



FREMME AF MENTAL SUNDHED
– baggrund, begreb og determinanter

2008

Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter

Udgiver:

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: <http://www.sst.dk>

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:

Lene Falgaard Eplov, ph.d., leder, Projektenhed for Psykiatrisk Rehabilitering, Psykiatrisk Center Ballerup
Sigurd Lauridsen, ph.d. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Sigurd Lauridsen er primært ansvarlig for kapitel 1 og appendikset om sundhedsbegreber. Lene Falgaard Eplov er primært ansvarlig for kapitel 2 og kapitel 3.

Redaktion:

Anna Paldam Folker, Katrine Finke, Lis Hamburger, Jette Abildskov Hansen, Line Raahauge Madsen, Anne-Marie Sindballe, alle fra Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

Ekspertgruppe:

Jeanette Frost Ebstrup, Ph.d.-stipendiat, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Søren Holm, Forskningsleder, Chair of Bioethics, Cardiff Law School, Cardiff University
Torben Jørgensen, centerleder, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Mette Kjøller, seniorforsker, Statens Institut for Folkesundhed
Bodil Langkilde, psykiatrikoordinator, Socialpsykiatrisk Center Hvalsø
Anne Lindhardt, centerchef, Psykiatrisk Center Bispebjerg
Heidi Krumhardt Mortensen, områdechef for kommunikation, PsykiatriFonden
Kirsten Vinther-Jensen, kontorchef, Center for Folkesundhed, Region Midt

Emneord: Mental sundhed; Psykisk sundhed; Trivsel; Psykiske lidelser; Sundhedsfremme; Forebyggelse

Kategori: Udredning

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2008

Oplag: 1000

Grafisk tilrettelæggelse og tryk: Schultz Grafisk

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Publikationen citeres således:

Eplov, LF & Lauridsen, S. Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. Sundhedsstyrelsen, 2008.

ISBN: 978-87-7676-868-3 (trykt)

ISBN: 978-87-7676-867-6 (elektronisk)

Rekvirering: Sundhedsstyrelsens publikationer

c/o Schultz Distribution

Herstedvang 12

2620 Albertslund

Telefon 70 26 26 36

Pris: 0,- kr. – dog betales ekspeditiongebyr

Fremme af mental sundhed

– baggrund, begreb og determinanter

Forord

“Ingen sundhed uden mental sundhed”. Med dette slogan er WHO siden årtusindeskiftet gået forrest i forhold til at skabe opmærksomhed omkring betydningen af mental sundhed for den enkelte og for samfundet. I en række forskellige initiativer og publikationer har WHO og efterfølgende EU-kommissionen betonet, at mental sundhed og psykisk sygdom i stigende grad er vigtige offentlige anliggender, som kalder på politisk handling og prioritet.

På dansk bruges 'mental sundhed' ofte synonymt med 'psykisk sundhed'. I overensstemmelse med international terminologi har Sundhedsstyrelsen valgt at anvende 'mental sundhed' for at understrege, at fremme af mental sundhed har et bredere sigte end forebyggelse af psykisk sygdom.

I forlængelse af WHO tager Sundhedsstyrelsen udgangspunkt i en opfattelse af mental sundhed som en *tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i menneskelige fællesskaber*. Der er hermed ikke tale om et nyt sundhedsbegreb. Når Sundhedsstyrelsen sætter fokus på mental sundhed, er det for at fremhæve det element i sundhedsbegrebet, der har med det mentale felt at gøre, fordi det ofte ikke har fået tildelt så meget opmærksomhed som de fysiske aspekter af sundhed og sygdom.

Med rapporten: “Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter” ønsker Sundhedsstyrelsen at gøre opmærksom på, at mental sundhed er et vigtigt indsatsområde inden for folkesundhed. Rapporten handler om begrebet 'mental sundhed', baggrunden for at fremme mental sundhed, samt betydningen af mental sundhed for sundhed og sygdom. Rapporten er et første skridt i retning af at skabe en større grad af konkretisering på området fremme af mental sundhed.

Det næste skridt Sundhedsstyrelsen vil tage er at skabe et bedre overblik over, hvad der findes af mål for danskernes mentale sundhed samt at afdække kommuner og regioners erfaringer og behov på området. Det er også en målsætning via www.sst.dk (evidensbasen) løbende at formidle ny viden om effektive interventioner til fremme af mental sundhed i forhold til bestemte målgrupper og arenaer - med særligt fokus på hvordan interventionerne kan implementeres i en dansk kontekst.

Rapportens primære målgruppe er personer, der arbejder strategisk og planlægningsmæssigt med forebyggelse og sundhedsfremme på nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Desuden henvender rapporten sig til alle, der har berøringsflade med 'fremme af mental sundhed'. Som tværfagligt felt involverer det ikke blot forskellige områder inden for sundhedssektoren som folkesundhed, psykiatri og almen praksis men også andre faggrupper og sektorer inden for psykologi samt social- og velfærdsområdet.

Sundhedsstyrelsen vil gerne takke rapportens forfattere samt de fagpersoner og eksperter, der har bidraget med vigtige kommentarer og perspektiver i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten.

Centerchef Else Smith

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Else Smith', written in a cursive style.

December 2008

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Indholdsfortegnelse	5
Resumé	6
Kapitel 1. Et internationalt fokus på mental sundhed via WHO og EU	8
Nyt fokus på mental sundhed	9
Fremtidige udfordringer for fremme af mental sundhed	11
Sammenfatning	12
Kapitel 2. Hvad rummer begrebet 'mental sundhed'?	13
Psyisk sygdom og mental sundhed	13
Hvilke delelementer indeholder begrebet 'mental sundhed'?	17
Sammenfatning	20
Kapitel 3. Determinanter for mental sundhed	21
Sociale determinanter	23
Psykologiske determinanter	24
Biologiske determinanter	25
Determinanternes indbyrdes relation	26
Mental sundheds betydning for sygdomsudvikling og sygdomsforløb	27
Sammenfatning	29
Kapitel 4. Aktiviteter og interventioner til fremme af mental sundhed	30
En model for fremme af mental sundhed	32
Evidens for interventioner til fremme af mental sundhed	33
Sammenfatning	37
Appendiks om sundhedsbegreber	38
Hvad er sundhed?	38
Forudsætter mental sundhed et bestemt sundhedsbegreb?	40
Bilag 1. WHO og EU: initiativer og rapporter om mental sundhed	41
Bilag 2. Psykiske lidelser i Danmark	42
Litteratur	43

Resumé

Rapporten: ”Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter” handler om *grundlaget* for at fremme mental sundhed. Den fokuserer på, hvad mental sundhed er, hvilke faktorer der kan påvirke mental sundhed, samt hvilken betydning mental sundhed har for sundhed samt fysisk og psykisk sygdom. Til sidst i rapporten anføres en række eksempler på typer af interventioner til fremme af mental sundhed.

I forlængelse af WHO tager Sundhedsstyrelsen udgangspunkt i en opfattelse af mental sundhed som en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i menneskelige fællesskaber.

Ifølge Statens Institut for Folkesundhed vil ca. 20% af den danske befolkning i løbet af et år have problemer med mental sundhed i form af symptomer svarende til kriterierne for en eller flere psykiske sygdomme. Ifølge tal fra Ankestyrelsen er nedsat mental sundhed i form af stress og psykiske problemer nu årsag til mere end 45% af tilkendte førtidspensioner. I EU bliver nedsat mental sundhed desuden anført som en af de tre vigtigste årsager til stress og sygefravær.

Målet med rapporten er at skabe et udgangspunkt for mere konkrete og målrettede indsatser til fremme af mental sundhed. Baggrunden er, at mental sundhed har stor betydning for den enkelte, hvilket blandt andet kommer til udtryk i den vedvarende debat om stress. Det tyder desuden på, at fremme af mental sundhed på sigt kan reducere forekomsten og forbedre forløbet af en række fysiske og psykiske sygdomme. Dertil kommer, at nedsat mental sundhed efter alt at dømme koster samfundet store summer fx i form af sygefravær og tabt arbejdsfortjeneste.

Fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser er kommet på den internationale dagsorden via WHO og EU-kommissionen. Som beskrevet i kapitel 1 har både WHO og EU i 2005 udarbejdet strategiske dokumenter for arbejdet med at fremme mental sundhed. Meget tyder på, at der ligger en udfordring i at forvandle gode intentioner til konkret handling. I Danmark er der ikke tradition for at arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til mental sundhed - hverken inden for psykiatrien eller inden for folkesundhedsområdet. Der eksisterer ganske vist en lang række aktiviteter og indsatser, som kan siges at falde ind under området (som fx selvmords- og stressforebyggelse, anti-mobningskampagner i skoler samt fremme af trivsel på arbejdspladser og godt psykisk arbejdsmiljø), men de er ikke samlet under en fælles målsætning om at forbedre eller fremme befolkningens mentale sundhed. Der er behov for en nærmere afklaring af forebyggelsespotentialer i forhold til mental sundhed samt for udvikling og systematisering af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser på baggrund af dokumenteret viden.

Mental sundhed er ikke et nyt specifikt sundhedsbegreb ved siden af det overordnede generelle begreb om sundhed. Når der sættes fokus på mental sundhed, er det for at fremhæve det

element i sundhedsbegrebet, der har med det mentale at gøre. Baggrunden er, at dette område ofte ikke har fået tildelt så meget opmærksomhed i forhold til de mere fysiske aspekter af sundhed og sygdom.

I faglitteraturen er der ofte ikke en tydelig adskillelse mellem begreberne mental sundhed og psykisk sygdom. Det er dog vigtigt, at de to begreber kan adskilles, som påpeget i kapitel 2. Fravær af psykisk sygdom indebærer ikke nødvendigvis, at en person er mentalt sund (i betydningen trives). Omvendt indebærer nedsat mental sundhed ikke nødvendigvis, at en person har en psykisk sygdom. Der er dog også en sammenhæng mellem dimensionerne psykisk sygdom og mental sundhed. Mental sundhed indfanges derfor bedst ved, at begge dimensioner inddrages som forskellige men overlappende dimensioner.

Overordnet er årsagsmekanismerne bag mental sundhed og hhv. fysisk og psykisk sygdom komplekse. Udover biologiske og psykologiske determinanter for mental sundhed spiller sociale og miljømæssige faktorer også en vigtig rolle. Der eksisterer i dag ikke én model over determinanter for mental sundhed, der kan rumme hele spektret af determinanter. Det er dog muligt at opstille et begyndende årsagsnet vedrørende sociale og psykologiske determinanter for mental sundhed som beskrevet i kapitel 3.

I forhold til betydningen af mental sundhed for sygdomsudvikling og sygdomsforløb er der meget, som tyder på, at nedsat mental sundhed er en risikofaktor for en række fysiske og psykiske sygdomme. Der er også grundlag for, at mental sundhed har betydning for risikoadfærd samt forløb af en række fysiske og psykiske sygdomme.

Fremme af mental sundhed kan finde sted på individniveau, gruppeniveau og samfundsniveau. På hvert niveau kan fokus være at forstærke faktorer, der er kendt for at beskytte mental sundhed samt at reducere faktorer, der er kendt for at øge risikoen for nedsat trivsel eller andre problemer i forhold til mental sundhed. I kapitel 4 påpeges det, at fremme af mental sundhed forudsætter, at en række sektorer på forskellige politiske niveauer arbejder sammen. Navnlig er der brug for at tænke, ikke bare sundheds- og socialpolitiske initiativer sammen, men også uddannelsespolitik, boligpolitik og miljøpolitik.

På internationalt plan er 'fremme af mental sundhed' et nyt og dynamisk felt, som både involverer tværfaglig forskning og udvikling i praksis. Samtidig med at der forskes i at klarlægge sammenhængen mellem mental sundhed og hhv. fysisk og psykisk sygdom samt at udvikle valide mål for mental sundhed, er der initiativer i gang for at systematisere foreliggende viden om, hvilke indsatser til fremme af mental sundhed der har påvist effekt. Der foregår også en afprøvning af nye indsatser, og en løbende udvikling i forhold til, hvordan man kan arbejde med feltet i praksis. Med rapporten: "Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter" har Sundhedsstyrelsen taget første skridt i forhold til at sætte fokus på dette udviklingsområde. Det vil siden blive fulgt op af mere målrettede initiativer med henblik på at fremme danskernes mentale sundhed.

Kapitel 1

Et internationalt fokus på mental sundhed via WHO og EU

Traditionelt har dansk (og international) sundhedspolitik og sundhedsvæsen primært været orienteret mod diagnostik og behandling af sygdomme frem for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme. I forlængelse heraf har mental sundhed fortrinsvis været opfattet som et spørgsmål om at behandle psykiske sygdomme inden for psykiatrien.

Fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser er først for nylig for alvor kommet på den internationale sundhedspolitiske dagsorden. Der kan være flere forklaringer på dette. WHO angiver som mulig forklaring, at det fejlagtigt har været en udbredt holdning i samfundet, at psykiske sygdomme har et deterministisk præg, som man ikke rigtigt kan stille noget op overfor hverken i form af forebyggelse eller rehabilitering [WHO, 2004a]. Samtidig påpeges det, at psykisk sygdom har været og er stærkt stigmatiserende. Denne stigmatisering har ikke blot lagt en stor byrde på personer som lider af en psykisk sygdom [McDaid, 2008]. Den har formentlig også spillet en rolle i forhold til den relative nedprioritering af psykiatri og psykiatrisk behandling i de europæiske sundhedsvæsener [Sartorius, 2002].

WHO's tilgang til mental sundhed har siden 2001 på flere måder adskilt sig fra ovenstående. For det første er det WHO's primære ærinde at styrke og skabe opmærksomhed omkring forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til mental sundhed som vigtige indsatsområder ved siden af behandling af psykisk sygdom. WHO anbefaler blandt andet en tilgang til mental sundhed, der er rettet mod hele befolkninger og ikke udelukkende mod konkrete patienter eller højrisikogrupper [WHO, 2001; WHO, 2004a]. Overordnet omfatter denne tilgang til mental sundhed to skridt. Først afklares via epidemiologiske studier determinanterne for mental sundhed – dvs. de faktorer der har såvel positiv som negativ indflydelse på mental sundhed. Herefter iværksættes interventioner, som har til formål at ændre på determinanterne, så befolkningens eller en specifik målgruppes mentale sundhed bliver fremmet.

