

RAPPORT

2018

FOREBYGGING BLANT BARN OG UNGE

Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt

Jens Christoffer Skogen

Otto R. F. Smith

Leif Edvard Aarø

Johan Siqveland

Simon Øverland

Forebygging blant barn og unge

Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelsetiltak. En kunnskapsoversikt.

Jens Christoffer Skogen, Otto R. F. Smith, Leif Edvard Aarø,
Johan Siqveland, Simon Øverland

Interne bidragsytere: Ragnhild Eek Brandlistuen,
Therese Kristine Dalsbø, Lars Johan Hauge, Arnfinn Helleve, Tonje Holt,
Marit Knapstad, Ann Kristin Knudsen, Anne Reneflot, Ingeborg Margrete
Rossow, Viktor Schønning, Ole Trygve Stigen, Melanie Lindsay Straiton, Pål
Surén, Mari Vaage Wang

Eksterne bidragsytere: Monica Martinussen, Rune Mentzoni,
Ove Heradstveit, Trine Eikrem

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for psykisk og fysisk helse
Avdeling for helsefremmende arbeid
Juni 2018

Tittel:

Barn og unges psykiske helse:
Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt.

Forfattere:

Jens Christoffer Skogen
Otto R. F. Smith
Leif Edvard Aarø,
Johan Siqveland
Simon Øverland

Interne bidragsytere:

Ragnhild Eek Brandlistuen
Therese Kristine Dalsbø
Lars Johan Hauge
Arnfinn Helleve
Tonje Holt
Marit Knapstad
Ann Kristin Knudsen
Anne Reneflot
Ingeborg Margrete Rossow
Viktor Schønning
Ole Trygve Stigen
Melanie Lindsay Straiton
Pål Surén
Mari Vaage Wang

Eksterne bidragsytere:

Monica Martinussen
Rune Mentzoni
Ove Heradstveit
Trine Eikrem

Oppdragsgiver:

Helse- og omsorgsdepartementet

Publikasjonstype:

Rapport

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets
nettsider: www.fhi.no

Lay-outmal:

Per Kristian Svendsen

Grafisk design omslag:

Fete Typer

ISBN elektronisk utgave: 978-82-8082-925-2

Emneord (MeSH): Psykisk helse, barn og unge, helsefremmende tiltak, forebygging

Sitering: Skogen JC, Smith ORF, Aarø LE, Siqveland J, Øverland S. " Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt." . [Mental health among children and adolescents. Health-promoting and preventive public health interventions. A summary of evidence about effects.] Rapport 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018.

Innhold

Sammendrag	7
Innledning	7
Metode	7
Resultat	7
Diskusjon	8
Konklusjon	8
Key messages (English)	9
Executive summary (English)	10
Introduction	10
Method	10
Results	10
Discussion	11
Conclusion	11
Forord	12
Innledning	13
Bakgrunn for rapporten	13
Arenaer for helsefremmende og forebyggende arbeid	14
Rammer, strukturer og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet	15
Prinsipper i forebyggende arbeid	16
Risikofaktorer for psykisk uhelse blant barn og unge	17
Forekomst av psykiske plager og lidelser hos barn og unge	19
Sykdomsbyrde for psykiske lidelser og ruslidelser blant barn og unge i Norge	20
Konsekvenser av psykiske plager og lidelser for barn og unge	21
Avgrensning og problemstilling: Formålet med rapporten	22
Sentrale begrep	23
Psykisk helse	23
Psykiske plager	23
Internaliserende og eksternaliserende plager	23
Psykiske lidelser	23
Livskvalitet og trivsel	23
Faktorer som har betydning for den psykiske helsen	24
Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid og folkehelsearbeid	24
Tiltaksnivå	25
Forebygging versus behandling	26
Innsats på tvers av arenaer	26
Metode	27
Litteratursøk og utvelgelse av oversikter	27
Supplerende litteratursøk	28
Supplerende litteratursøk: Tiltak for å utjevne sosioøkonomiske forskjeller	28
Vurdering av kvalitet	29
Metaanalyser og effektestimat	29
Oppsummering av resultater	30

Gjennomgang av offentlige tjenester i det forebyggende arbeidet	33
Helsestasjon for barn	33
Barnevernet	34
Familievernet	35
Familiens hus	35
Barnehage	36
Skole	36
Skolehelsetjenesten	37
PPT/OPT	38
Helsestasjon for ungdom	38
Fastlegetjenesten	39
Kommunelegen	39
Psykologer i de kommunale helse og omsorgstjenestene	39
Kunnskapsstøtte	40
Resultat av litteratursøk	41
Forebyggende tiltak i barn og unges daglige miljø	41
Familie	41
Tiltak for å fremme barns psykiske helse gjennom foreldrestøtte	43
Tilknytning	46
Tiltak for å forebygge og redusere forekomst av atferdsvansker	47
Tiltak for å forebygge og redusere forekomst av internaliserende vansker	48
Forebygging og tiltak for å fremme barns psykiske helse i familier med risiko eller vansker	48
Oppsummering av kunnskapsgrunnlag på forebyggende tiltak i familie	50
Barnehage	50
Barnehage som arena: programmer og tiltak	50
Kvaliteten på barnehagen er av stor betydning	52
Virkninger av gruppebasert omsorg utenfor hjemmet	53
Høykvalitetsbarnehager: Forebyggende og helsefremmende funksjon	54
Barnehagers forebyggende og helsefremmende funksjon hos utsatte grupper	54
Høykvalitetsbarnehager som arena for indikativ forebygging	56
Oppsummering av kunnskapsstatus for barnehager	57
Skole	57
Forebygging av angst og depresjon	58
Psykisk helse i skolen	62
Mentorprogrammer	63
Forebygging av spiseforstyrrelser	64
Mobbing, vold og atferdsproblemer	65
Skolen og identifikasjon av omsorgssvikt	68
Oppsummering: Behov for sterkere evalueringsmetodikk på skoletiltak	68
Frivillighet, fritidsarenaer og fysisk aktivitet	69
Frivillig sektor	69
Fysisk aktivitet	70
Organisert idrett	70
Media og digitale arenaer	71
Oppsummering	73

Tiltak rettet mot flyktninger og asylsøkere	74
Om psykiske vansker i innvandrerbefolkningen	74
Forebyggende tiltak og innvandrerbefolkningen	75
Tidlig identifikasjon av psykiske plager blant asylsøkere	77
Forebyggende tiltak for å hindre vold og overgrep mot barn og unge	78
Foreldrestøttende tiltak for å forebygge vold og overgrep mot barn	78
Forebygging av seksuelle overgrep mot barn og unge	79
Vold i kjæresteforhold blant ungdom	80
Oppsummering av forebyggende tiltak for å hindre vold og overgrep mot barn og unge	80
Forebygging av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading	81
Oppsummering av forebyggende tiltak rettet mot selvmord, selvmordsforsøk og selvskading	82
Forebygging av rusmiddelmisbruk blant barn og unge	83
Tiltak for å redusere sosioøkonomiske forskjeller i barn og ungdoms psykiske helse	84
Redusere forskjeller i materiell velstand	86
Tiltak overfor blivende foreldre og foreldre med små barn	87
Foreldre med psykisk lidelse	89
Barnehager som tiltak og tiltak overfor barn i barnehagealder	90
Foreldreprogram	90
Tiltak i skolen	91
Tiltak mot mobbing	93
Bruk av alkohol	93
Unge i arbeidslivet	94
Oppsummering	94
Diskusjon	96
Om rapporten	96
Oppsummering av de viktigste resultatene	96
Skole	96
Barnehage	97
Familie	98
Sosial ulikhet	98
Mest forskning på tiltak i skolen	99
Andre systematiske kunnskapsoppsummeringer av systematiske kunnskapsoppsummeringer av relevans	99
Folkehelseiltak rettet mot psykiske lidelser som en økonomisk gunstig strategi	101
Styrker og svakheter ved tilnærmingen brukt i rapporten	101
Evaluering av folkehelseiltak er krevende	104
Sammenheng med andre nasjonale kunnskapsoppsummeringer	105
Internasjonale systematiske kunnskapsoppsummeringer: Overførbarhet til norske forhold	106
Bias som utfordring i tolkning av funn fra systematiske kunnskapsoppsummeringer	107
Fra effektstudier til gjennomføring i stor målestokk	107
AMSTAR til å vurdere kvaliteten av kunnskapsoppsummeringer	108
Identifiserte kunnskapshull	109
Brukermedvirkning	110
Forebygging i et livsløpsperspektiv	111
Konklusjon	112
Referanser	114
Vedlegg	137

Hovedbudskap

Denne rapporten er en oppsummering av eksisterende kunnskap knyttet til forebyggende og helsefremmende tiltak som har som mål å styrke den psykiske helsen til barn og unge. Rapporten benytter seg av systematiske kunnskapsoppsummeringer for å beskrive kunnskapsgrunnlaget på tvers av aktører, og på tvers av arenaer hvor barn og unge befinner seg. Basert på disse kunnskapsoppsummeringene er det grunnlag for en viss optimisme knyttet til muligheten for å forebygge psykiske lidelser, særlig angst og depresjon, gjennom målrettede tiltak. Det trengs likevel videre kunnskapsutvikling om hvordan dette best skal gjøres og tilpasses norske forhold og hvordan unike forebyggende tiltak og helsefremmende arbeid virker sammen for å bedre psykisk helse hos barn og unge i Norge.

Sammendrag

Innledning

Et stort antall barn og unge vil på ett eller flere tidspunkt i oppveksten oppleve å ha psykiske lidelser. For noen vil lidelsene vedvare over tid og inn i voksenlivet. God psykisk helse er en viktig ressurs i oppvekst, utdanning og inn i livet som ung voksen. Omfanget av psykiske lidelser og tilknyttet sykdomsbyrde gjør helsefremmende og forebyggende arbeid for å sikre barn og unges psykiske helse til et viktig satsingsområde.

Det forebyggende og helsefremmende arbeidet for å bedre barn og unges psykiske helse må foregå der barn og unge befinner seg, og de viktigste arenaene vil være utenfor helsetjenestene. For å nå målet om å gi et bredt og oppdatert kunnskapsgrunnlag for hva som kan gjøres for å fremme psykisk helse og forebygge psykisk uhelse hos barn og unge, har vi arbeidet langs to spor. Det ene sporet gir en kortfattet oversikt over sentrale offentlige tjenester i det forebyggende arbeidet. Denne oversikten har blitt til gjennom søk etter informasjon og diskusjon med fagpersoner, og har som mål å gi en kontekst for folkehelsearbeidet knyttet til barn og unges psykiske helse. Det andre sporet gir en oppdatert forskningsbasert kunnskapsoversikt over sentrale arenaer for tiltak og ulike typer tiltak.

Metode

Vi har brukt flere metodiske tilnærminger i arbeidet med denne rapporten. I omtalen av arenaer og sentrale offentlige tjenester har vi fått skriftlige bidrag av fagpersoner med kjennskap til de ulike temaene. For å finne kunnskap om effekt av tiltak har vi søkt etter eksisterende systematiske oversikter av helsefremmende og forebyggende tiltak for barn og unges psykiske helse. Vi har vurdert kvaliteten på alle identifiserte oversikter ved bruk av en sjekkliste og gjengitt hovedresultatene som har relevans for formålet med denne rapporten. I tillegg har vi søkt etter andre kilder og gjort supplerende søk for å få med mest mulig oppdaterte resultater. Vi gjennomførte et eget søk på effekter av mulige tiltak for å redusere sosiale ulikheter i psykisk helse blant barn og unge.

Resultat

Vi identifiserte 15 systematiske litteraturoppsummeringer som møtte kvalitetskriteriene vi satte for å bli inkludert i denne rapporten. Disse oppsummeringene dekket til sammen rundt 500 enkeltstudier med til sammen mer enn 150 000 deltagere. Over halvparten av de inkluderte oppsummeringene var av nyere dato og publiserte i 2016 eller senere. Flere av de inkluderte oppsummeringene omhandlet tiltak gjennomført i skolesammenheng. Studiene gir støtte til at depresjon og angst kan forebygges på kort sikt gjennom spesifikke tiltak i skolen. Effektene på langt sikt var mer usikre. Antall effektstudier i barnehager var langt lavere enn for skolen. Det finnes store mengder studier på tiltak for familier, mange av disse i grenseland mellom behandling og forebygging. To systematiske oppsummeringer av tiltak for å styrke foreldreferdigheter viste effekter for psykisk helse hos barna. Svært få av de oppsummeringene vi fant hadde et helsefremmende fokus. Vi fant få studier som direkte omhandlet effekten av tiltak for å utjevne sosiale forskjeller i psykisk helse blant barn og unge. Forskningen gir likevel grunnlag for å peke på lovende tiltak, først og fremst tiltak relatert til barnefamiliers økonomi, barnehager av god kvalitet og program for bedre foreldreskap (parenting) og tiltak for å bedre foreldres psykiske helse. Flere av de

systematiske kunnskapsoppsummeringene som ble inkludert i denne rapporten konkluderer med at risikoen for systematiske skjevheter i de aller fleste primærstudiene kan ha påvirket effektestimaterne. Dette reduserer i forlengelsen kvaliteten på dokumentasjon som presenteres i denne rapporten.

Diskusjon

Det er behov for mer og bedre forskning på hvilke tiltak som er effektive for å forebygge psykiske lidelser og fremme psykisk helse hos barn og unge. Den internasjonale oppsummerte litteraturen understøtter at det er mulig å forebygge psykiske lidelser og fremme psykisk helse, og gir en pekepinn på ulike modeller og prinsipper det kan jobbes etter for å oppnå dette. Det er likevel et klart behov for flere primærstudier av høy kvalitet og tilstrekkelig utvalgsstørrelse som kan belyse problemstillinger rundt effekter over tid og effekter i ulike grupper.

Konklusjon

Det forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot barn og unges psykiske helse favner over en rekke aktører og arenaer. Det foreliggende kunnskapsgrunnlaget gir grunn til optimisme når det gjelder muligheten for å forebygge psykiske lidelser, særlig angst og depresjon, gjennom målrettede tiltak. Det trengs likevel videre kunnskapsutvikling om hvordan dette best skal gjøres og tilpasses norske forhold og hvordan ulike forebyggende tiltak og helsefremmende arbeid virker sammen for å bedre psykisk helse hos barn og unge i Norge.

Key messages (English)

This report is a summary of existing knowledge related to preventive and health promotion measures aimed at strengthening the mental health of children and adolescents. The report uses systematic reviews to describe the knowledge base across stakeholders, and across arenas where children and young people are located. Based on these reviews, we can conclude that there is basis for some optimism related to the possibility of preventing mental disorders, especially anxiety and depression, through targeted measures. In most areas covered by this report, there are few research based evaluation studies from Norway available. Programmes developed and tested in other countries and cultures need to be carefully adapted to and evaluated before being widely disseminated in Norwegian contexts.

Executive summary (English)

Introduction

A large number of children and adolescents will experience mental disorders at one or more times while growing up. For some, the disorders will persist over time and into adulthood. Good mental health is an important resource when growing up, during educational efforts and when entering young adulthood. The extent of mental disorders and associated disease burden makes health promotion and preventive efforts to ensure the mental health of children and adolescents a high priority area.

The preventive and health promotion work to improve the mental health of children and adolescents must take places where children and young people live and spend time, and the most important arenas are located outside of the health services. In order to reach the goal of providing a broad and up-to-date knowledge base on what can be done to promote mental health and prevent mental ill health in children and adolescents, we have worked along two lines. The first line provides a brief overview of key public services in the preventive work. This overview has been established through search for information and discussion with professionals, and aims to provide a context for public health work related to the mental health of children and adolescents. The second line provides an up-to-date research-based knowledge overview of key arenas for actions and different types of measures.

Method

We have used several methodological approaches in the work on this report. In the discussion of arenas and central public services, we have received written contributions by professionals familiar with the various topics. To investigate the effect of different preventive and health promoting measures, we have employed existing systematic reviews with a specific focus on children and young people's mental health. We have reviewed the quality of all identified systematic reviews using a well-established checklist and we present the main results that are relevant to the purpose of this report. Furthermore, we have searched for information from other sources whenever needed. We conducted a separate search for studies and reviews on the effects of measures to reduce social inequalities in mental health among children and adolescents.

Results

We identified 15 systematic reviews that met the quality criteria we established for inclusion in the report. These reviews covered around 500 individual studies with a total of more than 150,000 participants. More than half of the reviews included were published in 2016 or later. Several of the reviews included measures implemented in school contexts. The studies indicated that depression and anxiety can be prevented in the short term through school-based interventions. The long-term effects were more uncertain. The number of effect studies in kindergartens was far lower than for the school. There are large amounts of studies on preventive measures for families, many of these in in the borderline between treatment and prevention. Two systematic reviews of measures to strengthen parental skills showed effects on mental health in children. Very few of the reviews we found had a health-promoting focus. We found few studies directly related to the effect of measures to decrease socioeconomic inequalities in mental health among children and adolescents. Research, however, provides grounds for pointing to promising

measures aimed at decreasing inequalities in mental health, primarily related to reducing poverty in families, ensuring access to high-quality kindergartens and programs aimed at improving the mental health of parents and parenting practices. Several of the systematic reviews summarized in this report conclude that the risk of systematic bias in most of the primary studies may have impacted the effect estimates. This in turn reduces the quality of evidence presented in this report.

Discussion

There is a need for more and better research on the effectiveness of programmes and measures for the prevention of mental disorders and the promotion of mental health in children and adolescents. Available evidence provides some reason for optimism, and gives a pointer to different models and principles that can be pursued to achieve this. However, there is a clear need for more high quality primary studies that can illuminate issues related to long-term effects of interventions and variation in interventions effects across subgroups.

Conclusion

The preventive and health promotion work aimed at children and young people's mental health covers a number of stakeholders and arenas. The present knowledge base gives rise to optimism regarding the possibility of preventing mental disorders, especially anxiety and depression, through targeted measures. However, further development of knowledge is needed on how best to do this, and adapt existing measures to Norwegian conditions and how individual preventive measures and health promotion work together to improve mental health in children and adolescents in Norway.

Forord

I januar 2018 lanserte Folkehelseinstituttet rapporten «Psykisk Helse i Norge». Den presenterte oppdaterte tall på forekomst av psykiske lidelser og omfang av helsetjenestebruk for slike lidelser i Norge. Rundt syv prosent av barn i førskole- og skolealder har symptomer forenelige med en psykisk lidelse og rundt 5 prosent av barn og unge i alderen 0-17 behandles hvert år i psykisk helsevern for barn og unge. Psykiske lidelser er en av våre store folkehelseutfordringer og forebyggende og helsefremmende innsats er en viktig del av løsningen på denne utfordringen.

Den foreliggende rapporten er svar på en bestilling fra Helse og Omsorgsdepartementet om å oppdatere rapporten «Bedre føre var...» fra 2011. Den var det første forsøket på å gi en samlet fremstilling av kunnskap om tiltak for å fremme psykisk helse og forebygge psykiske plager og psykiske lidelser. I rapporten kom behovet for kunnskapsutvikling og bedre dokumentasjon av effekt av tiltak tydelig fram. Når vi nå har oppdatert rapporten, ser vi at kunnskapsgrunnlaget har vært i vekst siden da. Veksten har gjort det både mulig og nødvendig med en mer systematisk tilnærming til kunnskapsgrunnlaget nå. Vi har derfor i større grad basert oss på systematiske søk og gjennomganger av kunnskapen om forebyggende og helsefremmende tiltak enn den gang. Temaets omfang har også gjort det nødvendig å avgrense omfanget av rapporten. Psykisk helse blant barn og unge er et prioritert område og et tema der kunnskapsgrunnlaget har vært i sterk vekst og utgjorde en naturlig avgrensning.

Vi håper innholdet i rapporten vil være til nytte i videreutviklingen og planleggingen av forebyggende og helsefremmende arbeid for barn og unge. Rapporten gir en bedre samlet kunnskapsbase enn det vi har hatt tidligere om effekten av ulike typer tiltak på ulike arenaer og overfor ulike målgrupper. Rapporten gir også et klarere bilde av behovet for videre kunnskapsutvikling både når det gjelder hva slags tiltak som bør evalueres og metodevalg. Vi håper rapporten vil bidra til et mer evidensbasert arbeid for å bedre barn og unges psykiske helse og trivsel, og at den vil stimulere til gode evalueringsstudier av folkehelseiltak på dette feltet.

Oslo, juni 2018

Knut-Inge Klepp

Områdedirektør for Psykisk og fysisk helse

Innledning

Bakgrunn for rapporten

Folkehelseinstituttet (FHI) gav i 2011 ut rapporten «Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger» (1). Rapporten gav en beskrivelse av hva vi kan gjøre for å bedre den psykiske helsen i befolkningen gjennom helsefremmende og forebyggende tiltak. Rapporten dekket hele aldersspennet fra spedbarn til eldre og omtalte også tiltak rettet mot grupper med høyere risiko for vansker, og gav anbefalinger om tiltak. Helse og Omsorgsdepartementet har bedt FHI oppdatere rapporten.

Feltet har utviklet seg på flere måter siden den forrige versjonen.

- Den internasjonale forskningsinnsatsen på folkehelseiltak har blitt styrket de siste 10 årene. Økningen i antall publikasjoner har også gitt grunnlag for flere oppsummeringer og metaanalyser av resultat fra enkeltstudier.
- Slike kunnskapsoppsummeringer blir i større grad enn tidligere gjennomført i samsvar med systematiske tilnærminger der standardiserte metoder for å hente inn resultater samt å analysere og presentere kunnskap legges til grunn. Det forventes nå at kunnskapsmiljøer anvender slike systematiske metoder.
- Sykdomsbyrden og samfunnskostnadene fra psykiske lidelser er grundigere dokumentert og viser tydelig behovet for gode og effektive forebyggende tiltak. Det finnes god behandling for mange psykiske lidelser. Det er likevel bred enighet om at den utfordringen de psykiske lidelsene og plagene representerer ikke kan løses gjennom behandling alene. En systematisk og vidtfavnende folkehelsesatsing er nødvendig.
- Helsefremmende innsats og forebygging av psykiske lidelser er politisk prioritert gjennom Folkehelsemeldinger og andre strategiske og styrende dokumenter.
- Riksrevisjonen har pekt på behovet for en tydeligere prioritering av forebygging av psykiske lidelser i kommunene, og det rettes særlig fokus på innsats for barn og unges psykiske helse.

Endringene har gjort det nødvendig å ikke bare oppdatere rapporten fra 2011, men også å revidere både innhold og fremgangsmåte. Ikke minst gjelder dette tydeligere krav til litteraturgrunnlaget som en slik rapport skal hvile på. Bredden i tema som rapporten opprinnelig dekket i 2011, kombinert med økt omfang av forskning på området, har gjort det nødvendig å avgrense den foreliggende rapporten både tematisk og metodisk. De tydelige prioriteringene av helsefremmende arbeid og forebygging blant barn og unge vi har sett de siste årene har gjort at denne utgaven av rapporten retter seg inn mot hva som kan gjøres for å forebygge psykiske lidelser og plager, og hva som fremmer god psykisk helse blant barn og unge.

En av konklusjonene i rapporten fra 2011 var at det trengs mer systematisk evaluering av effekter av helsefremmende og forebyggende tiltak. Under arbeidet med denne rapporten har vi derfor søkt systematisk etter oppsummeringer av studier på effekter av forebyggende tiltak. Som i rapporten fra 2011 har vi også beskrevet noen av de viktigste arenaene og aktørene i det forebyggende arbeidet.

Faktorer som virker inn på befolkningens helse kan plasseres langs en årsakskjede fra de mest individnære (biologiske, atferdsmessige og psykologiske faktorer), via de som

befinner seg i det nære miljøet (sosialt og fysisk miljø) og til de bakenforliggende samfunnsmessige faktorene (økonomiske og strukturelle faktorer, lovgivning etc.). Tiltak kan settes inn på alle trinnene i denne årsakskjeden.

Tiltak rettet mot samfunnsmessige faktorer kan være av stor betydning for barn og unges psykiske helse. Politiske rammer og føringer preger vilkårene barn og unge har på alle arenaer. Samfunnsmessige faktorer påvirker den enkelte gjennom sammensatte og gjensidig påvirkende prosesser over tid. Dette gjør det utfordrende å vise hvordan politiske beslutninger og reformer påvirker individets og gruppens helse. Det er også langt vanskeligere å evaluere samfunnsmessige tiltak enn de individnære tiltakene. Ønsket om å få til god evaluering kan dermed dreie oppmerksomheten bort fra de samfunnsmessige tiltakene og medføre at de individnære og sykdomsnære tiltakene prioriteres. Hva som er enklest å evaluere bør ikke styre prioriteringen av folkehelseiltak. De tiltakene som potensielt har stor og positiv folkehelseeffekt bør prioriteres. Forskerne må ta i bruk metoder og forskningsdesign som kan belyse effekten også av disse tiltakene.

I denne rapporten har vi forsøkt å beskrive kunnskapsgrunnlaget for tiltak som kan forebygge psykiske lidelser og plager og fremme god psykisk helse og trivsel blant barn og unge. Vi har også forsøkt å finne fram til kunnskap om og beskrive hva som kan gjøres for å redusere sosioøkonomiske ulikheter i psykisk helse blant barn og unge. Utjevning av sosiale ulikheter kan inngå som en viktig del av en strategi for å redusere psykiske lidelser i befolkningen.

Rapporten henvender seg primært til de som har berøring med forebygging og helsefremming innen helseforvaltningen, myndigheter på de andre sektorene der helseforhold og determinanter kan påvirkes, fylkeskommuner og fylkesmann og kommunene. Vi håper den også vil være av interesse for et bredere publikum av politikere, helsepersonell, fagfolk, engasjerte i frivillige organisasjoner, samfunnsdebattanter og andre som er opptatt av psykisk helse og forebyggende arbeid.

Arenaer for helsefremmende og forebyggende arbeid

I 2016 var 22 prosent av befolkningen i Norge barn og unge under 18 år (2). Dette tilsvarer omlag 1,1 millioner personer. Tre av fire barn og unge bor sammen med begge foreldrene, men andelen blir lavere med økende alder. I barne- og ungdomsbefolkningen er 15% innvandrere eller barn av innvandrerforeldre. Andelen barn og unge har gått ned siden 1960-tallet da 30,5 prosent av befolkningen var barn i alderen 0-17 år.

Helsefremmende og forebyggende arbeid må skje der barn og unge befinner seg. De viktigste arenaene for å fremme psykisk helse og forebygge psykiske lidelser finner vi derfor utenfor helsetjenestene. For barn og unge er dette lokalsamfunnet, familien, fritidsarenaer, skole og barnehage. Helsetjenestene har også en viktig rolle å spille innen folkehelsearbeidet. De som jobber i helsetjenesten ser helseproblemer på nært hold og kan bidra til å sette forebyggende arbeid på dagsorden. Helsepersonell har også viktig kunnskap om årsaker til helseproblemer og konsekvenser av disse. Slik kunnskap utgjør mye av grunnlaget for folkehelsearbeidet. Helsestasjonene møter alle barn i Norge rutinemessig. De administrerer vaksinasjonsprogrammet og følger opp barns utvikling. Helsestasjonene er også en tilgjengelig ressurs for andre helserelaterte vansker og utfordringer, og avdekking av familier med forhøyet risiko for uhelse. Et godt oppvekstmiljø i familier med omsorgsfulle og kompetente foreldre fremmer barns psykiske helse. Når familier har langvarige belastninger som rammer flere livsområder eller barn utsettes for mange negative livshendelser, kan konsekvensene være alvorlige og langvarige.

Barnehageløftet har økt barnehagedekningen og hele 82% av barn mellom 1-2 år og 96,7% av barn mellom 3-5 år gikk i barnehage i 2016 (3). Skolen gir økt kompetanse og utdanning, noe som igjen danner grunnlaget for videre utdanning, arbeid og deltakelse i samfunnet. Skolen gir også venner, fellesskap og følelse av tilhørighet. På tvers av disse arenaene kommuniserer barn og unge via en rekke ulike digitale plattformer. Norge er ett av de landene som tar slike kommunikasjonsformer i bruk raskt og med høy spredning. I tillegg til relevante helsetjenester, barnehage og skole er de mange ulike fritidsarenaene viktige for barn og unge. Samferdsel og arealplanlegging gir betingelser for fysisk aktivitet og sosiale møteplasser. Alt dette er eksempler på arenaer med potensiale for gode folkehelseiltak med tanke på å bedre barn og unges psykiske helse.

Rammer, strukturer og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet

Helsefremmende og forebyggende tiltak for å fremme barn og unges psykiske helse var et viktig satsingsområde i Meld. St. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet, som lå til grunn for Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998–2008). Opptrappingsplanen bidro særlig til utbygging av tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser. Selv om psykisk helse var løftet frem også i Meld. St 16 (2002–03) Resept for et sunnere Norge, er det først de senere årene utviklet en politikk for å fremme alle barn og unges psykiske helse. Denne politikken er blant annet beskrevet i Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen— God helse – felles ansvar, Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter og i regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022); 'Mestre hele livet'.

De senere årene har ressursperspektivet blitt mer sentralt. Det dreier seg blant annet om å styrke barn og unges kunnskaper, ferdigheter, evne til å mestre og deres livskvalitet. Samfunnsperspektivet har også blitt gjort tydeligere. De forholdene barn og ungdom vokser opp under, på alle arenaer, vil ha konsekvenser for deres psykiske helse. Disse forholdene er påvirkelige. Tanken om at det skal tas helsemessige hensyn i all politikk angår selvsagt i like stor grad barn og ungdom som voksne og eldre.

Viktige politiske satsinger har vært å styrke kapasiteten i helsestasjons- og skolehelse-tjenesten, for å øke tilgjengeligheten til helsesøstre.

Folkehelseloven, som trådte i kraft fra 2012, legger føringer for kommunenes systematiske folkehelsearbeid. Det er krav om at kommunene har oversikt over befolkningens psykiske helse og forhold i lokalsamfunnet som påvirker denne, positivt eller negativt. Basert på dette utfordringsbildet skal kommunene formulere mål og strategier i kommunale planer, og iverksette nødvendige tiltak for å nå disse målene. Kunnskap om effekten av tiltakene skal så danne grunnlag for å tilpasse utfordringsbildet etter nye erfaringer.

Riksrevisjonen reviderte i 2014 implementeringen av Folkehelseloven. Rapporten 'Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid' (Dokument 3:11 (2014–2015)) fremhever at kommunene ser «psykisk helse som en av de viktigste folkehelseutfordringene», men at de mangler kunnskap om virkningsfulle tiltak.

Etter initiativ fra KS, har Helse- og omsorgsdepartementet etablert et tiårig program for folkehelsearbeid i kommunene (4). Programmet ble igangsatt i 2017. Målet er, innenfor rammen av det systematiske folkehelsearbeidet, å utvikle nye tiltak for å fremme barn og unges psykiske helse og for å redusere rusproblemer i denne gruppen. Fylkeskommunene

kan søke Helsedirektoratet om å få tildelt midler som skal brukes til lokale tiltak i fylket og i kommunene. Det meste av disse midlene skal etter søknad videreføres til kommuner. Tiltakene som utvikles, skal evalueres slik at en over tid kan styrke kunnskapsgrunnlaget for det regionale og lokale folkehelsearbeidet på området psykisk helse og rusmiddelbruk blant barn og ungdom. Resultater fra disse prosjektene vil forhåpentligvis utgjøre en del av grunnlaget for fremtidige rapporter som omhandler forebyggende og helsefremmende tiltak.

Prinsipper i forebyggende arbeid

Godt og effektivt forebyggende arbeid på området psykisk helse og rus må hvile på de samme grunnprinsippene og arbeidsmodellene som annet folkehelsearbeid. Tidligere har psykisk helse i for liten grad vært en integrert del av det forebyggende folkehelsearbeidet. Det er nå klare ambisjoner om at dette skal endres og at psykisk helse skal inngå i og være en likestilt del av folkehelsearbeidet (5). Dette går også tydelig igjen i strategiske planer for å videreutvikle folkehelsearbeid for psykisk helse i andre land (6). Noen risikofaktorer, for eksempel røyking og høyt blodtrykk, har sterkere og mer direkte konsekvenser for den fysiske enn for den psykiske helsen. Andre risikofaktorer, for eksempel at en ungdom blir utsatt for mobbing eller ikke lykkes i forhold til skolens prestasjonskrav, har sannsynligvis sterkere og mer direkte innvirkning på den psykiske helsen. Likevel er den psykiske og den fysiske helsen uløselig knyttet sammen. Det er sammenhenger mellom å ikke møte prestasjonskrav i skolen og senere bruk av avhengighetsskapende stoffer, som i sin tur har konsekvenser for den fysiske helsen. Å rammes av fysisk sykdom øker risiko for angst og depresjon. Samtidige fysiske og psykiske helsevansker kan øke konsekvensene uavhengig av hva som anses som det underliggende helseproblemet (7). Vi trenger mer kunnskap om sammenhengene mellom psykisk og fysisk helse, blant annet med tanke på hvordan vi bedre kan forebygge uhelse mer effektivt (6). Ved FHI foregår det et arbeid med en systematisk oversikt over effekter av forebyggende tiltak rettet mot levevaner som påvirker den psykiske og somatiske helsen til personer med psykiske lidelser (<https://www.fhi.no/prosjekter/forebyggende-tiltak-for-personer-med-psykiske-lidelser-prosjektbeskrivelse/>).

Livsløpsperspektivet gir et viktig rammeverk for å forstå utvikling av psykisk helse (8). Perspektivet er viktig både for å forstå utvikling av psykiske lidelser og plager, men også positiv psykisk helse. God kunnskap om utviklingsforløp gir viktig informasjon om når det er gunstig å sette inn tiltak, og når vansker og utfordringer er del av et vanlig utviklingsforløp. Tidlig intervensjon blant barn og unge er et viktig grep i folkehelsearbeid for psykisk helse, men må også sees som en investering. Psykiske lidelser oppstår i høy grad i ungdomsårene (9), men også tidligere i livet. Dette betyr at risikofaktorer og utvikling i barne- og ungdomsår potensielt er av stor betydning for å forebygge psykiske lidelser. Ungdomsårene løper også rett forut for perioden der unge voksne selv etablerer seg i familierelasjoner og får barn. Investeringer i helse og fungering i ungdomsperioden vil bidra til bedre helse i den neste generasjonen av voksne (10).

Forståelsen av hvor viktige barne- og ungdomsårene er for helse understøttes av ny kunnskap. Tidlig i livet skjer biologiske, psykologiske og sosiale endringer raskt. Barne- og ungdomstiden er preget av en hjerneutvikling som legger grunnlaget for hva individer tar med seg inn i voksenlivet (11). I ungdomstiden legges et viktig fysisk, kognitivt, emosjonelt og sosialt grunnlag for videre utvikling og livsløp, helse og trivsel (10). Ungdomstiden har likevel hatt lett for å falle ut i diskusjoner om helseprioriteringer, kanskje fordi perioden er ansett som en av de friskeste i livsløpet målt etter dødelighet og forekomst av de dominerende ikke-smittsomme sykdomsgruppene. Barsedødelighet har vært styrende for

viktige prioriteringer for spedbarnshelse, og mange av de store helseutfordringene innen ikke-smittsomme sykdommer øker kraftig med alder. I et langsiktig investeringsperspektiv, inkludert et generasjonsperspektiv, er årene som barn, ungdom og overgang til tidlig voksen av stor betydning (12).

Følgende seks punkter går igjen og oppsummerer vanlige råd for godt folkehelsearbeid (6):

- Tiltak som fokuserer på positiv helse har tilleggsverdi utover de tiltak som fokuserer på å redusere risiko. Helsefremmende arbeid fokuserer på individets ressurser, sosiale fungering og evne til å ta helsemessig gode valg.
- De sosiale, økonomiske, kulturelle og miljømessige helsedeterminantene må forstås, tas hensyn til og ivaretas gjennom tiltak.
- Vi trenger brede, befolkningsrettede strategier i tillegg til tiltak spesifikt rettet mot grupper eller enkeltpersoner med forhøyet risiko. Det er ikke tilstrekkelig å bare satse på høyrisikostراتيجier.
- Aktiv deltagelse og engasjement hos aktørene er en grunnleggende forutsetning for å lykkes med folkehelsearbeidet.
- Viktige risiko- og beskyttelsesfaktorer etableres i tidlige år og livsløpsperspektivet er sentralt for godt folkehelsearbeid.
- Folkehelsearbeid krever samarbeid på tvers av fag, tjenester, sektorer og institusjoner. Godt folkehelsearbeid krever bredde i både kunnskaper og virkemidler.

Risikofaktorer for psykisk uhelse blant barn og unge

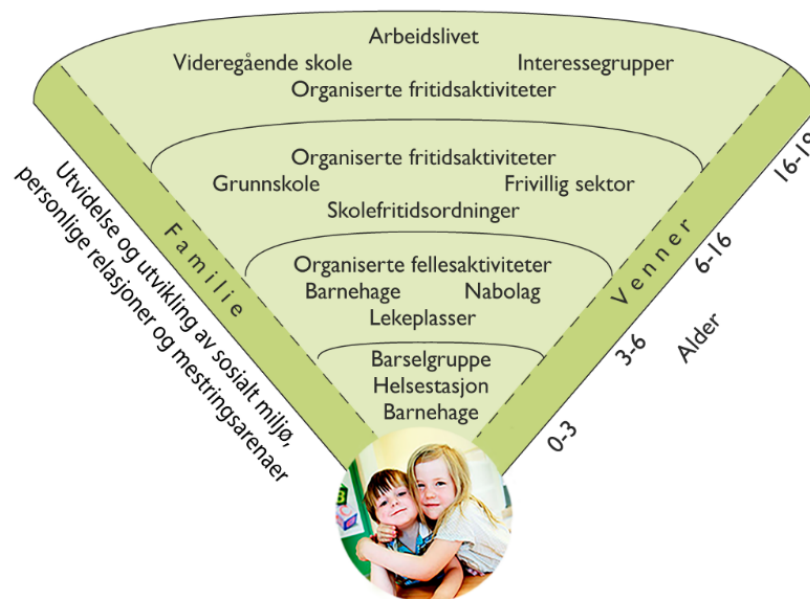
Vi har mye kunnskap om forhold som er forbundet med økt risiko for å utvikle psykiske lidelser (se figur 1 for eksempler på sentrale arenaer). Det er likevel flere gjenstående utfordringer i kunnskapsbildet. For det første er det trolig slik at psykiske lidelser i stor grad skyldes flere forhold som til sammen gir økt risiko (8). Studier som undersøker arvelighet og genetisk risiko viser at slike faktorer forklarer en stor del av variasjonen i forekomst av psykiske lidelser. De samme studiene viser også som regel at en betydelig del av variasjonen ikke forklares av arv og genetikk. I et folkehelseperspektiv er det dermed viktig å identifisere hvilke miljøfaktorer vi kan gjøre noe med, både fordi de i seg selv øker risikoen for å utvikle psykiske lidelser, men også fordi de gjerne inngår i et mer komplisert samspill med genetiske faktorer.

En beslektet utfordring er at risikofaktorer ofte ikke er spesifikke for en bestemt lidelse. En og samme risikofaktor kan ha sammenheng med flere ulike lidelser eller helseproblemer.

En tredje utfordring er at mange viktige risikofaktorer er vanskelige å måle. Eksempler på dette kan være forhold som opptrer helt eller delvis skjult slik som vold, overgrep og rusavhengighet. Felles for disse forholdene er at de er ulovlige eller ikke sosialt aksepterte og dermed mer krevende å få deltakere i undersøkelser til å rapportere ærlig og presist. Andre forhold, som utdanning og inntekt, kan være enklere å måle eller hente objektiv informasjon om. Mer presise data kan gjøre at forhold fremstår som viktige, selv om de noen ganger kun er indikatorer på risiko, og ikke risikobærende i seg selv.

Individens psykiske helse påvirkes av hendelser og betingelser allerede før fødsel. I perioden som nyfødt og i tidlig barndom skjer utviklingen i et tett samspill med nære

omsorgspersoner, og kvaliteter ved forholdet mellom barn og omsorgspersoner er avgjørende. I tidlige barneår utvides barnets sosiale rammeverk og negative hendelser i hjem, barnehage og skole kan virke inn på kognitiv og emosjonell utvikling. Når barn er utsatt for alvorlig og omfattende eksponering for risikoforhold, kan konsekvensene bli alvorlige og langvarige. I ungdomsårene vil mange utvikle psykiske plager eller psykisk lidelse. I tillegg vil helsereelatert atferd som kosthold, fysisk aktivitet, tobakksbruk og rusmiddelbruk formes i ungdomsårene. En slik enkel gjennomgang understreker at utviklingsperspektivet må ligge til grunn for det forebyggende arbeidet blant barn og unge. Som en nødvendig del av naturlig utvikling vil barn og ungdom skifte og utvide arenaer og referanserammer. Overganger og utfordringer rundt slike skifter kan både være en risiko og en ressurs. Et godt psykisk folkehelsearbeid må bidra til å gjøre disse overgangene gode.



Figur 1: En illustrasjon av utvikling og eksempler på noen sentrale arenaer på ulike alderstrinn.

Det foreligger en omfattende forskningslitteratur av både teoretiske og empiriske studier om hva som er det viktigste betingelsene for en god psykisk helse blant barn og ungdom. Det er knapt mulig å gi en kort og enkel sammenfatning av denne. Dette skyldes blant annet at hvilke faktorer som er viktigst vil avhenge av hvilke aspekter ved den psykiske helsen vi tar for oss. Hva som gir økt risiko for internaliserende problemer (angst, depresjon, psykosomatiske plager) skiller seg på mange punkt fra hva som gir økt risiko for eksternaliserende problemer (problematferd). Dessuten er det forskjeller også mellom lidelser og helseplager innen disse to brede kategoriene, for eksempel mellom angst og depresjon.

Det er likevel relativt bred enighet om at noen av de viktigste risikofaktorene for psykiske lidelser utover de genetiske og de mest individnære er knyttet til vanskelige oppvekstvilkår, sosial avvising eller mobbing fra jevnaldrende, akutte livshendelser og påkjenninger og sosiale forhold i lokalsamfunnet. I 'Bedre føre var ..'-rapporten fra 2011 listet en dessuten opp en del faktorer som sannsynligvis virker positivt, som bidrar til å legge grunnlaget for at barn og unge utvikler god psykisk helse og høy grad av trivsel. Det er viktig å skape positive miljøer i hjem, nærmiljø, barnehager og på skoler, med andre ord overalt der barn og ungdom ferdes og tilbringer tid. I de første årene av livet vil kvaliteter ved hjemmemiljøet ha stor betydning. En norsk undersøkelse viste at symptomnivået hos barn på åtte år er knyttet til den sosiale støtten mødrene deres hadde da barna var

halvannet år gamle (13). Også skolen er en viktig arena. Et helsefremmende skolemiljø gir elevene muligheter til å delta aktivt og utfolde seg og til å oppleve mestring og er preget av positive relasjoner mellom elevene (14). Det derfor er viktig å sikre at alle barn får være del av et positivt sosialt fellesskap og gis anledning til å utfolde seg og oppleve mestring.

Forekomst av psykiske plager og lidelser hos barn og unge

Folkehelseinstituttets rapport 'Psykisk helse i Norge' (15) gir en bred oversikt over forekomsten av psykiske plager og lidelser i befolkningen, livskvalitet og bruk av helsetjenester for psykiske plager og lidelser. Rapporten har et eget kapittel om barn og unge. Datagrunnlaget for å holde oversikt over forekomsten av psykiske lidelser og vansker blant barn og unge i Norge i dag har klare mangler, men ut fra tilgjengelige datakilder er følgende viktige deler av bildet:

- Befolkningsstudier i Norge har vist at omkring 7 prosent av barn i førskole- og skolealder har symptomer forenlige med en psykisk lidelse på undersøkelsestidspunktet.
- Rundt 5 prosent og av barn og ungdom i alderen 0-17 år behandles hvert år i psykisk helsevern for barn og unge (BUP).
- Gutter har høyere risiko enn jenter for utviklingsforstyrrelser som debuterer tidlig i livet, som ADHD, autismespekterforstyrrelser og Tourettes syndrom, og for atferdsforstyrrelser.
- Fra puberteten og oppover er det en overhyppighet av depresjon, angstlidelser, tilpasningsforstyrrelser og spiseforstyrrelser hos jenter.
- Blant jenter i alderen 15-17 år har andelen som får diagnoser i BUP steget i femårsperioden fra 2011 til 2016, fra 5 prosent til 7 prosent per år.
- Befolkningsundersøkelser indikerer også en økt belastning av psykiske vansker hos tenåringsjenter de senere årene.
- Tre av fire ungdommer tror de vil få et godt og lykkelig liv.

Psykiske lidelser blant barn og unge kan vedvare over tid. I en amerikansk studie («The Great Smoky Mountains Study») ble forekomst blant de samme deltagerne undersøkt på ulike alderstrinn (16). Deltagerne ble undersøkt opptil tre ganger fra de var 9 til de var 16 år. Generelt ble det funnet at hvis et barn tilfredsstilte kriteriene for en psykiatrisk diagnose på et gitt tidspunkt, var sannsynligheten tre ganger så høy som hos andre barn for psykiatrisk diagnose ved neste undersøkelse.

I den norske studien «Tidlig trygg i Trondheim» ble deltagerne rekruttert ved fire års alder og siden fulgt opp med nye kartlegginger ved seks, åtte og ti års alder (17;18). Blant deltagerne endret symptomer seg ofte over tid, mens den generelle risikoen for å ha en eller annen form for psykiske problemer var mer stabil. En nærliggende forståelsesmodell er at generell sårbarhet ligger under og gir seg utslag i ulike vansker på ulike tidspunkt i samspill med miljøfaktorer og utviklingsforløp. Barn som har psykiske lidelser har også høyere sannsynlighet for psykiske lidelser som voksne (19). I en del tilfeller vil man ha samme type lidelser gjennom livsløpet, men symptomene kan også forandrer seg fra barndom til voksen alder. Psykiske problemer i barndommen kan også være tidlige vansker som senere i livet viser seg som alvorligere lidelser. Retrospektive studier av personer som har utviklet schizofreni viser ofte overhyppighet av et bredt spekter av vansker som motoriske vansker, språkvansker og oppmerksomhetssvikt.

Endringer over tid i psykiske lidelser og symptomer blant unge, særlig unge jenter, er omdiskuterte. Det er variasjon mellom ulike studier som har forsøkt å se på tidstrender (20). Det er ingen tvil om at flere får hjelp for psykiske lidelser i helsevesenet nå enn før. Dette gjelder særlig unge jenter. Andelen barn og unge som får hjelp på grunn av atferdsvansker har vært svakt nedadgående over tid.

På tvers av studier er bildet at den samlede belastningen av symptomer på psykiske vansker er stabil eller svakt nedadgående hos de fleste barn og unge, men økende hos tenåringsjenter. Blant unge kvinner finner vi en økning i andel som rapporterer om et høyt nivå av psykiske plager fra 13% i 1998 til 23% i 2012. Bruken av legemidler for psykiske lidelser (antipsykotika, antidepressiva og sovemidler/beroligende midler) blant unge menn (18-24 år) har økt fra 28 per 1000 i 2005 til 34 i 2017. Blant kvinner i samme aldersgruppe har økningen vært fra 45 til 65 per 1000 (standardiserte tall fra www.norgeshelsa.no). Samtidig rapporterer de fleste unge om god livskvalitet og optimistisk syn på fremtiden. Dette bildet tegner seg i flere data fra utlandet, men også norske data slik som HEVAS og Ungdata (21;22). Utfyllende informasjon om psykiske plager og psykiske lidelser blant barn og unge i Norge finnes i FHI-rapporten 'Psykisk helse i Norge' (15).

Sykdomsbyrde for psykiske lidelser og ruslidelser blant barn og unge i Norge

I forbindelse med GBD 2016, ble det publisert beregninger av sykdomsbyrde blant barn og unge i Norge i 2016. Det er generelt svært lav dødelighet blant barn og unge i Norge, og sykdomsbyrden (DALY) i denne aldersgruppen vil derfor i hovedsak være forårsaket av ikke-dødelig helsetap.

Sykdomsbyrde – kort forklart.

En sykdoms byrde referer til størrelsen på det dødelige og ikke-dødelige helsetapet forbundet med sykdommen. Sykdomsbyrde måles i form av helsetapsjusterte leveår (på engelsk: disability-adjusted life-years, forkortes til «DALY»). En sykdoms samlede DALY er summen av tapte leveår (forventede gjenstående leveår når et dødsfall skjer) og ikke-dødelig helsetap (produktet av sykdommens forekomst og alvorlighet). Det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet, Global Burden of Disease, publiserer årlige beregninger av sykdomsbyrde for 333 sykdommer og skader og 84 risikofaktorer hos begge kjønn, alle aldersgrupper, 195 land og alle år fra 1990 til siste år.

Kilder: Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013 (23) og <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Sykdomsbyrden grunnet psykiske lidelser øker med alder. I småbarnsalderen (1 til 4 år), utgjør psykiske lidelser kun 3,3% av den totale sykdomsbyrden, som domineres av kortvarige infeksjonssykdommer og hudsykdommer. Autismespekterforstyrrelser er den største årsaken til sykdomsbyrde for psykiske lidelser i denne aldersgruppen, mens en liten andel av sykdomsbyrden (ca. 1 %) utgjøres av angstlidelser. I barnealderen (5 til 9 år), reduseres sykdomsbyrden tilskrevet infeksjonssykdommer og hudsykdommer, og sykdomsbyrden tilskrevet psykiske lidelser øker. Psykiske lidelser står for 17% av sykdomsbyrden i denne aldersgruppen. Angstlidelser er den største årsaken (7% av total sykdomsbyrde), etterfulgt av atferdsforstyrrelser (cirka 5%) og autismespekterforstyrrelser (vel 3%). Den relativt høye sykdomsbyrden grunnet autismespekterforstyrrelser i denne og tidligere aldersgruppe skyldes hovedsakelig alvorligheten forbundet med denne lidelsen, da forekomsten er lav. Med puberteten øker betydningen

av psykiske lidelser og ruslidelser på sykdomsbyrden vesentlig. I tidlig ungdomstid (10 til 14 år), står psykiske lidelser for over en fjerdedel (cirka 27%) av den totale sykdomsbyrden, og dette øker ytterligere til 30% i sen ungdomstid (15 til 19 år). Angstlidelser er den største årsaken til sykdomsbyrden, men også depressive lidelser får økende betydning gjennom ungdomstiden. Det er videre noen viktige kjønnsforskjeller. Angstlidelser og depressive lidelser utgjør til sammen ca. 20% av sykdomsbyrden hos jenter, sammenliknet med ca. 12% hos gutter. Gutter har derimot høyere sykdomsbyrde fra atferdsforstyrrelser (cirka 5%). Fra 15 års alder øker også sykdomsbyrden grunnet ruslidelser, knyttet til både bruk av alkohol og bruk av illegale rusmidler. Dødsfall blant barn og unge er som sagt sjelden i Norge, men 9% av dødsfallene i sen ungdomstid skyldes en ruslidelse, spesielt overdoser etter bruk av illegale rusmidler. Selvmord grupperes i GBD systemet under skader, men psykiske lidelser er en viktig risikofaktor for dette. Totalt 1 av 4 dødsfall i alderen 15 til 19 år i Norge skyldes selvmord. Psykiske lidelser og ruslidelser er de dominerende årsakene til sykdomsbyrde i den norske befolkningen fra tidlig ungdomstid til sen voksentid (50 år).

Konsekvenser av psykiske plager og lidelser for barn og unge

Utover sykdomsbyrdeberegninger, har psykiske lidelser i barne- og ungdomsårene potensielt vidtrekkende negative konsekvenser (24;25). Psykiske plager og lidelser i barne- og ungdomsårene har sammenheng med blant annet (8;24;26-33):

- frafall i skolen, løsere tilknytning til arbeidsmarkedet, økonomiske vansker og vansker i nære relasjoner
- psykiske lidelser og helseplager senere i livet
- rusproblemer og rusmisbruk

Kunnskap om konsekvenser av psykiske plager og lidelser er nødvendig for å kunne vurdere om investeringer i forebyggende tiltak lønner seg (34). Spørsmål om hvorvidt tiltak er økonomisk bærekraftige er et av mange viktige ledd i prioriteringsdiskusjoner, også i forhold til forebygging (35). For å kunne estimere potensialet for å redusere utgifter og negative konsekvenser, trenger vi et godt kunnskapsgrunnlag på hvor effektive tiltakene er i utgangspunktet. Som vi vil vise gjennom denne rapporten, er det stadig usikkerhet rundt spørsmålet om hvor store effektene er. Det blir likevel gjort forsøk på slike estimeringer. I England har Public Health England estimert kostnadseffektiviteten av utvalgte tiltak for å forbygge psykiske lidelser (36). For barn og unge beregner de kostnadseffektivitet for et skolebasert tiltak for å fremme psykisk helse og et tiltak mot mobbing. For skolebaserte tiltak estimerer de ut fra antatt effekt av tiltaket «Penn Resilience Program». De konkluderer at den økonomiske gevinsten av å implementere dette tiltaket vil være 5 ganger investeringskostnaden. For mobbing tok de utgangspunkt i det finske tiltaket «KIVA» (omtalt senere i denne rapporten). For dette tiltaket estimerer de at den økonomiske gevinsten vil være 1,5 ganger investeringskostnadene (36). Dette er illustrasjoner på hvordan slike vurderinger kan gjøres, men må baseres på god kunnskap om faktiske effekter av tiltak. Det finnes oppsummert kunnskap om de økonomiske sidene ved forebyggende tiltak, inkludert tiltak for psykisk helse (37).

Både forekomst, sykdomsbyrde og kunnskap om tilgjengelige og effektive tiltak er viktige forhold for å vurdere hvilke tiltak som bør prioriteres og hvordan en skal møte de ulike utfordringene. I denne rapporten vil hovedvekten være på de psykiske lidelsene som forekommer ofte i barne- og ungdomsårene og gjennom oppsummeringen av kunnskapsgrunnlaget de tilstander der vi finner et utviklet kunnskapsgrunnlag for forebygging.

Tiltak som rettes mot alle barn og unge eller grupper av barn og unge med kjent forhøyet risiko er også styrende for innretningen av vår gjennomgang.

Avgrensning og problemstilling: Formålet med rapporten

Kunnskapsbasert praksis innebærer å aktivt bruke kunnskap til å endre og forbedre praksis. Kunnskapsbasert praksis betyr dermed at avgjørelser og vurderinger er basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, sammen med erfaring og kunnskap om lokale forhold og betingelser. Brukermedvirkning er også et naturlig aspekt ved kunnskapsbasert praksis.

Denne måten å jobbe på får i stadig økende grad også fotfeste innen forskning, og begrepet «kunnskapsbasert forskning» er innført (38). Det tas til orde for at forskning i større grad enn før også må baseres på systematisk oppdatert kunnskapsstatus. Dette er viktig for å unngå at det rettes forskningsinnsats på tema som allerede er godt besvart og at forskningsresultater blir forstått og satt i sammenheng med den øvrige relevante kunnskapen (39).

Behovet for systematisk kunnskapsutvikling gjelder også det helsefremmende og forebyggende arbeidet (40). Bruk av kunnskapskilder på en systematisk måte, sammen med innsikt i kontekstuelle, lokale forhold og betingelser, er nødvendig for å videreutvikle kvaliteten på det helsefremmende og forebyggende arbeidet (41). Flere kunnskapsmiljø understøtter slikt arbeid. Folkehelseinstituttet jobber med systematiske søk og gjennomgang av tiltak og forhold med betydning for helse og velferdstjenester. Regionalt kompetansesenter for barn og unges psykiske helse (RKBU/RBUP) arbeider med kunnskapsstøtte til fagmiljøene nasjonalt og regionalt, ofte understøttet av systematiske kunnskapsoppsummeringer. Blant annet er de ansvarlige for PsykTestBarn som utgir artikler om norske versjoner av kartleggingsverktøy for å undersøke psykisk helse, psykososiale problemer, evner og ferdigheter hos barn og ungdom (www.psyktestbarn.no). RKBU Nord holder oversikt og samler kunnskap om viktige kliniske og forebyggende enkelttiltak og program gjennom arbeidet i det elektroniske tidsskriftet «Ungsinn» (www.ungsinn.no).

I denne rapporten er målet å gi et bredt og oppdatert kunnskapsgrunnlag for hva som kan gjøres for å fremme psykisk helse og forebygge psykisk uhelse hos barn og unge. Vi har lagt vekt på å systematisk søke og samle opp slik kunnskap og omtale publiserte systematiske kunnskapsoppsummeringer. Systematiske oversikter er en oversikt der forfatterne har brukt en systematisk og eksplisitt framgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere alle undersøkelser knyttet til ett bestemt forskningsspørsmål. Der flere enkeltstudier har brukt sammenlignbare framgangsmåter og analyser, kan en slå sammen resultatene på tvers av studiene ved hjelp av statistiske metoder (metaanalyse). Der det ligger til rette for det, kan et felles effektestimert beregnes. Styrken ved å bruke slike systematiske oversikter og resultater på tvers av mange enkeltstudier er at vi blir sikrere enn når vi baserer oss på enkeltstudier som kan vise sprikende resultater. Gjennom å gi ut denne oversikten ønsker vi å legge til rette for at fagfolk har tilgang til oppdatert kunnskap, men også å hjelpe til å identifisere hvor vi mangler kunnskap. Vi håper at rapporten skal kunne understøtte både kunnskapsbasert praksis og videre kunnskapsutvikling.

Sentrale begrep

Psykisk helse

Psykisk helse er avgjørende for livskvalitet, mellommenneskelige forhold og produktivitet og innebærer mer enn fravær av sykdom. Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet» Dette omfatter utvikling av både følelser, tanker, adferd og sosiale evner, samt evne til selvstendighet, tilknytning, fleksibilitet og vitalitet.

