



University of Southern Denmark

Evaluering af LÆR AT TACKLE angst og depression

For unge i alderen 15-25 år

Kusier, Amalie Oxholm; Jensen, Marie Pil; Andersen, Susan; Thygesen, Lau Caspar; Cloos, Camilla Øst; Paldam Folker, Anna; Lauridsen, Sigurd Mørk Rønbøl; Nielsen, Maj Britt Dahl

Publication date:
2019

Document version:
Forlagets udgivne version

Citation for published version (APA):

Kusier, A. O., Jensen, M. P., Andersen, S., Thygesen, L. C., Cloos, C. Ø., Paldam Folker, A., Lauridsen, S. M. R., & Nielsen, M. B. D. (2019). *Evaluering af LÆR AT TACKLE angst og depression: For unge i alderen 15-25 år*. Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed.

Go to publication entry in University of Southern Denmark's Research Portal

Terms of use

This work is brought to you by the University of Southern Denmark.

Unless otherwise specified it has been shared according to the terms for self-archiving.

If no other license is stated, these terms apply:

- You may download this work for personal use only.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying this open access version

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details and we will investigate your claim. Please direct all enquiries to puresupport@bib.sdu.dk

Evaluering af LÆR AT TÅCKLE angst og depression

For unge i alderen 15-25 år

Amalie Oxholm Kusier
Marie Pil Jensen
Susan Andersen
Lau Caspar Thygesen
Camilla Øst Cloos
Anna Paldam Folker
Sigurd Mørk Rønbøl Lauridsen
Maj Britt Dahl Nielsen

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

For unge i alderen 15-25 år



Kolofon

Evaluering af LÆR AT TACKLE angst og depression

For unge i alderen 15-25 år

Amalie Oxholm Kusier
Marie Pil Jensen
Susan Andersen
Lau Caspar Thygesen
Camilla Øst Cloos
Anna Paldam Folker
Sigurd Mørk Rønbøl Lauridsen
Maj Britt Dahl Nielsen

Copyright © 2019
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

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

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-485-1

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

Rapporten kan downloades fra
www.sdu.dk/sif

Indhold

1	Indledning og læsevejledning	1
1.1	Læsevejledning.....	2
2	Konklusion og resumé	3
3	Baggrund og formål	12
3.1	Formål.....	12
3.2	Kurset LÆR AT TACKLE angst og depression	13
3.3	Inklusions- og eksklusionskriterier	14
3.4	Pilotafprøvningen	14
4	Evalueringsdesign	15
4.1	Rekruttering af kommunerne.....	15
4.2	Datakilder.....	16
4.3	Effektevalueringen.....	17
4.4	Procesevalueringen.....	22
5	Beskrivelse af kursisterne	25
5.1	Sociodemografiske karakteristika.....	25
5.2	Mentalt helbred og self-efficacy	28
5.3	Søvn, alkohol og rusmidler.....	32
5.4	Koordinatorernes og instruktørerne beskrivelse af de unge	34
6	Organisatorisk forankring i kommunerne	35
6.1	Organisatorisk forankring af LÆR AT TACKLE angst og depression for unge.....	35
6.2	Ledelsesmæssig opbakning	36
7	Rekruttering af kursister	38
7.1	Kursusrunder og antal deltagere på kurserne	38
7.2	Rekrutteringsstrategi og samarbejdspartnere	41
7.3	Hvor har de unge hørt om kurset?	43
8	Rekruttering af instruktører	45
8.1	Rekrutteringsstrategi	46

8.2	Udfordringer ved rekruttering af instruktører og betydningen for gennemførelsen af kurser	47
8.3	Instruktøruddannelsen.....	49
9	Forsamtalen	51
9.1	Koordinators vurdering af guiden til forsamtalen.....	52
9.2	Eksklusion ved forsamtalen	52
9.3	Koordinators og de unges vurdering af forsamtalen.....	54
10	Fastholdelse og frafald	57
10.1	Fravær på kurserne	57
11	Forventninger, udbytte og tilfredshed med kurset.....	67
11.1	Kursisternes motivation for at deltage i og forventninger til kurset	67
11.2	Kursisternes vurdering af instruktørerne.....	69
11.3	Form og opbygning	73
11.4	Rammerne for kurset.....	75
11.5	Tilfredshed og udbytte.....	77
11.6	Kursets betydning for uddannelse og arbejde.....	83
12	Effektanalyser	85
12.1	Udvikling i primære effektmål.....	85
12.2	Udvikling i sekundære effektmål	92
13	Diskussion og konklusion.....	96
13.1	Karakteristika ved kursisterne ved baseline	96
13.2	Gennemførelse af kurserne og rekruttering af instruktører og kursister.....	98
13.3	Udvikling i primære effektmål.....	102
13.4	Udviklingen i sekundære effektmål	103
13.5	Styrker og svagheder ved effektevalueringen	104
13.6	Anbefalinger og konklusion	106
	Referencer	108
	Bilag	109

1 Indledning og læsevejledning

Komiteen for Sundhedsoplysning har bedt Statens Institut for Folkesundhed på 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. I Danmark er LÆR AT TACKLE angst og depression oprindeligt udviklet til personer over 18 år (+18-kurset). +18-kurset er allerede afprøvet og evalueret i 48 kommuner, hvor en forskningsevaluering påviste en statistisk signifikant effekt på angst, depression og self-efficacy.

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 to instruktører, der uddannes af Komiteen for Sundhedsoplysning.

Evalueringen af LÆR AT TACKLE angst og depression for unge i alderen 15-25 år omfatter en proces- og effektevaluering. Procevalueringen belyser implementeringen af kurset i de 39 kommuner, som deltog i projektet og evalueringen (med særlig fokus på de syv kommuner, der indgik i et kvalitativt casestudie). Effektevalueringen belyser udviklingen i kursisternes angst- og depressionssymptomer og self-efficacy, og omfatter desuden en registerbaseret analyse af uddannelses- og arbejdsmarkedsstatus. Denne rapport omfatter ikke registeranalyserne, da de afrapporteres i en separat rapport i 2020.

Komiteen for Sundhedsoplysning har været ansvarlig for at understøtte kommunerne i deres implementering af indsatsen. 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: Videnskabelig assistent Amalie Oxholm Kusier, videnskabelig assistent Marie Pil Jensen, forsker Susan Andersen, professor Lau Caspar Thygesen, AC-fuldmægtig Camilla Øst Cloos, forskningschef Anna Paldam Folker, seniorrådgiver Sigurd Mørk Rønbøl Lauridsen og seniorforsker Maj Britt Dahl Nielsen (projektleder). Seniorrådgiver Christina Viskum Lytken Larsen har været intern reviewer.

1.1 Læsevejledning

Denne rapport består af 13 kapitler.

Efter denne læsevejledning følger **Kapitel 2: Konklusion og Resumé**, som omfatter evalueringens overordnede konklusion og et resumé af evalueringens hovedresultater. I **Kapitel 3: Baggrund og formål** gennemgår vi baggrunden for og elementerne i LÆR AT TACKLE kurserne. Kapitlet afsluttes med en kort beskrivelse af inklusions- og eksklusionskriterier for deltagelse i kurserne og gennemførelsen af pilotprojektet. **Kapitel 4: Evalueringsdesign** omfatter en beskrivelse af rekrutteringen af kommunerne, det overordnede evalueringsdesign og datakilder efterfulgt af en mere detaljeret beskrivelse af henholdsvis effekt- og procesevalueringen.

Kapitel 5-11 omfatter resultater af procesevalueringen. **Kapitel 5: Beskrivelse af kursisterne** beskriver kursisternes sociodemografiske karakteristika, mentale sundhed og self-efficacy, søvn og rusmiddelforbrug ved baseline (før kurset) samt koordinatorenes og instruktørernes karakteristika af de unge. **Kapitel 6: Organisatorisk forankring i kommunerne** beskriver, hvor i kommunerne kurserne er forankret, og betydningen af ledelsesopbakning. **Kapitel 7: Rekruttering af kursister** beskriver kommunernes rekrutteringsstrategier, samarbejdspartnere og rekrutteringskanaler, og **Kapitel 8: Rekruttering af instruktører** omhandler rekrutteringsstrategier, udfordringer og koordinatorenes og instruktørernes vurdering af instruktøruddannelsen. **Kapitel 9: Forsamtalen** beskriver koordinatorenes vurdering af guiden til forsamtalen, eksklusion af kursister og vurdering af forsamtalen, og **Kapitel 10: Fastholdelse og frafald** beskriver omfanget af frafald og årsagerne hertil. **Kapitel 11: Forventninger, udbytte og tilfredshed med kurset** begynder med en analyse af kursisternes motivation for at deltage og deres forventninger til kurset ved baseline. Herefter følger analyserne af kursisternes vurdering af instruktørerne, af kursets form og opbygning, rammerne for kurset og kursisternes tilfredshed med og udbytte af kurset i forhold til håndtering af symptomer og tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked.

Kapitel 12: Effektanalyser beskriver resultaterne af effektanalysen, og rapporten afsluttes med en diskussion af resultaterne i **Kapitel 13: Diskussion og konklusion**, hvor vi blandt andet sammenligner resultater med LÆR AT TACKLE for voksne over 18 år.

2 Konklusion og resumé

Konklusion

Denne rapport præsenterer resultaterne af evalueringen af kurset LÆR AT TACKLE angst og depression for unge i alderen 15-25. Evalueringen omfatter en proces- og en effektevaluering, som bygger på kvalitative og kvantitative datakilder. I alt indgår 39 kommuner i evalueringen, heraf indgår syv kommuner i et kvalitativt casestudie, og 10 kommuner har deltaget i en pilotafprøvning i 2017.

Procesevalueringen af implementeringen viser, at rekrutteringen af både kursister og instruktører har været en udfordring i omkring halvdelen af kommunerne, men at det lykkedes 29 af de 39 kommuner at gennemføre begge kursusrunder som planlagt. De øvrige 10 kommuner lykkedes at afholde én kursusrunde. Spørgeskemaundersøgelsen blandt kursisterne viser, at 76 % af kursisterne er meget tilfredse eller tilfredse med kurset. Selvom de unge kursister udgør en heterogen gruppe, så fremhæver kursisterne i de kvalitative analyser det som positivt, at kurset er tilrettelagt som et gruppeforløb, hvor de møder andre unge med angst og depression. Samtidig fremhæver kursisterne, at det er positivt, at instruktørerne selv har egen erfaring med angst og depression.

Effektevalueringen viser, at kursisternes depressions- og angstsymptomer falder, og at deres self-efficacy stiger ved sidste kursusmodul og fem måneder efter kursusstart. Faldet i angst- og depressionssymptomer er højere blandt kursister med høj symptombyrde ved baseline sammenlignet med kursister med en lav symptombyrde ved baseline. De sekundære analyser viser også, at der sker en bedring i kursisterne trivsel, mestring, somatisering og søvn, mens der ikke sker ændringer i kursisternes uddannelses- og arbejdsmarkedsstatus. Da effektevalueringen ikke bygger på et kontrolgruppedesign, kan vi ikke konkludere, at ændringerne skyldes deltagelse i kurset. Vi kan dog sammenligne resultaterne med den tidligere evaluering af LÆR AT TACKLE angst og depression for voksne over 18 år, som er et randomiseret kontrolleret studie, der viser en positiv effekt på angst, depression og self-efficacy. Til sammenligning finder vi, at forbedringerne i kursisternes angst- og depressionssymptomer og self-efficacy er på niveau med, eller højere, end de forbedringer, der ses blandt de voksne kursister. Analyserne peger altså på, at kurset er lige så udbytterigt for de unge som for de voksne.

Resumé

Flere børn og unge diagnosticeres med angst og depression, og antallet af unge, som mistrives, stiger. Psykisk sygdom i ungdomsårene kan være afgørende for, om den unge på længere sigt klarer sig godt socialt og økonomisk, og 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, og/eller understøtte, at de kommer i gang med uddannelse eller arbejde.

Komiteen for Sundhedsoplysning har derfor bedt Statens Institut for Folkesundhed om at evaluere kurset LÆR AT TACKLE angst og depression for unge i alderen 15-25 år. Kursets formål er at styrke de unges evne til at håndtere deres symptomer og udfordringer relateret til angst og depression. Kurset er udviklet af Komiteen for Sundhedsoplysning i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, og kurset er tidligere blevet afprøvet og evalueret i 48 kommuner i 2011-2014 blandt voksne over 18 år (+18-kurset). Her viser en evaluering, at +18-kurset har en positiv effekt på kursisternes angst- og depressionssymptomer samt kursisternes self-efficacy - det vil sige egen tiltro til at kunne håndtere og kontrollere deres symptomer i dagligdagen (Christensen & Mehlsen, 2016a). I denne rapport undersøger vi udviklingen i kursisternes angst- og depressionssymptomer og self-efficacy, og om det er muligt at opnå de samme resultater for unge i alderen 15-25 år som i +18-kurset. Evalueringen af LÆR AT TACKLE angst og depression for unge i alderen 15-25 år omfatter en proces- og en effektevaluering, som bygger på kvalitative og kvantitative datakilder. I alt indgår 39 kommuner i evalueringen, hvoraf syv kommuner indgår i det kvalitative casestudie. Derudover har 10 kommuner også deltaget i en pilotafprøvning i 2017.

LÆR AT TACKLE angst og depression for unge bygger på de samme grundlæggende elementer og teoretiske principper, som +18-kurset. Kurset bygger på den sociale, 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 et 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.

Det skal her nævnes, at selvom de to LÆR AT TACKLE-kurser bygger på de samme elementer, og evalueringerne anvender de samme måleinstrumenter, så er målgrupperne i de to kurser forskellige. Det betyder, at vi ikke ved, hvordan det var gået de unge kursister, hvis ikke de havde gennemført kurset, da det ikke er sikkert, at de har samme sygdomsprogression som i +18-kurset.

Procesevalueringen

Formålet med procesevalueringen er at afdække hvordan kurset er blevet implementeret i kommunerne. Procesevalueringen bygger på et kvalitativt casestudie i syv kommuner bestående af interviews med instruktører, koordinatore og kursister, og spørgeskemadata fra koordinatore og kursister. I dette afsnit sammenfatter vi procesevalueringens resultater og konklusioner.

De fleste kommuner har forankret kurset i et sundhedscenter eller en sundhedsafdeling

- I alt har 25 af de 39 kommuner forankret kurset i et sundhedscenter eller en sundhedsafdeling/sundhedsforvaltning. Otte kommuner har forankret kurset i et jobcenter, en beskæftigelsesenhed eller i regi af UU (ungdomsvejledningen). De øvrige kommuner har forankret kurset i socialpsykiatrien, PPR (pædagogisk-psykologisk rådgivning) eller andet sted.

Rekrutteringen af kursister og instruktører har været udfordrende i flere kommuner

- I spørgeskemaundersøgelsen svarer 54 % af koordinatorene, at det i høj grad/meget høj grad har været en udfordring at rekruttere instruktører, mens 19 % svarer i nogen grad og 27 % i meget lav/lav grad. Samtidig svarer lidt under halvdelen af koordinatorene (41 %), at det i høj grad/meget høj grad har været en udfordring at rekruttere kursister (32 % svarer i nogen grad og 27 % i lav/meget lav grad).
- De kvalitative analyser i de syv casekommuner peger på, at forankring på tværs af forvaltninger og institutioner er befordrende for rekrutteringen af kursister, ligesom at det kan være en fordel at forankre indsatsen i forvaltninger/institutioner, hvor de unge har deres daglige gang. Samtidig viser analyserne, at nogle kommuner har haft succes med at rekruttere instruktører via LÆR AT TACKLE angst og depression for voksne over 18 år og via etablering af netværk med for eksempel frivillige organisationer.
- I pilotafprøvningen var det et krav, at mindst én af de to instruktører skulle være mellem 20 og 30 år. Da evalueringen af pilotafprøvningen viser, at det har mindre betydning for kursisterne, frafaldt dette krav efterfølgende. Interviewene med koordinatorene i de syv casekommuner tyder dog på, at koordinatorene stadig har forsøgt at rekruttere yngre instruktører, hvilket har været udfordrende.

Succesfuld implementering på trods af udfordringer med rekruttering

- I alt har 39 kommuner deltaget i projektet og evalueringen. Da målet var at rekruttere 25 kommuner, er denne målsætning opnået.
- Kommunerne skulle som minimum afholde to kursusrunder med mellem 12-14 unge på hvert kursus. Evalueringen viser, at det lykkedes 29 af de 39 deltagende kommuner at gennemføre to kursusrunder. I de øvrige 10 kommuner lykkedes det at afholde ét kursus.
- I spørgeskemaundersøgelsen svarer 56 % af koordinatorene, at der var tilmeldt 12 eller flere kursister ved første kursusrunde. Denne andel falder til 18 % i anden kursusrunde. Det hænger blandt andet sammen med, at rekrutteringen af kursister har været udfordrende.
- I de syv casekommuner fortæller flere af koordinatorene, at de indgik som den ene af instruktørerne grundet udfordringerne med rekrutteringen af instruktører. Denne løsning virker ikke til at have påvirket kursisternes tilfredshed negativt.
- Analyserne viser, at koordinatorene i de syv casekommuner og koordinatorene i spørgeskemaundersøgelsen har etableret et bredt netværk på tværs af forvaltninger og sektorer og har samarbejdet på tværs af kommuner for at få rekrutteringen af kursisterne til at lykkes. Derudover har koordinatorene benyttet sig af rekrutteringsmaterialet (udviklet af Komiteen for Sundhedsoplysning) og annoncering af kurset i lokalaviser og på Facebook.

De fleste kursister har symptomer på angst og/eller depression ved baseline

- Ved baseline har 24 % af kursisterne høj angst og 39 % har svær depression, mens 52 % har moderat angst, og 23 % har moderat depression. Vi finder også, at 17 % både har svær depression og høj angst og derfor er særligt belastede. Kun 5 % har minimal depression og lav angst.
- Ud over angst og/eller depression, svarer 32 % af kursisterne, at de har én eller flere psykiske lidelser. Det drejer sig primært om stress (19 %), og kun få kursister svarer, at de også har andre lidelser som personlighedsforstyrrelser (7 %), ADHD (7 %), autisme (5 %) og skizofreni (2 %).

En femtedel svarer, at de ikke modtager eller har modtaget støtte til at håndtere symptomer

- Ved baseline svarer 19 % af kursisterne, at de ikke modtager eller har modtaget nogle former for støtte til at håndtere deres angst og depression. De mest hyppige former for støtte er psykologbehandling (48 %), medicinsk behandling (30 %) og psykiatrisk støtte (29 %).

Kursisterne udgør en heterogen gruppe

- Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 72 % af kursisterne er kvinder, og at 24 % er under 18 år og 55 % er mellem 18 og 22 år ved baseline. Gennemsnitsalderen er 20 år.
- Ved baseline er 53 % af kursisterne i gang med uddannelse, mens 35 % er ledige og 8 % i arbejde. Blandt de kursister, der er i gang med en uddannelse, er 35 % i gang med en gymnasieuddannelse, 21 % går stadig i folkeskolen, og 16 % er i gang med en erhvervsuddannelse.
- Til sammenligning er gennemsnitsalderen i +18-kurset 51 år, og 76 % er kvinder.

Kursisterne er motiverede for at deltage og havde positive forventninger til kurset

- Ved baseline svarer 61 % af kursisterne, at de i meget høj grad/i høj grad forventer, at de vil kunne få udbytte af kurset, og 73 % er i meget høj grad/i høj grad motiveret for at arbejde med deres symptomer.
- Kursisterne i de syv casekommuner fremhæver blandt andet, at der mangler gratis tilbud. Samtidig fortæller kursisterne, at gruppeforløbet og konceptet om hjælp til selvhjælp tiltalte dem.

Kursister og koordinatore oplever, at forsamlingen er værdifuld

- Interviewene i de syv casekommuner viser, at både koordinatorene og kursisterne er positive over for, hvordan forsamlingen forløb, og at de oplever forsamlingen som et vigtigt redskab til at skabe trykthed om deltagelsen på kurserne.

Over halvdelen af kursisterne var fraværende to eller færre gange, men analyserne skal tages med forbehold

- I spørgeskemaundersøgelsen svarer 77 % af kursisterne, at de var fraværende 0-2 gange (ud af syv kursusmoduler). Det skal dog bemærkes, at analysen er baseret på besvarelser fra spørgeskemaundersøgelsen, hvilket kan betyde, at fraværet reelt er større, idet vi formoder, at kursister med et stort frafald også er mindre tilbøjelige til at svare på spørgeskemaet.

Manglende overskud og træthed

- Både kursisterne og koordinatorene peger på manglende overskud/træthed og uoplagthed som en væsentlig årsag til fraværet.

SMS og telefonopkald er de mest anvendte tiltag til at fastholde kursisterne

- I spørgeskemaundersøgelsen svarer 71 % af koordinatorene, at de har sendt SMS'er til kursisterne, mens cirka halvdelen (45 %) har ringet til kursisterne for at fastholde dem på kurset.
- De kvalitative interviews med kursisterne i de syv casekommuner peger på, at kursisterne er glade for de telefoniske påmindelser, og at det har en motiverende effekt.

De fleste kursister er tilfredse med kurset, og halvdelen oplever, at de i meget høj grad eller i høj grad fik udbytte af kurset

- I spørgeskemaundersøgelsen svarer 76 % af kursisterne, at de er meget tilfredse/tilfredse med kurset, og 76 % vil i høj grad/en hel del anbefale kurset til andre.
- Derudover svarer 54 % af kursisterne i spørgeskemaundersøgelsen, at de i meget høj grad/i høj grad har fået udbytte af kurset, mens 35 % svarer i nogen grad.
- Interviewene med kursisterne i de syv casekommuner viser, at kursisterne især fremhæver handleplanerne, afspændingsøvelser og det sociale aspekt som positivt.
- Tilfredsheden med kurset er på niveau med tilfredsheden blandt voksne over 18 år. Her svarer 71 % af de voksne kursister over 18 år, at de var meget tilfredse/tilfredse med kurset,

og 46 % oplever, at de i meget høj grad/i høj grad fik udbytte af kurset (Christensen & Mehlsen, 2016a).

Kursisterne fremhæver betydningen af gruppeforløbet

- Kursisterne i de syv casekommuner fremhæver især det sociale aspekt ved gruppeforløbet, hvor fokus er på erfaringsudveksling. Her fortæller kursisterne, at dét at møde andre unge, som har samme udfordringer med angst og depression som dem selv, giver en følelse af normalitet og mindsker følelsen af ensomhed.
- I spørgeskemaundersøgelsen svarer 62 % af kursisterne, at de i høj grad/en hel del genkendte de problemer og oplevelser, som de andre kursister på kurset havde, og 60 % svarer, at de oplevede, at de andre på kurset forstod dem i høj grad/en hel del.
- Evalueringen blandt voksne over 18 år viser, at 64 % af de voksne kursisterne over 18 år oplevede, at de andre kursister forstod dem i høj grad/en hel del, og 71 % oplever, at de i høj grad/en hel del genkendte de problemer og udfordringer, som de andre kursister på kurset havde (Christensen & Mehlsen, 2016a).

Kursisterne vurderer instruktørerne positivt og fremhæver, at instruktørerne har erfaringer med angst og depression

- I spørgeskemaundersøgelsen svarer 76 % af kursisterne, at de i høj grad er enige i/enige i, at instruktørerne har formået at formidle stoffet på en pædagogisk og forståelig måde, og at instruktørerne var dygtige og velforbredte.
- Derudover vurderer 78 % af kursisterne, at de i høj grad er enige i/enige i, at det er en fordel, at instruktørerne selv har erfaringer med angst og depression. De kvalitative interviews i de syv casekommuner viser, at kursisternes holdninger til instruktørernes alder er mere blandede, og at kursisterne kan bruge instruktørerne som rollemodeller.
- Tilfredsheden med instruktørerne ligger på niveau med den tidligere evaluering blandt voksne over 18 år. Her svarer 73 % af de voksne kursister, at de i høj grad er enige/enige i, at instruktørerne var dygtige og velforbredte, og 78 % er i høj grad er enige/enige i, at instruktørerne formåede at formidle stoffet på en pædagogisk og forståelig måde (Christensen & Mehlsen, 2016a).

Det er uklart, hvilken betydning kurset har på uddannelse og arbejde

- Flere af de unge kursister i de syv casekommuner fortæller, at de allerede inden kursusstart var i gang med uddannelse eller arbejde og/eller allerede havde en klar plan for uddannelse og arbejde. Dog peger enkelte kursister på, at kurset har været med til at give dem større selvtillid og motivation til at påbegynde uddannelse.

- Der tegner sig derfor ikke et entydigt billede af, hvilken betydning kurset har for kursisternes uddannelse og arbejde. I 2020 afrapporteres resultater vedrørende registerbaserede analyser af effekterne på uddannelse og arbejde.

Effektevalueringen

Formålet med effektevalueringen er at belyse udviklingen i kursisternes angst- og depressionssymptomer og self-efficacy. Effektanalyserne bygger på et før- og efterdesign, hvor effekten måles ved at sammenligne kursisternes symptomer på angst og/eller depression og self-efficacy over tid. Effektanalyserne bygger på data fra en spørgeskemaundersøgelse udsendt til kursisterne ved baseline (T1; forsamlingen), ved sidste kursusmodul (T2) og fem måneder efter kursusstart (T3).

De primære effektmål omfatter angst- og depressionssymptomer og to udvalgte mål for self-efficacy. De sekundære analyser omhandler blandt andet supplerende mål for self-efficacy samt mestring, søvn, trivsel og tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked.

Kursisternes angst- og depressionssymptomer falder – især blandt kursister med et højt symptomniveau ved baseline

- Kursisternes depressionsscore, målt ved *Beck's Depression Inventory*, falder i gennemsnit med 8,2 point ved sidste kursusmodul og med 9,6 point fem måneder efter kursusstart. Faldet er statistisk signifikant.
- Samtidig falder kursisternes angstscore, målt ved *Spielbergers State-Trait Anxiety Inventory for Adults*, i gennemsnit med 5,8 point ved sidste kursusmodul og med 6,8 point fem måneder efter kursusstart. Faldet er statistisk signifikant.
- Faldet i angst- og depressionssymptomer er højest blandt kursister med en høj symptombyrde ved baseline. Blandt kursister med høj angst falder angstscoren med 11,7 point, og blandt kursister med svær depression falder depressionsscoren med 11,8 point ved sidste kursusmodul.
- Idet der ikke indgår en kontrolgruppe i evalueringen, er det ikke muligt at vurdere, om disse ændringer ville være sket alligevel. Sammenligner vi med resultaterne fra kurset for voksne over 18 år, hvor der indgik en kontrolgruppe, finder vi, at faldet er på niveau med, eller større, end blandt de voksne kursister.

Kursisternes self-efficacy stiger i projektperioden

Effektevalueringen belyser udviklingen i kursisternes self-efficacy vedrørende: (1) personlig kontrol målt med *Personal Control*, (2) tro på at kunne få emotionel og praktisk støtte fra familie, venner andre målt med *Obtain Help From Community, Family, Friends Scale*, og (3) tro på at kunne

håndtere symptomer på depression målt med *Control/Manage Depression Scale*. De to første mål udgør de primære effektmål, mens det tredje mål er et sekundært effektmål.

Vi finder, at:

- Kursisternes tro på personlig kontrol stiger med 1,4 point ved sidste kursusmodul. Denne stigning fastholdes fem måneder efter kursusstart (men stiger ikke yderligere). Stigningen er statistisk signifikant.
- Kursisternes tro på emotionel og praktisk støtte fra familie, venner og andre stiger med 2,7 point ved sidste kursusmodul og med 2,2 point fem måneder efter kursusstart. Stigningen er statistisk signifikant.
- Vi finder også en positiv udvikling i det sekundære effektmål vedrørende troen på at kunne håndtere symptomer på depression, som stiger med 6,8 point ved sidste kursusmodul og med 7,7 point fem måneder efter kursusstart, det vil sige, at den stiger yderligere efter kurset frem til fem måneder efter kursusstart. Stigningen er statistisk signifikant.
- Den positive udvikling i self-efficacy er højere end blandt de voksne kursister over 18 år. Her viser evalueringen af kurset for de voksne kursister over 18 år, at kurset havde en positiv effekt på troen på personlig kontrol og troen på at kunne få emotionel og praktisk støtte fra familie, venner og andre. Resultaterne tyder på, at kurset har en positiv virkning på de unge kursisters oplevelse af personlig kontrol og tro på social støtte, som er særlig gavnligt for de unge sammenlignet med de voksne.

Positive ændringer i de øvrige effektmål – men ingen ændringer i tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked

De sekundære analyser viser, at:

- Kursisterne oplever en positiv stigning i oplevelse af mestring (målt med *Brief Cope*) på 0,6 point ved sidste kursusmodul og 0,6 point fem måneder efter kursusstart. Derudover stiger kursisternes trivsel (målt med *WHO-5*) med 11,9 point ved sidste kursusmodul og 12,9 point fem måneder efter kursusstart. Stigningerne er statistisk signifikante.
- Ved sidste kursusmodul falder kursisternes somatiseringsscore målt ved *Common Mental Disorders Questionnaire* med 2,8 point, og fem måneder efter kursusstart falder somatiseringsscoren med 4,1 point. Faldet er statistisk signifikant.
- Slutteligt finder vi, at kursisternes søvnkvalitet stiger ved sidste kursusmodul og fem måneder efter kursusstart, mens vi ikke finder ændringer i kursisternes tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked.
- Evalueringen af kurset for voksne over 18 år finder en positiv effekt på somatisering. Det er ikke muligt at sammenligne resultaterne vedrørende søvn og tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked, da de to evalueringer benytter forskellige mål for søvn, og fordi

evalueringen af kurset for voksne over 18 år ikke belyser tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked.

3 Baggrund og formål

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 med depression og angst blev 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 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.

3.1 Formål

Formålet med denne evaluering er at belyse implementeringen og effekten af kurset LÆR AT TACKLE angst og depression for unge i alderen 15-25 år. 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). Formålet med denne evaluering er at belyse udviklingen i kursisternes angst- og depressionssymptomer og self-efficacy og at undersøge, om de samme positive resultater kan opnås for unge, som for de voksne over 18 år.

3.2 Kurset LÆR AT TACKLE angst og depression

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 udviklet 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 sociale, 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 til at kunne gå på arbejde på trods af sin sygdom eller 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 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, for eksempel uddannelse
- Revurdere årsagen til og muligheden for at tackle sine symptomer
- Spejle sig i positive rollemodeller
- Gruppedynamik (Christensen & Mehlsen, 2016a)

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 dog ikke et krav for at blive instruktør.

3.2.1 Kursets indhold

LÆR AT TACKLE angst og depression 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 deres 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.

3.3 Inklusions- og eksklusionskriterier

Kursets målgruppe er unge i alderen 15-25 år med symptomer på, eller havende en angst og/eller depressionsdiagnose. Før de unge kan tilbydes en plads på kurset, skal de først deltage i en personlig forsamtale med en kommunal koordinator for at vurdere, om de unge opfylder nedenstående inklusionskriterier:

- Personen er mellem 15 og 25 år
- Der foreligger selv vurderede symptomer på angst og/eller depression, eller der er aktuelt ingen selv vurderede symptomer på angst og/eller depression, men personen har tidligere erfaringer med angst og/eller depression
- Angst og/eller depression kan udgøre en sekundær lidelse til anden sygdom, hvis ikke det er den primære lidelse
- 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

Ved forsamtalen brugte koordinatoren (1) *the Revised Children's Anxiety and Depression Scale* (RCADS) til at screene for angst og depression blandt unge, som var mellem 15-17 år, (2) *Major Depression Inventory* til at screene for depression, og (3) *Angst-Symptom Spørgeskema* til at screene for angst blandt unge, som var 18-25 år. Hvis den unge opfyldte inklusionskriterierne, og den unge ønskede at deltage i kurset, inviterede koordinatoren den unge til at deltage i evalueringen. Det var frivilligt at deltage i evalueringen, og deltagelse i evalueringen havde ikke betydning for den unges mulighed for at deltage i kurset.

3.4 Pilotafprøvningen

I perioden august 2017 til ultimo 2017 deltog 10 kommuner i en pilotafprøvning. Pilotkommunerne var: Allerød, Frederiksberg, Skive, Skanderborg, Roskilde, Odense, Køge, Halsnæs, Haderslev og Frederikshavn. Som led i pilotafprøvningen gennemførte Statens Institut for Folkesundhed en evaluering af erfaringerne med implementeringen, inden kurset skulle rulles ud i stor skala. Evalueringen viser blandt andet, at kurset fungerer godt til målgruppen, og at de unges udbytte og tilfredshed med kurset ikke er afhængigt af instruktørernes alder. På baggrund af pilotafprøvningen blev der udviklet en implementeringsguide til kommunerne, ligesom der i undervisningsmanualen blev udviklet en række input til eventuelt at justere mindre dele af metoderne, så de i endnu højere grad passede til unge kursister.

4 Evalueringsdesign

I dette kapitel beskriver vi evalueringsdesignet og de datakilder og analysestrategier, der ligger til grund for evalueringen. Kapitlet begynder med en beskrivelse af, hvordan kommunerne blev rekrutteret til projektet. Herefter følger en overordnet beskrivelse af evalueringsdesignet og datakilderne og en mere detaljeret beskrivelse af effekt- og procesevalueringen.

4.1 Rekruttering af kommunerne

I 2017 sendte Komiteen for Sundhedsoplysning en invitation til alle landets kommuner om mulighed for at deltage i projektet og om at udbyde LÆR AT TACKLE angst og depression for unge. I kommuner, som allerede udbyder LÆR AT TACKLE angst og depression for voksne over 18 år, blev invitationen sendt direkte til den pågældende koordinator. Komiteen for Sundhedsoplysning annoncerede derudover med projektet via deres hjemmeside og nyhedsbreve. Målet var at rekruttere 25 kommuner, herunder fem kommuner, som også ville indgå i en pilotafprøvning af kurset. I alt ansøgte 38 kommuner om at deltage. Kravene til deltagelse er beskrevet i Boks 1.

Boks 1 Krav til deltagelse i projektet

- Implementere kurset i et samarbejde mellem for eksempel sundheds-, social- eller beskæftigelsesforvaltning og UU/ungeenhed, uddannelsesinstitutioner eller lignende.
- Udpege en koordinator for indsatsen. Koordinator skal være ansat i kommunen.
- Koordinatoren skal uddanne sig til instruktør (hvis ikke koordinatoren allerede er uddannet i dette kursus) og skal påtage sig opgaver i forbindelse med rekruttering, kursuskoordination og dataindsamling.
- Rekruttere tre instruktører, som skal være gode selvhjælpere og have personlig erfaring med angst og/eller depression. Mindst én af de to instruktører, der underviser på hvert kursus, skal være mellem 20 og 30 år (dette krav frafaldt efter pilotafprøvningen).
- Instruktører (og eventuelt koordinator) skal kunne deltage på instruktøruddannelse.
- Afholde et kursus i LÆR AT TACKLE angst og depression for unge i perioden august 2017 til december 2017 (med 12-14 unge) (pilotafprøvningen)
- Opstarte en netværksgruppe for kursisterne efter endt kursus.
- Deltage i kvalificering af rekrutteringsmateriale gennem inputs og vurdering.
- Bidrage med erfaringer og ideer til implementeringsguide.
- Deltage i evalueringen i 2018, hvor der afholdes mindst to kurser (med 12-14 unge).

Kilde: Invitationsmateriale udviklet af Komiteen for Sundhedsoplysning

Komiteen for Sundhedsoplysning vurderede, at alle ansøgere var kvalificerede og valgte derfor efter aftale med Statens Institut for Folkesundhed og den A.P. Møllerske Støttefond at inkludere alle ansøgere i projektet. De udvalgte samtidigt 10 kommuner til også at indgå i en pilotafprøvning inden projektstart (se mere i afsnit 3). To af ansøgerne droppede ud inden kursusstart, og fire nye ansøgere blev inkluderet efterfølgende. Det vil sige, at i alt 40 ansøgere blev inkluderet i projektet, som blev gennemført i perioden 2017 til ultimo 2019. I evalueringen indgår der dog kun 39 kommuner, da én kommune droppede ud. Ved rapportens offentliggørelse er der 42 kommuner, der udbyder indsatsen. Tabel 1 viser deltagerne i evalueringen. Som det fremgår af tabellen, er en af deltagerne ikke en kommune – UU Center Syd. UU (Ungdommens Uddannelsesvejledning) er kommunale vejledningscentre, som giver vejledning om uddannelse og erhverv til unge i og uden for grundskolen. UU Center Syd varetager opgaver på vegne af tre kommuner. Vi vil dog fortsat omtale deltagerne som kommuner i resten af rapporten.

Tabel 1 Deltagende kommuner i evalueringen

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

4.2 Datakilder

Evalueringen omfatter både en proces- og en effektevaluering og bygger på et mixed-method design, som trækker på kvalitative interviewdata fra et casestudie i syv kommuner og kvantitative data fra registre og spørgeskemaer blandt koordinatorene og kursisterne.