For det andet opererer WHO med et bredt sundhedsbegreb. Det betyder i WHO's egen optik, at sigtet for fremme af mental sundhed ikke udelukkende retter sig mod at reducere forekomsten af psykiske lidelser, men også mod at fremme befolkningens velbefindende og trivsel samt deres evne til at møde hverdagens udfordringer. Det er en pointe bag WHO's tilgang, at mental sundhed både er en ønskværdig tilstand af velbefindende og en ressource (et sæt af evner), som er vigtig for at opnå sundhed mere generelt.

Nyt fokus på mental sundhed

I januar 2005 tog WHO initiativ til, at samtlige 52 europæiske sundhedsministre i Helsinki underskrev en deklARATION og en handlingsplan om mental sundhed med henblik på at forpligte de enkelte lande til handling på området (*Mental Health Declaration & Action Plan for Europe - Facing the Challenges, Building Solutions*) [WHO, 2005a; WHO, 2005b]. Planen indebærer blandt andet, at de enkelte lande fra 2005 – 2010 skal implementere aktiviteter med henblik på at fremme befolkningens mentale sundhed, og at dette mål sammen med forebyggelse af psykiske sygdomme skal indgå i nationale strategier og politikker. Deklarationen understreger desuden, at mental sundhed skal opfattes som en integreret og central del af folkesundhedsområdet.

I oktober 2005 tog EU-kommissionen tråden op fra WHO med udgivelsen af Grønbogen: *Forbedring af befolkningens mentale sundhed: på vej mod en strategi for mental sundhed i den Europæiske Union*.

Figur 1

EU Grønbog og Hvidbog

En EU Grønbog refererer til et dokument, der fremlægges til diskussion blandt forskellige interessenter fx patientforeninger og borgergrupper i medlemslandene. Der er tale om et foreløbigt dokument, hvor EU endnu ikke har lagt sig fast på en bestemt politik.

En Grønbog bliver ofte efterfulgt af en Hvidbog, et dokument som indeholder en række officielle synspunkter på et givet emne.

I Grønbogen lægger EU-kommissionen op til en fælles europæisk strategi vedrørende mental sundhed [EU, 2005]. En strategi der fokuserer på:

- At fremme hele befolkningens mentale sundhed
- At forebygge psykiske lidelser
- At forbedre livskvaliteten for folk der allerede har nedsat mental sundhed gennem social inklusion og beskyttelse af deres rettigheder
- At udvikle information og forskning om mental sundhed

Rapporten foreslår en række forskellige indsatsområder og initiativer, der forventes at skulle implementeres på både statsligt og lokalt niveau og inden for en række forskellige sektorer.

Figur 2

Forslag til indsatsområder i EU's Grønbog om mental sundhed

Fremme af mental sundhed hos nyfødte, børn og unge fx gennem tidlig behandling af fødselsdepressioner og etablering af trygge og udviklende skolemiljøer.

Fremme af mental sundhed i den arbejdende del af befolkningen fx via indsatser rettet mod stress på arbejdspladsen.

Fremme af mental sundhed blandt ældre fx gennem sociale netværk, aktiv deltagelse i nærmiljøer og frivillige indsatser.

Fremme af mental sundhed blandt socialt udsatte fx gennem indsatser rettet mod at få arbejdsløse i arbejde igen og etablering af skånejobs til personer med nedsat mental sundhed.

Målrettede interventioner rettet mod forebyggelse af depression fx gennem forebyggelse af mobning i skolerne, reduktion af stress på arbejdspladserne samt fysisk aktivitet blandt ældre.

Målrettede interventioner mod misbrug af alkohol og stoffer.

Grønbogen understreger desuden vigtigheden af at fremme social inklusion i samfundet af psykisk syge samt beskyttelse af fundamentale rettigheder, da psykisk syge ofte udsættes for fordomme og stigmatisering.

Grønbogen er siden blevet fulgt op af EU-kommissionens Hvidbog fra 2007: *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008 – 2013*, der udstikker EU's overordnede sundhedsstrategi for de kommende år. I Hvidbogen er målsætninger om forbedret mental trivsel og velvære inkluderet på linje med forbedring af den fysiske sundhed [EU, 2007]. I 2008 er Hvidbogen blevet suppleret med en europæisk pagt om mental sundhed, hvor forebyggelse af selvmord og depression, fremme af mental sundhed blandt unge og ældre samt mental sundhed på arbejdspladsen er prioriterede områder [EU, 2008] (se bilag 1 for en oversigt over initiativer og rapporter om mental sundhed fra WHO og EU).

Den danske regerings folkesundhedsprogram: *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10* beskæftiger sig ikke direkte med mental sundhed. Programmet understreger, at sundhedsfremmende og forebyggende indsatser både skal rettes ”mod det livsforlængende og livskvalitetsfremmende”. Psykiske lidelser er desuden inkluderet som en af de 8 folkesygdomme programmet er bygget op omkring. I den forbindelse betones vigtigheden i forhold til børn og unge af at forebygge omsorgssvigt, bekæmpe mobning og isolation samt at støtte udvikling af selvværd. I forhold til voksne fremhæves vigtigheden af at bekæmpe stress samt dårligt psykisk arbejdsmiljø.

EU's Grønbog beskriver de markante problemer med mental sundhed, de europæiske lande står overfor. Eksempelvis at mere end 27% af voksne europæere i løbet af et år skønnes at have sygdomme eller lidelser, som resulterer i væsentlig nedsat mental sundhed. Eller at depression forventes at være den største sygdomsbyrde i industrialiserede lande i 2020, og at mere end 58.000 europæiske borgere begår selvmord hvert år – hvilket overstiger det samlede antal

dødsfald som følge af trafikulykker, drab og HIV/AIDS. Nedsat mental sundhed bliver desuden inden for EU anført som en af de tre vigtigste årsager til stress og sygefravær, og en af de vigtigste årsager til, at folk går på førtids- eller invalidepension [EU, 2005].

Danmark går heller ikke ram forbi, når det kommer til forekomst og konsekvenser af nedsat mental sundhed. I Danmark er psykiske lidelser fx den hyppigste årsag til førtidspension og baggrunden for mere end 45% af alle tildelinger [Ankestyrelsen, 2008] (se bilag 2).

Mental sundhed rummer dermed også et væsentligt samfundsøkonomisk aspekt. En systematisk gennemgang af den foreliggende evidens på dette område tyder på, at det ud fra en samfundsøkonomisk betragtning er direkte omkostningseffektivt, at investere i at fremme mental sundhed og forebygge psykiske lidelser [Zechmeister et al., 2008]. Gennemgangen er dog kun baseret på 14 studier, og der efterlyses mere forskning på området.

Fremtidige udfordringer for fremme af mental sundhed

Meget tyder dog på, at der ligger en udfordring i at forvandle gode intentioner til konkret handling i de enkelte nationalstater. I en opfølgning til WHO's *Mental Health Declaration for Europe* vedtaget på Helsinki konferencen i 2005 kortlægger en rapport status på fremme af mental sundhed i de europæiske lande herunder Danmark [Jané-Llopis, 2006]. Rapporten redegør for, at der på tværs af landene hersker uklarhed omkring begrebet 'mental sundhed', og at der mangler en klar forståelse af, hvad fremme af mental sundhed dækker over. Mens der i faglige miljøer kan være en betydelig interesse for emnet, har det ikke ligget højt på den politiske dagsorden.

Rapporten fremhæver desuden, at mental sundhed ofte bliver anset for et anliggende inden for psykiatrien med særligt fokus på behandlingsaspektet, mens spørgsmålet om den almene befolknings mentale sundhed kommer i anden eller tredje række. Andre udfordringer er mangel på evidens om effektive metoder til at fremme mental sundhed og forebygge psykiske lidelser, vanskeligheder i forhold til tilgængeligheden af den viden der foreligger, usikkerhed med hensyn til i hvor høj grad resultater fra et land kan generaliseres til andre lande og mangelfuld støtte til implementering. Ifølge rapporten mangler der desuden ofte en klar organisering af arbejdet med at fremme mental sundhed.

I Danmark er der ikke en lang tradition for at arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til mental sundhed - hverken inden for psykiatrien eller inden for folkesundhedsområdet. Mens det psykiatriske behandlingsområde fx er velorganiseret, er der ikke nogen formel institutionalisering af arbejdet med at fremme mental sundhed [Dansk psykiatrisk Selskab, 2004]. Området har heller ikke hidtil fået tildelt nogen betydelig opmærksomhed på de folkesundhedsvidenskabelige uddannelser. Ifølge en nylig kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats er mental sundhed ikke desto mindre anført som et af de tre vigtigste områder, som kommunerne efterspørger mere viden om [Sundhedsstyrelsen, 2008]. I Mandag Morgen og TrygFondens netop gennemførte undersøgelse *"Fremtidens fore-*

byggelse – ifølge danskerne” fremgår desuden, at danskerne vægter mental sundhed herunder ’et godt familieliv’, ’gode venner’, ’balance mellem arbejde og privatliv’, ’et liv uden stress’ og ’styr på sit liv’ som de vigtigste elementer i ”det gode liv” [Mandag Morgen, 2008].

Der er behov for en nærmere afklaring af forebyggelsespotentialer i forhold til mental sundhed samt for udvikling og systematisering af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser på baggrund af dokumenteret viden.

Der eksisterer ganske vist en lang række aktiviteter og indsatser, som kan siges at falde ind under området (som fx selvmords- og stressforebyggelse, anti-mobningskampagner i skoler samt fremme af trivsel på arbejdspladser og godt psykisk arbejdsmiljø), men de er ikke samlet under en fælles målsætning om at forbedre eller fremme befolkningens mentale sundhed.¹ Dette kan stå i vejen for en opfattelse af, at disse problematikker har en sundhedsmæssig dimension. Det kan også være en hæmsko for erfaringsudveksling, vidensopbygning, ressourcefordeling og opmærksomhed på området. Endelig findes kun sparsom dansksproget litteratur om, på hvilken måde man kan arbejde med at fremme mental sundhed, og hvilke determinanter det her vil være væsentligt at fokusere på.

Sammenfatning

Fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser er kommet på den globale og europæiske sundhedspolitiske dagsorden. Mens mental sundhed ofte er blevet opfattet som et anliggende for psykiatrien, har WHO og EU i en række publikationer sat fokus på, at en række sundhedsfremmende og forebyggende initiativer rettet mod befolkninger er nødvendige for at imødegå de udfordringer, dårlig trivsel og relateret sygelighed belaster sundhedsvæsenet og det bredere samfund med.

Samtidig er der sat fokus på grundlaget for, at mental sundhed bør opfattes som et centralt anliggende inden for folkesundhed. Mental sundhed har betydning for den enkelte og for samfundet. Ikke desto mindre påpeger rapporter på området, at initiativer rettet mod at forbedre befolkningens mentale sundhed står over for en række udfordringer med hensyn til at få omsat politisk velvilje til konkret handling.

¹ I forhold til selvmordsforebyggelse har der i dansk sammenhæng været en række initiativer på baggrund af anbefalinger fra referencegruppen til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg under Sundhedsstyrelsen [Jané-Llopis, 2006]. Disse initiativer har primært bestået i distribution af viden, kapacitetsopbygning af sundhedsprofessionelle samt støtte til netværk og forskning. Sundhedsstyrelsen har desuden i 2007 sat fokus på stressforebyggelse med en række handlingsanvisninger til praktiserende læger og til borgere, som er ramt af stress. Videncenter for arbejdsmiljø og Arbejdsmiljørådet har løbende fokus på psykisk arbejdsmiljø med værktøjer og temaer om udbrændthed, stress, mobning, chikane, trivsel og tryghed.

Kapitel 2

Hvad rummer begrebet 'mental sundhed'?

Mental sundhed er ikke et nyt specifikt sundhedsbegreb ved siden af det overordnede generelle begreb om sundhed. Når der sættes fokus på mental sundhed, er det for at fremhæve det element i sundhedsbegrebet, der har med det mentale at gøre. Baggrunden er, at dette felt ofte ikke har fået tildelt så meget opmærksomhed i forhold til de mere fysiske aspekter af sundhed og sygdom. Det er vigtigt at fremhæve, at fysisk og mental sundhed ikke hver især kan stå alene, idet mentale, fysiske og sociale funktioner er afhængige af hinanden [WHO, 2004a].

Mental sundhed bliver brugt på forskellige måder i forskellige sammenhænge, og der er ikke nogen generelt accepteret definition af mental sundhed. WHO's definition fremgår af figur 3.

Figur 3

WHO's definition af mental sundhed

En tilstand af trivsel hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, på frugtbar vis kan arbejde produktivt, samt er i stand til at yde et bidrag til fællesskabet [WHO, 2001].

Som pejlemærke har Sundhedsstyrelsen valgt at tage udgangspunkt i WHO's definition af mental sundhed med særlig vægt på mental sundhed som en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i menneskelige fællesskaber.

I det konkrete arbejde med at fremme mental sundhed er der dog brug for en mere specifik forståelse af begrebet. Der er også behov for at kende til forholdet mellem mental sundhed og psykisk sygdom, samt hvilken betydning mental sundhed har for det samlede helbred. Sidst men ikke mindst er der brug for at kende determinanterne for mental sundhed, dvs. hvilke faktorer man skal fokusere på, hvis målet er at forbedre mental sundhed.