Psykiske plager

Betegnelsen psykiske plager brukes i denne rapporten om symptomer som kan gi store vansker, men ikke nødvendigvis den grad og utstrekning at de kan karakteriseres med diagnose. Forekomsten av psykiske plager kan brukes til å identifisere risikogrupper og til å beregne måltall for forebyggende tiltak. Mange vil oppleve å ha *betydelige psykiske plager* i kortere eller lengre perioder, uten at dette kvalifiserer for en diagnostiserbar psykisk lidelse.

Internaliserende og eksternaliserende plager

Internaliserende og eksternaliserende plager er en hyppig bruk todeling (42). Internaliserende plager kan forstås som innover-rettede symptomer, typisk knyttet til angst og depresjon. Eksternaliserende plager kan derimot forstås som utover-rettede symptomer og er ofte knyttet til normbrytende atferd, slik som atferdsproblemer, aggresjonsproblemer og symptomer på ADHD. Skillet mellom internaliserende og eksternaliserende plager blir brukt mange steder i denne rapporten. Analyser av data fra TOPP-studien tyder på at dette skillet er gyldig også i en norsk sammenheng, og allerede blant barn i tidlig førskolealder (43).

Psykiske lidelser

Betegnelsen psykiske lidelser benyttes når symptombelastningen er så stor og av en slik karakter at det kan stilles en diagnose som for eksempel depresjon, ADHD, schizofreni eller bipolar lidelse. I forskning registreres de psykiske lidelsene som oftest gjennom strukturerte kliniske intervjuer og det benyttes bestemte diagnosekriterier som for eksempel *Internasjonale sykdomsklassifisering ICD* fra WHO (44) eller *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM* (45), som er utarbeidet av den amerikanske psykiaterforeningen.

Livskvalitet og trivsel

God psykisk helse må forstås som noe mer enn fravær av psykiske symptomer og diagnostiserbare lidelser. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet (46). Livskvalitet omfatter det som gir verdi og mening i livet. Dette kan handle om det som gir glede, vitalitet og tilfredshet, trygghet og tilhørighet, om å bruke personlige styrker, føle interesse, mestring og engasjement. I

Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022) defineres livskvalitet slik: «Livskvalitet kan variere fra god til dårlig. Livskvalitet handler om å ha det godt og å fungere godt – som å oppleve glede, vitalitet og tilfredshet, trygghet og tilhørighet, interesse, mestring, mening, engasjement og autonomi» (47). Livskvalitet har dermed en viktig verdi i seg selv, og henger sammen med psykisk helse for øvrig og fysisk helse.

Faktorer som har betydning for den psykiske helsen

Faktorer som virker inn på helsen kaller vi helsedeterminanter. Begrepet helsedeterminanter dekker alle grupper av faktorer som påvirker befolkningens helse – fra arvelige og biologiske via personfaktorer (for eksempel helserelatert atferd) til de miljømessige og samfunnsmessige.

En risikofaktor defineres som en egenskap eller et forhold som kan måles, som henger sammen med (er assosiert eller korrelert med) og som kommer forut for et utfall som har med helse å gjøre (48). En risikofaktor er ikke nødvendigvis en årsaksfaktor (kausal faktor). Kausale risikofaktorer defineres som faktorer som er påvirkelige, og der endringene som skapes, fører til endringer i retning av dårligere helse. Det er for eksempel blitt vist at det å bli mobbet på skolen kan føre til depresjon senere i livet (49). Det er også vist at mobbing kan reduseres gjennom intervensjon (50). Hvis en reduksjon i mobbing faktisk fører til bedre (eller mindre dårlig) psykisk helse, er mobbing en kausal risikofaktor for depresjon.

En kausal faktor som har en positiv innvirkning på helsen, er det som noen ganger kalles en helsefremmende faktor. Studier har vist at det å være sosialt integrert i et fellesskap og å oppleve høy grad av sosial støtte fører til bedre psykisk helse. Dette gjelder også den sosiale støtte ungdom opplever fra sine foreldre (51). Hvis det er slik at en gjennom intervensjon kan bidra til at barn opplever økt sosial støtte fra sine foreldre eller foresatte, er sosial støtte en helsefremmende faktor.

Et annet viktig begrepspar er beskyttelsesfaktorer og sårbarhetsfaktorer. En beskyttelsesfaktor er et karakteristikum som, hvis det er til stede, reduserer de negative helsemessige virkningene av belastninger en utsettes for. Et nærliggende eksempel er sosial støtte. Det er ikke bare slik at sosial støtte bidrar til en bedre psykisk helse mer generelt. Sosial støtte bidrar i tillegg til å dempe eller redusere de skadelige effektene av ulike former for belastninger (52). En sårbarhetsfaktor er et karakteristikum som hvis det er til stede, gjør at de helsemessige virkningene av en belastning blir sterkere (53).

Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid og folkehelsearbeid

I det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet tar man utgangspunkt i helsedeterminantene, og prøver å påvirke disse (se figur 2).

Når man betegner en intervensjon som **helsefremmende**, er målet for intervensjonen å bedre den psykiske helsen ved for eksempel å øke graden av velvære, optimisme, positiv atferd, mestring og evne til å takle motgang og belastninger i livet. Helsefremmende tiltak kan også dreie seg om å tilrettelegge støttende faktorer i det sosiale miljøet slik at resultatet blir økt livskvalitet og trivsel.

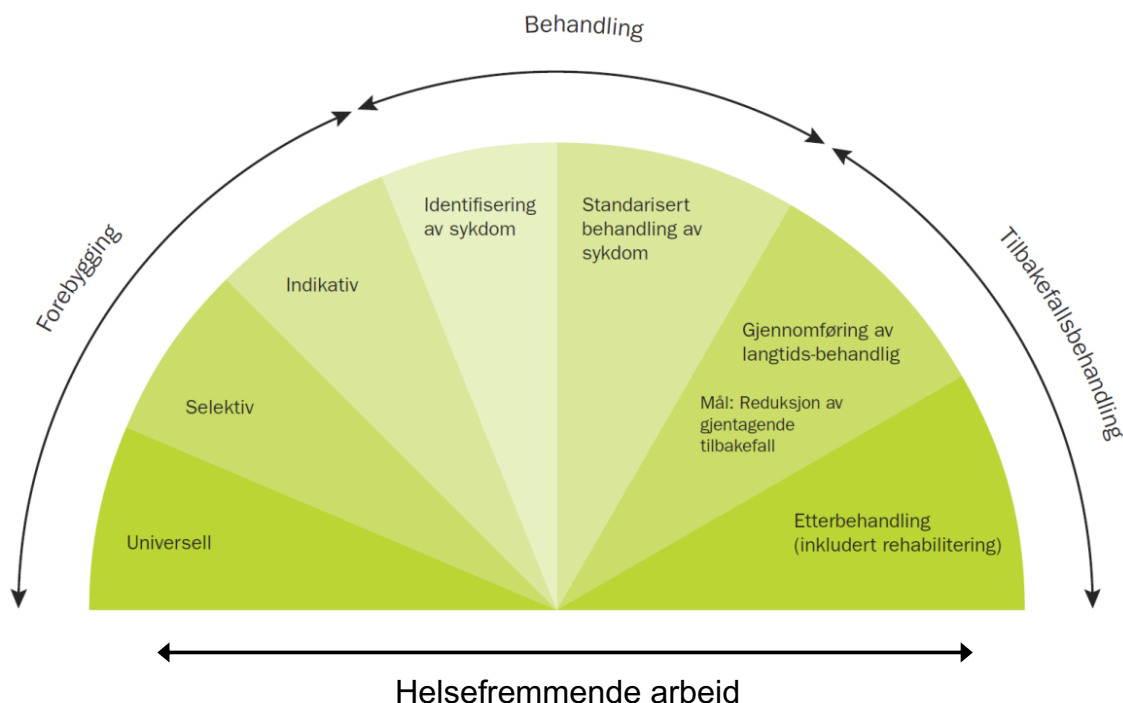
Tiltaksnivå

Befolkningsrettet (universell) forebygging er tiltak rettet mot alle i befolkningen eller mot hele befolkningsgrupper uten at en har identifisert individer eller grupper med forhøyet risiko. Tiltakene som gjennomføres kan i prinsippet komme alle i den aktuelle befolkningen eller befolkningsgruppen til gode. Befolkningsrettete tiltak har gjerne små effekter på den enkelte, men siden tiltakene når mange mennesker kan effekten være stor for samfunnet.

Grupperettet (selektiv) forebygging er tiltak som rettes mot grupper med kjent og forhøyet risiko for å utvikle sykdom. Risiko kan vurderes på grunnlag av både miljøbaserte og individbaserte helsedeterminanter. Grupperettete tiltak kan ha god effekt på den enkelte og gruppen, men noe mindre effekt for forekomsten i hele samfunnet, avhengig av hvor store risikogrupperne er.

Individrettet (indisert) forebygging er tiltak rettet mot individer med høy sykdomsrisiko eller høyt symptomnivå. Eksempelvis kan dette være individer som har symptomer på depresjon eller andre lidelser, men som ikke møter kriteriene for en psykiatrisk diagnose. Individrettete tiltak har i mange tilfeller svært god effekt for den enkelte, og kan bidra til å hindre at de utvikler diagnostiserbar psykisk lidelse. Men indiserte tiltak er gjerne av mindre betydning for folkehelsen, siden det kun er de som har høy risiko eller er i ferd med å bli syke som får tiltaket.

I faglitteraturen betegnes disse tiltaksnivå som henholdsvis universelle, selektive og indiserte. Da begrepene ble lansert, omfattet de bare det sykdomsforebyggende arbeidet. Den samme inndelingen kan også benyttes om de tiltakene som har som mål å fremme positiv psykisk helse.



Figur 2: Oversikt over ulike tiltaksnivå, fra universelle tiltak til behandling. Tilpasset fra Mrazek og Haggerty (54).

I forbindelse med denne rapporten vil samtlige tiltaksnivå (universelle, selektive og indiserte) bli omtalt, men vårt fokus har hovedsakelig vært på universelle eller selektive tiltak. Overgangene mellom de ulike typene tiltak er – avhengig av kontekst og innretning – ikke nødvendigvis så tydelige som beskrevet ovenfor. Det har derfor ikke vært mulig å utelukke noen av tiltaksnivåene i denne rapporten selv om vi primært har ønsket å undersøke tiltak som kan ha en effekt på folkehelsen. Det foreligger likefullt systematiske kunnskapsoppsummeringer som ikke er inkludert i denne rapporten, enten fordi mange av de inkluderte primærstudiene omhandlet indiserte tiltak eller fordi primærstudiene var inkludert i andre omtalte systematiske kunnskapsoppsummeringer med et fokus som lå nærmere formålet med denne rapporten. To publikasjoner fra Cuijpers og kolleger som undersøkte mulige tiltak rettet mot forebygging av diagnostiserbar depresjon er eksempler på kunnskapsoppsummeringer som ikke er tatt med i denne rapporten på overnevnte grunnlag (55;56).

Forebygging versus behandling

Forebygging av psykiske lidelser er alle tiltak vi setter i verk **før** diagnostiserbare lidelser eller et høyt og klinisk relevant symptomnivå har oppstått. Behandling er tiltak som settes inn **etter at** diagnostiserbare lidelser eller klinisk relevante symptomnivå har oppstått. Et tiltak virker forebyggende dersom det over tid bidrar til å redusere antall **nye** sykdomstilfeller (insidensen) eller forhindrer en økning i antall nye tilfeller som ellers ville ha funnet sted. Et tiltak har en behandlingseffekt dersom det bidrar til å gjøre noen som allerede er blitt syke eller har et høyt symptomnivå mindre syke eller friske igjen.

Forebyggende tiltak på området psykisk helse behøver ikke alltid ha som formål å redusere forekomsten av psykisk lidelse. De kan like gjerne ha som mål å redusere nivået av psykiske plager.

Tilbakefallsbehandling, ettervern og rehabilitering er tiltak som fortsetter også etter at den akutte sykdommen er over. Ettersom dette er tiltak som igangsettes som del av behandlingen etter at vedkommende ble syk, vil dette vanligvis bli betraktet på linje med behandling, og ikke som forebygging. Noen ganger kan et tiltak virke behandlende for noen og samtidig forebyggende for andre. For eksempel kan behandling av depresjon eller alkoholmisbruk hos mødre under svangerskapet være god behandling for mor samtidig som det virker forebyggende mot skader på fosteret og bidrar til et psykisk helsefremmende miljø fra barnet blir født.

Innsats på tvers av arenaer

Et helsefremmende og forebyggende tiltak kan enten foregå på én arena, som for eksempel skolen, eller inkludere flere arenaer. Tiltak med fokus på en arena kan beskrives som unimodale, mens tiltak hvor innsatsen legges til flere arenaer kan beskrives som multimodale. Ettersom risiko- og beskyttelsesfaktorer på en arena henger sammen med slike faktorer på andre arenaer, kan man anta at multimodale tiltak er mer virkningsfulle enn om man begrenser innsatsen til en arena (57). Multimodale, 'whole-of-school', forebyggings tiltak rettet mot mobbing som inkluderer skole, nærmiljø og foreldre synes å være særlig effektive (58;59) sammenlignet med tiltak som kun er skolebaserte. En kunnskapsoppsummering av forebygging av cannabisbruk fant noe støtte for at universelle multimodale tiltak fungerte bedre enn andre typer tiltak som enten var unimodale, eller selektive multimodale (60). I forhold til forebygging av vold blant ungdom, fant en kunnskapsoppsummering av australske forebyggingsprogram derimot ikke støtte for at multimodale tiltak fungerte bedre (61).

Metode

Kunnskapsgrunnlaget for denne rapporten er samlet inn gjennom flere prosesser og over tid. For å nå målet om å gi et bredt og oppdatert kunnskapsgrunnlag for hva som kan gjøres for å fremme psykisk helse og forebygge psykisk uhelse hos barn og unge, har vi arbeidet langs to spor. Det ene sporet gir en kortfattet oversikt over sentrale offentlige tjenester i det forebyggende arbeidet. Denne oversikten har blitt til gjennom søk etter informasjon og diskusjon med fagpersoner, og har som mål å gi en kontekst for folkehelsearbeidet knyttet til barn og unges psykiske helse. Det andre sporet gir en oppdatert forskningsbasert kunnskapsoversikt over sentrale arenaer for tiltak og hvilke ulike typer tiltak.

Litteratursøk og utvelgelse av oversikter

Det ble gjennomført et vidtrekkende søk for å identifisere relevante systematiske oversikter. Søket ble gjennomført i to faser og gjort av medarbeidere ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (RBUP Øst og Sør). Dette søket var del av et større prosjekt, «Insum» (<http://insum.no/>). Søket ble første gang gjennomført i 2015, og så ble det gjort et oppdatert søk som dekket oversikter som var publiserte til og med juni 2017. I tillegg ble det gjort supplerende søk etter andre kilder og norske studier som kunne understøtte funn fra internasjonale systematiske litteraturoppsummeringer. Enkelte artikler publisert i etterkant av dette er identifisert gjennom arbeidet med innholdet i rapporten. Disse artiklene er inkludert på linje med de som ble identifisert gjennom søket. Vi har forholdt oss til de opprinnelige rammene for søket for de systematiske kunnskapsoppsummeringer som er gjengitt i detalj (inkludert i flytskjema).

I deler av teksten viser vi til tidligere systematiske tilnærminger, rapporter og oversikter. Eksempler på slike er tidligere rapporter fra Folkehelseinstituttet, både systematiske og andre former for kunnskapsoppsummeringer. RKBU Nord driver et arbeid med å systematisere kunnskapsgrunnlaget bak enkeltintervensjoner som brukes innen psykisk helsevern for barn og unge (ungsinn.no). Ungsinn har sitt eget system for å vurdere kunnskapsgrunnlaget og i hvilken grad kunnskapsgrunnlaget fra utenlandske undersøkelser kan anses som gjeldende for norske forhold. Det finnes også nettsteder som gir søkbar oversikt over systematiske litteraturoppsummeringer. Vi har brukt biblioteket til Cochrane (<http://www.cochrane.org/>) og Epistemonikos (<https://www.epistemonikos.org/>). Insumprosjektet (som omtalt over) søker og sorterer systematiske oversikter etter tema, gjør en kvalitetsvurdering av oversiktene som identifiseres og gjengir sammendraget av de enkelte oversiktene.

Inklusjonskriterier i Insum-søket som er relevant for denne rapporten:

- Systematisk oversikt eller strukturert sammendrag av systematisk oversikt
- Handler om barn og unge under 18 år
- Handler om effekt av tiltak for et av Insums temaer (se temaer nedenfor)
- Aktuelt tema blant utfallene som er målt
- Språk: engelsk, norsk, svensk eller dansk

Søker ble begrenset til studier publisert etter år 2000.

Temaområder:

- ADHD, autismspekter, tics og Tourettes
- Angstforstyrrelser, fobier, traumer og tvang
- Atferdsforstyrrelser og problematferd
- Depresjon og bipolare forstyrrelser
- Psykose
- Spiseforstyrrelser
- Sårbare grupper
- Trivsel, fungering, samspill og utvikling
- Mestring

Type tiltak:

- Forebyggende og helsefremmende tiltak
- Foreldrerettede tiltak
- Rådgivning, opplæring og samarbeidstiltak
- Web-/IT-baserte tiltak

Bearbeidet fra: <http://insum.no/oppsummert-forskning/slik-finner-vi-systematiske-oversikter/>

Supplerende litteratursøk

Vi har også gjort spesifikke søk etter litteratur på tema vi har prioritert og der vi antatt supplerende søk kunne være nødvendig. Det ble gjennomført et eget søk etter både enkeltartikler og systematiske litteraturgjennomganger på tiltak for å utjevne sosio-økonomiske forskjeller i psykisk helse.

Det er gjort ikke-systematiske søk etter enkeltartikler for å underbygge bakgrunnsinformasjon og tekst som setter funnene i sammenheng. Disse søkene var i mindre grad lagt opp etter en systematisk metode og vi har ikke gjengitt søkestreng for disse og har heller ikke vurdert treffene etter en systematisk metode. Tema og termer for disse søkene er bestemt av den enkelte fagperson som har søkt etter informasjon.

Supplerende litteratursøk: Tiltak for å utjevne sosioøkonomiske forskjeller

Tiltak for å utjevne sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse blant barn og unge er et viktig tema. Hovedlitteratursøket gav imidlertid lite relevant informasjon. I samarbeid med biblioteket ved FHI ble det derfor gjennomført et eget litteratursøk på dette feltet (se vedlegg A). Søket gikk tilbake til og med 2012 og ble skreddersydd for å fange opp tiltaksforskning. Søket gav 2416 referanser som ble gjennomgått manuelt. Det ble ikke

funnet noen kunnskapsoppsummeringer eller metaanalyser som spesifikt belyste spørsmålet om sosioøkonomisk differensielle effekter av tiltak på psykisk helse-området rettet mot barn og ungdom. Det ble derfor besluttet å basere denne delen av rapporten på en narrativ beskrivelse av forskningen på feltet. Konklusjonene under denne delen må derfor betraktes som mer usikre og foreløpige enn i andre deler av rapporten.

Vurdering av kvalitet

Kvaliteten av de enkelte systematiske litteraturoppsummeringene ble oppsummert ved bruk av 'A Measurement Tool to Assess systematic Reviews' (AMSTAR) sjekklisten. Sjekklisten består av 11 spørsmål som kodes 0 eller 1 ettersom spørsmålet er oppfylt i oversikten. Spørsmålene handler om hvorvidt sentrale momenter i en god systematisk oversikt er ivarettatt som at søkene har fått med alle relevante artikler, data er hentet ut fra artiklene på en god måte, datanalysene gjort i henhold til beste praksis og at funnene er balansert presentert i lys av kvaliteten på de inkluderte primærstudiene. Artikler som har dekket alle spørsmålene får skåre 11 og har svært høy kvalitet. Vi valgte å inkludere alle studier som skåret over 7 poeng for å bare ta med studier som holdt relativt god kvalitet, dette i tråd med Das og kolleger (62).

For de inkluderte enkeltstudier og artikler som omtales i rapporten er det ikke gjort noen formell vurdering av kvaliteten.

Metaanalyser og effektestimater

Vi har gjennomgående rapportert effektestimater fra de inkluderte systematiske kunnskapsoppsummeringene hvor metaanalyser har vært gjennomført. En metaanalyse gir, ved hjelp av statistiske metoder, ett samlet estimat fra flere uavhengige studier som belyser samme problemstilling. Ettersom enkeltstudier kan gi ulike resultat av ulike årsaker (som studiepopulasjonen/populasjonsstørrelse, grad av implementering, målemetoder etc) og tilfeldig variasjon, kan ett samlet estimat basert på flere studier gi mer pålitelig og robust informasjon. Metaanalyser kan også belyse variasjonen mellom flere studier, og gi innsikt i hva denne variasjonen skyldes. Det er derfor i prinsippet større grunn til å stole på resultater fra metaanalyser, enn funn fra enkeltstudier.

Det samlede estimatet som metaanalysen resulterer i er i vårt tilfelle et uttrykk for effekten av tiltaket på utfallet som man forsøker å påvirke. Dette omtales som et effektestimater, og varierer i retning (+/-) og styrke, hvor negative og statistisk signifikante effektestimater (-) indikerer at forebyggende tiltak har en ønsket effekt i vår sammenheng. I publiserte intervensjonsstudier har man funnet at studier har en tendens til å ha en ønsket heller enn en uønsket effekt (63).

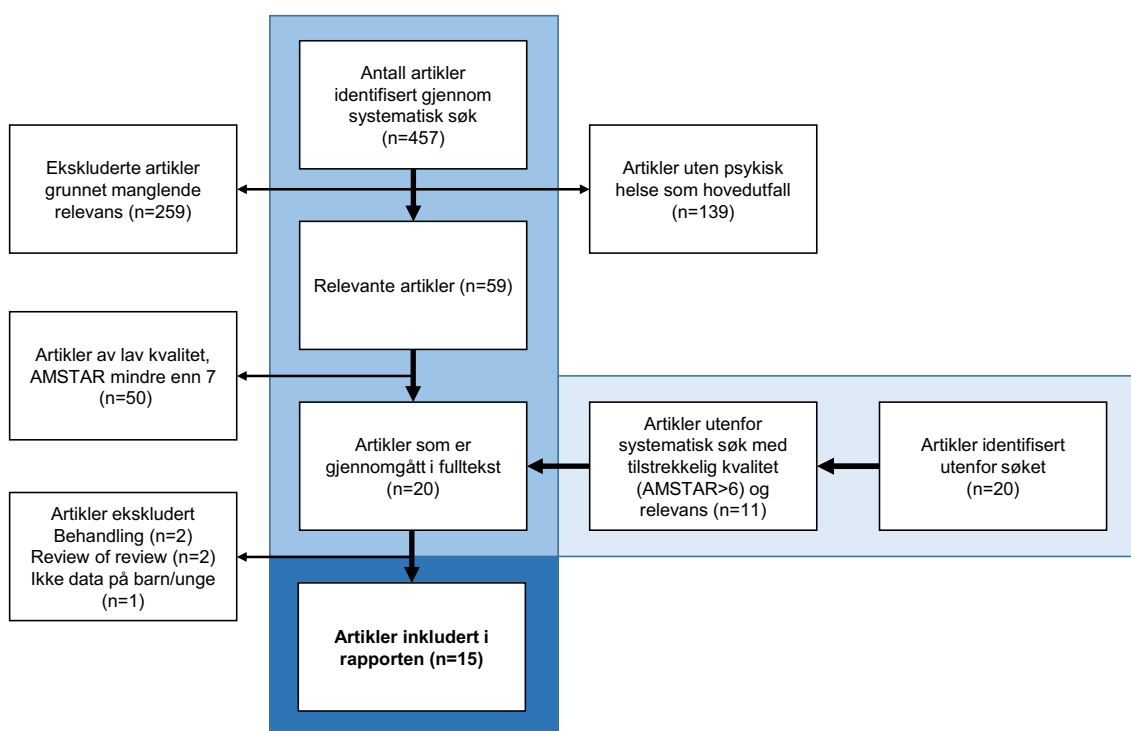
Det finnes ulike effektestimater, men vi har valgt å rapportere 'standardized mean difference' (SMD) som hovedregel. Når det gjelder hvor stor effekten er, har man i forskningslitteraturen benyttet seg av følgende tommelfingerregel: $\approx 0,20$ liten effekt, $\approx 0,50$ middels effekt, og $> 0,80$ stor effekt. Men denne tommelfingerregelen blir lett misvisende uten kvalifiserende tilleggsinformasjon, da en rekke faktorer bør påvirke vurderingen av hvorvidt effekten er stor eller liten. En relativt beskjeden effektstørrelse som når mange individ (f.eks. universelle tiltak) kan ha en stor betydning for folkehelsen, men om samme effektstørrelse blir rapportert for et tiltak som kun når en liten gruppe personer (f.eks. indiserte tiltak) er betydningen betydelig mindre. Det er derfor viktig at implikasjonene av den rapporterte effektstørrelsen blir tolket i kontekst, og at man tar

hensyn til ulike aspekter ved tiltaket (målgruppe, kvaliteten på primærstudier), utfallsmålene og en vurdering av den potensielle praktiske relevansen (63).

Oppsummering av resultater

Resultatdelen vil begynne med en gjennomgang av offentlige tjenester som er sentrale i det forebyggende helsearbeidet, dernest vil vi gå igjennom funnene fra forskningslitteraturen. Fra de inkluderte systematiske kunnskapsoppsummeringene og enkeltstudiene har vi rapportert studiepopulasjon, problemstillinger, kort beskrivelse av tiltak, primære utfallsmål, antall studier og/eller antall deltakere, oppfølgingstid og resultater fra (meta)analyser i egne evidenstabeller (se vedlegg B). Når det gjelder kvalitetsvurderingen av enkeltstudier i systematiske kunnskapsoppsummeringer baserte vi oss på forfatterne av de systematiske kunnskapsoppsummeringene sine vurderinger. Hvis relevant ble det også rapportert resultater fra meta-regresjonsanalyser og relaterte sensitivitetsanalyser.

Insum-søket identifiserte 457 artikler, hvorav 259 (56,7%) ble ekskludert grunnet manglende relevans for denne rapportens formål (for eksempel oppsummeringer av behandling, ikke systematisk kunnskapsoppsummering osv). Videre ble 139 (30,4%) ekskludert fordi hovedutfallet ikke var psykisk helse (se figur 3). Det gjenstod da 59 artikler som hadde psykisk helse som hovedutfall, og som ble vurdert til å være relevant. Av disse ble 50 ekskludert fordi AMSTAR-skåren var for lav (mindre enn 7), og de resterende ni ble gjennomgått i fulltekst (se vedlegg C for liste over ekskluderte publikasjoner). I tillegg til artiklene identifisert i Insum-søket, ble 20 potensielle artikler identifisert utenfor søket, hvorav 11 ble gjennomgått i fulltekst. Av de 20 artiklene som ble gjennomgått i fulltekst, ble totalt 15 systematiske kunnskapsoppsummeringer inkludert i denne rapporten (se tabell 1 og 2; se også vedlegg B). Disse artiklene danner dermed kjernen i evidensgrunnlaget for denne kunnskapsoppsumeringen. Disse 15 kunnskapsoppsummeringene blir gjennomgående kort presentert i blå tekstbokser i rapporten. Kunnskapsoppsummeringer som dekker helt eller delvis samme tematikk/arena vil basere seg på noen av de samme primærstudiene, dette vil ikke bli gjort videre rede for i denne rapporten.



Figur 3: Inkluderte og ekskluderte studier. Flytskjema.

Tabell 1: Oversikt over inkluderte kunnskapsoppsummeringer og skåre på AMSTAR.

	Førsteforfatter	A priori design	Uavhengig vurdering	Tilstrekkelig omfattende litteratursøk	Type publisjoner spesifisert	Liste over studier (inkl/ekskl)	Studiekarakteristika	Vurdering av vitenskapelig kvalitet	Tatt hensyn til kvalitet	Adekvat metode for å samle resultat	Vurdering av «publication bias»	Interessekonflikter avklart	SUM
1	Townshend et al. (2016)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	9
2	Yap et al. (2016)	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	8
3	Barlow et al. (2016)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11
4	Schindler et al. (2015)	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	9
5	Werner-Seidler et al. (2017)	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	9
6	Kidger et al. (2012)	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	7
7	Hetrick et al. (2016)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	10
8	Dray et al. (2017)	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✓	8
9	Moreno-Peral et al. (2017)	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	9
10	Kavanagh et al. (2009)	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	8
11	Loechner (2018)	✗	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	7
12	Maynard et al. (2015)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	10
13	Carter et al. (2016)	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	7
14	Tyrer & Fazel (2014)	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	7
15	Pratt & Woolfenden (2002)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	9

Tabell 2: Oversikt over inkluderte kunnskapsoppsummeringer og noen hovedkarakteristika.

Hovedforfatter	Arena	Utfall	Helsefremmende fokus	Metaanalyse	Antall studier	Antall studier fra Norge
Townshend (2016)	Familie	Well-being	Ja	Nei	7	0
Yap (2016)	Familie	Internaliserende problemer	Nei	Ja	51	1
Barlow (2016)	Familie	Emosjonelle vansker og atferdsvansker	Nei	Ja	24	0
Schindler (2015)	Barnehage	Eksternaliserende problemer	Nei	Ja	31	0
Werner-Seidler (2017)	Skole	Depresjon og angst	Nei	Ja	90	1
Kidger (2012)	Skole	Ulike; angst, depresjon etc	Nei	Nei	39	2
Hetrick (2016)	Skole	Depresjon og angst	Nei	Ja	83	1
Dray (2017)	Skole	Psykiske vansker	Nei	Ja	57	1
Moreno-Peral (2017)	Skole	Angst	Nei	Ja	29	1
Kavanagh (2009)	Skole	Symptomer på angst, depresjon, og selvmordstanker/ -atferd	Nei	Ja	17	0
Loechner (2018)	Familie; Foreldre med depresjon	Depresjon	Nei	Ja	7	0
Maynard (2015)	Skole; Skolevegring	Skolevegring	Nei	Ja	8	0
Carter (2016)	Fritid og fysisk aktivitet	Depresjon	Nei	Ja	11	0
Tyrer (2014)	Skole- og lokalsamfunn; barn og unge som innvandrere	Psykisk helse	Nei	Nei	21	0
Pratt (2002)	Diverse; Spiseforstyrrelser	Spiseforstyrrelser	Nei	Ja	12	0

Gjennomgang av offentlige tjenester i det forebyggende arbeidet

Helsestasjon for barn

Helsestasjon for barn driver både individrettet og befolkningsrettet virksomhet. Formålene er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader. Tjenesten er lovpålagt og inkludert i den kommunale helsetjenesten. Innholdet er regulert gjennom en egen forskrift, og Helse- direktoratet har utarbeidet detaljerte retningslinjer som er normerende for driften. Retningslinjene er basert på en omfattende gjennomgang av eksisterende kunnskap om helse, utvikling og forebygging hos barn. Foreldre er pliktige til å medvirke til at barna deltar i helsekontroller på helsestasjonen. Tilbudet skal være gratis og tilgjengelig for alle. Hvis foreldrene ikke behersker norsk, skal det brukes tolk.

Helsesøstre er kjernepersonell i tjenesten, men tjenesten skal også være bemannet med lege. Andre yrkesgrupper kan også være en del av bemanningen. Helsesøstre er den eneste kategorien av helsepersonell som har forebyggende helsearbeid som hovedansvar. Deres gjentatte oppfølging og kontroller av barnets fysiske helse, trivsel og utvikling over et langt tidsrom, kombinert med kjennskap til foreldre og oppvekstmiljø, gir et godt utgangspunkt for forebyggende arbeid.

Helsestasjonskontrollene har tre hovedformål: a) veiledning av foreldrene for å sikre god omsorg for barna og forebygge helseproblemer og utviklingsavvik, b) kartlegging av barnas utvikling og psykiske og fysiske helse og c) kartlegging av familiens livssituasjon for å avverge og avdekke omsorgssvikt og mishandling.

En norsk rapport fra 2005 kartla metoder og måleverktøy som kan brukes ved helsestasjonen for en systematisk avdekking av barn i alderen 0-6 år med høy risiko for utviklingsavvik (64). Rapporten vektla metoder som allerede er i bruk i Norge, men også andre relevante metoder ble omtalt.

Alle familier skal gis tilbud om hjemmebesøk av helsesøster 7-10 dager etter fødselen. Flere hjemmebesøk kan tilbys familier med spesielle behov, men for flertallet vil alle de etterfølgende konsultasjonene foregå på helsestasjonen. Vanligvis tilbys kontroller hver måned det første halve året og annenhver måned i alderen fra et halvt til halvannet år. Deretter er det punktvis kontroller når barna er henholdsvis to, fire og fem år. Det anbefales at helsestasjonene tilbyr gruppekonsultasjoner for foreldre, og at en del av foreldreveiledningen legges dit.

Helsestasjonene er pålagt å drive systematisk samarbeid med en rekke andre instanser i kommunen. Dette inkluderer kommunelege og kommuneadministrasjon, fastlege, barnevern, barnehager, pedagogisk-psykologisk tjeneste og kommunal tannhelsetjeneste. Samarbeidet med andre instanser skal blant annet sikre eventuelle behov for oppfølging, utredning eller tilrettelegging hos enkeltbarn, og bidra til kartlegging og planlegging av de ulike tjenestene.

Informasjon hentet fra: Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (65).

Barnevernet

Barnevernets mest sentrale oppgave er å sikre hurtig hjelp og støtte til barn og unge som lever i boforhold som utgjør en risiko for deres umiddelbare helse og utviklingsmuligheter (66). Mishandling av barn representerer et omfattende folkehelse- og sosialt velferdsproblem, med betydelige negative konsekvenser som ofte vedvarer inn i voksen alder (67;68). *Verdens helseorganisasjon ønsker at mishandling av barn skal fremmes som et alvorlig folkehelseproblem, med potensielt livslange konsekvenser for de berørte, og at investeringer i preventivt arbeid og forskning bør tilpasses deretter* (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en>). Ettersom mange barn og unge som kommer i kontakt med barnevernet har sammensatte behov (69), er bedre koordinering og hurtigere tilgang på aktuelle helsetjenester og velferdstilbud nå et uttalt mål fra myndighetene, ifølge Meld. St. 19 (2015–2016) Tid for lek og læring — Bedre innhold i barnehagen.

Hvert år har et stort antall barn og unge behov for-, og mottar hjelp og støtte fra barnevernet. I 2015 hadde nesten 4 % av alle barn og unge voksne fra 0-22 år mottatt tjenester fra barnevernet i en eller annen form (http://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern), fra ulike tiltak i hjemmet til mer omfattende kort- eller langtids plasseringer utenfor hjemmet. De fleste mottar bistand i hjemmet, slik som avlastning, rådgivning og veiledning, selv om så mange som 4 av 10 av barn som mottar tjenester fra barnevernet plasseres i omsorgstiltak utenfor hjemmet, hovedsakelig fosterhjem (78%). Barn og unge med innvandringsbakgrunn er sterkt overrepresentert i barnevernssaker sammenlignet med innvandringsandelen i den generelle befolkningen (70).

Ansvar for Barnevernet er delt mellom den kommunale- og de statlige barnevernsmyndighetene, der den kommunale barnevernstjenesten har ansvaret for å undersøke og oppdage barn i faresonen, tilby hjelpetiltak i hjemmet, og for å ta avgjørelser om behovet for plassering utenfor hjemmet. Kommunene står fritt til å bestemme den lokale finansieringen av barnevernet, men de er pliktige til å møte et minimumskrav av barnevernstjenester. De statlige barnevernsmyndighetene skal på forespørsel fra den kommunale barnevernstjenesten bidra med å plassere barn i tiltak utenfor hjemmet.

Oppdagelse av barn med hjelpebehov baseres vanligvis på rapporter som barnevernet mottar fra andre offentlige etater eller privatpersoner, som helsepersonell, skoler eller barnehager, familie eller naboer, eller fra foreldre og barn selv.

I Meld. St. 19 (2015–2016) Tid for lek og læring — Bedre innhold i barnehagen går det fram at regjeringen tar sikte på å forbedre barnevernstjenestene for å sikre at barn og unge i faresonen mottar hurtig hjelp og støtte når det er nødvendig. Ettersom mange av Barnevernstjenestens brukere og deres familier har behov for koordinerte tjenester fra ulike helse- og velferdsetater, har myndighetene gjennomført en revisjon av Barnevernloven (NOU 2016:16), for å styrke samarbeidet mellom barnevernet og Barne- og ungdomspsykiatriske helsetjenester. Både kommunale og statlige barnevernsmyndigheter har rapportert at koordineringen mellom disse tjenestene ikke er optimal, og påpeker at tidlige og koordinerte intervensjoner er nødvendige for å hindre langvarige og skadelige konsekvenser blant barn og unge under barnevernets omsorg.

Ungsinn har oppsummert kunnskapsgrunnlaget for en rekke tiltak som er i bruk i norsk barnevern. Bufdir driver også et eget emnebibliotek med oppdatert kunnskap om barnevern og familievern.

Familievernet

Familievernet er en statlig spesialtjeneste som har familierelaterte problemer som sitt fagfelt. Familievernet er en forebyggende tjeneste, og har som mandat å bedre barns oppvekstvilkår i familien. Det er lovpålagt at familievernet skal finnes over hele landet, og det er 39 familievernkontor i Norge. Ansatte som jobber i familievernet er i hovedsak psykologer, sosionomer og andre høyskoleutdannede med videreutdanning i familierapi. Familier, par eller enkeltpersoner kan henvende seg til sitt lokale kontor når de opplever vansker, konflikter eller kriser i familien. Familievernet krever ingen henvisning og er et gratis tilbud.

Familievernets oppgaver er å gi et tilbud om terapi, veiledning og mekling. Mekling gis etter ekteskapsloven (§26) og barneloven (§51). Det vil si ved samlivsbrudd eller når foreldre ikke blir enige om ordninger rundt barn etter samlivsbrudd. I tillegg skal familievernet bistå i saker der retten har idømt foreldre veiledet samvær etter barneloven (§65 a). Familievernet driver også et utadrettet tilbud, som kan bestå i kursing, veiledning, informasjon og undervisning rettet mot både publikum og hjelpeapparat.

Årlig kommer rundt 110 000 personer til familievernet for å få hjelp med parforholdet, foreldrerollen, foreldresamarbeid, ny-familien eller andre familieproblemer. Familievernet møter flest par og foreldre, men også storfamilier og barn. Familievernet har også tilbud knyttet til vold i familien.

Familievernet tilbyr flere typer kurs, blant annet «Bufferkurs» for par som ønsker å få et bedre parforhold, «Fortsatt foreldre» som er et foreldrekurs for tidligere partnere og «Hva med oss», som er et kurs for foreldre som har barn med nedsatt funksjonsevne. Det finnes også samtalegrupper for barn etter foreldrenes samlivsbrudd. En norsk kunnskaps-oversikt fra 2016 fant at gruppetiltak for barn og ungdom som opplever samlivsbrudd kanskje har en positiv effekt på angstsymptomer hos barn og en bedre tilpasning til situasjonen rundt samlivsbrudd sammenlignet med barn som ikke har deltatt på slike kurs (71).

Andre offentlige hjelpere, som leger, psykologer, barnevern og andre kan henvise klienter til familievernet.

Informasjon hentet fra: Lov om familievernkontorer (LOV-1997-06-19-62) og Bufdir (<http://www.bufdir.no/>).

Familiens hus

Familiens hus skal være et tverrfaglig kommunalt tilbud som er samlokalisert ('i et og samme hus'). Familiens hus er forankret i folkehelsearbeidet, og lokalisert i nærmiljøet. Organisasjonsmodellen tar utgangspunkt i det kommunale tjenestesystemet, hvor tanken er å gi et samordnet og godt tilbud til barn, unge og deres familier. Den overordnede målsettingen med Familiens hus er å være helsefremmende, og å forebygge utviklings- og helserelaterte problemer – hos barn og unge. Dette skal blant oppnås ved at det legges til rette for at barn, unge og deres familier har mulighet til å få et helhetlig og lett tilgjengelig tilbud. Tjenestene skal også være godt koordinert, tilpasset behovene og der medvirkning og innflytelse fra brukerne er mulig.

Følgende tjenester inngår ofte i familiens hus: Svangerskapsomsorgen, helsestasjon, åpen barnehage, forebyggende barnevernstjeneste, kommunepsykolog og pedagogisk-psykologisk tjeneste. Enkelte kommuner inkluderer andre tjenester som familieveiledning,

frivillige organisasjoner, habiliteringstjeneste og NAV i det samme huset. Norske kommuner har utviklet og etablert ulike tilnærminger til denne organisasjonsmodellen, og noen ganger anvendes andre betegnelser enn familiens hus på slike samhandlingsmodeller som for eksempel barne- og familieenhet. Asker kommune er et eksempel på at man har valgt å etablere en slik organisasjonsmodell, og som viste seg å ha en positiv effekt på de ansattes opplevelse av hvordan samhandling og ledelse ble opplevd (72). I 2012 hadde 132 kommuner etablert familiens hus eller lignende organisasjonsmodeller. Disse hadde svært ulikt innhold i forhold til hvilke tjenester som var samlokalisert, organisering, arbeidsformer og hvilke tiltak som tilbys familiene (73). Tilsvarende organisasjonsmodeller er vanlige i de andre nordiske landene, spesielt familjecentraler i Sverige som har vært en viktig inspirasjonskilde til den norske modellen (74). Det er behov for å få samlet beskrivelse og erfaringer av hvordan de ulike modellene er bygget opp og fungerer. RKBU-ene/RBUP skal bistå kommunene med etablering av slike tilbud, og arrangerer ledernetverk og fagdager for kommunene.

I både Norge (75) og Sverige (76) har det vært gjennomført brukerundersøkelser blant familier som anvender åpen barnehage. Dette er en arena der foreldre og barn kan være sammen, møte andre familier og eventuelt få råd og veiledning fra de som arbeider i familiens hus. Resultatene fra den norske studien viste at foreldrene gjennomgående er svært fornøyde med tilbudet. I tillegg mente mange at tilbudet bidro til å styrke deres sosiale nettverk og at barna trivdes i den åpne barnehagen (75). En nyere kvalitativ studie basert på tre åpne barnehager viste at åpne møteplasser er attraktive for ulike mennesker og at lek og hverdagsaktiviteter kan ha betydning for en opplevelse av integrering og tilhørighet (77). Tilsvarende viste studien at både foreldre og ansatte opplevde at åpen barnehage hadde lav terskel for deltakelse (78).

For tiden gjennomføres det en større evaluering av kommuner både med og uten familiens hus der formålet er å undersøke ulike faktorer som er forbundet med god kvalitet på tjenestene (<https://uit.no/forskning/sko-studien>). Deltakere i studien er både ledere, fagpersoner og foreldre som anvender ulike kommunale tjenester som svangerskapsomsorg, helsestasjon, barnevern, familietjenester, åpen barnehage og PPT. Ulike indikatorer på kvalitet anvendes som foreldres tilfredshet, vurderinger av fagpersoner og mer objektive indikatorer (73;77;79-83).

Barnehage

Barnehagen skal være en trygg arena for lek, utfoldelse og samvær med jevnaldrende. Den skal også være en god arena for samvær med andre voksne enn familien. I 2016 gikk 91 % av alle førskolebarn i alderen 0 – 6 år i barnehage. Andelen fireåringer i barnehage er like stor som andelen som møter til kontroll på helsestasjonen (84). Det gir muligheter for at barnehagetilbud til alle kan bli et psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak for alle førskolebarn i Norge. Barnehage som arena beskrives også i mer detalj senere i rapporten.

Skole

I 2016 var det 629 176 elever i norsk grunnskole. Av disse var 444 601 elever ved 1.-7. årstrinn og 184 575 elever ved 8.-10. årstrinn. I videregående skole var det 270 807 elever (85). Elevene tilbringer mange timer på skolen hver eneste skoledag året gjennom. Mange av de yngste elevene kommer på skolen før kl. åtte om morgenen og er der gjerne 8-9 timer. Skolen representerer for elevene mye av det samme som arbeidsplassen for de

voksne. Skolen har fått en utvidet funksjon. Den er et sted der elevene ikke bare skal lære, men også et sted for samvær og omsorg (86).

Skolen er en viktig arena for både faglig og sosial utvikling. Skolemiljøet påvirker og samvirker med barn og ungdoms helse og livskvalitet. I *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa*, §9, heter det at "Alle elevar i grunnskolar og vidaregåande skolar har rett til eit godt fysisk og psykososialt miljø som fremjar helse, trivsel og læring". Skolen skal ikke bare være en god plass å lære, men også en god plass å være (86). Skolen som arena beskrives også i mer detalj senere i rapporten.

Skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten har de samme overordnede mål som helsestasjon for barn (fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader) (65;87). Skolehelsetjenesten er også et lovpålagt kommunalt ansvar og drives i henhold til forskrift og normerende retningslinjer fra Helsedirektoratet. Helsesøstre er kjernepersonell. Tjenesten skal også inkludere lege. Tilbudet skal være gratis og direkte tilknyttet skolen. Tjenesten har ansvar for både individrettet oppfølging av barn og unge, og for systemrettet samarbeid med skolen for å sikre godt fysisk og psykososialt miljø. For øvrig skal skolehelsetjenesten drive systematisk samarbeid med de samme instansene som helsestasjon for barn, med unntak av barnehagene.

Helsedirektoratet har satt en norm for skolehelsetjenesten på 1 helsesøster per 800 barn. En rapport utarbeidet av Barneombudet i 2013 viste imidlertid at dekningsgraden da var på 1 helsesøster per 1000 barn, og at det ville kreves 1500 ekstra stillinger for å tilfredsstille normen.

De standardiserte individrettede tiltakene er helsesamtaler mellom helsesøster og foreldrene på 1. trinn, legeundersøkelse på 1. trinn og helsesamtale mellom helsesøster og eleven på 8. trinn. Måling og veiing utføres av helsesøster på 1. trinn og 8. trinn. I tillegg skal helsesøster være jevnlig til stede på skolen for å tilby oppfølging til elever som trenger det.

Formålene med helsesamtalen på 1. trinn er å a) veilede foreldre for å fremme god fysisk og psykisk helse, b) gi foreldre mulighet til å ta opp bekymringer rundt barnets helse, kartlegging av barnets helse og fungering og c) kartlegging av eventuelle forhold i hjemmet av betydning for barnets helse og utvikling. I likhet med helsestasjonen skal også skolehelsetjenesten bidra til å avverge eller avdekke omsorgssvikt og mishandling.

Formålene med helsesamtalen på 8. trinn er å a) fremme livsmestring og bidra til sunne livsvalg, b) skaffe informasjon om trivsel, mestring og helseproblemer og c) vurdere behov for videre oppfølging og henvisning.

Formålene til skolehelsetjenestens systemrettede arbeid er blant annet å a) utarbeide oversikt over elevenes helsetilstand basert på egeninnhentet informasjon og på grunnlag av nasjonale og regionale helsedata, b) undervisning om seksuell helse, c) forebygging av mobbing, mistrivsel og psykiske plager, d) forebygge bruk av rusmidler, d) bidra til gode rammer rundt skolemåltidet og mattilbudet i skolen, e) fremme og legge til rette for fysisk aktivitet, og f) særskilt oppfølging av elever med bekymringsfullt fravær.

I 2010 ble det gitt ut en systematisk oversikt over kunnskapsoppsummeringer av effekter knyttet til skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår (88). Denne oppsummeringen fant blant annet at en tilgjengelig skolehelsetjeneste kanskje kunne føre

til økt bruk av primærhelsetjenesten for barn og unge, og at påvisning og tidlig henvisning til psykologisk behandling av barn med depresjon muligens reduserer depresjon hos barn og unge. De fant imidlertid ingen systematiske oversikter som omhandlet helsepersonell i en skolehelsetjeneste slik den er organisert i Norge.

PPT/OPT

PP-tjenesten er en lovpålagt kommunal tjeneste. Tjenesten skal hjelpe skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å legge opplæringen bedre til rette for elever med særlige behov. Tjenesten skal sørge for at det blir utarbeidet sakkyndig vurdering der loven krever det.

Selv om oppgavene til PP-tjenesten først og fremst er relatert til pedagogiske mål, er relevansen for elevenes psykiske helse åpenbar. PP-tjenesten har også et medansvar for å hjelpe skoler og barnehager i arbeidet med psykisk helse blant barn og ungdom i kommunene. Arbeid overfor elever med lærevansker, kommunikasjonsproblemer, psykososiale problemer og atferdsproblemer vil være viktige bidrag til det forebyggende arbeidet i skolen, ikke minst i lys av at de pedagogisk-psykologiske rådgiverne i PP-tjenesten ikke bare skal jobbe individrettet, men også på systemnivå. Siden alle kommuner og fylkeskommuner er pålagt å organisere en PP-tjeneste, representerer fagkunnskapen personell i PP-tjenesten har, ikke minst skolepsykologene, en viktig ressurs i skolenes forebyggende arbeid over hele landet. De utrolige årene (89) er et program til bruk i skoler og barnehager for barn med atferdsproblemer som blant annet tilbys av PP-tjenesten flere steder i landet.

Oppfølgingstjenesten ble opprettet etter Reform 94 som en fylkeskommunal tjeneste. Tjenesten skal følge opp rettighets elever (de som har rett til opplæring etter § 3-1 i opplæringsloven) som ikke er i opplæring eller arbeid. Tjenesten gjelder til og med det året personen fyller 21 år. Formålet med oppfølgingstjenesten er å sørge for at all ungdom som hører til målgruppen får tilbud om opplæring, arbeid eller annen sysselsetting. Tilbud som blir formidlet gjennom oppfølgingstjenesten skal først og fremst ta sikte på å føre fram til yrkeskompetanse eller kompetanse på lavere nivå innenfor videregående opplæring (90). Fylkeskommunen skal gjennom oppfølgingstjenesten blant annet sørge for å ha oversikt over målgruppen og at det blir tatt kontakt med hver enkelt ungdom. Tjenesten må ha oversikt over aktuelle tilbud for målgruppen og følge opp ungdom som har tatt imot tilbud gjennom oppfølgingstjenesten. Ungdom som ikke tar imot tilbud og som ikke er i arbeid eller utdanning, skal kontaktes og få tilbud hvert skoleår så lenge de er omfattet av retten til videregående opplæring (90). Sannsynligvis finner en mange som allerede har, eller har høy risiko, for å utvikle atferdsproblemer og emosjonelle problemer blant ungdommene som er målgruppen for oppfølgingstjenesten.

Helsestasjon for ungdom

Kommunene er lovpålagt å tilby helsestasjon for ungdom opp til 20 års alder (65). Tjenesten drives i henhold til forskrift og normerende retningslinjer fra Helsedirektoratet. Helsesøstre er kjernepersonell, og lege skal være tilknyttet tjenesten. Tilbudet skal være gratis og tilgjengelig for alle uavhengig av om ungdommene går på skole eller ikke. Formålene med helsestasjon for ungdom er å a) fremme trivsel og mestring og forebygge og avdekke psykiske plager og lidelser, b) forebygge uønskede svangerskap gjennom prevensjonsveiledning og resepter på prevensjon og c) forebygge og behandle seksuelt overførbare infeksjoner. Det finnes ikke nasjonale data for hvor stor andel av ungdom som

bruker helsestasjonstjenesten. Tradisjonelt har tjenesten konsentrert seg om forebygging av uønskede svangerskap og seksuelt overførbare infeksjoner, så den er sannsynligvis fortsatt mest brukt av jenter.

Fastlegetjenesten

Fastlegen har ikke en selvstendig rolle i det forebyggende helsearbeidet, men skal delta i systematisk samarbeid med helsestasjonene og skolehelsetjenesten i kommunen. Når de forebyggende helsetjenestene avdekker problemer som trenger videre medisinsk utredning, er fastlegen ansvarlig for å iverksette det.

Informasjon hentet fra: Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (65).

Kommunelegen

Kommunelegen er medisinsk faglig ansvarlig for både det forebyggende helsearbeidet og for primærhelsetjenesten i kommunen. Kommunelegen skal delta i planleggingen av virksomheten i helsestasjoner og skolehelsetjeneste, og sikre at driften holder god medisinsk kvalitet.

Informasjon hentet fra: Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (65).

Psykologer i de kommunale helse og omsorgstjenestene

Rekruttering av flere psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er en pågående satsing for å styrke kvalitet og kompetanse i det tverrfaglige arbeidet innen psykisk helse og rus, vold- og traumefeltet. Ambisjonen er å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. En uttrykt målsetning for satsingen er at lokalt folkehelsearbeid samt helsefremmende og forebyggende tjenester skal bidra til å redusere kommunenes behov for mer omfattende og langvarige kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Det er en tydelig ambisjon at tjenestene skal være lett tilgjengelige i brukernes nærmiljø og av god kvalitet, uten henvisning og ventetid.

Tilgang til psykologkompetanse blir innført som lovkrav for kommunene i 2020. Lovkravet er et viktig tiltak for å utjevne til dels store geografiske variasjoner i kompetanse og kvalitet i tjenestetilbudet og kan bidra til en generell utvikling av det lokale arbeidet innen fagfeltene. Helsedirektoratet forvalter en tilskuddsordning som virkemiddel for å øke rekrutteringen (91). I 2017 mottok 285 kommuner/bydeler tilskudd til 440 psykologstillinger.

Psykologstillingene som opprettes gjennom tilskuddsordningen skal i større grad arbeide system- og samfunnsrettet i tillegg til helsefremmende og forebyggende. Det kan blant annet skje gjennom deltakelse i plan- og utviklingsarbeid, i folkehelsearbeidet, veiledning og fagstøtte til øvrig personell/tjenester mv. Kommunene rapporterer på hvor stor andel av stillingene som rettes inn mot hovedoppgavene som er system- og samfunnsrettet arbeid, veiledning/fagstøtte til personell/tjenester i kommunen, helsefremmende og forebyggende arbeid, og behandling og oppfølging. Erfaringer så langt tyder på at det er utfordrende å skille disse oppgavene klart fra hverandre og at behovet for innsats innen de ulike oppgavene varierer over tid.

I gjennomsnitt oppgir kommunene at cirka 45 prosent av psykologstillingen benyttes i lavterskel behandlings- og oppfølgingstilbud, herunder også utredning og diagnostisering. 17 prosent er rettet inn mot system- og samfunnsrettet arbeid og 20 prosent til veiledning/fagstøtte til personell/tjenester i kommunen. Sistnevnte er å anse som systemarbeid, så til sammen benyttes i snitt 37 prosent av tiden til samfunns- og systemrettet arbeid. 18 prosent er rettet inn mot helsefremmende og forebyggende arbeid (92).

Kunnskapsstøtte

RKBU/RBUP skal som del av sitt mandat yte kunnskapsstøtte til det forebyggende arbeidet for barn og unges psykiske helse. Folkehelseinstituttet skal yte kunnskapsstøtte for folkehelse i bred forstand og bistå til oversiktsarbeidet som er grunnleggende for godt folkehelsearbeid. I tillegg yter flere andre fagmiljø viktig kunnskapsstøtte og driver kunnskapsutvikling gjennom formidling og forskning, ved universiteter, høyskoler, regionale kompetansesentre på rusfeltet (KORUS), regionale ressursentre knyttet til vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), og andre kompetansemiljø i instituttsektoren.

Resultat av litteratursøk

Forebyggende tiltak i barn og unges daglige miljø

Felles for forebyggingstiltak som retter seg mot barn og ungdom er at de ofte baseres på en *økologisk modell* der en tenker seg at konteksten har stor betydning for barnas utvikling av psykiske plager og livskvalitet (93,94). En tenker seg en vekselvirkning mellom barnet og for eksempel foreldrene. Forebyggingstiltakene tar derfor ofte sikte på å endre atferden til foreldre/foresatte og arbeidsmåten til førskolelærere, lærere eller andre som barna omgås, slik at dette igjen skal virke positivt inn på barnas helse og trivsel. Videre antar man at en koordinert forebyggende innsats av virksomme tiltak på tvers av ulike områder gi større sjanse for å lykkes, sammenlignet med isolerte enkelttiltak.

Forebyggingstiltak mot barn og unge kan lede inn i positive *utviklingsforløp*. På denne måten kan man stoppe en utvikling hvor tidlige psykiske problemer kan få konsekvenser også i voksen alder (95). Hva som skjer i spesielt viktige *overgangsfaser*, som for eksempel overgang fra førskole til skole eller overgang fra barneskole til ungdomsskole, kan få særlig betydning for det som skjer i perioden etterpå. Forebyggende tiltak tar derfor ofte sikte på å endre utviklingsforløp, og mange programmer handler om å støtte og hjelpe i overgangsfaser.

Forebyggende tiltak i barn og unges daglige miljø kan finne sted på flere arenaer. For eksempel finnes det tiltak i familien som retter seg mot foreldre, og i barnehagen og på skolen finnes det tiltak som retter seg mot personell som arbeider der. I dette kapittelet vil vi presentere forebyggingstiltak som kan knyttes til familien, barnehagen, skolen og barnets fritidsaktiviteter.

Familie

Familien har grunnleggende betydning for barns trivsel og psykiske helse. Familien kan sørge for at barnet fra fødselen får omsorg, trygghet og tillit, som igjen danner grunnlag for trivsel, god psykiske helse og gode relasjoner gjennom livsløpet (10). Barnets utvikling, både sosialt, følelsesmessig, fysisk og kognitivt, skjer i en gjensidig samhandlingsprosess med foreldrene. Forebyggingstiltak i familien vil derfor ofte rettes inn mot foreldrene og samspillet mellom foreldre og barn. Målet for tiltakene vil ofte være å fremme et foreldreskap og familieklima som støtter barnets utvikling.