Tabel 2 viser hvordan de forskellige datakilder bidrager til proces- og effektevalueringen. Som det fremgår af tabellen, bygger effektanalyserne på kvantitative data fra registre og en spørgeskemaundersøgelse blandt kursisterne. De registerbaserede effektanalyser belyser kursets betydning for kursisternes tilknytning til arbejdsmarkedet og gennemførelse af uddannelse. Denne rapport omfatter dog ikke de registerbaserede analyser, som følger i en særskilt rapport, som offentliggøres i 2020.

Som det også fremgår af tabellen, trækker procesevalueringen både på kvalitative interviewdata fra et casestudie i syv kommuner og kvantitative data fra en spørgeskemaundersøgelse blandt koordinatorerne og kursisterne.

Tabel 2 Oversigt over datakilder

	Effektevaluering	Procesevaluering
Kvantitative datakilder		
Spørgeskemaer, kursister	X	X
Registre ¹	X	
Spørgeskemaer, koordinatore		X
Kvalitative datakilder		
Interviews, koordinatore		X
Interviews, kursister		X
Interviews, instruktører		X

¹Registerdata indgår ikke i denne rapport, men afrapporteres separat i 2020

4.3 Effektevalueringen

Formålet med effektevalueringen er at belyse udviklingen i kursisternes angst- og depressionssymptomer, self-efficacy og uddannelses- og jobparathed. Effektanalyserne baseres på et før- og efterdesign, hvor effekten måles ved at sammenligne kursisternes mentale sundhed og self-efficacy ved baseline (T1), på sidste kursusmodul (T2) og fem måneder efter kursusstart (T3).

Svagheden ved dette design er, at vi ikke kan konkludere, at et fald i depressive eller angstsymptomer og forbedringer i self-efficacy er et resultat af kurset, da disse ændringer kan skyldes en placeboeffekt eller være udtryk for en naturlig udvikling, som ville have fundet sted, uanset om kursisterne havde deltaget i kurset eller ej. Derfor sammenligner vi udviklingen i de valgte effektmål med resultaterne fra LÆR AT TACKLE for voksne over 18 år, og bruger de voksne deltagere som reference for at undersøge, om vi finder en sammenlignelig udvikling. Der vil dog ikke være tale om en statistisk test af udviklingen mellem de to grupper.

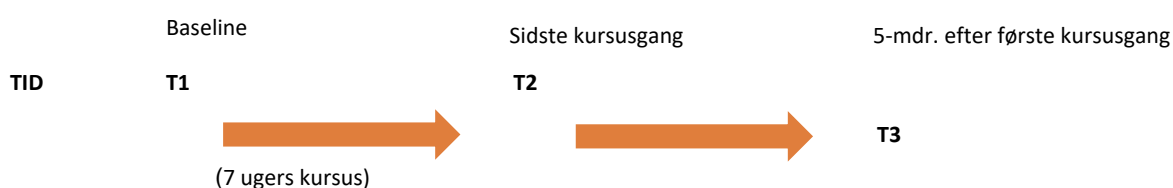
Selvom kurserne bygger på de samme principper og elementer, og vi – så vidt mulig – har anvendt de samme måleinstrumenter, så skal sammenligninger mellem de to studier alligevel tages med visse forbehold. Først og fremmest skal det nævnes, at målgrupperne i de to undersøgelser er forskellige i og med, at de er målrettet forskellige aldersgrupper. I kapitel 13 sammenligner vi resultaterne fra de to undersøgelser og karakteristika ved de unge kursister og kursisterne i af LÆR AT TACKLE angst og depression for voksne over 18 år.

4.3.1 Måletidspunkterne og rykkerprocedurer

Vi måler kursisternes tilstand på tre forskellige tidspunkter (som vist i Figur 1). Det første spørgeskema (T1, baseline) udfyldes før deltagelse i kurset ved en forsamtale med koordinator, som både er ansvarlig for udlevering og indsamling af spørgeskemaet. Det andet spørgeskema (T2) udfyldes

på det sidste kursusmodul. Koordinator var ligeledes ansvarlig for udlevering og indsamling af spørgeskemaet. De kursister, der var fraværende på sidste kursusmodul, modtog et elektronisk link til spørgeskemaet i en mail (via SurveyXact). Det sidste spørgeskema (T3) blev udsendt fem måneder efter kursusstart på samme måde via et link fra SurveyXact med adgang til et elektronisk skema. På første kursusrunde modtog kursister, der ikke havde besvaret spørgeskemaet, en påmindelse via e-mail og endnu en påmindelse efter 10 dage via sms. På anden kursusrunde modtog kursisterne begge rykkere via sms, da vores erfaring var, at det havde en bedre effekt end med rykkerudsendelse via e-mail.

Figur 1 Måletidspunkter



4.3.2 Effektmål

Tabel 3 viser de primære effektmål, mens Tabel 5 viser de sekundære effektmål. Slutteligt viser Tabel 6 baggrundsvARIABLE, og Tabel 10 viser spørgsmål vedrørende forventninger til og udbytte af kurset (beskrevet på side 24 i afsnit 4.4.2). Som det fremgår af tabellerne, har vi, så vidt det har været muligt, benyttet skalaer og spørgsmål, som er valideret og allerede testet. Derudover har vi så vidt muligt valgt at anvende de samme spørgsmål og skalaer, som blev anvendt i evalueringen af LÆR AT TACKLE angst og depression for voksne over 18 år, da det giver os mulighed for at sammenligne resultaterne. Dette er særligt relevant i og med, at designet bygger på en før- og efteranalyse, hvor der ikke er en kontrolgruppe.

Tabel 3 Evalueringens primære effektmål

Effektmål	Skala
Angst	Spielbergers State-Trait Anxiety Inventory for Adults (STAI)
Depression	Beck's Depression Inventory (BDI-II)
Self-efficacy	Obtain Help from Community, Family, Friends Scale (SECD_Ssup) Personal Control (IPQ-Pc)

Tabel 4 Opdeling af depressions- og angstsymptomernes sværhedsgrad

Beck's Depression Inventory (BDI-II ¹)	Spielbergers State-Trait Anxiety Inventory for Adults (STAI ²)
<p>På basis af den samlede score foreslår Beck (1996) følgende opdeling af symptomernes sværhedsgrad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Minimal depression (BDI-II < 14) Mild depression (>= 14 & < 20) Moderat depression (>= 20 & < 29) Svær depression (>= 29) 	<p>På basis af den samlede score foreslår Spielberger (1983) følgende opdeling af symptomernes sværhedsgrad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lav angst (STAI <= 39,5) Moderat angst (> 39,5 & <= 59,5) Høj angst (> 59,5)

Kilde: Christensen & Mehlsen, 2016

Tabel 5 Sekundære effektmål

Effektmål	Skala
Funktionel tilstand/somatisering	Common Mental Disorders Questionnaire (CMDQ)
Self-efficacy	Control/Manage Depression Scale (SECD)
Mestring/social interaktion	Brief Cope
Trivsel og livskvalitet	WHO-5
Progression ift. uddannelse/job	Spørgsmål udviklet af Væksthuset ¹
Søvnkvalitet	Selvkonstrueret
Rusmiddelforbrug	Selvkonstrueret
Alkoholforbrug	Selvkonstrueret
Arbejdsmarkeds- og uddannelsesstatus	Selvkonstrueret

¹ Udviklet på baggrund af et udviklingsprojekt om indikatorer for arbejdsmarkedsparted og progressionsmåling (BIP).

Tabel 6 Baggrundsvariable

Sociodemografiske karakteristika	Køn, alder, arbejdsmarkeds- og uddannelsesstatus, familieforhold og bopæl
Sygdoms- og behandlingshistorik	Varighed af angst- og depressionssymptomer, behandlingshistorik og komorbiditet

4.3.3 Styrkeberegning og sample size

Vi har baseret styrkeberegningen på resultaterne fra undersøgelsen LÆR AT TACKLE angst og depression for voksne over 18 år. Vi antager, at der vil være en tilsvarende interventionseffekt. Primære udfaldsmål er depression, angst og self-efficacy. Styrkeberegningen er kun foretaget i forhold til angst og depression, hvor depression måles ved Beck's Depression Inventory (BDI-II) og angst måles ved Spielbergers State-Trait Anxiety Inventory for Adults (STAI). Den gennemsnitlige score ved baseline i interventionsgruppen med de voksne var henholdsvis 24,2 og 49,73 for BDI-II og STAI, og forbedringen i scorer efter to måneders follow-up var henholdsvis 5,32 og 2,87. Vi baserer beregningen på 80 % power ($\beta = 0.2$), og vi tester på et 5 % statistisk signifikansniveau ($\alpha = 0.05$). Altså en risiko for type-2 fejl på 20 % og en risiko for type-1 fejl på 5 %. For at kunne vise en effekt i interventionsgruppen, uden kontrolgruppe, skal der inkluderes:

- For depression (BDI-II) vil studiepopulationen skulle udgøre minimum 32 personer.
- For angst (STAI) vil studiepopulationen skulle udgøre minimum 151 personer.

4.3.4 Statistiske analyser

De statistiske analyser af kursets effekter er baseret på data fra baseline (T1), ved sidste kursusmodul (T2) og follow-up fem måneder efter kursusstart (T3). Inklusionskriteriet for at indgå i effektanalyserne er at have en baselinebesvarelse (N=483)¹. Effektanalyserne er baseret på mixed regressionsmodeller i SAS 9.4 (proc mixed for repeated measures ANOVA ved lineære udfald samt logistisk regression med proc genmod ved binære udfald med repeated statement). Der er foretaget multipel dataimputation for at håndtere missing data, da der var et højt antal missing på centrale variable for analyserne (for eksempel udfaldsmålene for angst og depression) ved at imputere missing values i 20 datasæt og samle resultaterne igen (procedurerne PROC MI og PROC MIANALYZE benyttes). Resultaterne anses som statistisk signifikante ved en p-værdi på mindre end 0.05.

4.3.5 Svarprocenter og frafaldsanalyse

Tabel 7 viser antallet af besvarelser og svarprocenter. Tabellen viser, at 67 % udfyldte spørgeskemaet ved det sidste kursusmodul, men at svarprocenten faldt til 33 % fem måneder efter kursusstart.

Tabel 7 Antal besvarelser og svarprocenter ved T1, T2 og T3

	T1	T2	T3
Antal respondenter	483	351	158
Svarprocent	-	67%	33%

¹ Heraf besvarede 281 kursister papirspørgeskemaerne udfyldt på sidste kursusmodul, mens 44 svarede på det elektroniske spørgeskema sendt per mail efterfølgende.

¹ Ganske få deltagere indgår ikke i analyserne, fordi de kun har besvarelser ved T2 eller T3, men ikke baseline.

Som vist i Tabel 8 tegner der sig ikke et entydigt billede af, at kursister, som besvarede alle tre spørgeskemaer, adskiller sig markant fra de kursister, der kun besvarede baseline, eller som kun udfyldte et af de to opfølgende spørgeskemaer ved sidste kursusmodul (T2) og fem måneder efter kursusstart (T3). Tabellen viser dog en svag tendens til, at kursister, som kun besvarede baseline-spørgeskemaet, har en lidt højere angst- og depressionsscore end de kursister, der besvarede alle tre skemaer. Der er også nogle lidt uventede tendenser. For eksempel viser tabellen, at en højere andel af kursister, som besvarede alle tre spørgeskemaer, har prøvet hash og andre stoffer.

Tabel 8 Frafaldsanalyse

	Tre spørgeskemaer: T1, T2 og T3 (N=147)	To spørgeskemaer: T1 og T2 eller T3 (N=176)	Kun baseline: T1 (N=160)
Angst, STAI	(N=130)	(N=158)	(N=148)
Gennemsnit (SD)	51,8 (11,5)	52,0 (12,1)	53,1 (11,2)
Depression, BDI	(N=117)	(N=142)	(N=142)
Gennemsnit (SD)	25,1 (11,5)	28,3 (11,0)	27,6 (10,7)
Andre psykiske lidelser end angst og depression, antal (%)			
Nej	96 (65,3)	103 (58,5)	102 (63,8)
Ja	51 (34,7)	73 (41,5)	58 (36,3)
Alkoholforbrug: Antal genstande den sidste uge			
Gennemsnit (SD)	(N=100) 3,1 (9,0)	(N=132) 3,2 (7,4)	(N=137) 4,0 (9,7)
Har nogensinde prøvet at ryge hash, antal (%)			
Nej	66 (44,9)	93 (52,8)	110 (68,8)
Ja	75 (51,0)	78 (44,3)	49 (30,6)
Missing	6 (4,1)	5 (2,8)	1 (0,6)
Har nogensinde prøvet andre stoffer end hash¹, antal (%)			
Nej	102 (69,4)	123 (69,9)	137 (85,6)
Ja	24 (16,3)	25 (14,2)	8 (5,0)
Missing	21 (14,3)	28 (15,9)	15 (9,4)
Alder			
Gennemsnit (SD)	(N=145) 20,2 (2,9)	(N=173) 20,0 (3,2)	(N=159) 19,3 (3,0)
Hvad laver du til daglig? Antal (%)			
I uddannelse (herunder lærling/elev eller uddannelsespraktik)	82 (55,8)	89 (50,6)	86 (53,8)
I arbejde (herunder flexjob og deltid)	7 (4,8)	12 (6,8)	20 (12,5)
Ledig ²	53 (36,1)	68 (38,6)	48 (30,0)
Missing	5 (3,4)	7 (4,0)	6 (3,8)

Kilde: Spørgeskemaet til kursisterne (T1, T2 og T3).

¹ Nogensinde prøvet mindst ét af de øvrige nævnte typer stoffer: Amfetamin, ecstasy, kokain, LSD, heroin, svampe med euforiserende stoffer, keta-min, GHB (fantasy), andre.

² Ledig i virksomhedspraktik, aktivering eller anden støttet beskæftigelse og ledig uden tilknytning til arbejdsmarked eller uddannelsessystem.

Tabel 9 viser kursisternes motivation og forventninger ved baseline og deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen. Her finder vi heller ingen markante forskelle, selvom der er en tendens til, at kursister, som i højere grad forventer at få udbytte af kurset og føler sig motiverede har mere frafald. Analysere peger dog ikke på, at der er en særlig risikoprofil for kursister, som kun besvarede baselineskemaet.

Tabel 9 Supplerende frafaldsanalyser

	Tre spørgeskemaer: T1, T2 og T3 (N=147)	To spørgeskemaer: T1 og T2 eller T3 (N=176)	Kun baseline: T1 (N=160)
I hvor høj grad forventer du, at du vil kunne få udbytte af kurset? Antal (%)			
Slet ikke/i nogen grad	68 (46,3)	60 (34,1)	59 (36,9)
I høj grad	62 (42,2)	87 (49,3)	87 (54,4)
I meget høj grad	15 (10,2)	27 (15,3)	14 (8,8)
Missing	2 (1,4)	2 (1,2)	0 (0,0)
Hvor motiveret føler du dig til at arbejde med dine symptomer på angst og/eller depression? Antal (%)			
Slet ikke/i nogen grad	41 (27,9)	44 (25,0)	43 (26,9)
I høj grad	64 (43,5)	81 (46,0)	73 (45,6)
I meget høj grad	41 (27,9)	51 (29,0)	44 (27,5)
Missing	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
I hvor høj grad vurderer du, at kurset passer til netop dine behov? Antal (%)			
Slet ikke/i nogen grad	66 (44,9)	70 (39,8)	46 (28,8)
I høj grad	59 (40,1)	79 (44,9)	95 (59,4)
I meget høj grad	20 (13,6)	26 (14,8)	19 (11,9)
Missing	2 (1,4)	1 (0,6)	0 (0,0)

Kilde: Spørgeskemaet til kursisterne (T1, T2 og T3).

4.4 Procesevalueringen

Formålet med procesevalueringen er at afdække hvordan LÆR AT TACKLE angst og depression er blevet implementeret i kommunerne med udgangspunkt i de krav, som Komiteen for Sundhedsoplysning opstillede forud for projektet (som vist i Boks 1). Analyserne omfatter følgende aspekter af implementeringen:

- Organisatorisk forankring i kommunen
- Rekruttering af instruktører og kursister
- Gennemførelse af forsamtalerne
- Fastholdelse og frafald
- Rammerne for kurser (placering og de konkrete fysiske rum), og hvilken betydning det har for effekten af kurset
- Kursisternes forventninger til kurset og motivation for at deltage
- Kursisternes, instruktørernes og koordinatorernes oplevelse af udbytte og kursisternes tilfredshed med kurset

Procesevalueringen belyser også betydningen af organiseringen og rekrutteringsstrategier i kommuner – herunder betydningen for karakteristika af de unge.

4.4.1 Casestudiet

Vi har gennemført en interviewundersøgelse i syv kommuner. To af de deltagende kommuner (Fredensborg/Helsingør) arbejdede sammen om gennemførelsen af kurserne. Følgende kommuner deltog i interviewundersøgelse:

- Bornholm
- Fredensborg/Helsingør
- Frederiksberg
- Frederikshavn
- Hillerød
- Odense

Kommunerne er udvalgt med henblik på at opnå variation i geografisk beliggenhed, størrelse og organisering. I to af kommunerne er kurset forankret i en beskæftigelsesenhed, i én kommune er kurset forankret i socialpsykiatrien, mens kurset er forankret i en sundhedsafdeling eller et sundhedscenter i fire af kommunerne.

I hver kommune foretog vi ét interview med koordinatoren, ét gruppeinterview med instruktørerne og ét gruppeinterview med kursisterne. Koordinatorinterviewene blev enten foretaget over telefon eller face-to-face. I tre kommuner, hvor koordinatoren også var instruktør på kurset, indgik begge i både koordinator- og i instruktørinterviewet. I de samarbejdende kommuner gennemførte vi interviews med begge koordinatore.

I alt deltog 23 kursister (otte mænd og 15 kvinder) i et gruppeinterview, som omfattede 2-7 kursister. Kursisterne var i alderen 17-29 år, og 11 kursister var i gang med en uddannelse.

Alle interviewene blev gennemført på baggrund af et semistruktureret interview, og alle interviews blev efterfølgende transskriberet ordret og kodet og analyseret i Nvivo med udgangspunkt i en tematisk tekstanalyse. I rapporten præsenterer vi udvalgte citater, som er særligt illustrative for resultaterne. Informanterne er anonymiserede, og navne på enkeltpersoner, kommuner og lignende er derfor fiktive. I citaterne angives type af informant (instruktør, kursist eller koordinator) samt hvilken case, informanten kommer fra, angivet som C1 (case 1), C2, C3 og så videre.

4.4.2 Spørgeskemaer til kursisterne (T1 og T2)

Som led i baselineundersøgelsen belyses kursisternes motivation for at deltage i kurset og deres forventninger til kurset. Derudover indeholder spørgeskemaet, som kursisterne udfyldte ved sidste kursusmodul, spørgsmål om fravær, tilfredshed med og udbytte af kurset samt kursisternes vurdering af instruktørerne og de sociale relationerne kursisterne imellem. Spørgsmålene er identiske med spørgsmålene i evalueringen af LÆR AT TACKLE for voksne over 18 år.

Tabel 10 Emner i T1 og T2 vedrørende forventninger, tilfredshed og udbytte af LÆR AT TACKLE angst og depression

Temaer	Spørgeskema
Motivation for at deltage og forventninger til kurset	T1
Fravær	T2
Årsager til fravær	T2
Tilfredshed med og udbytte af kurset	T2
Vurdering af instruktører	T2
Sociale relationer på kurset	T2

4.4.3 Spørgeskemaer til koordinatorene

Ved projektafslutningen i 2019 modtog alle koordinatorene (N=39) et webbaseret spørgeskema om implementeringen af kurset. I alt besvarede 37 koordinatorene spørgeskemaet (svarprocent = 95 %). Resultaterne blev analyseret i SPSS.

Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål om aspekter af implementeringen:

- Organisering og samarbejdspartnere
- Rekruttering
- Forsamtalen
- Frafald og årsager til frafald
- Fastholdelse af kursisterne
- Videre forankring

5 Beskrivelse af kursisterne

I dette kapitel ser vi nærmere på, hvad der karakteriserer de unge, der deltog i kurset, baseret på data fra baselinespørgeskemaet.



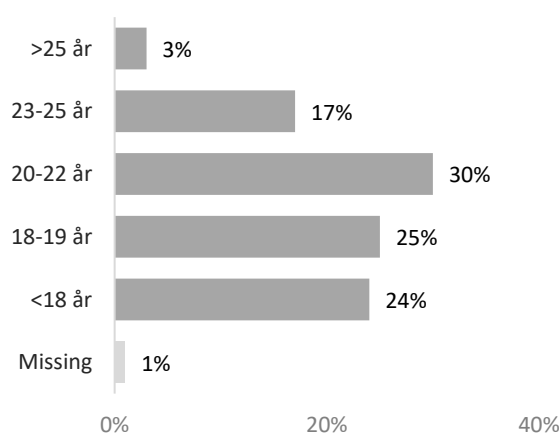
Resultaterne i dette kapitel – helt kort

Analyserne viser, at størstedelen af kursisterne er kvinder, og at gennemsnitsalderen er 20 år. Kursisterne udgør en heterogen gruppe, som befinder sig meget forskellige steder i livet. For eksempel går nogle kursister stadig i folkeskole, mens andre er i arbejde. Ved kursets start er 53 % af kursisterne i gang med uddannelse, 35 % er ledige og 8 % er i arbejde. Blandt de kursister, der er i gang med en uddannelse, er 35 % i gang med en gymnasieuddannelse, 21 % går stadig i folkeskolen, og 16 % er i gang med en erhvervsuddannelse. Ved baseline har 24 % af kursisterne høj angst, og 39 % har svær depression, og 17 % har både svær depression og høj angst. Derudover svarer 32 % af kursisterne, at de, ud over angst og/eller depression, har én eller flere psykiske lidelser (primært stress). I alt svarer 19 % af kursisterne, at de ikke modtager eller ikke har modtaget hjælp til at håndtere deres symptomer, mens 29 % modtager eller har modtaget psykiatrisk støtte, 30 % modtager eller har modtaget medicinsk behandling, og 48 % modtager eller har modtaget psykologbehandling.

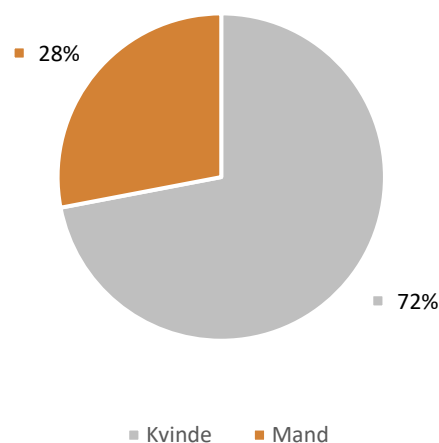
5.1 Sociodemografiske karakteristika

Kursisterne gennemsnitsalder er 20 år (ikke vist i figur), og Figur 2 viser at 24 % var under 18 år.

Figur 2 Alder ved baseline (N=483)



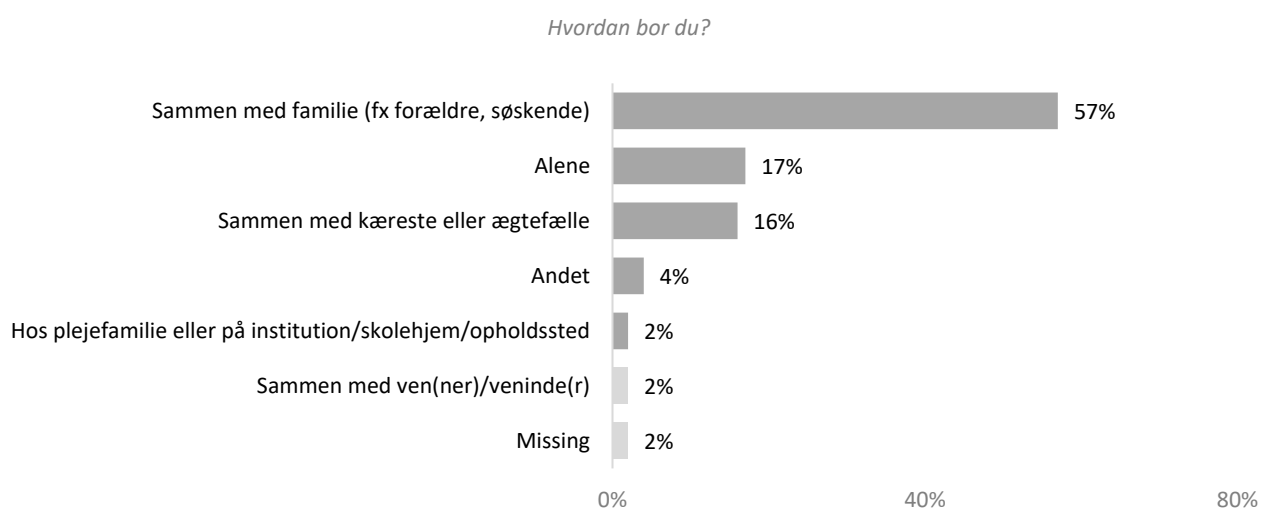
Figur 3 Køn (N=483)



Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

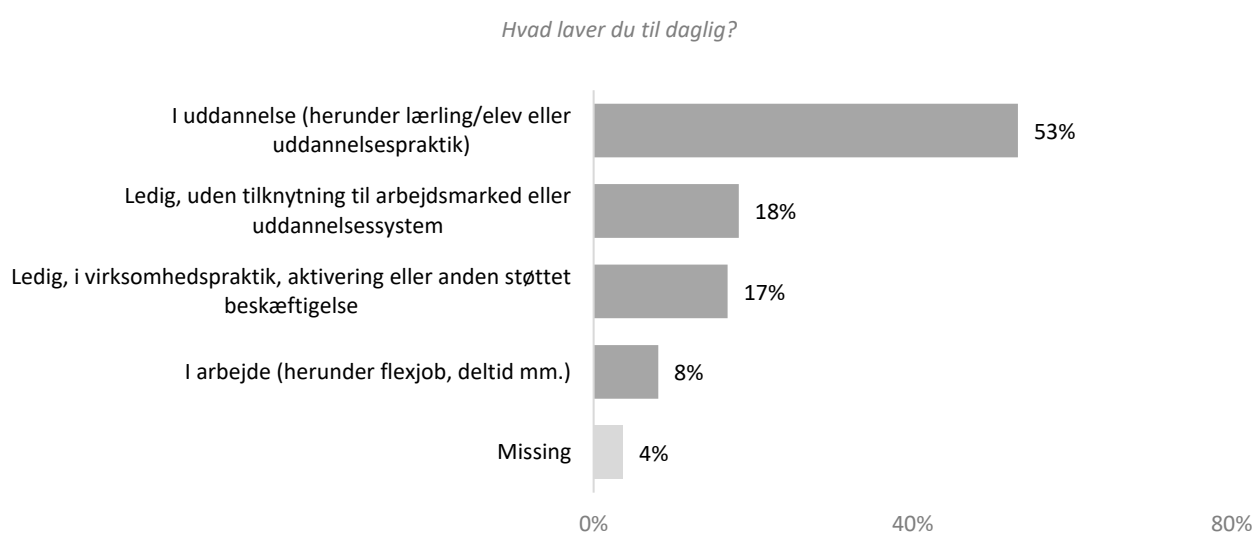
Figur 4 viser, at 57 % bor med familie, 17 % bor alene, og 16 % bor med kæreste/ægtefælle. Kun 2 % bor hos plejefamilie/institution/skolehjem/opholdssted og 2% bor med venner/veninder. Figur 5 viser, at 53 % af kursisterne er i gang med uddannelse, mens 35 % er ledige og 8 % i arbejde. Blandt de kursister, der er i gang med en uddannelse, er cirka en tredjedel (35 %) af disse i gang med en gymnasieuddannelse, 16 % er i gang med en erhvervsuddannelse, og 21 % går i folkeskolen (Figur 6).

Figur 4 Boformer (N=483)



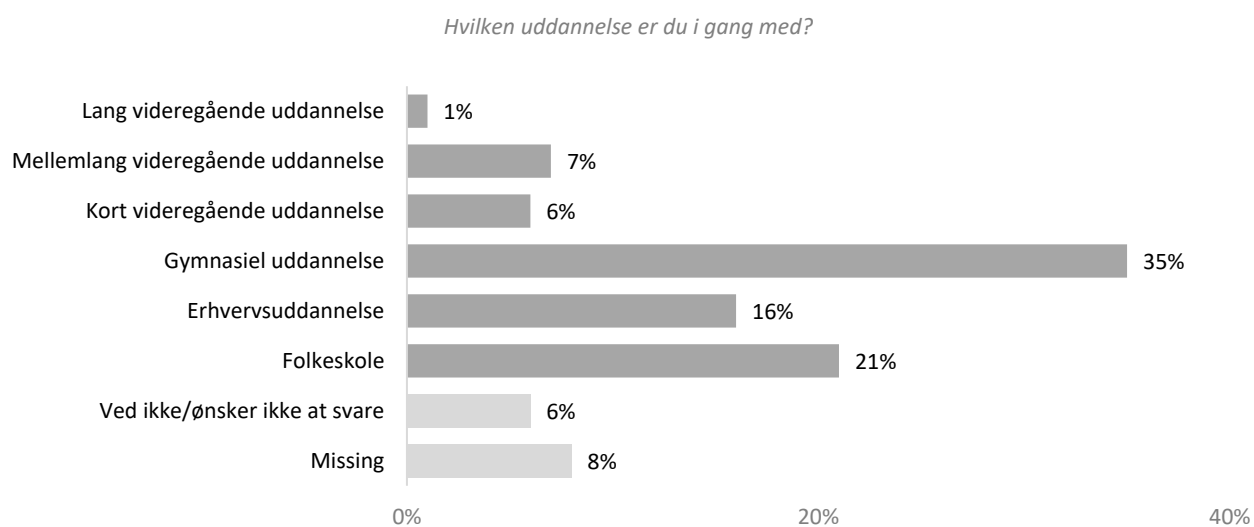
Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

Figur 5 Erhvervs-og uddannelsesstatus (N=483)



Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

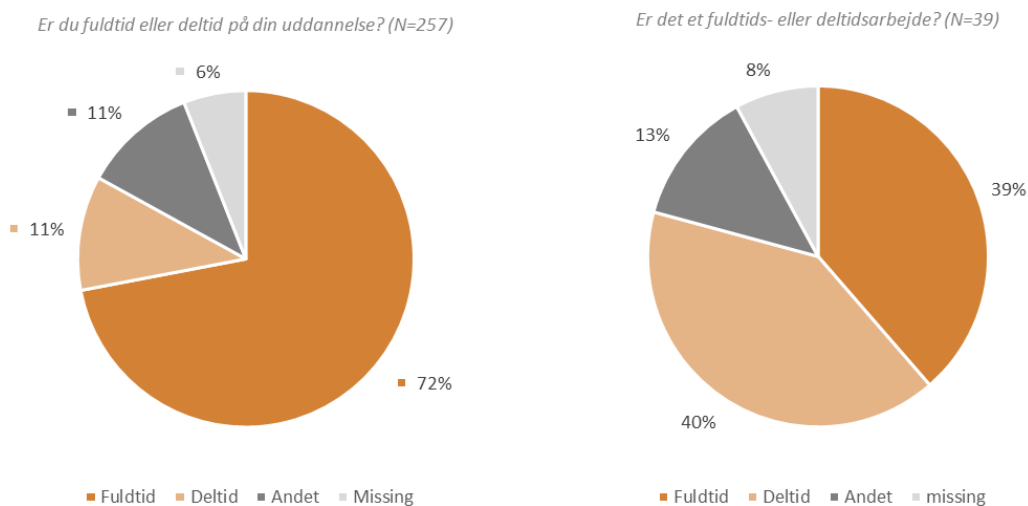
Figur 6 Uddannelse (N=257)



Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

Figur 7 viser, at blandt de kursister, som er i gang med en uddannelse, er 72 % i gang med en fuldtidsuddannelse. Figuren viser også, at blandt kursister, som er i arbejde, er 39 % i fuldtidsarbejde.

Figur 7 Kursister på fuldtid- og deltidsarbejde

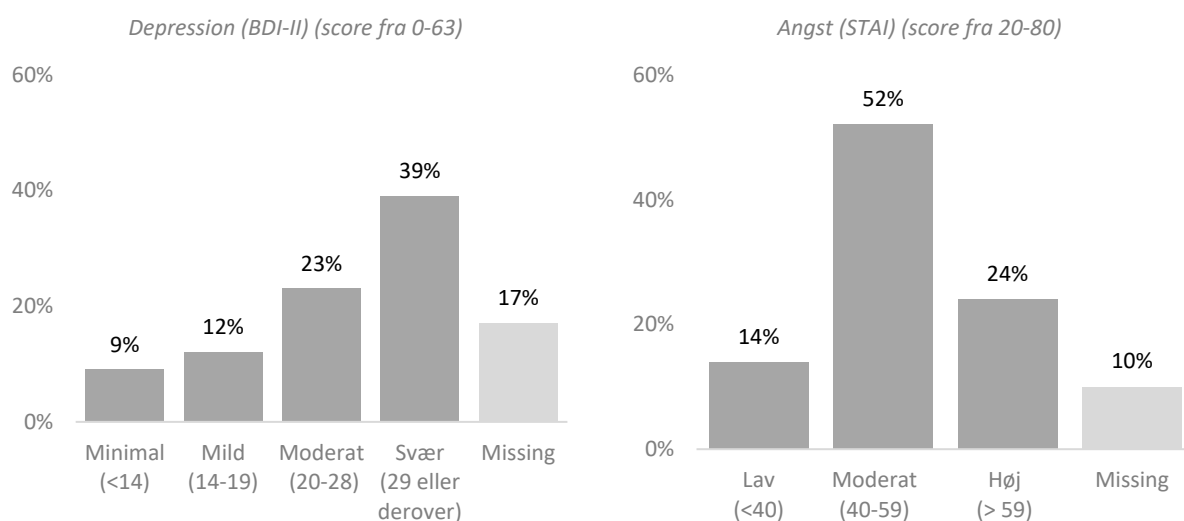


Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

5.2 Mentalt helbred og self-efficacy

Figur 8 viser, at 9 % har minimal depression, 12 % har mild depression, mens 23 % har moderat depression, og 39 % har svær depression ved baseline. Figuren viser også, at 14 % af kursisterne har lav angst, mens 52 % har moderat angst, og 24 % høj angst ved baseline. Tabel 11 viser desuden, at 17 % både har svær depression og høj angst.