Psykisk sygdom og mental sundhed

Begrebet 'mental sundhed' er ikke et begreb, der kun findes i nyere litteratur. Hvad der i dag bredt set forstås ved mental sundhed har blandt andet sine rødder i psykiatrien og i psykologien [Keyes 2007; Bertolote 2008]. I lighed med den overordnede diskussion om sygdom og sundhed har begrebet 'mental sundhed' været defineret forskelligt gennem tiden (se appendiks om begrebet 'mental sundhed' i forhold til de generelle sundhedsbegreber). Ved en gennemgang af den medicinske litteratur vedrørende mental sundhed, står det hurtigt klart, at der oftest ikke er en tydelig adskillelse mellem begreberne mental sundhed og psykisk sygdom.

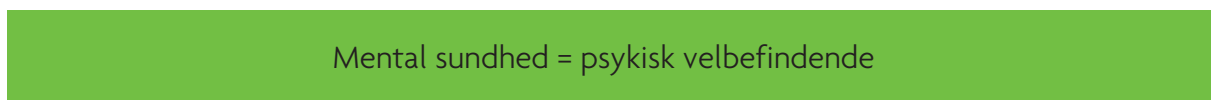
Inden for psykiatrien er mental sundhed traditionelt blevet betragtet som lig med fravær af psykisk sygdom [Vaillant, 2003]. I psykologisk litteratur er mental sundhed allerede beskrevet i 1950'erne med en kritik af opfattelsen af mental sundhed som værende lig med fravær af psykisk sygdom. Her blev der argumenteret for, at mental sundhed skal beskrives ved elementer af psykisk velbefindende [Secker, 1998]. Siden har der været en tiltagende mængde psykologisk litteratur om mental sundhed, som forsøger at indkredse, hvilke elementer der skaber mentalt velbefindende. De to traditioner inden for hhv. psykiatri og psykologi har dannet grundlag for to fortsat benyttede modeller til beskrivelse af mental sundhed. Den negative model, som er den traditionelle medicinske model og den såkaldt positive model, som er skabt på baggrund af humanistisk forskning.

Figur 4

Den negative model for mental sundhed:



Den positive model for mental sundhed:



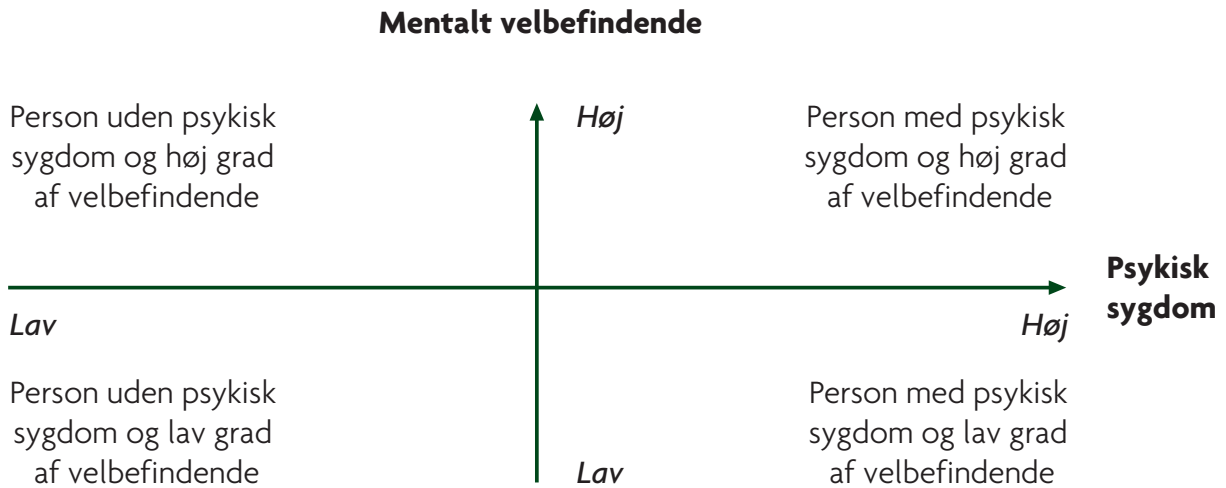
Den negative model er i sin mest simple form en dikotomi mellem to tilstande: hhv. psykisk sygdom og mental sundhed. Dvs. at en person er mental sund, hvis vedkommende ikke har en psykisk sygdom. Den positive model beskriver mental sundhed ved at beskrive de positive karakteristika ved mental sundhed, og medtager ikke psykisk sygdom [Hosman, 1997].

I 1990'erne blev de ovenstående modeller kritiseret for at være reduktionistiske. Der blev argumenteret for, at både den negative og den positive model beskrev nødvendige dimensioner af mental sundhed. Dvs. at man for at kunne beskrive mental sundhed både skulle forholde sig til de positive karakteristika (velbefindende/trivsel) og til spørgsmålet om fravær eller tilstedeværelse af psykisk sygdom. Det næste spørgsmål blev så, hvordan de to dimensioner relaterer sig til hinanden.

Som udgangspunkt blev det antaget, at de to dimensioner er uafhængige af hinanden, således at personer fx kan have en høj grad af velbefindende, samtidig med at de har en psykisk sygdom. Med det udgangspunkt opstillede Tudor en model [Tudor, 1996].

Figur 5

Den todimensionelle model for mental sundhed:

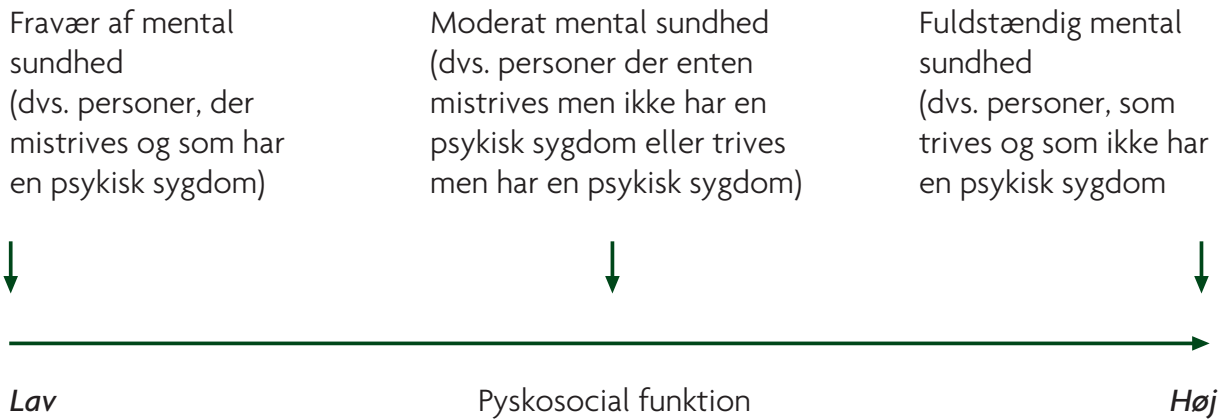


Ifølge modellen kan mennesker grupperes i fire kategorier i relation til to uafhængige dimensioner: mentalt velbefindende (trivsel) og psykisk sygdom. Da de to dimensioner betragtes som værende uafhængige, kan en persons mentale sundhed kun beskrives ved at blive placeret i forhold til denne kategorisering.

Efterfølgende er Keyes fremkommet med en model for mental sundhed, der beskriver sammenhængen mellem psykisk sygdom og mentalt velbefindende (trivsel) på en mere integreret måde. Keyes argumenterer ligeledes for, at fravær af psykisk sygdom ikke nødvendigvis indebærer, at en person er mental sund (i betydningen trives), samtidig med at nedsat mental sundhed ikke indebærer, at en person nødvendigvis har en psykisk sygdom. Alligevel er der en korrelation mellem de to dimensioner. Mental sundhed beskrives derfor bedst ved, at man beskriver begge dimensioner, og betragter mental sundhed (velbefindende/trivsel) og psykisk sygdom som to forskellige men overlappende dimensioner.

Figur 6

Den todimensionelle model for mental sundhed:

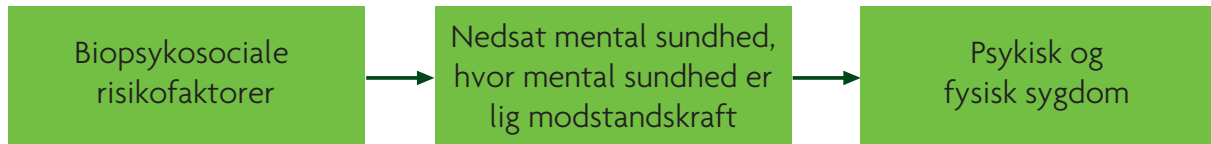


I sin opbygning af modellen opererer Keyes med en mental sundhedsdimension, hvor man i den ene ende er, hvad Keyes benævner 'languishing' og i den modsatte ende er, hvad Keyes benævner 'flourishing'. Der findes ikke rigtig gode ord på dansk, men languishing kan oversættes med at mistrives og flourishing med at trives. På dimensionen med psykisk sygdom vælger Keyes en kategorisering i overensstemmelse med det psykiatriske diagnosesystem, dvs. at en person enten har eller ikke har en psykisk sygdom. Samtidig med at Keyes kalder de to dimensioner for hhv. mental sundhed og psykisk sygdom, sammenstiller han de to dimensioner med henblik på at beskrive en persons grad af mental sundhed. Graden af mental sundhed er afgørende for et individs psykosociale funktion. Jf. modellen kan en person som har en psykisk sygdom, men som trives, have samme psykosociale funktionsniveau som en person uden en psykisk sygdom, som mistrives. Et empirisk studie med faktoranalyse har støttet teorien, og det tyder på, at under 20% af den amerikanske befolkning er fuldstændig mentalt sund (Keyes 2005; Keyes 2007).

Hosman argumenterer ligeledes for, at dimensionerne mental sundhed og psykisk sygdom er indbyrdes overlappende, og har opstillet den såkaldt funktionelle model. I den funktionelle model beskrives mental sundhed som værende personens modstandskraft. Mental sundhed har betydning for, om en person udvikler en psykisk sygdom, men samtidig har mental sundhed også betydning for en persons livskvalitet og fysiske helbred, dvs. her betragtes mental sundhed som en beskyttende faktor i forhold til udvikling af psykisk og fysisk sygdom [Hosman, 1997].

Figur 7

Den funktionelle model for mental sundhed:



Gennemgangen af de forskellige modeller peger på, at det hverken giver mening at betragte mental sundhed og psykisk sygdom som liggende på samme kontinuum, eller at betragte mental sundhed og psykisk sygdom som to helt uafhængige størrelser. Mental sundhed og psykisk sygdom må i stedet betragtes som to separate men overlappende dimensioner. Endelig lægges der i en af modellerne op til, at mental sundhed er en beskyttende faktor i forhold til udvikling af psykisk sygdom, og i en anden model at mental sundhed har betydning for det psykosociale funktionsniveau hos en person med psykisk sygdom. Eller sagt med andre ord, at graden af mental sundhed har betydning for forløbet ved psykisk (og fysisk) sygdom (se kapitel 3).

Givet der er grundlag for, at det er mest hensigtsmæssigt at betragte mental sundhed og psykisk sygdom som to separate men overlappende dimensioner, bliver det næste vigtige spørgsmål, hvorledes de to dimensioner mere præcist overlapper. Her er brug for mere viden, som bedst opnås, hvis man i fremtiden måler graden af mental sundhed og forekomsten af psykisk sygdom i de samme undersøgelser, og sammenholder de opnåede resultater. Det gælder både med hensyn til undersøgelser i den almene befolkning og undersøgelser blandt mennesker med psykisk sygdom.

Hvilke delelementer indeholder begrebet 'mental sundhed'?

I takt med at der igennem de sidste 30 år har været en stigende erkendelse af, at mental sundhed er mere end blot fravær af psykisk sygdom, er der inden for psykiatrien udviklet modeller til beskrivelse af, hvad mental sundhed dækker over. Der er jf. Vaillant således i dag 6 modeller, der alle forsøger at indfange, hvad mental sundhed er for en størrelse. Disse er meget kort gengivet i figur 8.

Figur 8

Seks teoretiske modeller for indholdet af begrebet 'mental sundhed':

Model A: Mental sundhed som en positiv tilstand ud over det normale. I denne model bliver mental sundhed betragtet som et mentalt stadium, der er objektivt ønskværdigt.

Model B: Mental sundhed som positiv psykologi. Her er målet at optimere en persons positive kvaliteter.

Model C: Mental sundhed som modenhed. I denne model tages der udgangspunkt i den sunde udvikling i voksenlivet. Modenhed og udviklingszoner er basis for denne model.

Model D: Mental sundhed som følelsesmæssig - eller social intelligens. Denne model omhandler en persons evne til at læse andre menneskers følelser.

Model E: Mental sundhed som subjektivt velbefindende. I denne model er mental sundhed et mentalt stadium, der opleves af den enkelte som glæde og tilfredshed. I denne model medtages også betydningen af gode omgivelser og af temperament (med fokus på arvelige personlighedstræk).

Model F: Mental sundhed som modstandskraft. I denne model bliver mental sundhed betragtet som vellykket tilpasning og homeostase. I modellen medtages mestringsstrategiers adaptive betydning.

Kilde: Vaillant, 2003.

Vaillant konkluderer, at alle modeller kun beskriver nogle af aspekterne ved mental sundhed, at ingen af de 6 modeller er bedre end de andre, samt at de alle er vigtige og indbyrdes overlapper hinanden. Vaillant angiver også, at nok er mental sundhed til dels kulturelt bestemt, men samtidig må mental sundhed betragtes som en universel størrelse af stor betydning. Det er derfor vigtigt at blive i stand til at måle mental sundhed [Vaillant, 2003].

I WHO's udgivelse *Promoting Mental Health* fra 2004 fremgår det, at forskning gennem de sidste 30 år har bidraget til en forståelse af, hvad der menes med begrebet 'mental sundhed'. Mental sundhed er således blandt andet blevet betragtet som en positiv følelse af velbefindende og som evnen til at mestre udfordringer og modgang [WHO, 2004a].