Selv om familien er en helt sentral arena for forebygging for barn og unge, slik som skole og barnehage er, så skiller familien seg fra de to andre på viktige punkt. Der barnehage og skole er felles strukturer utenfor privatlivet, er familien en privat arena. Flere sentrale tiltak og tjenester for familien er derfor instanser og ressurser som kan understøtte familien ved behov. Rammene og innholdet i disse ordningene, strukturelle og økonomiske, påvirkes av familiepolitikk. Politikken gir rammer for virkemidler av betydning for barnefamilie som må sees i sammenheng med strukturell utvikling på andre områder som angår familielivet, slik som arbeidsliv og fritidsaktiviteter (96). I skolesammenheng kan en sette inn universelle forebyggende tiltak gjennom å inkludere tema som del av undervisning og praktisk arbeid fordi gode rammer for denne type arbeid allerede er på plass og kan inngå i skolens mandat. I familiesammenheng vil forebygging av psykiske lidelser hos barn og unge i familien oftere dreie seg om selektive og indiserte tiltak der en forsøker å hjelpe familien i tidlig fase av en problemutvikling for å forebygge en videre eskalering av vanskene. Dette gjør det vanskeligere å trekke skarpe linjer mellom forebygging og behandling. Flere tiltak gjøres tilgjengelige for foreldre uavhengig av behov

(universelt tilbudt). Eksempler på dette er rådgivning ved Helsestasjon, åpen barnehage, utsendelse av informasjonsmateriell og tilgjengelig veiledning som nettressurser (97), Det er likevel opp til den enkelte familie å oppsøke og ta tilbudet i bruk.

Familie: Kunnskapsgrunnlag basert på systematiske kunnskapsoversikter.

Tre kunnskapsoppsummeringer av relevans for familie som arena ble inkludert.

Townshend et al. (2016) oppsummerte studier (N=7) av tiltak rettet mot å fremme oppmerksomt nærvær (mindfulness) i foreldrerollen. Utfallene inkluderte trivsel, eksternerende og internaliserende atferd hos barnet/ungdommen (0-18 år) eller foreldrene. Metaanalyse var ikke mulig grunnet stor variasjon mellom de ulike studiene. Det var ikke tilstrekkelig evidens til å kunne konkludere hva angår effekten av oppmerksomt nærvær på barnas eller foreldrenes trivsel. Ingen studier fra Norge var inkludert.

Yap et al. (2016) oppsummerte studier (N=51) av foreldrebaserte tiltak hvor målsettingen var å bedre barnets psykiske helse. Internaliserende problemer og symptomer på angst og depresjon var utfallsmålene. Foreldrebaserte tiltak hadde en svært liten effekt på generelle internaliserende vansker og depresjon, og en liten effekt på angst. Man fant også en effekt på reduksjon i diagnostiserbar angst og depresjon. Én studie fra Norge var inkludert.

Barlow et al (2016) oppsummerte studier (N=24) av foreldrerettede program for å redusere emosjonelle vansker og atferdsvansker hos unge barn (0-4 år). De fant at gruppebaserte foreldrerettede tiltak hadde en effekt på kort sikt, primært på eksternerende vansker. Kunnskapsgrunnlaget var ikke tilstrekkelig til å kunne vise i hvilken grad slike tiltak har en forebyggende effekt, og hvorvidt effektene holder over tid. Ingen studier fra Norge ble inkludert.

Oppsummert: Kunnskapsgrunnlaget for foreldrebaserte tiltak basert på systematiske kunnskapsoversikter er mangelfullt, men tilstrekkelig til å komme med noen foreløpige konklusjoner. Foreldrebaserte tiltak synes å ha en positiv effekt på internaliserende vansker og symptomer på angst og depresjon. Det er ikke tilstrekkelig evidens for at trening på oppmerksomt nærvær har noen effekt. Det ble ikke funnet noen systematiske kunnskapsoversikter av tilstrekkelig kvalitet på generelle familie- eller foreldrebaserte tiltak utover Yap et al. (2016), hvor utfallene kun var knyttet til internaliserende vansker. Det er behov for mer forskning på familiebasert forebygging av eksternerende vansker utover de tidlige barneårene.

Fordi familien spiller en viktig rolle i barnets utvikling, øker også risikoen for at barn og unge utvikler psykiske vansker når belastningene i familien er store, særlig når belastningene varer over tid. Risiko for at barn selv utvikler psykiske vansker er større i familier hvor foreldrene har egne belastninger som psykiske lidelser, rusmiddelmissbruk eller voldsproblematikk (se for eksempel: Rossow og medarbeidere (98)). Risikoen for at barn utvikler psykiske vansker er større når belastningene rammer flere viktige områder i barnets liv (8).

I det følgende vil vi omtale forebyggingstiltak som settes inn for å styrke familien. Vi vil først omtale universelle og selektive tiltak og tidlig innsats som er rettet mot å styrke foreldreferdigheter, samt tiltak for å forebygge og redusere atferdsvansker hos barn. Til slutt vil vi omtale forebyggende tiltak i familier med kjent og forhøyet risiko, slik som i

familier der det er et høyt konfliktnivå mellom foreldrene og familier der foreldre har egne betydelige helseplager eller rusmiddelmissbruk som kan gå utover omsorgsevnen. Tiltak for å forebygge vold, seksuelle overgrep og rusmiddelbruk blant ungdom vil ofte inkludere tiltak overfor familier, men er omtalt i egne seksjoner mot slutten av rapporten. FHI har et eget oppdrag fra Helsedirektoratet som omfatter det forebyggende arbeidet mot rusmiddelbruk og relaterte skader. Arbeidet vil bli presentert i en rapport utgitt av Helsedirektoratet i løpet av 2018.

Tiltak for å fremme barns psykiske helse gjennom foreldrestøtte

Internasjonale kunnskapsoppsummeringer

En underliggende tilnærming for mange foreldrestøttende tiltak er at bedre foreldreferdigheter vil gi bedre samspill med barn, noe som igjen kan fremme trivsel og god utvikling hos barnet. Vi har identifisert tre tilstrekkelig grundige kunnskapsoppsummeringer som belyser foreldrestøttende tiltak sin effekt på psykisk helse hos barn og unge.

Yap og kolleger (2016) publiserte en metaanalyse av effektstudier av foreldrebaserte (foreldre eller foresatte) tiltak for barn mellom 0-18 år (99). Oppsummeringen undersøkte hvorvidt tiltak rettet mot foreldre/omsorgspersoner til barn mellom 0 og 18 år kan forebygge internaliserende vansker, primært angst og depresjon. Tiltakene i de inkluderte studiene varierte fra tiltak rettet mot oppdragerstil, styrking av forholdet mellom foresatte og barn, tiltak for å bedre funksjon hos foresatte og opplæring av foreldre i konkrete oppfølgingstiltak. Studier som inkluderte en foreldre-modul i tillegg til tiltak rettet mot barn ble utelukket. Analysene inkluderte både utfall etter symptomnivå og diagnostiserbare tilstander. Oppsummeringen omfattet 51 unike studier og var av høy kvalitet (AMSTAR=9). Majoriteten av tiltakene var rettet mot grupper med forhøyet risiko for psykiske plager, men 9 av studiene var universelle. Metaanalyser av de inkluderte studiene viste svake positive effekter av tiltak for internaliserende vansker (SMD=-0,12), depresjon (SMD=-0,16) og angstlidelser (SMD=-0,27). I analyser der alle disse utfallene ble slått sammen var den samlede effekten av tiltakene positiv (SMD=-0,18). I den samlede analysen var effektene signifikante for de selektive tiltakene, men ikke for universelle tilnærminger. Mønsteret var motsatt for analysene av angst og depresjon, med kun signifikante effekter for de universelle tiltakene, men disse analysene var baserte på et lavt antall studier. I flere underanalyser ble det funnet at effektene vedvarte over tid, opptil flere år etter tiltaket. Oppsummeringen inkluderer en grundig vurdering av kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget. Forfatterne konkluderer med at tross metodiske utfordringer og usikre effektestimater har foreldrerettede tiltak sannsynligvis en viktig rolle i det forebyggende arbeidet knyttet til angst og depresjon hos barn.

Townshend og kolleger (2016) vurderte tiltak basert på oppmerksomt nærvær (mindfulness) for foreldre med internaliserende eller eksternaliserende vansker hos barn, ungdom eller foreldrene selv som utfallsmål (100). Effektstudier der foresatte til barn mellom 0-18 år deltok på ukentlige kurs i oppmerksomt nærvær i 6-8 uker, gjennomført på gruppenivå og av kompetent personell ble inkludert. Oppsummeringen omfattet 7 studier og oppsummeringen var av høy kvalitet (AMSTAR=9). Resultatene av oppsummeringen pekte på betydelige metodiske utfordringer med de inkluderte effektstudiene. Utfordringer med det metodiske grunnlaget og høy grad av variasjon i studieutvalg,

SMD: Forskjell i gjennomsnittsskåre på utfall mellom grupper / Standardavvik for utfallet blant deltakerne.

målemetoder og utfallsmål gjorde sammenligninger på tvers av studiene vanskelig. Det ble i større grad funnet resultater på utfall relatert til foreldre enn for barn. Forfatterne konkluderer med at forskningen ikke underbygger at trening på oppmerksomt nærvær hos foreldre har positive effekter for psykisk helse eller trivsel hos hverken barn eller foreldre.

Barlow og kolleger (2016) oppsummerte 24 primærstudier, 22 RCT-studier og to kvasi-RCT studier, med 3161 foreldre og deres barn (101). Studiene omfattet foreldrebaserte tiltak med mål om å bedre barnets psykiske helse, uavhengig av teoretisk grunnlag. Oppsummeringen er av høy kvalitet (AMSTAR=11) og inkluderte studier rettet mot foresatte til barn mellom 0 og 4 år, med eller uten emosjonelle vansker eller atferdsvansker. Oppsummeringen inkluderte dermed både forebyggende tiltak og tiltak som kan kategoriseres som tidlig intervensjon. Studiene målte utfall mellom tiltaksslutt og med opptil tre års oppfølgingstid. Ingen av studiene var gjort i Norge. For foreldrerapporterte utfall ble det funnet at gruppebaserte tiltak hadde positive effekter (SMD=-0,81) ved tiltaksslutt. En av studiene fant tilsvarende effekter ved korttidsoppfølging (inntil 1 år, SMD=-1,88). En studie baserte seg på lærerrapporterte utfall og fant ingen effekt. For eksternaliserende vansker var tiltakene effektive ved avslutning av tiltaket (SMD=-0,23) og ved korttidsoppfølging (SMD=-0,38). Det ble heller ikke her funnet effekter basert på lærerrapporterte utfall. Rapporten konkluderer med at gruppebaserte foreldreprogrammer kan ha positiv effekt på emosjonell utvikling og atferdsutvikling hos barna. Resultatene var imidlertid mer usikre på grunn av metodiske svakheter ved de inkluderte studiene.

Nasjonale gjennomganger av kunnskapsstatus

Utover de systematiske kunnskapsoppsummeringene er det også gjort nylige gjennomganger av foreldrestøttende tiltak som er i bruk i Norge. Disse gjennomgangene trekker egne konklusjoner når det gjelder effekt og dokumentasjonsgrad. Konklusjonene baserer seg i stor grad på enkeltstudier og narrative sammenstillinger av enkeltstudier (97;102;103). I arbeidet med den foreliggende rapporten har vi lagt strengere krav til grunn for å omtale effekt, primært data fra systematiske kunnskapsoppsummeringer og metaanalyser av høy kvalitet. Gjennomgangene som vi omtaler i det videre her, er tatt med som beskrivelser av tiltak som er i bruk i Norge, vurdering av effekt og bruk av programmene, samt behov for videre forskning.

I en rapport bestilt av Bufdir (103) ble det gjort ekspertintervju, litteraturgjennomgang og vurdering av forskerpanel. Vurderingen av litteratur er basert på kriteriene brukt i Ungsinn. I rapporten omtales PMTO, Multisystemisk terapi (MST), Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) og DUÅ som tiltak som brukes på tvers av de nordiske landene. I tillegg til disse finnes det også flere egenutviklede tiltak i hvert av landene og egne evalueringer (se for eksempel (105)). Mange av de foreldrestøttende tiltakene er rettet mot barn og unge med atferdsvansker. Rapporten understøtter behovet for mer kunnskap, blant annet robust kunnskap om tiltakene har effekt, hva som eventuelt er de virksomme faktorene i tiltakene, effekten i ulike målgrupper og om effektene varer over tid. For mer informasjon, se rapport «Robuste samliv: forskningsoppdrag om kunnskapsstatus og evalueringsverktøy av foreldrestøttende tiltak i Norden» (103).

En rapport fra FAFO (102) benyttet også strukturert litteratursøk og ekspertintervju som grunnlag for å oppsummere ulike foreldreveiledningsprogram som brukes i Norge. I rapporten påpekes det at overvekten av foreldreveiledningstiltak er utviklet som selektive forebyggende tiltak. De fire tiltakene ICDP, COS, Marte Meo og DUÅ anses likevel som bredt tilgjengelige for norske familier. Rapporten konkluderer at foreldres erfaringer med

tiltakene er gode og at foreldre også har gode erfaringer fra andre foreldrestøttende tiltak, som helsestasjonens hjemmebesøk, foreldregrupper og oppfølging av foreldre gjennom Familiens hus og familievern. Disse konklusjonene er imidlertid ikke basert på studier med robuste undersøkelsesmetoder. For mer informasjon, se rapport «Foreldreveiledning - virker det? En kunnskapsstatus» (102).

De mest brukte foreldrestøttende veiledningstiltakene i Norge.

International Child Development Program (ICDP): Opprinnelig et universelt forebyggende tiltak, men har varianter som er tilpasset ulike målgrupper. Tiltaket tilbys foreldregrupper med barn i alderen 0-18 år. Målet er å fremme barnets positive utvikling og forebygge psykiske vansker gjennom å bedre samspillet mellom foreldre og barn, styrke foreldrene i omsorgsrollen, og øke foreldrenes bevissthet om barnas signaler og behov. ICDP er særlig nevnt i de nye retningslinjene for helsestasjon og skolehelsetjenesten. Kunnskapsgrunnlaget er evaluert av Ungsinn, og for tiden pågår det en stor RCT som undersøker effekten av tiltaket i Norge (104).

Circle of Security (COS): Brukes oftest som selektivt tiltak for foreldre av førskolebarn der det er belastninger i familien. Kan også brukes universelt. Målet med COS er å hjelpe foreldre til å forstå barnet og styrke tilknytning og samspill mellom foreldre og barn. Det finnes ulike varianter av COS, blant annet COS International Parenting (COS-P) og COS-Virginia (COS-V). RKBU har fra Bufdir fått i oppdrag å kartlegge og evaluere effekten av COS når tiltaket brukes i barnehager i Norge. COS-V er vurdert av Ungsinn.

Marte Meo: Brukes først og fremst selektivt til familier med utfordringer, men kan også brukes universelt. Metoden baserer seg på å analysere videoopptak av samspill. Gjennom veiledning lærer foreldrene forstå barnets kommunikasjon bedre og å følge opp initiativene barnet viser. Metoden er primært utviklet for foreldre til førskolebarn.

De utrolige årene (DUÅ): Benyttes både universalforebyggende, selektivt- og indikativt forebyggende. Tiltaket retter seg mot foreldre til barn i alderen 0-12 år som har, eller er i risiko for å utvikle atferdsvansker. DUÅ er et gruppebasert tiltak for foreldre hvor målet er å forebygge eller behandle barnets atferdsproblemer, styrke dets sosiale kompetanse og hjelpe det i regulering av følelsesmessige reaksjoner. DUÅ er implementert i ca. 125 norske kommuner og kunnskapsgrunnlaget er evaluert av Ungsinn.

Parent Management Training – Oregon (PMTO): Brukes i hovedsak selektivt eller indikativt for familier med barn i alderen 3-12 år med moderate til alvorlige atferdsproblemer. PMTO tilbys både for foreldre i grupper og individuelt, og målet er å gjenopprette en positiv relasjon mellom foreldre og barn slik at atferd brytes og positiv utvikling fremmes. Foreldre veiledes i hvordan de kan involvere seg positivt i barna, hvordan de kan sette trygge grenser for barnet og hvordan de kan oppmuntre dem til å utvikle gode sosiale ferdigheter. PMTO har tidligere blitt vurdert av Ungsinn.

Kilde: Gruppetiltak og kurs for foreldre Norsk praksis, erfaringer og effektevalueringer (97).

I en rapport fra FHI, utført på bestilling av BUF-dir, blir bruken av gruppebaserte tiltak rettet mot foreldre i Norge oppsummert (97). Rapporten er basert på et systematisk litteratursøk og inkluderer vurderinger av kvaliteten for de enkelte studiene og studienes mulige systematiske feilkilder. Det teoretiske grunnlaget for tiltakene blir presentert.

Tiltakene som omfattes av de inkluderte studiene var ikke primært rettet inn mot barns psykiske helse, men fokuserer på å styrke mødre og fedre i foreldrerollen. Foreldreveiledningstiltak i grupper inngår som del av folkehelsearbeidet i mange kommuner og tilbys for eksempel gjennom helsestasjoner, barnevernstjenesten, barnehage og skole, og flere andre instanser. Rapporten viser at gruppetiltakene som oftest tilbys til foreldre i Norge er COS, ICDP, DUÅ og PMTO. Disse gruppetiltakene ble brukt både universelt og selektivt (97). Gjennomgangen viser at kunnskapsgrunnlaget for å si noe om effekten av mange av tiltakene enten mangler eller har betydelige svakheter, og at det er et gjennomgående behov for bedre kunnskap om effekten av gruppetiltak for foreldre. Det er stor usikkerhet knyttet til om tiltakene brukes på den måten de skal. Behovet for studier som følger deltagere over lengre tidsrom og studier som undersøker hva som er virksomme elementer og er tilstrekkelig robuste for slike analyser er etterspurt. For mer informasjon, se rapport «Gruppetiltak og kurs for foreldre. Norsk praksis, erfaringer og effektevalueringer» (97).

Tilknytning

Foreldrerollen er viktig for barn og unges utvikling. Tilstedeværelse av ett eller flere foreldre som dekker barnets behov for nærhet, emosjonell støtte og beskyttelse er av stor betydning. I samspill med foreldre lærer barna evnen til å føle trygghet, regulere følelser og å kommunisere. Å opprettholde dette samspillet, også kjent som tilknytningsprosessen, er blant annet viktig for utviklingen av en god psykisk helse hos barn (106). Kjennetegn på et såkalt sikkert tilknytningsmønster hos småbarn er at barnet bruker foreldre som en sikker base for utforskning, at barnet kan gråte eller ikke gråte ved separasjon, søker nærhet og slutter å gråte ved gjenforening og deretter fortsetter å utforske. Forskning har visst at fraværet av et sikkert tilknytningsmønster henger sammen med både internaliserende og eksternaliserende problemer (107;108). På grunn av risikoen for slike problemer har det blitt utformet tiltak for å fremme sikker foreldre-barn tilknytning og disse kan grovt deles inn i indirekte og direkte tilnærminger. Indirekte tiltak retter seg mot psykososiale risikofaktorer som kan forstyrre tilknytningsprosessen, som for eksempel depresjon eller rusmisbruk hos foreldre. Direkte tiltak fokuserer enten på å fremme omsorgspersonens evne til å identifisere og respondere på barnets behov for utforskning, nærhet og ro, eller å forbedre foreldres evne til å vurdere egen og barnets atferd, tanker og følelser under samhandling med barnet.

I søket som ble gjort for denne rapporten ble det identifisert en relevant systematisk kunnskapsoppsummering av tilstrekkelig kvalitet (AMSTAR=8) som handler spesifikt om tiltak for å fremme foreldre-barn tilknytning (109). Denne kunnskapsoppsummeringen og metaanalysen hadde som mål å belyse effekten av direkte tiltak på tilknytning blant barn yngre enn to år. For metaanalysen ble sikker tilknytning (ja/nei) vurdert ved bruk av «Strange Situation Procedure», og benyttet som hovedutfallsmål. Totalt ble det inkludert 10 studier i oversikten og 7 i metaanalysen. Flertallet var RCT studier (7 av 10) mens de øvrige var basert på et kvasi-randomisert kontrollert studiedesign. Studiene ble gjennomført i USA, England, Nederland, Chile, Sør-Afrika og Litauen, men ingen fra Norden. Målgruppene i den inkluderte studiene var blant annet mødre med økonomiske problemer, mødre som var depressive, mødre som hadde adoptert, eller en blanding av komplekse familie situasjoner (ustabile ekteskap, dårlig omsorg, osv). Kvaliteten på de inkluderte studiene varierte fra dårlig (n=1), middels (n=2), til bra (n=7). Det bør nevnes at kvalitetsvurderingen var basert på det såkalte «PEDro (Physiotherapy Evidence Database)»-systemet som ikke nødvendigvis stemmer godt overens med vurderinger basert på «Cochrane's Risk of Bias» instrumentet (110). Resultatet fra metaanalysen viste at direkte

tiltak hadde en middels sterk effekt på sikker tilknytning (Odds ratio (OR)²=2,77, tilsvarende SMD³=0,56). Sensitivitetsanalyser med studiekvaliteten og type intervensjon som potensielle moderatorvariabler endret ikke konklusjonene vesentlig. Om disse effektene vedvarer over tid og om det har en effekt på barnets psykisk helse er usikkert. Funnene står og i kontrast til det som har fremkommet fra flere tidligere kunnskapsoppsummeringer der det ikke er funnet tilsvarende effekter på tilknytning (111;112). Ifølge forfatterne kan dette forklares av forskjeller i valg av inklusjonskriterier knyttet til omfanget av problemer.

Tiltak for å forebygge og redusere forekomst av atferdsvansker

Foreldrerettede intervensjoner er hyppig brukt for å redusere eller forebygge atferdsproblemer hos barn. Tiltakene iverksettes ofte for barn som allerede har atferdsproblemer eller symptomer. På dette området er det vanskelig å trekke skarpe skiller mellom forebygging og behandling. Individrettede tiltak har ofte som mål å forebygge videre utvikling til mer alvorlige atferdsproblemer og kriminalitet. Flere av programmene som er vanlig i bruk i Norge er evaluert gjennom studier med randomiserte kontrollerte studiedesign, og flere av de vanligste brukte programmene i Norge er evaluert av Ungsinn. Evalueringene av de ulike programmene etter Ungsinn sine kriterier gir grunn til optimisme i forhold til muligheten for å redusere atferdsvansker. Vi identifiserte imidlertid ingen systematiske kunnskapsoppsummeringer knyttet til atferdsvansker (eller andre eksternaliserende vansker) av tilstrekkelig kvalitet. Kunnskapsgrunnlaget for familietiltak som forebygging av eksternaliserende vansker hos barn bør videreutvikles.

Eksempler på tiltak rettet mot å redusere eller forebygge atferdsvansker.

- PMTO: PMTO er et amerikansk utviklet program for barn mellom 4-12 med alvorlige atferdsproblemer.
- DUÅ: er tidligere omtalt i denne rapporten, men er også et foreldrerettet tiltak, tilpasset foreldre av barn i alderen 3-12 år (89).
- MST: Multisystemisk terapi (MST) er vurdert av Ungsinn i 2014 og oppdatert i 2017. Programmet er tiltenkt som behandlingsalternativ til institusjonsplassering av ungdom med alvorlige atferdsvansker (113).
- TIBIR: Tiltaksprogrammet «Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR)» er et program for forelderådgivning og rettes mot barn mellom 3-12 år som allerede utviser atferdsproblemer eller har høy risiko for å utvikle slike problemer (114).
- Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)
- Funksjonell Familieterapi (FFT)
- MultiFunC-modellen

² Odds ratio (OR): forholdet mellom to odds. En odds er sannsynligheten for et gitt utfall i forhold til at utfallet ikke inntreffer.

³ Formel hentet fra <http://www.campbellcollaboration.org>: $\ln(OR) \times \frac{\sqrt{3}}{\pi}$

Tiltak for å forebygge og redusere forekomst av internaliserende vansker

Foreldrerettede tiltak er også utviklet for å redusere eller forebygge internaliserende vansker hos barn. Tiltaket «Smarte foreldre» er i bruk i Norge og er innrettet mot foreldrene til barn med internaliserende vansker. Gjennom tiltaket lærer foreldre grunnleggende prinsipper om mestring av angst og depresjon hos barna. Ungsinn.no har vurdert tiltaket og konkluderer at dokumentasjon for tiltaket er manglende (115). «Tuning into Kids» (TIK) er et annet foreldrestøttende tiltak som har som mål å hjelpe foreldre med barn som sliter med ulike typer emosjonsvansker, også internaliserende vansker. Gjennom tiltaket lærer foreldrene å hjelpe barna å regulere følelser (<http://www.tuningintokids.org.au/>). Effektstudier utenfor Norge antyder positive resultat (116), og det foregår for tiden en effektstudie av TIK ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo.

Basert på konklusjonene i Yap et al er det viktig at effekten av slike og andre tiltak mot internaliserende vansker blir undersøkt i norske utvalg (99).

Forebygging og tiltak for å fremme barns psykiske helse i familier med risiko eller vansker

Barn i familier med risiko eller vansker har selv en forhøyet risiko for å utvikle psykiske plager og lidelser. Det er ofte selektivt forebyggende tiltak som brukes for å fremme barns trivsel og psykiske helse i disse familiene. Tiltakene rettes mot spesifikke målgrupper, som for eksempel foreldre som har konflikter.

Forebyggende tiltak i familier hvor foreldrene har konflikter eller har gjennomgått samlivsbrudd

Nesten 40 prosent av alle barn opplever samlivsbrudd mellom foreldrene i løpet av barndommen (117). Tall fra Helse og Levekårsundersøkelsen (2005 og 2012) viser at mellom 5 og 8 % av foreldre til barn mellom 5 og 15 år har problemer i parforholdet. Psykiske helseplager hos barn kan henge sammen med samlivsbrudd hos foreldrene (118;119). En viktig nyansering er at konfliktnivået mellom foreldrene kan være en viktigere risikofaktor for barnets psykiske helse og utvikling enn samlivsbruddet i seg selv (120;121). Konflikter kan ha negativ påvirkning på foreldres involvering med barnet (122;123). Konsekvenser av konflikter øker for barna når de er langvarige, intense, personorienterte, fiendtlige, eller dersom barnet er tema eller involveres i konflikten (120;124).

Det er utviklet flere typer samlivskurs for å styrke kvaliteten på parforholdet eller opprettholde et godt samliv for familier med barn. Sentrale elementer i tiltakene er informasjon og øvelser for å styrke konkrete foreldreferdigheter (125). Gjennom samlivskurs arbeider par med å bedre kommunikasjon, håndtere konflikter og andre kvaliteter i parforholdet. Noen av de mest brukte samlivskursene som brukes i Norge er PREP, Godt samliv og Bufferkurs (97).

«Fortsatt foreldre» er et kompetansehevende kurs om foreldresamarbeid etter samlivsbrudd som er hyppig brukt i familievernet. Målet med kurset er at barn skal oppleve at foreldrene klarer å samarbeide etter samlivsbrudd, slik at barnas hverdag blir mest mulig forutsigbar og trygg (126). Gjennom kurset lærer foreldrene å bli mer bevisste på hvordan barnas situasjon påvirkes av foreldrenes atferd og samarbeid (127).

Effektvurderinger av disse tiltakene er omtalt i en tidligere FHI-rapport (97).

Eksempler på samlivskurs og kurs for foreldre som har konflikter og som har gått gjennom samlivsbrudd.

- PREP
- Godt Samliv
- Bufferkurs
- Fortsatt Foreldre

Tiltak for å forbedre foreldreferdighetene og kommunikasjonen i familier hvor foreldrene har psykiske lidelser

Folkehelseinstituttet har anslått at 37 prosent av alle barn i Norge under 18 år har én eller to foreldre med en psykisk lidelse (128). For flertallet av disse barna har foreldrene forholdsvis milde lidelser som ikke nødvendigvis går ut over barnas omsorg og velvære, som for eksempel fobier, forbigående depresjoner eller mild sosial angst. Det er likevel en betydelig andel av barna (23 prosent) som har foreldre med en psykisk lidelse som kan gå utover foreldrenes daglige fungering (128). I henhold til helsepersonelloven (§33 og §10 a) og spesialisthelsetjenesteloven (§3-7a), forventes det at helsepersonell skal identifisere og ivareta barn som er pårørende til foreldre med blant annet psykiske lidelser (129;130)

Depresjon hos mødre har blitt viet særlig oppmerksomhet blant forskere, og anses som en risikofaktor for ugunstig sosioemosjonell og kognitiv utvikling hos barn (131). Det er derfor viktig å oppdage tidlige tegn på symptomer hos mødrene og tilbaketrekking hos barnet for å kunne iverksette adekvate tiltak tidlig i barnets utviklingsforløp. Tiden rett etter fødsel er en risikoperiode for utvikling av psykiske plager og lidelser hos mødre (132), og mange mødre har betydelige psykiske plager allerede i svangerskapet (133;134). En engelsk systematisk kunnskapsoppsummering har vurdert kunnskapsgrunnlaget for forebygging av depresjon hos mødre (135). Oppsummeringen inkluderte kunnskap fra kvalitative og kvantitative studier av klinisk nytte, kostnadseffektivitet og hvorvidt tiltakene ble oppfattet som trygge og akseptable for brukere. Funnene fra denne kunnskapsoppsummeringen er usikre, men universelle, selektive og indisererte tiltak så ut til å kunne ha en effekt. Forfatterne understreker likevel behovet for ytterligere primærstudier som blant annet måler depresjon bedre, og primærstudier som inkluderer flere mødre for å avklare effekt og mulig kostnadseffektivitet (135).

Tiltaket "Forebyggende familieintervensjon (FFI)" er et psykoedukativt tiltak som retter seg mot familier hvor foreldrene har psykiske vansker. Intervensjonen består i at familiene får 6 til 10 samtaler med terapeut. Noen av samtalerne er med foreldrene alene, noen med barnet alene og noen med hele familien. Samtalerne dreier seg om barnas forståelse av foreldrenes symptomer, og det legges vekt på at barna ikke skal føle skyld for foreldrenes plager.

Tiltaket Edinburgh-metoden (EPDS med støttesamtaler) er et individbasert tiltak for gravide og nybakte mødre som har symptomer på depresjon. Målsettingen er å redusere symptomene og eventuelt varigheten av fødselsdepresjoner. Tiltaket er støttesamtaler som gjennomføres av helsepersonell, og foreløpig finnes det ikke noen manual for samtalerne. Edinburgh-metoden er implementert i flere kommuner på oppdrag fra Helsedirektoratet. Evidensnivået beskrives av Ungsinn til å være på nivå 3 ('noe dokumentasjon'. Se ungsinn.no for mer informasjon). Generelt finnes det grunnlag for å hevde at psykososiale og psykologiske tiltak kan ha en forebyggende effekt på fødselsdepresjoner (136).

Et annet tiltak i bruk i Norge, er «Barneperspektivsamtalet». Dette er et lavterskeltiltak som er utviklet for barn av foreldre med psykisk sykdom og/eller rusmiddelmissbruk. Tiltaket rettes mot å redusere risiko for at barnet utvikler psykiske vansker og består av inntil tre samtaler som handler om barna, foreldrenes bekymringer og hvordan foreldrenes psykiske vansker kan påvirke barna. I tiltaket skal foreldrenes kompetanse styrkes ved bevisstgjøring på barnas behov, styrke barnas mestring, og å oppdage eventuelle problemer for barna tidlig (129) samt gi råd om ytterligere hjelp og støtte (137). Både spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester tilbyr tiltaket (se ungsinn.no).

Foreldrestøttende tiltak i familier hvor foreldrene har psykiske lidelser.

- Hjemmebesøk
- Selektiv oppfølging etter hjemmebesøk
- Forebyggende Familieintervensjon (FFI)
- Barneperspektivsamtalet

Oppsummering av kunnskapsgrunnlag på forebyggende tiltak i familie

- Det er støtte for at foreldrebaserte tiltak kan ha en ønsket effekt på psykisk helse, men de eksisterende kunnskapsoppsummeringene og metaanalysene har primært inkludert studier rettet mot internaliserende vansker.
- Skillet mellom universelle, selektive og indiserte tiltak kan være mer utfordrende for familiebaserte tiltak.

Som forebyggingsarena skiller familien seg fra skole og barnehage på flere måter. Familien tilhører den private sfære, og dette gir utfordringer for implementering av universelle tiltak. På familiefeltet det være vanskelig å skille mellom selektive og indiserte tiltak. Mange tiltak på feltet er utviklet for mulig bruk både universelt, selektivt og/eller indisert. Det er støtte for at foreldrebaserte tiltak kan effekt fra to kunnskapsoppsummeringer av høy kvalitet (99;101). Disse oppsummeringene er like tematisk, men den ene fokuserer utelukkende på gruppebaserte tiltak for unge barn, mens den andre inkluderte studier med flere former for tiltak og for barn og unge generelt. Begge tyder på at tiltak der en forsøker å hjelpe barn i forhold til psykisk helse gjennom å jobbe med foreldrene kan ha positive effekter for psykisk helse hos barn og unge. Det gjenstår likevel stor grad av usikkerhet hvorvidt effekten består når de brukes universelt og selektivt, og hvorvidt det er sannsynlig at effekten kan gjenskapes i oppskalert form. Det er laget flere oversikter over hvilke familierettede tiltak som er i bruk i Norge. Videre kunnskapsutvikling på feltet vil være tjent med mer robuste studier. Dette vil kreve et bredere samarbeid mellom de aktuelle miljøene, fra planlegging, gjennomføring og til evaluering av tiltakene.

Barnehage

Barnehage som arena: programmer og tiltak

Det er ikke, på samme måte som for skoler, systematisk testet ut forebyggende og helsefremmende programmer og tiltak for barnehagene i Norge. De studiene som er gjennomført i andre land, har som regel fokusert på tiltak for å redusere atferdsproblemer, og her foreligger det resultater som tyder på at intervensjoner kan positiv effekt (138). Schindler og kolleger finner at psykoedukative programmer med klart fokus på sosial og emosjonell utvikling har en positiv effekt på eksternaliserende atferdsproblemer sammenlignet med kontrollgruppene (SMD \approx -0,23). Videre har psykoedukative programmer som spesielt

fokuserer på barnas sosiale og emosjonelle utvikling en ytterligere effekt sammenlignet med mindre fokuserte program (SMD \approx -0,26), og da særlig om de fokuserer på barnas sosiale ferdigheter (SMD \approx -0,50). Men det er vanskelig å overføre disse resultatene til norske forhold. Det foreligger ingen systematiske oversikter over studier av tiltak for redusere internaliserende problemer (eller fremme sosiale og kognitive ferdigheter) blant barn i førskolealder. Det gjør at kunnskapsgrunnlaget for å si noe om hva som er gode forebyggende tiltak i barnehagen er svakt.

Barnehage: Kunnskapsgrunnlag basert på systematiske kunnskapsoversikter.

Kun én kunnskapsoppsummering av relevans for barnehage som arena ble inkludert.

Schindler et al. (2015). Kunnskapsoppsummeringen tar for seg ulike typer tiltaksprogrammer hvor målsettingen er å redusere eksternaliserende atferdsproblemer blant barn mellom 0 og 5 år. Oppsummeringen og datagrunnlaget (31 enkeltstudier) er amerikansk, og inkluderer også andre arenaer enn barnehager. Hovedfunnet er at psykoedukative programmer med klart fokus på sosial og emosjonell utvikling har en positiv effekt på eksternaliserende atferdsproblemer, særlig tiltakene som fokuserer på barnas sosiale ferdigheter. Ingen studier fra Norge var inkludert da kunnskapsoppsummeringen baserte seg på en database over tiltak implementert i USA.

Oppsummert: Kunnskapsgrunnlaget for tiltak i barnehagen er utilstrekkelig. Med kun én kunnskapsoppsummering som grunnlag, hvor utfallet er begrenset til eksternaliserende atferdsproblemer, og med de problemene knyttet til å overføre funn fra amerikanske til norske forhold, er det usikkert om slike tiltak vil ha gode effekter i norske barnehager. Det er likevel positivt at den inkluderte kunnskapsoppsummeringen viser positive effekter av tiltak gjennomført i USA. Overføringspotensialet av slike programmer bør vurderes, og slike programmer bør prøves ut blant norske førskolebarn. Når det gjelder studier av tiltak mot internaliserende problemer, foreligger det ingen systematiske kunnskapsoppsummeringer.

Det er likevel mange norske barnehager som bruker ulike tiltaksprogram i sin virksomhet. Programmer for sosial ferdighetstrening i barnehagen er «Småsteg – Steg for Steg for tidlig læring og ferdighetstrening i barnehagen» (se www.prosial.no), «Være Sammen» (se www.vaeresammen.no), «Du og Jeg og Vi To!» (139;140), og «PALS- Positiv atferd, støttende læringsmiljø og samhandling». Disse tiltakene inkluderer alle barna i barnehagen i arbeid med å fremme positiv samhandling mellom barna, fremme empati og støtte barnas utvikling av selvregulering. Evidensgrunnlaget for disse tiltakene er foreløpig ikke tilstrekkelig til at vi kan vurdere om de har ønsket effekt. Programmer som «De utrolige årene» (DUÅ) (141) eller «Parent management training, Oregon model (PMTO)» (142) er opprinnelig ment for foreldre, men tilpasset barnehagen. Disse programmene gir barnehagelærerne trening i ulike strategier for å redusere atferdsvansker, bl.a. gjennom ros og bekreftelse knyttet til ønsket atferd fra barna (dvs. når barna ikke er utagerende) (143). I tillegg er det fokus på å bedre barnehagelærer-barn relasjonen og styrking av barnas sosiale ferdigheter. Evidensgrunnlaget for slike tilpasninger er foreløpig utilstrekkelig, men det finnes enkeltstudier som har undersøkt effekten av slike program tilpasset barnehagen. For eksempel ble DUÅ tilpasset barnehagen nylig evaluert blant 3 til 6-åringer i Norge (144). Denne studien fant positive resultat knyttet til forebygging av aggressiv atferd, internaliserende problemer og oppmerksomhetsvansker og fremming av sosiale ferdigheter generelt (universell), men ikke for barn med allerede etablert aggresjonsproblematikk (indikert).

På tross av utilstrekkelig evidensgrunnlag, er det likefullt stort potensiale for at programmer rettet mot barn i barnehagealder og i de tidligste skoleårene kan være både forebyggende og ha positive effekter på mange barns utvikling. Barnehage kan også ha viktige forebyggende effekter uavhengig av om det gjennomføres spesifikke tiltak eksplisitt innrettet mot å bedre psykisk helse eller ei. På tvers av undersøkelser og sosiale sammenhenger ser det ut til at nettopp kvaliteten på barnehagene har stor betydning for at de skal fremme den psykiske helsen (145).

Flere store longitudinelle norske studier i barnehagen har fått finansiering de siste årene. Disse vil på sikt kunne bidra til danne en kunnskapsbase for hvordan barnehagen kan være en arena for forebygging, og hvorvidt høy kvalitet kan bidra til å fremme barns helse (146).

Kvaliteten på barnehagen er av stor betydning

Det finnes ulike definisjoner på hva som er god kvalitet i barnehagen. I internasjonal sammenheng fremstår norske barnehager som høykvalitetsbarnehager fordi vi for eksempel har krav til utdanning, normer for bemanning hos personalet (147), og krav til universell utforming (148). I USA, til sammenligning, er store deler av barnehagetilbudet privat, av svært variabel kvalitet, og uten generelle normer og krav (149). UNICEF lanserte i 2008 (150) ti kriterier for å vurdere kvalitet i omsorgstilbudet for førskolebarn (se tabell 2). I en sammenligning mellom 25 land tilfredsstiller Sverige alle kriteriene, mens Norge befinner seg på tredjeplass, med 8 av 10 møtte kriterier. I følge vurderingen har Norge for få barnehageansatte med tilstrekkelig opplæring og utdanning for å tilfredsstille alle kravene. Dette kan kanskje oppveies noe av voksentettheten i norske barnehager. Den er mer enn dobbelt så høy som UNICEFs minstekrav. Det er ikke foreslått å skjerpe kravet til utdanning blant de som jobber i barnehagen, men kravet om pedagogisk bemanning i norske barnehager er i ferd med å styrkes (147). I en høring høsten 2017 foreslår Kunnskapsdepartementet bemanningskrav minimum tilsvarende én ansatt per tre barn under tre år og én ansatt per seks barn over tre år. Videre foreslås det at personale med pedagogisk utdanning (jamfør UNICEF-kriterium nr 7) økes. I dag anslås et intervall på én pedagogisk leder per 14-18 barn når barna er over tre år og én pedagogisk leder per 7-9 barn når barna er under tre år. Departementet foreslår å fjerne intervallet slik at barnehagen skal ha minimum én pedagogisk leder per 7 barn under tre år og én pedagogisk leder per 14 barn over tre år.

Tabell 2. UNICEFs kriterier for kvalitet på omsorgstid til barn.

#	Beskrivelse
1	Foreldrepermisjon i 1 år med minst 50 % lønn
2	Nasjonal plan for prioritering av utsatte barn
3	Subsidiert og regulert omsorg for minst 25 % av barn under 3 år
4	Subsidiert og godkjent førskole/barnehage for 80 % av 4 åringene
5	80 % av alle barnehageansatte skal ha opplæring
6	50 % av alle barnehageansatte skal ha treårig relevant utdanning
7	1 barnehagelærer med førskoleutdanning per 15 barn
8	1 % av bruttonasjonalproduktet til tjenester for førskolebarn
9	Barnefattighetsrate under 10 %
10	Allmenn utbredelse av viktige barnehelsetjenester

Undersøkelser fra 2004 og 2008 viste at norske barnehager lå litt høyere på en samlet indeks av kvalitetsindikatorer i 2008 enn de gjorde i 2004 (151). Indeksen inneholdt tema som foreldresamtaler, rutiner for samarbeid med foreldre, godkjente uteområder, planer og tiltak for opplæring eller etterutdanning av personalet, arbeide med årsplan osv. Det er uvisst hvordan variasjoner i disse kvalitetsindikatorerne påvirker barn.

Internasjonal forskning på betydningen av kvalitet i barnehagen for barns helse og utvikling skiller ofte mellom prosesskvalitet og strukturell kvalitet (152). Både UNICEFs kriterier og kriteriene i den norske undersøkelsen er strukturelle og beskriver rammene for barnehagens virksomhet. Strukturell kvalitet kan være det fysiske miljøet (bygninger, plass, uteområder, tilgjengelig pedagogisk materiale) eller personalets utdanning, hvor mange barn per voksen som jobber i barnehagen eller andre arbeidsforhold (146).

Prosesskvalitet omhandler kvaliteten i relasjoner og prosesser for barna i barnehagen. Selv om mange studier internasjonalt viser at prosesskvalitet og i særlig grad relasjon mellom voksen og barn er av stor betydning for barns helse og velvære i barnehagen, er dette lite undersøkt i norsk forskning. Et internasjonalt benyttet og anerkjent målverktøy for å undersøke barnehagers kvalitet er Infant/toddler environment rating scale – revised (ITERS-R). ITERS-R skåres via observasjon i barnehagen, og fokuserer blant annet på barnehagens organisering, sikkerhet og tilrettelegging for lek og læring (153). En ny norsk studie (154) viste at norske barnehager har en skåre på 3,9 (av maksimalt 7) som tilsvarer under middels god kvalitet. Resultatene var spesielt svake for tilgjengelighet av adekvat materiell for lek og læring i barnehagen, hygiene og overvåkning av sikkerhet. Resultatene har ledet til diskusjoner om hvorvidt kvaliteten i norske barnehager er så god som tidligere antatt. Resultatene og diskusjonen synliggjør behovet for mer forskning på kvalitet i norske barnehager, inkludert studier av hva kvaliteten betyr for barns helse og utvikling.

Virkninger av gruppebasert omsorg utenfor hjemmet

I motsetning til skolen, er det frivillig å bruke barnehagen. Det er like fullt over ni av 10 barn i barnehagealder (1-5 år) som går i barnehagen, og de aller fleste av barna (95%) har heltidsplass (155). Den viktigste grunnen til at små barn begynner i barnehage er at begge foreldrene skal tilbake i arbeid. Økningen i bruk av barnehage i nyere tid har vært størst for de minste barna, og det er først og fremst for denne gruppen bekymringen for uheldige konsekvenser (som f.eks. atferdsproblematikk) har vært størst. De fleste barn begynner i barnehagen når de er rundt ett år gamle, og per i dag går 70 prosent av norske 1-åring i barnehagen (155). En omfattende kunnskapsoppsummering og metaanalyse av virkninger av at mor arbeider utenfor hjemmet mens barna er 1-3 år gamle, omfatter 69 undersøkelser gjennom de siste 50 år (156). Analysen konkluderer generelt med at både de positive og de negative virkningene er små og ofte statistisk usikre. Heltidsarbeid utenfor hjemmet i barnets første leveår er noe oftere forbundet med uro hos barnet. Heltidsarbeid når barnet er 2-3 år er noe oftere forbundet med positive utfall for barnet. Virkningene er svært avhengig av omstendigheter som når og hvor lenge mor arbeider utenfor hjemmet, familiestruktur, familiens ressurser og – ikke minst – velferdsordningene rundt familien. Analysen viser også at når familier har store belastninger kan arbeid utenfor hjemmet for mor beskytte mot negative konsekvenser for barnet (kompensasjonshypotesen) (156).

Barn på ett år kan forme gode tilknytningsbånd til andre voksne enn foreldrene. I barnehagesammenheng krever dette at det er få og stabile voksne i barnets miljø, og at barnehageinnkjøringen er tilpasset barnets behov (157). Enkelte forskere har uttrykt bekymring for at tidlig barnehagedebut og lange opphold i barnehagen i 1-3 års alderen kan svekke tilknytningen mellom foreldre og barn og utvikling av trygghet og tillit til

andre (158). Det er lite forskning som støtter dette, og verken oppstart ved 1 års alder eller full barnehageuke (40 timer) ser ut til å ha en negativ effekt på barnas utvikling. Resultater fra Den norske «Mor og barn-undersøkelsen» finner ingen eller svært liten sammenheng mellom oppstartsalder eller hvor lange dager barn er i barnehagen og barns atferdsproblemer (159) eller annen språklig og psykisk fungering (160).

Det er nylig vist at små barn som tilbringer lange dager i barnehagen har høyere nivå av stresshormonet cortisol i blodet etter endt dag enn barn som er kortere dager (161). De observerte assosiasjonene er svake, og sier ingen ting om hva det økte nivået betyr for barns helse og utvikling.

Mye av forskningen omkring barnepassordninger er utført i USA. Undersøkelsene fra USA inkluderer barnehager av svært varierende kvalitet. Velferdsordninger for barn og barnefamilier varierer også mellom land. USA tilfredsstillende for eksempel bare tre av kvalitetskriteriene som er listet opp i tabell 1 (150). Hele 72 % av barna i en av de mest siterte oversiktsundersøkelsene fra USA begynte i barnepassordning allerede før de var 4 måneder gamle (162), og det er dermed usikkert om studier fra USA kan generaliseres til norske forhold. De siste 10 årene er forskningsinnsatsen på barnehage i Norge betraktelig styrket, og kunnskapsgrunnlaget er stadig i vekst. Blant annet viser publikasjoner fra store undersøkelser at barn i norske barnehager ikke får atferdsvansker av å begynne tidlig eller gå lange dager i barnehagen (159;160;163;164).

Høykvalitetsbarnehager: Forebyggende og helsefremmende funksjon

Universell tilgang til subsidierte barnehager er et uttalt mål i mange europeiske land (165), Norge inkludert. En rekke eksperimentelle studier både internasjonalt og i Norge har vist at høykvalitetsbarnehager fremmer barns kognitive og akademiske ferdigheter når de begynner på skolen (166;167). Barn som opplever god prosesskvalitet har noe lavere nivåer av atferdsvansker enn barn i barnehager med dårligere kvalitet (166;168). Dette støttes av resultater fra norske forhold hvor 5-åringer som ble beskrevet å ha en god relasjon til barnehagepersonalet også hadde lavere nivå av atferdsvansker (169). Disse positive virkningene synes å være langvarige (84). En dansk randomisert kontrollert studie (RCT) viste at systematisk bedring av kvaliteten i barnehagen ga positive resultater hos barna i form av færre emosjonelle- og atferdsproblemer, mindre hyperaktivitet og bedre oppmerksomhet (170).

Barnehagers forebyggende og helsefremmende funksjon hos utsatte grupper

Den store satsingen på utbygging av subsidierte barnehager i Norge har ført til bedre språkferdigheter hos norske barn, og dette gjelder særlig barn fra lavinntekts-familier (171). Undersøkelser viser at barnehager av høy kvalitet også kan ha en forebyggende og helsefremmende funksjon for en rekke risikogrupper (selektiv forebygging) (172). I en populasjonsbasert norsk studie fant forskerne at utbyggingen av norske barnehager har ført til en bedring av barns tidlige språkferdigheter, og at de som har hatt størst utbytte av å barnehageutbyggingen er barn fra lavinntektsfamilier. Dette funnet tyder på at når flere barn går i barnehagen utjevnes forskjellene som henger sammen med foreldrenes sosioøkonomiske status (173). Det er viktig å merke seg at effektstørrelsene er relativt små, og betydelig mindre enn for eksempel en studie som viste at forskjellen i kognitive ferdigheter (målt med IQ) krympet med 87% som følge av at alle fikk tilgang til barnehage. For eksempel kan gode barnehager kompensere for og beskytte mot familiebasert risiko som fattigdom, rusmiddelmisbruk, depresjon hos mor, parkonflikter og familieoppløsning (174). Resultater fra Den norske mor og barn-undersøkelsen tyder på at dette også er tilfelle i Norge (175).

Høykvalitetsbarnehager kan også tilrettelegges med særlig sikte på kulturell og språklig integrering av barn med språklig minoritetsbakgrunn. Dette kan igjen øke sjansen for vellykket skolegang, videre utdanning, sysselsetting og god psykisk helse som voksen (150). En FAFO-rapport tyder på at barnefattigdommen i Norge øker og at mellom 5 – 10 % av alle barn under 18 år lever under lavinntektsgrensen (176). For barn som vokser opp i slike familier vil barnehager av høy kvalitet ha en forebyggende og helsefremmende effekt. Det er derfor en utfordring at det er disse småbarna som bruker barnehagene minst (177). Tiltak som for eksempel gratis kjernetid i barnehagen har blitt iverksatt for å øke tidlig barnehagedeltakelse fra språklige minoritetsgrupper og gi familier med svak økonomi bedre mulighet til å benytte seg av barnehage for barna sine (178). Tall fra SSB viser at i Oslo har andelen barn med minoritetspråklig bakgrunn i barnehage økt fra 22 i 2008 til 29 i 2017 (se SSBs statistikkbank). Det er studier som tyder på at å starte tidlig (før 18 måneder) i høykvalitetsbarnehager er positivt for senere skoleferdigheter, og at disse sammenhengene er sterkest hos barn fra lavinntektsfamilier (179). Mye av forskningen på betydningen av kvaliteten i barnehagen og barns utvikling har fokusert på hvorvidt dårlig kvalitet har en negativ effekt på barns utvikling. På samme måte som de positive effektene av god kvalitet er ekstra sterke for risikogrupper, er barnehager med lav kvalitet ofte assosiert med større negative effekter for risikogrupper. I Norge er det få store studier som undersøker variasjoner i kvalitet og barnas utvikling. Mens resultater fra Den norske mor og barn-undersøkelsen viser at sammenhenger mellom kvalitet og utvikling er sterkere for risikogrupper (169), finner en annen norsk studie ingen sammenheng mellom kvalitet i barnehagen og kognitive ferdigheter hos tre år gamle barn, hverken for barn flest eller for barn fra lavinntektsfamilier (180). Slike motstridende funn understreker behovet for mer forskning på hvordan barnehagen kan påvirke barns utvikling.

Helsefremmende barnehager.

I Nordland fylkeskommune er det utviklet 10 anbefalte kriterier for å være en helsefremmende barnehage. Grunnlaget for kriteriesettet bygger på FNs barnekonvensjon, barnehageloven, folkehelseloven og gjeldende forskrifter for barnehager. Kriteriene er som følger:

- Helsefremmende arbeid er forankret i barnehagen
- Barnehagen arbeider systematisk for å fremme psykisk helse og godt psykososialt miljø
- Alle barna er fysisk aktive minst 90 minutter hver dag
- Nasjonale retningslinjer for mat og måltider i barnehagen følges
- Barnehagen er tobakksfri
- Barnehagen har fokus på god hygiene
- Barnehagen bidrar til at barna erfarer og lærer hva som er helsefremmende
- Barnehagen har godt samarbeid med foresatte og tverrfaglige tjenester etter behov
- Barns medvirkning vektlegges
- Barnehagen arbeider systematisk med ulykkesforebyggende arbeid

Til nå har 81 barnehager fylt disse. Det er viktig å evaluere hvorvidt etterfølgelse av disse kriteriene har en forebyggende og helsefremmende effekt på barna.

Kilde: <http://www.nfk.no/tjenester/folkehelse/arenaer/helsefremmende-barnehage/>

Høykvalitetsbarnehager som arena for indikativ forebygging

Barn som viser tidlige tegn til vansker kan potensielt få tidlig hjelp i barnehagen, og barnehagen kan bidra til å identifisere vansker og iverksettes rette tiltak. Mange barnehager bruker standardiserte kartleggingsverktøy som for eksempel 'TRAS' (observasjon av språk i daglig samspill), 'Alle Med' (observasjon av språkutvikling, lek, sosioemosjonell utvikling, hverdagsaktiviteter, trivsel og sansemotorisk utvikling) eller 'MIO' (observasjon av matematisk utvikling) for å finne fram til barn som har forsinket utvikling. Andre sider av barns utvikling som følelsesutvikling, atferdsutvikling og utvikling av sosiale ferdigheter blir i mindre grad vurdert med standardiserte hjelpemidler. Gode verktøy som kan forenkle kartlegging av barns utvikling mer helhetlig, kan bidra til bedre tilbakemelding til foreldre og til at riktige støttetiltak kan settes inn tidlig i utviklingsforløpet der det trengs. Regionsentrene for barn og unges psykiske helse har god erfaring med utprøving av slike verktøy. Relevant informasjon om måleegenskapene til norske versjoner blir blant annet publisert på www.psyktestbarn.no, med ledsagende praktisk informasjon om blant annet kvalifikasjonskrav, rettigheter og tilgang. Introduksjon og bruk av slike verktøy må alltid ledsages av god informasjon/kursing som legger vekt på å fremme variasjon i normalutvikling, endring i utviklingsstatus over tid, og potensialet for å støtte en positiv utvikling. Tidlig intervensjon betinger en plan for videre oppfølging. I mange tilfeller vil gode stimuleringstiltak for barn som identifiseres tidlig bidra til å forebygge unødige tilleggsvansker og kroniske vansker. For de som trenger ytterligere hjelp og støtte for god utvikling vil en slik systematisk oppfølging kunne bidra til at tiltak settes inn til riktig tid. Det er avgjørende at det iverksettes riktige tiltak når informasjonen tilsier at et barn er i risikozonen. Barnehagen bør da ha lett tilgang på veiledning fra kommunepsykolog, kommunelege eller annet relevant helsepersonell når det trengs. Flere kommuner har nedsatt tverrfaglige team både for barnehager og skoler der ansatte fra barnehagen/skolen samt tjenester som barnevern, helsestasjon, PPT møter foreldrene (se for eksempel:

<http://www.asker.kommune.no/organisasjonskart/oppvekst-og-utdanning/barne--og-familieenheten/tverrfaglig-samarbeid/>).

Folkehelseinstituttet ga også nylig ut en forskningsoversikt over hvilke tegn og signaler som kan observeres av personell i barnehage og skole som kan ha sammenheng med omsorgssvikt (181). For mer informasjon se: <https://www.fhi.no/publ/2018/hvilke-tegn-og-signaler-som-kan-observeres-av-personell-i-barnehage-og-skol/>

Vi har i dag ikke noe sikkert evidensgrunnlag for å si om noen programmer eller tiltak virker bedre enn andre, eller for å si med sikkerhet at høykvalitetsbarnehager gir positive effekter på barns utvikling. Det er liten grunn til å tro at å gå i barnehage i seg selv (sammenlignet med andre passordninger) er skadelig for barn. En studie fra Folkehelseinstituttet viser at barn som blir passet i familiebarnehage eller barnehage når de er 1 ½ og 3 år, har lavere forekomst av forsinket språkutvikling enn barn som passes hjemme. Resultatene viser også at atferdsproblemer ved 3 år ikke har noen sammenheng med hvor barnet passes, eller hvor gammelt barnet er når det begynner i barnehage (182). Tilsvarende er funnet i flere norske studier, og ytterligere undersøkelser er underveis. Sammenhengen mellom det å gå i barnehage og lavere forekomst av forsinket språkutvikling forutsetter trolig at kvaliteten på barnehagene er god. Kvaliteten er trolig god i flere barnehager i Norge, men variasjonen er stor, og særlig for de sårbare barna kan vi anta at barnehager av dårlig kvalitet kan ha en negativ effekt. God kvalitet er avgjørende for at en barnehage skal ha potensiale som forebyggende arena.

Oppsummering av kunnskapsstatus for barnehager

- Potensialet i barnehagen som forebyggingsarena er stort.
- Mer systematisk forskning på tiltak som igangsettes i barnehagen trengs.