Figur 8 Angst- og depressionscore ved baseline (N=483)



Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

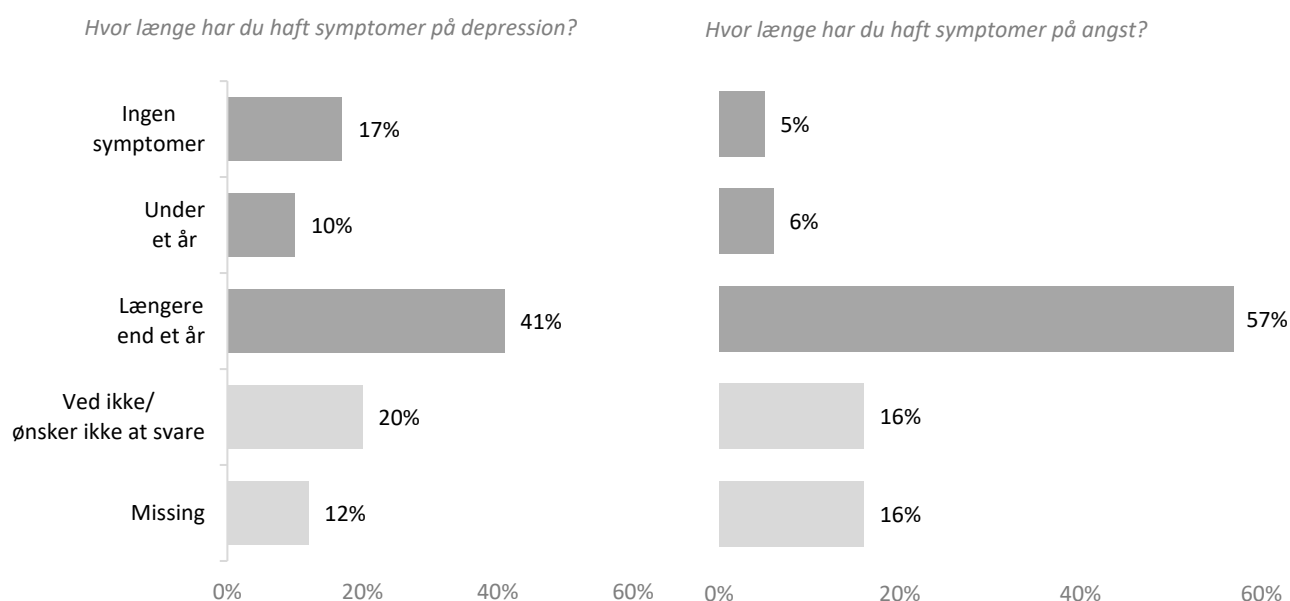
Tabel 11 Angst og depression ved baseline

Angst: STAI (score fra 20-80)	Gennemsnit (SD)
Gennemsnit (SD) (N=436)	52,3 (11,6)
Depression: BDI-II (score fra 0-63)	Gennemsnit (SD)
Gennemsnit (SD) (N=401)	27,1 (11,1)
Symptombyrde (BDI-II & STAI kombineret)	N (%)
Minimal depression OG lav angst	24 (5,0)
Højest moderat angst ELLER mild/moderat depression	148 (30,6)
Moderat angst OG moderat depression	73 (15,1)
Svær depression ELLER høj angst	145 (30,0)
Svær depression OG høj angst	80 (16,6)
Missing (i både BDI-II og STAI)	13 (2,7)

Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

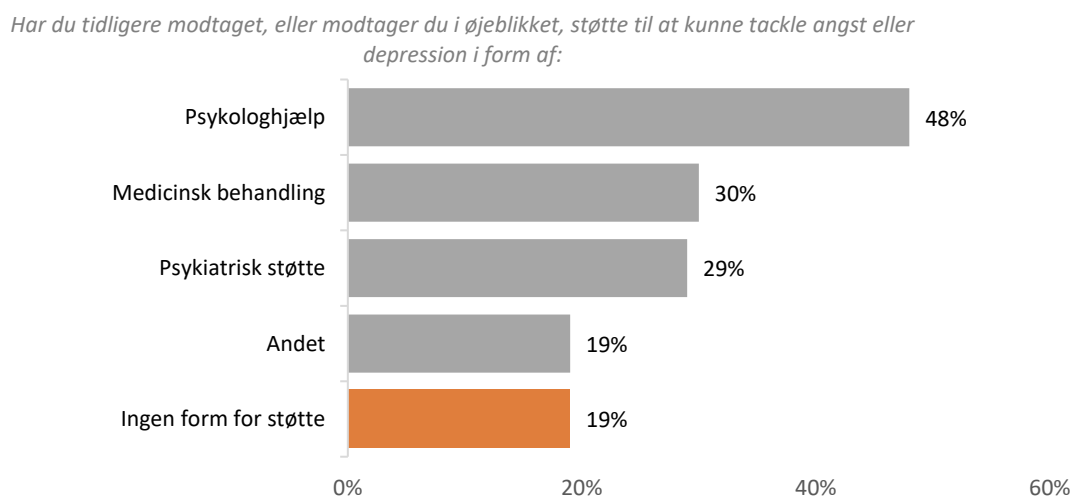
Som det fremgår af Figur 9, svarer 10 %, at de har haft symptomer på depression under et år, og 41 % længere end et år. Figuren viser også, at 6 % har haft symptomer på angst under et år, og 57 % mere end et år. Figur 10 viser desuden, at 19 % svarer, at de ikke modtager eller har modtaget nogle former for støtte til at håndtere deres angst og depression, mens 29 % modtager eller har modtaget psykiatrisk støtte, 30 % modtager eller har modtaget medicinsk behandling og 48 % modtager eller har modtaget psykologbehandling.

Figur 9 Antal år med symptomer på angst og depression (N=483)



Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

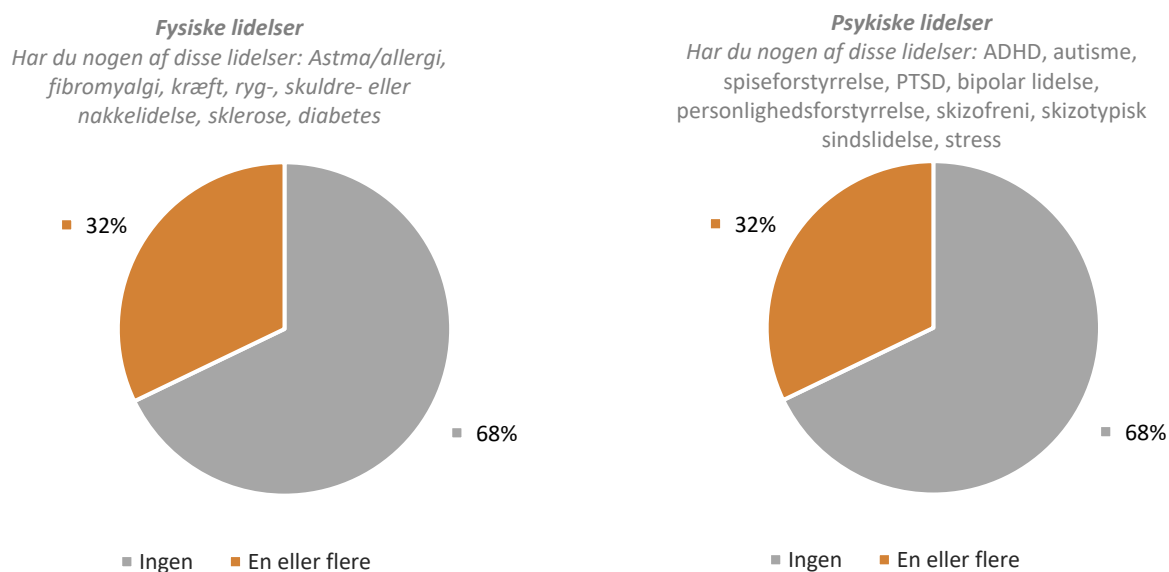
Figur 10 Behandling af angst og depression (N=483)



Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

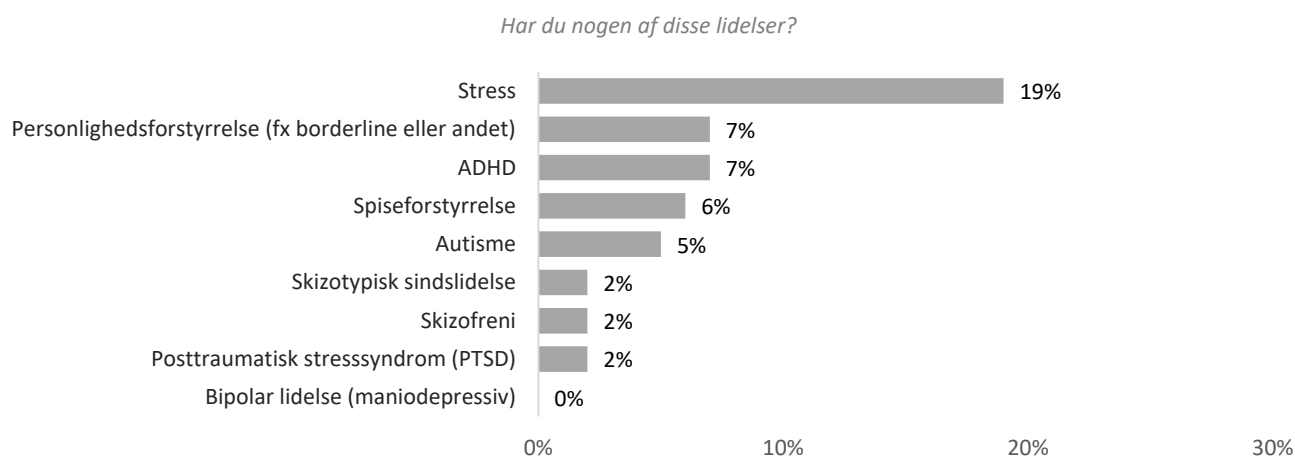
Figur 11 viser, at 32 % har én eller flere fysiske lidelser, og 22 % svarer, at de har astma/allergi, 15 % har ryg-skulder og nakkelidelse, og 17 % svarer, at de har en anden lidelse. Der er under fem respondenter, som svarer, at de har sukkersyge, fibromyalgi, kræft eller sklerose (ikke vist i figur). Figur 11 viser også, at 37 % af kursisterne har én eller flere psykiske lidelser ud over angst og/eller depression. Som vist i Figur 12 vedrører dette primært stress (19 %), mens 7 % har personlighedsforstyrrelse, 7 % ADHD og 6 % spiseforstyrrelse. I alt angiver 11 %, at de har stress, men ikke nogen af de øvrige psykiske lidelser, mens 26 % angiver mindst én anden psykisk lidelse end stress².

Figur 11 Komorbiditet (N=483)



Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

Figur 12 Andre psykiske lidelser (N=483)

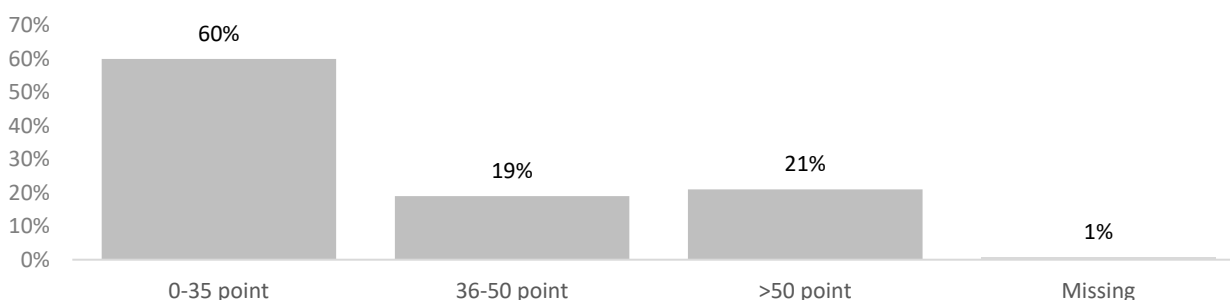


Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

² Enten i kombination med eller uden stress.

Figur 13 viser kursisternes trivsel målt ved WHO-5, hvor en højere score er lig med højere trivsel. Som det fremgår af figuren, scorer 60 % af kursisterne 0-35 og ligger dermed i den lave ende i trivselsspektret, som ifølge Sundhedsstyrelsen kan være i stor risiko for depression og stressbelastning (<https://www.neurocoaching.dk/wp-content/uploads/who5.pdf>). Tabel 12 viser kursisternes score på de forskellige self-efficacy mål, mestring og trivsel.

Figur 13 Trivsel (WHO-5), score fra 0-100 point



Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

Tabel 12 Self-efficacy, trivsel og funktionel tilstand ved baseline (N=483)

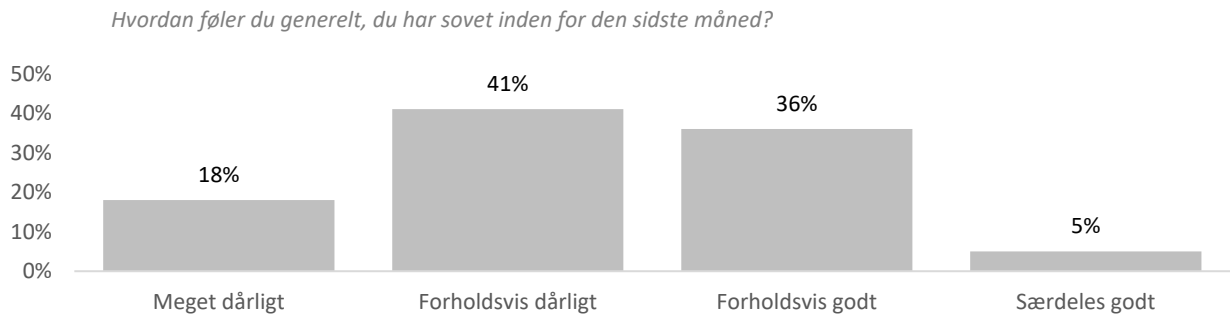
Self-efficacy: Obtain Help from Community, Family, Friends Scale (SECD): Score 4-40, jo højere jo mere tiltro	
Gennemsnit (SD), (N=478, missing=5)	24,1 (8,0)
Self-efficacy: Personal Control (IPQ): Score 6-30, jo højere jo mere tiltro	
Gennemsnit (SD), (N=473, missing=10)	20,4 (3,5)
Trivsel (WHO-5): Score 0-100, jo højere score, jo højere trivsel	
Gennemsnit (SD), (N=479)	33,3 (19,7)
Funktionel tilstand/somatisering (CMDQ): Score 0-48, jo højere jo værre. Normalværdi <6)	
Gennemsnit (SD), (N=467, missing=16)	18,4 (9,3)
Self-efficacy: Control/Manage Depression Scale (SECD): Score 6-60, jo højere jo mere tiltro	
Gennemsnit (SD), (N=471, missing=12)	26,4 (10,3)
Brief Cope summeret: Score 2-8, jo højere jo bedre coping	
Gennemsnit (SD), (N=473, missing=10)	5,2 (1,5)

Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

5.3 Søvn, alkohol og rusmidler

Figur 14 viser, hvordan kursisterne selv vurderer deres søvnkvalitet den sidste måned. Som vist i figuren svarer 18 %, at de har sovet meget dårligt, mens 41 % har sovet forholdsvis dårligt.

Figur 14 Søvnkvalitet (N=483)



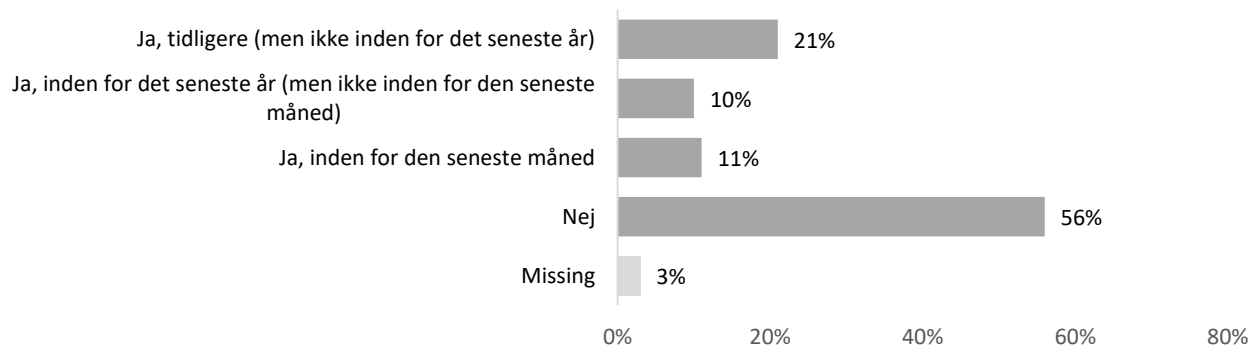
Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

Note: En missing.

Figur 15 viser, at 42 % kursisterne har prøvet hash, og Figur 16 viser, at 12 % har prøvet andre former for stoffer.

Figur 15 Forbrug af hash (N=483)

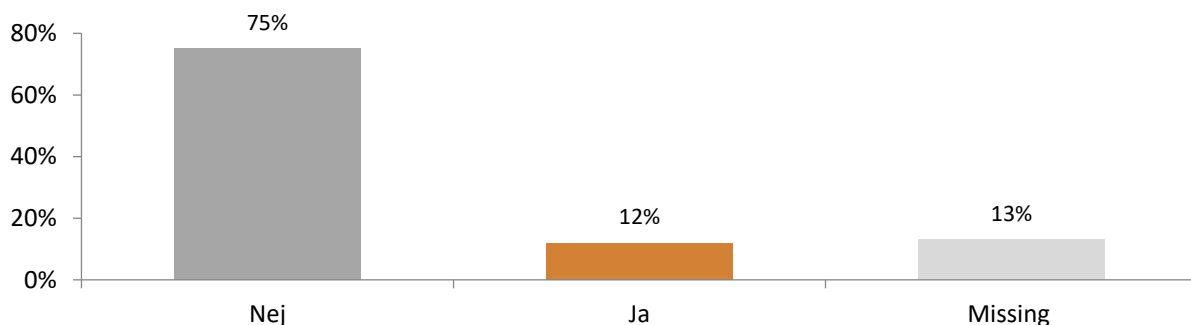
Har du nogensinde prøvet ét eller flere af følgende stoffer? Hash



Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

Figur 16 Brug af andre euforiserende stoffer end hash (N=483)

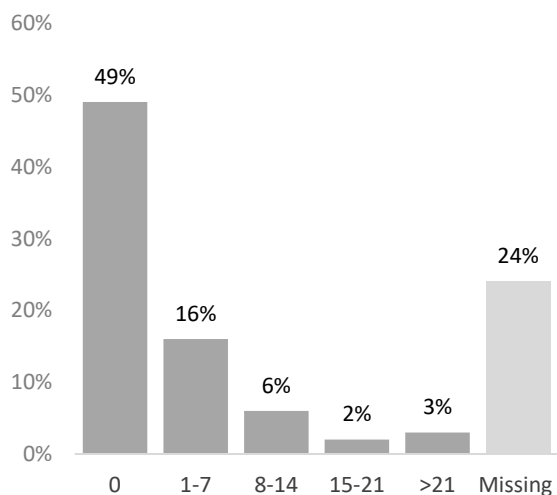
Har du nogensinde prøvet ét af de øvrige nævnte typer stoffer:
Amfetamin, ecstasy, kokain, LSD, heroin, svampe med euforiserende stoffer, ketamin, GHB
(fantasy), andre



Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

Figur 17 viser kursisternes alkoholindtag den sidste uge, og Figur 18 viser hyppigheden af binge-drinking, defineret som fem eller flere genstande ved samme lejlighed. Som vist i figurerne svarer 49 %, at de ikke har drukket alkohol den sidste uge, og 22 % svarer, at de aldrig har drukket mere end fem genstande ved samme lejlighed.

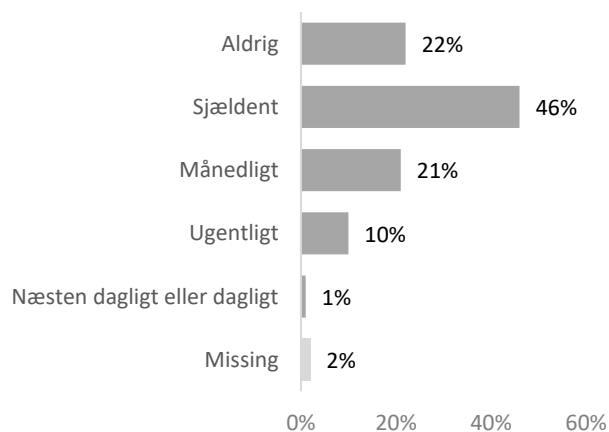
Figur 17 Alkohol: Antal genstande sidste uge, % (N=483)



Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

Figur 18 Alkohol: Binge-drinking, % (N=483)

Hvor tit drikker du fem genstande eller flere ved samme lejlighed?



Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

5.4 Koordinatorernes og instruktørernes beskrivelse af de unge

I de kvalitative casestudier har vi også spurgt ind til koordinatorernes og instruktørernes oplevelse af hvad, der karakteriserer de unge kursister. Både instruktørerne og koordinatorerne oplever, at der er et flertal af kvinder, og at der er enkelte unge over 25 år. Dette billede bekræftes i tallene fra baselinespørgeskemaet, som viser, at 72 % af kursisterne er kvinder. Koordinatorerne og instruktørerne fortæller også, at de unge kursister udgør en meget blandet gruppe, der befinder sig meget forskellige steder i livet.

” Jeg synes, det er svært at komme med sådan en generel beskrivelse [af de unge], fordi de er så forskellige steder.” (Koordinator, C2)

En af koordinatorerne forklarer også, at forskelligheden ikke har været et problem for samhørigheden blandt de unge:

” Det har jeg selv været overrasket over, for de er virkelig forskellige. Det har virkelig været sådan, at man tænkte: De ville aldrig nogensinde snakke sammen, hvis de havde set hinanden i et andet rum, men [...] de er alle sammen bange for at køre i bus.” (Koordinator, C3)

I de syv casekommuner fortæller koordinatorerne og instruktørerne også, at de ofte oplever, at de unge er diagnosticeret med en lang række af forskellige former for angst samt andre psykiske diagnoser end angst og/eller depression, såsom personlighedsforstyrrelse, autisme, OCD. Tallene fra baselinespørgeskemaet viser, at cirka 38 % af de unge svarer, at de har en anden psykisk sygdom, men at det primært vedrører stress. Derudover oplever koordinatorerne og instruktørerne, at flere af kursisterne har eller har haft misbrugsproblemer, hovedsageligt med alkohol eller hash, men at det ikke har haft nogen negativ betydning for kurset, og at de unge er meget åbne omkring det.

” Nej, det har ikke haft nogen betydning for kurset. Altså, det er jo svært at vide, om det har nogen betydning for deres mødestabilitet, at de havde et misbrug, men det har i hvert fald synliggjort for dem, at de har haft behov for at opsøge behandling, så på den måde har det jo haft en effekt, at de har været på kurset, og der bliver talt om det. Men jeg har ikke haft en oplevelse af, at misbruget har været en hindring for, at de har kunnet sidde der. De andre unge har været meget rummelige omkring det. ”
(Koordinator, C1)

6 Organisatorisk forankring i kommunerne

Som beskrevet i Boks 1 på side 15 var kommunerne ansvarlige for at udpege en koordinator, som skulle være ansat i kommunen. I dette kapitel undersøger vi, hvordan kommunerne har organiseret LÆR AT TACKLE angst og depression for unge i alderen 15-25 år. Det omfatter en analyse af, hvor kurset organisatorisk er forankret i kommunerne, og om der er en sammenhæng mellem den organisatoriske forankring og karakteristika ved de unge. Kapitlet afsluttes med en analyse af betydningen af ledelsesopbakningen.



Resultaterne i dette kapitel – helt kort

I praksis har det vist sig at være svært at opdele kommunerne efter den enhed eller forvaltning, som kurset er forankret i, da kommunerne kan være organisatorisk opbygget forskelligt. Analyserne viser, at de fleste kommuner har forankret kurset i et sundhedscenter eller en sundhedsforvaltning. Koordinatorerne i casestudiet peger på, at ledelsesopbakning til kurset er vigtigt for at sikre tid og ressourcer til gennemførelse af kurserne.

6.1 Organisatorisk forankring af LÆR AT TACKLE angst og depression for unge

Analyserne peger på, at langt de fleste kommuner har valgt at placere kurset i et sundhedscenter eller en sundhedsforvaltning, for eksempel en afdeling for sundhedsfremme eller forebyggelse (N=25). Fire kommuner har forankret kurset i et jobcenter eller en beskæftigelsesenhed, og fire kommuner har forankret kurset i regi af ungdomsvejledningen (herunder UU eller ungenetværk). De resterende kommuner har forankret kurset i socialpsykiatrien (N=3), PPR (N=1) og i et frivilligcenter (N=1).

I praksis har det dog vist sig svært at opdele kommunerne efter den enhed eller forvaltning, de er forankret i. Det skyldes, for det første, at nogle kommuner har forankret kurset i flere forskellige forvaltninger, og for det andet, at kommunerne helt generelt er organiseret meget forskelligt: Hvor sundhed i nogle kommuner er en del af socialområdet, ligger det i andre kommuner sammen med kultur og fritid eller beskæftigelse. Det gælder også UU og ungdomsvejledningen, som i nogle kommuner er placeret i en beskæftigelsesforvaltning eller et jobcenter. I de videre analyser har vi derfor opdelt kommunerne i fire kategorier: Sundhed, beskæftigelse/ungevejledning, socialpsykiatri og andet.

Tabel 13 Kommunernes organisering

Sundhed: Sundhedscenter /sundhedsafdeling (N=25)	Assens, Esbjerg, Faxe, Gladsaxe, Guldborgsund, Haderslev, Helsingør, Kolding, Lyngby-Taarbæk, Mariagerfjord, Vejle, Nyborg, Roskilde, Silkeborg, Skanderborg, Ringsted, Tårnby, Varde, Frederikssund, Hillerød, Odense, Randers, Nordfyn, Køge og Fredensborg
Beskæftigelse/ungevejledning: Jobcenter, UU og beskæftigelsesenhed (N=8)	Odder, Frederiksberg, Frederikshavn, Hedensted, Herning, UU Center Syd, Halsnæs, Næstved
Social psykiatri og PPR (N=5)	Skive, Bornholm, Aabenraa, Allerød, Vejen
Andet: Frivilligcenter (N=1)	Morsø

Kilde: Koordinatorsørgeskema og telefonisk rundspørge blandt koordinatorene

I bilaget findes supplerende analyser (Tabel 50 og Tabel 51), af udvalgte karakteristika ved kursister fra kommunerne opdelt efter organisatorisk forankring³. Som vist i tabellerne i bilaget er der lidt flere ledige kursister i kommuner, som har forankret kurset i en uddannelses- eller beskæftigelsesenhed. Her er der 25 % ledige (ledige i virksomhedspraktik, aktivering eller anden støttet beskæftigelse) mod 14 % i kommuner, hvor kurset er forankret i en sundhedsforvaltning, og 19 % i kommuner, hvor kurset er forankret i socialpsykiatrien. Det samme mønster ses for unge, der er ledige uden tilknytning til arbejdsmarked eller uddannelsessystem.

6.2 Ledelsesmæssig opbakning

Af casestudiet i de syv kommuner fremgår det, at alle koordinatorene har en oplevelse af, at deres ledelse bakker op om kurset. Flere af koordinatorene påpeger dog, at ledelsen i et meget lille omfang har været inde over organiseringen af kurset, men at dette imidlertid ikke er ensbetydende med, at der ikke internt har været en interesse for, hvordan det er gået med kurset. Flere af koordinatorene fortæller også, at det er væsentligt, at der er ledelsesmæssig opbakning til kurset, da det er en meget tidskrævende opgave for koordinatorene at administrere kurserne.

” Det tager bare tid, tid, tid, og når man giver det tid, så giver det meget mere pote, og det kan jeg jo se [...]” (Koordinator, C6)

³ Kategorien andet er ikke med i analysen, da den kun omfatter én kommune.

For at kurserne kan køre optimalt, er det derfor vigtigt, at ledelsen anerkender, at det er en meget tidskrævende opgave, sådan som to koordinatore udtrykker det:

” Jamen, det er jo svært at forestille sig at køre det uden, at der er ledelsesmæssig opbakning, fordi så kan det blive rigtig svært at sætte tid af til det, fordi det har været ekstremt tidskrævende.” (Koordinator, C1)

7 Rekruttering af kursister

Kommunerne har været ansvarlige for at rekruttere deltagere til kurset. I dette afsnit ser vi nærmere på, hvilke udfordringer der har været i forhold til rekruttering, og om det er lykkedes at rekruttere det forventede antal kursister på kurserne. Vi belyser også, hvilke rekrutteringsstrategier koordinatorerne har anvendt – herunder hvilke kanaler og samarbejdspartnere, de har benyttet sig af, og til sidst redegør vi for, hvor kursisterne har hørt om kurset.



Resultaterne i dette kapitel – helt kort

Kommunerne skulle, som minimum, afholde to kursusrunder med 12-14 unge på hvert kursus. Analyserne viser, at det lykkedes 29 ud af 39 kommuner at gennemføre to kursusrunder. I de øvrige 10 kommuner lykkedes det at afholde ét kursus. I første kursusrunde var der tilmeldt 12 eller flere kursister i 44 % af kommunerne, mens der i anden kursusrunde var tilmeldt over 12 kursister i 18 % af kommunerne. Rekrutteringen af kursisterne har været en udfordring, og 41 % af koordinatorerne svarer, at rekrutteringen i meget høj grad eller høj grad har været en udfordring. Spørgeskemaundersøgelsen blandt koordinatorerne og de kvalitative interviews viser, at størstedelen af koordinatorerne har etableret et bredt netværk på tværs af forvaltninger og sektorer, og i nogle få tilfælde har kommunerne samarbejdet på tværs. Derudover har koordinatorerne benyttet sig af rekrutteringsmaterialet (udviklet af Komiteen for Sundhedsoplysning) og annoncering af kurset i lokalaviser og på Facebook. De kvalitative interviews med koordinatorer peger på, at samarbejde på tværs af kommuner kan være en fordel, og at etablering af arbejdsgrupper på tværs af forvaltninger og institutioner er befordrende for rekrutteringen. Interviewene indikerer også, at det kan være en fordel at forankre kurset i forvaltninger eller institutioner, hvor de unge har deres daglige gang.

7.1 Kursusrunder og antal deltagere på kurserne

Kommunerne skulle, som minimum, afholde to kursusrunder med 12-14 unge på hvert kursus (se Boks 1 i afsnit 4.1). Det betyder, at det totale antal forventede kursusrunder i de 39 kommuner er 78. Som vist i Tabel 14 lykkedes det 29 kommuner at gennemføre to kursusrunder. I de øvrige 10 kommuner lykkedes det at afholde ét kursus. Fredensborg og Helsingør planlagde at samarbejdede om at gennemføre to kursusrunder – hvor hver kommune holdt ét kursus for borgere fra de to kommuner. Gladsaxe har samarbejdet med Lyngby-Taarbæk om anden kursusrunde, hvor unge fra Gladsaxe kunne deltage.

Det totale antal gennemførte kursusrunder er derfor 67. Det svarer til, at kommunerne har gennemført 86 % af de forventede antal kursusrunder. Årsagerne til, at det ikke lykkedes alle at

gennemføre to kursusrunder er primært, at det har været en udfordring at rekruttere instruktører og kursister.

Tabel 14 Deltagende kommuner

Kurser	Kommuner
Afholdt ét kursus (N=10)	Allerød, Faxe, Frederikssund, Gladsaxe*, Hedensted, Hillerød, Vejen, Vejle, Fredensborg/Helsingør*
Afholdt to kurser (N=29)	Assens, Bornholm, Esbjerg, Frederiksberg, Frederikshavn, Guldborgsund, Haderslev, Halsnæs, Herning, Kolding, Køge, Lyngby-Taarbæk, Mariagerfjord, Morsø, Nordfyns, Nyborg, Næstved, Odder, Odense, Randers, Ringsted, Roskilde, Silkeborg, Skanderborg, Skive, Tårnby, UU Center Syd, Varde, Aabenraa

* Helsingør og Fredensborg har samarbejdet om begge kursusrunder.

*Har samarbejdet med Lyngby-Taarbæk om anden kursusrunde.

I spørgeskemaet til koordinatorene har vi bedt koordinatorene svare på, hvor mange kursister der var tilmeldt de to kursusrunder (bemærk, at antal tilmeldte ikke nødvendigvis afspejler, hvor mange kursister der rent faktisk gennemfører kurset). Som vist i Tabel 15 rapporterer 44 % af koordinatorene, at der var 5-11 tilmeldte i første runde, og 56 % rapporterer, at der var 12 eller flere tilmeldte på første kursusrunde. I anden kursusrunde svarer 72 % af koordinatorene, at der var 5-11 tilmeldte, og 18 % rapporterer, at der var 12 eller flere tilmeldte. Analyserne viser, at det ikke helt er lykkedes at rekruttere det ønskede antal kursister, og at det især har været en udfordring i anden kursusrunde.

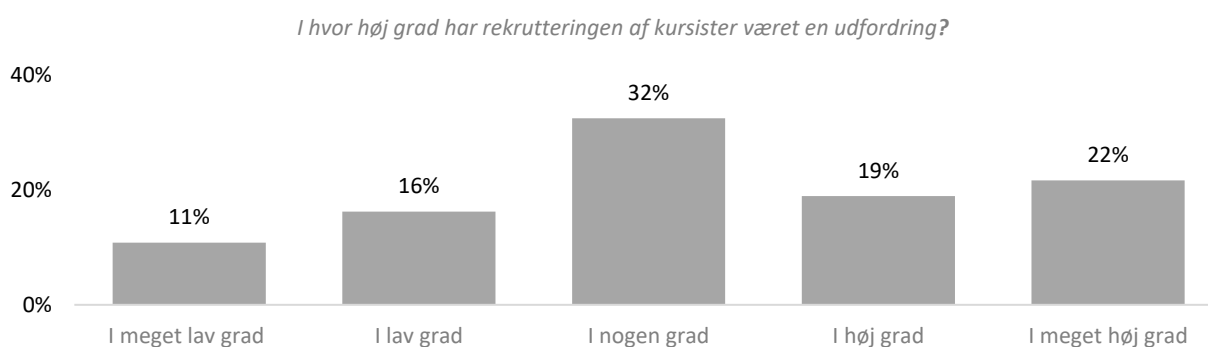
Tabel 15 Tilmeldte kursister ved første og anden kursusrunde

	Første kursusrunde (N=34)	Anden kursusrunde (N=25)
5-11 kursister, antal (%)	15 (44)	18 (72)
12- kursister, antal (%)	19 (56)	7 (18)

Kilde: Koordinators spørgeskemaet.

Som vist i Figur 19, svarer 41 % af koordinatorene, at de i meget høj grad eller i høj grad oplever, at rekrutteringen af kursister har været en udfordring. De kvalitative interviews i de syv casekommuner tyder på, at disse udfordringer dækker mange forskellige aspekter – både i forhold til at etablere et rekrutteringsnetværk og at rekruttere nok kursister, som lever op til inklusions- og eksklusionskriterier, som beskrevet i afsnit 9.2.

Figur 19 Rekrutteringen af kursister (N=37)



Kilde: Koordinatorspørgeskemaet.

Koordinatorerne fortæller, at det tager tid at skabe opmærksomhed om tilbuddet, og flere af koordinatorene bemærker, at de unge oftest ikke henvender sig af sig selv, men har behov for et ”puf”, for eksempel fra en socialrådgiver eller lignende⁴. Samtidig kan udfordringerne med at rekruttere kursister også have en negativ selvforstærkende effekt, fordi det kan tage lang tid at rekruttere nok kursister, hvilket kan betyde, at de unge mister motivationen, fordi de har ventet så længe.

Koordinatorerne oplever også, at en del af de unge aldrig møder op til forsamlingen eller første kursusmodul, hvilket kan hænge sammen med ventetiden. Derudover skal det bemærkes, at kommunernes udgangspunkt er meget forskelligt grundet deres størrelse (hvor rekrutteringsgrundlaget er større i de store kommuner), og fordi nogle af de deltagende kommuner også har, eller tidligere har kørt, LÆR AT TACKLE angst og depression for voksne over 18 år. I disse kommuner har man allerede gjort sig erfaringer med rekruttering og har opbygget sig et netværk, hvor kurserne er kendte, sådan som en koordinator udtrykker det:

” Vi er så kendte her, at vi altid har folk på venteliste. Vi behøver faktisk aldrig rigtig reklamere for kurserne, og hvis det var, vi ellers fik lov af kommunen til få nogle flere ressourcer, så kunne vi køre oceaner af hold med unge hvert år.”
(Koordinator, C6)

⁴ Dette er også én af erfaringerne fra pilotafprøvningen, og derfor udviklede Komiteen for Sundhedsoplysning materiale til nøglepersoner, der kan motivere den unge til at tage imod tilbuddet.

7.2 Rekrutteringsstrategi og samarbejdspartnere

Kommunerne har selv været ansvarlige for at implementere indsatsen i et samarbejde mellem for eksempel sundheds-, social- eller beskæftigelsesforvaltning og UU-center, ungeenhed, uddannelsesinstitutioner eller lignende (som beskrevet i Boks 1). Dette samarbejde har primært været centreret omkring rekrutteringen af kursister.

I koordinatorspørgeskemaet har vi spurgt koordinatorene, hvilke samarbejdspartnere de har gjort brug af i forhold til at rekruttere mulige kursister. Som det fremgår af Tabel 16, svarer størstedelen af koordinatorene, at de samarbejder med UU-vejledningen (82 %), jobcentrene (76 %) og ungdomsuddannelserne (76 %). Det viser, at koordinatorene har etableret et bredt netværk på tværs af forvaltninger og sektorer. Samtidig finder vi, som vist i afsnit 6.1, at flere af koordinatorene også samarbejder med andre kommuner om at afholde kurset.

Tabel 16 Samarbejdspartnere vedrørende rekruttering (N=38)

Hvem samarbejder I med omkring indsatsen (for eksempel i forhold til rekruttering)?	Antal	Procent
Jobcenter	29	76
Frivillige organisationer	10	26
UU	31	82
Ungdomsuddannelser	29	76
Videregående uddannelser	14	37
Socialforvaltning	18	47
Sundhedsforvaltning	13	34
Praktiserende læger	18	47
Folkeskoler	15	40
Andre	9	24

Kilde: Koordinatorspørgeskema.