Figur 9

Forskellige opfattelser af begrebet 'mental sundhed':

- Kulturel kontekst: hvad der opfattes som værende indeholdt i begrebet 'mental sundhed' er kulturafhængigt.
- Personlighedstype: mental sundhed er afhængig af personlighed og mestringsstrategier.
- Affektiv dimension: mental sundhed er en subjektiv følelse af velbefindende.
- Modstandskraft: en persons evne til at mestre modgang er forskellig og et produkt af en interaktiv proces mellem konstitution og omgivelser.
- Den psykoanalytiske tilgang: mental sundhed er en persons kapacitet til at bruge sin indre energi til at realisere sig selv inden for de følelsesmæssige, intellektuelle og seksuelle områder.
- Livskvalitet: mental sundhed indgår i en persons selvsvurdering af livskvalitet. Mental sundhed er blandt andet afhængig af negative og positive aspekter ved mestring, modstandskraft, tilfredshed og autonomi.
- Den salutogenetiske (sundhedsfremmende) tilgang: mental sundhed er et spørgsmål om den enkeltes ressourcer fx i form af reaktion på stress, sense of coherence (følelsen af sammenhæng) og optimisme.

Kilde: WHO, 2004.

I et andet afsnit om udvikling af indikatorer for mental sundhed beskrives, at der er gjort forsøg på at måle nedsat mental sundhed (mental health distress) [WHO, 2004a]. Massé et al. har undersøgt sammenhængen mellem psykologisk bekymring/plage (psychological distress) og subjektiv velbefindende (subjective well-being) [Massé et al., 1998]. I relation hertil konkluderes det, at mental sundhed udgøres af to komponenter hhv. en positiv dimension og en negativ dimension, som er korrelerede, og som hver især består af flere delelementer.

Dette bekræftes af den øvrige faglitteratur, som indeholder beskrivelser af og termer for såvel god som nedsat mental sundhed. Nedenfor er disse termer gengivet. Det skal ikke ses som en udtømmende liste, men blot som en illustration af bredden af begrebet 'mental sundhed'.²

- Positiv dimension af mental sundhed: self-efficacy, self esteem, sense of coherence, sense of humour, social capital, sense of control, social involvement, mental balance, control of self and events, sociability, happiness, focus of control, hope, positive emotions, optimism, coping, spirituality, mastery, resilience, quality of life, self direction, positive affect, autonomy.
- Negativ dimension af mental sundhed: anxiety, depression³, irritability, hostility, self-depreciation, social disengagement, negative affect, neuroticism, nervousness, distress, negative emotions.

2 I teksten gengives de engelske fagudtryk, da der ikke i alle tilfælde findes gode danske oversættelser.

3 Med ordene 'anxiety' og 'depression' forstås angst og depression som symptomer og ikke som sygdomme.

Sammenfatning

Begrebet 'mental sundhed' bliver brugt på forskellige måder i forskellige sammenhænge, og der er ikke nogen generelt accepteret definition af mental sundhed. I faglitteraturen er der ofte ikke en tydelig adskillelse mellem begreberne mental sundhed og psykisk sygdom. Det er dog vigtigt, at de to begreber forsøges adskilt, idet der er belæg for, at der er tale om to separate størrelser, om end de er overlappende.

Det tyder på, at de mange faktorer, som begrebet 'mental sundhed' rummer, kan samles i to overordnede dimensioner – en positiv og en negativ dimension. Der bør dog arbejdes på at få en mere præcis beskrivelse af, hvad mental sundhed indeholder, og hvorledes man kan måle mental sundhed. Det er desuden vigtigt at få belyst, om den negative dimension i mental sundhed har sammenhæng med begyndende tegn på psykisk (og fysisk) sygdom.

Kapitel 3

Determinanter for mental sundhed

Overordnet er årsagsmekanismerne bag mental sundhed og hhv. fysisk og psykisk sygdom komplekse. Ud over biologiske (herunder genetiske) og psykologiske årsagsmekanismer spiller sociale og miljømæssige faktorer også en vigtig rolle. Jo længere nede ad den socio-økonomiske rangstige en person fx befinder sig, des større er risikoen for at få en psykisk sygdom og blive fysisk syg. Samtidig er risikoen for at udvikle en psykisk sygdom mindre, hvis man er integreret i samfundet og har positive sociale relationer [Barry & Jenkins, 2007].

Når man skal beskrive determinanter for mental sundhed, er det derfor vigtigt at anlægge en biopsykosocial tilgang, som kan rumme bredden af faktorer. Biologiske, psykologiske og sociale faktorer skal i udgangspunktet forstås bredt, fx er der i sociale faktorer også indeholdt kulturelle (og strukturelle) faktorer.

Det har desværre ikke været muligt at finde en model, der formår at beskrive determinanter og deres indbyrdes relation, når der samtidig stilles krav om en biopsykosocial tilgang. Der er i stedet fundet to modeller, der på trods af at de ikke lever op til ovenstående krav, alligevel skal omtales. Begge modeller har spillet en rolle i forhold til at konkretisere og operationalisere psykologiske og sociale determinanter for mental sundhed.

Den første model er MacDonald og O'Haras model [NICE, 2007]. Denne model indeholder 10 psykologiske og sociale faktorer, der er opstillet som 5 par af hhv. risiko- og beskyttende faktorer. Par som både på individniveau, gruppeniveau (herunder familien) og samfundsniveau (herunder organisationer) er betingende for mental sundhed. De 10 faktorer/5 par er:

- gode/dårlige omgivelser
- selvværd/følelsesmæssigt misbrug
- evne til bearbejdning af følelser/dårlig følelsesmæssig kontakt
- evne til håndtering af eget liv/stress
- evne til social interaktion/social udstødelse.

På tilsvarende måde har Barry & Jenkins opstillet en række sociale og psykologiske faktorer af betydning for mental sundhed [Barry & Jenkins, 2007].

Figur 10

Determinanter for mental sundhed	Beskyttende faktorer	Risikofaktorer
Individuelt niveau	Positiv selvopfattelse Gode evner til at håndtere stress og udfordringer Følelse af et socialt tilhørsforhold Gode kommunikationsevner God fysisk sundhed	Lavt selvværd Dårlige evner til at håndtere stress og udfordringer Dårlige familiære relationer Fysisk og psykisk handicap Risikoadfærd Dårlig fysisk sundhed
Socialt niveau	Omsorgsfulde forældre/gode familiebånd Tilhørsforhold til omgivelser Støttende sociale relationer Deltagelse i fællesskaber Positive erfaringer med uddannelse	Misbrug og vold Adskillelse og tab Social eksklusion
Strukturelt niveau	Sikre og trygge rammer Godt miljø og gode boligforhold Økonomisk sikkerhed Beskæftigelse Adgang til uddannelse Adgang til sociale støttefunktioner	Voldelige og kriminelle omgivelser Fattigdom Arbejdsløshed Hjemløshed Manglende skolegang Social og kulturel diskrimination Manglende støttefunktioner

Den anden model for fremme af mental sundhed er udviklet af The Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth), som er den centrale (offentligt finansierede) institution for sundhedsfremme og forebyggelse i staten Victoria i Australien.⁴ Denne model fokuserer primært på sociale determinanter for mental sundhed (og strukturelle determinanter i det omfang de har betydning for sociale determinanter), fordi det anses for særlig vigtigt at arbejde med disse i et forebyggelses- og sundhedsfremmeperspektiv. Sidstnævnte er for nylig blevet understreget af WHO's ekspertkommission om sociale determinanter for sundhed [WHO, 2008].

VicHealth's model har primært til formål, med udgangspunkt i de sociale determinanter for mental sundhed, at beskrive hvilke typer interventioner der fremmer forskellige målgruppers mentale sundhed - samt inden for hvilke områder disse interventioner kan implementeres. Modellens determinanter for mental sundhed vil blive beskrevet i det følgende, mens en mere detaljeret beskrivelse af modellen i sin helhed vil blive præsenteret i kapitel 4.

4 Til forskel fra de fleste af EU's medlemsstater har staten Victoria i Australien en lang tradition for at arbejde målrettet med at fremme mental sundhed. Siden midten af 1990'erne har der således været en lang række initiativer og handlingsplaner på området [State of Victoria, 2008; VicHealth, 2005]. Siden 2006 har Victoria desuden haft en minister for mental sundhed, som koncentrerer sig om sammenhængen og prioriteringen af hele det mentale og psykiatriske område fra fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser, over tidlig opsporing og behandling af psykiske sygdomme til rehabilitering og inklusion i samfundet af mennesker med psykiske sygdomme.

På baggrund af ovenstående står det klart, at der allerede på nuværende tidspunkt er identificeret mange determinanter for mental sundhed. Belært af udviklingen inden for kardiologien kan antallet af determinanter vokse eksplosivt, uden der dermed nødvendigvis opnås meget i et forebyggelsesperspektiv. Det er vigtigere at få et bedre overblik over de mange determinanter og deres indbyrdes relation, dvs. at opbygge årsagsnet, når formålet er at skabe et bedre grundlag for en sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Valget i denne rapport er derfor faldet på at beskrive de biologiske, psykologiske og sociale determinanter på et mere overordnet niveau for dernæst med udgangspunkt i dette at tage de indledende skridt til at opbygge et årsagsnet. De biologiske, psykologiske og sociale determinanter forsøges således på ingen måde gengivet udtømmende og årsagsnettet vil heller ikke indeholde alle de teoretiske modeller gengivet i figur 8. Det opstillede begyndende årsagsnet skal således ikke betragtes som værende et bud på en egentlig, færdigudviklet model.

Sociale determinanter

De sociale determinanter for mental sundhed i VicHealth's model er inddelt i følgende tre typer (med en vis grad af overlap): (i) social inklusion, (ii) frihed fra vold og diskrimination samt (iii) adgang til økonomiske ressourcer. Disse tre kategorier er blevet identificeret på baggrund af en forudgående litteraturgennemgang af Keleher & Armstrong – henvisninger til studier i det følgende stammer herfra [Keleher & Armstrong, 2005].

Social inklusion er den første determinant for mental sundhed i modellen. Studier viser, at mindre grad af social inklusion i samfundet er korreleret med højere forekomst af sygdom og dødelighed. Fx har unge som er dårligt socialt integreret to til tre gange større risiko for at udvikle depressive symptomer. De er også i højere risiko for at blive misbrugere. At føle tilhørsforhold til sit samfund og nærmiljø, at indgå i sociale netværk og at have tillid til omgivelserne har omvendt vist sig at være vigtige beskyttende faktorer for individers mentale sundhed og trivsel.

Begrebet 'social inklusion' lader sig måske bedst indfange gennem sin modsætning: social eksklusion eller marginalisering. Social eksklusion finder sted, når personer eller befolkningsgrupper ikke har økonomisk eller social mulighed for at bidrage til og være en del af samfundet. Social eksklusion bliver beskrevet som bestående af fire forhold: mangel på adækvat indkomst, eksklusion fra arbejdsmarkedet, eksklusion fra en række goder i samfundet og eksklusion fra sociale relationer.

Modellens anden sociale determinant for mental sundhed benævnes 'frihed fra vold og diskrimination'. En række studier har vist, at diskrimination og nedsat mental sundhed er tæt forbundet. Vold er samtidig ofte det medium, som diskrimination udspiller sig igennem, og som sådan er det tæt forbundet med diskrimination. 'Diskrimination' er defineret som det forhold, at medlemmer af en socialt afgrænset gruppe bliver behandlet uretfærdigt på grund af deres tilhørsforhold til denne gruppe. Typisk bliver individer eller grupper diskrimineret på grund

af deres race/ethnicitet, køn, seksualitet eller handicap. Endvidere bliver psykisk syge, som det fremgik af kapitel 1, også ofte udsat for stigmatisering og diskrimination.

Stigmatisering kan komme fra flere sider. En kilde er medierne, hvor personer med psykisk sygdom ofte fremstilles som ustabile, irrationelle og farlige. En anden kilde kan være personer, der arbejder med psykisk syge, hvis de fx antager, at det er umuligt for personer med psykisk sygdom at kunne klare et arbejde. Endelig er der den psykisk syge selv, der ofte internaliserer omgivelsernes attitude og dermed er offer for selv-stigmatisering [Pratt et al., 2007].

I forhold til vold som social determinant for mental sundhed drejer det sig fortrinsvist om fysisk og psykisk vold og mobning, som finder sted inden for familier og sociale fællesskaber. Et australsk studie har således efter sigende påvist, at mobning i skolen er ansvarlig for 30% af tilfældene af børn med depressive symptomer.

Den tredje determinant for mental sundhed i VicHealth's model er adgang til økonomiske ressourcer. I den tilgrundliggende litteraturgennemgang angives det, at der findes en stærk sammenhæng mellem individers adgang til økonomiske ressourcer og deres mentale sundhed. Adgang til arbejde, uddannelse, bolig og indkomst er relateret til økonomiske ressourcer men har videre konsekvenser for individers fysiske og mentale sundhed [Keleher & Armstrong, 2005].