Potensialet som ligger i barnehagen som forebyggingsarena er stort. Selv om vi har noe kunnskap om enkelte faktorer som bør være tilstede for en positiv effekt av barnehagen, trenger vi mer systematisk forskning på hvilke tiltak som kan igangsettes og være forebyggende og helsefremmende for barn i barnehagen. Når nye tiltak iverksettes og nye programmer utprøves, er det viktig at det samtidig legges til rette for å følge opp effekten av tiltaket med forskning. Når en så stor andel – ni av ti – går i barnehagen store deler av barndommen i Norge, er det svært viktig at barnehagen bidrar til at de får en trygg start på livet utenfor hjemmet. Det er også viktig å være klar over det potensialet barnehagen har som arena for forebygging, helsefremming og for å være en arena for å oppdage avvik fra normal utvikling, slik at tiltak for å hjelpe kan settes inn så tidlig som mulig.

Skole

Et stort antall programmer og tiltakspakker tilbys i dag i skolene. De rettes ofte inn mot å redusere atferdsproblemer, fremme sosial kompetanse, forebygge psykiske plager eller lidelser og fremme trivsel og livskvalitet. Gode programmer kan ha en positiv effekt for de elevene som deltar, men i skolen kommer stadig nye alderskull til. De nye kullene kan ha begrenset glede av det forrige kull ble tilbudt, med mindre tiltakene gjentas eller gir varige endringer i skolens arbeidsmåte, kultur eller miljø. Noen programmer har nettopp slike endringer som mål. Derfor er det ikke nødvendigvis noen motsetning mellom å ta i bruk spesifikke programmer og å utvikle en mer helsefremmende skole.

Skole: Kunnskapsgrunnlag basert på systematiske kunnskapsoversikter. Del I.

Seks kunnskapsoppsummeringer av relevans for skole som arena ble inkludert.

Kavanagh et al. (2009). Oppsummering av skolebaserte tiltak (17 studier) basert på kognitiv atferdsterapi med mål om å fremme psykisk helse. Utfallsmålene inkluderte symptomer på angst og/eller depresjon og selvmordstanker og selvmordsatferd. Metaanalyse av samtlige inkluderte studier fant en reduksjon i symptomer på depresjon i opptil tre måneder og angst i opptil seks måneder. Ingen studier fra Norge inkludert.

Kidger et al. (2012). Tiltak rettet mot skolemiljøet med mål om å bedre den emosjonelle helsen til elevene (39 studier; 9 RCT og 30 kohort-studier). Dette inkluderer symptomer på angst, depresjon, generell psykisk helse, og emosjonelle og sosiale ferdigheter. Finner kun begrenset evidens for effekten av tiltak som retter seg mot skolemiljøet. Planlagt metaanalyse var ikke mulig å gjennomføre. To av kohortstudiene var fra Norge.

Hetrick et al. (2016). Tiltak som baserer seg på psykologiske prinsipper (f.eks. kognitiv atferdsterapi) med mål om å redusere insidens av depresjon og/eller symptomer på depresjon (83 studier). Oppsummeringen inkluderer i hovedsak skolebaserte tiltak, men er ikke begrenset til det. Generelt viste studiene en liten positiv effekt av tiltakene, både på selvrapporterte depresjonssymptomer og på depresjonsdiagnose opp til 12 måneder etter tiltaket (men ikke utover de 12 månedene). Kvaliteten på evidensen var derimot lav til middels, og resultatene var sprikende. Forfatterens konklusjon er at det fortsatt ikke er nok evidens til å støtte implementeringen av forebyggende depresjonsprogrammer. Én studie fra Norge var inkludert.

Internasjonalt finner vi et stort antall evalueringer av skolebaserte programmer som tar sikte på å bedre barn og ungdoms psykiske helse. Det foreligger også nordiske og norske undersøkelser av varierende kvalitet. Den oversikten som gis her bygger på de siste systematiske kunnskapsoppsummeringene og metaanalysene, samt utvalgte enkeltundersøkelser fra de nordiske land.

Forebygging av angst og depresjon

Internasjonale kunnskapsoppsummeringer

Kavanagh og kolleger oppsummerte evidensen av den forebyggende effekten av rent kognitiv atferdsterapi-baserte tiltak i skolen på symptomer på depresjon og angst, og selvmordstanker og selvmordsatferd (183). Deltakerens alder i de inkluderte studiene varierte fra 11 til 19 år. Det ble inkludert 17 RCT med over 3500 deltakere. Metaanalyse av samtlige inkluderte studier fant en reduksjon i symptomer på depresjon ved tiltakslutt (SMD=-0,16) som vedvarte opptil tre måneder og reduksjon av angstsymptomer ved post-intervensjon (SMD=-0,23) som vedvarte opptil seks måneder.

Skole: Kunnskapsgrunnlag basert på systematiske kunnskapsoversikter. Del II.

Werner-Seidler et al. (2016). Skolebaserte tiltak som er manualbaserte og benytter psykologiske eller psykoedukative prinsipper for å redusere symptomer på angst og/eller depresjon (90 studier). Fant en liten, men signifikant effekt av tiltakene for både depresjon og angst opp til 12 måneder etter gjennomføring. Én studie fra Norge var inkludert.

Moreno-Peral et al. (2017). Oppsummering av tiltak basert på psykologiske prinsipper med mål om å redusere insidens av angst og symptomer på angst (29 studier). Ikke begrenset til barn og unge eller spesifikk arena. Tiltakene hadde en liten, men statistisk signifikant forebyggende effekt på angst i alle populasjonene som ble evaluert i denne studien. Dette inkluderte også subgruppeanalyser for barn og unge, og for skolebaserte tiltak. Tiltakene synes å være lovende for å forebygge angst, men det er behov for flere studier med større utvalg og aktive sammenligningsgrupper. Én studie fra Norge var inkludert.

Dray et al. (2017). Resiliensfokuserte tiltak hos barn og ungdom mellom 5 og 18 år med mål om å redusere psykiske vansker (57 studier). Ikke begrenset til skolebaserte tiltak. Resiliensfokuserte intervensjoner var effektive sammenlignet med kontrollgruppen for fire av syv utfall (symptomer på depresjon, internaliserende problemer, eksterernaliserende problemer og generelle psykiske vansker) i alle inkluderte studier. For barn (5-10 år) var resiliensfokuserte tiltak effektive for symptomer på angst og generelle psykiske vansker. For ungdom (11-18 år) var resiliensfokuserte tiltak effektive for internaliserende problemer. Oppsummert virker funnene lovende for effekten av resiliensfokuserte intervensjoner, i alle fall for korttidsoppfølging, og særlig om man tar i bruk en kognitiv atferdsteoretisk tilnærming. Men begrensninger i data som er egnet for metaanalyse, og stor variasjon i type tiltak, studiekvalitet, og potensielle metodiske svakheter gjør det ikke mulig å konkludere mer presist. Én studie fra Norge var inkludert.

Oppsummert: Kunnskapsgrunnlaget for tiltak hvor skolen er en sentral arena er mer omfattende enn for andre arenaer. De inkluderte studiene hadde stort sett angst og/eller depresjon som utfall. Oppsummert er det evidens for at forebyggende tiltak i skolen kan ha en positiv forebyggende effekt på angst og depresjon (symptomer og insidens). Det ble ikke identifisert studier av god nok kvalitet for andre utfall knyttet til psykisk helse.

I 2012 publiserte Kidger og flere en systematisk kunnskapsoppsummering hvor evidensen for tiltak rettet mot skolemiljøet med mål om å bedre den emosjonelle helsen til elevene mellom 11 og 18 år ble vurdert (184). Emosjonell helse inkluderte symptomer på angst, depresjon, generell psykisk helse og emosjonelle og sosiale ferdigheter. Tiltakene i de fem kontrollerte studiene som ble inkludert varierte betydelig og inkluderte mange ulike komponenter. Oppfølgingstid varierte mellom 5 måneder og 5 år. Alt i alt ble det funnet lite evidens for effekten av tiltak som retter seg mot skolemiljøet på emosjonell helse. Planlagt metaanalyse var ikke mulig å gjennomføre på grunn av store ulikheter mellom de inkluderte studiene. Kvaliteten på de inkluderte primærstudier varierte mellom lav til høy risiko på systematiske skjevheter.

I 2016 publiserte Hetrick og kolleger en kunnskapsoppsummering av tiltak for å forebygge depresjon hos barn og ungdom (185). Dette var en oppdatering av en tidligere Cochrane-gjennomgang, og inkluderte 83 studier. Formålet med denne oversikten var å oppsummere effekten av psykologiske tiltak (i hovedsak basert på kognitiv atferdsterapi) på forekomsten av depressive lidelser direkte etter intervensjonen og mellom 4 til 12 måneder senere. De fleste studiene ble gjennomført på skolen (63 av 83). Oppsummeringen viste en mulig forebyggende effekt av tiltak på forekomsten av depresjon og depressive symptomer basert på henholdsvis 32 (N=5965) og 70 studier (N=13829). Effekten var ikke lenger statistisk signifikant ved oppfølging utover 12 måneder. For studier gjennomført i hele populasjoner (universell tilnærming) ble det ikke funnet noen effekt på forekomsten av depresjon og en svak effekt på depressive symptomer. For studier i målrettede populasjoner (selektiv og indikativ) ble det funnet effekt på både forekomsten av depresjon og depressive symptomer. De inkluderte studiene var av moderat til lav metodologisk kvalitet ifølge forfatterne og heterogeniteten var moderat. Forfatterne påpekte at få studier benyttet seg av kontrollgrupper som tar høyde for ikke-spesifikke faktorer, en såkalt «attention placebo» kontrollgruppe. Dette gjaldt spesielt studier i målrettede populasjoner. Studier i universelle populasjoner som benyttet seg av slike kontrollgrupper viste konsekvent ingen effekt. Forfatterne konkluderte med at evidensgrunnlaget fortsatt ikke er tilstrekkelig for å støtte implementeringen av forebyggende programmer for depresjon og anbefaler at fremtidige studier tester et program i en målrettet populasjon med en «attention placebo» kontrollgruppe med klinikervurdert depressiv lidelse som utfallsmål og med langtidsoppfølging.

En kritikk av gjennomgangen av Hetrick og kolleger (185) har vært at den blandet sammen skolebaserte og andre lokale tiltak (186). En kunnskapsoppsummering fra 2017 av 81 randomiserte kontrollerte studier (N=31794) av rent skolebaserte tiltak (i hovedsak basert på kognitiv atferdsterapi) viste at tiltakene hadde positiv effekt både på angst (SMD=0,20) og depresjonsplager (SMD=0,23) direkte etter behandlingen og ved oppfølging lengre enn 12 måneder oppfølging (henholdsvis SMD=0,13 og SMD=0,11) (186). Evidensen ble vurdert til å være av lav kvalitet og heterogeniteten var moderat. Effektene var små, men forfatterne konkluderer med at fordi dette er forebyggende programmer, kan selv små effekter være av stor betydning. Forfatterne konkluderer videre med at store effektivitetsstudier som også evaluerer implementeringen i skolesystemet nå er nødvendig for å identifisere den beste måten å gjennomføre forebyggende programmer på. Bruk av nyere datateknologi bør også vurderes, siden dette kan bidra til å redusere kostnadene og ressursbelastningen ved gjennomføring av programmene.

Vi vil også nevne en fersk systematisk kunnskapsoppsummering som hadde som mål å undersøke effekten av forebyggende psykologiske og/eller pedagogisk intervensjoner på angst (187). Denne oppsummeringen omfattet flere populasjoner og hadde et bredere fokus enn barn og unge. Det som gjorde denne spesielt interessant, var at den bare

omfattet studier som ekskluderte deltakere med angst diagnose eller klinisk relevante symptomer ved baseline. Dette for bedre å kunne skille mellom forebygging og behandling. Basert på 29 inkluderte studier med en median oppfølgingstid på 12 måneder ble det funnet at tiltakene (universell, selektivt og indisert) hadde en liten, men statistisk signifikant forebyggende effekt (SMD= -0,31) på angst i alle populasjonene som ble evaluert i denne studien. Dette inkluderte også subgruppeanalyser for barn og unge (SMD= -0,29), og for skolebaserte tiltak (SMD= -0,35). Studiekvaliteten varierte mellom lav (n=8), middels (n=9) og høy risiko (n=12) for systematiske skjevheter. Heterogeniteten mellom studier var betydelig, men lot seg forklare av høyere SMD blant studier med ventelistekontrollgrupper og studier med lav utvalgsstørrelse. Alt i alt synes tiltakene å være lovende for å forebygge angst, men det er behov for flere studier med større utvalg og aktive sammenligningsgrupper.

En siste metaanalyse som nevnes her var basert på en oversikt over oversikter fra 2016 (188), og beskrev den kombinerte effekten på depresjons- og angstlidelser av universelle (16 studier, N=8170), selektive (10 studier, N=1380) og indiserte (21 studier, N=3565) psykologiske intervensjoner. Reduksjoner i depresjons- og angstlidelser ble funnet fra rett etter intervensjonene og frem til 9-måneders oppfølging på tvers av populasjoner. Effekten var ikke lenger statistisk signifikant ved 12-måneders oppfølging og utover. Forfatterne pekte på at kvaliteten på studiene ble svekket av ulike former for metodiske svakheter og heterogenitet, samt at det er behov for flere studier med lengre oppfølging.

Resiliensfokuserete-tiltak

De siste tiårene har det vært et skifte i forebyggingsforskning i skolen fra fokus på risiko og problemer til løsningsorienterte faktorer som for eksempel strategier for problemløsning, samarbeid og kommunikasjon. Slike programmer kalles ofte for resiliensfokuserete tiltak. Det mest brukte tiltaket internasjonalt har vært «PENN Resiliency Program (PRP)». En ny metaanalyse samlet alle studier (n=49) av universelle skolebaserte resiliensfokuserete tiltak for barn og ungdom mellom 5 og 18 år og undersøkte effekten på flere ulike psykisk helseutfall (189). De fleste studiene inkluderte symptomer på angst (22 av 49) og/eller depresjon (30 av 49) som utfallsmål. Denne analysen viste en liten positiv effekt ved korttidsoppfølging av kognitiv atferdsbaserte resiliensfokuserete tiltak på symptomer på angst (SMD = -0,22) og depresjon (SMD = -0,10), men disse effektene varte ikke ved oppfølging lengre enn 12 måneder. Evidensen ble vurdert til å være av lav kvalitet for symptomer på depresjon og moderat kvalitet for symptomer på angst. Heterogeniteten var høy for begge utfallmålene. Forfatterne konkluderer med at noe evidens ble funnet for universelle, resiliensfokuserete tiltak på psykisk helse, spesielt ved korttidsoppfølging. Det er likevel behov for flere studier av høy kvalitet med nok statistisk styrke til å undersøke mekanismen(e) som ligger bak endringene (for eksempel beskyttende faktorer), moderator effekter (faktorer som påvirker effekten; for eksempel kjønn) og langtidseffekter. I tillegg peker forfatterne på behovet for studier som tester en trappetrinnmodell der en kombinerer universelle og selektive tiltak.

Nordiske undersøkelser

To nordiske studier av skolebaserte intervensjoner tyder på at det er mulig å oppnå positive effekter på depresjon og angst. Arnarson og Craighead (2009) gjennomførte en indikativ intervensjon blant skoleelever i alderen 14-15 år på Island (190). Målet med intervensjonen, som varte i 11 uker, var å redusere forekomsten av depresjon og tungsindighet (dystymi) blant barn med høy skåre på depressivitet eller tilstedeværelse av høy

grad av negativ kognitiv stil, en kjent risikofaktor for depresjon. Hovedpoenget var å styrke elevenes selvoppfatning og lære dem gode mestringsstrategier. De benyttet et godt eksperimentelt design med pretest og posttest (etter 6 måneder) og intervensjonsgruppe og kontrollgruppe. Andelen som fikk nye depressive episoder i tiden fram til oppfølgingsundersøkelsen var 13,3 prosent i kontrollgruppen mot bare 1,6 prosent i intervensjonsgruppen. Forekomsten av nye psykiske diagnoser (DSM akse I) totalt sett var 30,7 prosent i kontrollgruppen og 16,5 prosent i intervensjonsgruppen. En senere studie viste at effekten vedvarte ved 12-måneders oppfølging (191).

Aune og Stiles (2009) evaluerte et tiltak «The Norwegian Universal Preventive Program for Social Anxiety» (NUPP-SA) (192). Programmet ble gjennomført blant elever i alderen 11-14 år (6.-9. klasse) i en kommune i Nord-Trøndelag. Elever ved skoler i en annen kommune fungerte som sammenligningsgruppe. Det ble gjennomført én måling før intervensjonen (baseline) og deretter én måling ett år senere. Intervensjonen omfattet blant annet helsesøstre, lærere, andre ansatte ved skolene og foreldre. Overfor lærerne og ansatte ved skolene ble det lagt spesiell vekt på hvordan en skal (193) møte sosial angst både hos enkeltelever og i klasseromssituasjonen. Aune og Stiles (2009) viste at det i intervensjonskommunen fant sted en statistisk signifikant reduksjon i sosial angst, både hos alle elevene sett under ett og hos elever med angstproblemer (syndromal social anxiety). Det var dessuten færre nye tilfeller av angstproblemer i intervensjonskommunen i forhold til sammenlikningskommunen. Effektene kan beskrives fra moderate til sterke.

Disse to undersøkelsene brukte gode design, men ble vurdert til å ha uklar til høy risiko for systematiske skjevheter (185;186;188). Likevel er resultatene i tråd med konklusjonene fra de systematiske kunnskapsoppsummeringen nevnt ovenfor. Undersøkelsene gir grunn til en viss optimisme med hensyn til mulighetene for å forebygge depresjon og angst gjennom systematiske intervensjoner. Det er viktig at dette arbeidet blir fulgt opp med undersøkelser av hvorvidt de positive resultatene kan ha vært enkeltstående tilfeller og at det brukes studiedesign som minimerer risikoen for systematiske skjevheter og som inkluderer langtidsoppfølging.

Det pågår også en evaluering av et tiltak som kalles 'Mestrende barn' i Norge (194). Tiltaket er et indikativt tiltak som har som mål å redusere symptomer på angst og depresjon hos barn (8-11 år gamle). Studien inkluderer 36 skoler. Resultatene knyttet til effekt foreligger ikke ennå, men programmet er godt mottatt og har høy deltakelse (195). Tiltak er grundig beskrevet i en PhD-avhandling fra Oslo i 2017 (196).

Eksempel: Helsefremmende skoler.

Helsefremmende arbeid i skolen har tradisjonelt hatt fokus på helseopplæring via skoleplanen eller på utvikling av spesifikke ferdigheter (for eksempel sosiale ferdigheter), men tidligere studier viste lite evidens for at slike tiltak fører til bærekraftige endringer i det lange løp. Som svar på denne begrensede suksessen, ble det på slutten av 80-tallet utviklet en mer helhetlig tilnærming til helsefremmende arbeid i skolen som ikke bare har fokus på atferd på individnivå, men også tar hensyn til betydningen av sosiale, politiske og miljøfaktorer på helse. Dette førte til idéen om den såkalte helsefremmende skolen (HFS) som har som mål å fremme utviklingen av en sunn livstil, tilby et miljø som støtter og oppmuntrer til sunn livstil og aktiviserer elever og ansatte til å arbeide for et sunnere samfunn og bedre levekår.

I en nylig publisert høykvalitets systematisk kunnskapsoppsummering ble effektiviteten av HFS vurdert på en rekke helserelevante utfallsmål basert på studier som brukte et klyngerandomisert kontrollert forskingsdesign (193). Kun studier som tok høyde for alle tre kjennetegn ved HFS ble tatt med i vurderingen: inkludering av helse opplæring i skoleplanen, endring av det sosiale og/eller fysiske skolemiljøet og involvering av elevens familie og/eller lokalsamfunnet. Positive effekter ble funnet for BMI, fysisk aktivitet, fysisk form, forbruk av frukt og grønnsaker, røyking og å bli mobbet. Effektene var stort sett små, men store nok til å ha betydning for folkehelsen på populasjonsnivå. Ingen effekter ble funnet for fettinntak, alkoholbruk, rusbruk, psykisk helse, vold og å mobbe andre, men det skal bemerkes at få studier fokuserte på de sistnevnte utfallsmålene. Selv om at denne oppsummeringen inkluderte kun studier som brukte det mest rigorøse forskingsdesignet, ble kvaliteten av evidensen preget av en rekke metodologiske begrensinger: høy grad av uforklart heterogenitet, manglende blinding av utfallsmål og frafall. Forfatterne konkluderte med at noe evidens ble funnet for at HFS kan gi forbedringer på enkelte helseområder, men at det er behov for flere studier for å undersøke om HFS tilnærmingen kan også ha en positiv effekt på andre helseområder inkludert psykisk helse og skoleprestasjoner.

Psykisk helse i skolen

'Psykisk helse i skolen' var en tilskuddsordning som ble iverksatt i perioden 2004-2008 gjennom et samarbeid mellom blant annet Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet. Målet for prosjektet var:

- Styrke læring, helse og trivsel blant de elevene i skolen som har psykiske vansker eller lidelser.
- Heve kunnskap og kompetanse om psykisk helse blant lærere og andre aktører i skolen.
- Videreføre og styrke skolens systematiske arbeid for å skape et læringsmiljø som fremmer alle elevenes psykiske helse.
- Styrke samarbeid mellom viktige instanser for elevenes læringsmiljø og psykiske helse.

Ordningen, som fremdeles ikke er avsluttet, har omfattet en rekke programmer til bruk i skolen. I 2017 ble følgende program tildelt midler: *Zippys venner*, *Venn1*, *Drømmeskolen*, *Hva er det med Monica?*, *Alle har en psykisk helse*, *Olweusprogrammet* og tilknyttede utviklingsprosjekter, *Forandre med varme*, *Robust Ungdom*, *Rosa kompetanse*, *Trygg læring*, *VIP* og *KLAPP*. Få av disse programmene er effektevaluert i Norge gjennom bruk av robuste forskningsdesign. Noen unntak er evalueringen av *Zippys venner*, *Drømmeskolen* (se side 63) og *Olweusprogrammet* (se side 65).

Zippys venner er et manualbasert program, rettet mot elever tidlig i barneskolen, og bygger på teori om mestring av stress som buffer mot psykiske helseproblemer. Hovedmålet med tiltaket er å fremme psykisk helse og å forebygge emosjonelle vansker. I Norge har programmet blitt testet ut i en randomisert kontrollert studie blant 1483 barn i barneskolen (197;198). Det ble funnet at elevrapporterte opposisjonelle strategier ble redusert (SMD= -0,38). Lave effekter ble funnet for skalaen «aktivt å søke støtte» (SMD= 0,19) (rapportert av foreldre) og for skalaen psykiske helseproblemer (SMD= -0,15) (rapportert av lærerne). De ulike informantene (elever, foreldre og lærere) rapporterte ikke om positive endringer på mestringsstrategier. Hverken foreldre eller lærere rapporterte om endringer på de øvrige

psykisk helseutfallsmålene (elevenes emosjonelle symptomer, atferdsproblemer, hyperaktivitet/oppmerksomhetsproblemer, problemer i relasjon til venner eller prososial atferd). I en annen artikkel (198) basert på den samme studien ble det funnet lærer-rapporterte effekter på klassemiljøet (SMD=0,61), mobbing (SMD=0,55), sosial integrering (SMD=0,33) og skoleprestasjoner (SMD=0,42). Disse effektene ble imidlertid ikke funnet gjennom elevrapporterte utfallsmål (mobbing – SMD=0,06; sosial integrering – SMD= -0,02, skoleprestasjoner – SMD=0,08). Av Ungsinn ble programmet klassifisert på evidensnivå 4 som et tiltak med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt på økt mestring for elevene, bedre skolemiljø, akademiske prestasjoner og reduksjon av mobbing. Det kan diskuteres om denne vurderingen er for positiv. Hvis hovedmålet med programmet er å fremme psykisk helse og å forebygge emosjonelle vansker, bør nullfunn på disse utfallsmålene vektlegges i vurderingen. I tillegg svekker inkonsistente effekter på tvers av informanter konklusjonen om at programmet har en effekt på mestringsstrategier. Til slutt er det en stor diskrepans mellom lærer- og elevrapporterte effekter på mobbing, sosial integrering og akademiske prestasjoner. Det faktum at lærere både implementerte programmet og evaluerte sine egne prestasjoner gir en stor risiko for skjeve estimater.

Mentorprogrammer

I de siste tiårene har mentorprogrammer blitt mer og mer vanlige, spesielt i USA. I et typisk program blir ett barn eller én ungdom koblet med en eldre frivillig med mål om å utvikle en relasjon som vil fremme barnets/ungdommens positive utvikling og velvære. Det er betydelig variasjon mellom programmene når det gjelder målgruppe (for eksempel universelle versus selektive), utfallsmål (for eksempel skoleprestasjoner, holdninger, atferd og overvekt), arena (for eksempel skole, etter-skole og religiøse grupper) og format (for eksempel digital eller gruppebasert). Flere kunnskapsoppsummeringer på mentorprogrammene har blitt publisert i det siste. Den meste generelle og hyppig siterte, av DuBois og medarbeidere (199) konkluderte med at mentorprogrammene er effektive på tvers av atferds-, psykososiale- og akademiske domener. Imidlertid bør det bemerkes at denne kunnskapsoppsummeringen får lav vurdering etter AMSTAR, noe som kan tyde på manglende elementer i rapporteringen og/eller lav kvalitet på selve kunnskapsoppsummeringen. Det manglet blant annet informasjon om de inkluderte studiene i metaanalysen, samt en vurdering av risikoen for systematiske skjevheter for hvert enkelt studie. Kunnskapsoppsummeringer som har inkludert mer selektive tiltakspakker har gitt mindre positive resultater, og det har vært større usikkerhet om effektene av mentorprogrammene. Wood og Mayo-Wilson konkluderte at skolebaserte mentorprogrammene hadde ingen eller veldig begrenset effekt på skoleprestasjoner, oppmøte, holdninger, atferd og selvtillit (200). Thomas og kolleger fant noe evidens for at mentoring kan føre til mindre alkohol- og rusbruk, men kvaliteten på evidensen ble vurdert til å være lav på grunn av svært få gode studier (201).

I Norge er Drømmeskolen ett av programmene, utviklet av Voksne for Barn, der elevmentorer har en sentral rolle. Elevmentorene skal blant annet bidra til å skape samhold og gode relasjoner i nye klasser og lage aktiviteter på skolen som skaper inkluderende møteplasser. Drømmeskolen er en del av Helsedirektoratets satsning «Psykisk helse i skolen» og blir evaluert i regi av HEMIL-senteret. Evalueringen benyttet seg av en klyngerandomisert kontrollert studie der 17 skoler ble randomisert til Drømmeskolen, Drømmeskolen pluss en form av selektive/indiserte tiltak, eller kontroll. Foreløpige funn ble presentert i en delrapport der forfatterne konkluderer med at effektene på en rekke utfallsmål er små, men at funnene indikerer at tiltakene virker (202). I og med at resultatene er basert på foreløpige analyser kan vi ikke med sikkerhet si noe om effektene av dette tiltaket.

Forebygging av spiseforstyrrelser

Forekomsten av spiseforstyrrelser er usikker, men en nylig publisert oversikt basert på europeiske studier rapporterte om en forekomst hos jenter på 1 til 4 prosent for anoreksi og 1 til 2 prosent for bulimi og mellom 1 til 4 prosent for overspisingslidelse. Blant gutter lå den samlede forekomsten av spiseforstyrrelser mellom 0,3 og 0,7 prosent (203). Debut av spiseforstyrrelser inntreffer ofte i tenårene. For en nærmere beskrivelse av spiseforstyrrelser, se blant annet FHI-rapporten «Psykisk helse i Norge» (15).

Det ble identifisert én kunnskapsoppsummering at tiltak rettet mot spiseforstyrrelser (204). Kunnskapsoppsummeringen inkluderte studier fra ulike arenaer og både universelle og selektive tiltak, men mange av de inkluderte studiene benyttet seg av skolen som arena (ni av tolv). Vi har derfor valgt å omtale denne kunnskapsoppsummeringen her, selv om den altså også inkluderer studier som er innrettet mot andre områder. Forfatterne av kunnskapsoppsummeringen konkluderer med at det foreliggende evidensgrunnlaget er for dårlig til å konkludere om effekten av tiltak rettet mot å forebygge spiseforstyrrelser. Kun ett statistisk signifikant resultat ble identifisert, og da i forhold til program rettet mot redusert aksept av kroppsideal presentert i media. Det er dog viktig å merke seg at denne kunnskapsoppsummeringen er relativ gammel.

Det foreligger også en eldre norsk kunnskapsoppsummering knyttet til forebygging og behandling av spiseforstyrrelser utgitt i 2004, som også konkluderer med at evidensgrunnlaget er mangelfullt (205). En nyere systematisk kunnskapsoppsummering som ikke spesifikt tar for seg forebygging av spiseforstyrrelser hos barn og unge gir et litt mer nyansert og positivt bilde av mulighetene for å forebygge spiseforstyrrelser basert på det nåværende evidensgrunnlaget (206). I kunnskapsoppsummeringen finner de at universelle tiltak knyttet til økt mediebevissthet kan ha en gunstig effekt, men evidensgrunnlaget er foreløpig for svakt til å endelig konkludere.

Selektive tiltak basert på kognitiv dissonansteori (tiltak som skal gi deltakerne kognitive verktøy for å motstå sosiokulturelt press knyttet til kroppsideal) synes å være effektive, og det er også der det foreligger best evidens. Ulike former for psykoedukative tilnærminger og tilnærminger basert på kognitiv atferdsteori synes også å være effektive som selektive intervensjoner. Selv om denne systematiske kunnskapsoppsummeringen ikke spesifikt tok for seg barn og unge var gjennomsnittsalderen for deltakerne i de universelle tiltakene som ble oppsummert 13 år, og 17,6 år for de selektive tiltakene. Det er derfor trolig at funnene som ble oppsummert kan være overførbare til barn og unge enten direkte eller gitt visse tilpasninger. En norsk studie som inkluderte et utvalg førsteårselever ved samtlige toppidrettsgymnas (N=16) fant støtte for at kognitiv atferdsbaserte tiltak kunne forebygge spiseforstyrrelser blant kvinnelige elever (207).

Spiseforstyrrelser: Kunnskapsgrunnlag basert på systematiske kunnskapsoversikter.

Kun en kunnskapsoppsummering av forskning på forebygging av spiseforstyrrelser av relevans for skole som arena ble inkludert.

Pratt & Woolfenden (2002). Kunnskapsoppsummeringen tar for seg randomiserte kontrollerte studier (N=12) med et vesentlig fokus på forebygging av spiseforstyrrelser blant barn og unge. Ulike typer tiltak ble inkludert: skolebaserte tiltak knyttet til pensum, tiltak rettet mot å øke motstandsdyktigheten mot spiseforstyrrelser og tiltak som fokuserer på å endre modifiserbare og spesifikke risikofaktorer for spiseforstyrrelser. Ni av tolv inkluderte studier var skolebaserte. Det var ikke nok evidens basert på publiserte studier til å hevde at noen av de omtalte programmene forebygger spiseforstyrrelser. Kun ett statistisk signifikant resultat ble identifisert, og da i et program rettet mot redusert aksept av kroppsideal presentert i media.

Oppsummert: Basert på denne ene kunnskapsoppsummeringen er det ikke tilstrekkelig evidens til å hevde at tiltak med fokus på forebygging av spiseforstyrrelser har en ønsket effekt. Men merk at oppsummeringen over 15 år gammel.

Mobbing, vold og atferdsproblemer

Internasjonale kunnskapsoppsummeringer

Det har vært gjennomført mange litteraturgjennomganger og metaanalyser for å vurdere effekten av antimobbeprogrammer og skolebaserte voldsforbyggende programmer, men få av god kvalitet.

Farrington og Ttofi (2008) har publisert en systematisk kunnskapsoppsummering av data fra flere undersøkelser av tiltak mot mobbing. Ifølge forfatterne var programmer mot mobbing effektivt der mobbing av andre i snitt ble redusert med 20%-23% og det å bli mobbet ble redusert med 17%-20%. De viktigste programelementene som var knyttet til en nedgang i både mobbing og å bli mobbet var foreldreopplæring/-møter, disiplinære metoder, varigheten av programmet for barn og lærere og intensiteten av programmet for barn og lærere.

Nordiske programmer og undersøkelser rettet mot mobbing og atferdsproblemer

Blant de programmene som tar sikte på å redusere atferdsproblemer som er i bruk i Norge, synes Olweusprogrammet mot mobbing å ha fungert spesielt godt. Evalueringene er basert på gode kvasiekperimentelle design, instrumenter med dokumentert god kvalitet, store antall observasjoner og effektene av tiltakene har vært overbevisende, spesielt i Norge (50;209;210).

Olweusprogrammet baserer seg på fire prinsipper:

- Skape et varmt og støttende voksenmiljø.
- Sette klare grenser for hva som er akseptabel atferd.
- Sanksjonere på en ikke-fiendtlig og ikke-fysisk måte når uakseptabel atferd forekommer.
- Voksne på skolen og i hjemmet skal være tydelige (autoritative) i sine roller som oppdragere.

Tiltak settes inn på følgende fire nivåer:

- Generelt nivå (voksne skal bry seg).
- Skolenivå (konferansedag, bedre veiledning, etablering av en koordinerende gruppe).
- Klassenivå (klare regler mot mobbing, møter med foreldrene i klassen).
- Individuelt nivå (samtaler med mobbere og mobbede, med foreldrene til involverte elever).

I undersøkelsene ble en elev kategorisert som «å bli mobbet» hvis de rapporterte at de hadde blitt mobbet 2-3 ganger per måned eller mer i de siste par månedene. En tilsvarende definisjon ble brukt for elever som mobber. Undersøkelsene, som inkluderte over 25.000 elever, tydet totalt sett på en relativ reduksjon på mellom 30-60 prosent på ett og to-års oppfølging både for de som blir mobbet og de som mobber (i hovedsak elever på 5.-7. klassetrinn). En undersøkelse ved 14 skoler i Oslo viste at effektene av programmet (40 prosent nedgang i det å bli mobbet og om lag 50 prosent nedgang i det å mobbe andre) holdt seg like sterke over en periode på fem år (50). Evaluering av programmet viste også en reduksjon i annen antisosial atferd, bedre klasseklime og læringsmiljø og økt tilfredshet med skolen. Ungsinn.no har tidligere vurdert Olweus-programmet til å være et 'dokumentert virksomt tiltak', vurderingen er fra (211).

To ytterligere programmer som brukes i Norge bør nevnes:

ZERO-programmet, som ble utviklet ved Senter for atferdsforskning, Universitetet i Stavanger (212;213) er blant annet anbefalt i en rapport fra Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet (214). En evaluering av programmet blant over 20 000 elever viste at den relative nedgangen i andel elever som ble mobbet ukentlig i løpet av det siste skoleåret ligger på 27 prosent i 2.-4. klassetrinn og på 19 prosent i 5.-7. klassetrinn (212). Kun 1,1 prosent av deltakende elever rapporterte at de mobbet andre ukentlig eller daglig før starten av intervensjonen, noe som gjorde det vanskelig å oppnå ytterligere reduksjoner ved oppfølging. Ungsinn.no har nylig kvalifisert evidensnivået av programmet som «noe dokumentasjon» og konkluderer at det er behov for å oppdatere programmet til den nye digitale hverdagen og at det trengs høykvalitets effektstudier.

RESPEKT er et skoleutviklingsprogram. RESPEKT skal i tillegg til å forebygge mobbing også forebygge problematferd mer generelt og gi et bedre læringsmiljø. Tiltaket ble utviklet og eies av Nasjonalt senter for læringsmiljø og atferdsforskning (215;216). To effektevalueringer av programmet blant henholdsvis 800 og 2000 elever viser blandede resultater på tvers av 5.-10. klassetrinn (216;217). De mest konsistente og positive effektene ble funnet for adferdsproblemer i klassen i den andre evalueringen (Cohen's d fra 0,25 til 0,50). Når det gjelder mobbing var effektene mindre overbevisende. I begge evalueringene ble resultatene presentert per enkelt klassetrinn for fire forskjellige utfallsmål uten å ha tilstrekkelig styrke til å identifisere små effekter (SMD=0,20). Lav utvalgsstørrelse kan også delvis forklare den betydelige variasjonen i effektestimaterne på tvers av trinnene og utfallsmålene. I tillegg ble det tilsynelatende ikke tatt hensyn til mulige klyngeeffekter på klasse- og skolenivået, noe som gjør at lav styrke kan ha vært et enda større problem. I motsetning til evalueringen av Olweus- og Zeroprogrammet ble det ikke presentert tall på andel elever som mobber eller blir mobbet før og etter intervensjonen, men det ble tatt utgangspunkt i gjennomsnittsskårer. Dette kompliserer tolkningen av resultatene og sammenlignbarheten med andre programmer, noe som også er nevnt i en NOVA-rapport fra 2014 (218). Av Ungsinn ble programmet vurdert til å ha

«dokumentert effekt», men med utgangspunkt i kommentarene nevnt overfor virker denne klassifikasjonen for positiv, men en ny vurdering pågår nå.

I den nevnte systematiske kunnskapsoppsummeringen laget av Farrington og Ttofi (208), der antimobbeprogrammer fra hele verden inngår, kommer Olweusprogrammet ut som det mest overbevisende. Også i NOVA-rapporten blir Olweusprogrammet omtalt som det programmet med de største og mest konsistente effektene på mobbing sammenlignet med ZERO og RESPEKT. Det ble også påpekt at Olweusprogrammet i større grad har empirisk dokumentert at mulige innvendinger mot kausale tolkninger av funnene er usannsynlige (218).

Det finske programmet KIVA (Klusaamisen Vastainen) mot mobbing har også vist lovende og konsistente resultater i en rekke studier (219-222). Programmet overlapper en god del med Olweustilnærmingen, men ifølge utviklerene er det tre kjennetegn som er vesentlig forskjellig fra Olweus og andre antimobbeprogrammer:

- KIVA inkluderer et bredt og omfattende utvalg av konkret og profesjonelt forberedt materiale til studenter, lærere og foreldre. Heller enn å tilby «veiledende prinsipper» eller «filosofier» til skolepersonell, blir det gitt en helhetspakke med aktiviteter som skal utføres med studenter.
- KIVA utnytter potensialet i digitale læringsverktøy gjennom bruk av nettbaserte moduler og virtuelle læringsmiljøer.
- KIVA retter seg aktivt også mot de som observerer mobbing. Det tas sikte på å forbedre empati og selvtillit, og gi råd om hva en konkret kan gjøre for å støtte jevnaldrende som blir utsatt for mobbing. Videre blir elevenes holdninger gjort eksplisite for å redusere (den ofte feilaktige) antagelsen at tilskuere tror mobbing er akseptert.

Videre mener utviklerene at den klare strukturen, det veldefinert innholdet og det konkrete materialet gjør det enkelt å bruke KIVA og gjør at KIVA også er godt egnet til å gjennomføre ytterligere undersøkelser av effekt i nye studier.

I en høykvalitets RCT blant over 8000 finske elever mellom 10-12 år, fant man at KIVA reduserte forekomsten av å bli mobbet (basert på tilsvarende definisjon som i Olweusprogrammet) med 30% og forekomsten av å mobbe andre med 17% ved ettårs oppfølging (219). I en tilsvarende RCT blant elever mellom 7-9 år og 13-15 år ble det funnet tilsvarende sterke effekter blant de yngste, men effektene var ikke statistisk signifikante i den eldste gruppen (222). I en oppfølgingsstudie blant 150 000 elever mellom 7 og 16 år basert på en alderskohort design, var KIVA assosiert med en nedgang av å bli mobbet med 15% og en nedgang av å mobbe andre med 14% ved ettårs oppfølging (220). Forfatterne generaliserte funnene til den hele finske populasjonen på 500.000 elever, og konkluderte at programmet kunne føre til en reduksjon på cirka 7 500 mobbere og 12 500 mobbeofre. Det bør nevnes at effekten var størst blant elever mellom 7 og 12 år og minst blant elever mellom 13 og 16 år. Dette er i tråd med funn fra deres RCT-studie og evalueringene av Olweusprogrammet (50), men i motsetning til det som er kommet frem i metaanalysen fra Farrington & Ttofi (208). En studie fra 2015 antydte at funnet fra Farrington og Ttofi skyldes at en ikke har kontrollert for alder når en sammenlignet resultatene på tvers av studier (223).

En annen studie basert på RCT-dataene tydet på at KIVA også førte til en reduksjon i angst og depresjon, og at endringen i disse internaliserende problemene ble predikert av reduksjoner i mobbing (224).

I tillegg til Finland har KIVA blitt evaluert i Italia. Også der ble det vist positive effekter av programmet (225). Flere evalueringer pågår i andre land, blant annet Wales (226) og Chile (227), men de nevnte studiene utenfor Finland ser ut til å være av noe lavere kvalitet (bl.a. relativt små utvalg).

Et annet skoleprogram som blir mye brukt på norske skoler er «Positiv atferd og støttende læringsmiljø i skolen» (PALS) (228;229). Modellen for tiltaket er at problematferd blant elevene reduseres gjennom å skape et støttende skolemiljø. Forskerne som har evaluert PALS sier selv at de får nokså bra effekter når de baserer evalueringen på lærernes vurderinger av elevenes problematferd, men de får mindre overbevisende resultater når de baserer evalueringen på elevens vurderinger av sosial kompetanse og klasseklima (228). Nyere evalueringer basert på et større utvalg kommer til samme konklusjonen (230;231). PALS-evalueringene er preget av flere metodiske svakheter (for eksempel seleksjonsbias og positiv respons bias) som gjør vurderingen av en eventuell effekt vanskelig. Det virker problematisk at lærerne som implementerer PALS også vurderer effekten av intervensjonen. At det ikke ble funnet effekter på elevnivå synes å støtte at dette kan være en feilkilde, selv om det også kan være andre forklaringer på denne forskjellen i konklusjoner. Effekten av PALS på problematferd og læringsmiljø synes dermed fortsatt usikker.

Skolen og identifikasjon av omsorgssvikt

Folkehelseinstituttet ga nylig ut en forskningsoversikt over hvilke tegn og signaler som kan observeres av personell i barnehage og skole som kan ha sammenheng med omsorgssvikt (181). For mer informasjon se: <https://www.fhi.no/publ/2018/hvilke-tegn-og-signaler-som-kan-observeres-av-personell-i-barnehage-og-skol/>

Oppsummering: Behov for sterkere evalueringsmetodikk på skoletiltak

- Tiltak i skolen som er basert på kognitiv atferdsterapi synes å være effektive for å forebygge internaliserende vansker.
- Det er behov for sterkere evalueringsmetodikk på skoletiltak.

Syv relevante kunnskapsoppsummeringer av tilstrekkelig kvalitet hvor mål på psykisk helse var utfall ble inkludert i skoledelen av denne rapporten. Utfallene var for det meste knyttet til symptomer på angst og/eller depresjon, eller diagnostiserbare tilstander (insidens). Samlet sett gir kunnskapsoppsummeringene grunn til en viss optimisme med hensyn til mulighetene for å forebygge depresjon og angst gjennom systematiske intervensjoner som i høy grad var kognitiv atferdsterapi-basert. En generell utfordring ved mange av utprøvingene av programmer i skolen er at de er gjennomført av de som også har utviklet eller importert/tilpasset programmene. Slike vurderinger er dermed ikke fullt ut uavhengige. Det er derfor ekstra viktig at rapporteringen av resultater kvalitetssikres gjennom publisering i velrenommerede internasjonale tidsskrifter med fagfellelvurdering. I tillegg er mange effektstudier basert på svake forskningsdesign og/eller har for lav statistisk styrke. Dette fører til at en kan si lite om effektene av programmene. Slike studier representerer uheldig bruk av tid og ressurser for alle involverte. Fremtidige evalueringer bør ta hensyn til dette og satse på forskning av høy kvalitet og tilstrekkelig store utvalg. En måte å forbedre kvaliteten av evalueringene er at institusjonene som er ansvarlig for tildeling av midler krever at effektivitetsstudier skal være basert på forskningsdesign som gir mulighet for å trekke kausale slutninger, samt at studiene har nok statistisk styrke til å vise en rimelig og realistisk effekt på det primære utfallsmålet.

Frivillighet, fritidsarenaer og fysisk aktivitet

Frivillig sektor

Frivillig sektor er fremhevet i folkehelsemeldingen som en ressurs i folkehelsearbeidet, og man ønsker å legge til rette for et styrket samarbeid med frivillige organisasjoner på flere samfunnsområder (5). Dette samarbeidet inkluderer blant annet forebyggende arbeid overfor barn og unge. Vi identifiserte ingen systematiske kunnskapsoppsummeringer av tiltak for å fremme psykisk helse knyttet til frivillig sektor. Generelt finnes det lite forskning på dette området sammenlignet med andre arenaer.

Frivillige som samtalepartnere i forebygging av psykiske lidelser for barn og unge voksne,

Folkehelseinstituttet gjennomførte i 2016 et systematisk litteratursøk etter systematiske kunnskapsoversikter og enkeltstudier i flere databaser knyttet til frivillige som samtalepartnere i forebygging av psykiske lidelser for barn og unge voksne. Basert på dette søket fant man ingen systematiske kunnskapsoversikter eller randomiserte kontrollerte studier som dekket problemstillingen.

For mer informasjon se: <http://www.fhi.no/publ/2017/effekt-av-frivillige-som-samtalepartnere-i-forebygging-av-psykiske-lidelser/>

Fritidsaktiviteter kan gi et viktig bidra til barn og unges utvikling og sosialisering. Fritidsaktiviteter er i stor grad selvbestemt og forskning har vist at barn og unge er mer motivert og engasjert når de driver med fritidsaktiviteter sammenlignet med andre aktiviteter (232). De får muligheten til å utvikle ulike ferdigheter som gir mestring og glede, og tilrettelegging av både uorganiserte og organiserte fritidsaktiviteter kan derfor oppfattes som en viktig del av det forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeidet.

Vi identifiserte ingen systematiske kunnskapsoppsummeringer av tiltak for å fremme psykisk helse spesifisert til organiserte fritidsarenaer. Generelt finnes det lite forskning på dette området sammenlignet med andre arenaer. En viktig forklaring for dette er at mye som foregår på fritidsarenaer er basert på frivillig arbeid og mange potensielt gode initiativ vil ofte være ukoordinerte og kun innført lokalt. Slike forhold gjør det vanskelig å organisere og planlegge god effektevaluering. Fritidsarenaer som er organisert og der mange barn og unge deltar vil nok ha størst potensiale for å utvikle og teste målrettede forebyggende og/eller helsefremmende tiltak.

Organiserte fritidsaktiviteter er en sentral del av hverdagen til en stor andel barn og unge. Den foreløpig siste runden av HEVAS-undersøkelsen blant 8., 10., og 1. klassinger i videregående skole viste at organiserte lag- og individuell idretter fortsatt var den mest populære organiserte fritidsaktiviteten, men deltakelsen synker med økende alder. Organiserte musikk- og dramaaktiviteter samt andre organiserte aktiviteter (for eksempel aktiviteter knyttet til religiøse samfunn eller speider) var betydelig mindre populære, med unntak for jenter i 1. trinn i videregående skole hvor deltakelse på tvers av aktivitetene var relativt lav, men jevnt fordelt på tvers av alderstrinn (233). Med utgangspunkt i disse funnene vil resten av kapitlet ha fokus på fysisk aktivitet og organisert idrett.

Fysisk aktivitet

Det er bred enighet om at fysisk aktivitet er viktig for barn og unge. Folkehelseloven krever at både kommune og fylkeskommune tilrettelegger for fysisk aktivitet i viktige arenaer som barnehage, skole og nærmiljø. Forskning har vist at fysisk aktivitet har en positiv effekt på barn og unges helse, og at denne effekten øker med økende mengde aktivitet (234). Det anbefales at barn og unge er fysisk aktivitet i minimum 60 minutter hver dag, og at denne aktiviteten har moderat til høy intensitet (235).

Fysisk aktivitet: Kunnskapsgrunnlag basert på systematiske kunnskapsoversikter.

En kunnskapsoppsummering av relevans for fysisk aktivitet ble inkludert.

Carter et al. (2016): RCT-studier (N=11) av tiltak som fremmer trening eller fysisk aktivitet hvor hovedutfall var symptomer på depresjon. Ungdom hadde ved deltakelse i studiene en gjennomsnittlig eller median alder mellom 13 og 17 år. Fysisk aktivitet ser ut til å redusere depresjonssymptomer hos ungdom, særlig i kliniske utvalg. Studiene basert på kliniske utvalg hadde høyere metodisk kvalitet, mindre forskjeller mellom studiene og rapporterte om en sterkere effekt. For populasjonsbaserte studier fant man derimot en moderat, men statistisk ikke-signifikant effekt på depresjonssymptomer. Den metodiske kvaliteten var også mer variert og forskjellen mellom studiene større. Ingen studier fra Norge ble inkludert.

Oppsummert: Studiene viser tydelig forskjell i måloppnåelse og metodisk kvalitet mellom studier fra kliniske populasjoner og populasjonsbaserte studier. Man fant kun støtte for en positiv effekt av fysisk aktivitet på depresjonssymptomer i kliniske populasjoner (indikativt). Evidensgrunnlaget for denne typen tiltak utover kliniske populasjoner vurderes som mangelfull.

I hvilken grad fysisk aktivitet i seg selv bidrar til bedre mental helse er enda ikke avklart. Det har blitt gjennomført flere intervensjonsstudier på effekten av fysisk aktivitet på særlig depresjon og depressive plager. Noen tidligere systematiske kunnskapsoppsummeringer viste til små og moderate effekter i favør av intervensjonene, men disse oppsummeringene var preget av flere metodologiske svakheter blant primærstudiene (236;237). I søket som ble gjort for denne rapporten ble det identifisert én relevant systematisk kunnskapsoppsummering som var av tilfredsstillende kvalitet og denne blir oppsummert i tekstboksen (238). Denne oppsummeringen fant kun en signifikant forebyggende effekt på depresjonssymptomer i kliniske utvalg (SMD=-0,43), og en ikke-signifikant effekt i populasjonsbaserte studier. Det er viktig å nevne at fysisk aktivitet er ett aspekt ved å delta i organisert idrett. Andre faktorer kan i denne sammenhengen også være av betydning for mental helse. Opplevelse av kompetanse, autonomi og tilhørighet er viktige eksempler på faktorer som kan bidra til økt trivsel under aktivitetene og kan potensielt også bidra til en bedre psykisk helse (239).

Organisert idrett

Svært mange barn deltar i organisert idrett. Norges Idrettsforbund hadde i 2016 registrert nesten 500.000 aktive medlemmer i aldersgruppen 6 til 12 år i de ulike særforbundene (240). Selv om disse tallene kan inneholde dobbeltregistreringer av barn som er med i ulike forbund, tyder det på at majoriteten av norske barn deltar i en eller annen form for organisert idrett i oppveksten. Den største idretten blant barn er fotball, der det var

registrert om lag 170.000 aktive medlemmer i aldersgruppen 6-12 år (240). Grunnene til at fotball er den mest populære barneidretten kan være mange. Det er trolig viktig at deltagelse i fotball har lav terskel i forhold til utstyr og tilgang på anlegg, og som i alle lagidretter vinner og taper spillerne som lag uavhengig av individuelle forskjeller i evner og talent. Selv om mange deltar i organisert idrett, er det også grupper som deltar i mindre grad enn andre. Dette gjelder for eksempel jenter med minoritetsbakgrunn og barn fra familier med mindre sosioøkonomiske ressurser (241).

Idrettstinget har vedtatt egne rettigheter for barneidretten. Disse legger vekt på at idretten skal fremme trygghet, vennskap, trivsel og en opplevelse av mestring (242). Samtidig er det en utfordring for idretten at den også har fokus på å konkurrere og å utvikle gode talent. Innenfor idretten er det for eksempel ulike oppfatninger om hvor lojal en skal være til idretten sine vedtekter om barneidrett eller om en heller skal fokusere på spesialisering og dyrke fram gode talent. Se for eksempel: http://www.nrk.no/vestfold/_topping-i-barnefotball-skal-ikke-skje-1.12256300). Den organiserte barneidretten er i stor grad tuftet på og avhengig av frivillig innsats. Et sterkt fokus på konkurranse og talent i tidlig alder, vil lett komme i konflikt med de ideal som er nedfelt i rettighetene for barneidretten. Samtidig viser idretten gjennom vedtektene at en ønsker å være en arena som legger til rette for å fremme god psykisk helse. De store overføringene fra staten til idretten understreker også det brede samfunnsansvaret innen idretten.

Trolig er det særlig i barneårene at idretten har det aller største potensialet som helsefremmende arena. I overgangen fra barneidrett til ungdomsidrett starter frafallet fra idretten (240) av sammensatte grunner. I et livsfaseperspektiv skjer det endringer knyttet til at en starter på ungdomsskole og etablerer nytt sosialt nettverk, større forventninger fra skolen, men også at deltakelse i idretten kan kreve mer tid og talent, samt økte kostnader [SJC1]for deltakelse (242). Idretten har selv hatt fokus på å redusere frafallet, uten at dette har gitt nevneverdige resultat (243). Ungdommer i organisert idrett fra 16-årsalder og oppover vil i hovedsak være en selektert gruppe, og seleksjonen vil først og fremst være avhengig av faktorer som talent, interesse og ressurser.

Media og digitale arenaer

Både tradisjonelle medier (som TV, radio og ukeblader) og nyere digitale medier (som internett generelt, sosiale medier og kommunikasjonsapplikasjoner, spill og video- og strømmetjenester) benyttes av barn og unge. Mønster og omfang av mediebruken har endret seg mye for disse gruppene i løpet av kort tid. Blant annet har tidsbruken knyttet til internett og sosiale medier økt betraktelig de siste ti år, mens tiden brukt på TV-titting er sterkt redusert (https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Fritid/Barn_og_unges_mediebruk/).

Bruken av tradisjonelle og nyere medier har både positive og negative sider (244;245). Gode digitale ferdigheter og kunnskap om internett og bruk av nettbaserte medier er viktig for barn og unge (<http://www.hf.uio.no/imk/forskning/prosjekter/eu-kids-iv/>).

I et risikoperspektiv har bruk av tradisjonelle medier, og kanskje særlig overdreven TV-titting, blitt studert i forhold til en rekke utfall hos barn og ungdom slik som overvekt, fysisk aktivitet, kognitiv fungering og psykologisk utvikling (244). Ettersom bruken av nyere mediekkanaler har økt både nasjonalt og internasjonalt, har også mulige (helsemessige) fordeler og ulemper ved disse vært undersøkt i forskningslitteraturen (se for eksempel Crone & Konijn (251)). Digitale og spesielt sosiale medier gir muligheter for en helt annen kombinasjon av både personliggjort, men også vidtrekkende interaksjon mellom bruker og andre aktører. Barn og unges livsverden kan derfor potensielt påvirkes

sterkere gjennom disse enn gjennom tradisjonelle medier. Sosiale medier gir for eksempel mulighet til å komme i kontakt med andre, uten særlige begrensninger i tid og rom. Dette kan fremme sosial samhandling, men også gjøre en sårbar for uønsket og/eller negativ eksponering. Negative eksponeringer kan spenne fra ekskludering fra digitale samtaler/chatrom, uønskede seksuelle kommentarer, digital mobbing, og (uønsket) deling av tekst, bilder og videoer, til overgrep gjennomført eller igangsatt via internett. Eksponeringer kan også variere fra enkeltstående til vedvarende, i en en-til-en relasjon eller i større grupper. Langs hele dette spennet av eksponeringer er det naturlig å tenke seg at slike opplevelser vil kunne påvirke barn og unges psykiske helse.

Eksempel: Forebygging av digital mobbing.

Mobbing er et betydelig folkehelseproblem. Med fremvekst av digitale kommunikasjonsmidler har mobbing også inntatt en digital arena. Det er ennå stor usikkerhet vedrørende omfanget av digital mobbing, med spredning fra 5 til 74 % i andel av barn og unge som rapporterer på ha blitt utsatt for digital mobbing (246). Tall fra norske studier antyder at mellom 3 og 5 % har opplevd å bli mobbet digitalt og at mellom 1,4 og 4,1 % har mobbet andre digitalt i løpet av den siste måneden (247). Digital mobbing er, i likhet med annen mobbing, forbundet med en betydelig økt risiko for å utvikle psykiske plager og lidelser (248;249).

På oppdrag fra Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet (Bufdir) gjorde Folkehelseinstituttet høsten 2015 en systematisk kunnskapsoppsummering basert på studier som evaluerte tiltak mot digital mobbing. Kvaliteten på de inkluderte studiene ble vurdert med bruk av Cochrane-organisasjonens verktøy «Risk of bias». Gjennomgangen viste at det ennå finnes få studier på feltet og at det er stor variasjon i type tiltak, opprinnelsesland og studiekvalitet. Mer spesifikt ble det funnet 18 studier som omhandlet 17 unike tiltak. Omfanget av tiltakene varierte fra enkle informasjonsvideoer til systematisk arbeid med varighet opp mot et skoleår hvor virkemidlene inkluderte elever, ansatte i skoler og foreldre (f.eks. 'KIVA', 'Conred' og 'Cyber Friendly Schools Program'). Ingen av tiltakene kunne vise til overbevisende resultater på reduksjon i digital mobbing. Studiene som rapporterte sterkest effekter var også beheftet med høy risiko for systematiske metodiske svakheter ('bias'). Samlet sett kom evalueringer av det finske tiltaket KIVA og det australske tiltaket Cyber Friendly Schools Program best ut. Disse er begge omfattende tiltak, med eksplisitt fokus på behovet for å arbeide på flere sosiale arenaer som barna inngår i. Norske studier som evaluerer tiltak mot digital mobbing var fraværende.