Samarbejdspartnere afhænger naturligvis af, hvor i kommunen LÆR AT TACKLE angst og depression for unge er forankret organisatorisk. Det kvalitative casestudie indikerer, at koordinatorene i de kommuner, hvor kurset organisatorisk er forankret i et jobcenter eller en beskæftigelsesforvaltning, kan have en fordel ved, at de på forhånd har et netværk, der kunne hjælpe med rekruttering af kursister. I én af casekommunerne er kurserne finansieret af jobcenteret, men formidlet af sundhedscenteret. Koordinatoren fortæller her om fordelene ved denne organisering:

” Jeg skal ikke starte fra scratch, og jeg ved, at de andre [koordinatore] bruger meget tid på at snakke med jobcentrene og fortælle om, hvor vigtigt det er, og nu skal de også huske at bruge LÆR AT TACKLE-kurserne og sådan noget. Det er jo ligesom deres [jobcenteret] egen sag, om de vil det, eller de ikke vil det, men de har jo købt kurset, så de vil jo gerne bruge det som udgangspunkt.”
(Koordinator, C5)

Blandt kommunerne med kurserne forankret i jobcenteret eller en beskæftigelsesforvaltning, fremgår det også, at de først og fremmest rekrutterer kursusdeltagere 'in house' for derefter at gå på

tværs af forvaltninger og etablere samarbejde med eksterne rekrutteringssamarbejdspartnere. I nedenstående citat beskriver en koordinator denne fremgangsmåde:

” Først så rekrutterede vi i huset her, hvor det jo er unge mellem 18 og 30, så tænkte man ligesom, nu tager vi lige af egne veje først, så der ikke er så meget arbejde i at skulle ud til hele kommunen [...] og så åbnede vi op til de 15-25 årige, og der har jeg været ude at snakket med familieafdeling og skoler og sundhedsplejersker og sådan noget, der har jeg ligesom været ude og ligesom sige 'hey vi har det her tilbud, I skal selvfølgelig være opmærksom på det her'.”
(Koordinator, C4)

Analyserne tyder altså på, at ulempen ved at forankre LÆR AT TACKLE angst og depression for unge i et sundhedscenter eller en sundhedsforvaltning er, at man ikke har den direkte adgang til de unge som i jobcentrene eller i regi af UU og ungdomsuddannelserne. Analyserne tyder dog på, at uafhængigt af hvilken forvaltning kurserne er tilknyttet, så er det en succesfuld rekrutteringsstrategi at etablere samarbejder på tværs af forvaltningerne. En koordinator fortæller, at de i kommunen oprettede en arbejdsgruppe, hvor samtlige centre i forvaltningen var repræsenteret. På denne måde blev tilbuddet spredt ud hos relevante aktører, som kunne henvende sig til koordinatoren, hvis de havde unge, der var interesseret i kurset:

” Vi havde fra start af sat en arbejdsgruppe på tværs af de der centre [...], hvor der var fra sundhed, og der var fra børn og familie, og der var fra skole, altså hvor samtlige centre i forvaltningen var repræsenteret. Og så havde vi en annonce i den lokale avis, og så var holdet dobbelttimet. Altså virkelig, vi gjorde nærmest ingenting, og anden gang, altså nu det her hold, der kører her, det fyldte sig selv, det var sagsbehandlere, der ringede, det var jobkonsulenter, det var produktionshøjskolen.” (Koordinator, C3)

Dog fortæller nogle koordinators, at der kan være omstændigheder, der kan begrænse rekrutteringsmulighederne i kommunen. For eksempel fortæller en koordinator, at de har været lidt udfordret, da de i kommunen ikke har nogle ungdomsuddannelser:

” Altså, vi er lidt udfordret, fordi vi ikke har nogle ungdomsuddannelser i kommunen, så der er ligesom ikke et sted, hvor jeg har dem samlet andet end nu her, én 10. ende klasse, hvor jeg tænker, at jeg skal ud og fortælle om det.”
(Koordinator, C2)

Det fremgår også af interviewene med koordinatorene, at rekruttering og etablering af netværk har være en omfattende opgave. En koordinator beskriver dette indledende arbejde som en væsentlig del af arbejdet som koordinator:

” Meget af arbejdet har bestået i at tage ud og fortælle om, at det her var noget nyt, vi skulle starte op. Prøve at finde ud af, hvem der er interessenterne her i kommunen, også i sådan mere frivillige regi, hvad er det for nogle organisationer, der kunne være relevant at henvende sig til? Og så har jeg haft inviteret til ét dialogmøde om, hvad er det her kursus er, nogle ideer til rekrutteringer, rekrutteringsmuligheder og i det hele taget sådan høre, hvad synes interessenterne om det her.” (Koordinator, C2)

Ud over at rekruttere via netværk og samarbejdspartnere viser det kvalitative casestudie også, at koordinatorene har benyttet sig af rekrutteringsmaterialet (udviklet af Komiteen for Sundhedsoplysning) og annoncering af kurset i lokalaviser og på Facebook. Koordinatorerne fortæller, at de har benyttet sig af rekrutteringsmaterialet til at informere om tilbuddet, hvor de blandt andet har placeret materialet på skoler, ungdomsuddannelser, jobcentre og hos de praktiserende læger i deres kommune. Derudover har koordinatorene reklameret med tilbuddet via annoncer i lokalavisen og på Facebook via kommunens Facebookside eller ved at oprette en Facebookside udelukkende med informationer om kurset. En koordinator fortæller, hvordan hun har benyttet deres LÆR AT TACKLE-Facebookside til at rekruttere unge ved kursusstart:

” Jeg har lavet en Facebookside, hvor jeg ligesom lægger ind 'nu starter næste kursus der og det er mig, I skal kontakte, hvis det er, I vil være med på kursus'. Jeg har taget nogle billeder af lokalet, hvor vi er og sådan nogle ting, så jeg har gjort flere ting for at gøre opmærksom på det.” (Koordinator, C4).

Ud over annoncering i lokalavisen har kurserne, i to af de mindre kommuner, har fået særlig opmærksomhed i lokalpressen, da koordinatoren i den ene kommune og instruktørerne i den anden kommune har fortalt om kurserne på lokal-tv.

7.3 Hvor har de unge hørt om kurset?

Størstedelen af kursisterne fra de syv casekommuner fortæller, at de blev introduceret til kurset via forskellige kommunale aktører, for eksempel en mentor eller sagsbehandler. Der er dog også en stor del af de unge, der blev introduceret til kurset af deres forældre, der havde set en annonce for kurset på internettet eller i avisen. Derudover er der også unge, der blev henvist eller introduceret til kurset af egen læge, psykolog, studievejleder eller lærer.

Enkelte unge fortæller, at de fik kendskab til kurset, fordi de selv fandt rekrutteringsmaterialet, for eksempel hos deres læge eller på sundhedscenteret, jobcenteret eller ungdomsuddannelser, hvilket havde motiveret dem til at opsøge mere information om kurset. I nedenstående citat fortæller en kursist, at hun havde set en LÆR AT TACKLE-plakat hænge hos sin læge, hvorfor hun tog kontakt til koordinatoren i sin kommune, hvilket resulterede i, at hun senere kom på et kursus:

” Jeg så det nede ved lægen, fordi jeg døjer med angst, og der tog jeg så til lægen for at snakke med hende. Og så så jeg en plakat, hvor der stod 'LÆR AT TACKLE din angst og depression', og så stod der mellem 15 og 25, og så tænkte jeg, det kunne jeg godt nå at være med i, og så tog jeg kontakt til Karen, og så var der så plads på det her hold.” (Kursist, C4)

Langt de fleste kursister, fortæller dog, at de ikke havde set rekrutteringsmaterialet, før de begyndte på LÆR AT TACKLE-kurset. Nogle af de unge begrundet det ved, at flyers og lignende materiale ofte kan forsvinde i mængden af information, og at det ikke er noget, der tiltrækker deres opmærksomhed. Det er en gennemgående holdning blandt de interviewede kursister, at den bedste måde at nå de unge er ved at anvende sociale medier som Facebook, Instagram og Twitter.

” Ja, det er også det, jeg tænker, fordi næsten alle unge i dag er på de sociale medier, altså der er Facebook og Instagram og Twitter [...], Der er mange unge, der synes, at det er et tabu at bede om hjælp, og det er det jo ikke, men sådan tænker du ikke, når du har det så dårligt, fordi så føler man sig bare svag. Men hvis det ligesom blev udbredt på de sociale medier, så ville unge tænke 'det er faktisk okay ikke at være okay' og måske få det ud på den måde igennem de sociale medier, for det er helt klart det mest oplagte.” (Kursist, C3)

I ovenstående citat fortæller en kursisdeltager, at kurset ville fremstå mere appellerende for de unge og være mindre tabubelagt, så de unge selv i højere grad ville opsøge hjælp, hvis rekrutteringen sker via de sociale medier.

8 Rekruttering af instruktører

Som beskrevet i Boks 1 har kommunerne været ansvarlige for at rekruttere instruktører til kurset. Kravet til instruktørerne er, at de skal være gode selvhjælpere og have personlig erfaring med angst og/eller depression. Derudover skal instruktørerne (og eventuelt koordinator) deltage på en instruktøruddannelse. Netop dét, at instruktørerne selv har erfaringer med angst og depression, er et centralt element i peer-to-peer tilgangen, som LÆR AT TACKLE angst og depression bygger på. Grundtanken er, at instruktøren skal være én, som de unge kan spejle sig i, og som har været i samme situation. I pilotafprøvningen af LÆR AT TACKLE angst og depression for unge var det et krav, at mindst én af de to instruktører skulle være mellem 20 og 30 år. På baggrund af pilotafprøvningen frafaldt dette krav, da det viste sig, at instruktørernes alder ikke har en stor betydning for de unges udbytte og oplevelse af kurset.

I dette afsnit ser vi nærmere på, hvordan det er gået med rekrutteringen af instruktørerne – herunder hvilke udfordringer, koordinatorerne har oplevet, og hvilke rekrutteringsstrategier, de har iværksat. Afsnittet afsluttes med en analyse af instruktørernes og koordinatorernes vurdering af instruktøruddannelsen, og i afsnit 11.2 i kapitel 11 præsenterer vi analyserne af kursisternes vurdering af instruktørerne.



Resultaterne i dette kapitel – helt kort

Et gennemgående tema i de kvalitative interviews i de syv casekommuner er, at koordinatorerne oplever, at rekrutteringen af instruktørerne har været en udfordring, og 54 % af koordinatorerne i spørgeskemaundersøgelsen svarer, at det i meget høj grad eller i høj grad har været en udfordring at rekruttere instruktører. De kvalitative interviews viser, at koordinatorer særligt har gode erfaringer med følgende rekrutteringsstrategier: (1) Via etablering af forskellige netværk, for eksempel frivilligorganisationer, og (2) Via LÆR AT TACKLE angst og depression målrettet voksne over 18 år, som afholdes i en del af de deltagende kommuner.

På trods af, at kravet om instruktørernes alder bortfaldt efter pilotafprøvningen, tyder interviewene på, at koordinatorerne stadig har forsøgt at rekruttere yngre instruktører i slut-20'erne start-30'erne. Grundet udfordringerne med rekrutteringen valgte nogle af koordinatorerne i casekommunerne selv at indgå som instruktører, og flere fortæller, at de har iværksat tiltag for at understøtte instruktørerne i deres undervisning, for eksempel ved at være i et lokale tæt på for at skabe trykthed for både instruktører og kursister.

Der er generel enighed blandt koordinatorerne og instruktørerne om, at instruktøruddannelsen er en god uddannelse, der giver instruktørerne de nødvendige redskaber for at kunne undervise på kurset, men at programmet var meget tidspresset.

8.1 Rekrutteringsstrategi

Analyserne af interviewene med koordinatorene i de syv casekommuner peger på, at koordinatorene især har anvendt to rekrutteringsstrategier, som omfatter: (1) Forskellige netværk for eksempel frivilligorganisationer, og 2) LÆR AT TACKLE angst og depression målrettet voksne over 18, som afholdes i en del af de deltagende kommuner. I en af casekommunerne, fortæller koordinatoren, hvordan der blev nedsat en arbejdsgruppe på tværs af forskellige kommunale enheder for at få rekrutteret instruktører:

” Vi nedsatte en arbejdsgruppe på tværs, og så lagde vi det sådan ud, at hvis der var nogen der, i deres regi, havde nogle borgere, hvor man, vi havde jo læst de der resultater med, at dem, der rykker sig allermest, er dem, der bliver instruktører, så hvis man ligesom havde nogle, der kunne trænge til et skub eller havde lyst til at blive løftet [...] og så fik vi en del henvendelser.” (Koordinator, C3)

En instruktør fra en anden kommune fortæller om, hvordan hun blev kontaktet af koordinator og oplevede rekrutteringen:

” Jamen jeg er frivillig i noget, der hedder SIND, og der kom Hanne, som er koordinator, ned til os og skulle fortælle noget om det, for både at fange nogle unge ind, men også måske nogle mulige instruktører. Og der sagde jeg, at det kunne jeg godt tænke mig at høre mere om, fordi jeg har selv angst og depression tæt ind på livet, og så hørte jeg om det og tænkte, det skal jeg. Og så kom jeg i gang derefter.” (Instruktør, C2)

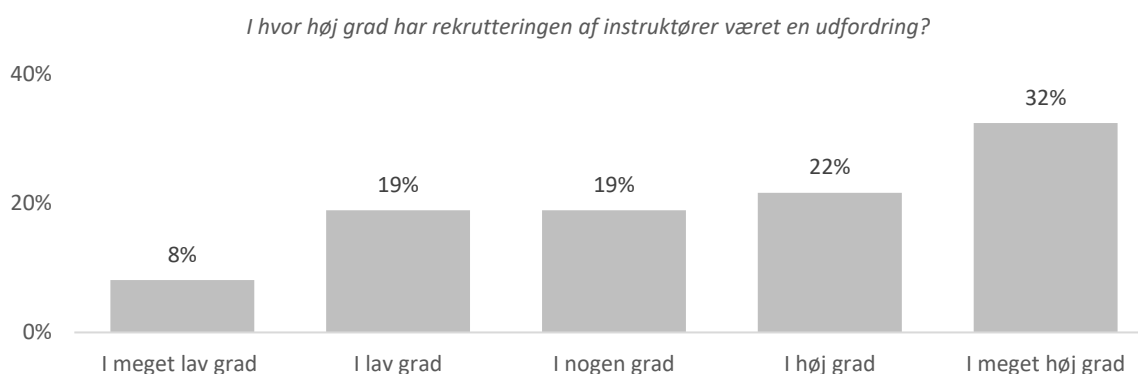
Som beskrevet tidligere har koordinatorene også rekrutteret instruktørerne via LÆR AT TACKLE angst og depression for voksne over 18 år. I citatet nedenfor fortæller et instruktørpar, hvordan de begge blev rekrutteret via deres tidligere deltagelse på et LÆR AT TACKLE-kursus:

” Jeg har selv haft taget kurset og blev bagefter prikket på skulderen og spurgt, om det måske var noget for mig, og det takkede jeg ja til. Jeg gik også på kurset som kursist, og så tror jeg min instruktør nævnte, at det var en mulighed, bare sådan helt generelt. Og så spurgte jeg efter kurset, om jeg kunne blive instruktør, og det fik jeg så lov til.” (Instruktør, C6)

8.2 Udfordringer ved rekruttering af instruktører og betydningen for gennemførelsen af kurser

Det er en gennemgående oplevelse blandt koordinatorene, at det har været udfordrende at rekruttere og fastholde instruktører. Som vist i Figur 20 svarer 54 % af koordinatorene i spørgeskemaundersøgelsen at det i meget høj grad eller i høj grad har været en udfordring, at rekruttere instruktører.

Figur 20 Rekruttering af instruktører (N=37)



Kilde: Koordinatorspørgeskemaet.

Det samme billede ser vi også i casekommunerne. Her fortæller en koordinator, at rekruttering af instruktører har været det sværeste ved at få indsatsen implementeret:

” Jamen jeg synes, at det er det allersværeste med alt ved LÆR AT TACKLE. Det er det her med instruktørrekruttering, det går virkelig op og ned, og det er bare så sårbart og... det hele står og falder med det.” (Koordinator, C2)

Koordinatorerne giver udtryk for, at det har været udfordrende at finde en ung, der selv har erfaring med angst og/eller depression og samtidig er et sted i livet, hvor den unge har overskud og ressourcer nok til at kunne varetage undervisningen:

” Når kravet er, at man på én eller anden måde har berøring med angst og depression selv, så er det ikke ret mange unge, der allerede på én eller anden måde har overskud og ressourcer nok til at hjælpe andre.” (Koordinator, C2)

” Altså, jeg synes, det har været rigtig rigtig svært at rekruttere instruktører, fordi [...] man skal både ligesom have den her erfaring med angst og depression, men man skal faktisk også have en enorm styrke til det her med at kunne undervise og også have overskuddet til at kunne møde op hver gang og have det her overblik og kunne læse op samtidig med, at der også er mange, der har job ved siden af.” (Koordinator, C4)

Ydermere beskriver flere koordinatore, at de oplever, at de unge instruktører ofte befinder sig et sted i livet, hvor praktiske omstændigheder, såsom uddannelse og arbejde, gør det svært for den unge at sætte tiden af til at lave frivilligt arbejde. Dette skaber barrierer for at fastholde de unge instruktører:

” Der er rigtig mange unge, der jo, og det ved I også godt, det der med, at man er i en eller anden form for sådan mellemstation... og hvad jeg skal... skal jeg videre, skal jeg på højskole, skal jeg uddanne mig og sådan. Altså, det der med at skulle forpligte sig og sige, nu gør jeg det her, og jeg uddanner mig, og jeg vil gerne undervise og sådan. Altså, det kræver alligevel, at man er ude over måske sit uddannelsesforløb, altså fordi så er der eksamensperioder.” (Koordinator, C2)

” Det der med at have nogle instruktører, der kan, fordi vi har faktisk også været heldige, at vores instruktører fik job eller fik et flexjob, altså hvor det lykkes dem ligesom at komme videre, og så kan de jo ikke være instruktører på samme måde.” (Koordinator, C5).

Som beskrevet tidligere bortfaldt kravet om, at mindst én instruktør skulle være mellem 20 og 30 år efter pilotafprøvnningen. Komiteen for Sundhedsoplysning meldte dette ud til alle koordinatorene per mail og ved et netværksmøde for alle koordinatore. Interviewene med koordinatore peger dog på, at flere af koordinatorene oplever det som en klar fordel, at instruktørerne aldersmæssigt matcher de unge. Som en konsekvens af udfordringerne med at rekruttere og fastholde instruktører fortæller flere af koordinatorene i de syv casekommuner, at de har været nødsaget til at finde alternative løsninger, såsom at varetage en særlig understøttende funktion eller i nogen tilfælde selv at varetage undervisningen på kurset. At understøtte instruktørerne i deres arbejde, sådan at kurserne blev ved med at køre optimalt, beskriver koordinatorene som en væsentlig del af deres rolle som koordinator:

” Det [koordinatorrollen] består jo først og fremmest i at holde fast i instruktørerne, altså servicere dem og sørge for, de bliver ved med at synes, det er sjovt.” (Koordinator, C3)

I to af casekommunerne har koordinatorene valgt at understøtte instruktørerne ved at være til rådighed, når der bliver undervist. I begge kommuner har koordinatorene arrangeret det sådan, at de har været til stede i et lokale tæt på undervisningslokalet, sådan at de unge eller instruktørerne har kunne henvende sig til koordinatoren, hvis der har været behov for det i løbet af undervisningen. Koordinatorerne fortæller, at ordningen har været med til at skabe tryghed blandt både instruktørerne og kursisterne, men at det også er en meget tidskrævende opgave at varetage:

” Så synes jeg faktisk også, det har fyldt rigtig meget, at vi har valgt, at jeg har været her fast på det kontor, som er nedenunder lige ved siden af undervisningslokalet, og så har det faktisk været sådan, at hvis man har haft svært ved at være inde i undervisningslokalet, så har man vidst, at jeg sad der, og det er blevet brugt rigtig meget.” (Koordinator, C3)

” Jeg har som koordinator skulle bruge mere tid på det, fordi vi simpelthen har valgt... på trods af at vi har haft instruktører, der har været meget stabile... at jeg ligesom har været der i det tidsrum, der er blevet undervist, så jeg kunne holde hånden lidt under dem [kursisterne], fordi nogle af dem har haft nogle angstanfald og er kommet ud, og så har jeg siddet herude i sofaen, og så har de kunnet komme ud og snakke og få lidt kakao, og så kom de ind igen i stedet for at de smuttede.” (Koordinator, C6).

På fire ud af de seks hold, der er blevet fulgt i casestudiet, har koordinatorene undervist på hele forløbet eller vikarieret på flere af kursusmodulerne (heraf har koordinatorene undervist i samarbejde med en frivillig medinstruktør i tre af de fire kommuner).

” Jeg har så også været nødt til at undervise på alle holdene, fordi jeg ikke har kunne rekruttere nok frivillige, og mine frivillige er blevet syge undervejs.” (Koordinator, C1)

8.3 Instruktøruddannelsen

Alle de interviewede koordinatore og instruktører i casekommunerne har deltaget på en instruktøruddannelse. Der er generel enighed blandt koordinatorene og instruktørerne om, at

instruktøruddannelsen er en god uddannelse, der giver instruktørerne de nødvendige redskaber for at kunne undervise på kurset, hvorfor det er fuldkommen essentielt, at instruktørerne deltager på instruktøruddannelsen, inden de begynder at undervise. I nedenstående citater fortæller to instruktører om deres oplevelse af instruktøruddannelsen:

” Altså, jeg synes, det giver rigtig rigtig god mening, også fordi der lærer vi jo hvordan vi ligesom skal undervise og hvordan det er at blive undervist, så jeg synes det giver rigtig rigtig god mening, det er behageligt at være her.”
(Instruktør, C2)

” Jeg ville ikke ane, altså hvis jeg ikke havde fået det her instruktørkursus, så havde jeg ikke stået her, det havde jeg simpelthen ikke.” (Instruktør, C3)

Koordinatorerne og instruktørerne peger dog også på, at programmet var meget tidspresset, og koordinatorerne forklarer ydermere, at det ikke er alt, man kan lære på en uddannelse. Koordinatorerne fortæller, at instruktørerne også skal have nogle særlige menneskelige og sociale egenskaber, og at det er vigtigt, at rammerne for uddannelsen understøtter instruktørerne i deres undervisning, hvilket også fremgår af guiden om rekrutteringen af instruktørerne. I citaterne nedenfor fortæller to koordinators, hvilke kompetencer, de mener, instruktørerne skal have, ud over de redskaber, de tilegner sig på instruktøruddannelsen:

” Jeg vil sige, at det vigtigste er reelt, at de er gode i kontakten, at de har empati, at de kan give plads til andre, at de ikke kun kan høre sig selv, men faktisk også har den der ro i forhold til, at der kan blive plads til andre.”
(Koordinator, C3)

” Man kan godt være en udmærket underviser, men det kræver... hvis man skal gøre det der lidt ekstra, eller hvis kursisterne virkelig skal gå hjem og føle, at de har været... det ved jeg ikke... har haft det behageligt og rart, så er det også rigtig godt at have nogle instruktører, som er empatiske og kan sætte sig ind i deres liv og vide, hvordan de går og har det.” (Koordinator, C2)

9 Forsamtalen

Før en ung kan tilbydes en plads på kurset, skal vedkommende deltage i en kort forsamtale med koordinator, der skal sikre, at den unge opfylder de inklusionskriterier, der er opstillet for kurset (se afsnit 3.3). I samarbejde med en række faglige eksperter og kommuner har Komiteen for Sundhedsoplysning udarbejdet en guide for samtalen på baggrund af en tilsvarende guide udviklet til LÆR AT TACKLE angst og depression til voksne over 18 år (+18-kurset). Guiden til +18-kurset er udviklet i samarbejde med blandt andet Sundhedsstyrelsen og Kommunernes Landsforening. I guiden anbefales det, at koordinator gennemfører samtalen personligt, ikke via telefon, og at den forventede varighed er cirka 45 minutter. Udgangspunktet for selve samtalen er den unges egen vurdering af:

- om kurset er relevant.
- om han eller hun har symptomer på angst og/eller depression.
- om han eller hun er motiveret for at deltage i kurset.

Af guiden fremgår det også, at det er vigtigt, at koordinator anerkender og respekterer den unges egne ord og fortælling om sin situation, behov og holdninger til kurset. Derudover fremgår det af guiden, at en ung godt kan deltage, selvom vedkommende har andre diagnoser ud over angst og depression og/eller misbrug af rusmidler.

I dette kapitel ser vi nærmere på, hvordan koordinatorerne vurderer guiden til forsamlingen, hvem og hvor mange unge, koordinatorerne måtte ekskludere ved forsamlingen, og hvordan koordinatorerne og de unge oplever samtalen.



Resultaterne i dette kapitel – helt kort

Både koordinatorerne og kursisterne i de syv casekommuner oplever, at forsamlingen er et vigtigt redskab til at kunne skabe tryghed omkring deltagelse på kurserne, og generelt er koordinatorerne glade for guiden til forsamlingen. Koordinatorerne oplever, at mange unge tager en forælder, sagsbehandler eller mentor med til forsamlingen, og at det kan være en udfordring for den gode samtale, hvis forældre eller andre kommer til at dominere samtalen.

I spørgeskemaundersøgelsen spurgte vi koordinatorerne, hvad den primære årsag til ekskludering ved forsamlingen er. De hyppigste årsager er, at koordinator vurderer, at den unge ikke er motiveret for at deltage, udviser betydelige kognitive vanskeligheder, og at den unge er under 15 eller over 25 år.

9.1 Koordinators vurdering af guiden til forsamtalen

Generelt giver koordinatorene udtryk for, at de er rigtig glade for guiden til forsamtalen, mens en koordinator efterspørger mere viden om andre psykiske lidelser end angst og depression. Koordinatorerne foretrækker, at de tilpasser guiden i forhold til den enkelte samtale, og en koordinator fortæller, hvordan hun inddrager sig selv mere i forsamtalen, hvis hun kan mærke, at den unge er særlig nervøs:

” Altså, jeg følger den [guiden til forsamtalen] ikke helt slavisk, det gør jeg ikke. Jeg vurderer også meget ud fra, hvad for en ung kommer der ind til mig. Hvis det er en ung, der er meget meget stille, og jeg kan mærke, der er meget nervøsitet, så er det faktisk noget, jeg tit starter ud med at italesætte og sige, 'jeg kan godt se, du er lidt nervøs, men det skal du ikke, det er helt stille og roligt det her, vi skal bare møde hinanden, og jeg er også lidt nervøs, for det er jeg også altid, når jeg møder nye mennesker.'” (Koordinator, C4)

9.2 Eksklusion ved forsamtalen

Hovedformålet med forsamtalen er at vurdere, om den unge er egnet til at deltage i kurset. Guiden til koordinator lister derfor en række inklusions- og eksklusionskriterier, som er beskrevet nærmere i afsnit 3.3. I dette afsnit ser vi nærmere på, hvor mange unge koordinatorene måtte ekskludere ved forsamtalen, og hvad de primære årsager til eksklusion er.

Koordinatorerne svarer i koordinatorspørgeskemaet, at de måtte ekskludere 1-3 unge ved forsamtalen (total set). Som vist i Tabel 17 svarer 24 % af koordinatorene, at de ekskluderede unge på grund af manglende motivation, hvilket er den hyppigst angivne årsag. Derudover svarer 18 %, at de ekskluderede unge med betydelige kognitive vanskeligheder, og 18 % ekskluderede unge, som var yngre end 15 eller ældre end 25 år. Andre årsager omfattede, at den unge havde det for dårligt, havde selvmordstanker eller grundet forældrene.

Tabel 17 Årsager til eksklusion ved forsamtalen (N=37)

Hvad var årsagen til at ekskludere de(n) unge?	Antal	Procent
Var under 15 år eller over 25 år	7	18
Havde ingen symptomer på angst og/eller depression	3	8
Havde ingen tidligere erfaring med angst og/eller depression	-	-
Udviste betydelige kognitive vanskeligheder	7	18
Var ikke motiveret til at deltage i kurset	9	24
Deltog ikke på baggrund af frivillighed	4	11
Havde tegn på aggressiv adfærd	-	-
Andet	5	13

Kilde: Koordinatorspørgeskemaet.

Note: - under tre besvarelser.

Koordinatorerne i de syv casekommuner forklarer desuden, at eksklusionen af unge ved forsamtalen oftest har været baseret på en gensidig beslutning. Som en koordinator fortæller om i nedenstående citat:

” Typisk er det jo lidt sådan gensidigt, hvor man lidt ender med at blive enige om, at det er nok ikke det her lige nu for dig. Jeg har ikke været ude i sådan en én, der rigtig gerne ville og virkede rigtig motiveret, og jeg ligesom har sagt nej. Men jeg har nok været ude i situationer, hvor vi sammen har fundet ud af, at det er nok ikke lige var det rigtige. Og det kan også nogle gange bare handle om, at de har masser andet, der er ved at blive startet op enten skolemæssigt, arbejdsmæssigt eller en andet form for behandlingsforløb eller noget terapi eller andet, hvor jeg har kunnet mærke, at de var i virkeligheden en lille smule stressede over alt det, de skulle i gang med.” (Koordinator, C2).

Flere af koordinatorerne fortæller dog, at de er usikre på, om de rammer den helt rigtig målgruppe. Selvom andre psykiske lidelser end angst og depression ikke et eksklusionskriterie, er nogle koordinatorer bekymrede for, om de unge er stand til at gennemføre kurset, og hvilken betydning andre psykiske lidelser har for den unges udbytte:

” Det, vi måske skal have skærpet, det er: Hvem er målgruppen egentlig? Hvor vi har måske taget meget bredt ind, og spørgsmålet er, om nogle har været for dårlige måske til rigtigt at få glæde af det her kursus i forhold til, at det faktisk kræver et vist overskud.” (Koordinator, C4)

” Jeg synes, det har været svært at ramme en god målgruppe, altså... En del af dem, jeg har fået henvist, har simpelthen været rigtig dårlige, og de har haft en del andre diagnoser. Det er også en proces, hvor jeg skal finde ud af, hvem der egentlig drager nytte af det, og hvem har glæde af noget andet. Og der er nogen af dem, hvor jeg altså måtte konstatere, at det ikke har været det perfekte match.” (Koordinator, C1)

Som vist i kapitel 5 svarer 37 % af kursisterne, at de har andre psykiske lidelser end angst og depression, hvor stress udgør den største gruppe (19 %). I alt rapporterer 11 %, at de kun har stress (ud over angst og depression), mens 26 %, har mindst én anden psykiske lidelse, såsom ADHD, spiseforstyrrelse eller autisme (med eller uden stress). I afsnit 12.1.1 i effektanalysen har vi gennemført separate analyser for gruppen af unge med andre psykiske lidelser.

9.3 Koordinators og de unges vurdering af forsamtalen

På baggrund af analyserne af casestudierne fremgår det, at både koordinatorene og kursisterne er meget positive over for, hvordan forsamtalen forløber, og at de oplever forsamtalen som et vigtigt redskab til at kunne skabe tryghed omkring deltagelse på kurserne. I nedenstående citater fortæller en koordinator og en kursusdeltager fra to forskellige casekommuner, hvordan det – fra begge perspektiver – er meningsfuldt at have et personligt møde inden opstart:

” I stedet for bare at komme ind i et rum fyldt med alle mulige man aldrig havde snakket med før, så er det rart, at man har snakket med Hanne først. Man ved aldrig 100 procent hvad man går ind til, fordi man aldrig har prøvet det, men hun kan ligesom give en forklaring på, hvad det var det kunne gå ud på, og hvad det var man kunne forvente, på en eller anden måde, og det synes jeg var rigtig rart.” (Kursist, C4)

” Jeg synes, det fungerer godt. Jeg synes, at det er rigtig rart at have det der personlige møde, fordi det er den eneste chance for, at jeg ligesom har et indtryk af den unge og kan vurdere dem sådan rigtigt [...]. Altså jeg tror, at det er en kæmpe fordel, også for en unge, at de ligesom får et ansigt på og møder en rigtig person. Og når de så kommer ned på kurset, så er der én, de har mødt før.” (Koordinator, C2)

I manualen til koordinators fremhæves vigtigheden af, at koordinator anerkender den unge og ikke virker fordømmende, men respekterer den unges perspektiver. Interviewene med de unge kursister fra de syv casekommuner tyder på, at dette langt hen ad vejen lykkes. De unge fortæller, at de ved forsamtalen blev mødt på en anden måde, end de før er blevet mødt andre steder i systemet. Flere af de unge fortæller, at de ved forsamtalen følte sig hørt, og at koordinatoren var forstående over for deres udfordringer:

” Jeg havde frygtet lidt, at det var sådan en lille smule sådan som mange andre steder i systemet, at man nærmest skal argumentere for sin sag for at få lov til at få hjælp. Virkelig sådan overbevise dem om, at man skulle have lov til at komme på det her kursus. Men det synes jeg overhovedet ikke, at det var. Det var mere, da jeg var der, var det mere en følelse af sådan, at de bare gerne ville have placeret dig det rigtige sted, og de gerne vil hjælpe dig med det rigtige sted.” (Kursist, C2)

Derudover peger flere af kursisterne på, at det giver tryghed at få detaljerne på plads, hvilket kan være særligt vigtigt, når man har angst og depression:

” Jeg synes faktisk, at den var god, det var sådan, at du fik forklaret meget detaljeret hvordan det ville foregå, og du fik datoer og tidspunkter altså og stedet hvor det ligesom var [...], ja det var rart, fordi at så var der ligesom lavet et overblik, som du ikke selv skulle lave. Fordi når man har det så dårligt, som vi har det, så er det virkelig virkelig svært at lave et overblik over mange ting på én gang.” (Kursist, C3)

Interviewene med koordinatorene i casestudier peger på, at de unge ofte tager en forælder, sagsbehandler eller mentor med til foramtalen. Flere af koordinatorene oplever, at det ikke nødvendigvis er det mest hensigtsmæssige i forhold til at have en velfungerende foramtale. Når forældre er med til foramtalen, hænder det, at forældrene kommer til at dominere samtalen, sådan at den unge ikke kommer på banen. Det kan gøre det svært for koordinatorene at vurdere, om den unge er egnet til at deltage på kurset.

” Der er selvfølgelig meget forskel på, om de unge kommer alene eller om de har taget en mor eller far med, det har jeg oplevet. Ofte synes jeg samtalen glider nemmere, hvis de kommer alene, netop fordi at forældre har lidt et andet perspektiv, og de kommer og har nogle forhåbninger og er også skeptiske nogle gange.” (Koordinator, C2)

I guiden til foramtalen fremhæves det, at den unges pårørende eller værge kan deltage på kurset som støtte for den unge, men at de ikke kan indgå som aktive deltagere. I fald den unge ønsker, at pårørende/værge deltager, anbefaler guiden til foramtalen, at de også deltager i foramtalen (men det er ikke et krav). I ovenstående citat beskriver koordinatoren, hvordan vedkommende nogle gange oplever, at forældrenes deltagelse i foramtalen kan være udfordrende. Flere af de interviewede koordinators foretrækker netop, at det kun er den unge, der deltager i foramtalen, men at pårørende selvfølgelig er velkomne til at sidde udenfor og vente, mens foramtalen bliver afholdt.

Flere af koordinatorene har også erfaringer med, at jobkonsulenter deltager i forsamlingen. Dette er ikke en anbefaling i guiden til forsamlingen, og koordinatorene oplever, at tilstedeværelsen af jobkonsulenter er en udfordring, fordi jobkonsulenterne ofte ikke er så tæt på de unge. Koordinatorerne oplever derfor, at det kan være upassende, når den unge skal fortælle om sine følelser og udfordringer. I nedenstående citat fortæller en koordinator, hvordan hun har valgt at holde endnu en forsamling alene med den unge:

” Jeg synes faktisk, der er noget etik i det der med, man får virkelig vendt hele sit liv ud, hvis det er en jobkonsulent. Man kan sige, støttekontaktpersonerne er tit meget tæt på, men netop de der jobkonsulenter, som de ikke nødvendigvis er særlig tæt på, der har vi valgt at gøre sådan nogle gange, hvor vi har sagt, 'Er det sådan, du kunne have mod på at komme selv?'”
(Koordinator, C3)

Koordinatorerne anbefaler derfor, at det kun er den unge og koordinatoren, der er til stede ved forsamlingen, mens pårørende venter udenfor, fordi det kan give noget tryghed for den unge.

9.3.1 0. modul

Ud over afholdelse af forsamlingen har to af casekommunerne afholdt, hvad de selv kalder 0. modul, der afholdes efter forsamlingen, men før kursets start. 0. modul er en informationsaften, hvor de unge, der er blevet optaget på kurset ved forsamlingen, kan komme med deres pårørende og høre mere om kurset samt møde instruktørerne og koordinatoren igen. Dette skal yderligere bidrage med at skabe tryghed for de unge:

” Vi holder altid sådan et introduktionsmøde for kursisterne inden deres første modul, hvor der måske også er forældre med og sådan noget, hvor man kan komme og høre lidt om, hvad er det nu lige, jeg har meldt mig til, fordi der kan jo godt nogle gange være gået lidt tid. Og sådan mest for at de oplever lidt tryghed omkring, hvad er det, hvor er det jeg skal være, og hvem er instruktørerne, og hvordan er min mavefornemmelse.” (Koordinator, C2)

10 Fastholdelse og frafald

I dette kapitel belyser vi omfanget af frafald på kurserne, og hvordan instruktørerne og koordinatorene har arbejdet med fastholdelse på kurserne.



Resultaterne i dette kapitel – helt kort

I spørgeskemaundersøgelsen svarer 77 % af kursisterne, at de var fraværende nul til to gange, mens 11 % var fraværende tre eller flere gange. Det er dog sandsynligt, at det reelle fravær er større, da vi formoder, at kursister med et stort frafald også er mindre tilbøjelige til at svare på spørgeskemaet. Både kursisterne og koordinatorene peger på manglende overskud/træthed og uoplagthed som en væsentlig årsag til fraværet, og koordinatorene i de syv casekommuner fortæller, at de har brugt en hel del tid og ressourcer på at fastholde de unge på kurserne og følge op på de unge. Spørgeskemaundersøgelsen blandt koordinatorene viser, at SMS og telefonopkald er de to mest hyppigst anvendte tiltag til at fastholde kursisterne.