Psykologiske determinanter

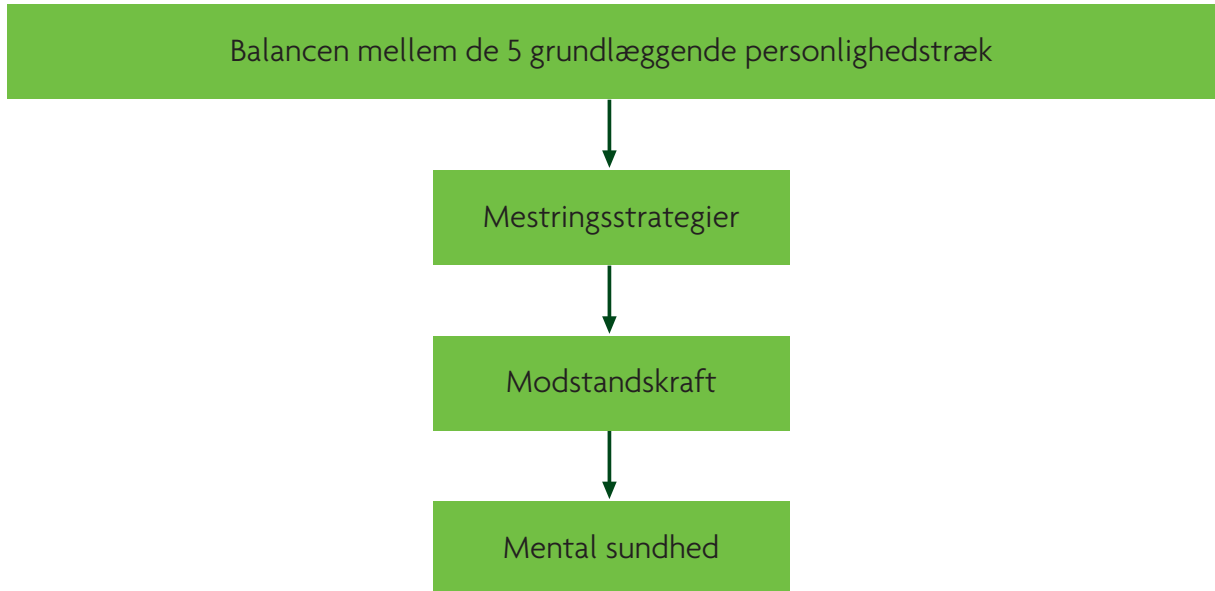
I kapitel 2 vedrørende delementer af mental sundhed indgår et stort antal af psykologiske faktorer, hvoraf en række kan betragtes som determinanter for mental sundhed, hvis man vil opbygge et årsagsnet. Da der i WHO's definition af mental sundhed indgår, at det er en tilstand af trivsel (se figur 3), vil personlighedstræk i det følgende blive inddraget i et forsøg på at differentiere mellem *tilstanden* mental sundhed og *determinanter* for mental sundhed.

Modsat en tilstand er et personlighedstræk noget, der er relativt stabilt over tid. Derfor kan et begyndende årsagsnet opstilles ud fra den antagelse, at personlighedstræk er determinanter i forhold til fx tilstande som velbefindende og glæde [DeNeve & Cooper, 1998]. Der er i dag konsensus om, at der er fem grundlæggende personlighedstræk. Disse benævnes med forskellig terminologi. Der pågår i øjeblikket et arbejde med at finde en fælles terminologi [Widiger et al., 2006].⁵ I en oversigtsartikel vedrørende et særligt personlighedstræk (sense of coherence/følelse af sammenhæng i livet) blev det konkluderet, at tilstedeværelsen af denne følelse øger personers modstandskraft, og har betydning for hvorvidt de befinder sig i en positiv mental tilstand [Eriksson & Lindström, 2006]. Sammensættes ovenstående med den viden, der opnås ved de forskellige teoretiske modeller over mental sundhed (figur 8) fås endvidere:

⁵ Et forslag til en fælles terminologi for de 5 grundlæggende personlighedstræk er fremsat af Widiger et al.: (i) ekstroversion/introversion, (ii) antagonisme/compliance, (iii) constraint/impulsivitet, (iv) emotionel dysregulering/emotionel stabilitet, (v) unkonventionelitet/lukkethed over for erfaring [Widiger et al., 2006].

Figur 11

Psykologiske determinanter for mental sundhed:



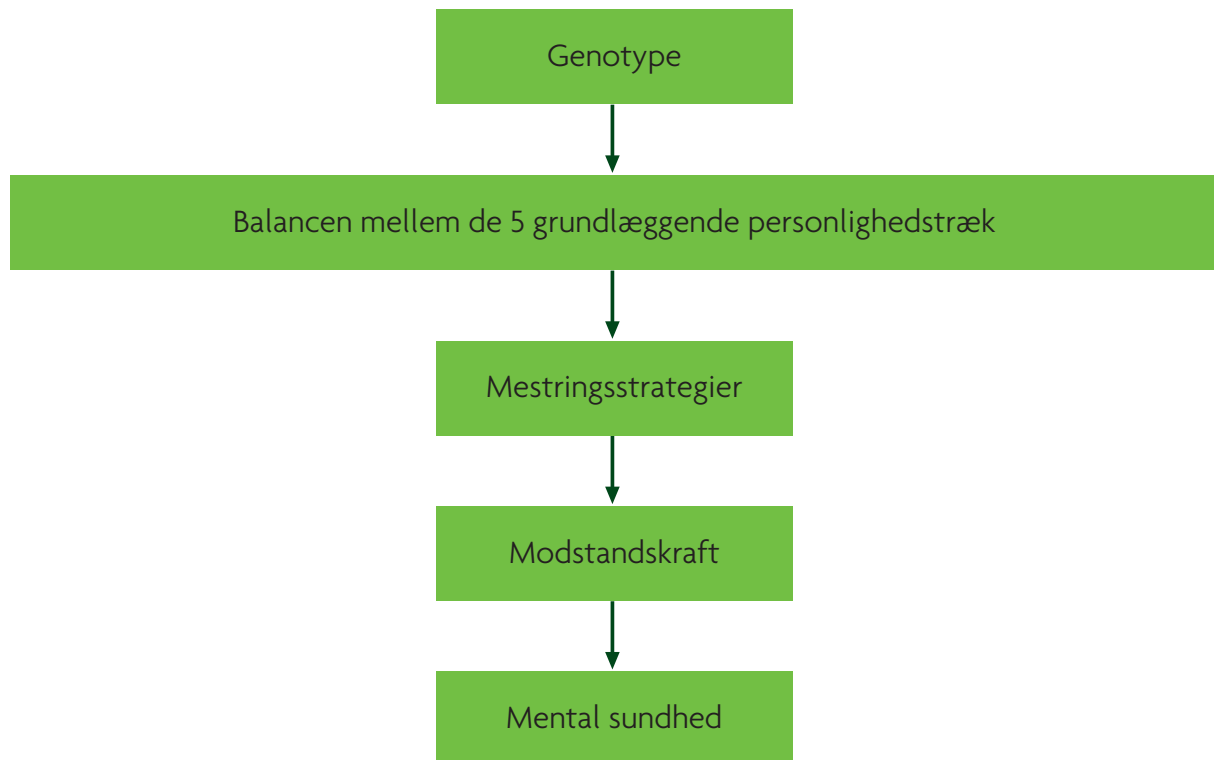
Det er ikke muligt at sætte alle de mange tidligere omtalte delelementer af mental sundhed ind i dette tidlige årsagsnet grundet manglende viden om årsagssammenhænge. De psykologiske determinanter vil ikke blive udfoldet nærmere i det følgende, men der henvises til kapitel 2 vedrørende delelementer af mental sundhed, og den baggrundslitteratur der er henvist til.

Biologiske determinanter

I ovenstående er det påpeget, at personlighedstræk har betydning for en persons mentale sundhed. Personlighedstræk er imidlertid ikke kun at betragte som en psykologisk faktor, idet der er en stor arvelig komponent [Torgersen, 1995]. Ligeledes har man fundet, at der i mestring (coping) og i modstandskraft (resilience) er en genetisk komponent [Kendler, 1991; Busjahn et al., 1995; Rutter 2006]. Dermed kan figuren udvides til:

Figur 12

Psykologiske og biologiske determinanter for mental sundhed:



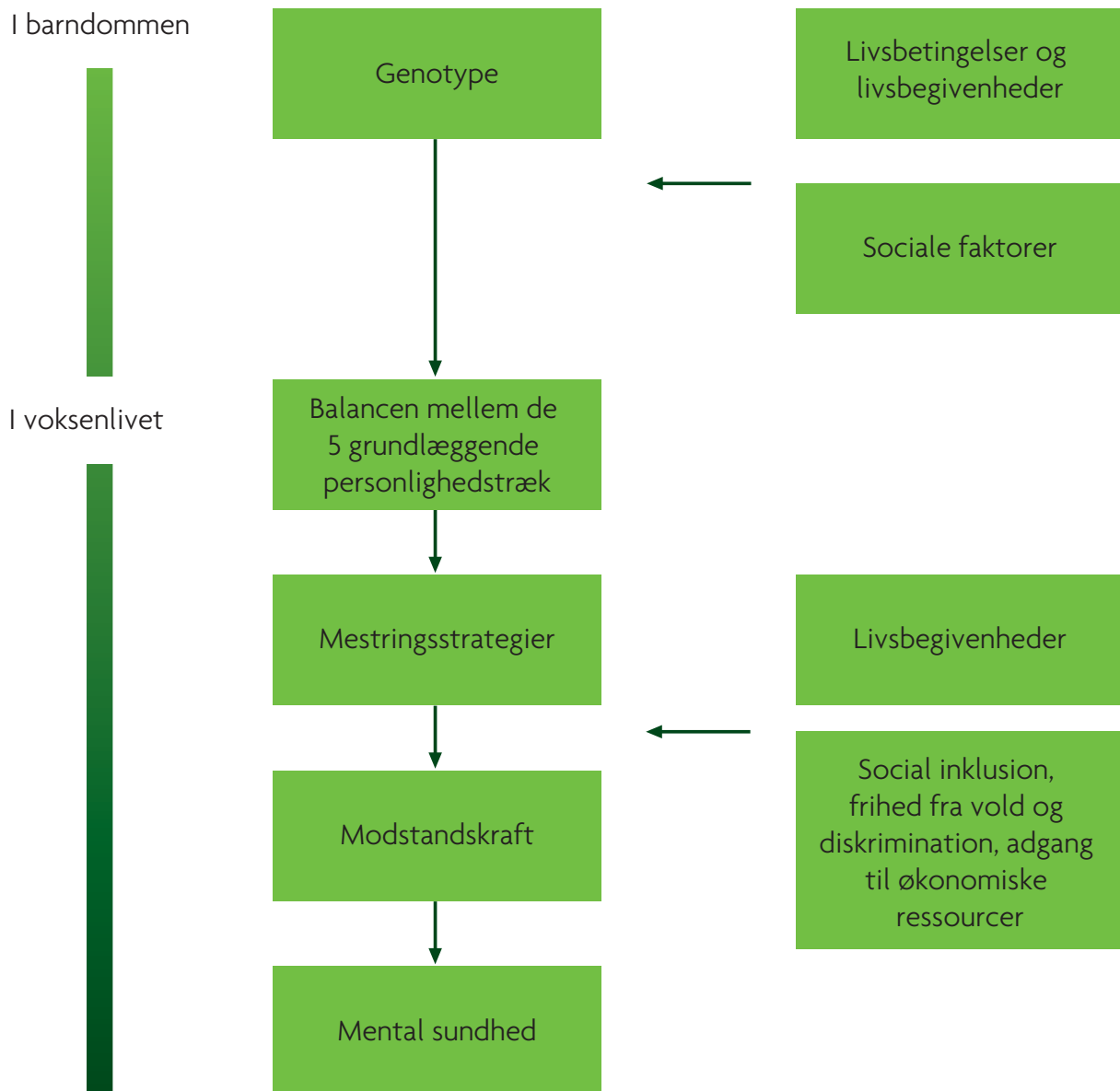
Hvis man skal forsøge, at indkredse den genetiske komponent yderligere, er det nødvendigt at se på den eksisterende litteratur vedrørende genetiske variationer (polymorfier) og personlighedstræk. Dette ligger uden for denne rapport's formål, der skal blot henvises til en enkelt systematisk oversigtsartikel [Munafó et al, 2003].

Determinanternes indbyrdes relation

Et næste skridt er at se på de sociale determinanternes relation til biologiske og psykologiske determinanter. Der findes ligeledes en del litteratur vedrørende dette. Huppert giver et godt overblik over relationen ved at summere følgende: Det sociale miljø tidligst i livet er med til at fastlægge det mere grundlæggende niveau af velbefindende. Sociale faktorer og livsbegivenheder senere i livet kan ændre den subjektive følelse af velbefindende, men en sådan ændring har ofte en mere kortvarig karakter [Huppert, 2005]. Dette sammenstilles med, at en persons personlighedstræk først fastlægges efter puberteten, idet personlighedstræk dels er genetisk bestemt, og dels dannes på baggrund af, hvad man helt overordnet kan kalde sociale faktorer og livsbegivenheder samt livsbetingelser i barndommen (jf. bl.a. udviklingspsykologien) [Perris & Perris 2000]. Herved kan modellen udbygges på følgende måde.

Figur 13

Psykologiske, biologiske og sociale determinanter for mental sundhed:



Mental sundheds betydning for sygdomsudvikling og sygdomsforløb

WHO's rapport fra 2004 fremhæver, at mental sundhed er en determinant for både fysisk og psykisk sygdom, og at mental sundhed er betydende for forløbet ved både fysisk og psykisk sygdom. Der henvises dog primært til litteratur vedrørende sammenhængen mellem depression og angst og kardiovaskulær og cerebrovaskulær sygdom [WHO, 2004a]. Givet det fastholdes, at mental sundhed og psykisk sygdom må betragtes som to separate, men overlappende dimensioner, er det i et forebyggelsesperspektiv vigtigt at få underbygget, på hvilken

måde mental sundhed eller determinanter for mental sundhed har sammenhæng med hhv. fysisk og psykisk sygdom, eller om effekten primært medieres via øget risikoadfærd. Nedenfor refereres i summarisk form noget af den eksisterende litteratur på området.

Der er i dag viden om, at bestemte personlighedstræk (neuroticism, vrede/hostility og optimisme) er risikofaktorer eller betydende for forløbet ved kardiovaskulære sygdomme. Ligeledes tyder litteraturen på, at stress og usund livsstil er medierende faktorer [Albus et al., 2004; Rozanski et al., 2005; Smith & MacKenzie, 2006].

Der er ikke evidens for, at personlighedsfaktorer eller depression er en risikofaktor for udvikling af cancer, men en systematisk oversigtsartikel viser, at 25% af personer med lungecancer har perioder med depression og psykosociale problemer [Dalton et al., 2002; Carlsen et al., 2005].

Der er evidens for, at psykosociale faktorer har betydning for prognosen ved type-1 og type-2 diabetes, men der er ikke belæg for, at psykosociale faktorer er direkte risikofaktorer for diabetes [Chida & Hamer, 2008].