Hentet og tilpasset fra FHI-rapport: Digital mobbing. Kunnskapsoversikt over forskning på effekter av tiltak (250).

Videre kan bruken av nyere mediekanaler i seg selv påvirke forhold som er nært knyttet til psykisk helse. Om bruken er tilstrekkelig omfattende, kan dette forskyve eller fortrenge andre aktiviteter, slik som fysisk sosial samhandling, spiserutiner og fysisk aktivitet (244). Alle disse eksemplene er aktiviteter som i seg selv har sammenheng med psykisk og fysisk helse. Omfanget av bruk kan også preges av avhengighetsproblematikk (252). Dataspill-avhengighet vil etter alt å dømme bli inkludert som diagnose i Verdens Helseorganisasjons kommende diagnosemanual ICD-11 (44), og er tidligere foreslått som diagnose i den amerikanske diagnosemanualen DSM-5 (45), men her med forbehold om at forskningsgrunnlaget forbedres.

Det er observert sammenhenger mellom tidsbruk på sosiale medier og symptomer på depresjon (253). Videre er det observert sammenhenger mellom bruken av sosiale medier og problemer knyttet til kroppsbilde og spiseforstyrrelser. Flere lengdesnitts- og eksperimentelle studier er nødvendig for å avgjøre hvorvidt det er kausalt (254). Bruk av media er også knyttet til søvn. For eksempel fant en norsk studie at bruk av elektroniske enheter på dagtid hang sammen med dårligere nattesøvn hos ungdom (255). En systematisk litteraturgjennomgang fra 2015 viste klar sammenheng mellom skjermtid og søvnevansker (256). Det er også vist sammenheng mellom kvaliteter ved lyseksposering fra skjermer og søvnevansker (257;258).

Omfang og mønstre i bruk av sosiale og digitale medier varierer stort mellom individer og grupper i befolkningen. Potensielt viktige forhold ved bruken av sosiale og digitale medier er i hurtig endring, sammenhengen med barn og unges helse er ikke klarlagt og kan potensielt endres i takt med endringer i bruken av medier. Kunnskapsgrunnlaget som er basert på tidligere medievaner må derfor oppdateres og videreutvikles i tråd med utviklingstrendene. Tilsvarende vil gjelde tilnærminger til forebygging av potensielle problemer knyttet til mediebruk, og behovet for ulik kompetanse og tiltakstilnærminger for ulike typer utfordringer vil være tilstede. På den andre siden kan også digitale medier benyttes som en arena for forebygging (259;260), slik som blant annet i det finske KIVA-tiltaket mot mobbing omtalt tidligere i denne rapporten.

Ettersom dette er den minst etablerte og nyeste plattformen som omtales i denne rapporten er verken primærlitteraturen eller antallet systematiske kunnskapsoppsummeringer like tallrike som for andre arenaer. I forbindelse med denne rapporten ble det ikke funnet noen systematiske kunnskapsoppsummeringer av tilstrekkelig kvalitet som gjennomgikk evidensen for tiltak rettet mot psykisk helse med digitale medier som arena. Innen forebygging av alkohol- og rusproblemer foreligger det derimot mange studier som benytter ulike digitale plattformer. Vi vil derfor her vise til en systematisk kunnskapsoppsummeringer som undersøkte studier hvor tiltaket var kortvarige intervensjoner som ble formidlet digitalt til ungdom og unge voksne (alder 15-25 år) med mål om å redusere alkohol- og cannabisbruk (261). Totalt 60 studier fra 10 ulike land ble inkludert i kunnskapsoppsummeringen, noe som utgjorde 33 316 deltakere. Forfatterne konkluderer forsiktig med at kortvarige intervensjoner formidlet digitalt ser ut til å redusere risikabelt alkoholforbruk på kort sikt, men at evidensen knyttet til cannabisbruk ikke er tilstrekkelig. Den metodiske kvaliteten på de inkluderte studiene var mangelfull, og forfatterne peker på behov for flere primærstudier av høyere metodisk kvalitet. Samtidig fremheves potensialet i digitale plattformer. Forenklet og kostnadsbesparende formidling og administrasjon kombinert med fravær av evidens for negative effekter kan gjøre typen tiltak attraktive (261).

Oppsummering

Det er både fordeler og ulemper knyttet til bruken av digitale og sosiale medier (245). Sammenhengene mellom mediebruk og helse er komplekse, og vil henge sammen med hvor omfattende bruken er, type bruk, hvilke medier som blir benyttet og kjennetegn ved barnet eller ungdommen som bruker det (244). Bufdir gir derfor råd om at «barn og unge fra tidlig alder får god opplæring i hvordan man bruker internett på en trygg og hensiktsmessig måte». Slik opplæring faller formodentlig i stor grad på foresatte og skole. Chassiakos og kolleger anbefaler også at foreldre utarbeider en plattform for mediebruk i familien for mindre barn og i samråd med større barn. Av særlig relevans for denne rapporten er mulighetene som ligger i å benytte digitale medier som forebyggingsarena. Her foreligger det foreløpig ikke tilstrekkelig evidens knyttet til forebygging av psykiske vansker og fremming av god psykisk helse. Vi forventer at dette vil være et område med økende grad av forskningsaktivitet, og rask utvikling av kunnskapsgrunnlaget.

Tiltak rettet mot flyktninger og asylsøkere

Innvandrere er en gruppebetegnelse på mennesker som har kommet til Norge fra over 220 land, enten som flyktninger, asylsøkere, på familiegjennforeningsprogrammet eller som studenter og arbeidsinnvandrere. Innvandrere, sammen med deres etterkommere (innvandrerbefolkningen) utgjør nå om lag 17 prosent av befolkningen i Norge (262). Hvilke grupper som til enhver tid kommer til Norge, avhenger av blant annet internasjonale konjunktursvingninger, innlemmelse av nye medlemsland i EU og nye krigs- og konfliktområder. I dag er barn og unge med polsk og somalisk bakgrunn de to største gruppene (<http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2016-03-03>). Siden ulike minoritetsgrupper kan ha svært ulik risiko for helsevansker, må nasjonale og lokale helsedata fange opp og ta høyde for viktige variasjoner innen innvandrerpopulasjoner.

Migrasjonsprosessen i seg selv innebærer mange forandringer og opplevelser som kan gi økt risiko for psykiske vansker hos barn og unge (15). Møte med en ukjent kultur og et fremmed språk, spenninger mellom opphavskultur og kulturen i oppholdslandet, samt opplevelser som potensielt er knyttet til årsaken for å migrere er noen eksempler som gir grunn til å ha et særlig fokus på denne gruppen av barn og unge i et forebyggingsperspektiv.

Ungdom, Kultur og Mestring (UngKul) er en samling forskningsprosjekter ved Folkehelseinstituttet som undersøker hvordan sosiale og kulturelle faktorer påvirker barns utvikling, mestring, kompetanse og trivsel. Gjennom de ulike UngKul-studiene er målet å få mer kunnskap om hvordan barn og unge med etnisk norsk og etnisk minoritetsbakgrunn trives og mestrer hverdagen. Noen av UngKul-prosjektene følger de samme barna og ungdommene gjennom flere år for å undersøke hva som bidrar til forandringer i psykisk helse gjennom barne- og ungdomsårene. Studien inkluderer også en del foreldre. Funnene fra ulike delprosjekter viser at økonomiske problemer i familien, skolerelaterte belastninger og opplevd diskriminering sammen med traumatiske opplevelser forut for migrasjon (eller blant foreldrene) øker risikoen for psykiske plager blant barn og unge med innvandrerbakgrunn (263-265). Samtidig er god støtte fra foreldrene og sosialt nettverk sammen med tilhørighet til både norsk og opprinnelig kultur viktig når det gjelder god psykisk helse (266). Basert på resultatene av prosjektet konkluderes det med at tidlige skolebaserte intervensjoner for å redusere forekomsten av emosjonelle problemer kan være påkrevd for å hindre psykiske plager senere i utviklingsløpet (267). Funnene viser videre at det er en betydelig forekomst av opplevd diskriminering også blant barn i alderen 10 – 13 år. Hele 10 % oppgir at de har blitt truet eller angrepet på grunn av sin kulturelle bakgrunn.

For mer informasjon, se: <https://www.fhi.no/prosjekter/ungkul/>

Om psykiske vansker i innvandrerbefolkningen

Flere undersøkelser blant voksne viser en høyere andel av psykiske plager hos innvandrerbefolkningen, sammenlignet med majoritetsbefolkningen (se blant annet: (268)). Kunnskapen om helse generelt og psykisk helse spesielt blant barn og unge med innvandrerbakgrunn er mangelfull (15). Like fullt er det ifølge FHI-rapporten 'Psykisk helse i Norge' (15) grunn til å hevde at barn og ungdom med innvandrerbakgrunn har noe høyere forekomst av psykiske plager enn barn og ungdom med norsk bakgrunn. Det er imidlertid viktig å påpeke at det er større variasjoner i psykiske plager innad i innvandrerbefolkningen, enn mellom innvandrere og ikke-innvandrere. En studie som inkluderte ungdom med bakgrunn fra elleve land viste at det var forskjeller i plager mellom grupper

med ulik fluktbakgrunn (f.eks. ungdom med iransk og vietnamesisk opprinnelse versus ungdom med somalisk og tamilsk bakgrunn), og likeledes mellom grupper som er kommet som arbeidsinnvandrere (268). Det må også påpekes at belastninger som flyktning-ungdommene opplever i hverdagen sin her i Norge har betydning for deres psykiske helse, og ikke bare eventuelle krigsrelaterte traumatiske opplevelser de ble eksponert for forut for flukten. Man må derfor være forsiktig med å trekke generelle konklusjoner om forskjeller i psykisk helse mellom innvandrerungdom og ungdom med norsk bakgrunn. Politiske føringer og tiltak nasjonalt og lokalt kan indirekte påvirke den psykiske helsen til barn og unge i innvandrerbefolkningen, og det samme gjelder de unike sosiokulturelle ressurser og aktiviteter som finnes innad i de ulike innvandrergruppene.

Tatt i betraktning at minoritetsbefolkningen i Norge har endret seg mye, er det derfor behov for nye undersøkelser av psykisk helse hos barn og ungdom i innvandrerbefolkningen. En nylig publisert oversiktsartikkel underbygger dette argumentet med å fremheve behovet internasjonalt for mer informasjon knyttet til omfanget av psykisk helseplager i innvandrerbefolkningen (269).

Flyktninger og asylsøkere: Kunnskapsgrunnlag basert på systematiske kunnskapsoversikter.

Én kunnskapsoppsummering av relevans for flyktninger og asylsøkere ble inkludert.

Tyrer & Fazel (2014): Kunnskapsoppsummering av studier (N=21) av tiltak for å bedre emosjonelle, sosiale eller atferdsmessige vansker hos asylsøkere og flyktninger i alderen mellom 2 og 17 år utenfor behandling. En metaanalyse av studiene var ikke mulig å gjennomføre på grunn av for store forskjeller mellom studiene (høy heterogenitet). Derfor ble studiene narrativt oppsummert. Forfatterne konkluderer med at skolebaserte tiltak virker lovende, men at evidensgrunnlaget er for dårlig til å komme med klare konklusjoner om effekten av disse tiltakene. Ingen studier fra Norge inkludert.

Oppsummert: Basert på denne ene kunnskapsoppsummeringen blir evidensgrunnlaget for tiltak rettet mot unge flyktninger og asylsøkere vurdert til å være for dårlig.

Forebyggende tiltak og innvandrerbefolkningen

Overordnede strukturelle og samfunnsmessige forhold som grad av diskriminering og graden av interkulturelle relasjoner og eventuelle tiltak som settes inn for å endre på slike forhold, vil sannsynligvis ha betydning for psykisk helse og livskvalitet i innvandrerbefolkningen. Til tross for at vi har noe kunnskap om faktorene som relateres til dårligere psykisk helse blant barn og unge med innvandrerbakgrunn, er det mangel på systematisk dokumentasjon av tiltak som kan forebygge psykiske plager og lidelser hos denne gruppen (269). En eksplorerende kunnskapsoppsummering ('scoping review') som undersøkte hvilke tiltak knyttet til helse hos innvandrere generelt som har blitt vitenskapelig evaluert ble publisert i 2017 (270). Noen av hovedfunnene fra denne publikasjonen var at de fleste identifiserte enkeltstudiene stammet fra USA, fokuserte på kroniske og ikke-smittsomme sykdommer, og hadde en rekke metodiske begrensninger. Det er likevel grunn til å tro at forebyggende tiltak som skal være virkningsfulle for i alle fall spesielt utsatte grupper av innvandrere (f.eks. enslige mindreårige asylsøkere) må ha et bredere og mer omfattende tiltaksapparat enn det som trenges for barne- og ungdomsbefolkningen generelt.

Blant enslige mindreårige asylsøkere er forekomsten av ulike psykiske helseplager spesielt høy, både på grunn av de traumatiske opplevelsene de har vært utsatt for, og på grunn av stress knyttet til asylsøknaden (15). Gruppebaserte lavterskeltiltak kan potensielt bidra til å redusere disse plagene. Det er imidlertid prekær mangel på forskningsbaserte intervensjoner i denne kategorien.

En evalueringsstudie av et uttrykksterapeutisk program, EXIT, som ble gitt til asylsøkende ungdom i transittmottak, viste at deltakerne i programmet hadde bedre livskvalitet og mer positive håp for fremtiden på oppfølgingsundersøkelsene, enn en sammenligningsgruppe (271). Programmet er basert på uttrykksterapeutiske strategier som bevegelse, tegning, musikk, dans og drama for å forebygge psykiske problemer som angst og depresjon, og bedre fungering i hverdagen for målgruppen.

Folkehelseinstituttet evaluerer nå en korttids, manualbasert intervensjon, 'Teaching Recovery Techniques', blant asylsøkende barn i mottak, og blant tidligere enslige mindreårige asylsøkere som har fått opphold. De første resultatene fra denne studien vil foreligge høsten 2018.

Det er stor variasjon mellom ulike kommuner i hva slags oppfølging og omsorg barn og unge som har kommet til Norge som enslige mindreårige asylsøkere og har fått opphold, får etter bosettingen. Skolen kan være en sentral arena når det gjelder integrasjon og psykososial støtte for enslige mindreårige, men ressursene og tiltak på ulike skoler er hovedsakelig ikke systematiske (272). Pastoor hevdet at opplæring for lærere om flyktningers psykososiale utfordringer kan øke deres evner til å støtte studentene (272). En systematisk kunnskapsoversikt som blant annet fokuserte på skole- og nærmiljøbaserte forebyggende tiltak for mindreårige flyktninger og/eller asylsøkere ble publisert i 2014 (273). Oversikten konkluderte med tiltak som gjennomføres i skolen virker lovende med tanke på å forebygge psykiske vansker, men at evidensgrunnlaget er for dårlig til å kunne konkludere.

Ettersom mange av studiene knyttet til forebygging av psykiske vansker hos innvandrerbefolkningen har metodiske svakheter, er det stort behov for fortsatt forskning på psykisk helsefremmende tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen.

Helsedirektoratet anbefaler at enslige mindreårige, blant andre, bør få tilbud om en helseundersøkelse innen 3 måneder etter ankomst, men i hvilken grad dette tilbys og benyttes er uklart. En systematisk kartlegging av psykisk helse kan bidra til at forhold legges bedre til rette før ungdommene må klare seg på egen hånd. Forslagene i en rapport fra et av UngKuls delprosjekter (274) om enslige mindreårige retter seg mot betingelser som bør være på plass før ungdommene fases ut av de offentlige omsorgstjenestene ved fylte 18 år og omfatter blant annet at:

- De profesjonelle omsorgspersonene har bidratt til at ungdommene etablerer nære relasjoner til fortrolige og stabile voksenpersoner som de kan søke råd og støtte hos
- Ungdommene har fått nødvendig informasjon og ressursene for å håndtere psykiske plager eller lidelser som oppstår
- Ungdommene har lært effektive metoder for å mestre belastninger
- Personlig økonomien er under kontroll

Rapporten peker også på behovet for å prøve ut og evaluere ulike typer forskningsbaserte tiltak i denne gruppen, med fokus på mestring av belastninger og gjenoppbygging av sosiale nettverk.

Tidlig identifikasjon av psykiske plager blant asylsøkere

Det er behov for å prøve ut ulike instrumenter som kan være egnet til å identifisere psykiske plager på et tidlig tidspunkt blant asylsøkere. En nylig publisert systematisk kunnskapsoppsummering konkluderte med at det i den internasjonale litteraturen er stor mangel på validerte kartleggingsinstrumenter som kan benyttes for å avdekke traumer og kartlegge mental helse hos flyktninger (275). I Norge har en utprøving av kartleggingsinstrumenter gjennomført av NKVTS i enkelte asylmottak vist at kartleggingsinstrumenter som er basert på selvutfylling i liten grad er anvendelige for asylsøkere som ikke har gode skrive- og leseferdigheter på sitt eget morsmål. Skjemaer hvor det er behov for tolk, er mindre egnet til å fange opp psykiske lidelser. Dette er en utfordring fordi asylsøkere fra enkelte land har liten eller ingen formell skolegang før de kommer til Norge (276). Metoder for å kartlegge eventuelle hjelpebehov hos de som ikke kan lese og skrive bør derfor videreutvikles.

Forebyggende tiltak for å hindre vold og overgrep mot barn og unge

Seksuelle overgrep, vold og overgrep mot barn og unge er ansett som viktige risikofaktorer for psykiske lidelser (277). Vi vil derfor i det følgende omtale noen av tiltakene som benyttes i arbeidet med å forhindre og forebygge vold og overgrep mot barn og unge. Gjennomgangen er basert både på enkeltstudier og på enkelte systematiske kunnskapsoppsummeringer. Formålet er ikke en samlet og systematisk vurdering av evidensgrunnlaget ettersom dette faller utenfor denne rapportens rammer, men å gi et overblikk over tilnærminger til forebygging av vold og overgrep mot barn og unge.

Det er utfordrende å tallfeste omfanget av vold og overgrep. En internasjonal metaanalyse fra 2011 estimerer at 11,8% av barn og unge i alder 0-18 rapporterer å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep (278). Enkeltstudiene som var inkludert viste sprikende resultater. Tall fra en norsk intervjuundersøkelse med 16- og 17-åringer og hvor en bredere definisjon lå til grunn, indikerte at rundt 30 % av jenter og 40 % av gutter har blitt utsatt for minst én volds- eller overgrepshendelse i løpet av oppveksten (279). Å bli utsatt for vold eller overgrep i oppveksten kan forstyrre utviklingen, både emosjonelt, kognitivt og atferdsmessig (280). En rekke studier har vist at barn og ungdom som har opplevd slike hendelser er i større risiko enn andre for å utvikle psykiske vansker som posttraumatiske stressreaksjoner, depressive plager, angst, atferdsvansker og søvnvansker (281-286). Vold og overgrep er alvorlige forbrytelser. Vold og overgrep mot barn og unge blir imidlertid også ofte gjort av andre barn og unge (277). Dette understreker at utfordringen er sammensatt og at tiltak må gjennomføres på flere nivå, rettes mot mange målgrupper og iverksettes på ulike arenaer. Lovregulering og juridiske rammer inngår som forhold som ligger utenfor helsevesenets direkte ansvarsområde. Målet om å forhindre vold og overgrep mot barn må også kombineres med innsats for å oppdage utsatte barn på et tidlig tidspunkt. Vi mangler imidlertid tilstrekkelig kunnskap om effekten av forebyggende tiltak for å forhindre faktiske overgrep (277).

Folkehelseinstituttet ga i 2016 ut en litteraturoversikt over forskning knyttet til effekt av tiltak rettet mot barn og unge som begår voldelige og/eller seksuelle overgrep (287). For mer informasjon, se: <https://www.fhi.no/publ/2016/oppsummert-forskning-om-effekt-av-tiltak-rettet-mot-barn-og-unge-som-begar-/>

Folkehelseinstituttet ga i 2017 også ut en oversikt over systematiske oversikter som undersøkte effekten av tiltak for barn som har opplevd vold i nære relasjoner (288). For mer informasjon se: <https://www.fhi.no/publ/2017/effekten-av-tiltak-for-barn-som-har-opplevd-vold-i-naere-relasjoner-en-overs/#metoder>

Foreldrestøttende tiltak for å forebygge vold og overgrep mot barn

Foreldrestøttende tiltak er del av Regjeringens satsing for å forebygge vold og seksuelle overgrep. Både i opptrappingsplanen mot vold og overgrep (2017-2021) og i strategiplanen for å bekjempe vold og mot barn og unge (2014-2017) er det nevnt særlig behov for forebyggende tiltak innrettet for å endre barnets omsorgsbetingelser. Foreldrestøttende tiltak som er utviklet for å forebygge vold mot barn fokuserer på å øke kunnskap, kompetanse og ferdighet hos foreldrene og på å gi mer sosial støtte til familien (289). I en systematisk kunnskapsoppsumming og metaanalyse av 37 studier fant man støtte for at slike foreldrestøttende tiltak reduserer risikoen for at barnet utsettes for vold, og at tiltakene derfor kan anses som et effektivt folkehelsetiltak (AMSTAR-skåre 7) (289).

Foreldrestøttende veiledningstiltak som COS, ICDP og Marte Meo har som mål å bedre omsorgsbetingelsene til barnet gjennom å styrke tilknytningen og samspillet mellom foreldre og barn. I tillegg er foreldreveiledningsprogrammet Positive Parenting Program (Triple P) også vurdert til å ha lovende forebyggende effekter mot vold og omsorgssvikt (290). Effekten av Triple P generelt ble undersøkt gjennom en systematisk kunnskapsoppsummering publisert i 2012 (AMSTAR=7) (291). Konklusjonen tyder på at programmet er bedre enn ingen intervensjon, men det er usikkert om effektene er bedre enn andre lignende tiltak og om de varer over tid. «Bryt voldsarven» er et foreldrekurs i regi av Alternativ til Vold (ATV) som er særlig rettet mot foreldre som selv er vokst opp med vold eller overgrep. Kurset varer i 12 timer, og målet er å bryte overføringen av vold og overgrep mellom generasjoner (292).

Internasjonal forskning gir støtte til brede tilnærminger og kombinasjoner av en rekke strategier for å forebygge at barn opplever vold i familien. I tillegg til foreldreopplæring og foreldretiltak, omfatter en slik bred tilnærming utvidede tilbud om helsetjenester og sosial støtte til gravide kvinner og familier med småbarn via for eksempel hjemmebesøk (293). Tidligere studier har funnet at hjemmebesøksprogrammer som 'Familie for første gang' (Nurse family partnership-NFP) har lyktes både i å redusere risikofaktorer for at barn opplever vold i hjemmet, og i å minske forekomsten av overgrep på kort og lang sikt (294). Programmet følger opp førstegangsfødende som har behov for ekstra støtte i graviditeten og i barnets to første leveår. Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (RBUP) i Region Øst har nå ansvaret for å prøve ut dette programmet i Norge (295).

Eksempler på foreldrestøttende tiltak for å forebygge vold og overgrep.

- COS
- ICDP
- Marte Meo
- Triple P
- Bryt Voldsarven
- Familie for Første Gang (Nurse family partnership- NFP)

Forebygging av seksuelle overgrep mot barn og unge

Forebygging av seksuelle overgrep mot barn rettes ofte mot barnet og ungdommen selv. Det er ikke uvanlig at det er liten sosial og aldersmessig avstand mellom de involverte i seksuelle overgrep mot barn og unge (277). Skolebaserte undervisningsprogrammer har vist seg å styrke barns beskyttelsesatferd og kunnskap om seksuelle overgrep. Selv om vi ennå ikke vet om slike tiltak faktisk reduseres forekomsten av seksuelle overgrep, er det rimelig å tro at barn som har lært og reflektert over egne seksuelle grenser, er mindre utsatt for seksuelle overgrep (296;297). Det anbefales også å drive holdningsskapende arbeid og foreldreveiledning (298). Internasjonalt har det blitt tatt til orde for å innføre en bredere tilnærming for å forebygge seksuelle overgrep med tiltak som retter seg mot foreldre og profesjonelle (for eksempel helsesøstre, leger, førskolelærere og lærere), samtidig som en fortsetter med de tiltakene som allerede er inkludert i mer tradisjonelle skoleprogrammer (299).

En annen måte å forebygge seksuelle overgrep på er å fokusere på tiltak og behandling for overgripere. AIM2 er et lovende tverrfaglig tiltaksprogram som brukes for å forebygge og behandle unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Programmet favner bredt

med utredningsverktøy, behandlingsmanualer, informasjonsmateriell og veiledere, og brukes i stor utstrekning i Storbritannia, men det gis også undervisning i tiltaket i Norge gjennom V27 (300), en ressursenhet som arbeider med barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Målet med AIM2 er å løfte kompetansen hos flere instanser som arbeider med barn og unge (301;302).

Vold i kjæresteforhold blant ungdom

Vold i kjæresteforhold er ikke uvanlig blant ungdom (kjærestevold), og jenter mellom 12-18 år synes å være særlig utsatt (se blant annet (303)). Volden kan både være psykologisk, fysisk og seksuell (304). Det er også en økende andel ungdom som opplever vold gjennom digitale arenaer. Slik digital vold kan for eksempel handle om å sende trakasserende eller truende meldinger på nett eller via mobiltelefon. I en norsk undersøkelse fra 2016 med 549 ungdommer som alle var i et forhold, rapporterte 42.9% at de hadde opplevd en eller annen form for vold i forholdet. I alt hadde 29.1% opplevd digital vold, 25.9% hadde opplevd psykologisk vold, 18.8% hadde opplevd seksuell vold og 12.8% hadde opplevd fysisk vold (304).

En rekke kunnskaps- og ferdighetsbaserte tiltak har blitt forsøkt for å forebygge vold blant ungdom og unge voksne (303). En systematisk kunnskapsoppsummering og metaanalyse fra 2015 som inkluderte 38 studier fant imidlertid ikke støtte for at kunnskaps- og ferdighetsbaserte tiltak har en positiv effekt på voldepisoder, holdninger eller annen relatert atferd (303). Vi trenger derfor mer kunnskap om hvilke tiltak som er virksomme for å forebygge vold blant unge, og særlig trenger vi mer kunnskap om forebygging av digital vold.

Utover forebygging av vold og overgrep finnes det vurderinger av tiltak for å behandle konsekvenser av disse. I et utvidet forebyggingsbegrep med fokus på å hindre senere vansker, kan slike inngå som relevant for forebygging. Ungsinn.no har vurdert Traume-fokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) for barn og unge i alder 3-18 som 'dokumentert' (305).

Oppsummering av forebyggende tiltak for å hindre vold og overgrep mot barn og unge

I det foregående har vi kort gått igjennom en rekke eksempler på tiltak som har som mål å hindre vold og overgrep mot barn og unge. I mange tilfeller vil tiltak rettet mot forebygging av vold og overgrep være nærmere indikative og selektive snarere enn universelle tiltak. Utfallene, vold, overgrep og seksuelle overgrep, er også vanskelig å dokumentere fordi de er sosialt uakseptable og ulovlige. Evidensgrunnlaget for de ulike tiltakene er varierende, og vi har kun funnet systematiske kunnskapsoppsummeringer for to typer tiltak (289;303). Chen og kolleger fant støtte for at foreldrestøttende tiltak reduserer risikoen for vold mot barn i familien, og at slike tiltak derfor kan være effektive folkehelseiltak (289). Når det gjelder kjærestevold blant ungdom fant Fellmeth og kolleger ikke støtte for at kunnskaps- og ferdighetsbaserte tiltak reduserer voldsepisoder, holdninger eller annen relatert atferd (303). Det mangler i stor grad tilstrekkelig kunnskap om effekten av forebyggende tiltak på faktisk vold og overgrep (277).

Forebygging av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading

Selv mord blant barn og unge forekommer relativt sjeldent. Vi har likevel inkludert noe av den overordnede kunnskapen om selvmord, selvmordsforsøk og selvskading i denne rapporten. I Norge blir det registrert mellom 500 og 600 selvmord hvert år. Median alder ved selvmord var 47 år i 2016 (15;306). Selvmordsratene er svært lave for barn og unge mellom 0-14 år, men raten stiger betraktelig mot slutten av ungdomstiden og i ung voksen alder (15-24 år). For barn og unge under 20 år varierer det absolutte antallet selvmord noe fra år til år - i 2016 ble det registrert 35 selvmord i dødsårsaksregisteret mot 19 året før i denne aldersgruppen (<http://statistikkbank.fhi.no/dar/>). Selvmord har store og varige konsekvenser for familie og andre personer med nær relasjon til den avdøde. Ved selvmordsforsøk foreligger det en intensjon om å dø, og det antas at selvmordsforsøk er mellom 20 og 30 ganger hyppigere enn selvmord (307). Selvskading er i mindre grad forbundet med et ønske om å dø, og handler i større grad om forsøk på å regulere følelser gjennom å påføre seg selv fysiske ubehag eller smerte (308). Selvskading er igjen langt mer utbredt enn selvmordsforsøk (15). Se for øvrig FHI-rapport 'Psykisk helse i Norge' for mer informasjon om selvmord, selvmordsforsøk og selvskading og utbredelse av disse hendelsene.

Innsats for å forebygge av selvmord er viktig, ikke bare for individet selv, men også for nærmeste pårørende, og samfunnet for øvrig. Nasjonalt er det blant annet utviklet retningslinjer for å forebygge selvmord i psykisk helsevern (309), en handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2015-2017 (310), og ved Universitet i Oslo ligger Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging.

Risikofaktorene knyttet til selvmord er mange og sammensatte, men psykiske vansker, alvorlige psykiske lidelser, rusmiddelmissbruk, alvorlige somatiske tilstander og en rekke psykososiale forhold henger sammen med økt risiko for selvmord (15). Samtidig er det slik at disse risikofaktorene ikke er unikt knyttet til selvmord, noe som gjør at det er ikke uten videre er mulig å avgjøre selvmordsrisikoen hos individet selv om man kan finne økt risiko på gruppenivå basert på slike faktorer. Kompleksiteten i forholdet mellom risikofaktorer, faktiske selvmord og det relativt lave antallet gjør forebygging av selvmord særlig krevende (311-313). Tiltak rettet mot ungdom har fokusert på skolen, nærmiljøet og helsevesenet som potensielle arenaer for forebygging (313;314). Hva man ønsker å oppnå med de selvmordsforebyggende tiltakene varierer fra økt hjelpesøking ved selvmordstanker og økt identifikasjon av kjente risikofaktorer for selvmord, slik som psykiske vansker hos ungdom som dermed har høyere selvmordsrisiko.

I en nylig publisert artikkel om forebygging av selvmord i alle aldre, gjennomgås både systematiske kunnskapsoppsummeringer og enkeltstudier (312). Forfatterne konkluderer med at det ikke finnes grunnlag for å hevde at det er noen spesifikke tiltak som synes å fungere bedre enn andre. De trekker likevel frem den potensielle betydningen av tilgjengeligheten av midler (som skytevåpen og medisiner), skolebaserte program, mer effektiv identifisering av personer med forhøyet selvmordsrisiko og behandling av bakenforliggende faktorer som sentrale angrepspunkt. Dette er på linje med en tidligere narrativ gjennomgang av forebygging av selvmord hos ungdom i 'Lancet commission on adolescent health and wellbeing' (313). Oppsummeringen konkluderte med at skolebaserte tiltak rettet mot å øke bevisstheten rundt selvmordsproblematikk hadde en positiv effekt på selvmordsforsøk og selvmordstanker, men man kunne ikke påvise noen reduksjon i selvmord (312). I en stor europeisk undersøkelse ('Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)) blant over 11,000 elever fra 10 land har man sett på effekten av ulike skolebaserte tiltak for å forebygge selvmordsatferd. Forfatterne fant at et

universelt manualbasert tiltak (YAM: 'Youth Aware of Mental Health Programme': <http://www.y-a-m.org/>) var assosiert med redusert antall selvmordsforsøk og alvorlige selvmordstanker, sammenlignet med kontrollgruppen (315).

Oppsummering av forebyggende tiltak rettet mot selvmord, selvmordsforsøk og selvskading

Basert på denne gjennomgangen er det ikke grunnlag for å fremheve noen typer spesifikke tiltak fremfor andre, men skolen som arena er trolig en relevant arena basert på både Zalsman og kollegers kunnskapsoppsummering (312) og Wasserman og kollegers arbeid (315). Basert på den tilgjengelige evidensen er det viktig å understreke betydningen av å iverksette både selektive og universelle tiltak, og multimodale tiltak i arbeidet med å forebygge selvmord hos barn og ungdom (313). For mer informasjon om aktuelle forebyggingstiltak i Norge viser vi til:

- <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/>
- <http://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/117/Handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-og-selvskading-2014-2017-IS-2182.pdf>

Forebygging av rusmiddelmissbruk blant barn og unge

Alkohol er det mest brukte rusmidlet blant ungdom i Norge. Cannabis, metamfetamin og amfetamin er de mest vanlig brukte ulovlige rusmidlene, og bruk av GHB (gamma-hydroksybutyra) er rapportert i enkelte ungdomsmiljø (306). Ungdata-undersøkelsene har funnet en nedadgående trend for alkoholbruken blant ungdom i Norge. Tall fra ungdatabes 2017 viser at syv prosent av elever på ungdomstrinnet har drukket seg tydelig beruset to eller flere ganger de siste året. For elever ved videregående skole er tilsvarende prosentandel 46 prosent. Tre prosent av elever ved ungdomstrinnet har brukt hasj eller marihuana en gang eller mer i løpet av det siste året, mens 11 prosent av elever på videregående rapporterer bruk det siste året.

Ungdomstiden anses som en spesielt sårbar periode for å utvikle rusproblemer, og en tidlig rusdebut er forbundet med økt risiko for negative konsekvenser, både på kort og langt sikt (316;317). Allerede i ungdomstiden kan man se en sammenheng mellom tidlig rusdebut, rusproblemer og psykiske vansker (317-320). Selv om mange studier viser en sammenheng mellom rusbruk og psykiske vansker i ungdomstiden, vet man ennå ikke hvorvidt rusbruk påvirker psykiske vansker, psykiske vansker påvirker rusbruk, eller om både rusbruk og psykiske vansker kan være et uttrykk for en bakenforliggende sårbarhet. Trolig er alle tre alternativene relevante, og som hos voksne er det sannsynlig med en gjensidig påvirkning mellom rusbruk og psykiske lidelser i ungdomstiden (317;321). Det er grunn til å tro at ungdom som har både en tidlig rusdebut eller rusproblemer og samtidige psykiske vansker, utgjør en spesielt utsatt gruppe for senere psykiske lidelser. Forebygging av rusbruk blant barn og unge er et stort eget fagområde. I denne rapporten har vi ikke gått inn i hva som kan gjøres for å forebygge psykiske lidelser gjennom å endre forbruk av rusmidler som en risikofaktor. Folkehelseinstituttet jobber på oppdrag fra Helsedirektoratet med en egen rapport relatert til dette som vil bli utgitt av Helsedirektoratet i løpet av 2018. Se for øvrig Berg og Underland for en tidligere kunnskapsoppsummering (322).

Tiltak for å redusere sosioøkonomiske forskjeller i barn og ungdoms psykiske helse

Det foreligger flere norske publikasjoner som omhandler sosial ulikhet i helse nokså bredt, blant annet en rapport fra Sosial- og helsedirektoratet (323), en handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse fra samme sted (324) og en kunnskapsoversikt fra Høgskolen i Oslo og Akershus (325). I tillegg utga Helsedirektoratet i 2015 en rapport om sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling (326). Bufdirs oppvekstrapport fra 2017 handler om sosial ulikhet, sosioøkonomiske forskjeller og barnefattigdom (327).

I den foreliggende rapporten handler det spesifikt om tiltak for å redusere sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse (både internaliserende og eksternaliserende) blant barn og ungdom. Hovedlitteratursøket som ligger til grunn gav imidlertid lite relevant informasjon om denne problemstillingen. I samarbeid med biblioteket ved FHI ble det derfor gjennomført et eget litteratursøk på dette feltet. Selv ikke i dette supplerende litteratursøket ble det funnet noen systematiske kunnskapsoppsummeringer eller metaanalyser av direkte relevans. Denne delen av rapporten baserer seg derfor på en narrativ beskrivelse av forskningen på feltet. Konklusjonene og resonnementene for denne delen må derfor betraktes som mer usikre og foreløpige enn i andre deler av rapporten.

I Norge er det, som i alle andre land, systematiske forskjeller i barn og ungdoms psykiske helse og subjektive livskvalitet avhengig av foreldrenes sosioøkonomiske status. Blant foreldre med kortvarig utdanning og lav inntekt er det en høyere risiko for at barna får en psykisk lidelse. Også nivået av psykiske plager er høyere i denne gruppen (328-334). En analyse basert på data fra Ungdata tyder på at familieøkonomien har mer betydning enn foreldrenes utdanning for nivået av psykiske plager blant skoleelever (335). Mathiesen og medarbeidere peker på at barn fra familier med lav inntekt rammes i dobbel forstand. Ikke bare sliter de med de direkte følgene av materiell knapphet. I tillegg vil de ha reduserte muligheter for å delta i sosiale aktiviteter som gir positive opplevelser og bidrar til positivt selvbilde (336). I Sverige har man funnet at ikke bare lav inntekt, men også fallende inntekt er assosiert med forhøyet risiko for at barn skal utvikle psykisk lidelse (337-339). En norsk studie har vist at sammenhengen mellom foreldres sosioøkonomiske status og barnas psykiske helse og livskvalitet (wellbeing) kan påvises helt til barna selv er blitt voksne (340). I en artikkel basert på data fra 34 land (HBSC-studien, som Norge er med i), vises det at de sosioøkonomiske forskjellene i psykiske plager blant ungdom øker (341).

Sammenhengene en finner mellom familiens sosioøkonomiske status og barn og ungdoms psykiske helse kan forklares på flere måter. En av forklaringene er det som kalles hypotesen om sosiale årsaker, at lav sosioøkonomisk posisjon i seg selv, eller via ulike mellomliggende faktorer (mediatorer) påvirker barna slik at de får dårligere psykisk helse. En annen mulig forklaring er seleksjonshypotesen, der de som er disponert for å utvikle helseproblemer tilhører grupper med kortvarig utdanning, lav inntekt og andre kjennetegn på lav sosioøkonomisk status (342-344). Sannsynligvis bidrar begge disse prosessene til å skape de sosioøkonomiske forskjellene vi observerer. Forskjellene forsterkes fordi både sosioøkonomisk status og de individuelle forutsetningene for god psykisk helse i noen grad videreføres til nye generasjoner. Uansett forklaring er det viktig å utvikle og sette i verk tiltak som kan bidra til å bedre den psykiske helsen i de gruppene der den er dårligst.

Etter hvert som flere land gjennomfører diagnosebaserte studier av den voksne befolkningens psykiske helse (WHO Mental Health Surveys), viser det seg at det er en

sterk sammenheng mellom ulikhet i inntekt og prevalensen av psykisk lidelse i befolkningen på tvers av land (345). Den britiske epidemiologen Wilkinson hevder at store sosioøkonomiske forskjeller skaper psykososiale forhold og sosiale relasjoner som er usunne for alle grupper (345).

I forskningslitteraturen er det lansert et stort antall forklaringer på hvordan lav sosioøkonomisk status kan ha konsekvenser for barn og ungdoms utvikling og psykiske helse. Listen over det som kalles medierende faktorer omfatter blant annet depresjon hos foreldrene, konflikt mellom foreldrene, foreldrestress, lav grad av sosial støtte fra foreldrene, uheldig oppdragelsespraksis (parenting), mer begrensede sosiale ressurser i familien og mer fysisk sykdom (346-349). Bøe og medarbeidere har vist at søvnproblemer er vanligere blant barn fra familier med middels eller lavere inntekter enn hos barn fra familier med god inntekt, og de mener at dette sannsynligvis bidrar til å skape sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse (350).

Sosioøkonomisk status er et sammensatt begrep. Mest vanlig er det å benytte utdanning og familieinntekt som indikatorer. I noen studier brukes foreldrenes yrke eller bosted som indikator. I studier blant ungdom brukes noen ganger skalaer der det rapporteres om hvilke goder som er tilgjengelige i familien, for eksempel om familien har bil, om barnet har eget soverom og lignende (351). Når ungdommene nærmer seg voksen alder, er det aktuelt å bruke indikatorer som sier noe om deres sannsynlige framtidige plassering i samfunnet, for eksempel hvilke planer de har om høyere utdanning.

Selv om andel av befolkningen som har fullført videregående utdanning gradvis øker, øker også andelen fattige i Norge. Definert ut fra EUs fattigdomsgrense (de som tjener mindre enn 60 prosent av medianinntekten) gikk andelen fattige i Norge opp fra 7,7 prosent i 2011 til 9,3 prosent i 2015. Inntektsforskjellene i Norge øker. I 2015 bodde 98 200 barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt, 6 100 flere enn i 2014. Av disse kom 53 prosent fra innvandrerfamilier. Økt innvandring står for mye av veksten, men det har også vært en økning i antall barn i lavinntektsfamilier i husholdninger uten innvandrerbakgrunn (352).

Tiltak for å redusere sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse kan være universelle, selektive eller indiserte, begreper det er gjort rede for tidligere i denne rapporten. Den mest direkte evidensen for at universelle tiltak har en utjevne effekt på tvers av sosioøkonomiske grupper, ville en ha dersom det eksisterte studier der en gjennomfører de samme tiltakene på tvers av grupper og registrerer at effektene er positive og sterkere for eksempel blant de med kortvarig utdanning. Slike studier burde dessuten vært presentert i metaanalyser eller systematiske kunnskapsoppsummeringer. Et eksempel som ikke spesifikt handler om psykisk helse, men om påvirkning av helserelatert atferd, finnes i Moore og medarbeideres kunnskapsoppsummering fra 2015. De konkluderer forsiktig med at det er universelle intervensjoner som omfatter endringer i omgivelsene (alene eller i kombinasjon med opplysningstiltak) som trolig gir de sterkeste positive effektene blant de med lavest sosioøkonomisk plassering (353). Slike metaanalyser og systematiske kunnskapsoppsummeringer av universelle tiltak med indikatorer på psykisk helse som utfallsmål har vi ikke klart å finne. Det finnes heller ikke mange enkeltstudier som belyser slike sammenhenger.

Forholdsmessig universalisme (proportionate universalism).

I 2010 publiserte Marmot og medarbeidere en rapport om hvordan en kan redusere ulikheter i helse i England (354). Rapporten var utarbeidet på oppdrag fra helsemyndighetene. Begrepet «forholdsvis universalisme» (proportionate universalism) ble der lansert for første gang. Med dette mente de at det ikke er tilstrekkelig å bare gjennomføre tiltak blant de sosioøkonomisk mest vanskeligstilte. De hevdet at tiltak bør være universelle, men at de gjennomføres i et omfang og med en intensitet som står i forhold til hvor vanskeligstilte (disadvantaged) «mottakerne» er. I praksis betyr dette for eksempel at det å sikre god kvalitet på barnehager må få enda høyere prioritet i områder det bor mange barn som kommer fra familier med lav inntekt og der foreldrene har kortvarig utdanning. Det betyr også at hvis en gjennomfører tiltak for å redusere depresjon blant ungdom, så bør en ikke gjøre dette bare blant de som har høy risiko (indiserte tiltak), men en bør gjøre dette til et universelt tilbud som gjennomføres med ekstra stor intensitet overfor ungdom fra vanskeligstilte grupper. Prinsippet om forholdsmessig universalisme innebærer ikke at alle skal få det samme tilbudet (tilbudslighet), men at resultatet skal bli størst mulig likhet (resultatlighet). Vi kjenner ikke til at det foreligger systematiske litteraturoppsummeringer av tiltak som er basert på dette prinsippet.

Når det gjelder selektive og indiserte tiltak, vil det være tilstrekkelig å vise at de har god effekt i grupper med for eksempel kortvarig utdanning og lav inntekt. Hvis slike effektive tiltak systematisk gjennomføres i utsatte grupper vil de bidra til å utjevne sosial ulikhet i helse.

En undersøkelse som omfattet 12 europeiske land viste at både det å vokse opp i fattigdom og det å vokse opp i et samfunn med store sosioøkonomiske forskjeller er assosiert med dårlig psykisk helse og redusert livskvalitet (well-being) (355). I en norsk studie blant barn i alderen 1,5 til 3 år (175) har en funnet at endringer i det de kaller 'economic well-being' predikerte både internaliserende og eksternaliserende problemer, og at denne sammenhengen var sterkere blant de med lav familieinntekt. De fant for øvrig også at det å gå i barnehage virker som en buffer i forhold til internaliserende problemer, med andre ord reduserer styrken på sammenhengen mellom 'economic well-being' og internaliserende problemer.

Redusere forskjeller i materiell velstand

Det mest grunnleggende tiltaket som kan gjennomføres for å utjevne forskjeller i psykisk helse er å utjevne forskjeller i materiell velstand i befolkningen (343;356). Resultater fra det som kalles et naturlig eksperiment, altså en studie uten randomisering til intervensjonsgruppe og kontrollgruppe, viste at i familier som fikk økt inntekt ble forekomsten av atferdsproblemer over tid redusert helt ned til nivået blant barn som aldri hadde opplevd fattigdom. Man fant imidlertid ikke de samme effektene på depresjon og angst. Dette var en studie som ble gjennomført blant familier på landsbygda i USA (357). Det foreligger en del studier, særlig fra USA, der en har sett på effekter av å støtte fattige familier økonomisk. Det å ganske enkelt bedre den materielle situasjonen til en familie, behøver imidlertid ikke påvirke de mønstrene av kommunikasjon og oppdragspraksiser som bidrar til dårlig psykisk helse hos barna. Det kan være nødvendig, i hvert fall hvis en skal oppnå en umiddelbar effekt, i tillegg å gjennomføre tiltak og programmer som også bidrar til å endre slike faktorer (358).

En ikke-systematisk kunnskapsoppsummering fra 2014 omhandler «Helhetlige tiltak mot barnefattigdom» (359). De norske tiltakene som nevnes er sjelden evaluert ved bruk av kvantitativ metodikk, og ingen av de norske studiene som omtales har indikatorer på psykisk helse som utfallsmål.

I USA har det vært gjort forsøk på å mobilisere til sosial forandring gjennom det som blir kalt «transformasjonell læring», en bevisstgjøring hos utsatte og sårbare grupper om sammenhengen mellom sosial ulikhet og subjektiv livskvalitet (wellbeing), uten at det foreligger mye evidens for effektene av slike tiltak (360).

I tillegg til å undersøke om en bedring i familiens økonomi kan gi bedre helse hos barna som vokser opp, kan en se på sammenhengen i motsatt retning; kan en gjennom programmer som involverer foreldre, barnehager eller skoler påvirke barns sosiale fungering og psykiske helse på en slik måte at det bedrer mulighetene for at de skal få seg en høyere utdanning og en bedre inntekt? Van Ryzin og medarbeidere beskriver flere amerikanske programmer som er basert på intervensjoner i skoler eller familier og som ser ut til å ha slike positive langtidseffekter på framtidig materiell velstand (358;361).

Tiltak overfor blivende foreldre og foreldre med små barn

Lav plassering på den sosioøkonomiske stigen og dårlig helse overføres gjerne fra en generasjon til den neste (358;361-363). Tiltak rettet mot sårbare og utsatte grupper av foreldre (i praksis oftest mødre) og barna deres kan derfor bidra til å utjevne sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse. Stress i forbindelse med svangerskap og fødsel kan føre til foreldrekonflikt og andre forhold som virker belastende på barnet. Tiltak for å redusere fødselsdepresjoner hos mødre, eller mer generelt, å bedre foreldres psykiske helse, kan derfor være viktige med tanke på å sikre barn et bedre grunnlag for en god psykisk helse (364).

Tiltak for å bedre foreldres psykiske helse vil som regel dreie seg om å gi god behandling, for eksempel i form av psykoterapi. Hvis slik behandling, når den gis til blivende eller nybakte foreldre, viser seg å være effektiv, og dessuten er et tilbud som når mange, kan behandlingen ha positive helsekonsekvenser på befolkningsnivå. Dette fordi den har konsekvenser for barna. Selv om dette kapitlet skal dreie seg om folkehelseiltak for å utjevne sosioøkonomiske forskjeller i barn og ungdoms psykiske helse, har vi valgt også å inkludere behandlingsstudier, forutsatt at de er rettet mot blivende eller nybakte foreldre med psykisk lidelse.

En systematisk kunnskapsoppsummering fra 2014 av studier (alle fra USA) som evaluerte tiltak for å redusere perinatal depresjon blant unge mødre (adolescent mothers) fra lavinntekts minoritetsgrupper, konkluderte med at to behandlingstilbud og fire av åtte forebyggende programmer hadde positiv effekt (365). Den ene behandlingen som ble evaluert var en telefonbasert depresjonsmestringsintervensjon for tenåringsmødre basert på motiverende intervjuing samt psykoedukasjon. Den andre studien undersøkte effekten av gruppebasert interpersonlig terapi (IPT) for gravide. De fire forebyggende programmene som viste positive effekter handlet om massasje, avslapning, mor-barn rådgivning (coaching), eller interpersonlig terapi (et 12-ukers program) (365).

En annen systematisk kunnskapsoppsummering fra 2014 inkluderte 15 intervensjoner rettet mot mødre fra sosialt vanskeligstilte grupper, herunder ni intervensjoner blant mødre fra etniske minoriteter. De fleste studiene var fra USA, og ingen av studiene var fra nordiske land. Elleve av intervensjonene var forebyggende (blant kvinner med høy risiko)

og fire var behandlende. De fleste gjorde bruk av psykoterapeutiske strategier basert på blant annet kognitiv atferdsterapi, mellommenneskelig terapi og psykoedukasjon. Fellesnevnerne for de forebyggende intervensjonene var motiverende sesjoner ('engagement sessions'), sosial- og mellommenneskelig støtte, psykoedukasjon og kognitive og atferdsmessige komponenter. Åtte av de 15 intervensjonene reduserte depressive symptomer med middels sterk til sterke effekter. Alle intervensjoner basert på behandling gav sikre, positive effekter, mot fire av de elleve som var forebyggende. En egen metaanalyse viste at behandlingsintervensjonene hadde mer enn dobbelt så sterke effekter som de forebyggende (366).

Vi tar med enda en kunnskapsoppsummering, utarbeidet av Morell og medarbeidere (135), selv om den ikke spesifikt dreier seg om intervensjoner overfor utsatte eller sårbare grupper. Dette fordi den er av nyere dato og svært omfattende. Den inkluderer intervensjoner overfor gravide kvinner med sikte på å forebygge depresjon og omfatter 122 kvantitative publikasjoner fra 86 studier og 56 kvalitative publikasjoner fra 44 studier. Oversikten inkluderte intervensjoner som var rettet mot alle gravide (universelle), de med forhøyet risiko ut fra sosiale kriterier (selektive) og de med forhøyet risiko ut fra psykologiske faktorer (indiserte). Bare studier med kontrollgrupper eller sammenligningsgrupper ble inkludert. Alle de tre gruppene av intervensjoner kom gjennomsnittlig positivt ut, men ingen av gruppene oppnådde signifikans. Morell og medarbeidere kom til at de ikke kunne trekke noen sikre konklusjoner om effekter av tiltakene (135). En svakhet ved de metaanalysene som ble gjennomført var eksklusjon av studier som ikke hadde rapportert EPDS-skår (Edinburgh Postnatal Depression Score).

En av studiene omtalt i rapporten fra Morell og medarbeidere er norsk. Her har en sett på effekten av å fremme fysisk aktivitet under svangerskapet for å forebygge depresjon hos mødre etter fødsel. De fant ingen signifikant effekt for alle som var med i studien sett under ett, men i undergruppen som var inaktive før graviditet, med andre ord før intervensjonen, fant man en redusert risiko for å utvikle depresjon etter fødselen. Om fysisk aktivitet faktisk fungerer positivt overfor denne undergruppen, må bekreftes i nye studier før en kan si noe sikkert om dette (367).

Sammenligner en de to første kunnskapsoppsummeringene med den siste av de tre omtalt ovenfor, er konklusjonene ulike. I de to første er det bare fokusert på effektene av intervensjoner på depresjon hos mødre fra lavstatus- eller utsatte grupper. Disse har derfor størst relevans i vår sammenheng. Begge disse konkluderte positivt. Depresjon hos kommende eller nybakte mødre lar seg sannsynligvis redusere. Siden depresjon hos mødre er en risikofaktor med tanke på barnas psykiske helse, er det sannsynlig at intervensjoner som bedrer mødrenes psykiske helse også vil ha positive effekter på barnas psykiske helse. Studier som viser dette direkte har vi imidlertid ikke funnet. En svakhet i vår sammenheng er dessuten at ingen studier fra Norge eller noen andre nordiske land var inkludert i de to mest relevante kunnskapsoppsummeringene.

Foreldre med psykisk lidelse

Foreldre med psykisk lidelse: Kunnskapsgrunnlag basert på systematiske kunnskapsoppsummeringer.

En systematisk kunnskapsoppsummering av relevans for barn av foreldre med psykisk lidelse ble inkludert.

Loechner et al. (2018). Kunnskapsoppsummeringen inkluderer randomiserte kontrollerte studier (N=7; 14 publikasjoner) som evaluerte tiltak rettet mot barn hvor minst én av foreldrene var deprimerte. Tiltakene var kunnskaps- og resiliensfokuserte, og alle tiltakene var rettet mot familien som enhet. Utfallsmålene inkluderte symptomer på depresjon og insidens av depresjon hos barna. De inkluderte studiene var av generelt høy kvalitet. Man fant en liten, men statistisk signifikant effekt av tiltakene på depressive og internaliserende symptomer opp til fire måneder etter gjennomføring. Tiltakene hadde også en liten, men statistisk signifikant effekt på insidens av depresjon i samme tidsrom. Man fant ikke støtte for at tiltakene hadde effekt ved lengre tids oppfølging. Forfatterne konkluderer med at tiltakene synes å ha en positiv effekt, iallfall rett etter gjennomføring. Forfatterne peker på behovet for flere studier, gjerne i andre land og kulturer. Ingen studier fra Norge var inkludert.

Oppsummert: Kun én systematisk kunnskapsoppsummering av tilstrekkelig kvalitet ble identifisert når det gjaldt barn av foreldre med psykisk lidelse.

Kunnskapsgrunnlaget for denne typen tiltak er foreløpig utilstrekkelig, selv om man fant effekter kort tid etter gjennomføring. Det er særlig behov for flere studier som undersøker effekten av tiltak over lengre tid og med større utvalg.

Loechner og medarbeidere har publisert en systematisk kunnskapsoppsummering og metaanalyse av tiltak for å forebygge depresjon hos barn (18 år eller yngre) av foreldre med depresjon (368). De inkluderte 14 publikasjoner fra syv studier (trials) med et samlet antall barn på 935. Alle intervensjonene tok sikte på å øke kunnskapen om depresjon, og styrke barnas eller foreldrenes motstandsdyktighet (resiliens), de var alle gruppebaserte og fant sted over serier med møter. De varierte en del med hensyn til hvor stort innslag de hadde av elementer fra kognitiv atferdsterapi. De varierte også med hensyn til hvilke familiemedlemmer som var involvert (foreldre, barn eller begge). De fant signifikante, men svake effekter på internaliserende symptomer og depresjonssymptomer hos barna rett etter intervensjonene (innen fire måneder) (SMD=-0,20). De fant også en effekt på forekomsten av nye depresjoner (insidensen) hos barna (SMD=-0,42). De fant ingen statistisk signifikant effekt av intervensjonene ved oppfølging etter lenger tid. En norsk oversikt over systematiske kunnskapsoppsummeringer fra 2015 fant støtte for at psykoterapi gitt til mødre med depresjon fører til et bedre samspill mellom mor og barn, og bedre psykisk helse hos mor og barn (369).

Blant studiene som inngikk i kunnskapsoppsummeringen til Loechner og kolleger som er omtalt ovenfor, var en finsk studie (370) der man undersøkte to ulike intervensjoner, «Family Talk» og «Let's Talk about the Children», den første noe mer omfattende enn den andre. Begge intervensjonene ble administrert gjennom den offentlige psykiatriske helsetjenesten og inkluderte familier der minst en av foreldrene hadde en affektiv lidelse. Programmene var begge dels basert på psykoedukative metoder, og i tillegg til sesjoner sammen med terapeut, ble det brukt skriftlig materiell. Datainnsamlingene var basert på spørreskjemaer der foreldrene ble spurt om barnas symptomer og atferd. En analyse av begge intervensjonene sett under ett viste en nedgang i depresjon og angst og en økning i

prososial atferd hos barna over en periode på 18 måneder. Studien ble imidlertid gjennomført uten kontrollgruppe og det er derfor ikke mulig å si noe sikkert om intervensjonseffekter (370).

Barnehager som tiltak og tiltak overfor barn i barnehagealder

Det å gå i høykvalitetsbarnehager blir gjerne nevnt som et viktig universelt tiltak som virker sosialt utjevne. Det er vist at barnepassordninger av høy kvalitet fremmer barns kognitive utvikling og språkutvikling (371). Norske studier har vist positive sammenhenger mellom det å gå i barnehage og positiv språkutvikling (372;373) og kognitiv utvikling (167). Zachrisson og medarbeidere har oppsummert forskningen på feltet og mener forskningslitteraturen er nokså konsistent med hensyn til de positive effektene av kvalitetsbarnehager for språk, kognisjon og læring (145). I en nyere publikasjon konkluderer Lekhal mer forsiktig med at det i hvert fall ikke ser ut til å være skadelig for barns utvikling å gå i barnehage, og han hevder at dette er i tråd med undersøkelser fra andre skandinaviske land. Lekhal mener den eventuelle positive gevinsten kanskje er best blant barn fra det han kaller risikofamilier (374). Drange og Havnes konkluderer i en av sine studier med å si at de positive effektene på kognitiv utvikling er spesielt sterke blant barn som har foreldre med lav inntekt og lav utdanning (167). God språkutvikling er på sin side en ressursfaktor med tanke på god sosial fungering og dermed også på psykisk helse. Siden det å gå i høykvalitetsbarnehager bidrar til god språkutvikling og god sosial fungering, bidrar dette sannsynligvis til å redusere risikoen for å utvikle atferdsproblemer (375).