10.1 Fravær på kurserne

Tabel 18 viser omfanget af fravær på kurset baseret på spørgeskemabesvarelser fra kursisterne (udfyldt ved sidste kursusmodul, T2). Af tabellen fremgår det, at en cirka en tredjedel (27 %) af kursisterne svarer, at de ikke var fraværende fra kurset (var fraværende nul gange). Af tabellen fremgår det også, at 77 % af kursisterne svarer, at de var fraværende nul til to gange, mens 11 % var fraværende tre eller flere gange. Resultaterne skal dog tages med det forbehold, at vi benytter selvrapporterede opgørelser fra kursisterne. Det kan betyde, at vi underestimerer fraværet, fordi det må forventes at kursister, som falder fra eller har højt fravær, også er mindre tilbøjelige til at deltage i spørgeskemaundersøgelse⁵.

Tabel 18 Fravær (N=325)

Hvor mange gange ud af de 7 kursusgange var du fraværende?	Antal	Procent
0	88	27
1	101	31
2	61	19
3	21	7
4-7	14	4
Missing	40	12

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T2).

⁵ Ved T2 var svarprocenten 67 %, hvilket betyder, at 33% ikke svarede på spørgeskemaer. Dertil kommer, at 12 % af respondenterne ikke svarede på spørgsmålet om fravær.

I casestudiet fremgår det, at koordinatorene oplever fastholdelse af kursisterne på kurserne som udfordrende, og koordinatorene fortæller, at de har brugt en del tid og ressourcer på at fastholde og følge op, hvis de unge ikke kommer til de enkelte kursusmoduler. I citatet nedenfor, fortæller en koordinator om disse udfordringer:

” Sådan noget som frafald på kurserne, synes jeg, det har været svært som koordinator at sidde med. Det, synes jeg, har været en udfordring, at der har været mange unge som er faldet fra, som alligevel ikke har kunnet gennemføre kurset på grund af den ene eller den anden årsag. Jeg synes faktisk, det har været et lidt tungt ansvar nogle gange at sidde med, ja og hele tiden lidt skulle have fingeren på pulsen i forhold til det der med, vi ses næste gang.” (Koordinator, C4)

Samtidigt fremhæver flere koordinatører, at der er en sammenhæng mellem de udfordringer koordinatorene står over for ved rekruttering af kursusdeltagerne, og hvorvidt kursusdeltagerne fastholdes og gennemfører kurserne. I nedenstående citat beskriver en koordinator netop denne problematik:

” Altså, erfaringerne er lidt blandede i forhold til det her med, når der er nogle andre voksne, der sådan lidt tager initiativet på dens unges vegne. Det er jo sympatisk nok, men ja, vi har vores erfaringer lidt ind til videre, at det er ikke nødvendigvis... der er lidt hyppigere frafaldsfrekvens blandt de unge. Det kan godt være, de unge i situationen og til forsamlingen virker motiveret og siger de rigtige ting, men jeg tror, det der med, at der ligesom er nogen der har skubbet dem, gør, at det også sådan lidt kan blive lidt en pligt for dem, og ikke altid de lige nødvendigvis har overskuddet til det, som det faktisk lidt kræver jo, at kunne gå på sådan et kursus her, når det kommer til stykket.” (Koordinator, C2)

10.1.1 Årsagerne til fravær og frafald

Tabel 19 viser kursisternes angivelser af årsager til fravær (blandt de kursister, der rapporterer, at de var fraværende mindst én gang). Som det fremgår af tabellen, er de to mest hyppige årsager til fravær sygdom (42 %) og træthed, uoplagthed (23 %). Det er værd at bemærke, at der kun er få kursister, som svarer, at de har haft fravær, fordi kurset ikke levede op til deres forventninger (4 %), at de ikke havde transportmuligheder eller ikke følte sig tilpas i gruppen (3 %). Der er dog en forholdsvist stor andel, som svarer, at deres fravær skyldes andre årsager end de nævnte (28 %).

Tabel 19 Kursisternes angivelser af årsager til fravær (N=192)

Hvad var årsagen til fraværet?	Antal	Procent
Sygdom	81	42
Jeg var for træt/uoplagt	44	23
Jeg havde ikke tid	25	13
Ferie	15	8
Kurset levede ikke op til mine forventninger	8	4
Jeg havde ingen transportmulighed	5	3
Jeg skulle til lægen/hospitalet/til kontrol eller lignende	10	5
Jeg følte mig ikke tilpas i gruppen	7	4
Anden årsag	54	28

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T2).

Vi har også spurgt koordinatorene, hvad de oplever, der kan være årsager til, at nogle af de unge dropper ud. Som vist i Tabel 20 svarer 55 % af koordinatorene, at det skyldes manglende overskud, 29 % svarer, at fraværet skyldes manglende tid, mens 21 % svarer, at kurset ikke levede op til deres forventninger. Både kursisterne og koordinatorene peger altså på manglende overskud/træthed og uoplagthed som en væsentlig årsag.

Tabel 20: Koordinatorernes vurdering af årsager til frafald (N=37)

Hvad oplever du er årsagerne til at de(n) unge droppede ud (enten før eller under kurset)?	Antal	Procent
Syntes at kurset blev afholdt et dårligt tidspunkt på dagen	-	-
Syntes at kursusstedet var besværligt at komme til	-	-
Havde ikke tid til at komme på kurset	11	29
Syntes at gruppen med kursusedtagere var for stor	3	8
Syntes ikke at kurset levede op til sine forventninger	8	21
Havde ikke overskud til at komme (var træt/uoplagt)	21	55
Oplevede en forværring af sine symptomer på angst og/eller depression	5	13
Havde anden sygdom end angst og/eller depression	4	11
Havde misbrugsproblemer (for eksempel alkohol eller hash)	-	-
Følte sig ikke tilpas i gruppen	5	13
- Andet (skriv hvilke):	10	26
Ved ikke	8	21

Kilde: Koordinatorspørgeskemaet.

Note: - under tre besvarelser.

Frafald og fravær er også et tema i de kvalitative interviews i casestudierne. Her forklarer koordinatorene, at kurserne kræver en vis portion overskud, og dét har betydning for, om den unge gennemfører kurset. I nedenstående citater fortæller to koordinatorene fra to forskellige kommuner, om deres erfaringer med frafald på kurserne:

” Jeg mener, den største grund til, at de ikke kommer, det tror jeg er, at det virker uoverskueligt at komme afsted. Og at det er meget konfronterende. Altså, man skal jo snakke om det, som man helst har lyst til at gemme langt væk.”
(Koordinator, C5)

” På den måde er det jo et krævende kursus for den unge, fordi det kræver, at man møder op, og det kræver, at man gør en indsats, så det er ikke for dem, der har det rigtig svært, og dem har jeg mødt nogle stykker af, og jeg har også haft tilmeldt nogle af dem, hvor at de så er droppet ud efter.” (Koordinator, C2)

Flere af kursisterne i casekommunerne peger også selv på, at manglen på overskud kan have væsentlig betydning for gennemførelsen. Alle de interviewede kursister i casekommunerne havde selv gennemført kurset, men fortæller, at manglen på overskud godt kunne være årsagen til frafald hos deres medkursister, og at de godt kan relatere til dette.

” Det kan også være, at de [frafaldende kursister] er et sted, hvor de ikke er klar til, og så med angsten, eller de synes, at det er for hårdt, eller det ved jeg ikke. Der har jeg da også været for nogle år siden.” (Kursist, C6)

Koordinatorerne i casestudiet vurderer også, at en af de væsentligste årsager til frafald er, at de unge ikke har tid til at deltage på kurset, fordi de unge ofte har travlt med uddannelse og arbejde. På et af holdene i casekommunerne har der gået flere gymnasieelever, og koordinatoren beskriver her, hvordan de unge har svært ved at finde tiden til både at passe studiet og deltage på kurset:

” Jeg vil sige, nogle af dem der er sprunget fra denne her gang, har faktisk, det har rigtig meget handlet om, at de har gået i gymnasiet, de har faktisk haft svært ved at, altså de har været så pressede på tid, så de har svært ved at bruge tid på det.”
(Koordinator, C3)

Som nævnt har alle de interviewede kursister i casestudiet gennemført kurset. Dog fortæller flere, at de selv undervejs har haft overvejelser om at stoppe. De unge begrundet det med en følelse af ikke at passe ind i kursets målgruppe, fordi de havde det for godt. I nedenstående citater, fortæller

tre kursusedeltager fra tre forskellige kommuner, hvordan de alle havde overvejelser om at stoppe undervejs:

” Det var faktisk, det var tredje gang, eller sådan noget, jeg var her, der opdagede, jeg at... det er ikke for at være negativ, men jeg var måske faktisk ikke er ligeså syg, som de andre fire, der sidder her. Altså, jeg er heller ikke på medicin eller noget, og der synes jeg, at det var svært for mig og sidde og dele mine erfaringer, når jeg måske faktisk har det lidt bedre end andre. Men jeg fandt ud af, at det gjorde egentlig ikke noget, at jeg sad og havde det lidt bedre.” (Kursist, C5)

” Jeg synes faktisk, at det var enormt overvældende at være til det første, det der 0. modul, og jeg var selv ved at springe fra, fordi jeg synes, det var overvældende i virkeligheden at høre så mange andre [...], jeg har ikke selv sådan fået sat en diagnose på, så jeg blev sådan lidt skræmt, jeg tænkte bare, 'her hører jeg bare ikke hjemme', altså.” (Kursist, C2)

” Ja, men også bare, hvis jeg kigger på mig selv, det der med, at jeg egentlig overvejede, om jeg skulle stoppe, fordi at jeg var i tvivl, om det sådan lige præcis ramte det, som jeg søgte, og det har egentlig også meget at gøre med, at jeg er inde i en god periode sådan.” (Kursist, C3)

De ovenstående tre kursister fortæller dog også, at det efter få kursusgange blev klart for dem, at det ikke var noget problem, at de måske havde det bedre end resten af gruppen, da de stadig kunne dele deres erfaringer og få gevinst af redskaberne på kurset.

10.1.2 Karakteristika ved kursister med og uden fravær

Kurset bestod af syv moduler, og i dette afsnit ser vi nærmere på, hvad der karakteriserer kursisterne med et lavt (nul til én fraværsrunde) og et højt fravær (to eller flere fraværsrunde). Tabel 21 og Tabel 22 viser karakteristika ved kursister med højt og lavt fravær. Som vist i Tabel 21 er der ikke forskel på den gennemsnitlige depressionsscore (målt ved baseline) blandt kursister med lavt (27,4 point) og højt (27,6 point) fravær. Der er kun en mindre forskel på angstscoren i de to grupper (Lavt fravær: 51,9 point; Højt fravær: 53,3 point).

Blandt kursister med højt fravær er der lidt flere, som angiver, at de har andre psykiske lidelser end angst og depression (Lavt fravær: 36 %; Højt fravær: 44 %) og lidt flere, der har prøvet hash (Lavt fravær: 34 %; Højt fravær: 47 %) og andre stoffer (Lavt fravær: 7 %; Højt fravær: 12 %). Derudover er der en lidt højere andel blandt kursister med lavt fravær, som er i uddannelse, og færre, der er ledige. Tabel 22 viser kursisternes motivation for og forventninger til kurset ved baseline og deres fravær. Tabellen viser, at der ikke er et klar mønster i forhold til fravær. Dog er der en svag

tendens til, at kursister med et lavt fravær i højere grad forventer at få udbytte af kurset og vurderer, at kurset passer til netop deres behov, men forskellene er forholdsvis små.

Tabel 21 Helbredsmæssige karakteristika ved kursisterne opdelt efter fravær

	Lavt fravær (0-1 gange) (N=182*)	Højt fravær (2≥ gange) (N=93*)
Angst, STAI	(N=166)	(N=86)
Gennemsnit (SD)	51,9 (11,5)	53,3 (11,6)
Depression, BDI	(N=161)	(N=76)
Gennemsnit (SD)	27,4 (10,6)	27,6 (10,8)
Alder		
Gennemsnit (SD)	19,4 (3,1)	20,0 (3,2)
Andre psykiske lidelser end angst og depression, antal (%)		
Nej	117 (64,3)	52 (55,9)
Ja	65 (35,7)	41 (44,1)
Har nogensinde prøvet at ryge hash, antal (%)		
Nej	120 (65,9)	46 (49,5)
Ja	61 (33,5)	44 (47,3)
Missing	1 (0,6)	3 (3,2)
Har nogensinde prøvet andre stoffer end hash*, antal (%)		
Nej	146 (80,2)	69 (74,2)
Ja	13 (7,1)	11 (11,8)
Missing	23 (12,6)	13 (14,0)
Hvad laver du til daglig? Antal (%)		
I uddannelse (herunder lærling/elev eller uddannelsespraktik)	97 (53,3)	44 (47,3)
I arbejde (herunder flexjob, deltid mm.)	18 (9,9)	11 (11,8)
Ledig, i virksomhedspraktik, aktivering eller anden støttet beskæftigelse	22 (12,1)	17 (18,3)
Ledig, uden tilknytning til arbejdsmarked eller uddannelsessystem	36 (19,8)	19 (20,4)
Missing	9 (5,0)	2 (2,2)

Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

Note: Kun kursister, der har en baselinebesvarelse OG data på antal fraværs gange.

*Amfetamin, ecstasy, kokain, LSD, heroin, svampe med euforiserende stoffer, ketamin, GHB (fantasy), andre.

Tabel 22 Motivation ved baseline og fravær fra kurset, antal (%)

	Lavt fravær (0-1 gange) (N=182*)	Højt fravær (2≥ gange) (N=93*)
I hvor høj grad forventer du, at du vil kunne få udbytte af kurset? Antal (%)		
Slet ikke/I nogen grad	54 (29,7)	40 (43,0)
I høj grad	104 (57,1)	40 (43,0)
I meget høj grad	24 (13,2)	11 (11,8)
Missing	0 (0,0)	2 (2,2)
Hvor motiveret føler du dig til at arbejde med dine symptomer på angst og/eller depression? Antal (%)		
Slet ikke/I nogen grad	43 (23,7)	24 (25,8)
I høj grad	86 (47,3)	41 (44,1)
I meget høj grad	53 (29,1)	28 (30,1)
I hvor høj grad vurderer du, at kurset passer til netop dine behov? Antal (%)		
Slet ikke/I nogen grad	60 (33,0)	35 (37,7)
I høj grad	95 (52,2)	48 (51,6)
I meget høj grad	27 (14,8)	10 (10,8)

Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

Note: *Kun kursister, der har en baselinebesvarelse OG data på antal fraværs gange.

10.1.3 Tiltag til fastholdelse af kursister

Som vist i Tabel 23 har koordinatorene iværksat forskellige tiltag for at fastholde de unge kursister. Tabellen viser, at 71 % af koordinatorene svarer, at de har sendt SMS'er til kursisterne, mens cirka halvdelen (45 %) har ringet til kursisterne. SMS og opkald er de to mest hyppigst anvendte tiltag til at fastholde kursisterne.

Tabel 23 Tiltag til fastholdelse af kursisterne (N=37)

Har du eller instruktørerne iværksat tiltag for at fastholde de unge?	Antal	Procent
Vi har sendt SMS'er til deltagerne	27	71
Vi har ringet til deltagerne	17	45
Vi har sendt e-mails til deltagerne	7	18
At den unge kunne følges med nogen til kurset	8	21
Andet	7	18

Kilde: Koordinators spørgeskema.

I interviewene med koordinatorene og instruktørerne fortæller de også hvordan de har fulgt op på de unge med SMS eller et telefonopkald, hvis de ikke dukkede op til et kursusmodul. I citatet nedenfor fortæller en instruktør, at opfølgningen på de unge ved fravær har haft betydning for de unges næste fremmøde:

” Så har jeg også taget kontakt, hvis der er nogle der ikke er kommet og ikke har hørt fra dem, så har jeg ringet eller skrevet og sagt, ’er du okay siden jeg ikke har set dig’, og ja det synes jeg egentlig har virket, det der med lige at få kontakt med dem og sige, vi manglede dig, vi ses på onsdag, det synes jeg har virket.”
(Instruktør, C4)

Flere af kursisterne beskriver denne form for sms-ordning som et positivt tiltag, da det er godt at blive mindet om, at kurset er blevet afholdt, og at der er nogen, der tænker på én, hvis man ikke dukker op:

” Jeg har ikke været her to gange. Den første gang gav jeg besked, og den anden gang glemte jeg det, og så skrev hun om aftenen eller om morgenen dagen efter, hvorfor jeg ikke var kommet og om jeg var okay, og så kom jeg i tanke om, at jeg havde glemt det, så det var faktisk dejligt nok.” (Kursist, C4)

I nogle tilfælde har koordinatorene også sendt SMS'er ud til kursisterne inden et kursusmodul startede. Flere kursister beskriver dette som en god ide, da det vil kunne minde dem om kurset og motivere dem til at møde op. En kursist fortæller blandt andet, hvordan koordinatoren inden hver kursusmodul sendte motiverende SMS'er til de, for at minde dem om, at kurset blev afholdt i dag, og at koordinatoren håbede på at se dem:

” ’Tag paraplyen med i dag’ og ’bryd gråvejret’ og sådan noget. Det er en fed besked at få, det giver en lille gnist, fordi regnen er noget, der kan gøre, at du ikke kommer ud ad døren.” (Kursist, C5)

På baggrund af casestudiet fremgår det ydermere, at sociale relationer blandt kursisterne kan have en væsentlig betydning for, om kursisterne bliver fastholdt på kurset. I interviewene beskriver både koordinatorene, instruktørerne og kursisterne, at stemningen ved kurset kan være tung, da det i et stort omfang omhandler deres udfordringer med angst og/eller depression. Imidlertid efterspørger kursisterne, at kurset også indeholder et mere socialt aspekt, sådan at der bliver skabt noget at være social om sammen ud over deres symptomer, da dette kan have betydning for deres motivation for at deltage på kurset. I nedenstående citat fortæller en koordinator om, hvordan en af

kursisterne på hendes hold valgte at droppe du af kurset, fordi kursisten syntes, at der manglede mere socialt indhold på kurset:

” [...] hun savner simpelthen det der med at lave et eller anden sammen, et eller andet der rystede dem lidt sammen. Et eller andet de kunne grine lidt over, altså det kan godt være et lidt tungt rum at være i, fordi man snakker meget sygdom og symptomer og det er sådan lidt. Altså hun havde lidt brug for at, kunne vi ikke lige spille et spil eller du ved, lige gøre et eller andet for sådan at lære hinanden lidt at kende, fordi det krævede det for hende for at hun ligesom kunne åbne sig og hun havde lidt samme oplevelse fra resten af holdet og det kan jeg sådan set godt se for mig.” (Koordinator, C2)

I flere af casekommunerne har koordinatorene netop forsøgt at skabe rum og rammer for at de unge kan samles over noget andet end deres udfordringer med angst og/eller depression, for eksempel ved at servere lidt mad i pausen, der ville kunne skabe en mere hyggelig stemning. En koordinator beskriver, hvordan vedkommende sammen med instruktørerne har haft fokus på at skabe en fællesskabsfølelse blandt kursisterne, blandt andet ved at servere mad på kurserne. Da vi spørger koordinatoren, hvad der fastholder de unge på kurset, svarer koordinatoren:

” Fællesskabsfølelsen, at vi har gjort noget ud af, at de får noget at spise, altså vi hygger os med dem, vi har lige gjort lidt ekstra og det der med at spise, det skal man simpelthen ikke kimse af, for mange af dem bor jo ude selv og synes det er fedt at score deres aftensmad her, og det lyder så banalt, at det kunne være det, men det tror jeg faktisk, og så det der med at man er sammen med nogle, der har det ligesom mig, at det er ikke pinligt at komme her og det er heller ikke pinligt at gå ud og komme ind igen, fordi jeg får angst.” (Koordinator, C6)

Som beskrevet i afsnit 8.2, har koordinatorene i to af casekommunerne valgt at være til rådighed i et andet lokale under hver undervisningsgang. Ud over, at tiltaget har en understøttende funktion for instruktørerne, så oplever både koordinatorene og instruktørerne i casekommunerne, at tiltaget kan have en betydning for, at de unge bliver fastholdt på kurset. I nedenstående citater fortæller et instruktørpar, hvordan koordinatorens tilstedeværelse ved undervisningen har været tryghedsskabende og fungeret som en "stopklods", sådan at de unge ikke blot smuttede:

” -Jeg synes, det har givet en kæmpe ro og tryghed, at hun har været her, når nogen af kursisterne har fået noget angst. Så er de gået ud, og så har hun været der til at tage imod dem, så de ikke bare er gået, og det tror jeg da også er en af grundene til, at vi har så højt et fremmøde, fordi hun sidder her og kan være der for dem, og det der tryghed.
- Jeg er ret sikker på i hvert fald to af vores kursister var smuttet, hvis ikke det havde været for hende.” (Instruktører, C6)

11 Forventninger, udbytte og tilfredshed med kurset

I dette kapitel belyser vi kursisternes motivation for og forventninger til kurset. Herefter ser vi nærmere på kursisternes vurdering af instruktørerne – herunder betydningen af instruktørernes alder og det, at instruktørerne selv har erfaring med angst og depression. Kapitlet belyser også kursisternes tilfredshed med og udbytte af kurset, herunder deres vurdering af kursets form og indhold, rammerne for kurset, betydningen af at møde andre unge og kursets betydning for uddannelse og arbejde.



Resultaterne i dette kapitel – helt kort

Spørgeskemaundersøgelsen blandt kursisterne viser, at over halvdelen (61 %) i meget høj grad eller i høj grad forventer, at de vil kunne få udbytte af kurset. Kursisterne i de syv casekommuner fremhæver især, at det er tiltalende, at kurset er tilrettelagt som et gruppeforløb, at det er gratis og at det er baseret på hjælp til selvhjælp.

Efter kurset svarer 76 % af kursisterne, at de har været meget tilfredse eller tilfredse med kurset og 54 % at de i meget høj grad eller i høj grad fik udbytte af kurset. Kursisterne er generelt tilfredse med instruktørerne, og 76 % er i høj grad enige eller enige i, at instruktørerne har formået at formidle stoffet på en pædagogisk og forståelig måde, og at instruktørerne var dygtige og velforberedte. Kursisterne lægger også vægt på, at instruktørerne selv har erfaringer med angst og depression.

Kursisterne i de syv casekommuner fremhæver handleplanerne, afspændingsøvelser og det sociale aspekt som positivt. Dét at møde andre unge, som har samme udfordringer med angst og depression, giver en følelse af normalitet og mindsker følelsen af ensomhed. Selvom kursisterne umiddelbart er meget forskellige, svarer 62 % af kursisterne i spørgeskemaundersøgelsen, at de i høj grad eller en hel del genkender de problemer, de andre kursister havde.

11.1 Kursisternes motivation for at deltage i og forventninger til kurset

I baselinespørgeskemaet har vi spurgt kursisterne til deres forventninger til kurset. Som vist i Tabel 24 svarer 61 % af kursisterne, at de i meget høj grad eller i høj grad forventer, at de vil kunne få udbytte af kurset. Tabellen viser også, at 62 % i meget høj grad eller i høj grad vurderer, at kurset passer til deres behov, og 73 % føler sig i meget høj grad eller i høj grad motiveret til arbejdet med deres symptomer på angst og depression.

Tabel 24 Kursisternes forventninger til kurset ved baseline (N=483)

	Antal (%)
I hvor høj grad forventer du, at du vil kunne få udbytte af kurset?	
Slet ikke/I nogen grad	187 (38,7)
I høj grad	236 (48,9)
I meget høj grad	56 (11,6)
<i>Missing</i>	4 (0,8)
Hvor motiveret føler du dig til at arbejde med dine symptomer på angst og/eller depression?	
Slet ikke	5 (1,0)
I nogen grad	123 (25,5)
I høj grad	218 (45,1)
I meget høj grad	136 (28,2)
<i>Missing</i>	1 (0,2)
I hvor høj grad vurderer du, at kurset passer til netop dine behov?	
Slet ikke/I nogen grad	182 (37,7)
I høj grad	233 (48,2)
I meget høj grad	65 (13,5)
<i>Missing</i>	3 (0,6)

Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

Note: - under fem respondenter.

Interviewene med de unge kursister i de syv casekommuner viser, at der er flere forskellige aspekter ved kurset, som har virket tiltalende, og som har været med til at motivere kursisterne til at deltage. De unge kursister fremhæver, at de kunne få hjælp til at håndtere deres symptomer, at kurset er tilrettelagt som et gruppeforløb, at kurset er gratis, og at der generelt mangler tilbud.

Flere af kursisterne fortæller, at de gerne ville have mere viden om deres symptomer, og at konceptet om hjælp til selvhjælp har været vigtigt for deres motivation for at deltage på kurset. En af kursisterne udtrykker det således:

” Jeg synes at mit største problem var personligt, at jeg ikke rigtig kunne håndtere, når jeg havde dårlige dage, eller hvad man skal sige, de problemer jeg havde, så mit ønske var i virkeligheden at få nogle redskaber til at hjælpe mig selv og det var jo det, det her var eller er.” (Kursist, C2)

Ønsket om at møde andre unge i samme situation, der vil kunne relatere til deres følelser og udfordringer, har særligt været motiverende. I det følgende citat fortæller en kursUSDeltager om forhåbningen om at møde andre unge på kurset:

” Så synes jeg også, det er meget rart, at det er en gruppe. Det gør, at man bliver mindre ensom i det, at man ikke føler, man kan nemt føle eller have alle mulige ideer, enten at man er alene med sådan, at man har det mega skidt, eller der ikke er nogen andre, der genkender det. Så det var i hvert fald motiverende.” (Kursist, C1)

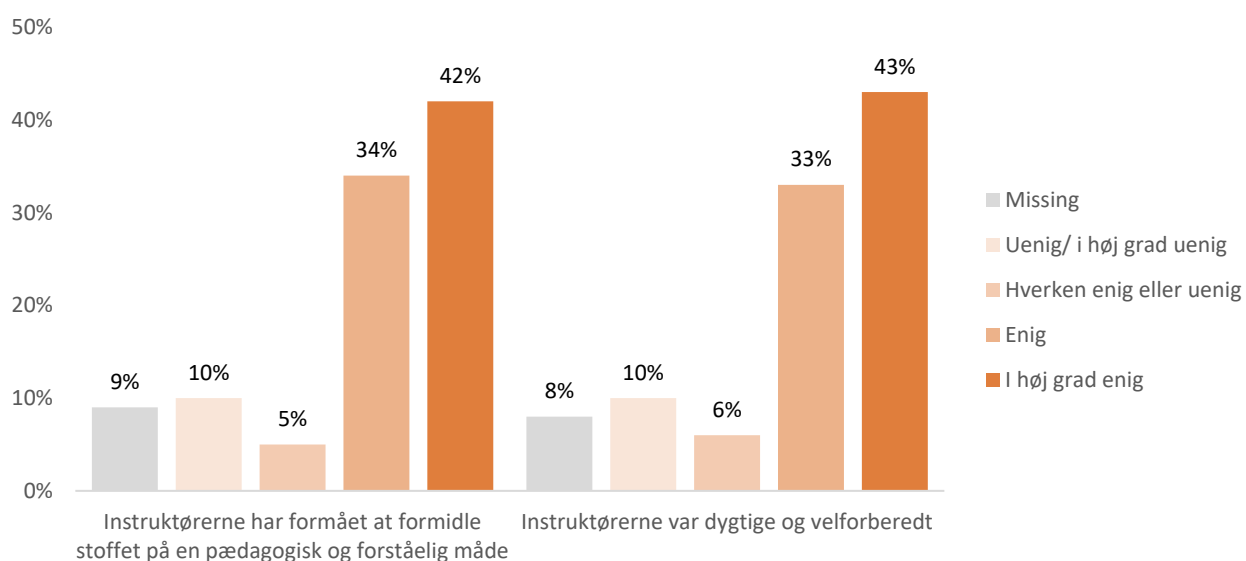
Flere af kursister beskriver også oplevelsen af, at systemet ikke var der til at hjælpe dem, eller at de ikke vidste, hvor de skulle søge hjælp. Da kurset er gratis og ikke kræver en henvisning, er LÆR AT TACKLE for unge et meget relevant tilbud:

” Altså, jeg følte ligesom, at jeg, efter jeg fyldte 18, at jeg manglede, at der blev taget hånd om mig og mine problemer. Jeg vidste ikke rigtig, hvor jeg skulle tage fat henne, eller hvem jeg skulle kontakte for at få den hjælp, jeg manglede for at komme ud af det. Og så så jeg det som en oplagt mulighed, at det var gratis, og at der var faktisk nogen, som kan tilbyde hjælp til det, så man ikke selv skulle, altså vakle i blinde, for at finde ud af, hvor man skulle henvende sig.” (Kursist, C3)

11.2 Kursisternes vurdering af instruktørerne

Som undervisere på kurserne spiller instruktørerne en central rolle. I dette afsnit belyser vi kursisternes vurdering af, hvordan instruktørerne har varetaget denne rolle, og hvilken betydning instruktørernes alder og erfaringer med angst og depression har haft. Som vist i Figur 21 er 76 % af kursisterne i høj grad enige eller enige i, at instruktørerne har formået at formidle stoffet på en pædagogisk og forståelig måde, og 76 % er i høj grad enige i eller enige i, at instruktørerne er dygtige og velforberejede.

Figur 21 Kursisterne vurdering af instruktørerne (N=325)

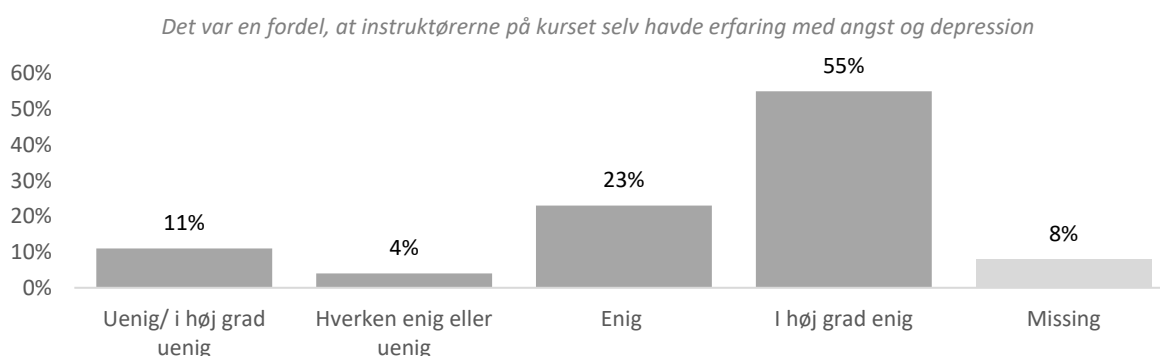


Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T2).

Samme billede ser vi også i interviewene med kursisterne i casekommunerne, hvor kursisterne fortæller, at de generelt har været rigtig glade for instruktørerne. I en casekommune beskriver tre kursister deres instruktører som kompetente og fremhæver, at instruktørerne har været dygtige til at inkludere dem i undervisningen:

” -[Instruktørerne er] søde, pædagogiske og dygtige. Forstående og lyttende.
 - De er forstående, og de har de fleste ting, som vi også har, så ud fra det kan de også lære noget af os for eksempel.
 - I forhold til, at det er frivilligt, så virker de meget kompetente, men heller ikke som om... Altså de er rigtig gode til at inkludere os og bruge os.” (Tre kursister, C6)

Som vist i Figur 22 svarer 78 % af kursisterne, at de i høj grad er enige i eller enige i, at det var en fordel, at instruktørerne på kurset selv havde erfaring med angst og depression.

Figur 22 Kursisternes vurdering af betydningen af at instruktørerne selv havde erfaring med angst og depression (N=325)

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T2).

På samme måde viser interviewene med koordinatorene, instruktører og kursister i de syv casekommuner, at det at instruktørerne selv har erfaring med angst og depression, er et helt centralt element i kurset. Det er særligt muligheden for at kunne trække på egne oplevelser med angst og/eller depression i undervisningssituationerne, som både koordinatorene, instruktørerne og kursisterne mener, er essentielt. I nedenstående citat fortæller en instruktør på kurset om fordelene ved, at instruktørerne selv har haft oplevelser med angst og/eller depression:

” Man får et fælles holdepunkt, det tror jeg gør rigtig rigtig meget. Det er som om... når man snakker med én, der har oplevet noget lignende, eller i hvert fald ved, hvad det vil sige på egen krop, fordi hvis man snakker med folk, der ikke har haft angst før, så er det rigtig svært at skulle forklare, hvordan angstanfald føles, så på den måde tror jeg, det giver rigtig god mening, at man selv har prøvet det eller i hvert fald kender det virkelig virkelig tæt på.” (Instruktør, C2)

Når instruktørerne trækker på egne oplevelser med angst og/eller depression, åbner det op for, at de unge kan spejle sig i instruktørerne og se dem som rollemodeller. En instruktør beskriver det således:

” Det er ret tydeligt, når nogen spejler sig i os, og når de spejler sig i hinanden [...], det er ikke bare fordi, vi har gået på en fancy skole, at vi kan sige det her, det er fordi vi rent faktisk har levet med det. Den der rollemodel, og det at jeg gjorde i den her situation, eller brugte det værktøj, eller den erfaring jeg har, det er super godt. Det gør, at de hører efter, det gør, at de stoler på os.” (Instruktør, C6)

I en anden kommune fortæller en kursist, hvordan instruktørerne har skabt et rum, hvor man trygt kunne tale om sine udfordringer, men hvor der samtidig er plads til humor:

” Jeg synes at det har fungeret rigtig godt. De er meget sådan, man føler sig tryk, og det har helt klart også noget at gøre med, at de er sådan i samme alder... okay det svinger selvfølgelig.... Men det er unge instruktører og selvfølgelig det der med, at de selv har haft lignende eller været i en lignende situation. Ja. Jeg synes, de har været... også det der med at der er plads til humor.” (Kursist, C4)

Ud over det positive respons på peer-to-peer tilgangen bliver instruktørernes alder også italesat som at have positiv betydning for, at instruktørerne kan nå de unge. Det er især koordinatorene, som fremhæver betydningen af, at instruktørerne er alderssvarende med de unge. En koordinator, der også har undervist på kurset, fortæller om fordelene ved at have yngre instruktører som undervisere:

” Altså der er jo helt klart nogle fordele ved at have en instruktør med, der er under 30, altså fordi de siger nogle ting, der rammer mere ind i ungegruppen end det, jeg siger.” (Koordinator, C1)

Flere af kursisterne giver også udtryk for, at det er positivt, hvis instruktørerne er under 40 år, og dermed max er 10-20 år ældre end de unge, sådan at de lettere kan relatere til de unges livssituation:

” Også det der med, at de [instruktørerne] kender til vores liv, altså de kender til for eksempel, at unge kan være meget presset i skolen med... og alt det med sociale medier og så videre, som måske én over 40 nok ikke ville kende til sådan på samme måde.” (Kursist, C1)

De unge påpeger dog, at instruktørerne ikke behøves at være jævnaldrende med de unge på holdene, og at det ligefrem kan være en fordel, hvis de er nogle år ældre, ligesom at det kan være en fordel med en kombination af en ældre og mere erfaren koordinator og en yngre, frivillig instruktør:

” Jeg tror, det ville blive mærkeligt, hvis det var én, der var helt jævnaldrende på en eller anden måde, for der er jo folk, der er jævnaldrende, det er jo ideen med en gruppe, så det er egentlig okay, at instruktørerne ikke er fuldstændig jævnaldrende, det giver meget god mening.” (Kursist, C1).

11.3 Form og opbygning

LÆR AT TACKLE angst og depression for unge består af syv moduler á 2,5 time. Instruktørerne følger en manual, som blandt andet omfatter, at instruktørerne laver mini-foredrag for kursisterne kombineret med konkrete øvelser. I dette afsnit ser vi på kursisternes vurdering af varigheden af kurset, formen og opbygningen.