Der er evidens for, at et særligt personlighedstræk (neuroticism) er en risikofaktor for depression [Christensen & Kessing, 2006]. Endvidere er der litteratur, der understøtter, at nedsat mental sundhed kan være risikofaktor for bipolar sygdom, angst og PTSD (post-traumatisk stress-syndrom) [Alloy et al., 2005; Brandes & Bienvenu, 2006; Hoge et al., 2007]. Endelig synes mental sundhed at have betydning for forløbet af skizofreni [Markowitz, 2001].

Der er også for nylig redegjort for, hvordan kronisk stress er en risikofaktor for depression. Med baggrund i dette kunne det være hensigtsmæssigt at få undersøgt, om mental sundhed er en risikofaktor for depression med kronisk stress som medierende faktor [Nielsen & Kristensen, 2007].

Inden for rehabilitering ved somatisk sygdom indgår vigtigheden af mental sundhed allerede i målsætningen for rehabiliteringsindsatsen, idet der lægges vægt på, at borgere med kroniske sygdomme opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv med en god livskvalitet og med deltagelse i samfundslivet [Johansen et al., 2004]. Dette afspejles i såvel forskningsprojekter som i det praktiske rehabiliteringsarbejde, hvor der er en tiltagende forståelse af, hvilken betydning en stabil selvopfattelse (self-efficacy) og fravær af depressive symptomer har for sygdomsforløb. I psykiatrisk rehabilitering ses også en begyndende forståelse af, at man godt kan være mentalt sund på trods af psykisk sygdom, og at mental sundhed har en gavnlig effekt på psykisk sygdom.

Da et stadigt stigende antal mennesker lever med kroniske sygdomme, er rehabilitering generelt blevet et vigtigt indsatsområde. Det er i den forbindelse vigtigt at få afklaret, i hvilket omfang fremme af mental sundhed kan bidrage til at forbedre forløbet af kroniske sygdomme

- herunder om dette er tilfældet for alle eller kun nogle kroniske sygdomme (såvel fysiske som psykiske).

Sammenfatning

Overordnet er mental sundhed resultatet af både biologiske, psykologiske, sociale og strukturelle faktorer. Det er derfor vigtigt at anlægge en biopsykosocial tilgang, når man skal beskrive determinanter for mental sundhed. Der eksisterer i dag ikke én model vedrørende mental sundhed, der har denne tilgang. Det er dog muligt på baggrund af den nuværende viden at tage de første skridt til at opstille et årsagsnet vedrørende mental sundhed.

Litteraturen tyder på, at mental sundhed har betydning for udvikling og forløb af en række udbredte fysiske og psykiske sygdomme. Med henblik på at optimere sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering er det vigtigt, at der arbejdes videre med at opnå en yderligere afklaring af sammenhængen mellem mental sundhed og hhv. psykisk og fysisk sygdom samt at få belyst medierende faktorer.

Kapitel 4

Aktiviteter og interventioner til fremme af mental sundhed

Aktiviteter til fremme af mental sundhed er ikke et nyt fænomen, men fokus har ændret sig gennem tiden. Inden for samfundsmedicin omtales 'mental sundhed' helt tilbage i 1908 – dog under navnet 'mental hygiejne'. Fokus var først at forbedre forholdene for de psykisk syge, senere kom der også fokus på forebyggelse af psykisk sygdom og i det 20. århundrede er der kommet fokus på at fremme mental sundhed i et bredere perspektiv som beskrevet i kapitel 1 [Bertolote, 2008].

Forebyggelse og sundhedsfremme kan betragtes som to forskellige men overlappende strategier, hvor fremme af mental sundhed har et bredere sigte end forebyggelse. Oftest betragtes forebyggelse som et delelement af sundhedsfremme [Jané-Llopis & Anderson, 2007; Sundhedsstyrelsen, 2005]. Forskellen i de to strategier er deres formålsbestemte udfald. Fremme af mental sundhed har til formål at fremme mental sundhed ved at øge psykologisk velbefindende, funktionsevne og modstandskraft samt ved at skabe støttende livsbetingelser og omgivelser. Forebyggelse af psykiske lidelser og psykisk sygdom har til formål at reducere symptomer og om muligt psykisk sygdom. Men der er som sagt et overlap. I forebyggelse af psykisk sygdom bruges blandt andet de samme strategier som ved fremme af mental sundhed, og ved sidstnævnte kan et sekundært udkomme være, at forekomsten af psykiske lidelser og psykisk sygdom reduceres [WHO, 2004b].

Figur 14

Mål for arbejdet med at fremme mental sundhed og forebygge psykiske lidelser og psykisk sygdom

At fremme mental sundhed går ud på at beskytte, støtte og opretholde personers følelsesmæssige og sociale velbefindende samt at skabe individuelle, sociale og miljømæssige betingelser, som giver mulighed for optimal psykologisk og psykofysisk funktion. Målet er at forbedre mental sundhed og livskvalitet samt at reducere ulighed i sundhed mellem lande og inden for lande. Fremme af mental sundhed skal ske under hensyntagen til kultur, lighed, social retfærdighed og værdighed. Initiativer og indsatser skal tage sigte på at ruste personer til selv at tage ansvar for deres mentale sundhed. De skal både involvere den almene befolkning, samt personer som har problemer i forhold til mental sundhed, og personer som er under rehabilitering.

At forebygge betyder at gribe ind eller tage skridt til på forhånd at hindre noget i at ske. Forebyggelse af psykiske lidelser og sygdomme fokuserer på at reducere risikofaktorer og fremme beskyttende faktorer for mental sundhed. Formålet er at nedsætte risiko, hyppighed, forekomst og tilbagefald af psykisk sygdom samt at reducere perioder med symptomer, eller mindske faktorer der giver en øget risiko for psykiske lidelser og psykisk sygdom. Målet er også at forhindre eller forsinke tilbagefald samt at nedsætte psykiske lidelsers indvirkning på de berørte personer, deres familier og omgivelser.

Kilde: Jané-Llopis & Anderson, 2007.

Fremme af mental sundhed kan finde sted på følgende tre niveauer: (i) på individniveau hvor indsatsen er rettet mod enkeltpersoner, (ii) på gruppeniveau hvor indsatsen er rettet mod grupper så som familien og ældre borgere, og (iii) på samfundsniveau hvor indsatsen er rettet mod systemer og rammer, der kan have indflydelse på den enkeltes liv, så som regeringer, religiøse sammenslutninger og virksomheder. På hvert niveau kan fokus hhv. være at forstærke faktorer, der er kendt for at beskytte mental sundhed og at reducere faktorer, der er kendt for at øge risikoen for nedsat trivsel eller problemer i forhold til mental sundhed.

Fremme af mental sundhed kan endvidere kategoriseres ud fra, hvilken grad af risiko målgruppen menes at have, jf. Sundhedsstyrelsens terminologi for folkesundhed [Sundhedsstyrelsen, 2005]. Ved en universel intervention (massestrategi) er målgruppen hele befolkningen eller grupper af befolkningen, der ikke er kendetegnet ved at have en øget risiko for problemer i forhold til mental sundhed. Ved en selektiv intervention (højrisikostrategi) er målgruppen individer eller grupper i befolkningen, der har en højere risiko for at få trivselsproblemer eller psykiske lidelser end gennemsnittet. Ved en indikeret intervention er målgruppen personer, der har begyndende symptomer på psykisk lidelse eller psykisk sygdom.

Fremme af mental sundhed forudsætter, at en række sektorer på forskellige politiske niveauer arbejder sammen [Barry & Jenkins, 2007; VicHealth, 2005]. Navnlig er der brug for at tænke, ikke bare sundheds- og socialpolitiske initiativer sammen, men også uddannelsespolitik, boligpolitik og miljøpolitik. Som det fremgår af WHO's rapport om mental sundhed fra 2001, er det regeringer og lokalpolitikere, som i sidste ende har indflydelse på rammerne for befolkningens mentale sundhed via ansvarlige politikker på området – herunder sikring af sociale miljøer og strukturer der støtter befolkningernes mentale sundhed [WHO, 2001].

Figur 15

Ideen om sundhedsfremme – Ottawa Chartret

Selve ideen om sundhedsfremme blev skabt på en WHO konference i Ottawa i 1986. Siden er anbefalingerne fra denne konference blevet formuleret i Ottawa Chartret for Sundhedsfremme. Dette dokument beskriver sundhedsfremme som en proces, der har som mål at sætte individer i stand til at tage kontrol over og forbedre deres sundhed [WHO, 1986].

Chartret fokuserer på en række strukturelle forudsætninger for sundhed - herunder fred, rimelige boligforhold, uddannelse, social ansvarlighed og retfærdighed – frem for fx biologiske faktorer eller smitsomme sygdomme. For at kunne realisere forudsætningerne for sundhed, er det nødvendigt at involvere en række andre institutioner og sektorer, end dem man traditionelt finder i sundhedssektoren.

En model for fremme af mental sundhed

For at gøre det muligt at arbejde med at fremme mental sundhed i praksis har VicHealth udviklet en model, der i forlængelse af Ottawa Chartret, lægger vægt på sociale (og til dels strukturelle) determinanter for mental sundhed. Modellen beskriver, hvilke typer interventioner der fremmer forskellige målgruppers mentale sundhed, samt inden for hvilke områder disse interventioner kan implementeres. Denne model beskrives kortfattet i det følgende, som et af få eksempler på, hvordan man konkret kan arbejde med at fremme mental sundhed. For en mere udførlig beskrivelse af modellen og for referencer til specifikke studier henvises til de originale dokumenter [Keleher & Armstrong, 2005; VicHealth, 2005].

Figur 16

Oversigt over de forskellige dele af VicHealth's model for fremme af mental sundhed

Determinanter for mental sundhed

Social inklusion - frihed fra vold og diskrimination - adgang til økonomiske ressourcer



Sundhedsfremmende interventioner

Forskning og evaluering – indsatser til fremme af mental sundhed blandt børn og unge, voksne samt ældre



Arenaer

Sports- og rekreative områder - sociale fællesskaber - lokalområder -
bymiljøer - sundhedsinstitutioner - uddannelsesinstitutioner - arbejdspladser
- kunst, kultur & underholdning



Mellemliggende effektmål

Individuelle, sociale og strukturelle



Langsigtede effektmål

Formindske omfanget af psykiske sygdomme og psykiske lidelser - forbedre sundhed (mental og fysisk) -
nedsætte sygefravær og forbedre produktivitet på arbejdspladser - forbedre indlæring

Modellen er afgrænset til tre overordnede sociale determinanter for mental sundhed: hhv. social inklusion, frihed fra vold og diskrimination samt adgang til økonomiske ressourcer. Disse er alle beskrevet i kapitel 3.

Modellen angiver de centrale arenaer for interventioner til fremme af mental sundhed samt en række relevante effektmål (både mellemliggende og langsigtede), som interventionerne kan måles i forhold til. Disse mål opstilles hhv. på individ-, lokalsamfunds- og samfundsniveau.

Blandt de mellemliggende mål på individniveau er øget involvering i nærområdet samt forbedret selvopfattelse nævnt som relevante effektmål. Langsigtet er målene at forøge individers følelse af tilhørsforhold samt at reducere forekomsten af stress, depression og angst.

For organisationer og lokalområder (fællesskaber) er det et mellemliggende effektmål, at de bliver mere inkluderende og støttende. Det langsigtede mål består for organisationers vedkommende i integration på tværs af sektorer og for lokalområder i at skabe trygge rammer med mindre vold og diskrimination.

På samfundsniveau er det et mellemliggende mål, at der er større inklusion i samfundet, samt at der skabes mere inkluderende statslige strukturer. Det vil sige strukturer, der er åbne over for alle uanset race, kultur, seksuel orientering, sygdomsforekomst etc. Det langsigtede mål er at reducere social ulighed i samfundet og forbedre befolkningens livskvalitet og forventede levetid.

Evidens for interventioner til fremme af mental sundhed

I det følgende beskrives overordnet nogle af de typer interventioner, som fremhæves i hhv. VicHealth's model [Keleher & Armstrong, 2005] og i et nyligt evidensresumé fra NICE [NICE, 2007]. Der er ikke tale om en detaljeret eller udtømmende redegørelse for evidensen vedrørende effekt af interventioner til fremme af mental sundhed. Hensigten er i stedet at give et indtryk af, hvilke typer af sundhedsfremmende interventioner, der har været iværksat, samt et indblik i indholdet af den foreliggende evidens.

VicHealth's evidensoversigt

Artikler om effekt af interventioner til fremme af mental sundhed blev inkluderet i VicHealth's evidensoversigt, hvis de opfyldte fire betingelser:

- De skulle være på niveau med systematiske reviews – dvs. der skulle være tale om oversigtsartikler, der opsummerede resultaterne fra en række studier
- De skulle indeholde klart definerede resultater vedrørende fremme af mental sundhed
- De skulle være offentliggjort på engelsk i tidsrummet 1998 - 2004
- De skulle være tilrettelagt med henblik på at påvirke sociale determinanter for mental sundhed

Interventioner vedrørende social inklusion

Blandt de typer af interventioner, som er blevet iværksat for at fremme social inklusion, er blandt andet interventioner rettet mod at opbygge sociale fællesskaber samt at reducere mobning i skoler og stress på arbejdspladser.

Interventioner rettet mod fremme af børn og unges inklusion i skoler synes at være effektive. Sådanne interventioner fremmer børnenes selvværd, selvopfattelse og evne til at håndtere udfordringer. Flere evalueringer af sådanne interventioner har desuden påvist en formindsket frekvens af selvmord og selvmordsforsøg.

Interventioner rettet mod involvering af medarbejdere i beslutningsprocesser som påvirker medarbejdernes sundhed og trivsel, har også vist sig at have positiv effekt. Specielt når disse interventioner forbedrer individernes kontrol over deres arbejde, afklarer jobfunktioner og adresserer arbejdsrelateret mobning.

Der er evidens for, at interventioner rettet mod at skabe social inklusion i nærområder for særlige grupper – herunder unge, enlige forældre, handicappede og ældre – har positiv effekt.