En systematisk oppsummering av amerikanske studier, grundigere beskrevet tidligere i rapporten, viser sterke positive effekter av tiltak for å redusere atferdsproblemer blant barn i førskolealder (138). Mange av tiltakene omfattet barn fra utsatte grupper. Best resultater fikk en av tiltak som fokuserte på direkte å lære barn sosiale ferdigheter (uten å gå via foreldretrening eller opplæring av førskolelærere), blant annet det å lære barna opp til bedre å samhandle med andre og det å gi dem bedre forståelse av hvordan en kan løse problemer og konflikter i forhold til andre (138). Siden både førskolesystemene, velferdssystemene og samfunnsforholdene i Norge og USA er temmelig forskjellige, er relevansen av denne systematiske litteraturstudien for norske forhold nokså usikker.

Foreldreprogram

En kunnskapsoppsummering av evalueringer av atferdsorienterte eller sosial-kognitive gruppebaserte og indiserte intervensjoner rettet mot foreldre med barn i alderen 3-12 år med atferdsproblemer, omfattet 13 studier (n=1 078), deriblant en norsk. De inkluderte programmene hadde en varighet på fra 4 til 24 ukentlige økter. Den eller de som administrerte intervensjonene hadde til oppgave å skape læringsituasjoner som innebar interaksjon og samarbeid. Det ble undervist i konkrete oppdragsferdigheter som foreldrene fikk anledning til å praktisere og diskutere (376). Siden tiltakene inkluderte barn som allerede hadde utviklet atferdsproblemer, må de kanskje karakteriseres som mer behandlende enn forebyggende. Behandling i ung alder kan imidlertid betraktes som forebyggende i et lengre tidsperspektiv, og har derfor en viss relevans i vår sammenheng. Oppsummeringen viste middels sterke positive effekter på atferdsproblem blant barna. En fant også at slike intervensjoner har positive effekter på foreldrenes oppdragspraksis (parenting) og foreldrenes psykiske helse. De konkluderte også med at foreldreprogrammer er effektive uansett familiens sosioøkonomiske status (376).

Den norske studien som inngikk i Furlong og medarbeideres kunnskapsoppsummering var en utprøving av et amerikansk program utviklet av Webster-Stratton og kolleger ('The Incredible Years'). Programmet er blant annet beregnet på barn fra familier som mottar sosialhjelp (child welfare) (377). Intervensjonen som ble testet ut i Norge under navnet 'De utrolige årene' (n=127) ble gjennomført på to ulike måter (i) bare foreldretrening og (ii) foreldretrening i kombinasjon med terapi for barnet. En opererte også med en venteliste-gruppe (kontrollgruppe). Det ble gjort datainnsamlinger på forhånd (baseline), rett etter at intervensjonen var fullført og etter ett år. I begge intervensjonsgruppene fant man en reduksjon i atferdsproblemer blant barna. Forskjellene mellom de to intervensjonene var små (141). Sammenligningene som ble gjort av Furlong og medarbeidere viser imidlertid at den norske intervensjonen på mange utfallsvariabler hadde minst like god effekt som gjennomsnittet av de studiene som inngikk i kunnskapsoppsummeringen (376).

I Ungsinn vurderes det norske programmet til å være dokumentert (evidensnivå 4) og med dokumentasjonsgrad 5 (gammelt klassifikasjonssystem) (89). Andre norske programmer som omfatter foreldretrening er Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) – Foreldregruppeintervensjonen, som Ungsinn vurderer som dokumentert og med dokumentasjonsgrad 4 (114), og Parent Management Training – Oregon (PMTO) som av Ungsinn vurderes som dokumentert og med dokumentasjonsgrad 4 (378). PMTO er ikke gruppebasert, men gjør bruk av terapeuter i hver enkelt familie.

I den grad programmer som 'De utrolige årene' administreres til foreldre og barn i familier med lav inntekt og kortvarig utdanning eller andre indikatorer på lav sosioøkonomisk status, er det sannsynlig at de vil bidra til å redusere atferdsproblemer blant barn og ungdom i utsatte grupper og på lang sikt bidra til å redusere de sosioøkonomiske forskjellene i eksternaliserende problemer i befolkningen. I en egen analyse av DUÅ, konkluderes det med at programmet er et kostnadseffektivt tiltak mot atferdsproblemer og på lang sikt vil gi en økonomisk gevinst (379).

Tiltak i skolen

Det å utvikle psykiske plager og psykisk lidelse henger sammen med problemer med å klare seg i skolen. Disse to forholdene påvirker sannsynligvis hverandre gjensidig i en nedadgående spiral (380) og henger blant annet sammen med foreldrenes utdanningsnivå og inntekt. Blant unge er det for eksempel en høyere andel som fullfører videregående skole på normert tid når foreldrene har høy utdanning (381). En studie fra England, publisert i Lancet, viste at det å bli utvist fra skolen, som er en ekstrem form for skolefravall, hang sammen med lav familieinntekt, diagnostiserbar psykisk lidelse (psychiatric disorder), psykiske vansker (mental health difficulties), antisosial atferd, det å mobbe andre eller bli mobbet og svake skoleprestasjoner (382). Frafallet i videregående skole bidrar sannsynligvis til å øke sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse. For perioden 2011-2016 var det bare 58% av elevene (51% av guttene og 67% av jentene) som fullførte videregående skole på normert tid med bestått. Andel som fullførte og bestod på normert tid var langt høyere på studieforberedende studieretning enn på yrkesfaglig. Syttitre prosent av elevene (79% av jentene og 68% av guttene) hadde fullført videregående skole etter fem år (381).

Skolevegring: Kunnskapsgrunnlag basert på systematiske kunnskapsoppsummeringer.

En systematisk kunnskapsoppsummering av relevans for skolevegring ble inkludert.

Maynard et al. (2015). Kunnskapsoppsummeringen tar for seg studier (N=8) med eksperimentelle eller kvasiexperimentelle design som evaluerte tiltak rettet mot ungdom i skolealder som opplever skolevegring. Tiltakene var psykososiale intervensjoner, hovedsakelig kognitiv atferdsterapi, og gjennomgangen inkluderer ulike arenaer: klinisk setting, hjem og skole. Hovedutfallene er symptomer på angst og skoledeltakelse. Forfatterne fant relativt få studier av god kvalitet, og de fleste studiene omfattet en form for kognitiv atferdsterapi i en klinisk setting. Ingen effekt ble funnet på reduksjon av symptomer på angst. Evidensen som ligger til grunn for denne studien gir en tentativ støtte for bruken av kognitiv atferdsterapi for å redusere skolevegring, men evidensgrunnlaget er for dårlig til å komme med noen konkrete anbefalinger. Studiene som ble gjennomgått i denne kunnskapsoppsummeringen hadde flere metodiske mangler, og det anbefales at fremtidige studier har en høyere metodisk kvalitet, og blant annet tar høyde for 'bias', lengre oppfølging og større utvalg. Ingen studier fra Norge inkludert.

Oppsummert: Kun én systematisk kunnskapsoppsummering av tilstrekkelig kvalitet ble identifisert når det gjaldt skolevegring. Kunnskapsgrunnlaget for tiltak rettet mot skolevegring er foreløpig for svakt, både når det gjelder skoledeltakelse og symptomer på angst. Studiene som ble gjennomgått i denne ene kunnskapsoppsummeringen hadde flere metodiske mangler, og det anbefales at fremtidige studier har en høyere metodisk kvalitet, og blant annet tar høyde for 'bias', lengre oppfølging og større utvalg.

I forskningslitteraturen skilles det mellom skolevegring (school refusal), som gjerne er assosiert med angst og depresjon, og skulking (truancy), som gjerne er assosiert med ulike former for problematferd (383). Begge disse formene for fravær fra skolen kan føre til frafall, at elever slutter. De vanligste tiltakene for å redusere skolevegring internasjonalt har vært kognitiv atferdsterapi og det de kaller atferdstilnærminger (behavioral approaches). Formålet med tiltakene har vært å redusere emosjonelle problemer, først og fremst angst, og derved gjøre det lettere for ungdommene å klare å holde tritt med vanlig utviklingsforløp. I 2015 ble det publisert en oppsummering av åtte studier rettet mot noe yngre elever enn de vi finner i norsk videregående skole, der syv var basert på kognitiv atferdsterapi (i to av disse igjen ble det også benyttet medisiner). I denne studien konkluderes det med at en bare har svak støtte (tentative support) for at slike intervensjoner reduserer fravær på kort sikt, men totalt sett ingen støtte for at intervensjonene bidrar til redusert angst. Langtids-effektene har en ikke grunnlag for si noe om (384). En svakhet ved flere av studiene var at de sammenlignet intervensjonene med alternative tiltak som i noen tilfeller lignet en god del på intervensjonene som skulle evalueres. Hadde en i stedet sammenlignet med elever som ikke fikk noen hjelp, ville kanskje effektene blitt tydeligere.

En rekke studier av tiltak i skoler i fattige områder i USA har vist positive effekter. Programmene omfatter gjerne en foreldrekomponent som tar sikte på å bedre foreldrenes oppdragelsespraksis og en komponent som tar sikte på å bedre lærernes måte å ta seg av barna i klasserommet på (385). En oppsummering av systematiske kunnskapsoversikter (62), alle med en AMSTAR-skår på 7 eller høyere, konkluderer med at gruppebaserte intervensjoner i skolen gir en reduksjon i symptomer på depresjon og angst. De fleste var

basert på en kognitiv atferdstilnærming. Det ble ikke foretatt analyser for å se på differensielle effekter i ulike grupper definert ut fra indikatorer på sosioøkonomisk status.

Tiltak mot mobbing

En studie som omfattet 35 land, de fleste i Europa (også Norge), viste at ungdom fra mindre velstående familier (med få goder - assets) har noe høyere risiko for å bli utsatt for mobbing enn ungdom fra mer velstående familier (386). Denne studien viste videre gjennom analyser med land som enhet at stor sosioøkonomisk ulikhet (målt ved Gini-indeksen) er assosiert med høyere andel som mobbes. Det å være elev ved skoler der det var stor sosioøkonomisk ulikhet blant elevene hang også sammen med høyere andel som ble utsatt for mobbing (386). En prospektiv longitudinell studie fra samme forskergruppe viste at det å bli utsatt for mobbing i 15-års alderen predikerte depresjon 12 år senere langt sterkere blant de med lav enn blant de med høyere sosioøkonomisk status (387). En norsk prospektiv longitudinell studie har vist at både de som blir mobbet og de som mobber andre midt i tenårene har en dårligere psykisk helse 12 år senere (388). En metaanalyse av data fra 28 studier bekrefter at det er en klar sammenheng mellom indikatorer på sosioøkonomisk status og det å bli utsatt for mobbing (389). Det å bli utsatt for mobbing predikerer senere psykiske problemer og plager (49;390-393) og bidrar til at en opplever dårligere funksjonsevne og høyere barrierer mot sosial støtte (394). Det er også vist at de som har vært involvert i mobbing, enten som utøvere eller ofre, har en økt risiko for senere å falle utenfor arbeidslivet (395;396). På bakgrunn av disse studiene er det rimelig å anta at tiltak som har vist seg effektive med tanke på å redusere mobbing blant skolebarn (omtalt i annet kapittel i denne rapporten) i noen grad vil kunne bidra til å redusere sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse blant barn og ungdom. Dette forutsatt at tiltakene reduserer risikoen for å bli utsatt for mobbing minst like effektivt i blant ungdom som kommer fra lavinntekts-familier og fra familier der foreldrene har kortvarig utdanning som blant annen ungdom. Det foreligger ikke studier som viser at tiltak mot mobbing har en slik utjevne effekt på sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse blant ungdom.

Bruk av alkohol

En norsk studie har vist at blant 13-16 år gamle ungdommer hang det å ha foreldre med lav utdanning sammen med høyere relativ risiko for å drikke alkohol. Blant de som drakk alkohol var det et hyppigere forbruk og flere tilfeller av å drikke seg fulle (intoxication episodes) blant de som hadde foreldre med lav utdanning. Tilsvarende sammenhenger ble ikke funnet for 17-18-åringene (397). Sammenhengen mellom foreldrenes utdanning og alkoholbruk var spesielt sterk når det gjelder avvikende eller skadelige former for alkoholbruk (398).

Det foreligger lite forskning på hvordan tiltak for å redusere alkoholbruk blant ungdom virker i ulike grupper definert ut fra foreldrenes sosioøkonomiske status. I en rapport fra Verdens helseorganisasjon pekes det på at opplysningstiltak fungerer best overfor de gruppene som er høyest sosioøkonomisk status (399). En analyse av sammenhengen mellom pris på alkohol og alkoholforbruk konkluderer med at en generell økning i prisen på alkohol er et effektivt tiltak med tanke på å redusere forbruket, helsetjenestekostnader og tap av livskvalitet i alle de befolkningsgruppene som inngikk i analysene. Dessuten fant en at forbruket blant de yngste voksne (aldersgruppen 18-24 år) ble spesielt sterkt redusert ved økt pris på alkohol på barer og puber (400). En annen publisasjon med flere av de samme forfatterne konkluderer med at det å sette en minimumspris på alkohol

(minimum unit pricing) har liten effekt på de som drikker moderate mengder. De fant større effekter på de som har et skadelig alkoholforbruk og særlig de som har lav inntekt (401). Det er nærliggende å anta at effektene av høy pris på alkoholvarer er særlig sterke og gunstige blant unge voksne med lav inntekt, men vi har ikke funnet studier som har sett spesifikt på dette.

Som nevnt tidligere i dette kapittelet, har Moore og medarbeidere gjennomført en kunnskapsoppsummering der de ser på hvordan universelle tiltak for å påvirke ungdoms helserelaterte atferd slår ut i ulike grupper definert ut fra sosioøkonomisk status. De konkluderer forsiktig med at det sannsynligvis er de intervensjonene som omfatter endringer i omgivelsene (alene eller i kombinasjon med opplysningstiltak) som har de sterkeste positive effektene blant de med lavest sosioøkonomisk status (353). Fire av de 20 studiene som inngår har alkoholbruk i ulike varianter som utfallsmål. I to av de fire studiene, en nederlandsk (402) og en som omfattet skoler i syv europeiske land (403), fant man statistisk sikre intervensjonseffekter. I begge disse var det en sterkere intervensjonseffekt blant elever som tilhørte grupper med lav sosioøkonomisk status, definert ut fra elevens valg av utdanningsforløp (402) eller ut fra statusen til området der skolen ligger (403). I den siste studien var imidlertid ikke forskjellene i intervensjonseffekter statistisk signifikante. Intervensjonene handlet om å kombinere helseopplysning (education) med tiltak som omfattet involvering av foreldrene (403) eller grensesetting fra foreldrene og regler for atferd (402).

Unge i arbeidslivet

De aller fleste under 20 år er under utdanning. Men noen søker jobb allerede før de fyller 20 år. I Norge var det i 2017 (årgjennomsnitt) 1473 helt arbeidsledige (60 prosent av disse var menn) som var 19 år gamle eller yngre (404). Disse tallene omfatter bare de som er registrert hos NAV. Den reelle arbeidsledigheten er høyere. Selv om antallet arbeidsledige under 20 år for tiden kanskje er beskjedent, er det sannsynlig at de som opplever arbeidsledighet allerede så tidlig er en utsatt gruppe. I en kunnskapsoppsummering som omfatter 46 studier (24 nordiske, ingen norske) av sammenhengen mellom arbeidsledighet og helse blant ungdom konkluderes det med at de aller fleste studiene støtter hypotesen om sosiale årsaker (social causation), altså at arbeidsledigheten har helsemessige konsekvenser, blant annet på livskvalitet og psykisk helse, herunder angst, depresjon og søvnproblemer (405). Tiltak som bidrar til at arbeidsledigheten blant ungdom går ned og sikrer at flere får meningsfylt lønnet arbeid vil med stor sannsynlighet bidra til å bedre den psykiske helsen blant de gruppene som tidlig går ut av skole og utdanning og søker jobb.

Oppsummering

Det foreligger svært lite norsk og nordisk forskning som direkte kan kaste lys over hvordan en kan utjevne forskjeller i psykisk helse mellom barn og ungdom fra ulike grupper definert etter foreldrenes sosioøkonomiske status. Basert på den tilgjengelige forskningslitteraturen kan vi likevel peke på tiltak som trolig vil virke utjevnende. Det er sannsynligvis gunstig å redusere inntektsforskjellene, ikke minst å redusere andelen fattige og bedre den økonomiske situasjonen i fattige familier. Tiltak som bidrar til at arbeidsledigheten blant ungdom går ned og sikrer at flere får meningsfylt lønnet arbeid, vil med stor sannsynlighet bidra til å bedre den psykiske helsen blant de gruppene som tidlig går ut av skole og utdanning og søker jobb. Fra amerikanske forskning finnes det gode eksempler på at behandlingstiltak og forebyggende tiltak som tar sikte på å redusere

depresjon hos gravide kvinner i familier med lav sosioøkonomisk status, før de skal bli mødre, har bidratt til lavere nivå av depresjonssymptomer hos mødrene. Vi vet mindre om hvilke effekter disse intervensjonene har hatt på barnas psykiske helse. Intervensjoner som spesifikt har tatt sikte på å redusere depresjon hos barn av foreldre med depresjon har vist seg, i hvertfall på kort sikt, å redusere både symptomnivå og insidensen av depresjon hos barna, men her er det stort behov for bedre studier gjennomført i en nordisk eller norsk kontekst. Barnehager som holder høy kvalitet er et universelt tiltak som sannsynligvis bidrar til å utjevne sosioøkonomiske forskjeller i kognitiv utvikling og språkutvikling. Begge disse utfallene vil i sin tur sannsynligvis bidra til å redusere forekomsten av atferdsproblemer. Programmer som tar sikte på å hjelpe foreldre til å fungere bedre som oppdragere har i andre land vist seg å fungere godt og bidra til å redusere forekomsten av problematferd hos barn fra familier med lav sosioøkonomisk status. Slike programmer har også vært prøvd ut med gode resultater i Norge. Flere skolebaserte tiltak som har tatt sikte på å forbedre foreldres oppdagelsespraksis (parenting) eller måten lærerne behandler elevene på, gjennomført i skoler i lavstatusområder i USA, har vist gode effekter, også langtidseffekter. Relevansen for norske forhold er sannsynligvis begrenset, siden vi her i landet ikke har tilsvarende store forskjeller mellom lavstatus og høystatusskoler. Siden det er flere unge fra familier med lav sosioøkonomisk status som mobbes og som har et helsefarlig drikkemønster, er det mulig at gode intervensjoner mot mobbing og alkoholbruk blant barn i skolealder kan ha en svak sosioøkonomisk utjevnende effekt.

Det er stort behov for studier som bedre kan kaste lys over hvordan en mer effektivt kan utjevne sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse. Perrino og medarbeidere peker på at en bør kunne gjøre dette gjennom å øke sårbare gruppers deltakelse i relevante studier, gjennomføre nye metaanalyser (analysere data fra flere studier samtidig) og teste ut intervensjoner som kan tenkes å være spesielt til nytte for barn og ungdom fra sårbare grupper (406). Det bør satses sterkere på norsk og nordisk forskning på dette feltet. Det er behov for studier som spesifikt kan belyse effekter på psykisk helse og livskvalitet av tiltak mot mobbing og av tiltak for å redusere skadelig alkoholkonsum blant barn fra familier med lav inntekt og foreldre med kortvarig utdanning.

Diskusjon

Om rapporten

I denne rapporten har vi hatt som mål å gi et oppdatert kunnskapsgrunnlag for det forebyggende arbeidet for psykisk helse blant barn og unge. Vi har omtalt viktige arenaer for det forebyggende arbeidet, hvilke instanser og deler av samfunnet som kan tenkes å være viktige ressurser i dette arbeidet og på hvilken måte. Vi har systematisk søkt etter kunnskap om hva som kan gjøres for å redusere forekomsten av psykiske lidelser og psykiske plager. Vi har også inkludert kunnskap om hva som kan gjøres for å øke trivsel og god psykisk helse og om hvordan vi kan redusere sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse.

Oppsummering av de viktigste resultatene

Siden den forrige rapporten om forebygging og psykisk helse ble publisert i 2011 ('Bedre føre var' – rapporten (1)), har forskningen på dette feltet vært i sterk utvikling. Det foreligger et betydelig antall nye studier, og det foreligger en rekke nye kunnskapsoppsummeringer. Dette er tydelig for tiltak rettet mot barn og unge, som er fokus for den foreliggende rapporten. Kvaliteten på kunnskapsoppsummeringene er svært varierende. Av 59 kunnskapsoppsummeringer identifisert gjennom Insum-søket, var gjennomsnittlig AMSTAR-skåre 4,6 (spenn 1-11; standardavvik 2,0). Hele 50 (85%) studier fra Insum-søket hadde en AMSTAR-skåre på 6 eller lavere. Vårt krav til at oppsummeringene måtte komme ut med skåre 7 eller høyere gjorde at en rekke studier ble ekskludert fra rapporten.

Generelt lav kvalitet eller ikke god nok kvalitet på tilgjengelige kunnskapsoppsummeringer er ikke unikt for tematikken til denne rapporten (407-410). Dette viser viktigheten av å også vurdere kvaliteten på systematiske kunnskapsoppsummeringer, ikke bare kvaliteten på enkeltstudier. Etter å ha gått gjennom litteraturen og vurdert kvaliteten sitter vi igjen med et inntrykk av at kvaliteten på nyere systematiske kunnskapsoppsummeringer er bedre. Totalantallet inkluderte studier er for lavt til at vi kan undersøke dette statistisk. Innenfor andre forskningsområder er spørsmålet om kvalitet over tid på systematiske kunnskapsoppsummeringer blitt undersøkt, uten at en har kunnet konkludere (410;411). Sannsynligvis vil det være med systematiske kunnskapsoppsummeringer som med mange andre former for vitenskapelige publikasjoner - antallet publikasjoner av både god og mindre god kvalitet øker, og kvaliteten avhenger mer av andre faktorer enn hvor ny publikasjonen er.

Til sammen omfattet de inkluderte kunnskapsoppsummeringene rundt 500 enkeltstudier og mer enn 150 000 individer. Av de oppsummeringene som er tatt med i denne rapporten ble det funnet flest publikasjoner knyttet til skolen som arena for tiltak. Dette er ikke uventet ettersom skolen i svært mange land har vært benyttet som tiltaksarena over flere tiår. I vår gjennomgang av systematiske kunnskapsoppsummeringer ble det klart at langt de fleste omhandlet forebyggende tiltak mot psykisk uhelse, og at veldig få kunne anses å ha et helsefremmende fokus. Kun 4 av de 59 kunnskapsoppsummeringene identifisert gjennom Insum-søket, hadde et helsefremmende fokus og kun én var av tilstrekkelig kvalitet (100).

Skole

Vitenskapelige evalueringer av forebyggende tiltak som gjennomføres i skolen finnes i stort antall. Dette gjenspeiles i det store antallet systematiske kunnskapsoppsummeringer knyttet til skolen som tiltaksarena. Syv relevante kunnskapsoppsummeringer av

tilstrekkelig kvalitet hvor mål på psykisk helse var utfall ble inkludert i skoledelen av denne rapporten. Utfallene var for det meste knyttet til symptomer på angst og/eller depresjon, eller diagnostiserbare tilstander (insidens). Samlet sett gir kunnskapsoppsummeringene grunn til optimisme med hensyn til mulighetene for å forebygge depresjon og angst gjennom systematiske intervensjoner som er basert på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi. Det mangler gode norske undersøkelser. Det bør gjennomføres studier av høy forskningmessig kvalitet og med fokus på hvordan en kan oppnå bedre langtidseffekter. Det ble ikke funnet noen kunnskapsoppsummeringer av tilstrekkelig kvalitet som tok for seg andre utfall knyttet til psykisk helse enn angst og depresjon, som for eksempel eksternaliserende problemer, ADHD eller atferdsforstyrrelser.

Flere programmer som har som mål å redusere mobbing eller atferdsforstyrrelser blir brukt i Norge, men de fleste av disse programmene mangler tilstrekkelig dokumentasjon på effekt. Olweusprogrammet mot mobbing er det programmet med størst og mest konsistent effekt. Det finske programmet KIVA (Klusaamisen Vastainen) mot mobbing har også vist lovende og konsistente resultater i en rekke studier, men har ikke blitt testet ut i Norge.

Barnehage

Sammenlignet med skolen, foreligger det langt mindre forskning knyttet til barnehagen som tiltaksarena. Det henges dels sammen med at innretningen på barnepass og barnehager varierer sterkt på tvers av land, men trolig også at hvor utbredt bruken av barnehager er varierer over tid og mellom land. Måten barnehager fungerer på i Norge (og andre skandinaviske land) skiller seg fra mange andre land, og en større andel barn går også i barnehage i Norge sammenlignet med andre land. Vi fant kun én kunnskapsoppsummering som hadde relevans for barn i barnehagealder, men overføringsverdien til norske forhold er usikker da den kun inkluderte studier fra USA. Hovedfunnet var like fullt at psykoedukative programmer som har et klart fokus på sosial og emosjonell utvikling ser ut til å ha en positiv effekt på eksternaliserende atferdsproblemer, særlig de tiltakene som fokuserer på å bedre barnas sosiale ferdigheter. I prinsippet kan slike tiltak fungere bra også i Norge, men spørsmålet er i hvilke grad tiltakene som er beskrevet skiller seg fra vanlig drift i norske barnehager i dag.

Fordi ulike land har ulik tilnærming til barnepassordninger før skolestart, kan man ikke på samme måte som på andre områder dra veksel på internasjonal forskning. Potensialet som ligger i barnehagen som forebyggingsarena antas derimot å være stort. Det foreligger gode studier, også norske, som sannsynliggjør at barnehager i seg selv kan ha en positiv effekt på kognitiv utvikling og språkutvikling. En forutsetning for at barnehagene skal ha en forebyggende og helsefremmende effekt er sannsynligvis at barnehagene holder høy kvalitet. Det er utviklet kriterier for hva som kjennetegner barnehager av høy kvalitet. Flere nye pågående studier skal undersøke hvordan det å gå i barnehage påvirker barns psykiske helse. Foreløpig trengs det mer norsk forskning på hvilke tiltak som kan være forebyggende og helsefremmende for barn i barnehagen. Det er viktig at når nye tiltak iverksettes og nye programmer utprøves, så legges det samtidig til rette for å følge opp effekten av tiltaket med forskning. Ettersom en høy andelen – ni av ti - går i barnehagen store deler av barndommen i Norge, er det viktig at barnehagen bidrar en god og trygg start på livet utenfor hjemmet. Oppsummert finnes det flere viktige pågående studier og prosjekt knyttet til barnehagen som arena, men evidensen er foreløpig svakere enn for skole. Det er like fullt mulig at tilnærminger og prinsipper som viser seg å ha effekt i skolen, kan tilpasses og overføres til barnehage – men dette bør undersøkes systematisk.

Familie

Kunnskapsoppsummeringene av relevans for familien som arena viste at tiltak der en forsøker å hjelpe barn i forhold til psykisk helse gjennom å jobbe med foreldrene kan ha positive effekter for psykisk helse hos barn og unge. Det gjenstår likevel en viss usikkerhet hvorvidt effekten består når de brukes universelt og selektivt, og hvorvidt effektene kan gjenskapes i oppskalert form. Det er utgitt flere oversikter over hvilke familierettede tiltak som er i bruk i Norge. Mange tiltak er rettet mot familier der barn har vansker. Familieveiledning er et mye brukt prinsipp, der en forsøker å styrke foreldrene sin omsorg og oppfølging for å hjelpe barna. Slike tiltak vil ofte være i bruk i sammenhenger der vansker allerede er oppstått. Der tiltak blir tilbudt bredt, vil det sannsynligvis være ulike former for seleksjon i hvem som velger å benytte seg av tilbudet. Flere av tiltakene som benyttes hyppig i Norge på dette området er tidligere vurdert av Ungsinn. Bruken, omfanget og behov for kunnskapsutvikling er også oppsummert i flere tidligere norske rapporter. Videre kunnskapsutvikling på feltet vil være tjent med mer robuste studier. Dette vil kreve breiere samarbeid mellom de aktuelle miljøene, fra planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak.

Sosial ulikhet

Det foreligger lite internasjonal, og svært lite norsk og nordisk forskning som direkte kan belyse hvordan en kan utjevne forskjeller i psykisk helse mellom barn og ungdom fra ulike grupper definert ut fra foreldrenes sosioøkonomiske status. Basert på den tilgjengelige forskningslitteraturen har vi likevel kunnet peke på tiltak som trolig vil virke utjevne.

Det er sannsynligvis gunstig å redusere inntektsforskjellene, ikke minst å redusere andelen fattige og bedre den økonomiske situasjonen i fattige familier. Tiltak som bidrar til at arbeidsledigheten blant ungdom går ned og sikrer at flere får meningsfylt lønnet arbeid, vil med stor sannsynlighet bidra til å bedre den psykiske helsen blant de gruppene som tidlig går ut av skole og utdanning og søker jobb. Intervensjoner rettet direkte mot barn av foreldre med psykisk lidelse har vist seg å ha gode effekter på barns internaliserende problemer. Barnehager som holder høy kvalitet er et universelt tiltak som sannsynligvis bidrar til å utjevne sosioøkonomiske forskjeller i kognitiv utvikling og språkutvikling. Det er videre sannsynlig at tiltak som styrker positiv utvikling av kognisjon og språk på lengre sikt kan bidra til å redusere forekomsten av atferdsproblemer. Programmer som tar sikte på å hjelpe foreldre til å fungere bedre som oppdragere har i andre land vist seg å fungere godt og bidra til å redusere forekomsten av problematferd hos barn fra familier med lav sosioøkonomisk status. Slike programmer har også vært prøvd ut med gode resultater i Norge. Utfordringen ligger i hvorvidt disse programmene vil nå familier man bør nå ut fra en tanke om utjevning av sosial ulikhet gjennom familiebaserte forbyggende og helsefremmende tiltak.

Det er likefullt stort behov for studier som belyser hvordan en mer effektivt kan utjevne sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse. Tidligere studier anbefaler å øke sårbare gruppers deltakelse i relevante studier, gjennomføre metaanalyser (analysere data fra flere studier samtidig), og teste ut intervensjoner som kan tenkes å være spesielt til nytte for barn og ungdom fra sårbare grupper. Det bør satses sterkere på norsk og nordisk forskning på dette feltet. Studier som spesifikt kan belyse effekter på psykisk helse og livskvalitet av tiltak mot mobbing og tiltak for å redusere skadelig alkoholkonsum blant barn fra familier med lav inntekt og lavt utdannede foreldre synes å være særlig relevante.

Mest forskning på tiltak i skolen

Gjennomgangen av studier vi har presentert i denne rapporten viser at det er gjennomført mer forskning på skolebaserte tiltak enn tiltak på andre viktige arenaer. Det er også gjennomført mange studier i familier, men oftere som indisererte tiltak enn universelle og selektive tiltak. Tilsvarende foreligger det også flest kunnskapsoppsummeringer av tiltak i skolen. Dette har flere årsaker. For det første er skolen en viktig arena fordi det er et sted der vi finner praktisk talt alle barn og unge samlet. Skolen er elevenes arbeidsplass, et sted der de tilbringer mye tid og der de kan nås fra de er seks år gamle til de er nesten voksne. Lærerne, ansatte i skolehelsetjenesten og andre som jobber i skolen eller samarbeider nært med skolen utgjør dessuten en kompetent og viktig ressurs som kan spille en viktig rolle med tanke på ikke bare å gjennomføre spesifikke helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak, men også for å gjøre skolen til et trivelig og helsefremmende sted å være.

En annen grunn til at det blir forsket mye på tiltak i skolen er at det i skolen ligger godt til rette for å få til studier med gode forskningsdesign og høy deltakelse i datainnsamlingene. Når en kan samle inn data i hele skoleklasser er det enklere å få store utvalg enn når en for eksempel må intervju enkeltpersoner som bor spredt omkring i bydeler og bygder. Det er også i prinsippet enklere å randomisere (fordele tilfeldig) skoleklasser eller skoler.

At det blir gjort mye godt folkehelsearbeid i skolen og at det foreligger kunnskapsoppsummeringer som tyder på at en kan få gode effekter av tiltak i skolen, i det minste på kort sikt, betyr ikke at de andre sektorene er mindre viktige. Men mangelen på sikker kunnskap og mangelen på nordiske og norske studier på disse andre sektorene utgjør en viktig utfordring til både de som administrerer bevilgninger til tiltak og til forskerne. Det er viktig at det legges til rette for gode evalueringdesign på alle sektorer.

Andre systematiske kunnskapsoppsummeringer av systematiske kunnskapsoppsummeringer av relevans

Ettersom mengden av enkeltstudier og systematiske kunnskapsoppsummeringer knyttet til forebygging av psykiske plager og lidelser hos barn og unge har vokst, har det også kommet systematiske kunnskapsoppsummeringer av systematiske kunnskapsoppsummeringer. Slike publikasjoner har en lignende innretning som den foreliggende rapporten, hvor formålet er å gi et kunnskapsoversikt på et stort felt preget av høy forskningsaktivitet og mange publikasjoner. Vi vil i det følgende gi en kort oversikt over fire relativt nye kunnskapsoppsummeringer av systematiske kunnskapsoppsummeringer som tematisk tangerer målsettingen med denne rapporten. Ingen av de andre oppsummeringene av denne type som vi har identifisert har imidlertid tatt for seg barn og unges psykiske helse i full bredde.

I en norsk rapport av Munthe-Kaas og kolleger (2014) undersøkte man effekten av psykososiale tiltak for forebygging og behandling av depresjon og angst hos risikoutsatte barn og ungdommer (412). Man søkte systematisk etter systematiske kunnskapsoversikter, og til sammen ni ble inkludert i rapporten. I forhold til forebygging av angst og depresjon inkluderte de kun en studie som så på effekten av psykososiale tiltak rettet mot tenåringsforeldre. Det var usikkert grunnlag for å kunne si noe om psykososiale tiltak hadde en effekt på den psykiske helsen til tenåringsforeldre.

Bellón og kolleger publiserte i 2015 en systematisk oversikt av systematiske kunnskapsoppsummeringer av psykologiske og undervisningsbaserte ('educational') tiltak for å forebygge depresjon (413). Publikasjonen tok ikke bare for seg tiltak rettet mot barn og unge, men også tiltak rettet mot den øvrige befolkningen, og tiltak rettet mot spesifikke grupper (slik som post-partum kvinner og grupper med lav sosioøkonomisk status). Hovedkonklusjonen var at psykologiske og utdanningsrette tiltak var effektive forebyggende tiltak når det gjaldt insidens av depresjon, men at de fleste tiltakene som ble gjennomgått viste små eller medium store effektstørrelser. Nesten 70% av de publikasjonene som Bellón og kolleger inkluderte var publisert i løpet av de siste fem årene. En betydelig andel var med andre ord nokså nye studier. De fant at det ikke var mulig å skille mellom universelle, selektive og indikative tiltak når det gjaldt effekt ('effectiveness'). Uten at de skilte mellom barn og ungdom på den ene siden og voksne og eldre på den andre, konkluderte de altså med at depresjon kan forebygges, men at noen sentrale spørsmål er særlig viktig å få avklart i videre forskning: mulige langtidseffekter, kostnads-effektivitet og hvilke typer tiltak som fungerer best. De pekte spesielt på betydningen av å undersøke langtidseffekter av tiltak for å forebygge depresjon hos barn og unge.

Året etter publiserte Stockings og kolleger (2016) en systematisk kunnskapsoppsummering av systematiske kunnskapsoppsummeringer med fokus på forebygging av internaliserende vansker hos barn og unge (188). Målet var å beregne effektene av universelle, selektive og indikative tiltak for å forebygge angst og depresjon rettet mot barn og unge i alderen 5-18 år. De fant at universelle tiltak var effektive i å redusere symptomer på angst og depresjon i opptil 12 måneder etter avsluttet tiltak, men at effektene av selektive og indikative tiltak var mer kortvarige. Hovedkonklusjonen deres var dermed at samtlige tiltaksnivå kunne klassifiseres som effektive i alle fall for et begrenset tidsrom etter avsluttet tiltak. Videre fant de at de fleste av tiltakene var rettet mot psykologiske virkningsmekanismer (oftest kognitiv-atferdsteoretiske) og gjennomført i skolen. Det var også flere studier innrettet for å undersøke forebygging av depresjon enn forebygging av angst.

Universelle psykologiske tiltak gjennomført i skolen reduserte risikoen for angst og depresjon i opptil ni måneder, og det antallet som måtte eksponeres for tiltaket for å forhindre ett nytt tilfelle ('numbers needed to treat; NNT) var cirka 70. Reduksjon i symptomer på internaliserende vansker så ut til å ha en varighet på 12 måneder. Forfatterne lanserer to mulige forklaringer på hvorfor man ikke kan dokumentere en langtidseffekt utover 12 måneder. For det første kan det være at effekten av tiltaket avtar, og for det andre kan det være metodiske problemer (for eksempel mangel på statistisk styrke) som er hovedutfordringen – eller en kombinasjon av disse to forklaringene. De oppfordrer derfor fremtidige studier til å ha et særlig fokus på å vurdere langtidseffekter av ulike tiltak. Dette er et viktig spørsmål, ettersom det er viktig å avgjøre hvorvidt effekten av tiltak faktisk avtar, eller om det i større grad handler om metodiske utfordringer. I den grad det handler om at effekten avtar, kan man argumentere for at gjentatte tiltak for å forebygge angst og depresjon vil gi enda større positiv effekt på folkehelsen. Dette vil i så fall kunne forstås analogt til gjentatte vaksinasjoner for å forebygge enkelte smittsomme sykdommer. Skolen egner seg godt som arena når formålet med forskningen er å finne ut om gjentatte tiltak er nødvendig. I forlengelsen er det da også naturlig å tenke på barnehager som en sentral arena. I tillegg til at en mangler tilstrekkelig evidens når det gjelder langtidseffekter, fremhever de også den store variasjonen i innholdet og innretningen til ulike tiltak, samt at forskerne bruker en rekke forskjellige skalaer til måling av angst og depresjon. Dette siste gjør det vanskelig å sammenligne resultater på tvers av studier.

Das og kolleger publiserte samme år (2016) en systematisk kunnskapsoppsummering av systematiske kunnskapsoppsummeringer av både forebyggende tiltak og behandlingstiltak rettet mot psykisk helse hos ungdom (62). Denne publikasjonen omfattet psykisk helse, angst, depresjon, spiseforstyrrelser og selvmordsatferd. Totalt 38 systematiske kunnskapsoppsummeringer ble inkludert på tvers av ulike arenaer, hvor skole (n=12) og individuelle/familiebaserte var hyppigst (n=12). For angst og depresjon konkluderte de med at målrettede gruppebaserte tiltak og kognitiv atferdsterapi effektivt reduserte symptomer. I de systematiske kunnskapsoppsummeringene som Das og kolleger gjennomgikk, kom det fram en stor grad av variasjon knyttet til utvalg, type tiltak og utfall på enkeltstudier, noe som gjorde at det ofte ikke var mulig å gjennomføre metaanalyser. Videre fant også de at det var mangel på evaluering av langtidseffekter. Basert på deres observasjoner avdekket tre fremtidige forskningsbehov: 1) Det er behov for flere studier som evaluerer potensielle effekter over en lengre tidsperiode, 2) Det er behov for større grad av standardisering av tiltak som evaluering, slik at kvantitativ sammenstilling av data er mulig, og 3) Det er behov for mer kunnskap om potensielle differensielle effekter knyttet til alder, kjønn og sosioøkonomisk status ved gjennomføring av tiltak. Fremtidige studier som imøtekommer disse behovene, vil gi et bedre kunnskapsgrunnlag til å avgjøre hvilke tiltak som fungerer best, og hvorvidt det er ulike tiltak som fungerer bedre i noen grupper av befolkningen enn andre.

Oppsummert gir disse fire publikasjonene grunn til optimisme når det gjelder tiltak rettet mot å forebygge psykiske lidelser og fremme god psykisk helse hos barn og unge, noe som i hovedsak er på linje med våre egne konklusjoner. Men de peker også på sentrale kunnskapshull, som også understøttes av vår gjennomgang av litteraturen.

Folkehelseiltak rettet mot psykiske lidelser som en økonomisk gunstig strategi

Generelt er det støtte for at virksomme folkehelseiltak er økonomisk gunstige (414). Champion og Knapp viser i sin kommentar 'The economic case for improved coverage of public mental health interventions' til at de personlige og samfunnsmessige kostnadene knyttet til psykiske lidelser er enorme og vidtrekkende. Følgelig forårsaker mangelen på implementerte effektive folkehelseiltak unødige negative konsekvenser som rammer både enkeltindivider, familier og samfunnet for øvrig (415). Videre argumenterer de for at når effektive folkehelseiltak kan forhindre negative konsekvenser, vil de også kunne være samfunnsøkonomisk lønnsomme. De fremhever derfor nødvendigheten av å kartlegge behovet for effektive folkehelseiltak ('implementation gap'), og deretter estimere lønnsomheten knyttet til implementering av tiltak for å muliggjøre informerte valg knyttet til folkehelsearbeidet nasjonalt (415). Slike vurderinger må være basert på et godt kunnskapsgrunnlag som ideelt sett dekker forekomst av psykiske lidelser og psykiske vansker, konsekvenser av disse, effekter av tiltak, hvor lenge en eventuell effekt opprettholdes og i hvilken grad de forebygger konsekvensene av psykiske lidelser og vansker.

Styrker og svakheter ved tilnærmingen brukt i rapporten

Sentrale deler av denne kunnskapsoppsummeringen er basert på funn fra systematiske oversikter. Den viktigste styrken med en slik tilnærming er muligheten til å favne et svært stort fagfelt i en og samme rapport. Dette gir god oversikt over bredden i kunnskapsgrunnlaget og om hvor kunnskapsgrunnlaget er sterkt og områder der det trengs flere

gode effektstudier. Det gir også en mulighet til å fremskaffe denne oversikten med overkommelig tidsbruk og reduserer dobbeltarbeid. Det er også lettere å fremvise kunnskapsgrunnlaget for funn og konklusjoner når disse er baserte på eksisterende oppsummeringer.

Den viktigste ulempen er at vi kan ha gått glipp av viktige forskningsfunn. Dette gjelder for eksempel viktige enkeltstudier som ennå ikke har gått inn i noen systematiske oppsummeringer. Det kan også foreligge viktige nasjonale eller mer lokalt utviklete tiltak som ikke nødvendigvis fanges opp av internasjonale oppsummeringer. Det kan også gjelde gode og pålitelige enkeltstudier som står alene på et felt og dermed ikke inngår i oppsummeringer som innrettes for å samle dokumentasjon på tvers av flere studier. Kunnskap som er rapportert om i andre språk enn engelsk vil i mange tilfeller bli utelatt. Systematiske oversikter vil være oppdaterte frem til tidspunktet da de ble søkt etter litteratur. Når vi legger stor vekt på slike oversikter kan vi gå glipp av viktig kunnskap fra nyere enkeltstudier. De fleste oppsummeringene er av relativt ny dato og vi har også gjort supplerende søk etter nyere litteratur (både enkeltstudier og kunnskapsoversikter). For å få med oss et mest mulig oppdatert kunnskapsgrunnlag har vi gjort supplerende søk helt opp til ferdigstilling av rapporten. Søkene i denne siste fasen vil av praktiske grunner ikke være like systematiske som de lenger tilbake i tid. I forhold til viktige enkeltstudier vil noen av de viktige studiene blitt fanget opp gjennom supplerende søk, og gjennom de involverte fagpersonene sin kjennskap til fagfeltet. Bredden og omfanget på temaet i denne rapporten tilsier likevel at vi med høy sannsynlighet vil ha gått glipp av enkelte relevante arbeider og kilder.

En annen tilsynelatende ulempe er at kunnskapsoppsummeringene ofte gir lite konkret eller detaljert informasjon om hva som er innholdet i de ulike tiltakene og programmene – utover overordnede prinsipper og tilnærminger, som for eksempel psykoedukasjon, kognitiv atferdsteori, kunnskapsbyggende tilnærming og lignende. Dette kan sees som en ulempe, da det ikke uten videre er mulig å gå fra kunnskapen som blir oppsummert til praktisk gjennomføring av tiltak. På den annen side mener vi at dette også kan være en styrke da eventuelle virksomme prinsipper på tvers av ulike tiltak og program kan fremstå mer tydelig, noe som gjør det mulig å peke på hvilke overordnede tilnærminger som synes å være mest lovende. Dette gjør at kunnskapen ikke nødvendigvis forblir lokal, men potensielt kan overføres fra en arena til en annen, for eksempel fra skole til barnehage. En slik forståelse gir også en pekepinn på hvorvidt det er sannsynlig at tiltak som ikke er inkludert i kunnskapsoppsummeringer vil fungere basert på kunnskapen som foreligger om prinsippene som legges til grunn. Det er likevel viktig å understreke at man like fullt må undersøke empirisk hvorvidt tiltak fungerer på tvers av arenaer eller i hvilken grad ulike varianter av tiltak fungerer på samme måte.

Det kan også nevnes at alternativet til en systematisk tilnærming ofte vil legge stor vekt på enkeltpersoner sin faglige oversikt og inngang til et tema. Der en kan høste gevinster av inngående kunnskap på enkelte fagfelt, kan en risikere systematiske skjevheter i tilfanget og vurderingen av hva som er den relevante kunnskapen å legge til grunn. En kombinasjon av transparens, systematikk og fagkompetanse er trolig det optimale for å gjennomgå og vurdere evidensgrunnlaget for tiltak i et folkehelseperspektiv.

Når har man nok kunnskap til å kunne sette i gang med et folkehelseiltak?

Det finnes mange studier som understreker behovet for rask omsetting av ny kunnskap om virksomme tiltak til implementering av disse tiltakene. Det er like fullt en spenning mellom behovet for å vitenskapelig dokumentere at folkehelseiltak fungerer på den ene siden, og behovet for å møte folkehelseutfordringene raskt nok i praksis på den andre siden (se for eksempel: Brownson og kolleger (416)). Kravene til vitenskapelig dokumentasjon knyttet til effekt av tiltak gjør at man ikke kan legge til grunn funn fra én enkelt studie før man konkluderer. Som en følge av dette, vil det ofte ta tid fra man får studier som peker på mulige positive effekter, til man med tilstrekkelig sikkerhet kan si at dette er tiltaket har en ønsket effekt. For praksisfeltet kan de vitenskapelige kravene oppleves som en hemsko i forhold til å kunne møte folkehelseutfordringene i tide. For praksisfeltet er det også utfordrende å avgjøre når man har nok vitenskapelig grunnlag for å implementere et tiltak, for hvilken målgruppe og på hvilken måte. I vår tilnærming har vi valgt å benytte systematiske kunnskapsoppsummeringer som evidensgrunnlag. Oppsummeringene vil gi kunne gi overordnet informasjon av den nåværende kunnskapen knyttet ulike typer folkehelse tiltak. Men selv om de fleste av de inkluderte oppsummeringene i denne rapporten er relativt nye, vil flere primærstudier allerede være publisert som ikke er inkludert innenfor temaene oppsummeringene dekker. I kombinasjon med kunnskapsoppsummeringer og nyere primærstudier kan det være grunnlag for å konkludere annerledes enn det som er gjort i denne rapporten. Videre vil det være behov for mer konkret informasjon knyttet til tiltakene enn det som beskrives i kunnskapsoppsummeringene – man må da gå til primærstudiene og eventuelt studieprotokollene som beskrives primærstudiene i detalj. Overgangen fra tilstrekkelig vitenskapelig dokumentasjon til implementering er krevende, og bør derfor foregå i partnerskap med forskningsfeltet, praksisfeltet og miljøet hvor tiltaket er tenkt implementert.

Hovedmålet med denne rapporten var å oppsummere den foreliggende evidensen for forebyggende og helsefremmende tiltak for barn og unge med særlig fokus på psykisk helse. Denne målsettingen var mer spesifikk enn for den tidligere publiserte rapporten (1), som også inkluderte forebyggende tiltak rettet mot den voksne befolkningen. Foreliggende rapport stilte samtidig strengere krav til en mer metodisk og transparent tilnærming hva gjelder inklusjon og vurdering evidensgrunnlaget. Det er omfattende og arbeidskrevende å oppdatere flere og sammensatte felt over et stort tidsrom i en samlet rapport slik som i den foreliggende. En annen tilnærming kan være å etablere en struktur der oppsummering av foreliggende evidens på mer avgrensede tema vedlikeholdes hyppigere. Denne rapporten samt andre initiativ kan være et utgangspunkt for slike diskusjoner. For fremtidig innsats for å holde oversikt over kunnskapsgrunnlaget på tiltak for å forebygge psykisk helse blant barn og unge kan følgende akser fungere som en sorteringsmekanisme til å avgrense hvilke spørsmål kunnskapen skal oppsummeres for:

- Arena: På hvilken arena ønsker man oppsummere kunnskapen?
- Tiltak: For hvilke typer tiltak ønsker man å oppsummere kunnskapen?
- Risikofaktorer: Hvilke risiko,- eller påvirkningsfaktorer ønsker en å oppsummere kunnskapen for?
- Utfall: For hvilke typer utfall ønsker man å oppsummere kunnskapen?
- Tiltaksnivå: For hvilket tiltaksnivå (universelle, selektive, indikerte) ønsker man å oppsummere kunnskapen?
- Alder: For hvilken aldersgruppe ønsker man å oppsummere kunnskapen?

Ved å ta i bruk én eller flere av disse aksene for å spesifisere målsettingen med kunnskapsoppsummeringen vil man i større grad kunne avgrense problemstillingene. Mer avgrensede problemstillinger gir rammer for å gjennomgå kunnskapsgrunnlaget, ta stilling til konkrete kunnskapshull, faktorer som påvirker den potensielle effekten av tiltak, hva som skal til for å implementere tiltak og hvilke tilpasninger som bør gjøres for å innføre tiltaket i norsk kontekst, og ta stilling til hva som er de faktiske virksomme elementene i tiltakene som blir undersøkt. Det gir et godt utgangspunkt å starte med systematiske kunnskapsoppsummeringer og kvalitetsvurderinger av disse. De overnevnte aksene må sees i sammenheng med PICO-verktøyet som blir mye brukt i kunnskapsbasert praksis for å klargjøre hva man lurer på når man skal søke opp forskningslitteratur.

PICO

Population/patient/problem: Hvilken populasjon er i fokus?

Intervention: Hvilken type intervensjon er man interessert i?

Comparison: Hva er sammenligningsgrunnlaget?

Outcome: Hvilke utfall er man interessert i?

Gjennom å spesifisere målsettingen tilstrekkelig, vil man i større grad kunne evaluere primærstudier som antas å være spesielt relevant, for eksempel fordi de er av særlig god kvalitet, har særlig stort utvalg, stor overføringsverdi eller er forsøkt ut i norsk eller nordisk kontekst. Videre bør man tilrettelegge for å ha en løpende oppsummering av evidens for det forebyggende arbeidet, og det bør lages oppsummeringer som kan oppdateres jevnlig i en gitt syklus. Dette fordrer at man enes om og koordinerer hvordan man skal benytte de skisserte aksene for å spesifisere hva man ønsker mer kunnskap om.

Evaluering av folkehelseiltak er krevende

Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak er krevende å effektevaluere. Et tradisjonelt forskningsdesign for å avgjøre hvorvidt tiltak har effekt, er randomiserte kontrollerte studier (RCT-studier). Slike studier er lagt opp for å sikre høy grad av indre validitet (kausaltet - om tiltaket gir de effektene en ønsker), ofte på bekostning av økologisk validitet (generaliserbarhet – kan det fungere i andre kontekster). Denne tilnærmingen er mye brukt i kliniske intervensjoner, hvor årsakskjeden mellom tiltaket og effekten er relativt kort, og man kan forvente at overførbarheten av funnene er relativt store (417). Hvis RCT-studier rent praktisk lar seg gjennomføre, og hvis en har grunn til å regne med at tiltakene har klare effekter på målbare utfall, gir de gjerne solid og verdifull informasjon også når en skal evaluere folkehelseiltak.

Selv om RCT-studier ofte regnes som en gullstandard for å avgjøre effektspørsmålet, og derfor ofte brukes i evaluering av folkehelseiltak, er det ikke alltid mulig eller ønskelig gjennomføre tradisjonelle RCT-studier av folkehelseiltak. Noen av grunnene til dette, er at avstanden i tid mellom tiltak(ene) og den eventuelle effekten ofte er stor, en eventuell effekt kan ikke forventes å være veldig sterk, og årsakskjeden mellom tiltaket og en eventuell effekt er sammensatt (417). Flere har derfor argumentert for at folkehelseiltak må forstås som komplekse intervensjoner, hvor man må avgjøre effektspørsmålet gjennom bruk av andre forskningsdesign (417;418). I tillegg blir det argumentert for at man eksplisitt må ta hensyn til kontekstuelle faktorer som kan påvirke resultatene (se for eksempel Cooper og kolleger (419)), og at man må se resultatene i lys av eksisterende

modeller og et eksplisitt fokus på mulige årsakskjeder (underliggende mekanismer) (420). Kompleksiteten i folkehelseintervensjoner har betydning for hvordan primærstudier gjennomføres, hvordan man oppsummerer kunnskap på tvers av studier og på samhandlingen mellom forskning og praksis (416;421).

I vurderingen av den mulige effekten av folkehelseiltak rettet mot psykisk helse hos barn og unge, kan andre utfall som man antar ligger i årsakskjeden mellom tiltaket og psykisk helse (mediatorer) være av stor relevans. Vi har i denne rapporten dekket noen slike faktorer, som mobbing, hvor det er rimelig å anta at en nedgang i antallet som blir mobbet også vil ha en positiv effekt på den psykiske helsen. Like viktig er det som kalles «orkestrering», at en best kan forstå effektene av et tiltak når det sees i sammenheng med andre tiltak. Hvis en for eksempel ønsker å skape økt toleranse for personer med psykiske lidelser i befolkningen, vil enkeltstående tiltak i skoler, på arbeidsplasser og i media sannsynligvis gi svært små effekter hvis de gjennomføres enkeltvis. Men summen av mange slike tiltak, særlig hvis de planlegges på en slik måte at de kan forsterke hverandre og fører til oppmerksomhet og diskusjon folk imellom, kan bli betydelig.

All denne kompleksiteten er vanskelig å ivareta når en summerer opp studier som altfor ofte er basert på en forestilling om at enkeltstående intervensjoner bør ha sterke og direkte effekter på atferd eller psykisk helse og at intervensjoner har nokså lik effekt på tvers av ulike kontekster. Hvis en kunne ta høyde for denne kompleksiteten, ville en sannsynligvis kunne gi et mer optimistisk bilde, og kanskje et riktigere bilde, av hva som er mulig å få til gjennom folkehelseiltak.

Sammenheng med andre nasjonale kunnskapsoppsummeringer

Konklusjonene om effekten av tiltak i denne rapporten skiller seg på enkelte punkter fra både 'Bedre føre var ...'-rapporten fra 2011, og andre vurderinger blant annet fra Ungsinn. Dette skyldes først og fremst at vi har lagt større vekt på kunnskapsoppsummeringer og hvilke krav som skal stilles til studiene som inkluderes og konklusjonene de gir.

Ungsinn.no gjør en stor innsats for å oppsummere kunnskap om tiltak i bruk i Norge. Dette er et viktig bidrag til mer kunnskapsbasert praksis og identifisering av kunnskapsbehov. Selv om Ungsinn benytter en annen tilnærming og vurdering av evidensgrunnlaget enn det som ligger til grunn for denne rapporten, er rammeverket for gjennomføring og oppdatering av kunnskapsstatus velutviklet og eksplisitt.

Litteratursøket som ligger til grunn for store deler av denne rapporten er gjennomført som del av Insumprosjektet (inum.no). I Insumprosjektet gjøres søk av systematiske kunnskapsoppsummeringer lett tilgjengelig. Begge disse initiativene kan være til inspirasjon for å videreutvikle samarbeid med oppsummering av kunnskapsgrunnlaget for effekten av tiltak innen folkehelse.

Andre kilder til kunnskap om tiltak rettet mot barn og unge.