Generelt giver de interviewede kursister udtryk for, at de har været rigtig glade for kursets form og opbygning. Nogle af de unge efterspørger dog, at kursusmodulerne godt kunne være en halv time kortere, og at man i stedet for udvider med antallet af kursusmoduler. En instruktør påpeger også, at det kunne være en fordel at udvide antallet af kursusmoduler, da det kræver lidt tid, før at de unge åbner sig op på kurserne:

” Jeg ville heller ikke have noget imod, det var længere, fordi det er først der sådan fjerde-femte gang, du rigtig begynder at åbne op og komme i gang og kende hinanden, og vi lærer, hvordan de reagerer.” (Instruktør, C3)

Der er dog ikke enighed blandt de interviewede kursister om udvidelsen af antallet af kursusmoduler, da flere af dem påpeger, at et højere antal af kursusmoduler kunne afskrække nogen at tilmelde sig kurserne og blive fastholdt på kurserne. En kursist fortæller for eksempel, hvilket betydning flere kursusmoduler ville kunne have på hende:

” Jeg synes, syv uger virker som meget overskueligt. Bliver det mere, det er selvfølgelig forskelligt fra person til person, men hvis det er meget længere end det, så synes jeg for mig, at det ville være uoverskueligt, og så tror jeg, at jeg ville have større impulser til at hoppe fra.” (Kursist, C6)

Som beskrevet tidligere er kursisterne meget positive over for instruktørerne. Dog beskriver nogle af kursisterne i interviewene, at de skulle vænne sig til den måde, undervisningsmaterialet bliver formidlet på i forhold til, at nogle af instruktørerne læser op af en manual. En kursist fortæller for eksempel, hvordan hun nogle gange havde oplevelsen af, at hun lige så godt selv kunne have læst materialet:

” Det der med at man skal læse op af den mappe der, det kan godt være en lille smule... at man tænker: 'Okay det kunne jeg lige så godt læse selv.'” (Kursist, C2)

En koordinator, der også har undervist på kurserne, fortæller også, at hun ofte advarer nye instruktører og kursisterne om, at formidlingsmetoden på kurset godt kan virke lidt stift til at starte med:

” Altså, de nye instruktører, og også kursisterne, der kan man sige til dem: ‘Det kan godt være, at det virker lidt stift i starten, at man læser op, og det virker måske mærkeligt og sådan noget, men så kan I bare sidde og lytte lidt og sådan noget, men det er sådan, det er, og det virker.’” (Koordinator, C5)

Dette kan hænge sammen med, at nogle af instruktørerne er forholdsvis nyuddannede og derfor har behov for at læse højt af manualen, hvor de mere øvede instruktører er mere inde i materialet og derfor ikke behøver at læse højt.

Der er en generel erfaring blandt instruktørerne, at temaerne, der undervises i på kursusmodulerne, opleves som meningsfulde for de unge. Enkelte instruktører påpeger, at materialet godt kunne suppleres med temaer der i højere grad afspejler, hvor de unge befinder sig i livet. Det er dog ikke noget, de unge har efterspurgt. I citatet nedenfor beskriver en instruktør, hvilke temaer og udfordringer det for eksempel kunne være:

” Jeg tænker på, at man altså godt i indhold kunne have lidt mere fokus på, hvad er det for nogle problematikker, man har, når man er ung. Det der med at finde et sted at bo og tage en uddannelse og skulle ind på arbejdsmarkedet og skulle være... Altså, at skulle fungere i det der med at skulle gå byen, selvom man har de der psykiske problematikker.” (Instruktør, C5)

En anden instruktør fremhæver også, at et tema som seksualitet og intimitet kunne være relevant at tage op på et kursusmodul, så det ikke blot står som et afsnit i bogen, de unge modtager på kurset.

” Hvis jeg skal sådan pege på noget af det, jeg synes, der godt kan mangle lidt, altså det er jo selvfølgelig noget, som er svært at snakke om, og jeg tænker ikke det skal være et kæmpe emne, men jeg synes for eksempel, det med seksualitet er en fejl, at det ikke er noget, som er et emne for unge.” (Instruktør, C4)

I forbindelse med deltagelse på kurset, får kursisterne hver en bog, der indeholder en beskrivelse af temaerne og redskaberne på de enkelte moduler. Brugen af bogen gennem forløbet beskriver kursisterne som positivt, da det giver dem mulighed for at tage noter til øvelserne undervejs, og

når kurset er afsluttet, kan de anvende bogen som et opslagsværk, hvor de kan blive mindet om redskaberne:

” - Ja, det er meget rart med de der redskaber, at der ligesom er nogle konkrete ting, jeg kan ikke huske det om to uger, men så har jeg den der bog, man lige kan slå op i, og mine egne ting, som jeg lige har skrevet ned, så det man kan kigge tilbage på, så kan det være, at det lige kommer tilbage.” (Kursist, C1)

-Den bog tror jeg også bliver rigtig rigtig god at have som opslagsværk.”
(Kursist, C6)

Som ovenstående citater illustrerer, giver bogen mulighed for, at kursisterne på længere sigt kan vende tilbage til redskaberne, hvis de har behov for det.

11.4 Rammerne for kurset

I dette afsnit ser vi nærmere på betydningen af rammerne for kurset, herunder betydningen af hvor og hvornår kurset blev afholdt, samt af de fysiske lokaler og forplejning. I alle syv casekommuner er kursusmodulerne blevet afholdt om eftermiddagen. Flere af kursisterne fortæller, at det er nødvendigt, at kurserne bliver afholdt om eftermiddagen, fordi mange af kursisterne er i uddannelse og arbejde. Helt generelt peger analyserne på, at det er en udfordring at finde det helt optimale tidspunkt for kurset, da kursisterne samtidig påpeger, at det også kan være hårdt, hvis kurset slutter for sent på aftenen, da de netop skal op dagen efter.

I de syv casekommuner fortæller kursisterne, at de har været tilfredse med, hvor kurset er blevet afholdt, og at det har været nemt at komme til stedet, hvor kurset er blevet afholdt, enten med offentlig transport, bil eller cykel. Samtidig viser analyserne præsenteret i Tabel 19, at det var meget få kursister, der angav, at deres fravær skyldtes, at kursusstedet var besværligt at komme til eller blev afholdt på et dårligt tidspunkt på dagen.

I de syv casekommuner er kurserne enten blevet afholdt i kommunens lokale eller i et lokale hos et frivilligcenters i kommunen. I alle casekommunerne er alle kursusmodulerne blevet afholdt det samme sted. Hvis det har været muligt, er undervisningen blevet afholdt i samme lokale som forsamtalen. Koordinatorerne fortæller, at det er en fordel, hvis undervisningen foregår samme sted, sådan at koordinatorene allerede ved forsamtalen kan vise de unge, hvor kurset bliver afholdt. Af praktiske årsager, har det dog ikke altid været muligt.

I nedenstående citat fortæller en koordinator om udfordringerne ved at finde et undervisningslokale og betydningen heraf:

” Vi skal ud at lede hver eneste gang [efter et lokale], og det kan være en barriere i længden. Også det der med ikke at kunne sige til en forsamtale, hvor vi skal være. Det betyder rigtig meget, at kunne vise dem, her skal du sidde, og du må gerne vælge en plads, hvis det er, fordi så har jeg til den tid lavet bordkort, så hvis de gerne vil sidde forinden til højre, så er det det, de gør, så stiller jeg navneskiltet der.” (Koordinator, C6)

Da en del af øvelserne i undervisningen går ud på, at den unge kan fordybe sig og slappe af, er det væsentlig at lokalet er placeret et sted uden for meget omkringliggende larm. Ydermere påpeger kursisterne vigtigheden af, at lokalerne har en hyggelig stemning, hvorfor det eksempel ikke skal være for stort eller for småt, eller være med for skarp belysning. I følgende citat fortæller en kursist om det positive ved, at undervisningslokalet har haft sofaer til rådighed:

” Der er også sofaer og sådan, at du kan sætte dig over, hvis du lige har brug for at trække dig lidt væk og stadig kunne høre efter i stedet for at skulle gå ud. Det er rart, at du kan trække dig lidt væk, men stadig være med. Det synes jeg er rigtig rigtig rart.” (Kursist, C3)

I flere af casekommunerne har der været lidt forplejning i form af snacks, frugt, te og kaffe ved hvert kursusmodul. Enkelte kommuner har serveret en sandwich, hvis kurset blev afholdt ved aftensmadstid. At der er lidt forplejning til stede kan netop være med til at skabe en hyggelig stemning, fremhæves også. To kursister udtrykker det således:

” -Så har det egentlig også været rart, at man er kommet, og så bliver der altid sagt pænt hej til én, og der ligger frugt, man bare kan spise, så føler man sig også velkommen.

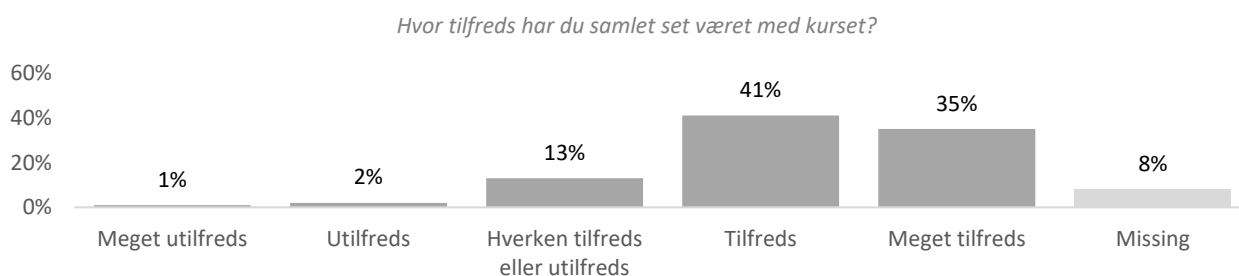
-Ja, de gør meget ud af, at det skal være hyggeligt, der skal være god stemning og sådan noget.

-Ja, det er ikke så klinisk.” (Kursister, C1)

11.5 Tilfredshed og udbytte

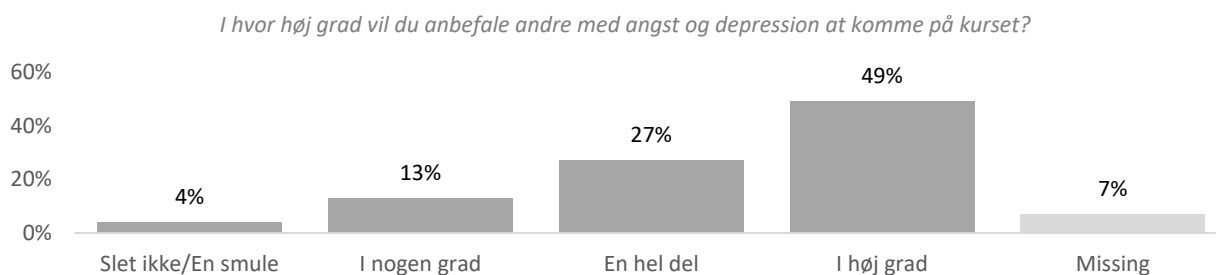
Som vist i Figur 23 er 76 % af kursisterne meget tilfredse eller tilfredse med kurset, og 76 % svarer, at de i høj grad eller er en hel del vil anbefale kurset til andre, som vist i Figur 24.

Figur 23 Kursisternes tilfredshed med kurset (N=325)



Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T2).

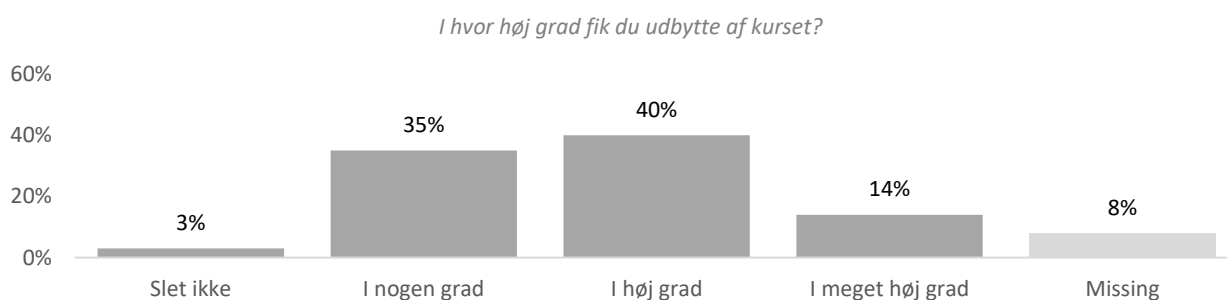
Figur 24 Kursisternes vurdering af, i hvor høj grad de vil anbefale kurset til andre (N=325)



Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T2).

Som vist i Figur 25 svarer halvdelen (54 %) af kursisterne, at de i meget høj grad eller i høj grad fik udbytte af kurset. Der er dog også 35 % som vurderer, at de i nogen grad fik udbytte af kurset.

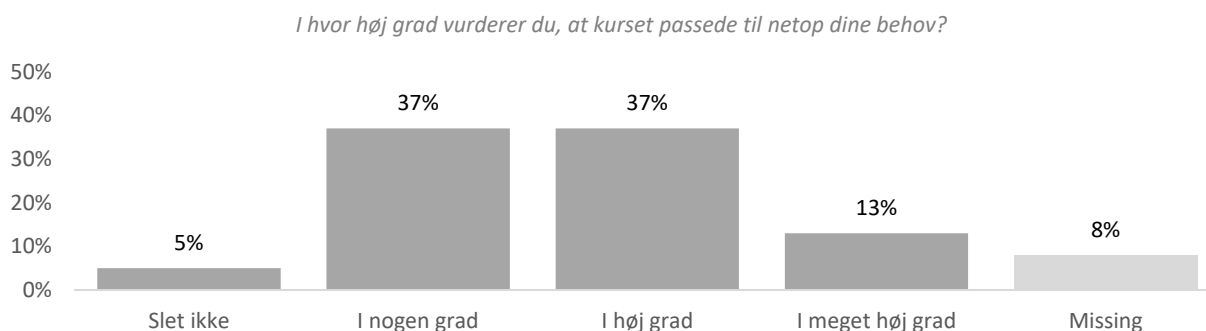
Figur 25 Kursisternes udbytte af kurset (N=325)



Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T2).

Halvdelen (50 %) af kursisterne oplever, at kurset i meget høj grad eller i høj grad passede til netop deres behov. Der er dog også 37 %, som svarer, at kurset i nogen grad passede til deres behov, som vist i Figur 26.

Figur 26 Kursisternes vurdering af, i hvor høj grad kurset passede til deres behov (N=325)



Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T2).

De kvalitative casestudier viser, at de unge især fremhæver, at kurset er tilrettelagt som et gruppeforløb, hvor der er fokus på erfaringsudvikling og mødet med andre samt tilegnelsen af redskaber der muliggør hjælp til selvhjælp, som kan være med til at reducere og forebygge deres symptomer på angst og/eller depression. Derudover fremhæver de unge handleplanerne og afspændingsøvelserne og giver udtryk for, at de har fået tilegnet sig nogle gode redskaber til at håndtere deres symptomer på angst og/eller depression og at de føler sig mindre ensomme med deres udfordringer. I de næste afsnit uddyber vi disse resultater nærmere.

11.5.1 Handleplaner

Særligt øvelsen med at lave handleplaner finder mange af de unge brugbar og et redskab, de vil prøve at arbejde videre med efter kurset. Handleplanen er et selvhjælpsværktøj, der kan hjælpe den unge med at holde de aftaler hun/han laver med sig selv. På hvert kursusmodul laver den unge en handleplan, der består af en plan for, hvad den unge vil gøre for at opnå et mål i løbet af den efterfølgende uge, samt hvornår, hvordan og hvor tit man vil gøre det. De unge fortæller, at øvelsen med handleplaner har været med til at give dem en større tiltro til, at de kan opnå de mål, som de sætter, og dermed får flere succesoplevelser i hverdagen:

” Så synes jeg bare, at jeg har fået mere tiltro til mig selv ved, at vi har lavet de her handleplaner, der ligesom var sådan opbakning for at... det er små mål, men det er stadig mål.” (Kursist, C2)

” De her handleplaner, de har været super gode, fordi så har man noget at fokusere på og man har noget, man kan gå efter, og når man så har nået den milepæl, så føler man jo bare, det er mega fedt, fordi det er noget, man har formået at kunne klare trods af, at de ting har fyldt så meget. ” (Kursist, C4)

Flere af instruktørerne fortæller også, at de har haft en oplevelse af, at de unge på deres hold har været glade for handleplanerne, og at de har været motiveret til at deltage i øvelsen:

” Handleplanerne, de kører også bare, dem vil de gerne lave, de når lige at sige, 'nu kommer vi til handleplaner', og så skriver de allerede. Så de er på.”
(Instruktør, C2)

11.5.2 Afspændingsøvelser

Et andet redskab, der nævnes som brugbart blandt de unge, er afspændingsøvelserne. Afspændingsøvelserne skal hjælpe de unge med at slappe af i kroppen og give slip på deres tankemylder. I citatet nedenfor fortæller en kursist, hvordan hun kan mærke udbyttet af at have anvendt metoden:

” Afspændingsøvelser er jeg blevet vildt glad for, jeg slapper helt af. Det tror jeg virkelig, min krop er glad for, at den bare får lov til at synke helt ned og ikke være i alarmberedskab hele tiden. Det er i hvert fald noget, jeg vil tage med mig.” (Kursist, C1)

På trods af at flere af de unge er blevet rigtig glade for afspændingsøvelserne, fortæller flere instruktører, at det har været lidt udfordrende at få alle kursisterne med på de forskellige former for afspændingsøvelser i undervisningen. 'Fantasirejse' er en afspændingsøvelse, hvor den unge skal sidde behageligt og uforstyrret og rejse ind i en fantasi ved at tænke på en rar situation eller oplevelse. En af instruktørerne beskriver i det følgende, hvordan denne form for øvelse ikke har været for alle kursisterne på holdet:

” Så er der nogen, der altid står af på de der lytteøvelser, fantasirejser. Det er ikke for alle. Jeg ved ikke om det... Jeg synes helt klart, de hører til, men der lagde jeg mærke til, der var én eller to, der sad og var lidt urolige, da vi var færdige, det var ikke for dem, det var fint nok.” (Instruktør, C6)

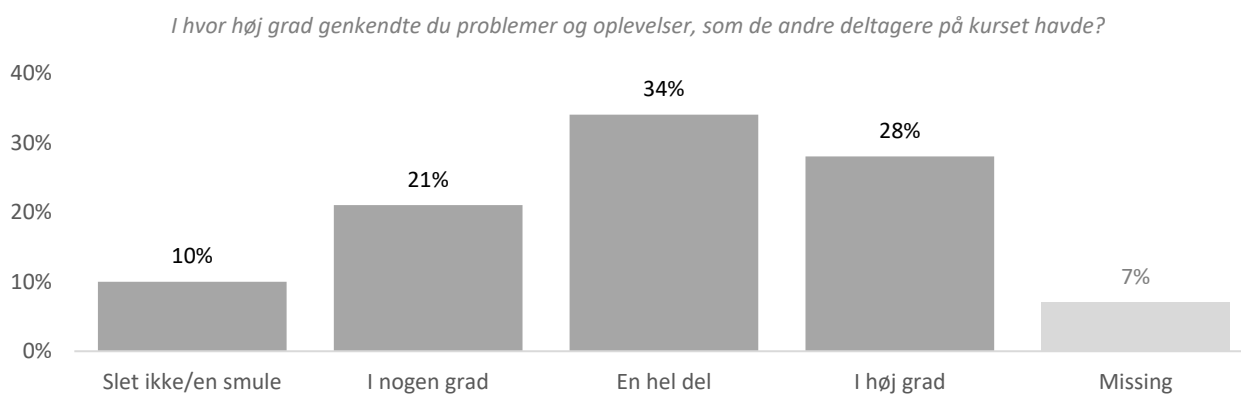
En anden instruktør, beskriver også, at det har været en udfordring at få alle kursisterne med på afspændingsøvelsen 'fantasirejsen', og fortæller at de valgte at opfordre de unge til at afprøve øvelsen derhjemme, da omgivelserne her for nogen ville være mere passende for øvelsen:

” Der er nogle af de der fantasirejser og sådan nogle ting, som er mere... hvor man slapper af i kroppen, men det er hovedet, man skal bruge, der er det ikke alle, der er sådan helt fan af det, men de er jo med på det så meget som de kan [...]. Jeg vil sige stadig fantasirejse, der måtte vi så også sige, 'prøv at gør det derhjemme, hvor I er i jeres trygge omgivelser, mens I ligger i sengen eller et eller andet', det kan være, man slapper mere af, end hvis man sidder i et lokale, hvor der sidder fem andre, det kan godt være lidt mærkeligt.” (Instruktør, C2)

11.5.3 Oplevelsen af gruppen

Som vist i Figur 27 svarer 62 % af kursisterne, at de i høj grad eller en hel del genkendte de problemer, de andre kursister havde.

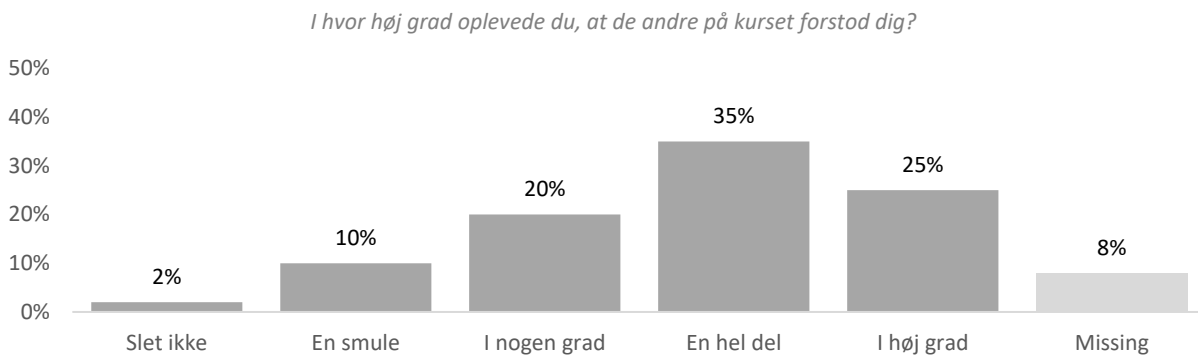
Figur 27 Kursisternes vurdering af i hvor høj grad de kunne genkende de problemer og oplevelser, som de andre kursister havde (N=325)



Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T2).

Som vist i Figur 28 svarer 60 % af kursisterne dog, at de oplevede, at de andre kursister forstod dem i høj grad eller en hel del.

Figur 28 Kursisternes vurdering af, i hvor høj grad de andre kursister forstod dem (N=325)



Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T2).

11.5.4 Betydningen af at møde andre unge med angst og depression

Ud over de konkrete redskaber, der hjælper kursisterne med at håndtere nogle af de udfordringer, kursisterne står over for, fortæller flere, at mødet med andre unge har givet dem et mere positivt syn på deres udfordringer med angst og/eller depression. En af de interviewede kursister beskriver det som, at der er blevet sat "ansigter på en sygdom" (Kursist, C6). Mange af de interviewede kursister fortæller, at de førhen har følt sig meget alene og ensomme med deres udfordringer med angst og/eller depression. I nedenstående citat fortæller en kursist, hvordan deltagelse på kurset netop har afhjulpet dette:

” Man føler sig ikke så alene, ensom med sine problemer sådan. Også fordi at mentale udfordringer synes jeg kan være svært... altså det kan være svært at få hjælp til at forklare, så man kan lynhurtigt føle sig alene synes jeg, at der ikke rigtig er nogen, der forstår én.” (Kursist, C2)

Flere kursister oplever en manglende forståelse fra omverdenen, som kan betyde, at de føler sig anderledes og udenfor. Kursisterne beskriver, at mødet med andre unge i samme situation har fået dem til at føle sig mindre "unormale" og givet dem en bedre forståelse for sygdommen:

” Det synes jeg har været mega godt for mig, fordi at jeg kender ikke rigtig nogen med angst, altså ud over dem her. Så det er mega fedt at få at vide, at jeg ikke unormal, og jeg er bare én med angst.” (Kursist, C6)

Blandt der interviewede instruktører og koordinatører bliver det sociale aspekt af kurset også beskrevet som det mest centrale udbytte for kursisterne.

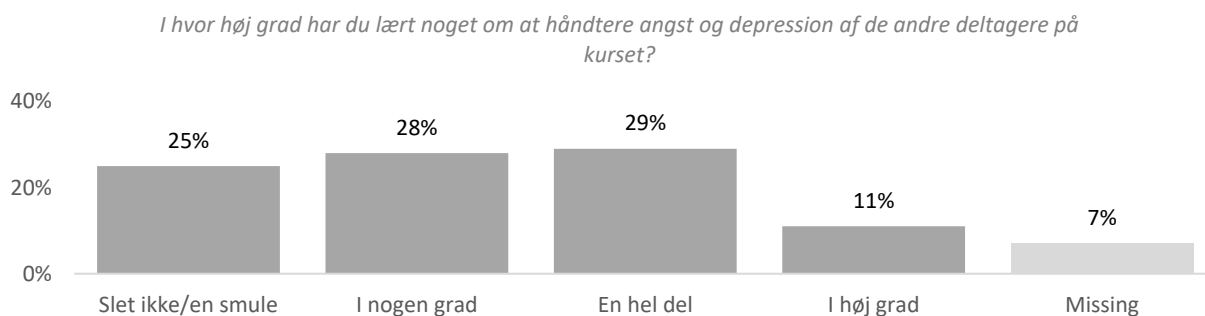
” Jeg tror det er rart for de unge sådan en nu-og-her følelse og opleve, at de ikke er alene med de problemer, de har. Jeg tror, de synes, at det er rigtig rart at høre, at andre også står med de samme problemer, selvom at de jo er vanvittigt forskellige, også dem der gik på det her hold, og hvor de kommer fra, og hvad de har med i bagagen, og hvad de laver. Så bare det at der alligevel er én eller anden form for fælles, hvad kan man sige, altså at de har nogle af de samme ting, som de kæmper med.” (Koordinator, C2)

Koordinatorerne og instruktørerne fortæller, at selvom de har en oplevelse af, at det er mødet med andre unge, som de unge får mest ud af, så er de unge på holdene også meget forskellige og kommer med meget forskellige baggrunde. De unge møder således ikke nødvendigvis andre unge, der er fuldstændigt samme sted i livet som dem selv, eller som er samme 'type' som dem selv, men de møder andre unge, der på forskellig vis kan relatere til nogle af de udfordringer, den unge står over for i forhold til have symptomer på angst og/eller depression. Det sociale aspekt består derfor ikke nødvendigvis af, at de unge får skabt nye venskaber og netværker, men at de får en fornemmelse af, at de ikke står alene med deres udfordringer. I nedenstående citat beskriver en koordinator, hvilken betydning mødet med andre unge har haft for de unge:

” Jeg tror faktisk, det har en ret stor betydning for mange af dem, og jeg tror, det der gør, det betyder meget, er det der med, at der bliver et rum, hvor man kan sige højt, at man er fælles om at have nogle udfordringer, og man ikke er alene med det, og for nogen er det første gang, de siger det højt. Altså for rigtig mange rundt om det bord var det første gang, og jeg tror også der var et par stykker, der blev klar over, hvorfor de ikke kørte bus.” (Koordinator, C3)

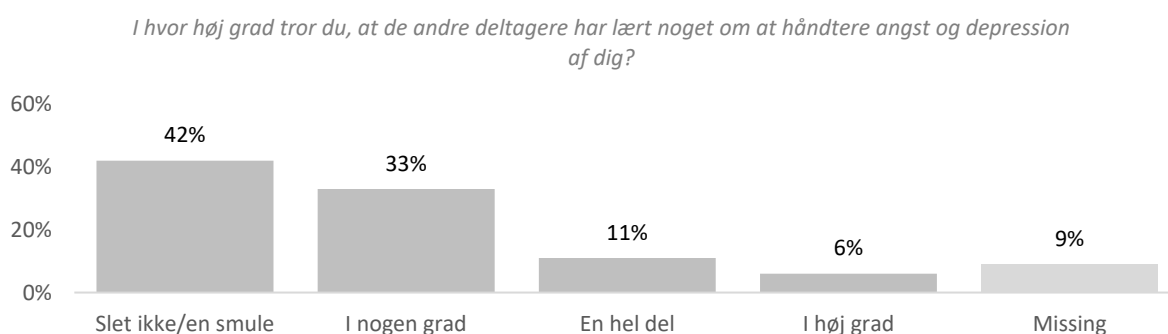
Samtidigt svarer 40 %, at de i høj grad eller en hel del har lært af de andre kursister om at håndtere angst og depression, hvorimod 17 % i høj grad eller en hel del vurderer, at de andre kursister har lært noget om at håndtere angst og depression af dem, som vist i Figur 29 og Figur 30.

Figur 29 Kursisternes vurdering af, i hvor høj grad de har lært noget om at håndtere angst og depression af de andre kursister på kurset (N=325)



Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T2).

Figur 30 Kursisternes vurdering af i hvor høj grad de andre kursister har lært noget om angst og depression af dem (N=325)



Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T2).

11.6 Kursets betydning for uddannelse og arbejde

I de syv casekommuner spurgte vi kursister, koordinatore og instruktører om, de oplever, at kurset har betydning for kursisternes tilknytning til uddannelse og arbejde. Analyserne tegner ikke et helt entydigt billede af, hvilken betydning kurset har haft på uddannelse og arbejde. På den ene side fortæller flere af kursisterne, at de allerede før kurset var i uddannelse eller arbejde, eller at de allerede havde en klar idé om, hvilken uddannelse de ville søge ind på, hvorfor at deres deltagelse på kurset ikke har haft nogen direkte betydning for deres tilknytning til uddannelse og/eller arbejde. På den anden side peger andre kursister på, at de redskaber, de har tilegnet sig på kurset, vil være gode at have, hvis de får udfordringer i deres uddannelsesforløb.

” Jeg synes, at det har hjulpet, fordi nogle af de værktøjer, som vi har fået på det kursus, det har hjulpet mig til at komme igennem min skoledag.”
(Kursist, C3)

Enkelte kursister fortæller også, at kurset har været med til at give dem mere tiltro til sig selv, og at de, ved hjælp af handleplanerne, også er blevet mere motiveret for at tage en uddannelse. Kursisterne har netop kunnet anvende handleplaner til at sætte små mål, som kan hjælpe dem tættere på at starte på en uddannelse. I citatet nedenfor fortæller en kursist, hvordan hun har brugt sin handleplan til at blive afklaret med uddannelse:

” Jeg tog faktisk en beslutning om, hvad for en uddannelse at skulle tage under det her forløb. Netop fordi at jeg satte mig nogle mål om at snakke med uddannelsessystemer og skolen og snakke med nogle, der er i branchen, som jeg gerne vil være i og sådan noget og på den måde, så på en eller anden måde så fik jeg egentlig hjælp til det. Bare med handleplaner ik’. Så, jo jeg synes faktisk, at det har hjulpet mig lidt.” (Kursist, C5)

Ligeledes fortæller en kursist i følgende citat, hvordan hun ved at deltage på kurset har fået mere mod og tiltro til sig selv, og dermed er mere klar på at tage en uddannelse:

” Jeg føler ikke, at jeg bare er inde i sort hul mere, men at jeg godt kan se en fremtid, at jeg godt kan se mig selv få en studentehue... og altså... jeg tør godt at springe ud i uddannelse og tænker ikke, ’åh nej, hvad nu hvis det hele går galt eller...’, men jeg ser det på den positive side.” (Kursist, C2)

Koordinatorerne og instruktørerne er lidt tilbageholdende i forhold til, om kursisters deltagelse på de syv kursusmoduler har direkte betydning for deres videre forløb i uddannelse og arbejde. Flere af koordinatorerne og instruktørerne påpeger, at uddannelse og arbejde kan virke som store ting i de unges liv, som kurset ikke nødvendigvis har indflydelse på. Dog peger koordinatorerne og instruktørerne også på, at kurset kan give de unges en øget tro på sig selv og at deres deltagelse kan være en succesoplevelse, som kan virke motiverende:

” Men altså selvfølgelig er det nok at skyde over målet at tænke, at de her syv gange gør det, men nogle gange kan den der succes jo være med til at tro på, at så kan jeg også melde mig til noget andet” (Koordinator, C3)

12 Effektanalyser

I dette kapitel præsenterer vi resultaterne af effektanalyserne. Det første afsnit vedrører de primære effektmål for angst, depression og self-efficacy, og det næste afsnit vedrører de sekundære effektmål (supplerende mål for self-efficacy, mestring, søvn, trivsel, somatisering og arbejdsmarkeds- og uddannelsesstatus).

Effektanalyserne er baseret på et før- og efterdesign, hvor vi, via spørgeskemaer, måler kursisternes tilstand på tre forskellige tidspunkter. Kursisterne udfyldte det første spørgeskema (T1, baseline) før deltagelse i kurset ved en forsamling med koordinator, det andet spørgeskema (T2) på det sidste kursusmodul og det tredje spørgeskema (T3) fem måneder efter kursusstart. T2 udgør evalueringens primære effektmål.



Resultaterne i dette kapitel – helt kort

Analysen viser, at der sker et fald i kursisternes angst- og depressionsscore. Kursisternes depressionsscore falder med 8,2 point målt ved den sidste kursusmodul, T2, og med 9,6 point fem måneder efter kursusstart, T3. Samtidig falder kursisternes angstsymptomer med 5,8 point ved sidste kursusmodul og med 6,8 point efter fem måneders opfølgning. Faldet i angst- og depressionssymptomer er særlig markant blandt kursister med et højt symptomniveau ved baseline. Blandt kursister med svær depression ved baseline falder depressionsscoren med 11,8 point ved sidste kursusmodul, mens angstscoren falder med 11,7 point ved sidste kursusmodul blandt kursister med høj angst ved baseline.

Der sker også en stigning i kursisternes self-efficacy i forhold til troen på at kunne få støtte fra familie, venner og andre og også personlig kontrol, som udgør de to primære effektmål for self-efficacy. Kursisternes tro på at kunne få støtte fra familie, venner og andre stiger med 2,7 point ved sidste kursusmodul og med 2,2 point ved fem måneders opfølgning. Samtidig stiger deres oplevelse af personlig kontrol med 1,4 point ved sidste kursusmodul og ved fem måneders opfølgning. Vi ser også en række forbedringer i forhold til de sekundære effektmål. Det gælder både de sekundære effektmål for self-efficacy vedrørende troen på at kunne håndtere symptomer på depression og i forhold til mestring, søvnkvalitet, trivsel og somatisering. Dog finder vi ikke, at der sker en ændring i kursisternes tilknytning til uddannelse og arbejde.

12.1 Udvikling i primære effektmål

De primære effektanalyser omfatter angst, depression og self-efficacy. Angst bliver målt ved *Spielbergers State-Trait Anxiety Inventory for Adults* og depression med *Beck's Depression Inventory*. De primære effektmål for self-efficacy omfatter: (1) troen på personlig kontrol målt ved *Personal*

Control og (2) troen på at kunne få støtte fra familie, venner og andre målt ved *Obtain Help From Community, Family, Friends Scale*. Som vist i Tabel 25 falder kursisters depressionsscore i gennemsnit med 8,2 point ved sidste kursusmodul (T2) og med 9,6 point fem måneder efter kursusstart (T3). Samtidig falder kursisters angstscore i gennemsnit med 5,8 point ved sidste kursusmodul og med 6,8 point ved fem måneders opfølgning som vist i Tabel 26.

Tabel 25 Udvikling i kursisters depressionssymptomer (BDI-II)

	Gennemsnitscore	Ændring (SE)	95 % CI
T1	27,5	0 (ref)	
T2	19,3	-8,2 (0,6)	(-9,4 – -7,0)
T3	17,9	-9,6 (0,8)	(-11,2 – -8,1)
		p<0,0001	

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Skalaen går fra 0-63. Forskellen ved T2 er det primære effektmål. Analyserne er baseret på imputeret datasæt. SE=Standardfejl, 95 % CI=95 % konfidensinterval.

Tabel 26 Udvikling i kursisters angstsymptomer (STAI)

	Gennemsnitscore	Ændring (SE)	95 % CI
T1	52,2	0 (ref)	
T2	46,4	-5,8 (0,7)	(-7,2 – -4,4)
T3	45,4	-6,8 (0,9)	(-8,6 – -5,0)
		p<0,0001	

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Skalaen går fra 20-80. Forskellen ved T2 er det primære effektmål. Analyserne er baseret på imputeret datasæt. SE=Standardfejl, 95 % CI=95 % konfidensinterval.

Tabel 27 viser antallet og andelen af kursister med minimal, mild, moderat og svær depression ved de tre måletidspunkter. Som vist i tabellen falder andelen af kursister med svær og moderat depression, mens andelen med minimal og mild depression stiger. For eksempel stiger andelen af kursister med minimal depression fra 9 % ved baseline til 30 % på sidste kursusmodul og til 33 % fem måneders opfølgning, mens andelen med svær depression falder fra 39 % ved baseline til 18 % ved kursets afslutning og til 15 % fem måneders efter kursusstart.

Tabel 27 Antal og andel af kursister med minimal, mild, moderat og svær depression ved T1, T2 og T3

	T1 (N=483)	T2 (N=312)	T3 (N=184)
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
Minimal depression	45 (9,3)	92 (29,5)	60 (32,6)
Mild depression	58 (12,0)	40 (12,8)	26 (14,1)
Moderat depression	110 (22,8)	56 (18,0)	36 (19,6)
Svær depression	188 (38,9)	55 (17,6)	27 (14,7)
Missing	82 (17)	69 (22,1)	35 (19,0)

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Tabel 28 viser, at antallet og andelen af kursister med lav, moderat og høj angst ved de tre måletidspunkter. Som vist i tabellen, stiger andelen af kursister med lav angst fra 14 % ved baseline til 30 % på sidste kursusmodul og til 28 % fem måneder efter kursusstart, mens andelen med høj angst falder fra 24 % ved baseline til 16 % på sidste kursusmodul og 10 % fem måneder efter kursusstart.

