år 1=Ja 2= Nej
Lægemiddelforbrug, antipsykotiske midler	Lægemiddelstatistikregisteret	Min. 2 afhentede recepter med ATC-kode N05A (minus N05AN01) foregående 10 år 1=Ja 2=Nej
Lægemiddelforbrug, beroligende midler	Lægemiddelstatistikregisteret	Min. 2 afhentede recepter med ATC-koder N05CD eller N05BA foregående 10 år 1=Ja 2=Nej
Lægemiddelforbrug, antidepressive midler	Lægemiddelstatistikregisteret	Min. 2 afhentede recepter med ATC-kode N06A (minus N06AX12) foregående 10 år 1=Ja 2=Nej
Lægemiddelforbrug, ADHD-midler	Lægemiddelstatistikregisteret	Min. 2 afhentede recepter med ATC-koder N06BA02, N06BA04, N06BA09 eller N06BA12 foregående 10 år 1=Ja 2=Nej



Syddansk Universitet
Street name - Zipcode - Tlf: - Fax:

Telefon: +45 6550 7777
sdu@sdu.dk
www.sdu.dk

Indsæt co-branding logo 2

Indsæt co-branding logo 1