Det finnes en rekke andre kilder til kunnskap som blant annet undersøker tiltak rettet mot barn og unges psykiske helse. Vi vil her liste noen av dem:

- Ungsinn (Norge): www.ungsinn.no
- Vidensportalen på det sociale område (Danmark): <https://vidensportal.dk/>
- Kasvuntuki (Early intervention; Finland): <http://kasvuntuki.fi/en/>
- Socialstyrelsen (Sverige): <http://www.socialstyrelsen.se/>
- Nederlands Jeugdinstituut (Netherlands Yotuh Institute: Nederland): <http://www.youthpolicy.nl/>
- Blueprints program (USA): <http://www.blueprintsprograms.com/>
- SAMHSA's National registry of evidence-based programs and practices (USA): <https://www.samhsa.gov/nrepp>

Internasjonale systematiske kunnskapsoppsummeringer: Overførbarhet til norske forhold

Langt de fleste av de inkluderte primærstudiene i de systematiske kunnskapsoppsummeringene omtalt i denne rapporten kommer fra andre land enn Norge og Norden for øvrig. I ni av kunnskapsoppsummeringene var det ingen norske studier inkludert, og andelen norske studier var forøvrig lav (snitt 2,4%). Dette reduserer muligheten til å overføre konklusjonene fra disse oversiktene til norske forhold. Det er ikke mulig innenfor rammene av denne rapporten å gi konkrete svar på overføringsverdien av de ulike omtalte tiltakene. Flere forskjeller ved samfunnsoppbygning, utdanningsinstitusjoner, kulturelle forhold og så videre gjør det mer eller mindre sannsynlig at funn fra internasjonal forskning er gyldige for Norge. I den grad arenaen hvor tiltaket er implementert i ligner og andre kontekstuelle og kulturelle faktorer kan antas å være like, er det større sannsynlighet for at evidensgrunlaget for tiltakene også kan legges til grunn i Norge. Skolen vil trolig være et eksempel på en arena hvor overføringsverdien kan være stor. I den grad man kan identifisere virksomme prinsipper – fra for eksempel kognitiv atferdsteori, foreldreveiledning, sosial støtte – vil det trolig også være større grad av overførbarhet. Et eksempel på dette er det som synes å være de virksomme prinsippene for antimobbe arbeid omtalt tidligere i denne rapporten. På den andre siden vil det være slik at hvor kontekstuelle og kulturelle forhold, og hvor selve arenaen er svært ulik (som f.eks. barnehage), ikke er sammenlignbare, vil også trolig overføringsverdien være mindre, og man må ta større høyde for eventuelle tilpasninger eller i ytterste instans at slike tiltak trolig ikke vil kunne ha samme effekt i Norge. Langs hele aksene – fra høy til lav overførbarhet – fremstår det uansett tydelig at det vil være behov for norske primærstudier som undersøker ulike tiltak i norsk, og noen ganger nordisk, sammenheng. Blant annet fordi effekten av ulike tiltak henger sammen med en rekke faktorer (som hindringer for implementering eller ulik påvirkbarhet) som man ikke nødvendigvis har nok kunnskap om, og som ikke nødvendigvis er tatt høyde for i tidligere internasjonale studier.

Bias som utfordring i tolkning av funn fra systematiske kunnskapsoppsummeringer

Hvorvidt systematiske kunnskapsoppsummeringer kan brukes til å trekke konklusjoner om effekten av forebyggende og helsefremmende tiltak avhenger av hvorvidt datagrunnlaget og resultatene fra primærstudiene er valide (gyldige) (422). Validiteten til primærstudiene kan vurderes ut ifra to dimensjoner. Den ene dimensjonen er i hvilken grad man kan anta at funnene besvarer forskningsspørsmålene (ytre validitet). Den andre dimensjonen omhandler den indre validiteten, og er et uttrykk for i hvilken grad vi kan stole på datagrunnlaget og resultatene som presenteres. Metodiske skjevheter eller 'bias' er en trussel mot den indre validiteten, og det finnes en rekke ulike kilder til bias, for eksempel seleksjonsbias, utførelsesbias og frafallsbias, som må ivaretas for å sikre at man kan stole på resultatene (422). Ved utarbeidelse av en systematisk kunnskapsoppsummering er det viktig å vurdere *risikoen* for bias i primærstudiene da dette vil kunne påvirke resultatene og tolkningen av kunnskapsoppsummeringen. Det er viktig at man i kunnskapsoppsummeringene eksplisitt tar stilling til hvorvidt man har vurdert risiko for bias i primærstudiene, og dette er også et av kriteriene i AMSTAR-skåringen som vi har benyttet i vår vurdering av kvaliteten på kunnskapsoppsummeringer. En slik vurdering har blitt gjort i samtlige av de systematiske kunnskapsoppsummeringene som er inkludert i denne rapporten. I de aller fleste tilfellene konkluderes det også med at risikoen for bias i noen eller flere av primærstudiene kan ha påvirket funnene som blir presentert. Dette gjør at man i mindre grad kan feste lit til effekten av tiltakene – men det betyr ikke at det nødvendigvis er slik at bias har påvirket resultatene. I systematiske kunnskapsoppsummeringer blir som oftest kun risikoen for bias vurdert, og det er i mindre grad mulig å undersøke hvorvidt bias faktisk har påvirket dataene og funnene fra primærstudiene. Det er kun ved å redusere risikoen for bias i primærstudier at man kan sannsynliggjøre at man har ivaretatt den indre validiteten med hensyn til metodiske slagsider.

Fra effektstudier til gjennomføring i stor målestokk

Effekten av et tiltak henger sammen med en rekke faktorer som ikke har vært hovedfokus for denne rapporten. Vi vil kort omtale noen av disse faktorene her.

Undersøkelser av hvor gode effekter en får av folkehelseiltak kan deles inn i flere typer. Den første kategorien er 'efficacy'-studiene. På norsk kaller en slik studier gjerne for effektstudier. I effektstudiene prøver en å gjennomføre selve intervensjonen så godt som mulig og rendyrke designet slik at man på best mulig måte kan undersøke hvorvidt det i det hele tatt er mulig å oppnå en positiv effekt. Slike studier har høy indre validitet; en kan med stor sikkerhet vise om tiltaket har de effektene en tar sikte på å oppnå. En viktig side ved slike studier er å sørge for, og sjekke, at implementeringen gjennomføres slik som planlagt, at den har høy 'fidelity'.

Når man skal finne ut hvordan tiltak som har vist seg å fungere bra under mer ideelle forhold virker under mer vanlige og dagligdagse betingelser, gjennomfører man gjerne det som på engelsk kalles 'effectiveness'-studier. På norsk oversettes dette gjerne med 'effektivitets'-studier. Også slike evalueringer kan ha høy indre validitet, men i tillegg har de økt ytre validitet, en kan lettere generalisere fra studien til hvordan tiltaket vil fungere hvis det settes i verk i stor målestokk og i vanlig praksis.

Det er dessuten viktig å se virkningene av tiltaket i forhold til kostnadene og den totale ressursbruken ('efficiency'-evaluering). Dette er det viktig å vite noe om før man eventuelt

bestemmer seg for å implementere et tiltak i full skala i befolkningen eller deler av befolkningen.

En fjerde kategori er implementeringsstudiene. Hvis en har fått tilstrekkelig positive, konsistente og sikre resultater fra effektivitetsstudier, og dessuten vist at nytteverdien er akseptabel i forhold til ressursinnsatsen og kostnadene, kan tiltakene settes i verk i større målestokk. Et skolebasert tiltak kan for eksempel tilbys alle skoler med elever på relevante klassetrinn i hele Norge. I slike studier er det blant annet aktuelt å undersøke i hvilken grad tiltaket i praksis gjennomføres slik det var planlagt i utgangspunktet. Flere studier har vist at hvorvidt man implementerer tiltaket som planlagt påvirker hvor god effekt man ender opp med (423). Når man skal teste ut tiltak i større skala, benytter man ofte såkalte prosess-evalueringer. Ved gjennomføring av tiltak i stor målestokk vil det også være aktuelt å bruke data fra befolkningsundersøkelser eller registre for å se om intervensjonene ledsages av positive endringer i trender. God implementeringsstøtte og adekvat kvalitetssikring i forhold til blant annet opplæring er sentralt for å sikre god implementering.

Et annet viktig forhold å ta hensyn til, er hvorvidt brukerne av et tiltak (både de som gjennomfører tiltaket og de som blir eksponert for tiltaket) er tilfredse med tiltaket; at det ikke krever urealistisk stor innsats, at de liker det de er med på og at de synes det fungerer godt. Dette er viktige hensyn å ta, ettersom dette har mye å bety for om tiltaket faktisk tas i bruk av mange, gjennomføres slik det er tenkt og gjennomføres over tid.

For mer informasjon om dette, se blant annet: <http://www.fhi.no/kk/folkehelseiltak/om-evaluering-av-folkehelseiltak/>

AMSTAR til å vurdere kvaliteten av kunnskapsoppsummeringer

I denne rapporten brukte vi AMSTAR til å vurdere kvaliteten av kunnskapsoppsummeringen som ble identifisert i søket og det ble benyttet en cut-off der kunnskapsoppsummeringer måtte møte minst 7 av 11 kriterier for å bli inkludert i rapporten (62). Denne fremgangsmåten har som fordel at de oppsummeringene som blir inkludert er av en viss kvalitet. Likevel er det viktig å bemerke at selv om alle AMSTAR-kriteriene i gjennomføringen av en systematisk gjennomgang og metaanalyse er viktige, har disse kriteriene ikke en like kritisk effekt på gyldigheten av en gjennomgang og dens konklusjoner. Det er derfor mulig at noen oppsummeringer ble inkludert selv om ett eller flere kritiske kriterier ikke ble møtt. På den annen side kan det være at oppsummeringer som tilfredstilte mindre enn 7 kriterier tross dette kunne gitt viktig informasjon for vårt formål. Dessverre er det vanskelig å vurdere påliteligheten og gyldigheten av disse oppsummeringene da de har klare mangler når det gjelder rapporteringen av gjennomføring og funn.

I den nyeste versjon av AMSTAR (AMSTAR-2), som nylig ble publisert (424), skiller det nå mellom kritiske og ikke-kritiske domener. AMSTAR-2 inkluderer 16 ledd fordelt på 10 domener. Syv av disse domener anses som kritiske. Disse er

- Protokoll registrert før påbegynnelsen av oppsummeringsarbeid
- Tilstrekkelig og eksplisitt litteratursøk
- Begrunnelse for å ekskludere individuelle studier
- Risiko for bias fra individuelle studier som inngår i vurderingen
- Egnethet for metaanalytiske metoder
- Vurdering av risiko for bias ved tolkning av resultatene av oppsummeringen
- Vurdering av tilstedeværelse og innvirkning av publiseringskjevhet

For å motvirke bruk av sumscorer har forfatterne utviklet et system for å vurdere den generelle tilliten til resultater av kunnskapsoppsummeringer og disse inkluderer følgende kvalifikasjoner: høy, moderat, lav og kritisk lav. Det anbefales at AMSTAR-2 brukes for fremtidige oppsummeringer av kunnskapsoppsummeringer.

Det er også viktig å understreke at bruk av standardiserte verktøy ikke erstatter bruk av faglig skjønn i de konkrete vurderingene. Forfattere og fagtradisjoner har ulike syn på hva som er de vesentlige forhold i vurderingene og hvordan de skal omtales. I et bredt og tverrfaglig felt som folkehelse vil en for snever inngang kunne sikre intern konsistens i gjennomgangen, men potensielt gå glipp av viktig kunnskap. Vurderinger i dette spennet vil kreve skjønn. Bruk av verktøy er likevel en veldig god måte å synliggjøre på hvilke områder de ulike arbeidene har metodiske utfordringer. Der det er mange utfordringer, vil også ofte kvaliteten på det underliggende arbeidet være lav, og i alle fall dårlig dokumentert, uavhengig av fagtradisjoner.

Identifiserte kunnskapshull

Denne rapporten synliggjør flere viktige kunnskapshull. Det synes tydelig at det foreligger mest evidens for effekter av tiltak der skolen enten er eneste eller en sentral arena. For de andre arenaene er evidensgrunnlaget mer varierende. For barnehage samt fritid/fysisk aktivitet er kunnskapsgrunnlaget av omtalte grunner foreløpig svakere. Særlig for barnehage skyldes dette i stor grad ulikheter mellom land både i formen og bruken av barnehager. Vi er dermed i større grad prisgitt nasjonal eller nordisk forskning for å kunne trekke slutninger rundt effekten av tiltak i barnehage.

Når det gjelder typen utfall, viser de identifiserte kunnskapsoppsummeringene at det er en overvekt av studier på dårlig psykisk helse (angst, depresjon, spiseforstyrrelser og generelle internaliserende og eksternaliserende vansker), og i mindre grad studier med fokus på god psykisk helse, livskvalitet og trivsel. Dette kan henge sammen med at man tradisjonelt har tilnærmet seg forebygging basert på en 'sykdomsforståelse' av psykisk helse, og at det følgelig har blitt gjort en større innsats på å utvikle og evaluere tiltak som skal forebygge dårlig psykisk helse eller psykiske lidelser. En slik forståelse er sentral i forståelsen av psykisk helse generelt. Det er kanskje slik at forebygging av dårlig psykisk helse kan fremstå som mer 'viktig' da psykiske lidelser har åpenbare kostnader for individet og samfunnet, mens det ikke på samme måte er like umiddelbart hva som er gevinsten av god psykisk helse og trivsel. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede hvordan man kan sikre gode data om befolkningens livskvalitet (<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/livskvalitet-og-psykisk-helse>). Denne utredningen kan bidra til å bedre integrere livskvalitet, så vel som psykisk helse generelt i folkehelsearbeidet.

På tvers av arenaer og psykisk helseutfall kommer det også tydelig fram av de inkluderte kunnskapsoppsummeringene at det trengs flere primærstudier av bedre kvalitet – både når det gjelder implementering, rapportering, men også i planleggingsfasen. Dette gjelder kanskje særlig når det gjelder utvalgsstørrelse, fare for bias og at man benytter adekvate statistiske metoder. Videre synliggjør flere av kunnskapsoppsummeringene behov for flere primærstudier som vurderer langtidseffekter. I mange tilfeller kan vi ikke si om eventuelle effekter varte utover en relativt kort periode (f.eks. 1 år etter at intervensjonen er avsluttet). Videre er det behov for flere primærstudier og etter hvert systematiske kunnskapsoppsummeringer som tar stilling til effekten av tiltak i ulike undergrupper av befolkningen, og primærstudier og kunnskapsoppsummeringer som i større grad tar

stilling til hva som er det virksomme elementet i tiltaket, og tar stilling til potensiell overføringsverdi til for eksempel andre arenaer for disse elementene.

Hvis en ønsker å vite noe om effektene av tiltak på psykisk helse, er det viktig å legge til rette for gode forskningsdesign med et stort nok antall enheter (barnehager, skoler, lokalmiljø) til at en kan trekke sikre konklusjoner. For å si noe om effekt er det som regel nødvendig å basere studiene på kvantitative forskningsdesign. Men her står vi overfor en stor utfordring, ikke minst for lokalsamfunnsbaserte tiltak. I den grad en overlater utviklingen og prioriteringen av tiltak til den enkelte kommune eller bydel og ikke legger til rette for at tiltak kan gjennomføres på en noenlunde standardisert måte på tvers av geografi, vil det være vanskelig å få gjennomført gode effektevalueringer av tiltak.

Den store satsingen på 'Program for folkehelsearbeid i kommunene' (2017-2027) baserer seg på en modell der en lar initiativene og utviklingen av tiltak skje 'nedenifra', uten tydelig koordinering. Dette kan være viktig for å skape engasjement og lokalt eierskap til tiltakene. Men med tanke på gode effektundersøkelser representerer det en stor utfordring. Gode effektevalueringer vil ofte forutsette godt samarbeid på tvers av kommunegrenser og fylkesgrenser, en høy grad av koordinering og et tett samarbeid mellom de som planlegger og gjennomfører tiltakene på den ene siden og forskerne på den andre helt fra planleggingen begynner.

Gode studier der en undersøker effekter av folkehelse tiltak er vanligvis ressurskrevende. Noen ganger kan evalueringen koste mer enn selve tiltakene som skal evalueres. Hvis en ønsker å lære noe av all den aktiviteten som igangsettes, er det nødvendig og viktig å investere i samarbeid og robuste studier.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er viktig i utvikling og gjennomføring av tiltak rettet inn mot barn og unges helse av to grunner. For det første er det sentralt å involvere målgruppen i prosessen når den aktuelle helseutfordringen defineres i lys av barn og unges perspektiv og forståelse. For det andre vil medvirkning av barn og unge være sentralt når en skal utvikle selve tiltaket både for å kunne vurdere gjennomførbarhet og relevans.

Barn og unge er en heterogen gruppe. For å sikre relevant brukermedvirkning er det derfor viktig å tilstrebe seg deltakelse av barn og unge fra ulike bakgrunn. Brukermedvirkning som aktivt medborgerskap er beskrevet som en stige for å skille mellom ikke-deltaking og grader av deltaking (425). Brukermedvirkning for barn og unge er mer enn å gjengi voksnes synspunkt, være med som alibi uten reell innflytelse eller å delta som «gissel». Brukermedvirkning kan bety at barn og unge blir lyttet til, får støtte til å uttrykke sine synspunkter, synspunktene blir tatt hensyn til, blir involvert i beslutningsprosesser eller får reell innflytelse og blir ansvarliggjort for beslutninger (426).

Fokuset på brukermedvirkning er i stadig større grad brukt som vurderingspunkt av prosjektsøknader til Norges Forskningsråd og EUs forskningsprogram H2020. Bakgrunnen for dette er å sikre forskningens kvalitet, relevans og nytteverdi. Etter hvert vil en derfor kunne forvente forskning på tiltak for å bedre barn og unges psykiske helse som i stadig større grad vil være basert på brukermedvirkning.

CO-CREATE – eksempel på brukerinvolvering i forskning.

Folkehelseinstituttet koordinerer et stort EU-finansiert forskningsprosjekt som skal undersøke hvordan ungdom kan involveres i utvikling og gjennomføring av tiltak for å forebygge overvekt og fedme i europeiske land. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med 14 andre internasjonale og nasjonale samarbeidspartnere. En av disse er den norske ungdomsorganisasjonen PRESS som er med som likestilt partner. I prosjektet vil det bli gjennomført samlinger i fem ulike land hvor lokal ungdom blir involvert ved å 1) kartlegge hva som påvirker deres kosthold og fysiske aktivitet, 2) utarbeide forslag til tiltak og 3) delta i dialogforum med representanter for myndigheter og matvarebransjen for å presentere forslagene til tiltak. Det femårige prosjektet starter opp i 2018 og vil kunne gi ny kunnskap om brukerinvolvering i forskning.

Forebygging i et livsløpsperspektiv

Mangfoldige individuelle og generelle risikofaktorer kan ha konsekvenser for helse og uhelse gjennom livsløpet (8;427). De ulike periodene i livet kan heller ikke sees på som isolert fra hverandre, og overgangsperioder – som overgangen fra barn til ungdom – gir både utfordringer og muligheter. Livsløpsperspektivet fokuserer på de langsiktige effektene av uhelse og risikofaktorer fra fosterliv til alderdom (428). Perspektivet har som mål å integrere faktorer fra den enkeltes liv, faktorer på tvers av generasjoner og historiske og kontekstuelle faktorer. I et livsløpsperspektiv kan det argumenteres for at forebygging av uhelse blant barn og unge er særlig viktig. Positiv utvikling og god helse tidlig i livet øker sannsynligheten for gunstig utvikling i skolealder og i ungdomstiden (se blant annet: (429)). Et godt helsemessig grunnlag som er etablert innen utgangen av tenårene vil dermed også berede grunnen for god helse i voksen alder, og til sist i alderdommen. Men tiltak rettet mot barn og unge er ikke bare særlig viktige fordi man antar at tidlig intervensjon er mest gunstig for individet, men også fordi, i et livsløpsperspektiv er denne perioden avgrenset av reproduktiv helse i begge ender. Individets helse tidlig i livet (fra fosterliv til ungdomstid) henger dermed sammen med foreldrenes helse og ressurser i den ene enden, og individets helse i den andre enden henger sammen med neste generasjons helse og utvikling. Ved å investere i barn og unges helse vil dette kunne ha ringvirkninger ikke bare for innværende generasjon, men også for kommende generasjoner (10;427).

Konklusjon

Siden 2011, da FHI-rapporten 'Bedre føre var...' ble publisert, er kunnskapsgrunnlaget for forebyggende og helsefremmende folkehelse tiltak styrket. Den internasjonale forskningsaktiviteten på disse temaene synes å være i betydelig vekst. Det foreligger nå langt flere primærstudier, men også langt flere oppsummeringer av kunnskapen fra primærstudiene. Den foreliggende rapporten er avgrenset til tiltak rettet mot barn og unge, og hvor det primære utfallet var psykiske helse. Vi har tatt utgangspunkt i systematiske kunnskapsoppsummeringer for å sikre tilstrekkelig bredde i tematikk og viktige resultat fra forskningen på tvers av enkeltstudier sine bidrag. Basert på de inkluderte systematiske kunnskapsoppsummeringene er kunnskapsgrunnlaget mest omfattende for tiltak med skolen som arena. Svært få av både de identifiserte og de inkluderte kunnskapsoppsummeringene hadde et helsefremmende fokus.

Samlet sett gir kunnskapsoppsummeringene av skolebaserte tiltak grunn til en viss optimisme med hensyn til mulighetene for å forebygge depresjon og angst gjennom spesifikke tiltak. Dette kunnskapsgrunnlaget bør videre styrkes med undersøkelser av høy forskningmessig kvalitet og med fokus på hvordan en kan oppnå bedre langtidseffekter. Utover kunnskapsoppsummeringer med angst og depresjon som utfall, ble det ikke funnet tilstrekkelig gode oppsummeringer av skolebaserte tiltak rettet mot andre utfall, som for eksempel eksternaliserende problemer, ADHD eller atferdsforstyrrelser.

Det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget for forebyggende og helsefremmende tiltak i barnehager er svakere enn for skolen. Dette gjelder særlig for systematiske kunnskapsoppsummeringer og den potensielle overføringsverdien av internasjonale tiltakstilnærminger. Dette skyldes nok i stor grad at arenaen er vidt forskjellig i ulike land. Også i Norge har barnehagedekningen relativt nylig blitt såpass høy at den utgjør en potensiell arena som kan nå svært mange, noe som stiller krav til intensivt kunnskapsutvikling. Utviklingen innen barnehagedekning er fulgt opp med mange forskningsinitiativ både nasjonalt og internasjonalt som vil gi bedre kunnskap om barnehage som arena for forebygging, og resultatene av disse vil være viktige i årene fremover. Barnehage kan i seg selv ha forebyggende og helsefremmende effekter sammenlignet med å ikke være i barnehage. Det også grunn til å tro at prinsipper for virksomme faktorer for tiltak i skolen, også kan ha overføringsverdi og fungere i tilpasset form i barnehagen.

Når det gjelder kunnskapsoppsummeringer knyttet til familien, eksisterer det primærstudier i stort omfang som har undersøkt effekten av ulike tiltak (programmer) både nasjonalt og internasjonalt. For denne rapporten ble tre systematiske kunnskapsoppsummeringer inkludert på grunnlag av relevans og tilstrekkelig kvalitet. Basert på disse kunnskapsoppsummeringene kan vi konkludere med at foreldreveiledende tiltak har en positiv effekt på barn og unges psykiske helse. Sentrale utfordringer med tiltak hvor familien benyttes som arena, er seleksjon og overførbarhet fra internasjonalt forskning til norske forhold. Der familiebaserte tiltak blir tilbudt bredt og i prinsippet universelt, vil sannsynligvis ulike former for seleksjon prege hvem som tar tilbudet i bruk. Flere av de familiebaserte tiltakene som benyttes hyppig i Norge på området er tidligere vurderte av Ungsinn. Bruken, omfanget og behovet for kunnskapsutvikling er også oppsummert i flere tidligere norske rapporter. Videre kunnskapsutvikling knyttet til tiltak rettet mot familien vil også være tjent med mer robuste studier. For å oppnå dette trengs bredere samarbeid mellom aktuelle kunnskaps- og praksismiljø, fra planlegging og gjennomføring til evaluering av tiltak. For de andre områdene og arenaene (fritid og fysisk aktivitet, media og digitale arenaer, flyktninger og asylsøkere osv.) som vi har omtalt i denne rapporten, er det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget svært varierende og til dels utilstrekkelig.

Gitt at kunnskapsgrunnlaget på forebyggende og helsefremmende tiltak for barn og unges psykiske helse fortsetter å ekspandere, trengs gode strukturer for videre arbeid med oppdatering og oversikt. Oppsummeringer må gjøres med compatible metoder og i sammenlignbare format. Dette vil kreve en større grad av koordinasjon og sammenheng mellom fagmiljø som arbeider med dette for å sikre at den oppsummerte kunnskapen har relevans og betydning for videre forskning, policy og praksis, samtidig som man unngår for mye overlapp i arbeidsinnsats på tvers av ulike instanser. En bedre samkjøring av ulike initiativ for å oppsummere kunnskapsgrunnlaget vil også legge til rette for å oppsummere på tvers av ulike tema, slik som i denne rapporten, uten at alt arbeidet må tas i ett løft. Samarbeid om oppsummeringer vil også kunne skape konstruktive faglige diskusjoner om hvordan vi best legger kunnskap til grunn for videreutvikling av det forebyggende og helsefremmende arbeidet for psykisk helse. Konkret erfaring med denne rapporten tilsier at relevante kunnskapsmiljøer kan videreutvikle et slikt samarbeid.

For mange problemstillinger vil systematiske kunnskapsoppsummeringer av internasjonal forskning alene ikke være tilstrekkelig for å sikre relevans og betydning for norske forhold. Det er, og vil være, behov for primærstudier som kan belyse effekten og implementeringsgrad av ulike tiltak i norsk sammenheng. Basert på kunnskapsoppsummeringen som her er presentert, fremstår noen forskningsspørsmål som særlig relevante for samtlige arenaer når det gjelder effekten av forebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot barn og unge i et folkehelseperspektiv. Det er behov for flere primærstudier av høy kvalitet og med tilstrekkelig utvalgsstørrelse (og dermed statistisk styrke) som belyser følgende problemstillinger:

- Lengre oppfølging: Gitt at tiltaket har effekt på psykisk helse, hvor lenge varer effekten?
- Subgruppe analyser: Gitt at tiltaket har en effekt på psykisk helse, er det effektforskjeller i ulike grupper av barn og unge?
- Moderator effekter: Gitt at tiltaket har en effekt på psykisk helse, er det andre forhold ved individet eller konteksten som påvirker denne effekten positivt eller negativt?
- Omfang og lengde på selve tiltaket: Gitt at tiltaket har en effekt på psykisk helse, vil antall eksponeringer eller lengden på eksponeringen(e) påvirke effekten av tiltaket?
- Identifikasjon av virksomme prinsipper: Gitt at tiltaket har en effekt, hva er det virksomme prinsippet eller mekanismen som ligger til grunn?
- Modalitet i tiltaket: Er det forskjell i effekt av et gitt tiltak med fokus på en arena (unimodale) sammenlignet med samme tiltak hvor innsatsen legges til flere arenaer (multimodale)?
- Hvordan kan ulike tiltak virke sammen og eventuelt forsterke hverandre?

I tillegg vil det være viktig å gjennomføre nasjonale studier med tanke på å belyse overførbarhet - er det slik at tiltak undersøkt i studier fra utlandet vil ha tilsvarende effekt i Norge? I den grad de må tilpasses, hvordan skal det gjøres?

Oppsummert er det grunn til optimisme når det gjelder muligheten å forebygge psykiske lidelser og psykiske vansker blant barn og unge – gjennom både forebyggende tiltak og gjennom helsefremmende tiltak. Slike tiltak kan også være kostnadseffektive. Innsats innen forebygging og helsefremmende arbeid er viktige langtidsinvesteringer, potensielt også for kommende generasjoner.

Referanser [SJC2]

1. Major EF, Dalgard OS, Mathisen KS, Nord E, Ose S, Rognerud M, et al., red. Folkehelseinstituttet. Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. folkehelseinstitutt N; 2011. Rapport 2011: 1 ISBN: 978-82-8082-442-4 elektronisk utgave.
2. Brandlistuen RG, Berit; Hovengen, Ragnhild; Lyshol, Heidi; Ohm, Eyvind. Barn, miljø og helse: Risiko- og helsefremmende faktorer. Folkehelseinstituttet; Folkehelseinstituttet; 2016. Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/globalassets/produksjonsmigring/dokumenter/barn-miljo-og-helse-pdf.pdf>
3. Statistisk sentralbyrå. Barnehager, 2016, endelige tall [lest 19.03.2018]. Tilgjengelig fra:
<https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/barnehager/aar-endelige/2017-03-21>
4. Helsedirektoratet. Program for folkehelsearbeid i kommunene: HelseDirektoratet [lest 03/03/2018]. Tilgjengelig fra:
<https://helseDirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
6. Faculty of Public Health and Mental Health Foundation. Better Mental Health for All: A Public Health Approach to Mental Health Improvement London: Faculty of Public Health and Mental Health Foundation: 2016.
7. Naylor C, Parsonage M, McDaid D, Knapp M, Fossey M, Galea A. Long-term conditions and mental health: The cost of co-morbidities. London: The King's Fund and Centre for Mental Health; 2012.
8. Fryers T, Brugha T. Childhood Determinants of Adult Psychiatric Disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2013;9:1-50.
9. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry* 2005;62(6):593-602.
10. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet* 2016;387(10036):2423-78.
11. Blakemore S-J, Mills KL. Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annual review of psychology* 2014;65:187-207.
12. Patton GC, Olsson CA, Skirbekk V, Saffery R, Wlodek ME, Azzopardi PS, et al. Adolescence and the next generation. *Nature* 2018;554:458.
13. Mathiesen KS, Prior M. The impact of temperament factors and family functioning on resilience processes from infancy to school age. *European Journal of Developmental Psychology* 2006;3(4):357-87.
14. Rutter M. Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. I: Kent MW, Rolf JE, red. *Primary prevention of psychopathology: Social competence in children*. 3. utg. Hanover, NH: University Press of New England; 1979. s. 49-74.
15. Reneflot A, Aarø LE, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs K, Øverland S, red. Folkehelseinstituttet. *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet; 2018.
16. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry* 2003;60(8):837-44.
17. Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2012;53(6):695-705.
18. Wichstrøm L, Belsky J, Steinsbekk S. Homotypic and heterotypic continuity of symptoms of psychiatric disorders from age 4 to 10 years: a dynamic panel model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2017.

19. Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006;47(3-4):276-95.
20. Sletten M, Bakken A. Psykiske helseplager blant ungdom–tidstrender og samfunnsmessige forklaringer: en kunnskapsoversikt og en empirisk analyse. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, HiOA 2016.
21. Samdal O, Mathisen FKS, Torsheim T, Diseth ÅR, Fismen A-S, Larsen TMB, et al. Helse og trivsel blant barn og unge. Resultater fra den landsrepresentative spørreundersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land». 2016.
22. Bakken A. Ungdata. Nasjonale resultater 2017. Oslo: NOVA: 2017. NOVA Rapport 20/17.
23. Knudsen AKK, Jonas M; Skirbekk, Vegard; Vollset, Stein E. Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013 Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2013 (GBD 2013). 2016. Rapport 2016:1
Folkehelseinstituttet ISBN: 78-82-8082-700-5 elektronisk utgave. Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/rapport-20161-pdf.pdf>
24. Goodman A, Joyce R, Smith JP. The long shadow cast by childhood physical and mental problems on adult life. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2011;108(15):6032-7.
25. Delaney L, Smith JP. Childhood health: trends and consequences over the life-course. *The Future of children/Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation* 2012;22(1):43.
26. McCarty CA, Mason WA, Kosterman R, Hawkins JD, Lengua LJ, McCauley E. Adolescent school failure predicts later depression among girls. *Journal of Adolescent Health* 2008;43(2):180-7.
27. Odgers CL, Moffitt TE, Broadbent JM, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, et al. Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and psychopathology* 2008;20(2):673-716.
28. Evensen M, Lyngstad TH, Melkevik O, Mykletun A. The Role of Internalizing and Externalizing Problems in Adolescence for Adult Educational Attainment: Evidence from Sibling Comparisons using Data from the Young HUNT Study. *European Sociological Review* 2016;32(5):552-66.
29. Melkevik O, Nilsen W, Evensen M, Reneflot A, Mykletun A. Internalizing Disorders as Risk Factors for Early School Leaving: A Systematic Review. *Adolescent Research Review* 2016;1(3):245-55.
30. Winning A, McCormick MC, Glymour MM, Gilsanz P, Kubzansky LD. Childhood Psychological Distress and Healthy Cardiovascular Lifestyle 17–35 Years Later: The Potential Role of Mental Health in Primordial Prevention. *Annals of Behavioral Medicine* 2018:kax001-kax.
31. Colman I, Wadsworth MEJ, Croudace TJ, Jones PB. Forty-Year Psychiatric Outcomes Following Assessment for Internalizing Disorder in Adolescence. *American Journal of Psychiatry* 2007;164(1):126-33.
32. Naicker K, Galambos NL, Zeng Y, Senthilselvan A, Colman I. Social, Demographic, and Health Outcomes in the 10 Years Following Adolescent Depression. *Journal of Adolescent Health* 2013;52(5):533-8.
33. Copeland WE, Wolke D, Shanahan L, Costello E. Adult functional outcomes of common childhood psychiatric problems: A prospective, longitudinal study. *JAMA Psychiatry* 2015;72(9):892-9.
34. Luyten J, Knapp M. Economic Evaluation of Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention. I: Bährer-Köhler S, Carod-Artal F, red. *Global Mental Health*: Springer, Cham; 2017. Tilgjengelig fra: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-59123-0_18
35. Helse- og omsorgsdepartementet. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet,; 2014. NOU.

36. Public Health England. Commissioning Cost-Effective Services for Promotion of Mental Health and Wellbeing and Prevention of Mental Ill-Health. London: Public Health England; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/640714/Commissioning_effective_mental_health_prevention_report.pdf
37. McDaid D, Sassi F, Merkur S, red. World Health Organization. Promoting health, preventing disease: The economic case: McGraw Hill Education; 2015.
38. Jamtvedt G, Lund H, Nordtvedt MW. Kunnskapsbasert forskning? Tidsskrift for Den norske legeförening 2013;134(1):10-1.
39. Macleod MR, Michie S, Roberts I, Dirnagl U, Chalmers I, Ioannidis JP, et al. Biomedical research: increasing value, reducing waste. The Lancet 2014;383(9912):101-4.
40. Chalmers I, Bracken MB, Djulbegovic B, Garattini S, Grant J, Gülmezoglu AM, et al. How to increase value and reduce waste when research priorities are set. The Lancet 2014;383(9912):156-65.
41. Fretheim A. Medisinsk kunnskap før og nå: Fra teori til systematiske oversikter. Norsk Epidemiologi 2013;23(2).
42. Forns M, Abad J, Kirchner T. Internalizing and externalizing problem. I: Encyclopedia of adolescence: Springer; 2011. s. 1464-9.
43. Mathiesen KS, Sanson AV, Karevold EB. Problem behaviours in the early preschool years and their predictors. I: Mathiesen KS, Sanson AV, Karevold EB, red. Tracking opportunities and problems from infancy to adulthood 20 years with the TOPP Study. Gröttingen: Hogrefe; 2018. s. 23-38.
44. WHO. ICD-11 Beta Draft[lest]. Tilgjengelig fra: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en>
45. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
46. Nes RB. Fakta om livskvalitet og trivsel i Norge Folkehelseinstituttet, [lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>
47. Helse- og omsorgsdepartementet. Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017.
48. Kraemer HC, Kazdin AE, Offord DR, Kessler RC, Jensen PS, Kupfer DJ. Coming to terms with the terms of risk. Archives of General Psychiatry 1997;54(4):337-43.
49. Ttofi MM, Farrington DP, Lösel F, Loeber R. The predictive efficiency of school bullying versus later offending: A systematic/meta-analytic review of longitudinal studies. Criminal Behaviour and Mental Health 2011;21(2):80-9.
50. Olweus D, Limber SP. The Olweus Bullying Prevention Program: Implementation and evaluation over two decades. I: Jimerson SR, Swearer SM, Espelage DL, red. The handbook of school bullying: An international perspective. New York: Routledge; 2010. s. 377-402.
51. Stice E, Ragan J, Randall P. Prospective relations between social support and depression: differential direction of effects for parent and peer support? Journal of Abnormal Child Psychology 2004;113(1):155-9.
52. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin 1985;98(2):310-57.
53. Steinhausen H-C, Metzke CW. Risk, Compensatory, Vulnerability, and Protective Factors Influencing Mental Health in Adolescence. Journal of Youth and Adolescence 2001;30(3):259-80.
54. Mrazek P, Haggerty R, red. Mrazek P, Haggerty R. Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. Washington (DC): National Academies Press; 1994.
55. van Zoonen K, Buntrock C, Ebert DD, Smit F, Reynolds CF, 3rd, Beekman AT, et al. Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. Int J Epidemiol 2014;43(2):318-29.

56. Cuijpers P, Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A. Preventing the Onset of Depressive Disorders: A Meta-Analytic Review of Psychological Interventions. *American Journal of Psychiatry* 2008;165(10):1272-80.
57. Coie JD, Watt NF, West SG, Hawkins JD, Asarnow JR, Markman HJ, et al. The science of prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist* 1993;48(10):1013.
58. Pearce N, Cross D, Monks H, Waters S, Falconer S. Current evidence of best practice in whole-school bullying intervention and its potential to inform cyberbullying interventions. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools* 2011;21(1):1-21.
59. Nation M, Crusto C, Wandersman A, Kumpfer KL, Seybolt D, Morrissey-Kane E, et al. What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist* 2003;58(6-7):449.
60. Norberg MM, Kezelman S, Lim-Howe N. Primary prevention of cannabis use: a systematic review of randomized controlled trials. *PloS one* 2013;8(1):e53187.
61. Cox E, Leung R, Baksheev G, Day A, Toumbourou JW, Miller P, et al. Violence prevention and intervention programmes for adolescents in Australia: A systematic review. *Australian Psychologist* 2016;51(3):206-22.
62. Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Khan MN, Mahmood W, Patel V, et al. Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. *The Journal of Adolescent Health* 2016;59(4 Suppl):S49-S60.
63. Durlak JA. How to Select, Calculate, and Interpret Effect Sizes. *Journal of Pediatric Psychology* 2009;34(9):917-28.
64. Hviding K. Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2005. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/eldre/kartleggingsverktoy-og-instrumenter-for-tidlig-avdekking-av-utviklings-atf/>
65. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. I: Helsedirektoratet, red. Oslo: Helsedirektoratet; 2018.
66. Barnevernloven. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100#KAPITTEL_6
67. Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child abuse & neglect* 2013;37(9):664-74.
68. Dunn EC, McLaughlin KA, Slopen N, Rosand J, Smoller JW. Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Depression and Anxiety* 2013;30(10):955-64.
69. Vinnerljung B, Hjern A, Weitof GR, Franzén E, Estrada F. Children and young people at risk (Chapter 7). *International Journal of Social Welfare* 2007;16(s1).
70. Dyrhaug T, Sky V. Barn og unge med innvanderbakgrunn i barnevernet 2012 Statistisk sentralbyrå; 2015. Rapport 2015/16.
71. Forsetlund L, Vist GE. Effekter av gruppetiltak for barn og ungdom som opplever samlivsbrudd. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2016/effekter-av-gruppetiltak-for-barn-og-ungdom-som-opplever-samlivsbrudd/#metode>
72. Martinussen M, Kaiser S, Adolfsen F, Patras J, Richardsen AM. Reorganisation of healthcare services for children and families: Improving collaboration, service quality, and worker well-being. *Journal of Interprofessional Care* 2017;31(4):487-96.
73. Gamst M, Martinussen M. Familiens hus/familiesenter. Nasjonal kartleggingsundersøkelse av norske kommuner. Tromsø: RKBU-Nord, Universitetet i Tromsø; 2012.

74. Bing V, Gunnarsson L. Föräldrastöd och samverkan: Familjecentralen i ett folkhälsoperspektiv. Stockholm: Gothia AB; 2005.
75. Adolfsen IF, Martinussen M, Thyraug AM, W. VG, red. Vedeler G. Åpen barnehage - et foreldrestøttende tiltak. Tromsø: RKBU-Nord, UiT; 2011. Familiens hus - organisering og faglige perspektiver.
76. Abrahamsson A, Bing V, Löfström M. Familjecentraler i Västra Götaland: en utvärdering: Folkhälsokommittén; 2009.
77. Bulling IS. En mangfoldig møteplass. Åpen barnehage som integreringsarena. 2017.
78. Bulling IS. Stepping through the door-exploring low-threshold services in Norwegian family centres. Child & Family Social Work 2017;22(3):1264-73.
79. Universitetet i Tromsø. Familiens hus[lest]. Tilgjengelig fra: https://uit.no/prosjekter/prosjekt?p_document_id=349396
80. Adolfsen F, Martinussen M, Moltu Thyraug A, Vedeler G. Familiens hus - organisering og faglige perspektiver. Universitetet i Tromsø; 2011.
81. Melby L, Ådnanes M, Kaasbøll J, Kasteng F, Ose OS. Evaluering av samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge SINTEF Teknologi og samfunn 2017. 2017:00418.
82. Iversen JH. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet - Høring - NOU 2009:22 Det du gjør gjør det helt - Bedre samordning av tjenester for utsatt barn og unge. Helsedirektoratet; 2010.
83. Kekkonen M, Montonen M, Viitala R. Family centre in the Nordic countries: Nordic Council of Ministers; 2012.
84. Havnes T, Mogstad M. No child left behind: universal child care and children's long run outcomes. Statistisk sentralbyrå; 2009. 582.
85. Statistisk sentralbyrå. Antall barn, elever, lærlinger, lærekandidater, studenter og deltakere, etter nivå og utdanningstype. 2016 (SÅ 156): Statistisk sentralbyrå, [lest 19.03.2018]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/321052/antall-barn-elever-laerlinger-laerekandidater-studenter-og-deltakere-etter-niva-og-utdanningstype.2016-sa-156>
86. Samdal O. Trivsels- og helsefremmende arbeid i skolen. I: Klepp KI, Aarø LE, red. Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017. s. 345-71.
87. Barneombudet. Barneombudets fagrapport 2013: Helse på barns premisser. AS MT; 2013.
88. Dahm KT, Landmark B, Kirkehei I, Reinart LM. Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2010. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2010/effekter-av-skolehelsetjenesten-pa-barn-og-unges-helse-og-oppvekstvilkar/>
89. Martinussen M. Beskrivelse og vurdering av tiltaket De utrolige årene (DUÅ) - Foreldretreningsprogram. Ungsinn; 2009. 2009, 1:1.
90. Midtlyng J. Rett til læring: utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 29.juni 2007. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2009. 2009:18.
91. HelseDirektoratet. Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene[lest]. Tilgjengelig fra: <https://helseDirektoratet.no/tilskudd/psykologer-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene>
92. HelseDirektoratet. Sammendrag - Kommunenes rapportering på tilskudd til psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene for 2016. 2016.
93. Durlak JA. Successful prevention programs for children and adolescents: Springer Science & Business Media; 1997.
94. Greenberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B. The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. Prevention & Treatment 2001;4(1):1a.
95. Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lönnqvist J. Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. American Journal of Psychiatry 2002;159(7):1235-7.

96. Barne- og likestillingsdepartementet, red. Barne- og likestillingsdepartementet. Offentlig støtte til barnefamiliene. 2017. 6. 2017.
97. Wesseltoft-Rao N HT, Helland MS. Gruppetiltak og kurs for foreldre. Norsk praksis, erfaringer og effektevalueringer. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017.
98. Rossow I, Moan IS, Natvig H. Nære pårørende av alkoholmisbrukere. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS); 2009.
99. Yap MBH, Morgan AJ, Cairns K, Jorm AF, Hetrick SE, Merry S. Parents in prevention: A meta-analysis of randomized controlled trials of parenting interventions to prevent internalizing problems in children from birth to age 18. *Clinical Psychology Review* 2016;50:138-58.
100. Townshend K, Jordan Z, Stephenson M, Tsey K. The effectiveness of mindful parenting programs in promoting parents' and children's wellbeing: a systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports* 2016;14(3):139-80.
101. Barlow J, Bergman H, Kornør H, Wei Y, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;(8).
102. Bråten B, Sønsterudbråten, S. Foreldreveiledning - virker det? En kunnskapsstatus. Oslo: Fafo; 2016 OF; 2016. Fafo-rapport 2016:29.
103. Rambøll. Robuste samliv: forskningsoppdrag om kunnskapsstatus og evalueringsverktøy av foreldrestøttende tiltak i Norden. Oslo: Rambøll; Rambøll; 2013. Rapport til Barne-, og ungdoms- og familiedirektoratet, .
104. Effect Evaluation of The International Child Development Programme (ICDP) (ICDP RCT) [Internet]. 2017. Tilgjengelig fra: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03040895?term=ICDP&cntry=NO&rank=1>
105. Andersen LK, Scavenius C. Resultatresumé. Evaluering af tre projekter i Socialstyrelsens Forældreprogram - Evaluering af implementering, udvikling og omkostninger ved Kærlighed i Kaos, Parent Management Training Oregon og mentorstøttekontaktpersonindsats. VIVE: Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd; 2018.
106. Grossmann KE, Grossmann K, Waters E, red. Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies. New York: Guildford Press; 2006.
107. Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Lapsley AM, Roisman GI. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Development* 2010;81(2):435-56.
108. Groh AM, Roisman GI, van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Fearon RP. The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: a meta-analytic study. *Child Development* 2012;83(2):591-610.
109. Letourneau N, Tryphonopoulos P, Giesbrecht G, Dennis CL, Bhogal S, Watson B. Narrative And Meta-Analytic Review Of Interventions Aiming To Improve Maternal-Child Attachment Security. *Infant mental health journal* 2015;36(4):366-87.
110. Armijo-Olivo S, da Costa BR, Cummings GG, Ha C, Fuentes J, Saltaji H, et al. PEDro or Cochrane to Assess the Quality of Clinical Trials? A Meta-Epidemiological Study. *PLOS ONE* 2015;10(7):e0132634.
111. Bakermans-Kranenburg MJ, van IMH, Juffer F. Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.
112. Bakermans-Kranenburg MJ, Van IMH, Juffer F. Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant mental health journal* 2005;26(3):191-216.
113. Strøm HK, Handegård BJ. Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket MST (2.utg.). *Ungsinn* 2017;2(4).

114. Eng H, Patras J, Handegård BJ. Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket: TIBIR - Rådgiverintervensjonen (2. utg.). Ungsinn 2015.
115. Reedtz CE, Helene. Beskrivelse og vurdering av tiltaket SMARTE FORELDRE[lest 21.02.2018]. Tilgjengelig fra: <https://ungsinn.no/post/tiltak/smar-te-foreldre/>
116. Havighurst SS, Wilson KR, Harley AE, Prior MR, Kehoe C. Tuning in to Kids: improving emotion socialization practices in parents of preschool children—findings from a community trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010;51(12):1342-50.
117. Statistisk sentralbyrå. Familier og husholdninger[lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/06204/?rxid=a359515f-a0a8-4d1a-8148-86bdf8e7faee>
118. Storksen I, Røysamb E, Gjessing HK, Moum T, Tambs K. Marriages and psychological distress among adult offspring of divorce: A Norwegian study. *Scandinavian Journal of Psychology* 2007;48(6):467-76.
119. Sun Y, Li Y. Children's well-being during parents' marital disruption process: A pooled time-series analysis. *Journal of Marriage and Family* 2002;64(2):472-88.
120. Zemp M, Bodenmann G, Cummings EM. The significance of interparental conflict for children. *European Psychologist* 2016.
121. Harold GT, Sellers R. Annual Research Review: Interparental conflict and youth psychopathology: an evidence review and practice focused update. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2018;59(4):374-402.
122. Halford WK, Snyder DK. Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education. Elsevier; 2012.
123. Borren I, Helland IS. Intervensjoner for å dempe foreldrekonflikt - en kunnskapsoversikt. Folkehelseinstituttet; 2013. Rapport 2013:6.
124. McCoy KP, George MR, Cummings EM, Davies PT. Constructive and destructive marital conflict, parenting, and children's school and social adjustment. *Social Development* 2013;22(4):641-62.
125. Mortensen Ø TF. Kunnskapsstatus om forskning på modeller for samlivskurs. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet; 2007. Tilgjengelig fra: http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/2519/hemilrapport2007_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
126. Midthus EM. "Å si farvel til samlivet, og velkommen til samarbeidet" En kvalitativ studie av deltakernes opplevelse av kurset "Fortsatt foreldre" Oslo: Universitetet i Oslo; 2015.
127. Helskog GH, Lærum KT. Fortsatt foreldre: godt nok samarbeid etter samlivsbrudd. Vikersund: Modum: Modum bad - samlivssenteret; 2007.
128. Torvik FA, Rognmo K. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. Oslo: Folkhelseinstituttet; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/rapport-20114-pdf.pdf>
129. Helsedirektoratet, red. Ruud T, Birkeland B, Faugli A, Amlund Hagen K, Hellman A, Hilsen M, et al. Barn som pårørende - Resultater fra en multisenterstudien. Oslo: Helsedirektoratet; Akershus universitetssykehus HF i samarbeid med, Nordlandssykehuset HF, Helse Stavanger HF (Stavanger universitetssykehus), Rogaland A-senter, Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF, et al.; 2015. IS-0522.
130. Helsedirektoratet. Barn som pårørende. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS 5/2010.
131. Cummings EM, Davies PT. Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1994;35:73-112.
132. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 2006;296(21):2582-9.
133. Eberhard-Gran M, Tambs K, Opjordsmoen S, Skrandal A, Eskild A. Depression during pregnancy and after delivery: a repeated measurement study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2004;25(1):15-21.
134. Gjerde LC, Eilertsen EM, Reichborn-Kjennerud T, McAdams TA, Zachrisson HD, Zambrana IM, et al. Maternal perinatal and concurrent depressive symptoms and child

- behavior problems: a sibling comparison study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2017;58(7):779-86.
135. Morrell CJ, Sutcliffe P, Booth A, Stevens J, Scope A, Stevenson M, et al. A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. *Health Technology Assessment* 2016;20(37).
 136. Folkehelseinstituttet. Psykososiale og psykologiske tiltak for forebygging av fødselsdepresjon. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2014/psykososiale-og-psykologiske-tiltak-for-forebygging-av-fodselsdepresjon/>
 137. Reedtz C. Beskrivelse og vurdering av tiltaket Barneperspektivsamtalet: Ungsinn [oppdatert 15.11.2009; lest]. Tilgjengelig fra: <https://ungsinn.no/post-tiltak/barneperspektivsamtalet/>
 138. Schindler HS, Kholoptseva J, Oh SS, Yoshikawa H, Duncan GJ, Magnuson KA, et al. Maximizing the potential of early childhood education to prevent externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Journal of School Psychology* 2015;53(3):243-63.
 139. Lamer K. Dette vet vi om barnehagen: Sosial kompetanse. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
 140. Lamer K, Hauge S. Fra rammeplan til handling. Implementering av rammeprogrammet "Du og jeg og vi to!" med fokus på veiledningsprosesser i personalet, sosial kompetanseutvikling og problematferd hos barna. Oslo: Høyskolen i Oslo; 2006. 28.
 141. Larsson B, Fossum S, Clifford G, Drugli MB, Handegård BH, Mørch W-T. Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2009;18(1):42-52.
 142. Ogden T, Hagen KA. Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: a randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008;76(4):607.
 143. Kjøbli JD, M. B; Fossum, S; Askeland, E. Evidensbasert foreldretrening: Hvordan kan forskning bidra til at flere barn med atferdsvansker får bedre hjelp? *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 2012;49(2):145-9.
 144. Fossum S, Handegård BH, Britt Drugli M. The Incredible Years Teacher Classroom Management Programme in Kindergartens: Effects of a Universal Preventive Effort. *Journal of Child and Family Studies* 2017;26(8):2215-23.
 145. Zachrisson HD, Lekhal, R., & Schjølberg, S. Barnehage og psykisk helse hos sped- og småbarn. I: Moe V, Slinning K, Hansen MB, red. *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010. s. 770-87.
 146. OECD. Encouraging Quality in Early Childhood Education and Care (ECEC). 2006.
 147. Kunnskapsdepartementet. Høring om endringer i barnehageloven. Regjeringen.no [oppdatert 22.06.17; lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Hoering-om-endringer-i-barnehageloven/id2557731/>
 148. Likestillings- og diskrimineringsloven. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>
 149. Esping-Andersen G, Garfinkel I, Han W-J, Magnuson K, Wagner S, Waldfogel J. Child care and school performance in Denmark and the United States. *Children and Youth Services Review* 2012;34(3):576-89.
 150. Adamson P. The child care transition: A league table of early childhood education and care in economically advanced countries. UNICEF Innocenti Research Centre; 2008.
 151. Winswold A, Gulbrandsen L. Kvalitet og kvantitet: kvalitet i en barnehagesektor i sterk vekst. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2009. 2/2009.
 152. Burchinal M, Magnuson K, Powell D, Hong SS. Early childcare and education. *Handbook of child psychology and developmental science* 2015.

153. Frank Porter Graham Child Development Institute. Infant/Toddler Environment Rating Scale (ITERS-R)[lest]. Tilgjengelig fra: <http://ers.fpg.unc.edu/infanttoddler-environment-rating-scale-iters-r>
154. Bjørnstad E, Os E. Quality in Norwegian childcare for toddlers using ITERS-R. *European Early Childhood Education Research Journal* 2017;1-17.
155. Utdanningsspeilet. Barn i barnehagen: Utdanningsdirektoratet [lest 22.02]. Tilgjengelig fra: <http://utdanningsspeilet.udir.no/2017/innhold/del-1/1-1-barn-i-barnehagen/>
156. Lucas-Thompson RG, Goldberg WA, Prause J. Maternal work early in the lives of children and its distal associations with achievement and behavior problems: a meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2010;136(6):915.
157. Ahnert L, Pinquart M, Lamb ME. Security of children's relationships with nonparental care providers: A meta-analysis. *Child Development* 2006;77(3):664-79.
158. Belsky J. Emanuel Miller Lecture Developmental Risks (Still) Associated with Early Child Care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001;42(7):845-59.
159. Zachrisson HD, Dearing E, Lekhal R, Toppelberg CO. Little evidence that time in child care causes externalizing problems during early childhood in Norway. *Child Development* 2013;84(4):1152-70.
160. Engvik M, Evensen L, Gustavson K, Johansen R, Lekhal R, Schjølberg S, et al. Sammenhenger mellom barnehagekvalitet og barns fungering ved 5 år. Resultater fra Den norske mor og barn-undersøkelsen. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014.
161. Drugli MB, Solheim E, Lydersen S, Moe V, Smith L, Berg-Nielsen Turid S. Elevated cortisol levels in Norwegian toddlers in childcare. *Early Child Development and Care* 2017;1-12.
162. Belsky J. Emanuel Miller Lecture: Developmental risks (still) associated with early child care. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2001;42(7):845-59.
163. Solheim E, Wichstrøm L, Belsky J, Berg-Nielsen TS. Do time in child care and peer group exposure predict poor socioemotional adjustment in Norway? *Child Development* 2013;84(5):1701-15.
164. Dearing E, Zachrisson HD, Nærde A. Age of entry into early childhood education and care as a predictor of aggression: faint and fading associations for young Norwegian children. *Psychological science* 2015;26(10):1595-607.
165. European Commission. Proposal for key principles of a Quality Framework for Early Childhood Education and Care. 2014. Report of the Working Group on Early Childhood Education and Care under the auspices of the European Commission Tilgjengelig fra: http://ec.europa.eu/dgs/education_culture/repository/education/policy/strategic-framework/archive/documents/ecec-quality-framework_en.pdf
166. Burchinal M, Kainz K, Cai Y. How well do our measures of quality predict child outcomes? A meta-analysis and coordinated analysis of data from large-scale studies of early childhood settings. I: Zaslow M, Martinez-Beck I, Tout K, Halle T, red. *Quality measurement in early childhood settings*. Baltimore, MD, US: Paul H Brookes Publishing; 2011. s. 11-31.
167. Drange N, Havnes T. Early and bright? Child care for toddlers and early cognitive skills. European Economic Association, Ljubljana, Slovenia 2014.
168. Keys TD, Farkas G, Burchinal MR, Duncan GJ, Vandell DL, Li W, et al. Preschool center quality and school readiness: Quality effects and variation by demographic and child characteristics. *Child Development* 2013;84(4):1171-90.
169. Folkehelseinstituttet, red. Brandlistuen RE, Helland SS, Evensen LA, Schjølberg S, Tambs K, Aase H, et al. Sårbare barn i barnehagen-betydningen av kvalitet. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2015. 8280826599.
170. Jensen B, Holm A, Bremberg S. Effectiveness of a Danish early year preschool program: A randomized trial. *International Journal of Educational Research* 2013;62:115-28.
171. Sibley E, Dearing E, Toppelberg CO, Mykletun A, Zachrisson HD. Do increased availability and reduced cost of early childhood care and education narrow social inequality gaps in

- utilization? Evidence from Norway. *International Journal of Child Care and Education Policy* 2015;9(1):1.
172. Van Huizen T, Plantenga J. Universal child care and children's outcomes: A meta-analysis of evidence from natural experiments. *Discussion Paper Series/Tjalling C Koopmans Research Institute* 2015;15(13).
 173. Dearing E, Zachrisson HD, Mykletun A, Toppelberg CO. Estimating the Consequences of Norway's National Scale-Up of Early Childhood Education and Care (Beginning in Infancy) for Early Language Skills. *AERA Open* 2018;4(1):2332858418756598.
 174. Cleveland G, Krashinsky M, red. Financing ECEC services in OECD countries. an OECD Early Childhood Education and Care workshop in Rotterdam, January 2003.
 175. Zachrisson HD, Dearing E. Family income dynamics, early childhood education and care, and early child behavior problems in Norway. *Child Development* 2015;86(2):425-40.
 176. Nadim M NR. *Barnfattigdom i Norge: sammendrag*. Oslo: Fafo; 2009. 2009:45.
 177. Daugstad G. *Omfang av bruk av kontantstøtte blant barn med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn*. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2006. 2006/26.
 178. Fordelingsutvalget. *Fordelingsutvalget: utredning fra et utvalg oppnevnt av Finansdepartementet 25. april 2008 : avgitt 30. april 2009*. Oslo: 2009. Norges offentlige utredninger, .
 179. Drange N, Havnes T. Child care before age two and the development of language and numeracy: Evidence from a lottery. *IZA Discussion Paper* 2015.
 180. Eliassen E, Zachrisson HD, Melhuish E. Is cognitive development at three years of age associated with ECEC quality in Norway? *European Early Childhood Education Research Journal* 2018;26(1):97-110.
 181. Reinart LM, Vist GE, Kirkehei I, Kornør H. *Hvilke tegn og signaler som kan observeres av personell i barnehage og skole kan ha sammenheng med omsorgssvikt? En systematisk oversikt over oversikter* Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/hvilke-tegn-og-signaler-som-kan-observeres-av-personell-i-barnehage-og-skol/>
 182. Lekhal R, von Soest T, Wang MV, Aukrust VG, Schjølberg S. Norway's High-Quality Center Care Reduces Late Talking in High- and Low-Risk Groups. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 2012;33(7):562-9.
 183. Kavanagh J, Oliver S, Caird J, Tucker H, Greaves A, Harden A, et al. *Inequalities and the mental health of young people: A systematic review of secondary school-based cognitive behavioural intervention*. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London; 2009.
 184. Kidger J, Araya R, Donovan J, Gunnell D. The effect of the school environment on the emotional health of adolescents: a systematic review. *Pediatrics* 2012;129(5):925-49.
 185. Hetrick SE, Cox GR, Witt KG, Bir JJ, Merry SN. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *The Cochrane Library* 2016.
 186. Werner-Seidler A, Perry Y, Callear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2017;51:30-47.
 187. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Rubio-Valera M, et al. Effectiveness of psychological and/or educational interventions in the prevention of anxiety: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA Psychiatry* 2017;74(10):1021-9.
 188. Stockings E, Degenhardt L, Dobbins T, Lee Y, Erskine H, Whiteford H, et al. Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine* 2016;46(1):11-26.
 189. Dray J, Bowman J, Campbell E, Freund M, Wolfenden L, Hodder RK, et al. Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2017;56(10):813-24.