Tabel 28 Antal og andel af kursister med lav, moderat og høj angst ved T1, T2 og T3

	T1 (N=483)	T2 (N=312)	T3 (N=184)
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
Lav angst	67 (13,9)	94 (30,1)	51 (27,7)
Moderat angst	252 (52,2)	128 (41,0)	78 (42,4)
Høj angst	117 (24,2)	49 (15,7)	18 (9,8)
Missing angst	47 (9,7)	41 (13,1)	37 (20,1)

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Tabel 29 viser, at kursisternes tro på at kunne få støtte fra familie, venner og andre stiger med 2,7 point ved sidste kursusmodul (T2) og med 2,2 point fem måneder efter kursusstart (T3). Tabel 30, viser, at kursisternes tro på personlig kontrol stiger med 1,4 point ved T2 og T3.

Tabel 29 Udvikling i kursisternes self-efficacy, social støtte (SECD-Ssup)

	Gennemsnitscore	Ændring (SE)	95% CI
T1	24,1	0 (ref)	
T2	26,8	2,7 (0,4)	(1,9 – 3,6)
T3	26,3	2,2 (0,6)	(1,0 – 3,3)
		p<0,0001	

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Skalaen går fra 4-40. Forskellen ved T2 er det primære effektmål. Analyserne er baseret på imputeret datasæt.

SE=Standardfejl, 95 % CI=95 % konfidensinterval.

Tabel 30 Udvikling i kursisternes self-efficacy, personlig kontrol (IPQ-Pc)

	Gennemsnitscore	Ændring (SE)	95% CI
T1	20,3	0 (ref)	
T2	21,7	1,4 (0,2)	(1,0 – 1,8)
T3	21,7	1,4 (0,3)	(0,8 – 1,9)
		p<0,0001	

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Skalaen går fra 6-30. Forskellen ved T2 er det primære effektmål. Analyserne er baseret på imputeret datasæt.

SE=Standardfejl, 95 % CI=95 % konfidensinterval.

12.1.1 Subgruppe- og sensitivitetsanalyser

I dette afsnit ser vi nærmere på udviklingen i angst- og depressionssymptomer og self-efficacy blandt forskellige grupper af kursister. Tabel 31 og Tabel 32 viser udviklingen i kursisternes depressionsscore og angstscore, når vi stratificerer på deres baselineniveauer af depression og angst. Idet kurset henvender sig til unge, der både har angst og/eller depression, er det, for eksempel, ikke alle kursisterne, som har angst (eller kun et meget lavt symptomniveau) og dermed ikke kan forventes at profitere i forhold til angstsymptomer. Det samme gør sig gældende for depressionssymptomer. Som vist i Tabel 31 finder vi det største fald i depressionsscoren blandt de kursister, der ved baseline har en svær depression. Blandt kursister med svær depression falder depressionsscoren med 11,8 point ved sidste kursusmodul (T2) og med 15,3 point fem måneder efter kursusstart (T3). Blandt kursister med moderat depression ved baseline falder depressionsscoren med 8,5 point ved T2 og med 7,2 point ved T3, og blandt kursister med minimal eller mild depression ved baseline falder depressionsscoren med 2,4 point ved T2 og med 0,7 point ved T3 (ikke statistisk signifikant).

Tabel 31 Udvikling i kursisternes depressionssymptomer (BDI-II) stratificeret efter depressionsniveau ved baseline

	Minimal depression v/baseline (N=103*)		Moderat depression v/baseline (N=110)		Svær depression v/baseline (N=188)	
	Gennemsnit	Ændring (SE) (95% CI)	Gennemsnit	Ændring (SE) (95% CI)	Gennemsnit	Ændring (SE) (95% CI)
T1	12,9	0 (ref)	23,9	0 (ref)	36,8	0 (ref)
T2	10,5	-2,4 (1,1) (-4,5 – -0,3)	15,4	-8,5 (1,0) (-10,5 – -6,6)	25,0	-11,8 (1,0) (-13,8 – -9,9)
T3	12,2	-0,7 (1,4) (-3,3 – 2,0)	16,7	-7,2 (1,1) (-9,4 – -5,0)	21,5	-15,3 (1,2) (-17,7 – -12,9)
	Ikke signifikant (p>0,05)		p<0,0001		p<0,0001	

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Skalaen går fra 0-63. Forskellen ved T2 er det primære effektmål.

SE=Standardfejl, 95 % CI=95 % konfidensinterval.

* Opdelingen er baseret på angivne depressionssymptomer (beregnet til en værdi på skalaen BDI-II) ved baseline, hvor 82 kursister har missing-værdier. De 82 kursister er ikke inkluderet i disse analyser.

Tabel 32 viser, at faldet i angstsymptomer er størst blandt kursister med et højt angstniveau ved baseline. Blandt kursister med høj angst ved baseline falder angstscoren med 11,7 ved sidste kursusmodul (T2) og med 16,6 point fem måneder efter kursusstart (T3), hvor angstscoren, blandt kursister med lav/moderat angst, falder med 3,9 point ved T2 og med 3,6 point ved T3. Tabel 52 og Tabel 53 i bilaget viser også, at faldet er højest blandt kursisterne med en høj samlet symptombyrde (både svær depression og høj angst).

Tabel 32 Udvikling i kursisters angstsymptomer (STAI) stratificeret efter depressionsniveau ved baseline

	Lav angst v/baseline (N=319*)		Høj angst v/baseline (N=117)	
	Gennemsnit	Ændring (SE) (95% CI)	Gennemsnit	Ændring (SE) (95% CI)
T1	47,2	0 (ref)	66,0	0 (ref)
T2	43,3	-3,9 (0,8) (-5,5 – -2,3)	54,3	-11,7 (1,4) (-14,5 – -8,9)
T3	43,6	-3,6 (1,0) (-5,5 – -1,6)	49,4	-16,6 (1,8) (-20,2 – -13,0)
		p<0,0001		p<0,0001

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Skalaen går fra 20-80. Forskellen ved T2 er det primære effektmål.

SE=Standardfej, 95 % CI=95 % konfidensinterval.

*Opdelingen er baseret på angivne angstsymptomer (beregnet til en værdi på skalaen STAI) ved baseline, hvor 47 kursisterne har missing-værdier. De 47 kursisterne er ikke inkluderet i disse analyser.

Tabel 33 og Tabel 34 viser udviklingen i angst- og depressionssymptomer blandt kursisterne med og uden andre psykiske lidelser end angst og depression ved baseline. Vi har opdelt kursisterne i tre grupper: (1) ingen andre psykiske lidelser (ud over angst og depression), kun stress (omfatter kursister, der angav, at de har stress, men ikke andre psykiske lidelser (ud over angst og depression)) og (3) andre psykiske lidelser (ud over angst og depression). Tabellerne viser, at kursister kun med stress og andre psykiske lidelser har lidt højere angst- og depressionssymptomer ved baseline, men at der sker et fald i angst- og depressionssymptomer ved sidste kursusgang og fem måneder efter kursusstart i alle tre grupper.

Tabel 33 Udvikling i kursisterne depressionssymptomer (BDI-II) stratificeret efter, om kursisten har andre psykiske lidelser v/baseline

	Ingen andre psykiske lidelser		Kun stress		Andre psykiske lidelser	
	Gennemsnit	Ændring (SE)	Gennemsnit	Ændring (SE)	Gennemsnit	Ændring (SE)
T1	26,8	0 (ref)	27,9	0 (ref)	27,8	0 (ref)
T2	17,7	-9,1 (0,9)	18,3	-9,6 (1,9)	21,2	-6,6 (1,5)
T3	17,0	-9,8 (1,0)	16,5	-11,4 (2,5)	19,2	-8,6 (1,9)
		p<0,0001		p<0,0001		p<0,0001

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Skalaen går fra 0-63. Forskellen ved T2 er det primære effektmål.

SE=Standardfej, 95 % CI=95 % konfidensinterval.

* Opdelingen er baseret på angivne depressionssymptomer (beregnet til en værdi på skalaen BDI-II) ved baseline, hvor 82 kursister har missing-værdier. De 82 kursister er ikke inkluderet i disse analyser.

Tabel 34 Udvikling i kursisterne angstsymptomer (STAI) stratificeret efter, om kursisten har andre psykiske lidelser v/baseline

	Ingen andre psykiske lidelser		Kun stress		Andre psykiske lidelser	
	Gennemsnit	Ændring (SE)	Gennemsnit	Ændring (SE)	Gennemsnit	Ændring (SE)
T1	51,4	0 (ref)	53,1	0 (ref)	54,2	0 (ref)
T2	45,2	-6,2 (0,9)	45,8	-7,3 (2,3)	48,9	-5,3 (1,6)
T3	44,2	-7,2 (1,1)	43,5	-9,6 (3,1)	47,2	-7,0 (2,1)
		p<0,0001		p=0,0018		p=0,0003

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Skalaen går fra 20-80. Forskellen ved T2 er det primære effektmål.

SE=Standardfejl, 95 % CI=95 % konfidensinterval.

*Opdelingen er baseret på angivne angstsymptomer (beregnet til en værdi på skalaen STAI) ved baseline, hvor 47 kursisterne har missing-værdier. De 47 kursisterne er ikke inkluderet i disse analyser.

Tabel 35 og Tabel 36 viser udviklingen i kursisternes angst- og depressionsscore stratificeret på køn. Som vist i Tabel 35 er depressionsscoren blandt kvinderne højere ved baseline, T1 (Kvinder: 29,2 point; Mænd 23,2 point). For begge køn falder depressionsscoren ved sidste kursusmodul (T2) og fem måneder efter kursusstart (T3), men faldet er størst blandt kvinderne. Ved T2 falder kvindernes depressionsscore med 8,8 point, mens mændenes falder med 6,4 point, og ved T3 falder kvindernes depressionsscore med 10,4 point og mændenes med 7,2 point.

Tabel 35 Udvikling i kursisternes depressionssymptomer (BDI-II) stratificeret på køn

	Kvinder			Mænd		
	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI
T1	29,2	0 (ref)		23,2	0 (ref)	
T2	20,4	-8,8 (0,7)	(-10,3 – -7,4)	16,8	-6,4 (1,1)	(-8,5 – -4,4)
T3	18,8	-10,4 (0,9)	(-12,2 – -8,6)	16	-7,2 (1,5)	(-10,2 – -4,3)
		p<0,0001			p<0,0001	

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Skalaen går fra 0-63. Forskellen ved T2 er det primære effektmål. Analyserne er baseret på imputeret datasæt.

SE=Standardfejl, 95 % CI=95 % konfidensinterval.

Tabel 36 viser, at kvindernes angstscore ved baseline er 53,5 point, mens mændenes er 48,9 point. Ved sidste kursusmodul (T2) er faldet i angstscoren højere blandt kvinderne (6,5 point) end blandt mændene (4,1 point), hvilket også gælder ved T3 (Kvinder: 7,6 point; Mænd: 3,5 point).

Tabel 36 Udvikling i kursisternes angstsymptomer (STAI) stratificeret efter køn

	Kvinder			Mænd		
	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI
T1	53,5	0 (ref)		48,9	0 (ref)	
T2	47	-6,5 (0,8)	(-8,1 – -4,9)	44,8	-4,1 (1,4)	(-6,8 – -1,4)
T3	45,9	-7,6 (1,0)	(-9,6 – -5,6)	45,4	-3,5 (2,0)	(-7,4 – 0,4)
		p<0,0001			p=0,0102	

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Skalaen går fra 20-80. Forskellen ved T2 er det primære effektmål. Analyserne er baseret på imputeret datasæt.

SE=Standardfejl, 95 % CI=95 % konfidensinterval.

Som det fremgår af Tabel 37, scorer kvinderne lavere på skalaen vedrørende troen på at kunne få støtte fra familie, venner og andre ved T1 (Kvinder: 23,3 point; Mænd: 26,0 point). For begge køn ses en stigning ved T2 (Kvinder: 3,1 point; Mænd: 1,5 point) og T3 (Kvinder: 2,6 point; Mænd: 0,3 point). Stigningen er størst blandt kvinderne.

Tabel 37 Udvikling i kursisternes self-efficacy, social støtte (SECD-Ssup) stratificeret efter køn

	Kvinder			Mænd		
	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI
T1	23,3	0 (ref)		26,0	0 (ref)	
T2	26,4	3,1 (0,5)	(2,2 – 4,1)	27,5	1,5 (0,8)	(-0,1 – 3,1)
T3	25,9	2,6 (0,7)	(1,3 – 3,9)	26,3	0,3 (1,2)	(-2,0 – 2,7)
	p<0,0001			Ikke sign, (p>0,05)		

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Skalaen går fra 4-40. Forskellen ved T2 er det primære effektmål. Analyserne er baseret på imputeret datasæt. SE=Standardfejl, 95 % CI=95 % konfidensinterval.

Ved T1 er der kun en minimal forskel i scoren for personlig kontrol (Kvinder: 20,1 point; Mænd: 20,8 point) som vist i Tabel 38. For begge køn ses en stigning i de to self-efficacy mål ved T2 og T3, hvor stigningen er størst blandt kvinderne.

Tabel 38 Udvikling i kursisternes self-efficacy, personlig kontrol (IPQ-Pc) stratificeret efter køn

	Kvinder			Mænd		
	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI
T1	20,1	0 (ref)		20,8	0 (ref)	
T2	21,7	1,6 (0,3)	(1,1 – 2,1)	21,6	0,8 (0,4)	(-0,02 – 1,6)
T3	21,7	1,6 (0,3)	(0,9 – 2,2)	21,4	0,6 (0,6)	(-0,6 – 1,8)
	p<0,0001			p>0,05		

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Skalaen går fra 6-30. Forskellen ved T2 er det primære effektmål. Analyserne er baseret på imputeret datasæt. SE=Standardfejl, 95 % CI=95 % konfidensinterval.

Tabel 39 viser, at der ikke er forskel på kursisternes depressionsscore ved baseline (T1), når vi sammenligner kursister under og over 18 år. Det samme gælder angst som vist i Tabel 40, hvor depressionsscoren og angstscoren falder i begge grupper.

Tabel 39 Udvikling i kursisternes depressionssymptomer (BDI-II) efter alder

	Under 18			18 eller over		
	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI
T1	27,5	0 (ref)		27,5	0 (ref)	
T2	19,4	-8,1 (1,1)	(-10,3 – -5,9)	19,3	-8,2 (0,7)	(-9,6 – -6,7)
T3	18,0	-9,5 (1,3)	(-12,1 – -6,8)	17,8	-9,7 (1,0)	(-11,6 – -7,7)
	p<0,0001			p<0,0001		

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Skalaen går fra 0-63. Forskellen ved T2 er det primære effektmål. Analyserne er baseret på imputeret datasæt. SE=Standardfejl, 95 % CI=95 % konfidensinterval.

Tabel 40 Udvikling i kursisternes angstsymptomer (STAI) stratificeret efter alder

	Under 18			18 eller over		
	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI
T1	52,2	0 (ref)		52,2	0 (ref)	
T2	46,6	-5,6 (1,4)	(-8,3 – -2,9)	46,3	-5,9 (0,8)	(-7,5 – -4,2)
T3	45,1	-7,1 (1,6)	(-10,4 – -3,9)	45,6	-6,6 (1,1)	(-8,7 – -4,4)
	p<0,0001			p<0,0001		

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Skalaen går fra 20-80. Forskellen ved T2 er det primære effektmål. Analyserne er baseret på imputeret datasæt.

SE=Standardfejl, 95 % CI=95 % konfidensinterval.

Tabel 41 og Tabel 42 viser udviklingen i kursisternes self-efficacy stratificeret efter alder. Tabel 41 viser, at der kun er minimal forskel på de to grupper, hvor kursister under 18 år scorer en anelse højere på skalaen vedrørende troen på at kunne få støtte fra familie, venner og andre ved T1 (Under 18 år: 25,3 point; 18 år eller derover: 23,6 point). Der er ikke nævneværdige forskelle på personlig kontrol i de to grupper som vist i Tabel 42.

Tabel 41 Udvikling i kursisternes self-efficacy, social støtte (SECD-Ssup) stratificeret efter alder

	Under 18			18 eller over		
	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI
T1	25,3	0 (ref)		23,6	0 (ref)	
T2	27,8	2,5 (0,8)	(1,0 – 4,1)	26,3	2,7 (0,5)	(1,7 – 3,8)
T3	27,8	2,5 (0,9)	(0,7 – 4,3)	25,5	1,9 (0,7)	(0,5 – 3,3)
	p=0,0015			p<0,0001		

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Skalaen går fra 4-40. Forskellen ved T2 er det primære effektmål. Analyserne er baseret på imputeret datasæt.

SE=Standardfejl, 95 % CI=95 % konfidensinterval.

Tabel 42 Udvikling i kursisternes self-efficacy, personal control (IPQ-Pc) stratificeret efter alder

	Under 18			18 eller over		
	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI
T1	20,3	0 (ref)		20,4	0 (ref)	
T2	21,8	1,5 (0,4)	(0,7 – 2,2)	21,7	1,3 (0,3)	(0,8 – 1,9)
T3	21,6	1,3 (0,5)	(0,4 – 2,2)	21,8	1,4 (0,4)	(0,7 – 2,1)
	p=0,0005			p<0,0001		

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Skalaen går fra 6-30. Forskellen ved T2 er det primære effektmål. Analyserne er baseret på imputeret datasæt.

SE=Standardfejl, 95 % CI=95 % konfidensinterval.

12.2 Udvikling i sekundære effektmål

De sekundære effektmål omfatter et tredje mål for self-efficacy som supplement til de primære analyser præsenteret i forrige afsnit, nemlig kursisternes tro på at kunne håndtere deres symptomer på depression. Derudover omfatter de sekundære effektmål: *Brief Coppe*, som måler kursisternes mestringsstrategier, *Common Mental Disorders Questionnaire*, som måler somatisering

(funktionel tilstand), WHO-5, som måler trivsel, og mål for søvnkvalitet og arbejdsmarkeds- og uddannelsesstatus.

Som vist i Tabel 43 stiger kursisternes tro på at kunne håndtere deres symptomer på depression med 6,8 point ved sidste kursusmodul (T2) og med 7,7 point fem måneder efter kursusstart (T3). Samtidigt ser vi en stigning i mestring og trivsel som vist i Tabel 44 og Tabel 45. Som vist i Tabel 46 falder kursisternes somatiseringsscore med 2,8 point ved T2 og med 4,1 point ved T3.

Tabel 43 Udvikling i self-efficacy, SECD: Control/manage depression scale (SECD-Dep)

	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI
T1	26,5	0 (ref)	
T2	33,3	6,8 (0,6)	(5,5 – 8,0)
T3	34,2	7,7 (0,8)	(6,1 – 9,3)
		p<0,0001	

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Skalaen går fra 6-60. Forskellen ved T2 er det primære effektmål. Analyserne er baseret på imputeret datasæt. SE=Standardfej, 95 % CI=95 % konfidensinterval.

Tabel 44 Udvikling i mestring/social interaktion (Brief Cope)

	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI
T1	5,2	0 (ref)	
T2	5,8	0,6 (0,1)	(0,5 – 0,8)
T3	5,8	0,6 (0,1)	(0,4 – 0,9)
		p<0,0001	

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3)

Note: Skalaen går fra 2-8. Forskellen ved T2 er det primære effektmål. Analyserne er baseret på imputeret datasæt. SE=Standardfej, 95 % CI=95 % konfidensinterval

Tabel 45 Udvikling i trivsel (WHO-5)

	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI
T1	33,2	0 (ref)	
T2	45,1	11,9 (1,2)	(9,7 – 14,2)
T3	46,1	12,9 (1,5)	(10,0 – 15,8)
		p<0,0001	

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Skalaen går fra 0-100. Forskellen ved T2 er det primære effektmål. Analyserne er baseret på imputeret datasæt. SE=Standardfej, 95 % CI=95 % konfidensinterval.

Tabel 46 Udvikling i somatisering, CMDQ

	Gennemsnit	Ændring (SE)	95% CI
T1	18,4	0 (ref)	
T2	15,6	-2,8 (0,4)	(-3,7 – -1,9)
T3	14,3	-4,1 (0,6)	(-5,3 – -3,0)
		p<0,0001	

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Skalaen går fra 0-48. Forskellen ved T2 er det primære effektmål. Analyserne er baseret på imputeret datasæt. SE=Standardfej, 95 % CI=95 % konfidensinterval.

For at belyse udviklingen i kursisternes søvnkvalitet har vi anvendt logistisk regression, hvor resultatet angiver odds for at sove godt (særdeles godt eller forholdsvis godt) sammenlignet med at sove dårligt (forholdsvis dårligt eller meget dårligt) inden for den sidste måned. Som vist i Tabel 47 forbedres kursisternes søvn ved sidste kursusmodul (T2) og fem måneder efter kursusstart (T3).

Tabel 47 Udvikling i søvnkvalitet

	Odds ratio	(95% CI)
T1	1	
T2	2,35	(1,82 – 3,03)
T3	2,58	(1,85 – 3,60)
	p<0,0001	

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Forskellen ved T2 er det primære effektmål. Analyserne er baseret på imputeret datasæt. Analysen er baseret på logistisk regression: odds for at sove godt ("særdeles godt" eller "forholdsvis godt") inden for den sidste måned vs. dårligt ("forholdsvis dårligt" eller "meget dårligt") over tid.

Tabel 48 viser kursisternes uddannelses- og arbejdsmarkedsstatus ved de tre måletidspunkter. Som det fremgår af tabellen, falder andelen af kursister i uddannelse fra 53 % ved T1 til 44 % ved T2 og 45 % ved T3. Andelen af kursister i arbejde stiger fra 8 % ved T1 til 12 % ved T2, hvorefter andelen falder derefter til 10 % ved T3.

Tabel 48 Tilknytning til uddannelse og arbejde ved T1, T2 og T3

	T1 (N=483)	T2 (N=312)	T3 (N=184)
Hvad laver du til daglig? (Antal (%))			
I uddannelse (herunder lærling/elev eller uddannelsespraktik)	257 (53,2)	138 (44,2)	82 (44,6)
I arbejde (herunder flexjob, deltid mm.)	39 (8,1)	36 (11,5)	19 (10,3)
Ledig, i virksomhedspraktik, aktivering eller anden støttet beskæftigelse	81 (16,8)	45 (14,4)	24 (13,0)
Ledig, uden tilknytning til arbejdsmarked eller uddannelsessystem fx pga. sygdom	88 (18,2)	60 (19,2)	22 (12,0)
Missing	18 (3,7)	33 (10,6)	37 (20,1)

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Tabel 49 viser, resultaterne af analysen af udviklingen i kursisternes tilknytning til uddannelse og arbejde. Analyserne er baseret på logistisk regression, hvor estimaterne (odds ratioen) angiver odds for at være i uddannelse eller arbejde ved sidste kursusmodul (T2) og fem måneder efter kursusstart (T3). Som det fremgår af tabellen, er der ikke sket en ændring i kursisternes uddannelses- og arbejdsmarkedsstatus.

Tabel 49 Odds for at være i uddannelse eller arbejde ved T2 og T3

	Odds ratio	(95% CI)
T1	1	
T2	0,95	(0,81 – 1,10)
T3	1,05	(0,78 – 1,41)
	Ikke signifikant (p>0,05)	

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note: Denne analyse er ikke baseret på imputeret data. Analysen er baseret på logistisk regression: Odds for at være i arbejde eller uddannelse versus ledig over tid.

Tabel 54 og Tabel 55 i bilaget viser de forskellige mål for kursisternes uddannelses- og arbejdsparathed ved de tre målepunkter. Det skal bemærkes, at der i nogle kategorier er et meget lille antal respondenter (især ved T3) grundet frafald, hvorfor procenterne skal tolkes med forsigtighed. Som vist i tabellen er der dog ikke noget, som tyder på, at kursisterne er blevet mere uddannelses- og arbejdsmarkedsparete.

13 Diskussion og konklusion

Kurset LÆR AT TACKLE angst og depression for unge i alderen 15-25 har til formål at styrke den unges evne til at håndtere dagligdagen og sine symptomer. Denne evaluering belyser implementeringen af kurset i de 39 deltagende kommuner og udviklingen i depression, angst og self-efficacy blandt kursisterne. I dette kapitel gennemgår vi hovedresultaterne fra evalueringen og sammenligner dem med resultaterne fra LÆR AT TACKLE angst og depression for voksne over 18 år – herunder resultater og analyser fra det randomiserede kontrollerede effektstudie (Christensen & Mehlsen, 2016a) og et kvalitativt studie, som belyser kursets virkningsmekanismer og kursisternes oplevelse af effekten (Christensen & Mehlsen, 2016b). Kapitlet afsluttes med en diskussion af styrker og svagheder ved det valgte design og metode, herunder forskelle og ligheder mellem denne evaluering og evalueringen af +18-kurset og anbefalinger og konklusion.

Det skal her nævnes, at selvom de to LÆR AT TACKLE-kurser bygger på de samme elementer, så er målgrupperne i de to kurser forskellige. Det betyder, at vi ikke ved, hvordan det var gået de unge kursister, hvis ikke de havde gennemført kurset, da det ikke er sikkert, at de har samme sygdomsprogression som i +18-kurset.

I resten af kapitlet omtaler vi kurset LÆR AT TACKLE angst og depression for voksne over 18 år for +18-kurset og kontrol- og interventionsgruppen i +18-kurset for *deltagerne* og kursisterne for *18+ kursisterne*. Kursisterne fra evalueringen af LÆR AT TACKLE angst og depression for unge i alderen 15-25 omtaler vi *de unge kursister*.

13.1 Karakteristika ved kursisterne ved baseline

I dette afsnit ser vi nærmere på kursisternes karakteristika (køn og alder) og symptombelastning og self-efficacy ved baseline.

13.1.1 Køn og alder

Som forventet finder vi, at gennemsnitsalderen blandt de unge kursister er betydeligt lavere end i +18-kurset. Ved baseline er de unge kursisters gennemsnitsalder 20 år, mod 51 år blandt deltagerne i +18-kurset. Samtidig finder vi, at der er en overvægt af kvinder blandt de unge kursister (72 % kvinder), ligesom det er tilfældet i +18-kurset, hvor 76 % af deltagerne er kvinder (Christensen & Mehlsen, 2016a).

13.1.2 Angst og depression ved baseline

Kurset henvender sig til personer med angst og/eller depression. Det betyder, at kursisterne *både* kan have angst og depression eller angst *eller* depression. Selvom angst og depression er to forskellige sygdomme, forekommer de ofte sammen, og personer med angst har større risiko for at udvikle depression, og omvendt, sammenlignet med mennesker, der ikke har angst eller depression. Tidligere studier viser, for eksempel, at 25-50 % af unge med depression også opfylder kriterierne for angst, mens 10-15 % af unge med en angstdiagnose også har depression. Vi ved fra tidligere forskning, at prognosen er dårligere for unge med både angst og depression, da de har højere risiko for tilbagefald og selvmordsforsøg samt nedsat funktionsevne, dårligere respons på behandling, større forbrug af sundhedsydelse og længere varighed af sygdommen sammenlignet med unge, der enten har angst eller depression (Garber & Weersing, 2010).

I dette afsnit sammenligner vi de unge kursisters symptombelastning ved baseline med deltagerne i +18-kurset. I begge evalueringer blev symptomer på angst og depression målt ved *Spielbergers State-Trait Anxiety Inventory for Adults* og *Beck's Depression Inventory*.

Sammenlignet med deltagerne i +18-kurset har de unge kursister en lidt højere angst- og depressionsscore ved baseline. Ved baseline har de unge kursister en angstscore på 52 point, mens deltagerne i +18-kurset har en angstscore på 50 point. Samtidig har de unge kursister også en lidt højere depressionsscore (28 point) sammenlignet med deltagerne i +18-kurset (24 point) (Christensen & Mehlsen, 2016a). I subgruppeanalyserne finder vi, at de unge kursisters angst- og depressionssymptomer ved baseline ikke adskiller sig betydeligt mellem unge under og over 18 år. Analyserne viser derimod, at de unge kvinder har et højere symptomniveau ved baseline end de unge mænd. Det gælder både depression (Kvinder: 29 point; Mænd: 23 point) og angst (Kvinder: 54 point; Mænd: 49 point). På samme måde har kvinderne i +18-kurset også en højere depressionsscore (Kvinder: 25 point; Mænd: 21 point) og angstscore (Kvinder: 51 point; Mænd: 48 point) ved baseline (Christensen & Mehlsen, 2016a).

I denne evaluering finder vi, at 17 % af de unge kursister både har svær depression og høj angst og dermed er særligt belastede. Det er kun en mindre del af kursisterne, som har minimal depression og lav angst (5 %) og dermed en lav symptombyrde ved baseline. På samme måde har 17 % af deltagerne i +18-kurset svær depression og høj angst, og 11 % har minimal depression og lav angst (Christensen & Mehlsen, 2016a).

På trods af den høje symptombelastning blandt de unge kursister svarer 19 %, at de ikke modtager eller har modtaget hjælp til at håndtere deres symptomer, mens 29 % modtager eller har modtaget psykiatrisk støtte, 30 % modtager eller har modtaget medicinsk behandling, og 48 % modtager eller har modtaget psykologbehandling ved baseline. I de kvalitative interviews med de unge kursister finder vi også, at mangel på gratis tilbud er en motivationsfaktor for deltagelse i kurset blandt de unge kursister. Analyserne tyder altså på, at der er et behov for gratis tilbud for unge med angst og depression. Vi kan ikke direkte sammenligne spørgsmålene om hjælp til at håndtere symptomer med deltagerne i 18+ kurserne, da spørgsmålene er formuleret forskelligt. Vi ved derfor ikke, om de unge kursister i højere grad modtager hjælp end de voksne.

13.1.3 Self-efficacy ved baseline

I begge evalueringer måler vi self-efficacy vedrørende emotionel og praktisk støtte fra familie, venner og andre ved *Obtain Help From Community, Family and Friends Scale*, og personlig kontrol ved *Personal Control*.

Vi finder, at de unge kursister i højere grad vurderer, at de kan få støtte fra familie, venner og andre ved baseline (24 point) sammenlignet med deltagerne i +18-kurset (22 point), mens de unge kursister scorer en anelse lavere på personlig kontrol (20 point) end i +18-kurset (21 point).

De unge kvindelige kursister scorer lavere på skalaen vedrørende støtte fra familie, venner og andre ved baseline end mændene (Kvinder: 23 point; Mænd: 26 point), mens der ikke er betydelig forskel på personlig kontrol (Kvinder: 20 point; Mænd: 21 point) ved baseline. På samme måde scorer de kvindelige kursister i +18-kurset også lavere på støtte fra familie, venner og andre ved baseline (Kvinder: 22 point; Mænd: 24 point), mens der ikke er betydelig forskel på personlig kontrol (Kvinder: 21 point; Mænd: 22 point) (Christensen & Mehlsen, 2016a).

13.2 Gennemførelse af kurserne og rekruttering af instruktører og kursister

Analyserne viser, at det lykkedes 29 af de 39 kommuner at gennemføre to kursusrunder, mens de øvrige 10 kommuner gennemførte én runde. De kvalitative interviews i de syv casekommuner peger på, at det især skyldes udfordringer med at rekruttere nok kursister i nogle af kommunerne. I spørgeskemaundersøgelsen svarer 54 % af koordinatorene, at det i meget høj grad eller i høj grad har været en udfordring, at rekruttere instruktører, mens 41 % procent svarer, at det i meget høj grad eller i høj grad har været en udfordring at rekruttere kursister. At rekrutteringen er en udfordring, er ikke unikt for dette projekt. Tidligere forskning viser, at det især er en udfordring at rekruttere unge mænd til indsatser vedrørende mental sundhed. Her kan stigmatisering af psykisk sygdom udgøre en barriere for rekrutteringen (Woodal et al., 2010).

På trods af at kravet om, at den ene af de to instruktører skulle være i alderen 20-30 år, bortfaldt efter pilotafprøvningen i de 10 pilotkommuner, fremgår det af interviewene, at koordinatorene i de syv casekommuner stadig har forsøgt at rekruttere yngre instruktører. Da dette viste sig at være en udfordring, valgte flere af koordinatorene i casekommunerne selv at indgå som instruktører. Analyserne peger på, at kommuner, som også har implementeret +18-kurset, havde muligheder for at rekruttere instruktører blandt de tidligere kursister.

I forhold til rekrutteringen af kursister forklarer koordinatorene i de syv casekommuner, at det tager tid at skabe opmærksomhed om tilbuddet, og at de unge oftest ikke henvender sig af sig selv men har behov for et "puf", for eksempel fra en socialrådgiver eller lignende. Det er også en erfaring i pilotafprøvningen, som peger på, at nøglepersoner, jobcentre, studievejledere med flere kan spille en central rolle for rekrutteringen.

Evalueringen peger på, at der er mange forskellige faktorer, der kan spille ind på, hvor udfordrende rekrutteringen af kursister har været i de enkelte kommuner. Her spiller kommunens størrelse selvfølgelig en betydning for, hvor stor rekrutteringsgrundlaget er. Derudover kan det være

en fordel at forankre kurset i de forvaltninger eller enheder, hvor de unge selv kommer, for eksempel i en beskæftigelsesenhed eller i regi af ungdomsuddannelserne. Vi finder også, at flere kommuner har haft gode erfaringer med at samarbejde med andre kommuner samt at etablere netværk på tværs af forvaltninger. Spørgeskemaundersøgelsen blandt koordinatore viser da også, at koordinatore har etableret et bredt netværk på tværs af forvaltninger og sektorer.

13.2.1 Tilfredshed med og udbytte af kurset

Analyserne viser, at størstedelen af de unge kursister er tilfredse med kurset, og at tilfredsheden er på niveau med +18-kurset. På sidste kursusmodul svarer 76 % af de unge kursister, at de har været meget tilfredse eller tilfredse med kurset, mens 71 % af kursisterne i 18+ kurset har været meget tilfredse eller tilfredse. Derudover svarer 54 % af de unge kursister, at de i meget høj grad eller i høj grad fik udbytte af kurset, mens 35 % svarer i nogen grad. I +18-kurset svarer 46 % af kursisterne, at de i meget høj grad eller i høj grad fik udbytte af kurset, mens 43 % svarer i nogen grad (Christensen & Mehlsen, 2016a).

Halvdelen (50 %) af de unge kursister vurderer, at kurset i meget høj grad eller i høj grad passede til netop deres behov. Der er dog også næsten 37 % som svarer, at kurset i nogen grad passede til deres behov. I +18-kurset svarer 46 % af kursisterne, at kurset i meget høj grad eller i høj grad passede til deres behov, mens 43 % svarer, at kurset i nogen grad passede til deres behov (Christensen & Mehlsen, 2016a).

De kvalitative interviews i de syv casekommuner peger på, at de unge kursister især fremhæver det som positivt, at kurset er tilrettelagt, som et gruppeforløb med fokus på erfaringsudveksling. Mere specifikt peger kursisterne også på handleplanerne og afspændingsøvelserne og giver udtryk for, at de har tilegnet sig nogle gode redskaber til at håndtere deres symptomer på angst og/eller depression.

De unge kursister fortæller, at kurset har været med til at give dem mere tiltro til sig selv, og enkelte fortæller også, at de, ved hjælp af handleplanerne, er blevet mere motiveret for at tage en uddannelse. I den kvalitative evaluering af +18-kurset ser forskerne blandt andet på, hvad der karakteriserede de kursister, som profiterer af kurset (har særligt stort udbytte i form af færre symptomer på angst og depression), og dem som er utilfredse (svarer at de har været meget utilfredse eller utilfredse med kurset). Her beskriver de profiterende 18+ kursister i den kvalitative analyse, at handleplanerne er med til at give dem succesoplevelser og selvtillid, fordi det hjælper dem til at sætte realistiske mål, mens de utilfredse 18+ kursister (som har været meget utilfredse eller utilfredse med kurset) peger på, at det er svært at implementere handleplanerne i hverdagen (Christensen & Mehlsen, 2016b).

Analysere giver ikke et klart billede af, hvorvidt kurset har betydning for de unges kursisters tilknytning til uddannelse og arbejde. Det skyldes blandt andet, at mange af de interviewede kursister allerede er i arbejde/uddannelse eller havde en klar plan for deres fremtid allerede inden kursets start.

13.2.2 Fravær og fastholdelse

I spørgeskemaundersøgelsen svarer 77 % af de unge kursister, at de var fraværende 0-2 gange (ud af syv kursusmoduler). Det er dog sandsynligt, at det reelle fravær er større, da vi formoder, at unge kursister med et stort frafald også er mindre tilbøjelige til at svare på spørgeskemaet.

Koordinatorerne i de syv caseskommuner fortæller, at de har brugt en hel del tid og ressourcer på at fastholde de unge på kurserne og følge op på de unge. Spørgeskemaundersøgelsen blandt koordinatorerne viser, at SMS og telefonopkald er de to mest hyppigst anvendte tiltag til at fastholde kursisterne. Både kursisterne og koordinatorerne peger på manglende overskud/træthed og uoplagthed som en væsentlig årsag til fraværet. Det tyder altså ikke på, at det er utilfredshed med kurset, der har den største betydning for fraværet. Det samme mønster findes også i +18-kurset, hvor 33 % af 18+ kursisterne angiver, at deres fravær skyldtes sygdom, og 18 % svarer, at det skyldtes træthed/uoplagthed (Christensen & Mehlsen, 2016a).