Interventioner vedrørende vold og diskrimination

Blandt de mest succesfulde interventioner rettet mod 'vold og diskrimination' er interventioner, som fokuserer på særlige risikogrupper fx grupper der tidligere har begået vold mod andre. Navnlig dårlige barn-forældre relationer samt familiekonflikter har vist sig at forøge risikoen for ungdomskriminalitet og voldelig, asocial adfærd. Interventioner i forhold til sådanne risikogrupper omfatter blandt andet besøg i hjemmet, familieterapi, og uddannelsesforløb i den tidlige barndom. Disse interventioner har vist sig at være effektive til at forebygge vold blandt unge, ungdomskriminalitet samt til at forbedre forholdet mellem familiemedlemmer.

Sundhedsfremmende indsatser rettet mod mobning i skolerne er en anden form for intervention, som også er rettet mod 'vold og diskrimination'. Fokus er her på skoler, enkelte klasser, individuelle børn og forældre. Dokumentation på området synes forholdsvist entydigt at tale for, at veltilrettelagte interventioner reducerer mobning blandt skolebørn. Interventioner, som også involverer forældre og nærmiljø, har vist sig effektive i forhold til at reducere kriminalitet, alkoholmisbrug, depression og suicidal adfærd.

Interventioner vedrørende adgang til økonomiske ressourcer

Visse interventioner rettet mod at forbedre adgangen til økonomiske ressourcer fokuserer på voksnes evne til at læse og skrive. Relationen mellem evne til at læse og skrive, muligheder på arbejdsmarkedet og mental sundhed har vist sig at være stærk. Kompetence til at kunne læse og skrive er vigtig for at opnå adgang til økonomiske ressourcer. Personer som har ringe forudsætninger for at læse og skrive får generelt dårligere løn og går længere tid ledige end andre. Studier viser en klar sammenhæng mellem uddannelse, beskæftigelse og sundhed. Om end interventioner rettet mod at forbedre voksnes evne til at læse og skrive sjældent er blevet evalueret direkte i forhold til mental sundhed, viser studier, at sådanne interventioner kan

forbedre målgruppens selvopfattelse og selvværd. Det tyder desuden på, at sådanne indsatser er omkostningseffektive.

Studier af interventioner rettet mod ungdomsarbejdsløshed har også vist sig at have positiv effekt på mental sundhed og trivsel. Deltagelse i disse indsatser udvikler personers kompetencer og viden samt forøger deres tro på sig selv, deres følelse af at kunne noget såvel som deres følelse af mening og mål med livet.

Rimelige boligforhold har vist sig at være en betingelse for at kunne være en del af arbejdsmarkedet og har således en klar sammenhæng med individers sundhed herunder mental sundhed og trivsel. WHO har redegjort for behovet for målrettede interventioner, der fokuserer på at bryde den negative spiral mellem fattigdom og nedsat mental sundhed fx gennem boligpolitiske initiativer. Det er dog metodisk vanskeligt at måle effekten af interventioner rettet mod at forbedre menneskers boligsituation, idet det er svært at måle specifikt, hvor meget denne determinant bidrager til individers mentale sundhed [Keleher & Armstrong, 2005].

NICE's evidensoversigt

Formålet med NICE's litteraturgennemgang var at undersøge, hvilke ikke-farmakologiske interventioner, der er effektive til at fremme mental sundhed og forebygge psykisk sygdom hos voksne (over 16 år). Det var desuden et inklusionskriterium for de udvalgte interventioner, at de skulle have som målsætning at fremme beskyttende faktorer for mental sundhed eller reducere kendte risikofaktorer.

I nedenstående gennemgang er ikke medtaget resultater vedrørende forebyggelse af psykisk sygdom. Der er desuden kun medtaget eksempler på interventioner, hvor der er påvist evidens for effekt. I den originale evidensoversigt findes også evidensudsagn om interventioner, som har hhv. utilstrækkelig og modstridende evidens [NICE, 2007].⁶

Effekt af arbejdspladsinterventioner

Der er evidens for, at interventioner der har til formål at reducere stress generelt kan medvirke til at formindske arbejdsrelateret stress – dels for interventioner der fokuserer på institutionelle faktorer, men især for interventioner der fokuserer på den enkelte: kognitiv adfærdsterapi, afslapningsteknikker og træningsprogrammer om stresshåndtering.

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

⁶ Der er også udarbejdet en forkortet dansk version af rapporten, som kan downloades på <http://www.sst.dk/evidensbasen>.

Endelig er der evidens for, at kognitiv adfærdsterapi har større effekt end afslapningsteknikker i forhold til at forbedre personers evne til at håndtere arbejdsrelateret stress og/eller reducere omfanget af arbejdsrelateret stress. Det rapporteres ikke, i hvilket omfang interventionernes holdbarhed er afhængig af en ændring i de oprindelige arbejdsforhold, hvorunder den arbejdsrelaterede stress udviklede sig.

Effekt af interventioner blandt ældre

Der er evidens for at psykosociale og psykoterapeutiske interventioner blandt ældre (specielt kognitiv adfærdsterapi og interventioner der tager sigte på at øge egenkontrol) fører til signifikant forbedrede mål for selv-rapporteret livskvalitet. Der er også evidens for, at psykosociale og psykoterapeutiske interventioner blandt ældre har størst effekt, når de (a) involverer plejehjemsbeboere (til forskel fra interventioner rettet mod ældre der bor i et lokalsamfund), (b) er målrettet enkeltpersoner (til forskel fra interventioner målrettet grupper), (c) udføres af terapeuter som både har en universitetsgrad og professionel erfaring (til forskel fra interventioner udført af terapeuter der enten har en universitetsgrad uden professionel erfaring eller ikke har en universitetsgrad).

Det tyder desuden på, at interventioner der tilbyder besøgsvenner, selvhjælpsnetværk eller gruppe-baseret støtte til udsatte ældre i form af emotionel, uddannelsesmæssig, social eller praktisk støtte, kan forbedre selv-rapporteret livskvalitet, tilpasning til dét at være blevet alene (enkestand), stress, selvværd og social funktion

Der er evidens for, at ældre som påtager sig frivilligt arbejde får en forbedret livskvalitet, samt at dem der udfører direkte arbejde (ansigt til ansigt) har størst udbytte i forhold til dem, der er involveret i mere indirekte og mindre etablerede roller som hjælpere.

Effekt af interventioner blandt forældre

Der er evidens for, at adfærdsorienterede forældreprogrammer baseret på principper for social læring har effekt i forhold til at forbedre mål der relaterer sig til oplevet forældretilstrækkelighed og tilfredshed (selvværd). Der er også evidens for, at forældreprogrammer der fokuserer på kognitiv adfærd i form af at kombinere adfærdsintervention med strategier til at strukturere forældres tænkemåde har effekt i forhold til at forbedre mål, der relaterer sig til forældres mentale sundhed herunder skyldfølelse, selvbebrejdelse, oplevet kompetence (selvværd) og frekvens af spontane negative tanker. Endelig er der evidens for, at forældreprogrammer der fokuserer på rationel emotionel terapi (RET), som er baseret på teknikker til at forbedre rationelle formodninger, har effekt i forhold til at forbedre mål for forældres skyldfølelse.

Effekt af interventioner vedrørende fysisk aktivitet

Der er evidens for, at fysisk aktivitet er positivt associeret til humør og stemningsniveau, og at fysisk aktivitet kan medføre øget trivsel via en forbedring af den fysiske selvopfattelse. Det tyder også på, at personer som er meget fysisk aktive oplever flere positive effekter af fysisk aktivitet i forhold til personer som er mindre aktive.

Massemedier

Der er evidens for, at kampagner via massemedierne kan have en positiv effekt på lokalsamfundets viden og holdninger i forhold til mental sundhed. De kan også have betydning i form af at fremme individuel adfærd, der forbedrer den enkeltes mentale sundhed.

Det kan synes meget spredt, hvilke arenaer, målgrupper og emner der er medtaget i NICE's evidensoversigt. Dette afspejler dog ikke mangel på systematik, men at det ganske enkelt er svingende i hvilket omfang, der findes resuméer af evidens for effekt af interventioner til fremme af mental sundhed. Det tyder dog på, at der vil komme et bedre dokumentationsgrundlag i de kommende år, hvor NICE blandt andet sætter fokus på mental sundhed. Der forventes således at blive publiceret evidensoversigter og retningslinjer inden for en række specifikke områder: fremme af mental sundhed blandt ældre, i grundskolen, på ungdomsuddannelser og på arbejdspladser.

Sammenfatning

Aktiviteter til fremme af mental sundhed har en længere historie bag sig, som kan spores tilbage til begyndelsen af 1900-tallet. I dag har arbejdet med at fremme mental sundhed dog et bredere perspektiv. Formålet med at fremme mental sundhed er at øge psykologisk velbefindende, funktionsevne og modstandskraft samt at skabe støttende livsbetingelser og omgivelser.

Der er i øjeblikket initiativer i gang for at systematisere foreliggende viden om, hvilke indsatser til fremme af mental sundhed, der har påvist effekt i forhold til bestemte arenaer og målgrupper. På internationalt plan foregår samtidig en løbende afprøvning af nye indsatser. Dokumentationen på området forventes derfor at stige i de kommende år.

Appendiks om sundhedsbegreber

- mental sundhed i forhold til generelle begreber om sundhed og sygdom

Der findes en omfattende diskussion af forskellige forslag til definitioner af sundhed og sygdom. Spørgsmålene bliver ikke mindre komplekse, når man retter fokus mod det element af sundhed som har med det mentale område at gøre. Er mental sundhed noget andet end sundhed – er der brug for forskellige begreber? Litteraturen om mental sundhed er hverken entydig, når det kommer til en bestemmelse af hvad mental sundhed er, eller til en afklaring af hvordan begrebet 'mental sundhed' skal ses i forhold til velkendte debatter om sundheds- og sygdomsbegreber mere generelt. Ikke desto mindre bliver de generelle begreber ofte bragt til torvs i diskussionen af, i hvilket omfang man skal gøre noget for at forbedre mental sundhed. Det kan derfor være en hjælp i forbindelse med at sætte fokus på mental sundhed, at genopfriske, hvordan de generelle sundhedsbegreber er blevet diskuteret, og hvor i forhold til denne diskussion begrebet 'mental sundhed' kan placeres.

Hvad er sundhed?

I praksis har de fleste - sundhedsprofessionelle såvel som lægfolk - en rimelig klar forståelse af, hvad begreberne om henholdsvis sundhed og sygdom dækker over. Har man brækket benet eller en tumor i hjernen, så er man ikke rask, men syg. Lider man derimod ikke af nogen sygdomme, så er man rask. 'Syg' og 'rask' bliver dermed ofte regnet for modsætninger. I forhold til sundhed vil mange givetvis mene, at man kan være syg men sund (hvis man fx har influenza men ellers lever sundt). Og at man kan være rask men usund (hvis man fx ikke er syg men ryger 40 cigaretter om dagen).

Ikke desto mindre vil en del nok alligevel vige tilbage for at kalde alvorligt syge personer for sunde (er en person med fremskreden lungekræft som lever sundt sund?). Noget af det, der driller, er, at vi bruger 'sundhed' i forskellige betydninger. Ofte bliver sundhed opfattet som en ressource eller en kompetence. I denne betydning kan man både være syg og sund. Andre gange bliver sundhed opfattet som en kropslig tilstand på linje med raskhed, og så er det mere vanskeligt at være syg og sund på samme tid.

Den akademiske debat om sygdoms- og sundhedsbegreber går på, hvad de nærmere definitioner af sygdom og sundhed er, eller bør være. Debatten antager lidt forskellige former og proportioner, alt efter hvilket sundhedsfagligt felt den føres i (fx sundhedspædagogik, biomedicin, folkesundhed eller medicinsk filosofi og etik). Her er den filosofiske indfaldsvinkel lagt til grund, da det er den der har fokuseret mest på de begrebslige aspekter af sygdom og sundhed til forskel fra fx politiske og pædagogiske aspekter.

Uden for meget simplificering kan man sige, at der navnlig er to synspunkter, der står overfor hinanden. Ifølge det ene, som kaldes den *snævre* eller den *negative* definition af sundhed, er sundhed ganske simpelt defineret som fravær af sygdom. En person som ikke viser nogle tegn på at være syg er med andre ord, ifølge denne definition, sund. Sygdom er endvidere defineret som, at organismen på den ene eller den anden måde ikke fungerer rigtigt. Denne definition af sygdom bliver ofte omtalt som det *biomedicinske sygdomsbegreb* [Wulff, 2001]. At en person er syg indebærer, at en eller flere af organismens funktioner er sat ud af kraft, eller ikke lever op til hvad der er gennemsnitligt normalt fx i forhold til aldersgruppen.

Over for det snævre sundhedsbegreb (og det tilhørende biomedicinske sygdomsbegreb) står, hvad man ofte kalder et *bredt* eller et *positivt* sundhedsbegreb, hvor sundhed opfattes som andet og mere end blot fravær af fejlfunktioner i organismen, og i stedet defineres via oplevelsen af høj livskvalitet samt muligheden for at virkeliggøre vigtige livsmål (mere herom nedenfor).⁷

Det biomedicinske sygdomsbegreb er bredt accepteret, og man genfinder fx elementer af det i Sundhedsstyrelsens definition af sundhed: ”en tilstand hos et individ der vurderes som værende fri for negativ følge af fysisk eller mental forstyrrelse hos individet”. Sundhedsstyrelsen arbejder dog også med en alternativ definition af sundhed, som lægger sig tæt op af et bredt sundhedsbegreb: ”en tilstand hos et individ eller en gruppe af individer karakteriseret ved fysisk, mental og social trivsel”.