At kursisterne rapporterer manglende overskud og træthed kan netop være et symptom på deres sygdom, som dermed kan være en betydende faktor for fraværet. Det bekræfter analyserne i 18+, kurset, hvor 18+ kursister med høj symptombyrde (både svær depression og høj angst) havde færre mødegange. I denne evaluering finder vi dog ikke en sammenhæng mellem symptombyrde og fravær blandt de unge kursister. Det kan muligvis skyldes, at vores analyser er baseret på selvrapporteret fravær.

13.2.3 Tilfredshed med instruktørerne og tryghed ved deltagelse

De unge kursister er generelt tilfredse med instruktørerne, og 76 % er i høj grad enige eller enige i, at instruktørerne har formået at formidle stoffet på en pædagogisk og forståelig måde, og at instruktørerne var dygtige og velforberejede. Evalueringen af +18-kurset viser også en høj tilfredshed med instruktørerne. Her svarer 77 % af 18+ kursisterne, at de i høj grad er enige eller helt enige i, at instruktørerne har formidlet stoffet på en pædagogisk og forståelig måde, og 73 % er enige eller i høj grad enige i, at instruktørerne var dygtige og velforberejede (Christensen & Mehlsen, 2016a).

Tilfredsheden med instruktørerne kan have en betydning for både kursisternes udbytte og tilfredshed med kurset. Det viste evalueringen af +18-kurset, som blandt andet undersøgte, hvilken betydning kursisternes oplevelse af alliancen med instruktørerne (behandlingsalliancen) har for effekten. Analyserne viste, at kursister med en høj grad af alliance med instruktørerne også opnår en højere reduktion i depressionssymptomer (men ikke en højere reduktion i angst eller stigning i self-efficacy), og at der er en sammenhæng mellem tilfredshed af kurset og behandlingsalliancen (Christensen & Mehlsen, 2016a).

De unge kursister i denne evaluering lægger vægt på, at instruktørerne selv har erfaringer med angst og depression. Således svarer 78 % af de unge kursister, at de i høj grad er enige i eller enige i, at det er en fordel, at instruktørerne på kurset selv havde erfaring med angst og depression. I +18-kurset svarer 83 % af 18+ kursisterne, at de i høj grad er enige i eller er enige i dette. Det samme viser den kvalitative evaluering af +18-kurset. Interviewene i denne evaluering tyder på, at

instruktørernes måde at udvise åbenhed og forståelse, har stor betydning for, om kursisterne føler sig trygge ved at fortælle om deres problemer i gruppen. Her oplever 18+ kursisterne det som positivt, at instruktørerne har erfaring med angst og depression, mens nogle af de utilfredse kursister foretrækker, eller har en forventning om, at instruktørerne kommer med en faglig baggrund og spørger mere ind til kursisternes problemer (Christensen & Mehlsen, 2016b).

I denne evaluering finder vi, at koordinatorene i de syv casekommuner har iværksat forskellige tiltag til at støtte instruktører og kursisterne, blandt andet ved at være til stede tæt ved undervisningslokalet og/eller ved selv at indgå som instruktør sammen med en yngre instruktør. Den konstellation virker til at have fungeret godt, og analyserne tyder på, at disse tiltag bidrager til at øge trygheden og fastholdelsen af kursisterne. Derudover peger både koordinatorene og kursisterne i casestudiet på, at forsamlingen er et vigtigt redskab til at kunne skabe tryghed omkring deltagelse på kurserne. Koordinatorerne oplever, at mange unge tager en forælder, sagsbehandler eller mentor med til forsamlingen, og at det kan være en udfordring for den gode samtale, hvis forældre eller andre kommer til at dominere samtalen, og at det derfor kan blive svært for koordinatoren at vurdere, hvorvidt den unge rent faktisk er motiveret.

13.2.4 Samhørighed med de andre kursister

Vi finder, at 60 % af de unge kursister svarer, at de andre kursister forstod dem i høj grad eller en hel del. I evalueringen af +18-kurset svarer 64 %, at de oplevede, at de andre kursister forstod dem i høj grad eller en hel del (Christensen & Mehlsen, 2016a). Der er en lidt højere andel af kursisterne i +18-kurset, som i høj grad eller en hel del genkender de problemer, de andre kursister havde (71 %), sammenlignet med de unge kursister (62 %) (Christensen & Mehlsen, 2016a).

Samtidig svarer 40 % af de unge kursister, at de i høj grad eller en hel del har lært af de andre kursister om at håndtere angst og depression, hvorimod 17 % i høj grad eller en hel del vurderer, at de andre kursister har lært noget om at håndtere angst og depression af dem. Samme billede ses også i evalueringen af +18-kurset. Cirka en tredjedel af 18+ kursisterne (37 %) svarer, at de i høj grad eller en hel del havde lært noget om at håndtere angst og depression af deres medkursister. Omvendt vurderer 19 %, at de andre i gruppen havde lært en hel del eller mere af dem, om at håndtere angst og depression (Christensen & Mehlsen, 2016a).

Den kvalitative evaluering af +18-kurset viser, at både de profiterende og de utilfredse 18+ kursister oplever, at det er positivt at møde andre med lignende problemer. Nogle af de utilfredse fremhæver dog, at de blev skuffede over, at de ikke oplevede, de passede ind i gruppen. Både de profiterende og mange af de utilfredse sætter dog pris på det sociale aspekt ved samværet i gruppen (Christensen & Mehlsen, 2016b).

13.3 Udvikling i primære effektmål

Evalueringen af +18-kurset viser positive effekter på kursisters angst- og depressionssymptomer samt self-efficacy sammenlignet med en kontrolgruppe, som ikke deltog i kurset (Christensen & Mehlsen, 2016a). Formålet med effektevalueringen af LÆR AT TACKLE angst og depression for unge i alderen 15-25 er derfor at belyse udviklingen i de unge kursisters angst- og depressionssymptomer og self-efficacy, og finde ud af, om de samme resultater kunne opnås som +18-kurset.

I dette kapitel sammenligner vi resultaterne i denne evaluering med resultaterne i +18-kurset. Vi har derfor, så vidt muligt, anvendt de samme måleinstrumenter som i +18-kurset. Angst og depression måles ved *Spielbergers State-Trait Anxiety Inventory for Adults* og ved *Beck's Depression Inventory* og self-efficacy vedrørende troen på, at kunne på emotionel og praktisk støtte fra familie, venner og andre måles ved *Obtain Help from Community, Family and Friends Scale*, mens personlig kontrol blev målt ved *Personal Control*. Målingerne blev gennemført ved baseline (T1), ved sidste kursusmodul (T2) og fem måneder efter kursusstart (T3). I afsnit 13.5 i dette kapitel diskuterer vi sammenligneligheden af de to evalueringer.

Effektevalueringen viser et fald i de unge kursisters angst- og depressionssymptomer ved sidste kursusmodul og fem måneder efter kursusstart. Idet der ikke indgår en kontrolgruppe i evalueringen, er det ikke muligt at vurdere, om disse ændringer ville være sket alligevel. Det er et almindeligt fænomen, at der naturligt sker en bedring over tid. For eksempel viser resultaterne fra +18-kurset, at der også sker forbedringer i kontrolgruppen, som ikke deltog på kurset (kontrolgruppens depressionssymptomer falder med 5,5 point ved T3, mens angst falder med 3,0 point efter fem måneder efter baseline). At der sker et fald i kursisters angst- og depressionssymptomer, kan derfor ikke tolkes som udtryk for effekten af deltagelse på kurset (Christensen & Mehlsen, 2016a).

Sammenligner vi med resultater fra +18-kurset, finder vi, at faldet i angst- og depressionssymptomer er på niveau med, eller højere end, blandt kursisterne i +18-kurset. Blandt de unge kursister falder depressionsscoren med 8,2 point ved sidste kursusmodul (mod 5,3 point blandt 18+ kursisterne) og med 9,6 point fem måneder efter kursusstart (mod 7,1 point blandt 18+ kursisterne). På samme måde viser analyserne, at angstscoren blandt de unge kursister falder med 5,8 point ved sidste kursusmodul (mod 2,9 point blandt kursisterne i +18-kurset) og 6,8 point fem måneder efter kursusstart (mod 5,0 point blandt kursisterne i +18-kurset).

Evalueringen af +18-kurset finder også en positiv effekt af kurset på self-efficacy vedrørende personlig kontrol og troen på at kunne få emotionel og praktisk støtte fra familie, venner og andre. For begge mål viser evalueringen, at kontrolgruppen oplever et fald i self-efficacy.

I denne evaluering finder vi, at de unge kursister oplever en stigning i personlig kontrol med 1,4 point ved sidste kursusmodul (mod 0,1 point blandt 18+ kursisterne) og 1,4 point fem måneder efter kursusstart (mod 0,4 point blandt 18+ kursisterne). På samme måde finder vi, at de unge kursister oplever en stigning i troen på at kunne få emotionel og praktisk støtte fra familie, venner og andre. Ved sidste kursusmodul stiger troen på at kunne få emotionel og praktisk støtte fra familie, venner og andre med 2,7 point (mod 0,2 point blandt 18+ kursisterne) og fem måneder efter kursusstart stiger den med 2,2 point (mod 1,2 point blandt 18+ kursisterne).

De primære effektanalyser viser derfor, at de unge kursister opnår et fald i deres angst- og depressionssymptomer og en forbedring i self-efficacy, som er statistisk signifikant og mindst lige så stort som i +18-kurset. Selvom vi ikke kan drage konklusioner om effekten eller effektstørrelsen, tyder analyserne på, at LÆR AT TACKLE angst og depression også er gavnligt for unge i alderen 15-25 år.

13.3.1 Udviklingen i angst, depression og self-efficacy i forskellige grupper af kursister

Som beskrevet i det tidligere afsnit finder vi, at de (unge) kvindelige kursister har en højere angst- og depressionsscore ved baseline, og at de scorer lavere på skalaen for emotionel og praktisk støtte fra familie, venner og andre. Derimod er der ikke forskel på deres baselinescore vedrørende personlig kontrol.

Analyserne viser, at faldet i angst- og depressionsscoren er højere blandt de (unge) kvinder, og at stigningen i personlig kontrol og i troen på at kunne få emotionel og praktisk støtte fra familie, venner og andre er højere blandt kvinderne.

Modsat viser en moderationsanalyse, som belyser betydningen af kursisternes køn, alder, uddannelse, forventet udbytte, komorbiditet og symptomvarighed i +18-kurset, at mænd profiterer mere af kurset i forhold til personlig kontrol, og at der er en tendens til, at mænd profiterer mere i forhold til angst (Christensen & Mehlsen, 2016a).

Vi finder også, at faldet i de unge kursisters angst- og depressionssymptomer er større, jo højere symptombelastning er ved baseline. For eksempel opnår unge kursister med lav/moderat angst et fald på 3,9 point ved sidste kursusmodul, og unge kursister med et højt angst niveau opnår et fald på 11,7 point ved sidste kursusmodul. Samme mønster ser vi også i forhold til depression. Her opnår unge kursister med minimal/mild depression et fald på 2,4 point ved sidste kursusmodul, mens unge kursister med moderat depression opnår et fald på 8,5 point og unge kursister med svær depression et fald på 11,8 point ved sidste kursusmodul.

Det kan være udtryk for at unge kursister med sværere symptomer har mere gavn af kurset, men kan også være udtryk for, at kursister, som ikke lider af angst eller depression, eller som kun har et minimalt symptom niveau, i sagens natur ikke vil kunne opnå en reduktion af deres symptomer, mens kursister med et højt symptomniveau vil kunne opnå større forbedringer.

13.4 Udviklingen i sekundære effektmål

De sekundære effektmål omfatter et supplerende mål for self-efficacy vedrørende troen på at kunne håndtere depressionssymptomer. Derudover omfatter de sekundære effektmål mestring, trivsel, somatisering samt søvn og uddannelses- og arbejdsmarkedsstatus.

Evalueringen af +18-kurset finder positive effekter på troen på at kunne håndtere depressionssymptomer, selvom kontrolgruppen også oplever en stigning. I denne evaluering finder vi en

stigning i de unge kursisters tro på at kunne håndtere depressionssymptomer på 6,8 point ved sidste kursusmodul (mod 2,5 point blandt 18+ kursisterne) og 7,7 point fem måneder efter kursusstart (mod 3,8 point blandt 18+ kursisterne).

Evalueringen af +18-kurset finder også positive effekter på somatisering. I denne evaluering finder vi, at de unge kursisters somatiseringsscore falder med 2,8 point ved sidste kursusmodul (mod 1,2 point blandt 18+ kursisterne) og med 4,1 point fem måneder efter kursusstart (mod 2,0 point blandt 18+ kursisterne).

Evalueringen af +18-kurset finder dog ikke en effekt på trivsel (målt ved WHO-5), hvor både kontrolgruppen og kursisterne oplever en stigning. Vi finder en stigning i de unge kursisters trivsel, hvor trivslen stiger med 11,9 point (mod 1,7 point blandt kursisterne i +18-kurset) ved sidste kursusmodul og med 12,9 point fem måneder efter kursusstart (mod 2,6 point blandt kursisterne i +18-kurset). Jævnfør Sundhedsstyrelsens guide til WHO-5 er en ændring på 10 pointtal udtryk for en klinisk signifikant forskel, som anses for at være så stor, at den kan tilskrives indsatsen (<https://www.neurocoaching.dk/wp-content/uploads/who5.pdf>).

Vi kan ikke direkte sammenligne de øvrige mål, da der er anvendt forskellige mål og skalaer. Evalueringen af +18-kurset finder dog positive effekter på søvn, ligesom at vi finder, at kursisters søvnkvalitet stiger ved sidste kursusmodul og fem måneder efter kursusstart. Resultaterne antyder således, ligesom i +18-kurset, at kurset også kan have en effekt på symptomer, der ikke kun er snævert knyttet til en angst- og depressionssymptomatologi (Christensen & Mehlsen, 2016).

Vi finder ikke en effekt på de unge kursisters tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked. Det kan skyldes, at opfølgningen sker over en forholdsvis kort tidsperiode, og at det tager længere tid førend eventuelle positive effekter manifesterer sig. Som nævnt tidligere følger vi op på disse resultater i en registerbaseret analyse i 2020.

13.5 Styrker og svagheder ved effektevalueringen

I denne evaluering belyser vi, om der sker en udvikling over tid i de primære og sekundære effektmål. Det er en klar svaghed ved det valgte design, at vi ikke har en kontrolgruppe, som i det tidligere 18+ kursus. I dette kapitel sammenligner vi resultaterne med +18-kurset for at se, om vi finder de samme tendenser. Selvom kurserne stort set er identiske, og vi – så vidt mulig – har anvendt de samme måleinstrumenter, så skal sammenligninger mellem de to studier alligevel tages med visse forbehold.

Først og fremmest skal det nævnes, at målgrupperne i de to undersøgelser er forskellige. Udover forskel i alderen finder vi, at de unge kursister har et højere symptomniveau ved baseline sammenlignet med 18+ kursisterne. Det betyder, at vi ikke ved, hvordan det var gået de unge kursister, hvis ikke de havde gennemført kurset, da det ikke er sikkert, at de har samme sygdomsprogression som 18+ deltagerne.

For det andet har det ikke været muligt at følge præcis de samme procedurer for dataindsamlingen som i +18-kurset. Mens det sidste spørgeskema, T3, er udsendt fem måneder efter første kursusmodul, ligesom i +18-kurset, afviger procedurerne for udsendelse af baseline (T1) og sidste kursusmodul (T2):

- I +18-kurset blev baseline (T1) udsendt 2-4 uger inden kursusstart. I denne evaluering udfyldte de unge kursister, som udgangspunkt, baselineskemaet ved forsamlingen. Da der var løbende optag, varierede det, hvornår kursisterne var til forsamlingen (og dermed hvornår, de har udfyldt baselinespørgeskemaet). I de fleste kommuner begyndte forsamlingerne dog inden for et par måneder inden kursusstart.
- I +18-kurset blev T2 udsendt to måneder efter kursusstart. I denne evaluering udfyldte de unge kursister T2 ved sidste kursusmodul (efter syv uger) eller modtog et elektronisk spørgeskema, hvis de var fraværende. Vi har derfor været afhængige af koordinatorens tilbagemeldinger om fraværende kursister ved sidste kursusmodul, sådan at vi kunne udsende spørgeskemaet rettidigt.

Vi valgte denne tilgang, fordi vi vurderede, at der var mindre sandsynlighed for, at de unge ville besvare spørgeskemaerne, hvis det blev sendt elektronisk eller per post, fremfor, når de unge fysisk var til stede på kurset og ved forsamlingen. På trods af denne fremgangsmåde opnår vi stadig en betydelig lavere svarprocent end i +18-kurset. Det betyder, at der kan være sket en selektion i forhold til, at dem, der har svaret på spørgeskemaet, også er dem, der har fået størst udbytte af kurset – og at vi dermed overestimerer de positive ændringer blandt kursisterne. I frafaldsanalysen finder vi dog ikke tegn på, at der er sket en systematisk selektion af kursister. Derudover har vi håndteret frafaldet ved at imputere manglende besvarelser for at tage højde for eventuel selektion. Resultaterne ændrede sig kun marginalt efter imputeringen.

At svarprocenten er lavere end i +18-kurset kan skyldes forskelle i målgrupperne og et generelt fald i svarprocenterne over de sidste 10 år. I Den Nationale Sundhedsprofil ses de laveste svarprocenter netop i de yngste aldersgrupper, og i 2017 er svarprocenten blandt unge i alderen 16-24 år 39 % blandt mændene og 52 % blandt kvinderne (<http://www.danskernessundhed.dk/Baggrund>). Det skal her bemærkes, at Den National Sundhedsprofil omfatter den generelle befolkning og ikke, som i denne evaluering, en særlig sårbar gruppe, der skal besvare flere opfølgende spørgeskemaer.

Det er dog en styrke ved evalueringen, at den også omfatter en analyse af implementeringen. Samtidig har vi trukket på forskellige datakilder, herunder både kvalitative og kvantitative data, i procesevalueringen, hvilket giver mulighed for at indhente viden om implementeringen i alle kommunerne, samtidig med, at vi kunne gå i dybden i de syv casekommuner. Vi udvalgte de syv kommuner ud fra ønsket om at opnå variation i forhold til forankring, størrelse og lignende. Det kan dog betyde, at vi er gået glip af gode erfaringer fra kommuner, som har haft særlig succes med for eksempel rekrutteringen.

Det er også en styrke ved evalueringen, at vi gennemfører en registerbaseret effektanalyse i 2020, hvor det er muligt at følge alle kursisterne over tid og belyse deres tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked. I denne analyse vil vi etablere en kontrolgruppe, som baseres på unge i samme

aldersgruppe, som ligner de unge kursister på en række sociodemografiske og helbredsmæssige faktorer.

13.6 anbefalinger og konklusion

Flere børn og unge diagnosticeres med angst og depression, og antallet af unge, som mistrives, stiger. Psykisk sygdom i ungdomsårene kan være afgørende for, om den unge på længere sigt klarer sig godt, socialt og økonomisk, og 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, og/eller kommer i gang med uddannelse eller arbejde. Denne evaluering viser, at 19 % af de unge kursister ikke modtager eller har modtaget hjælp til at håndtere deres angst og depressionssymptomer ved baseline, på trods af at 30 % enten har svær depression eller høj angst, og 17 % både har svær depression og høj angst og dermed en dårligere prognose end unge, som kun har angst eller depression.

Det er første gang LÆR AT TACKLE angst og depression udbydes for unge i alderen 15-25 år. Effektevalueringen viser et fald i de unge kursisters angst- og depressionssymptomer og en stigning i deres self-efficacy. Derudover finder vi også forbedringer i kursisternes selvrapporterede trivsel og søvnkvalitet samt somatiske symptomer.

Faldet i angst og depression og stigningen i self-efficacy er på niveau med, eller højere, end blandt 18+ kursisterne. Selvom vi ikke kan drage konklusioner om effekten eller effektstørrelsen, tyder analyser på, at LÆR AT TACKLE angst og depression også er udbytterigt for unge i alderen 15-25 år. Hvorvidt kurset også har en effekt på uddannelse og arbejde er usikkert. Evalueringens kvalitative og kvantitative analyser viser ikke tegn på positive effekter, men det kan skyldes, at det tager længere tid, førend de manifesterer sig. I 2020 følger en mere omfattende registerbaseret analyse af kursisternes tilknytning til uddannelse og arbejde.

Evalueringen har også givet indsigt i den praktiske implementering i kommunerne og i kursisternes oplevelse af kurset. Vi finder, at kursisternes tilfredshed med kurset og instruktørerne er på niveau med +18-kurset. Samtidig viser procesevalueringen, at det er lykkedes i 29 af de 39 kommuner at gennemføre to kursusrunder i projektperioden på trods af udfordringer med rekrutteringen af kursister og instruktører. Analyserne viser, at samarbejdet med andre forvaltninger og kommuner har været givtigt (herunder at etablere arbejdsgrupper på tværs af forvaltninger og institutioner), og at det, måske især i mindre kommuner, kan være en fordel at gå sammen om at udbyde kurserne for at sikre et tilstrækkeligt rekrutteringsgrundlag. Derudover tyder analyserne på, at det kan være en fordel at placere kurset i beskæftigelses- eller uddannelsesforvaltninger frem for sundhedsforvaltninger, men da mange faktorer kan spille ind på rekrutteringen, skal dette resultat tages med et vist forbehold. Slutteligt skal det nævnes, at nogle kommuner har gode erfaringer med at rekruttere instruktører via 18+ kurserne.

Analyserne tyder på, at instruktørernes alder er af mindre betydning for kursisterne i den kvalitative undersøgelse i de syv casekommuner. Generelt har koordinatorene ønsket at rekruttere

instruktører, som var 30-40 år. Selvom vi ikke kan konkludere, at instruktørernes alder ikke har betydning for behandlingsalliancen, så tyder resultaterne på, at det vigtigste for kursisterne er, at instruktørerne selv har erfaring med angst og depression. Dette er også erfaringer i pilotafprøvnin-gen, og vi anbefaler derfor stadig, at der ikke fastsættes særlige krav til instruktørernes alder, da det kan være med til at besværliggøre rekrutteringen yderligere. Analyserne i de syv casekommuner peger også på, at det har været en fordel, at flere af koordinatorene har gjort en stor indsats i forhold til at understøtte instruktørerne ved at være til stede, hvis nogle kursister fik det dårligt.

Et andet forhold, som adskiller sig fra +18-kurset, handler om involveringen af forældre og andre pårørende og professionelle. Analyserne viser, at koordinatorene oplever, at deres tilstedeværelse ved forsamtalen kan være problematisk. Fremadrettet anbefaler vi derfor, at der udvikles mere detaljerede retningslinjer for involvering af pårørende og professionelles tilstedeværelse ved forsamtalen.

Resultaterne giver også anledning til nye forskningsspørgsmål. Vi vurderer, at det især vil være relevant at belyse de mere langsigtede effekter af kurset på de primære og sekundære effektmål og på kursisters kontakt til sundhedsvæsenet. Derudover vil det være relevant at belyse omkostningseffektiviteten. Idet kurserne ikke varetages af specialister, og undervisningen gennemføres af frivillige, er det muligvis billigere end andre typer specialiserede indsatser. Samtidig er det muligt, at reduktionen af angst- og depressionssymptomer medfører besparelser i forhold til kontakt til psykiatrien og almen praksis. Slutteligt anbefaler vi, at betydningen af instruktørernes alder for behandlingsalliancen belyses yderligere.

Referencer

1. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual: Beck depression inventory, 2nd edn. The Psychological Corp Hartcourt & Brace, San Antonio, TX, 1996.
2. Christensen S. og Mehlsen M, 2016a. Evaluering af satspuljeprojektet: LÆR AT TACKLE angst og depression. En randomiseret kontrolleret undersøgelse. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/evaluering-af-satspuljeprojektet-laer-at-tackle-angst-og-depression>
3. Christensen MMS, Mehlsen M og Christensen S., 2016b. Evaluering af satspuljeprojektet: LÆR AT TACKLE angst og depression. Delrapport: En kvalitativ undersøgelse. Sundhedsstyrelsen.
4. Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A. Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser. København: Vidensråd for Forebyggelse. 2014:1-184.
5. Garber J & Weersing V. R, 2010. Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Implications for Treatment and Prevention. Clin Psychol (New York). 2010 Dec; 17(4): 293–306.
6. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI, 2018. Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. Sundhedsstyrelsen
7. Nielsen, L, Heinrichsen C, Santini ZI, Koushede V, 2016. Måling af mental sundhed. En baggrundsrapport for spørgeskemaundersøgelsen. Danskernes Trivsel 2016. Statens Institut for Folkesundhed.
8. Spielberger CD. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press 1983.
9. Sundhedsstyrelsen, 2017. Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet FOR BØRN OG UNGE MED ANGST ELLER DEPRESSION, ADHD OG SPISEFORSTYRRELSER. Sundhedsdatastyrelsen. https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2018/psykiske-lidelser-boern_unge_06012018
10. Woodall A, Morgan C, Sloan C & L Howard. Barriers to participation in mental health research: are there specific gender, ethnicity and age-related barriers? BMC Psychiatry, 10:103.

Bilag

Tabel 50 Karakteristika ved kursister opdelt efter hvor kurset er forankret i kommunen (I)

	Sundhed (N=311)	Uddannelse/ Beskæftigelse (N=92)	Socialpsykiatri (N=68)
Alder			
Gennemsnit (SD)	19,8 (3,2)	19,9 (2,9)	19,8 (2,8)
Hvad laver du til daglig? Antal (%)			
I uddannelse (herunder lærling/elev eller uddannelsespraktik)	178 (57,3)	35 (38,0)	39 (57,4)
I arbejde (herunder flexjob, deltid mm.)	30 (9,7)	5 (5,4)	3 (4,4)
Ledig, i virksomhedspraktik, aktivering eller anden støttet beskæftigelse	42 (13,5)	23 (25,0)	13 (19,1)
Ledig, uden tilknytning til arbejdsmarked eller uddannelsessystem	53 (17,0)	23 (25,0)	10 (14,7)
Missing	8 (2,6)	6 (6,5)	3 (4,4)
Hvilken uddannelse er du i gang med?* Antal (%)	(*N=178)	(*N=35)	(*N=39)
Folkeskole	38 (21,4)	9 (25,7)	8 (20,5)
Gymnasial uddannelse	57 (32,0)	15 (42,9)	17 (43,6)
Erhvervsuddannelse	30 (16,9)	-	6 (15,4)
Kort videregående uddannelse	11 (6,2)	-	-
Mellemlang videregående uddannelse	12 (6,8)	-	5 (12,8)
Lang videregående uddannelse	-	-	-
Ved ikke/ønsker ikke at svare	11 (6,2)	-	-
Missing	17 (9,6)	-	-

Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

Note:-Under tre respondenter.

Tabel 51 Karakteristika ved kursister opdelt efter hvor kurset er forankret i kommunen (II)

	Sundhed (N=311)	Uddannelse/Beskæftigelse (N=92)	Socialpsykiatri (N=68)
Angst, STAI	(N=283)	(N=82)	(N=59)
Gennemsnit (SD)	52,1 (11,5)	54,2 (12,0)	50,9 (11,9)
Depression, BDI	(N=262)	(N=81)	(N=46)
Gennemsnit (SD)	26,7 (11,0)	27,3 (12,2)	28,4 (10,9)
Alkoholforbrug: Antal genstande den sidste uge	(N=245)	(N=70)	(N=44)
Gennemsnit (SD)	3,5 (8,8)	3,9 (9,8)	2,3 (6,5)
Stoffer: Nogensinde prøvet at ryge hash, antal (%)			
Nej	186 (59,8)	38 (41,3)	40 (58,8)
Ja	121 (38,9)	49 (53,3)	25 (36,8)
Missing	-	5 (5,4)	-
Stoffer: Nogensinde prøvet mindst ét af de øvrige nævnte typer stoffer¹, antal (%)			
Nej	242 (77,8)	61 (66,3)	50 (73,5)
Ja	36 (11,6)	15 (16,3)	-
Missing	33 (10,6)	16 (17,4)	14 (20,6)
Andre psykiske lidelser end angst og depression, antal (%)			
0	197 (63,3)	59 (64,1)	38 (55,9)
1	85 (27,3)	24 (26,1)	21 (30,9)
2	25 (8,0)	8 (8,7)	8 (11,8)
3 eller flere	-	-	-

Kilde: Baselinespørgeskema blandt kursisterne (T1).

Note: -Under tre respondenter; ¹Amfetamin, ecstasy, kokain, LSD, heroin, svampe med euforiserende stoffer, ketamin, GHB (fantasy), andre.

Tabel 52 Kombineret symptombyrde: Depression ved T1, T2 og T3

	A) Lav symptombyrde (minimal depression) (N=76)		C) Moderat symptombyrde (hverken A eller C ¹) (N=567)		C) Høj symptombyrde (svær depression OG høj angst) (N=145)	
	Gennemsnit	Ændring (SE)	Gennemsnit	Ændring (SE)	Gennemsnit	Ændring (SE) (95% CI)
T1	8,5	0 (ref)	27,0	0 (ref)	38,3	0 (ref)
T2	7,2	-1,3 (1,4)	18,7	-8,3 (0,8)	25,4	-12,9 (1,7)
T3	7,2	-1,3 (1,9)	18,1	-8,9 (0,9)	19,8	-18,5 (2,3)
	Ikke sign. (p>0.05)		p<0.0001		p<0.0001	

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3)

Note: ¹Hverken lav symptombyrde (minimal depression) eller høj symptombyrde (svær depression og høj angst)

Tabel 53 Kombineret symptombyrde: Angst ved T1, T2 og T3

	A) Lav symptombyrde (lav angst) (N=116)		B) Moderat symptombyrde (hverken a eller c) ¹ (N=597)		C) Høj symptombyrde (svær depression OG høj angst) (N=149)	
	Gennemsnit	Ændring (SE)	Gennemsnit	Ændring (SE)	Gennemsnit	Ændring (SE) (95% CI)
T1	33,4	0 (ref)	52,7	0 (ref)	66,7	0 (ref)
T2	36,1	2,7 (1,6)	46,2	-6,5 (0,8)	54,6	-12,1 (1,8)
T3	36,7	3,3 (2,5)	45,6	-7,1 (0,9)	47,6	-19,1 (2,4)
	Ikke sign. (p>0,05)		p<0.0001		p<0.0001	

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3)

Note: ¹Hverken lav symptombyrde (lav angst) eller høj symptombyrde (svær depression og høj angst)

Tabel 54 Arbejdsmarkeds- og uddannelsesparathed ved T1, T2 og T3 (I)

	T1 (N=483)	T2 (N=312)	T3 (N=184)
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
Har dine angst- eller depressionssymptomer gjort det vanskeligt for dig at følge din uddannelse?	(N=257)	(N=138)	(N=82)
Slet ikke	7 (2,7)	7 (5,1)	11 (13,4)
I nogen grad	85 (33,1)	55 (40,0)	43 (52,4)
I høj grad	74 (28,8)	46 (33,3)	18 (22,0)
I meget høj grad	84 (32,7)	28 (20,3)	10 (12,2)
<i>Missing</i>	7 (2,7)	2 (1,5)	0 (0,0)
Har dine angst- eller depressionssymptomer gjort det vanskeligt for dig at gå på arbejde?	(N=39)	(N=36)	(N=19)
Slet ikke	7 (18,0)	5 (13,9)	9 (47,4)
I nogen grad	14 (35,9)	21 (58,3)	9 (47,4)
I høj grad/I meget høj grad	16 (41,0,)	10 (27,8,)	-
<i>Missing</i>	2 (5,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Har du et ønske om at komme i uddannelse eller arbejde?	(N=169)	(N=105)	(N=46)
Jeg ønsker at komme i arbejde	53 (31,4)	25 (23,8)	16 (34,8)
Jeg ønsker at komme i uddannelse	90 (53,3)	64 (61,0)	26 (56,6)
Jeg ønsker <i>ikke</i> at komme i arbejde eller uddannelse	12 (7,1)	8 (7,6)	4 (8,7)
<i>Missing</i>	14 (8,3)	8 (7,6)	0 (0,0)
Progression ift. uddannelse/job	(N=175)	(N=105)	(N=46)
Har du en idé om hvilken uddannelse eller arbejde, du gerne vil have?			
Jeg aner ikke, hvilke typer af job/uddannelse jeg gerne vil have	19 (10,9)	7 (6,7)	5 (10,9)
Jeg har nogle få, men uklare idéer om, hvilke typer af job/uddannelse jeg gerne vil have	26 (14,9)	29 (27,6)	12 (26,1)
Det svinger. Nogle gange har jeg en klar idé, andre gange ikke	36 (20,6)	18 (17,1)	10 (21,7)
Jeg har en idé om, hvilke typer af job/uddannelse jeg gerne vil have	47 (26,9)	19 (18,1)	9 (19,6)
Jeg ved lige hvilket job/uddannelse, jeg gerne vil have	37 (21,1)	26 (24,8)	6 (13,0)
<i>Ønsker ikke at svare/missing</i>	10 (5,7)	6 (5,7)	4 (8,7)

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Tabel 55 Arbejdsmarkeds- og uddannelsesparathed ved T1, T2 og T3 (II)

	T1 (N=483)	T2 (N=312)	T3 (N=184)
Hvordan har du det med at tage kontakt til nogle, du ikke kender (her menes til fx virksomheder, myndighedspersoner, uddannelsessteder)? Antal, (%)			
Jeg har meget svært ved at tage kontakt til nogle, jeg ikke kender	68 (38,9)	40 (38,1)	18 (39,1)
Jeg har for det meste svært ved at tage kontakt til nogle, jeg ikke kender	36 (20,6)	21 (20,0)	8 (17,4)
Det svinger. Nogle gange har jeg let ved det, andre gange svært	45 (25,7)	25 (23,8)	11 (23,9)
Jeg har for det meste let ved at tage kontakt til nogle, jeg ikke kender	11 (6,3)	5 (4,8)	5 (10,9)
Jeg har meget let ved at tage kontakt til nogle, jeg ikke kender	10 (5,7)	7 (6,7)	4 (8,7)
<i>Ønsker ikke at svare/missing</i>	5 (2,9)	7 (6,7)	4 (8,7)
Har du overskud i hverdagen til at fokusere på at komme i uddannelse/-få et arbejde/følge et aktiveringsforløb eller få et flexjob? Antal, (%)			
Jeg kan næsten aldrig overskue at fokusere på det	35 (20,0)	17 (16,2)	9 (19,6)
Jeg kan for det meste ikke overskue at fokusere på det	42 (24,0)	25 (23,8)	9 (19,6)
Det svinger. Nogle gange kan jeg overskue det, andre gange ikke	59 (33,7)	39 (37,1)	13 (28,3)
Jeg kan for det meste overskue at fokusere på det	25 (14,3)	13 (12,4)	11 (23,9)
Jeg kan sagtens overskue at fokusere på det	6 (3,4)	4 (3,8)	0 (0,0)
<i>Ønsker ikke at svare/missing</i>	8 (4,5)	7 (6,7)	4 (8,7)
Hvordan vil du alt i alt vurdere dit (fysiske og psykiske) helbred i forhold til at kunne varetage et arbejde eller en uddannelse (fuldtid, deltid eller flexjob)? Antal, (%)			
Mit helbred forhindrer, at jeg kan arbejde/studere	21 (12,0)	18 (17,1)	9 (19,6)
Mit helbred sætter store begrænsninger for, at jeg kan arbejde/studere. Jeg vil måske kunne varetage et deltidsarbejde-/studie	36 (20,6)	21 (20,0)	10 (21,7)
Det svinger. Indimellem gør mit helbred det svært at arbejde/studere. Jeg vil måske kunne varetage et job/studie på deltid/halv tid med den rette form for hjælp og støtte	61 (34,9)	37 (35,2)	14 (30,4)
Mit helbred er ikke i vejen for, at jeg kan arbejde/studere, men kan sætte enkelte begrænsninger	29 (16,6)	12 (11,4)	7 (15,2)
Mit helbred er ikke i vejen for, at jeg kan arbejde/studere	8 (4,6)	4 (3,8)	-
<i>Ønsker ikke at svare/missing</i>	20 (11,4)	13 (12,4)	5 (10,9)
Ved du, hvad du skal gøre for at forbedre dine muligheder for at få et arbejde eller komme i uddannelse?			
Jeg ved ikke, hvordan jeg kan nærme mig et job/uddannelse	23 (13,1)	11 (10,5)	7 (15,2)
Jeg ved kun lidt om, hvordan jeg kan nærme mig et job/uddannelse	46 (26,3)	17 (16,2)	8 (17,4)
Jeg ved nogenlunde, hvordan jeg kan nærme mig et job/uddannelse, men er også noget i tvivl	43 (24,6)	33 (31,4)	12 (26,1)
Jeg ved en del om, hvad jeg skal gøre for at nærme mig et job/uddannelse	36 (20,6)	22 (21,0)	10 (21,7)
Jeg ved helt klart, hvad jeg skal gøre for at nærme mig et job/uddannelse	11 (6,3)	12 (11,4)	3 (6,5)
<i>Ønsker ikke at svare/missing</i>	16 (9,1)	10 (9,5)	6 (13,1)

Kilde: Spørgeskema blandt kursisterne (T1, T2 og T3).

Note:- Under tre respondenter.