En stor del af de seneste årtiers diskussion af sundhedsbegrebet har drejet sig om rimeligheden af det snævre sundhedsbegreb. Fx har man hævdet, at begrebet ikke indfanger den dagligdags betydning af sundhed og sygdom. Kritikere har i stedet, som nævnt, foreslået et bredt begreb om sundhed. Den centrale ide er, at sundhed forstås som høj livskvalitet samt muligheden for at virkeliggøre centrale livsmål [Nordenfelt, 2007; Holland, 2007]. Sundhed defineres med andre ord ikke som *fravær* af sygdom, men som *tilstedeværelsen* af trivsel og livskvalitet. Her er WHO's brede definition af sundhed uden tvivl den bedst kendte og mest indflydelsesrige. Ifølge denne definition er sundhed en ”tilstand af fuldstændig fysisk, mental og social trivsel og ikke blot fraværet af sygdom eller svækkelse” [WHO, 1948].

Da WHO lancerede definitionen i 1948 var det blandt andet et led i en bestræbelse på at udvide dagsordenen på sundhedsområdet. Dels fra sygdomsbehandling til også at inkludere forebyggelse. Og dels fra et individuelt syn på sygdom og sundhed til også at inkludere sociale og samfundsmæssige faktorer. Dette blev siden fulgt op med Ottawa Chartret i 1986, som blandt andet var med til at udvikle det brede sundhedsbegreb fra opfattelsen af sundhed som en tilstand i retning af opfattelsen af sundhed som en ressource.

⁷ Der findes også andre sundhedsbegreber i debatten, fx har den svenske filosof Lennart Nordenfelt udviklet et begreb om sundhed, der går på individets evne til at realisere vitale mål [Nordenfelt, 2007]. Her har vi dog valgt at fokusere på de to mest fremtrædende begreber.

Lidt forenklet synes det at følge af det brede sundhedsbegreb, at en person, der fx har astma men oplever en høj grad af trivsel, kan være mere sund, end en person som er rask men trist og modløs. Det brede sundhedsbegreb indfanger hermed en del af betydningen af, hvad det vil sige at være sund, som ikke blev indfanget i den mere snævre opfattelse af sundhed.

Omvendt er det brede sundhedsbegreb blevet kritiseret for at være for bredt og inkluderende. Det kan fx forekomme som en uoverskuelig og svært afgrænselig opgave, hvis sundhedsvæsenet skal have som mål at fremme sundhed i denne omfattende forstand [Daniels, 2008]. Modsvaret båret frem af WHO har dog primært bestået i at pointere, at sundhedsvæsenet hverken kan eller bør stå alene i bestræbelsen på at fremme sundhed, og at dette netop indebærer samarbejde på tværs af de centrale samfundssektorer [WHO, 2008].

Forudsætter mental sundhed et bestemt sundhedsbegreb?

På trods af at de centrale aktører inden for debatten om mental sundhed tager afsæt i et bredt sundhedsbegreb, er det imidlertid også muligt at se fremme af mental sundhed som en vigtig målsætning ud fra en snæver opfattelse af sundhed. I det omfang determinanter for mental sundhed er kausalt korreleret til psykisk og somatisk sygdom, er det fuldt foreneligt med et snævert sundhedsbegreb at iværksætte sundhedsfremmende indsatser med henblik på at påvirke disse determinanter. De praktiske implikationer af de forskellige sundhedsbegreber er således næppe så store, som det er blevet antaget i debatten om de forskellige sundhedsbegreber [Holland, 2007].

Dertil kommer, at dét at tilslutte sig et bestemt sundhedsbegreb ikke nødvendigvis forpligter en på en bestemt holdning til, hvilke opgaver sundhedsvæsenet *bør* varetage. For tilhængere af det biomedicinske sygdomsbegreb er det nærliggende at fokusere på de fysiske og psykiske tilstande, der begrænser menneskers normalfunktion og forhindrer dem i at leve et liv fri for sygdom og lidelse. Men dermed ikke sagt, at man skal afholde sig fra at rette en indsats mod forekomsten af tilstande, som spiller en afgørende rolle for menneskers mulighed for at leve et godt liv, i det omfang sundhedsvæsenet har den fornødne ekspertise, eller kan bidrage til at den udvikles og bringes i anvendelse [Kappel, 1996].

Bilag 1

WHO og EU: Initiativer og rapporter om mental sundhed

WHO

The WHO Mental Health Global Action programme:

The WHO 'Prevention and promotion in mental health' document, 2002:

WHO. Mental Health Declaration for Europe, 2005:

WHO. Mental Health Action Plan for Europe, 2005:

WHO The Optimal Mix of Services For Mental Health, 2007:

The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope, 2001.

Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice, 2004.

Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options, 2006.

EU

The European Network on Mental Health Policy (etableret 1995).

The Key Concepts for European Mental health Promotion, 1997.

EC Mental health Indicators Project, 1999.

EU-kommissionens Grønbog: Forbedring af befolkningens mentale sundhed: på vej mod en strategi for mental sundhed i den Europæiske Union, 2005.

European Pact for Mental Health and Well-being, 2008.

Bilag 2

Pyskiske lidelser i Danmark

I løbet af et år vil ca. 20% af befolkningen have symptomer svarende til kriterierne for en eller flere psykiske sygdomme. Det svarer til 700.000 - 800.000 voksne danskere.

Ofte underdiagnosticeres psykisk sygdom i almen praksis – eller diagnosticeres med betydelig forsinkelse.

I 2004 var ca. 82.000 personer i behandling i sygehusvæsenet pga. psykisk sygdom (ambulant, skadestue, indlæggelse).

Psykiske sygdomme er forbundet med overdødelighed og øget forekomst af somatiske (fysiske) sygdomme.

Psykiske lidelser er årsag til mere end 45% af tilkendte førtidspensioner.

I 2005 var der 628 selvmord i Danmark svarende til 1,2% af alle dødsfald. Antallet af selvmord er faldet markant siden 1980.

I 1995-2004 blev der årligt registreret 1.600 - 2.000 skadestuekontakter som følge af selvmordsforsøg blandt mænd og 1.700 - 2.400 blandt kvinder, men det reelle antal selvmordsforsøg er formentlig betydeligt højere.

Forekomsten af selvmordsforsøg er uændret blandt mænd men stigende blandt især unge kvinder.

Kilder: Statens Institut for Folkesundhed, 2007; Ankestyrelsen, 2008.

Litteratur

- Albus C, Jordan J, Herrmann-Lingen C, 2004. Screening for psychosocial risk factors in patients with coronary heart disease - recommendations for clinical practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 11: 75-79.
- Alloy LB, Abramson LY, Urosevic S, Walshaw PD, Nusslock R, Neeren AM, 2005. The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clin Psychol Rev*, 25: 1043–1075.
- Ankestyrelsen, 2008. *Nyhedsbrev: Førtidspension 2008-2*.
- Barry MM & Jenkins R, 2007. *Implementing Mental Health Promotion*. Churchill Livingstone Elsevier.
- Bertolote J, 2008. The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry*, 7:113-116.
- Brandes M & Bienvenu OJ, 2006. Personality and Anxiety Disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 8:263–269.
- Busjahn A, Faulhaber H, Freier K, Luft FC, 1999. Genetic and enviromental influences on coping: a twin study. *Psychol Med* 61: 469-475.
- Carlsen K, Jensen AB, Jacobsen E, Krasnik M, Johansen C, 2005. Psychosocial aspects of lung cancer. *Lung Cancer*, 47 : 293—300.
- Chida Y & Hamer H, 2008. An association of adverse psychosocial factors with diabetes mellitus: a meta-analytic review of longitudinal cohort studies. *Diabetologia* DOI 10.1007/s00125-008-1154-1.
- Christensen MV & Kessing LV, 2006. Do personality traits predict first onset in depressive and bipolar disorder? *Nord J Psychiatry*, 60(2):79-88.
- Dalton SO, Boesen EH, Ross L, Schapiro IR, Johansen C, 2002. Mind and cancer: do psychological factors cause cancer? *Eur J Cancer*, 38: 1313–1323.
- Daniels, N, 2008. *What Is the Special Moral Importance of Health?* Just Health. Cambridge University Press.
- Dansk Psykiatrisk Selskab, 2004. *Psykiatriens kerneopgaver og udfordringer 2004 - 2010*.
- DeNeve KM & Cooper H, 1998. The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychol Bull* 124 (2): 197-229.

Eriksson M & Lindström B, 2006. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 60: 376-381.

EU, 2005. *Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*.

EU, 2007. *White Paper: Together for Health: A strategic Approach for the EU 2008 - 2013*.

EU, 2008. *European Pact for Mental Health and Well-being*. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/mental_health_en.htm

Hoge EA, Austin ED, Pollack MH, 2007. Resilience: research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety*, 24:139–152.

Holland S, 2007. *Health Concepts and Promotion. Public Health Ethics*. Cambridge: Polity Press.

Hosman CMH, 1997. The concept of mental health promotion. In Lorang E (ed). *Impact of family, school and media on the well-being of children and adolescents*. Luxembourg: Pro Sana Vita/ European Commission.

Huppert FA, 2005. Positive mental health in individuals and populations. In: Huppert FA., Baylis N., Keverne B. *The science of well-being*. Oxford: Oxford University Press.

Jané-Llopis E, 2006. *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of stories*. Luxembourg, European Communities.

Jané-Llopis E & Anderson P, 2007. A policy framework for the promotion of mental health and the prevention of mental disorders. In: Knapp M, McDaid D, Mossialos E , Thornicroft G (ed). *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care*. Open University Press.

Johansen JS, Rahbek J, Møller K, Jensen L, 2004. *Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. MarselisborgCentret og Rehabiliteringsforum Danmark.

Kappel K, 1996. *Medicinsk Etik - en filosofisk diskussion af bioetiske grundproblemer*. Gyldendal.

Keleher H & Armstrong R, 2005. *Evidence-based mental health promotion resource*, Report for the Department of Human Services and VicHealth, Melbourne. <http://www.health.vic.gov.au/healthpromotion/quality/mhp.htm>

- Kendler K, Kessler RC, Heath AC, Neale MC, Eaves LJ, 1991. Coping: a genetic epidemiological investigation. *Psychol Med* 21: 337-346.
- Keyes CLM, 2005. Mental illness and or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol*, 73(3):539-48.
- Keyes CLM, 2007. Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing. A Complementary Strategy for Improving National Mental Health. *Am Psychol*, 62(2):95-108.
- Mandag Morgen A/S, 2008. *Fremtidens forebyggelse – ifølge danskerne*.
- Markowitz FE, 2001. Modelling processes in recovery from mental illness: relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *J Health Soc Behav* 42:64-79.
- Massé R, Poulin C, Dassa C, Lambert J, Bélair S, Battaglini A, 1998. The structure of mental health: higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Soc Indic Res*, 45 (1-3): 475-504.
- McDaid D, 2008. *Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe*. Produceret for EU-kommissionen.
- Munafò MR, Clark TG, Moore LR, Payne E, Walton R, Flint J, 2003. Genetic polymorphisms and personality in healthy adults: a systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry* 8 (5): 471-484.
- National Institute of Clinical Excellence (NICE), 2007. *Public health interventions to promote positive mental health and prevent mental health disorders among adults*.
- Nielsen NR, Kristensen TS, 2007. *Stress I Danmark – Hvad ved vi?* Sundhedsstyrelsen.
- Nordenfelt L, 2007. The concepts of health and illness revisited. *Med Health Care Philos*, 10:5-10.
- Perris C & Perris H, 1998. *Personlighedsforstyrrelser*. Hans Reitzels Forlag.
- Pratt CW, Gill KJ, Barrett NM, Roberts MM, 2007. *Psychiatric Rehabilitation*. 2. Edition. Elsevier Inc.
- Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L, 2005. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. The emerging field of behavioral cardiology. *J Am Coll Cardiol*, 45: 637-665.

- Rutter M, 2006. Implications of Resilience concepts for scientific understanding. *Ann N Y Acad Sci* 1094: 1-12.
- Sartorius N, 2002. Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ*, 324(7352):1470-1471.
- Secker J, 1998. Current conceptualization of mental health and mental health promotion. *Health Educ Res*, 13(1):57-66.
- Smith TW & MacKenzie J, 2006. Personality and risk of physical illness. *Annu Rev Clin Psychol*, 2: 435–67.
- State of Victoria, 2008. *Mental health matters*.
<http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/reformstrategy/mhmatters-rep08.pdf>
- Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2007. *Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007*. Kjølner, M, Juel, K & Kamper-Jørgensen, F (red.).
- Sundhedsstyrelsen, 2005. *Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*.
- Sundhedsstyrelsen, 2008. *Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats*.
- Torgersen S, 1995. *Personlighed og personlighedsforstyrrelser*. Universitetsforlaget.
- Tudor K, 1996. *Mental Health promotion: paradigms and practice*. Routledge.
- Vaillant GE, 2003. Mental Health. *Am J Psychiatry*, 160:1373–1384.
- VicHealth, 2005. *A Plan for Action 2005 – 2007. Promoting Mental Health and Well-being*.
- WHO, 1948. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization* as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946.
- WHO, 1986. *The Ottawa Charter for Health Promotion*.
- WHO, 2001. *The World health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*.
- WHO, 2004a. *Promoting Mental Health*. Af: Herrman, H., Saxena, S. & Moodie, R. (eds.).
- WHO, 2004b. *Prevention of Mental Disorders. Effective interventions and policy options*.
- WHO, 2005a. *Mental Health Action Plan for Europe - Facing the Challenges, Building Solutions*.

WHO, 2005b. *Mental Health Declaration for Europe - Facing the Challenges, Building Solutions.*

WHO, 2008. *Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health.*

Widiger TA, Simonsen E, Sirovatka PJ & Regier DA, 2006. *Dimensional Models of Personality Disorders. Refining the Research Agenda for DSM-V.* American Psychiatric Association.

Wulff H, Pedersen, SA & Rosenberg R. 2001. *Den mekaniske sygdomsmodel.* Medicinsk Filosofi. Munksgaard.

Zechmeister I, Kilian R, McDaid D, The MHEEN group, 2008. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health*, 8(1):20.

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Center for forebyggelse
Islands Brygge 67
2300 København S
Telefon 72 22 74 00
Telefax 72 22 74 11
sst@sst.dk