190. Arnarson EO, Craighead WE. Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy* 2009;47(7):577-85.
191. Arnarson EO, Craighead WE. Prevention of depression among Icelandic adolescents: a 12-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy* 2011;49(3):170-4.
192. Aune T, Stiles TC. Universal-based prevention of syndromal and subsyndromal social anxiety: A randomized controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2009;77(5):867-79.
193. Langford R, Campbell R, Magnus D, Bonell CP, Murphy SM, Waters E, et al. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and staff. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;1.
194. Patras J, Martinsen KD, Holen S, Sund AM, Adolfsen F, Rasmussen L-MP, et al. Study protocol of an RCT of EMOTION: An indicated intervention for children with symptoms of anxiety and depression. *BMC Psychology* 2016;4(1):48.
195. Martinsen KD, Kendall PC, Stark K, Neumer S-P. Prevention of Anxiety and Depression in Children: Acceptability and Feasibility of the Transdiagnostic EMOTION Program. *Cognitive and Behavioral Practice* 2016;23(1):1-13.
196. Martinsen KD. Prevention of anxiety and depression in school children: The development and testing of the new transdiagnostic EMOTION intervention. Oslo: University of Oslo; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/61185/KristinMartinsen-PhD-2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
197. Holen S, Waaktaar T, Lervåg A, Ystgaard M. The effectiveness of a universal school-based programme on coping and mental health: a randomised, controlled study of Zippy's Friends. *Educational Psychology* 2012;32(5):657-77.
198. Holen S, Waaktaar T, Lervåg A, Ystgaard M. Implementing a Universal Stress Management Program for Young School Children: Are there Classroom Climate or Academic Effects? *Scandinavian Journal of Educational Research* 2013;57(4):420-44.
199. DuBois DL, Portillo N, Rhodes JE, Silverthorn N, Valentine JC. How effective are mentoring programs for youth? A systematic assessment of the evidence. *Psychological Science in the Public Interest* 2011;12(2):57-91.
200. Wood S, Mayo-Wilson E. School-based mentoring for adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice* 2012;22(3):257-69.
201. Thomas RE, Lorenzetti DL, Spragins W. Systematic review of mentoring to prevent or reduce alcohol and drug use by adolescents. *Academic Pediatrics* 2013;13(4):292-9.
202. Larsen T, Anvik CH, Tobro M, Waldahl RH, Olsen T, Antonsen KM, et al. Gode psykososiale læringsmiljø bedrer gjennomføring i videregående skole: Delrapport fra COMPLETE-prosjektet. Bergen: University of Bergen; 2017. HEMIL-RAPPORT 2017.
203. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry* 2016;29(6):340-5.
204. Pratt BM, Woolfenden SR. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;(2):Cd002891.
205. Seierstad A, Langengen IW, Nylund HK, Rainar LM, Jamtvedt G. Forebygging og behandling av spiseforstyrrelser. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2004. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/eldre/forebygging-og-behandling-av-spiseforstyrrelser/>
206. Watson HJ, Joyce T, French E, Willan V, Kane RT, Tanner-Smith EE, et al. Prevention of eating disorders: A systematic review of randomized, controlled trials. *International Journal of Eating Disorders* 2016;49(9):833-62.
207. Martinsen M, Bahr R, Borresen R, Holme I, Pensgaard AM, Sundgot-Borgen J. Preventing eating disorders among young elite athletes: a randomized controlled trial. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 2014;46(3):435-47.
208. Farrington DP, Ttofi MM. School-based programs to reduce bullying and victimization. *The Campbell Collaboration* 2009;6:1-149.

209. Olweus D. Mobbing i skolen - fakta og tiltak. I: Klepp KI, Aarø LE, red. Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. Oslo: Universitetsforlaget; 2009. s. 346-59.
210. Olweus D. A useful evaluation design, and effects of the Olweus Bullying Prevention Program. *Psychology, Crime & Law* 2005;11:389-402.
211. Drugli MB, Eng H. Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Olweusprogrammet. *Ungsinn* 2014;(Tiltak nr. 41).
212. Roland E, Bru E, Midhassel UV, Vaaland GS. The Zero programme against bullying: Effects of the programme in the context of the Norwegian manifesto against bullying. *Social Psychology of Education* 2010;13:41-55.
213. Galloway D, Roland E. Is the direct approach to reducing bullying always the best? I: Smith PK, Pepler DJ, Rigby K, red. *Bullying in schools: how successful can interventions be?* Cambridge: Cambridge University Press; 2004. s. 37-53.
214. Nordahl T. Forebyggende innsatser i skolen: rapport fra forskergrupper oppnevnt av Utdanningsdirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet om problematferd, rusforebyggende arbeid, læreren som leder og implementeringsstrategier. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006.
215. Ertesvåg SK. Classroom leadership: The effect of a school development programme. *Educational Psychology* 2009;29:515-39.
216. Ertesvåg SK, Vaaland GS. Prevention and reduction of behavioural problems in school: An evaluation of the Respect program. *Educational Psychology* 2007;27:713-36.
217. Antonsen TE, Ertesvåg SK. Godt læringsmiljø og læring gjennom skolebaserte tiltak? *Spesialpedagogikk* 2010;(3):31-44.
218. Eriksen IM, Hegna K, Bakken A, Lyng ST. Felles fokus: En studie av skolemiljøprogrammer i norsk skole. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA; 2014. NOVA Rapport. 15.
219. Karna A, Voeten M, Little TD, Poskiparta E, Kaljonen A, Salmivalli C. A large-scale evaluation of the KiVa antibullying program: grades 4-6. *Child Development* 2011;82(1):311-30.
220. Karna A, Voeten M, Little TD, Poskiparta E, Alanen E, Salmivalli C. Going to scale: a nonrandomized nationwide trial of the KiVa antibullying program for grades 1-9. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2011;79(6):796-805.
221. Salmivalli C, Karna A, Poskiparta E. Counteracting bullying in Finland: The KiVa program and its effect on different forms of being bullied. *International Journal of Behavioral Development* 2011;35(5):405-11.
222. Karna A, Voeten M, Little TD, Alanen E, Poskiparta E, Salmivalli C. Effectiveness of the KiVa Antibullying Program: Grades 1-3 and 7-9. *Journal of Educational Psychology* 2013;105 (2):535-51.
223. Yeager DS, Fong CJ, Lee HY, Espelage DL. Declines in efficacy of anti-bullying programs among older adolescents: Theory and a three-level meta-analysis. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2015;37:36-51.
224. Williford A, Boulton A, Noland B, Little TD, Kärnä A, Salmivalli C. Effects of the KiVa Anti-bullying Program on Adolescents' Depression, Anxiety, and Perception of Peers. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2012;40(2):289-300.
225. Nocentini A, Menesini E. KiVa Anti-Bullying Program in Italy: Evidence of Effectiveness in a Randomized Control Trial. *Prevention Science* 2016;17(8):1012-23.
226. Clarkson S, Axford N, Berry V, Edwards RT, Bjornstad G, Wrigley Z, et al. Effectiveness and micro-costing of the KiVa school-based bullying prevention programme in Wales: study protocol for a pragmatic definitive parallel group cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2016;16:104.
227. Gaete J, Valenzuela D, Rojas-Barahona C, Valenzuela E, Araya R, Salmivalli C. The KiVa antibullying program in primary schools in Chile, with and without the digital game component: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2017;18(1):75.

228. Sørli MA, Ogden T. Immediate Impacts of PALS: A school-wide multi-level programme targeting behaviour problems in elementary school. *Scandinavian Journal of Educational Research* 2007;51(5):471-92.
229. Ogden T, Sørli MA. Building strength through enhancing social competence in immigrant students in primary school. A pilot study. *Emotional & Behavioural Difficulties* 2007;12:105-17.
230. Sørli MA, Ogden T, Olseth AR. Preventing problem behavior in school through school-wide staff empowerment: Intervention outcomes. *World Journal of Educational Research* 2015;2(2):117-39.
231. Sørli M-A, Ogden T. School-wide positive behavior support–Norway: Impacts on problem behavior and classroom climate. *International Journal of School & Educational Psychology* 2015;3(3):202-17.
232. Hansen DM, Larson RW, Dworkin JB. What Adolescents Learn in Organized Youth Activities: A Survey of Self-Reported Developmental Experiences. *Journal of Research on Adolescence* 2003;13(1):25-55.
233. Samdal O, Mathiesen FKS, Torsheim T, Diseth ÅR, Fismen A-S, Larsen T, et al. Helse og trivsel blant barn og unge. Resultater fra den landsrepresentative spørreundersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land». Bergen: Hemil-senteret. Universitetet i Bergen; 2016.
234. Janssen I, Leblanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2010;7:40.
235. Helsedirektoratet. Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet (IS-2170). Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
236. Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;(3).
237. Brown HE, Pearson N, Braithwaite RE, Brown WJ, Biddle SJ. Physical activity interventions and depression in children and adolescents : a systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine* 2013;43(3):195-206.
238. Carter T, Morres ID, Meade O, Callaghan P. The Effect of Exercise on Depressive Symptoms in Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2016;55(7):580-90.
239. Lubans DR, Lonsdale C, Cohen K, Eather N, Beauchamp MR, Morgan PJ, et al. Framework for the design and delivery of organized physical activity sessions for children and adolescents: rationale and description of the 'SAAFE' teaching principles. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2017;14(1):24.
240. Norges Idrettsforbund. Nøkkeltall - Rapport 2016. 2017.
241. Ødegård G, Bakken A, Strandbu Å. Idrettsdeltakelse og trening blant ungdom i Oslo. Barrierer, frafall og endringer over tid. Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.; 2016. Rapport 2016:7.
242. Idrettens Barnerettigheter. Bestemmelser om barneidrett.
243. Strittmatter A-M. Defining a problem to fit the solution: A neo-institutional explanation for legitimising the bid for the 2016 Lillehammer winter Youth Olympic Games. *International Journal of Sport Policy and Politics* 2016;8(3):421-37.
244. Chassiakos YLR, Radesky J, Christakis D, Moreno MA, Cross C. Children and adolescents and digital media. *Pediatrics* 2016;138(5):e20162593.
245. Livingstone S, Mascheroni G, Staksrud E. European research on children's internet use: Assessing the past and anticipating the future. *New Media & Society* 2017:1461444816685930.
246. Hamm MP, Newton AS, Chisholm A, Shulhan J, Milne A, Sundar P, et al. Prevalence and effect of cyberbullying on children and young people: A scoping review of social media studies. *JAMA pediatrics* 2015;169(8):770-7.

247. Hellevik PM, Øverlien C. Digital mobbing blant barn og ungdom i Norge – En kunnskapsoversikt 2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2013.
248. Kowalski RM, Giumetti GW, Schroeder AN, Lattanner MR. Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychological Bulletin* 2014;140(4):1073.
249. Zych I, Ortega-Ruiz R, Del Rey R. Systematic review of theoretical studies on bullying and cyberbullying: Facts, knowledge, prevention, and intervention. *Aggression and Violent Behavior* 2015;23:1-21.
250. Ulriksen R, Knapstad M. Digital mobbing. Kunnskapsoversikt over forskning på effekter av tiltak. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016. 3.
251. Crone EA, Konijn EA. Media use and brain development during adolescence. *Nature Communications* 2018;9(1):588.
252. Yeun YR, Han SJ. Effects of psychosocial interventions for school-aged children's internet addiction, self-control and self-esteem: meta-analysis. *Healthcare Informatics Research* 2016;22(3):217-30.
253. Lin LY, Sidani JE, Shensa A, Radovic A, Miller E, Colditz JB, et al. Association between social media use and depression among US young adults. *Depression and anxiety* 2016;33(4):323-31.
254. Holland G, Tiggemann M. A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body image* 2016;17:100-10.
255. Hysing M, Pallesen S, Stormark KM, Jakobsen R, Lundervold AJ, Sivertsen B. Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. *BMJ open* 2015;5(1):e006748.
256. Hale L, Guan S. Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: a systematic literature review. *Sleep Medicine Reviews* 2015;21:50-8.
257. Kimberly B, James R P. Amber Lenses To Block Blue Light And Improve Sleep: A Randomized Trial. *Chronobiology International* 2009;26(8):1602-12.
258. Shechter A, Kim EW, St-Onge MP, Westwood AJ. Blocking nocturnal blue light for insomnia: A randomized controlled trial. *Journal of psychiatric research* 2018;96:196-202.
259. Donoghue K, Patton R, Phillips T, Deluca P, Drummond C. The Effectiveness of Electronic Screening and Brief Intervention for Reducing Levels of Alcohol Consumption: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research* 2014;16(6):e142.
260. Kazemi DM, Borsari B, Levine MJ, Li S, Lamberson KA, Matta LA. A Systematic Review of the mHealth Interventions to Prevent Alcohol and Substance Abuse. *Journal of health communication* 2017;22(5):413-32.
261. Smedslund G, Wollscheid S, Fang L, Nilsen W, Steiro A, Larun L. Effects of Early, Computerized Brief Interventions on Risky Alcohol Use and Risky Cannabis Use Among Young People. *Campbell Systematic Reviews* 2017;6.
262. Statistisk sentralbyrå. Fakta om innvandring[lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrerer/faktaside/innvandring>
263. Alves DE, Roysamb E, Oppedal B, Zachrisson HD. Emotional problems in preadolescents in Norway: the role of gender, ethnic minority status, and home- and school-related hassles. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2011;5(1):37.
264. Noam G, Oppedal B, Idsoe T, Panjwani N. Mental Health Problems and School Outcomes Among Immigrant and Non-immigrant Early Adolescents in Norway. *School Mental Health* 2014;6(4):279-93.
265. Guribye E, Sandal GM, Oppedal B. Communal proactive coping strategies among Tamil refugees in Norway: A case study in a naturalistic setting. *International Journal of Mental Health Systems* 2011;5(1):9.

266. Dalhaug KC, Oppedal B, Røysamb E. The role of sociocultural context for culture competence and depressive symptoms among ethnic minority youths in junior high school. *European Journal of Developmental Psychology* 2011;8(3):280-94.
267. Oppedal B, Azam GE, Dalsøren SB, Hirsch SM, Jensen L, Kiamanesh P, et al. Psykososial tilpasning og psykiske problemer blant barn i innvandrerfamilier. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2008. 14.
268. Blom S. Helse. I: Vrålstad S, Wiggen KS, red. Levegår blant innvandrere i Norge 2016. Rapport 2017/13. Oslo: Statistisk Sentralbyrå; 2017. s. 191-208. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-ogpublikasjoner/attachment/309211?ts=15c2f714b48>
269. Turrini G, Purgato M, Ballette F, Nosè M, Ostuzzi G, Barbui C. Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *International Journal of Mental Health Systems* 2017;11(1):51.
270. Diaz E, Ortiz-Barreda G, Ben-Shlomo Y, Holdsworth M, Salami B, Rammohan A, et al. Interventions to improve immigrant health. A scoping review. *European Journal of Public Health* 2017;27(3):433-9.
271. Meyer DeMott MA, Jakobsen M, Wentzel-Larsen T, Heir T. A controlled early group intervention study for unaccompanied minors: Can Expressive Arts alleviate symptoms of trauma and enhance life satisfaction? *Scandinavian Journal of Psychology* 2017;58(6):510-8.
272. Pastoor LdW. The mediational role of schools in supporting psychosocial transitions among unaccompanied young refugees upon resettlement in Norway. *International Journal of Educational Development* 2015;41:245-54.
273. Tyrer RA, Fazel M. School and community-based interventions for refugee and asylum seeking children: a systematic review. *PloS one* 2014;9(2):e89359.
274. Oppedal B, Seglem KL, Jensen L. Avhengig og selvstendig: enslige mindreårige flyktningers stemmer i tall og tale. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009.
275. Gadeberg AK, Montgomery E, Frederiksen H, Norredam M. Assessing trauma and mental health in refugee children and youth: a systematic review of validated screening and measurement tools. *European Journal of Public Health* 2017;27(3):439-46.
276. Jakobsen M, Sveaass N, Johansen LEE, Skogøy E. Psykisk helse i mottak: utprøving av instrumenter for kartlegging av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress 2007.
277. Letourneau EJ, Schaeffer CM, Bradshaw CP, Feder KA. Preventing the Onset of Child Sexual Abuse by Targeting Young Adolescents With Universal Prevention Programming. *Child Maltreat* 2017;22(2):100-11.
278. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat* 2011;16(2):79-101.
279. Myhre M, Thoresen S, Hjemdal O. Vold og voldtekt i oppveksten. En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2015. 1.
280. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Giles WH, Anda RF. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine* 2003;37(3):268-77.
281. Thoresen S, Hjemdal O. Vold og voldtekt i Norge: En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. Oslo: NKVTS: Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; NKVTS; 2014.
282. Felitti VJ, Anda RF. The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: Implications for healthcare. I: Lanius RA, red. The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. s. 77-87.
283. Smith DK, Leve LD, Chamberlain P. Adolescent girls' offending and health-risking sexual behavior: The predictive role of trauma. *Child Maltreatment* 2006;11(4):346-53.

284. Danielson CK, de Arellano MA, Kilpatrick DG, Saunders BE, Resnick HS. Child maltreatment in depressed adolescents: Differences in symptomatology based on history of abuse. *Child Maltreatment* 2005;10(1):37-48.
285. Mossige S, Stefansen K. Vold og overgrep mot barn og unge. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2007. 20.
286. Steine IM, Milde AM, Bjorvatn B, Grønli J, Nordhus IH, Mrdalj J, et al. Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2012;49:951-7.
287. Meneses JF, Berg RC, Nguyen L. Oppsummert forskning om effekt av tiltak rettet mot barn og unge som begår voldelige og/eller seksuelle overgrep. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2016/oppsummert-forskning-om-effekt-av-tiltak-rettet-mot-barn-og-unge-som-begar-/>
288. Bidonde J, Meneses J. Effekten av tiltak for barn som har opplevd vold i nære relasjoner: en oversikt over oversikter. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2017/effekten-av-tiltak-for-barn-som-har-opplevd-vold-i-naere-relasjoner-en-overs/#metoder>
289. Chen M, Chan KL. Effects of Parenting Programs on Child Maltreatment Prevention: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse* 2016;17(1):88-104.
290. MacMillan HL, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *The Lancet* 2009;373(9659):250-66.
291. Wilson P, Rush R, Hussey S, Puckering C, Sim F, Allely CS, et al. How evidence-based is an 'evidence-based parenting program'? A PRISMA systematic review and meta-analysis of Triple P. *BMC Medicine* 2012;10(1):130.
292. Stiftelsen Alternativ til Vold. Sluttrapport for "Bryt Voldsarven" Oslo [lest 03/03/2018]. Tilgjengelig fra: <http://atv-stiftelsen.no/wp-content/uploads/2017/02/Sluttrapport-Bryt-Voldsarven.pdf>
293. Donelan-McCall N, Eckenrode J, Olds DL. Home visiting for the prevention of child maltreatment: Lessons learned during the past 20 years. *Pediatric Clinics* 2009;56(2):389-403.
294. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R, et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997;278(8):637-43.
295. Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Familie for første gang (Nurse family partnership) [oppdatert 23.01.2018; lest]. Tilgjengelig fra: <http://www.r-bup.no/no/vi-tilbyr/skreddersydd-opplaering/nurse-family-partnership-programmet-nfp>
296. Glad KA, Øverlien C, Dyb G. Forebygging av fysiske og seksuelle overgrep mot barn. En kunnskapsoversikt. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2010. 16.11.2010. Tilgjengelig fra: <https://www.nkvts.no/rapport/forebygging-av-fysiske-og-seksuelle-overgrep-mot-barn-en-kunnskapsoversikt/>
297. Mossige S. Forebyggingsprogrammer mot seksuelle overgrep. I: Sandbæk M, red. Fra mottaker til aktør: brukernes plass i praktisk sosialt arbeid og forskning. Oslo: Gyldendal akademisk; 2001. s. 172-210.
298. Utdanningsdirektoratet. Politattest i barnehagen: Utdanningsdirektoratet [oppdatert 20.06.2016; lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/regelverk-og-tilsyn/finn-regelverk-barnehage/politattest/politattest-i-barnehagen/>
299. Wurtele SK. Preventing sexual abuse of children in the twenty-first century: Preparing for challenges and opportunities. *Journal of child sexual abuse* 2009;18(1):1-18.
300. Betanien. Ressursenhet V27 – hvem er vi?: Betanien [lest]. Tilgjengelig fra: <http://www.betanien.no/hospitalet/bup/Pages/ressursenhet-v27.aspx>
301. Griffin HL, Beech A, Print B, Bradshaw H, Quayle J. The development and initial testing of the AIM2 framework to assess risk and strengths in young people who sexually offend. *Journal of Sexual Aggression* 2008;14(3):211-25.

302. Moodie K, Vaswani, N., Shaw, J., Morton, P., Orr, D., Allardyce, S., & Connelly, G. Working with young people who offend: An examination of the literature regarding violence, substance misuse and harmful sexual behavior. Centre for Youth & Criminal Justice.; 2015.
303. Fellmeth G, Heffernan C, Nurse J, Habibula S, Sethi D. Educational and Skills-Based Interventions to Prevent Relationship Violence in Young People. *Research on Social Work Practice* 2015;25(1):90-102.
304. Hellevik P, Øverlien C. Teenage intimate partner violence: factors associated with victimization among Norwegian youths. *Scandinavian Journal of Public Health* 2016;44(7):702-8.
305. Kornør H. Beskrivelse og vurdering av tiltaket Traumefokuset kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). *Ungsinn* 2013;2(3).
306. Grøholt EK, red. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014.
307. Wasserman D. Suicide: An unnecessary death. Oxford: Oxford University Press; 2016.
308. Øverland S. Selvskading: en praktisk tilnærming. Bergen: Fagbokforlaget; 2006.
309. Sosial- og helsedirektoratet, red. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2008. Nasjonale faglige retningslinjer.
310. Helsedirektoratet, red. Helsedirektoratet. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
311. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet* 2016;387(10024):1227-39.
312. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry* 2016;3(7):646-59.
313. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a 'Lancet' commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet* 387(10036):2423-78.
314. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2003;42(4):386-405.
315. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet* 385(9977):1536-44.
316. Skogen JC, Brunborg GS, Knudsen AK. Ungdom og alkohol - normalutvikling og senere problemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2016;13(01-02):68-76.
317. Chassin L, Sher KJ, Hussong A, Curran P. The developmental psychopathology of alcohol use and alcohol disorders: research achievements and future directions. *Development and Psychopathology* 2013;25(4 Pt 2):1567-84.
318. Skogen JC, Knudsen AK, Hysing M, Wold B, Sivertsen B. Trajectories of alcohol use and association with symptoms of depression from early to late adolescence: The Norwegian Longitudinal Health Behaviour Study. *Drug and Alcohol Review* 2016;35(3):307-16.
319. Skogen JC, Sivertsen B, Lundervold AJ, Stormark KM, Jakobsen R, Hysing M. Alcohol and drug use among adolescents: and the co-occurrence of mental health problems. *Ung@hordaland, a population-based study. BMJ Open* 2014;4(9).
320. Lehto-Salo P, Närhi V, Ahonen T, Marttunen M. Psychiatric comorbidity more common among adolescent females with CD/ODD than among males. *Nordic Journal of Psychiatry* 2009;63(4):308-15.
321. Cerda M, Sagdeo A, Galea S. Comorbid forms of psychopathology: key patterns and future research directions. *Epidemiological Review* 2008;30:155-77.
322. Berg RC, Underland V. Effekten av primærforebyggende tiltak mot bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler hos barn og unge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2012.

- Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2012/effekten-av-primarforebyggende-tiltak-mot-bruk-av-tobakk-alkohol-og-andre-r/>
323. Elstad JI. Sosioøkonomiske ulikheter i helse - teorier og forklaringer. helsedirektoratet. OS-o; 2005.
 324. Sosial- og helsedirektoratet. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse: Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratet; helsedirektoratet S-o; 2005.
 325. Dahl E, Bergsli, H., & van der Wel, K.A. . Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. 2014.
 326. Bøe T. Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2412.
 327. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. Oppvekstrapporten 2017. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet; 2017.
 328. Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Gissler M. Social determinants of mental health: a Finnish nationwide follow-up study on mental disorders. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2013;67(12):1025-31.
 329. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine* 2013;90(Supplement C):24-31.
 330. Rajmil L, Herdman M, Ravens-Sieberer U, Erhart M, Alonso J. Socioeconomic inequalities in mental health and health-related quality of life (HRQOL) in children and adolescents from 11 European countries. *International Journal of Public Health* 2014;59(1):95-105.
 331. Hanandita W, Tampubolon G. Does poverty reduce mental health? An instrumental variable analysis. *Social Science & Medicine* 2014;113(Supplement C):59-67.
 332. Plenty S, Mood C. Money, Peers and Parents: Social and Economic Aspects of Inequality in Youth Wellbeing. *Journal of Youth and Adolescence* 2016;45(7):1294-308.
 333. Fitzsimons E, Goodman A, Kelly E, Smith JP. Poverty dynamics and parental mental health: Determinants of childhood mental health in the UK. *Social Science & Medicine* 2017;175(Supplement C):43-51.
 334. Bøe T, Overland S, Lundervold AJ, Hysing M. Socioeconomic status and children's mental health: results from the Bergen Child Study. *Social Science & Medicine* 2012;47(10):1557-66.
 335. Sletten MA. Psykiske plager blant ungdom: Sosiale forskjeller og historien om de flinke pikene. I: Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, red. Oppvekstrapporten 2017. Oslo: Barne- ungdoms- og familiedirektoratet; 2017. s. 124-47.
 336. Mathiesen KS, Sanson AV, Karevold EB. Mental health problems among children and adolescents. I: Mathiesen KS, Sanson AV, Karevold EB, red. Tracking opportunities and problems from infancy to adulthood 20 years with the TOPP Study. Gröttingen: Hegrefe; 2017. s. 11-21.
 337. Björkenstam E, Cheng S, Burström B, Pebley AR, Björkenstam C, Kosidou K. Association between income trajectories in childhood and psychiatric disorder: a Swedish population-based study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2017;jech-2016-208513.
 338. Bøe T, Skogen JC, Sivertsen B, Hysing M, Petrie KJ, Dearing E, et al. Economic volatility in childhood and subsequent adolescent mental health problems: a longitudinal population-based study of adolescents. *BMJ Open* 2017;7.
 339. Sivertsen B, Bøe T, Skogen JC, Petrie KJ, Hysing M. Moving into poverty during childhood is associated with later sleep problems. *Sleep Medicine* 37:54-9.
 340. Sheikh MA. Parental income is more important than parental education to children's health and wellbeing in adulthood: Evidence from The Tromsø Study. *Occupational and Environmental Medicine* 2014.

341. Elgar FJ, Pfortner T-K, Moor I, De Clercq B, Stevens GWJM, Currie C. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *The Lancet* 2015;385(9982):2088-95.
342. Kawakami N, Abdulghani EA, Alonso J, Bromet EJ, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida JM, et al. Early-Life Mental Disorders and Adult Household Income in the World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry* 2012;72(3):228-37.
343. Roberts J, Donkin A, Marmot M. Opportunities for reducing socioeconomic inequalities in the mental health of children and young people – reducing adversity and increasing resilience. *Journal of Public Mental Health* 2016;15(1):4-18.
344. Veldman K, Reijneveld SA, Almansa Ortiz J, Verhulst FC, Bültmann U. Mental health trajectories from childhood to young adulthood affect the educational and employment status of young adults: results from the TRAILS study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2015;69(6):588-93.
345. Wilkinson RG, Pickett K. The spirit level: Why more equal societies almost always do better: JSTOR; 2009.
346. Piko BF, Luszczynska A, Fitzpatrick KM. Social inequalities in adolescent depression: The role of parental social support and optimism. *International Journal of Social Psychiatry* 2013;59(5):474-81.
347. Rijlaarsdam J, Stevens GWJM, van der Ende J, Hofman A, Jaddoe VWV, Mackenbach JP, et al. Economic Disadvantage and Young Children's Emotional and Behavioral Problems: Mechanisms of Risk. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2013;41(1):125-37.
348. Bromberger JT, Schott LL, Matthews KA, Kravitz HM, Harlow SD, Montez JK. Childhood socioeconomic circumstances and depressive symptom burden across 15 years of follow-up during midlife: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Archives of Women's Mental Health* 2017;20(4):495-504.
349. Devenish B, Hooley M, Mellor D. The Pathways Between Socioeconomic Status and Adolescent Outcomes: A Systematic Review. *American Journal of Community Psychology* 2017;59(1-2):219-38.
350. Bøe T, Hysing M, Stormark KM, Lundervold AJ, Sivertsen B. Sleep problems as a mediator of the association between parental education levels, perceived family economy and poor mental health in children. *Journal of Psychosomatic Research* 2012;73(6):430-6.
351. Currie C, Molcho M, Boyce W, Holstein B, Torsheim T, Richter M. Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science & Medicine* 2008;66(6):1429-36.
352. Langeland SF, Jorunn; Åsland Lima I A. Fattigdom og levekår i Norge: Tilstand og utviklingstrekk - 2017. 2017. NAV Rapport ISBN 978-82-551-2453-5. 4.
353. Moore GF, Littlecott HJ, Turley R, Waters E, Murphy S. Socioeconomic gradients in the effects of universal school-based health behaviour interventions: a systematic review of intervention studies. *BMC Public Health* 2015;15(1):907.
354. Marmot M, Atkinson T, Bell J, Black C, Broadfoot P, Cumberlege J, et al. Fair society, healthy lives. The Marmot Review. London: Institute of Health Equity; 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>
355. Pickett KE, Wilkinson RG. The Ethical and Policy Implications of Research on Income Inequality and Child Well-Being. *Pediatrics* 2015;135(Supplement 2):S39-S47.
356. Stroschein L. Household Income Histories and Child Mental Health Trajectories*. *Journal of Health and Social Behavior* 2005;46(4):359-75.
357. Costello E, Compton SN, Keeler G, Angold A. Relationships between poverty and psychopathology: A natural experiment. *JAMA* 2003;290(15):2023-9.
358. Van Ryzin MJ, Fishbein D, Biglan A. The Promise of Prevention Science for Addressing Intergenerational Poverty. *Psychology, Public Policy, and Law* 2017.

359. Fløtten TG, A.S. . Helhetlige tiltak mot barnefattigdom. En kunnskapsoppsummering. Oslo: Fafo; 2014. 2014: 18.
360. Hess JM, Isakson B, Githinji A, Roche N, Vadnais K, Parker DP, et al. Reducing mental health disparities through transformative learning: A social change model with refugees and students. *Psychological Services* 2014;11(3):347-56.
361. Løchen KG, Nilsen W, Røysamb E. Associations between paternal and adolescent depressive symptoms. I: Mathiesen KS, Sanson AV, Karevold EB, red. Tracking opportunities and problems from infancy to adulthood 20 years with the TOPP Study. Gröttingen: Hogrefe; 2018. s. 183-95.
362. Nicholson JM, Strazdins L, Brown JE, Bittman M. How parents' income, time and job quality affect children's health and development. *Australian Journal of Social Issues* 2012;47(4):505-25.
363. Pape K, Bjørngaard JH, De Ridder KA, Westin S, Holmen TL, Krokstad S. Medical benefits in young Norwegians and their parents, and the contribution of family health and socioeconomic status. The HUNT Study, Norway. *Scandinavian Journal of Public Health* 2013;41(5):455-62.
364. Hogg S. Prevention in mind. All babies count: Spotlight on perinatal mental health. London: National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC); 2013.
365. Lieberman K, Le H-N, Perry DF. A systematic review of perinatal depression interventions for adolescent mothers. *Journal of Adolescence* 2014;37(8):1227-35.
366. Rojas-García A, Ruíz-Pérez I, Gonçalves DC, Rodríguez-Barranco M, Ricci-Cabello I. Healthcare Interventions for Perinatal Depression in Socially Disadvantaged Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2014;21(4):363-84.
367. Songøygaard KM, Stafne SN, Evensen KAI, Salvesen KÅ, Vik T, MØRkved S. Does exercise during pregnancy prevent postnatal depression? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2012;91(1):62-7.
368. Loechner J, Starman K, Galuschka K, Tamm J, Schulte-Körne G, Rubel J, et al. Preventing depression in the offspring of parents with depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review* 2018;60:1-14.
369. Blaasvær N, Nøkleby H, Johansen S, Berg RC. Effekt av tiltak for risikofamilier med barn 0–6 år. Forskningsoversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2015/effekt-av-tiltak-for-risikofamilier-med-barn-0-6-ar/>
370. Solantaus T, Paavonen EJ, Toikka S, Punamäki R-L. Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2010;19(12):883-92.
371. The NICHD Early Child Care Research Network, red. The NICHD Early Child Care Research Network(red.). Child care and child development: Results from the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development: The Guilford Press; 2005.
372. Lekhal R, Zachrisson HD, Wang MV, Schjølberg S, von Soest T. Does universally accessible child care protect children from late talking? Results from a Norwegian population-based prospective study. *Early Child Development and Care* 2011;181(8):1007-19.
373. Zachrisson HDD, Eric; Zambrana, Imac M; Nærde, Ane. Språkkompetanse hos 4-åringer som har gått i barnehage: Foreløpige resultater fra forskningsprosjektet Barns sosiale utvikling. Atferdssenteret-Unirand; 2014.
374. Lekhal R. Er barnehage en risiko eller gevinst for barns utvikling? *Paideia - Tidsskrift for profesjonell pedagogisk praksis* 2015;10:46-55.
375. Petersen IT, Bates JE, D'Onofrio BM, Coyne CA, Lansford JE, Dodge KA, et al. Language ability predicts the development of behavior problems in children. *Journal of Abnormal Psychology* 2013;122(2):542-57.
376. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct

- problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;(2).
377. Webster-Stratton C, Reid M. Adapting the Incredible Years, an evidence-based parenting programme, for families involved in the child welfare system. *Journal of Children's Services* 2010;5(1):25-42.
 378. Fossum S. Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Parent Management Training - Oregon (PMTO). Ungsinn 2011.
 379. O'Neill D, McGilloway S, Donnelly M, Bywater T, Kelly P. A cost-effectiveness analysis of the Incredible Years parenting programme in reducing childhood health inequalities. *The European Journal of Health Economics* 2013;14(1):85-94.
 380. Esch P, Bocquet V, Pull C, Couffignal S, Lehnert T, Graas M, et al. The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry* 2014;14(1):237.
 381. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. Gjennomføring og frafall i skolen [lest 19.11.2017]. Tilgjengelig fra: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Barnehage_og_skole/Gjennomforing_og_frafall_i_skolen/
 382. Paget A, Parker C, Henley W, Heron J, Ford T, Emond A. Which children and young people are excluded from school? Findings from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *The Lancet* 2015;385:S76.
 383. King NJ, Bernstein GA. School Refusal in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;40(2):197-205.
 384. Maynard BR, Brendel K, Bulanda JJ, Heyne D, Thompson A, Pigott T. Psychosocial interventions for school refusal with primary and secondary school students: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews* 2015;11(12).
 385. Dawson-McClure S, Calzada E, Huang K-Y, Kamboukos D, Rhule D, Kolawole B, et al. A Population-Level Approach to Promoting Healthy Child Development and School Success in Low-Income, Urban Neighborhoods: Impact on Parenting and Child Conduct Problems. *Prevention Science* 2015;16(2):279-90.
 386. Due P, Merlo J, Harel-Fisch Y, Damsgaard MT, soc Ms, Holstein BE, et al. Socioeconomic Inequality in Exposure to Bullying During Adolescence: A Comparative, Cross-Sectional, Multilevel Study in 35 Countries. *American Journal of Public Health* 2009;99(5):907-14.
 387. Due P, Damsgaard MT, Lund R, Holstein BE. Is bullying equally harmful for rich and poor children? A study of bullying and depression from age 15 to 27. *European Journal of Public Health* 2009;19(5):464-9.
 388. Sigurdson JF, Undheim AM, Wallander JL, Lydersen S, Sund AM. The long-term effects of being bullied or a bully in adolescence on externalizing and internalizing mental health problems in adulthood. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2015;9(1):42.
 389. Tippett N, Wolke D. Socioeconomic status and bullying: a meta-analysis. *American Journal of Public Health* 2014;104(6):e48-e59.
 390. Fekkes M, Pijpers FIM, Fredriks AM, Vogels T, Verloove-Vanhorick SP. Do Bullied Children Get Ill, or Do Ill Children Get Bullied? A Prospective Cohort Study on the Relationship Between Bullying and Health-Related Symptoms. *Pediatrics* 2006;117(5):1568-74.
 391. Arseneault L, Milne BJ, Taylor A, Adams F, Delgado K, Caspi A, et al. Being bullied as an environmentally mediated contributing factor to children's internalizing problems: a study of twins discordant for victimization. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2008;162(2):145-50.
 392. Arseneault L, Bowes L, Shakoor S. Bullying victimization in youths and mental health problems: 'Much ado about nothing'? *Psychological Medicine* 2010;40(5):717-29.
 393. Olweus D, Breivik K. Plight of Victims of School Bullying: The Opposite of Well-Being. I: Ben-Arieh A, Casas F, Frønes I, Korbin JE, red. *Handbook of Child Well-Being: Theories,*

- Methods and Policies in Global Perspective. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. s. 2593-616. Tilgjengelig fra: https://doi.org/10.1007/978-90-481-9063-8_100
394. Strøm IF, Aakvaag HF, Birkeland MS, Felix E, Thoresen S. The mediating role of shame in the relationship between childhood bullying victimization and adult psychosocial adjustment. *European Journal of Psychotraumatology* 2018;9(1):1418570.
 395. Varhama LM, Björkqvist K. Relation between school bullying during adolescence and subsequent long-term unemployment in adulthood in a Finnish sample. *Psychological Reports* 2005;96(2):269-72.
 396. Strøm IF, Thoresen S, Wentzel-Larsen T, Sagatun Å, Dyb G. A prospective study of the potential moderating role of social support in preventing marginalization among individuals exposed to bullying and abuse in junior high school. *Journal of Youth and Adolescence* 2014;43(10):1642-57.
 397. Pape H, Norström T, Rossow I. Adolescent drinking—a touch of social class? *Addiction* 2017;112(5):792-800.
 398. Pape H, Rossow I, Andreas JB, Norström T. Social class and alcohol use by youth: different drinking behaviors, different associations? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2018;79(1):132-6.
 399. Loring B. Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2014.
 400. Purshouse RC, Meier PS, Brennan A, Taylor KB, Rafia R. Estimated effect of alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model. *The Lancet* 2010;375(9723):1355-64.
 401. Holmes J, Meng Y, Meier PS, Brennan A, Angus C, Campbell-Burton A, et al. Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study. *The Lancet* 2014;383(9929):1655-64.
 402. Verdurmen JE, Koning IM, Vollebergh WA, van den Eijnden RJ, Engels RC. Risk moderation of a parent and student preventive alcohol intervention by adolescent and family factors: A cluster randomized trial. *Preventive Medicine* 2014;60:88-94.
 403. Caria MP, Faggiano F, Bellocco R, Galanti MR. The influence of socioeconomic environment on the effectiveness of alcohol prevention among European students: a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2011;11(1):312.
 404. NAV. Helt ledige: NAV [lest 20.03.2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Arbeidssokere+og+stillinger++statistikk/Helt+ledige>
 405. Vancea M, Utzet M. How unemployment and precarious employment affect the health of young people: A scoping study on social determinants. *Scandinavian Journal of Public Health* 2017;45(1):73-84.
 406. Perrino T, Beardslee W, Bernal G, Brincks A, Cruden G, Howe G, et al. Toward Scientific Equity for the Prevention of Depression and Depressive Symptoms in Vulnerable Youth. *Prevention Science* 2015;16(5):642-51.
 407. Gómez-García F, Ruano J, Aguilar-Luque M, Gay-Mimbrera J, Maestre-Lopez B, Sanz-Cabanillas J, et al. Systematic reviews and meta-analyses on psoriasis: role of funding sources, conflict of interest and bibliometric indices as predictors of methodological quality. *British Journal of Dermatology* 2017;176(6):1633-44.
 408. Klimo Jr P, Thompson CJ, Ragel BT, Boop FA. Methodology and reporting of meta-analyses in the neurosurgical literature: A review. *Journal of Neurosurgery* 2014;120(4):796-810.
 409. Samargandi OA, Hasan H, Thoma A. Methodologic quality of systematic reviews published in the plastic and reconstructive surgery literature: a systematic review. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2016;137(1):225e-36e.
 410. Genuneit J, Seibold AM, Apfelbacher CJ, Konstantinou GN, Koplin JJ, Grutta S, et al. The state of asthma epidemiology: an overview of systematic reviews and their quality. *Clinical and Translational Allergy* 2017;7(1):12.

411. Chapman S, Drake T, Bolton W, Barnard J, Bhangu A. Longitudinal analysis of reporting and quality of systematic reviews in high-impact surgical journals. *British Journal of Surgery* 2017;104(3):198-204.
412. Munthe-Kaas HM, Johansen S, Blaasvær N, Hammerstrøm KT, Nilsen W. Effekt av psykososiale tiltak for forebygging og behandling av depresjon og angst blant risikoutsatte barn og ungdommer. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2014/effekt-av-psykososiale-tiltak-for-forebygging-og-behandling-av-depresjon-og/>
413. Bellón JÁ, Moreno-Peral P, Motrico E, Rodríguez-Morejón A, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. Effectiveness of psychological and/or educational interventions to prevent the onset of episodes of depression: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Preventive Medicine* 2015;76 Suppl:S22-32.
414. Masters R, Anwar E, Collins B, Cookson R, Capewell S. Return on investment of public health interventions: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2017;71(8):827-34.
415. Campion J, Knapp M. The economic case for improved coverage of public mental health interventions. *The Lancet Psychiatry* 5(2):103-5.
416. Brownson RC, Fielding JE, Green LW. Building Capacity for Evidence-Based Public Health: Reconciling the Pulls of Practice and the Push of Research. *Annual Review of Public Health* 2018;39(1):27-53.
417. Victora CG, Habicht J-P, Bryce J. Evidence-Based Public Health: Moving Beyond Randomized Trials. *American Journal of Public Health* 2004;94(3):400-5.
418. Connelly JB. Evaluating complex public health interventions: theory, methods and scope of realist enquiry. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2007;13(6):935-41.
419. Cooper C, Lhussier M, Shucksmith J, Carr SM. Protocol for a realist review of complex interventions to prevent adolescents from engaging in multiple risk behaviours. *BMJ Open* 2017;7(9):e015477.
420. Bonell C, Fletcher A, Morton M, Lorenc T, Moore L. Realist randomised controlled trials: A new approach to evaluating complex public health interventions. *Social Science & Medicine* 2012;75(12):2299-306.
421. Tanner-Smith EE, Grant S. Meta-Analysis of Complex Interventions. *Annual Review of Public Health* 2018;39:135-51.
422. Higgins JPT, Altman DG, Sterne JAC. Assessing risk of bias in included studies. I: Higgins JPT, Green S, red. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* 2011.
423. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology* 2008;41(3-4):327-50.
424. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017;358:j4008.
425. Hart R. Children's participation: From tokenism to citizenship. UNICEF; 1992. *Innocenti Essays*. 4.
426. Shier H. Pathways to participation: Openings, opportunities, and obligations. *Children & Society* 2001;15:107-17.
427. Patton G, Temmerman M. Evidence and Evidence Gaps in Adolescent Health. *Journal of Adolescent Health* 2017;59(4):S1-S3.
428. Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology* 2002;31(2):285-93.
429. Kudlová E. Life cycle approach to child and adolescent health. *Central European Journal of Public Health* 2004;12(3):166-70.

Vedlegg

Vedlegg A: Søkestrategi SES

Tiltak for å utjevne sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse for barn og ungdom

Kontaktperson: Leif Aarø
Søk: Marita Heintz
Kommentar:
Dublettsjekk i EndNote Før dublettkontroll:
 Etter dublettkontroll:

Database: Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>

Dato: 12. September 2017

Antall treff: 1106 (994 uten interne dubletter)

1	Mental Health/ or Mental Disorders/	180634
2	((psychiatric* adj (disorder? or diagnosis)) or (mental adj1 (disorder? or health or hygiene or wellbeing or "well being" or distress)) or (psychologic* adj (disorder? or wellbeing or "well being" or distress or complaint*))).tw.	198849
3	"Quality of Life"/	161641
4	((Subjective adj3 ("quality of life" or "life quality" or QOL or HRQL or wellbeing or "well being")) or SQOL).tw.	4762
5	Depression/ or Depressive Disorder/ or Depressive Disorder, Major/ or Depressive Disorder, Treatment-Resistant/ or Dysthymic Disorder/ or Premenstrual Dysphoric Disorder/	187806
6	(Depression* or Melanchol* or dysthymia or dysforia or Dysphoria or cothymia or (Depressive adj1 (Symptom* or Emotional or Disorder* or Neurosis or Neuroses or Syndrome* or Major or disease* or episode* or illness or "personality disorder*" or state or reaction)) or ((mourning or Perry*) adj1 syndrom*) or (Involuntal adj1 (Psychosis or Psychoses or Paraphrenia*)) or (Dysthymic adj1 (Disorder* or Premenstrual)) or (mental adj1 (anorexia or fatigue))).tw.	324178

7	Anxiety/ or Anxiety Disorders/ or Agoraphobia/ or Anxiety, Separation/ or Neurotic Disorders/ or Panic Disorder/ or panic/ or Phobic Disorders/ or Phobia, Social/	126944
8	(Anxiety or Anxieties or Angst or panic* or Hypervigilance or Nervousness or Agoraphobia* or Psychoneuroses or Neuroses or Neurosis or "Phobic Disorder*" or "phobic reaction" or Phobia* or Claustrophobia* or "asthenic syndrom*" or neophobia or psychasthenia or Arachnophobia or Psychoneurosis or Acrophobia or Ophidiophobia or neuroticism or parapathia or psychoneurotic or (neurotic adj1 (disorder* or disturbance* or onset or reaction or syndrom* or tendenc*))) .tw.	188227
9	Conduct Disorder/ or Child Behavior Disorders/ or aggression/ or problem behavior/	54064
10	((((behavior* or behaviour* or conduct or delinquency or attention) adj1 (problem* or disorder? or antisocial or disruptive or dysfunction* or aberra* or disturbance? or deviant or aggressive)) or externalizing or agresion? or "neurobehavioral manifestation?").tw.	61970
11	or/1-10	951906
12	*Socioeconomic Factors/ or *Educational Status/ or *Income/ or exp *Poverty/ or *Social Class/ or *Social Conditions/ or *Health Status Disparities/ or *"Social Determinants of Health"/ or *Hierarchy, Social/ or *Social Marginalization/ or *Healthcare Disparities/ or *Health Equity/	69331
13	adolescent/ or exp child/ or exp peditrics/ or exp students/ or exp infant/	3455907
14	12 and 13	23080
15	(((((social or socioeconomic or socio economic or income or education*) adj2 (inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*)) or low education* level? or low level education*) adj5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy? or girl? or kid? or juvenil* or under?age* or teen? or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant? or Suckling? or newborn? or neonate* or toddler*))).tw.	1472
16	(((((socioeconomic or socio economic) adj1 (risk factor* or characteristic* or status* or position* or context* or aspect* or deprivation* or background* or condition* or composition*)) or SES or housing condition? or poverty) adj5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy? or girl? or kid? or juvenil* or under?age* or teen? or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant? or Suckling? or newborn? or neonate* or toddler*))).tw.	9033
17	((healthcare or health care or health) adj1 (inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*) adj5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or	1054

	paediatric* or boy? or girl? or kid? or juvenil* or under?age* or teen? or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant? or Suckling? or newborn? or neonate* or toddler*).tw.	
18	((geographic* or geografic* or area based or areabased or communit* or municip* or neighbourhood? or local or county or counties or city or cities or metropolitan) adj1 (inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*) adj5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy? or girl? or kid? or juvenil* or under?age* or teen? or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant? or Suckling? or newborn? or neonate* or toddler*).tw.	476
19	((socio demographic* or sociodemographic* or socio demografic* or sociodemografic*) adj2 (risk factor* or characteristic* or context* or distribution* or inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*) adj5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy? or girl? or kid? or juvenil* or under?age* or teen? or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant? or Suckling? or newborn? or neonate* or toddler*).tw.	795
20	(((((spatial or geographic* or geografic* or area based or areabased or social area) adj1 (distribution* or clustering)) or geospatial method* or geo spatial method*) adj5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy? or girl? or kid? or juvenil* or under?age* or teen? or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant? or Suckling? or newborn? or neonate* or toddler*).tw.	312
21	or/14-20	32748
22	intervention studies/ or exp Program Evaluation/	69198
23	(prevent* or project* or approach* or "strategy" or "strategies" or effort* or outreach* or activit* or program* or intervention* or implement* or initiat*).tw.	7170729
24	22 or 23	7187104
25	11 and 21 and 24	2259
26	limit 25 to yr="2012 -Current"	1106

Database: Embase <1974 to 2017 September 11>

Dato: 12. september 2017

Antall treff: 783 (730 uten interne dubletter)

1	exp mental health/ or psychiatric diagnosis/ or mental disease/	317670
2	((psychiatric* adj (disorder? or diagnosis)) or (mental adj1 (disorder? or health or hygiene or wellbeing or "well being" or distress)) or (psychologic* adj (disorder? or wellbeing or "well being" or distress or complaint*))).tw.	243267
3	"quality of life"/	366048
4	((Subjective adj3 ("quality of life" or "life quality" or QOL or HRQL or wellbeing or "well being")) or SQOL).tw.	5896
5	depression/ or major depression/ or treatment resistant depression/ or dysthymia/ or premenstrual dysphoric disorder/ or agitated depression/ or atypical depression/ or dysphoria/ or endogenous depression/ or involuntal depression/ or late life depression/ or masked depression/ or melancholia/ or "mixed anxiety and depression"/ or "mixed depression and dementia"/ or mourning syndrome/ or perinatal depression/ or Perry syndrome/ or postoperative depression/ or reactive depression/ or recurrent brief depression/	363850
6	(Depression* or Melanchol* or dysthymia or dysforia or Dysphoria or cothymia or (Depressive adj1 (Symptom* or Emotional or Disorder* or Neurosis or Neuroses or Syndrome* or Major or disease* or episode* or illness or "personality disorder*" or state or reaction)) or ((mourning or Perry*) adj1 syndrom*) or (Involuntal adj1 (Psychosis or Psychoses or Paraphrenia*)) or (Dysthymic adj1 (Disorder* or Premenstrual)) or (mental adj1 (anorexia or fatigue))).tw.	420235
7	anxiety/ or anxiety disorder/ or anxiety neurosis/ or agoraphobia/ or separation anxiety/ or neurosis/ or panic/ or phobia/ or social phobia/ or generalized anxiety disorder/ or claustrophobia/ or neophobia/ or psychasthenia/	273040
8	(Anxiety or Anxieties or Angst or panic* or Hypervigilance or Nervousness or Agoraphobia* or Psychoneuroses or Neuroses or Neurosis or "Phobic Disorder*" or "phobic reaction" or Phobia* or Claustrophobia* or "asthenic syndrom*" or neophobia or psychasthenia or Arachnophobia or Psychoneurosis or Acrophobia or Ophidiophobia or neuroticism or parapathia or psychoneurotic or (neurotic adj1 (disorder* or disturbance* or onset or reaction or syndrom* or tendenc*))).tw.	250245
9	behavior disorder/ or problem behavior/ or disruptive behavior/ or aggression/ or conduct disorder/ or antisocial behavior/	109676

10	((behavior* or behaviour* or conduct or delinquency or attention) adj1 (problem* or disorder? or antisocial or disruptive or dysfunction* or aberra* or disturbance? or deviant or aggressive)) or externalizing or aggresion? or "neurobehavioral manifestation?").tw.	76597
11	or/1-10	1426554
12	*socioeconomics/ or *educational status/ or *lowest income group/ or *poverty/ or *social background/ or *social status/ or *social class/ or *health disparity/ or *"social determinants of health"/ or *health care disparity/ or *social exclusion/ or *social dominance/ or *income/ or *health equity/ or *geographic distribution/	81425
13	exp Child/ or Boy/ or Girl/ or Childhood/ or exp Adolescence/ or exp Adolescent/ or student/ or exp newborn/ or pediatrics/	3310957
14	12 and 13	21081
15	(((((social or socioeconomic or socio economic or income or education*) adj2 (inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*)) or low education* level? or low level education*) adj5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy? or girl? or kid? or juvenil* or under?age* or teen? or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant? or Suckling? or newborn? or neonate* or toddler*))).tw.	1572
16	(((((socioeconomic or socio economic) adj1 (risk factor* or characteristic* or status* or position* or context* or aspect* or deprivation* or background* or condition* or composition*)) or SES or housing condition? or poverty) adj5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy? or girl? or kid? or juvenil* or under?age* or teen? or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant? or Suckling? or newborn? or neonate* or toddler*))).tw.	9952
17	((healthcare or health care or health) adj1 (inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*) adj5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy? or girl? or kid? or juvenil* or under?age* or teen? or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant? or Suckling? or newborn? or neonate* or toddler*))).tw.	1170
18	((geographic* or geografic* or area based or areabased or communit* or municip* or neighbourhood? or local or county or counties or city or cities or metropolitan) adj1 (inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*) adj5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy? or girl? or kid? or juvenil* or under?age* or	541

	teen? or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant? or Suckling? or newborn? or neonate* or toddler*)).tw.	
19	((socio demographic* or sociodemographic* or socio demografic* or sociodemografic*) adj2 (risk factor* or characteristic* or context* or distribution* or inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*) adj5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy? or girl? or kid? or juvenil* or under?age* or teen? or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant? or Suckling? or newborn? or neonate* or toddler*)).tw.	943
20	(((((spatial or geographic* or geografic* or area based or areabased or social area) adj1 (distribution* or clustering)) or geospatial method* or geo spatial method*) adj5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy? or girl? or kid? or juvenil* or under?age* or teen? or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant? or Suckling? or newborn? or neonate* or toddler*)).tw.	332
21	or/14-20	31876
22	intervention studies/ or exp Program Evaluation/ or "prevention and control"/ or prevention/	274881
23	(prevent* or project* or approach* or "strategy" or "strategies" or effort* or outreach* or activit* or program* or intervention* or implement* or initiat*).tw.	8611022
24	22 or 23	8715408
25	11 and 21 and 24	2269
26	limit 25 to yr="2012 -Current"	1177
27	Elsevier.cr.	22726343
28	26 and 27	783

Database: PsycINFO 1806 to September Week 1 2017

Dato: 12. september 2017

Antall treff: 707 (704 uten interne dubletter)

1	Mental Health/ or Mental Disorders/ or Well Being/	155450
2	((psychiatric* adj (disorder? or diagnosis)) or (mental adj1 (disorder? or health or hygiene or wellbeing or "well being" or distress)) or (psychologic* adj (disorder? or wellbeing or "well being" or distress or complaint*))).tw.	263952
3	"quality of life"/	35216
4	((Subjective adj3 ("quality of life" or "life quality" or QOL or HRQL or wellbeing or "well being")) or SQOL).tw.	7459
5	"Depression (Emotion)"/ or Major Depression/ or Treatment Resistant Depression/ or Dysthymic Disorder/ or Premenstrual Dysphoric Disorder/ or Atypical Depression/ or Endogenous Depression/ or Reactive Depression/ or Recurrent Depression/ or Anaclitic Depression/	133529
6	(Depression* or Melanchol* or dysthymia or dysphoria or Dysphoria or cothymia or (Depressive adj1 (Symptom* or Emotional or Disorder* or Neurosis or Neuroses or Syndrome* or Major or disease* or episode* or illness or "personality disorder*" or state or reaction)) or ((mourning or Perry*) adj1 syndrom*) or (Involutional adj1 (Psychosis or Psychoses or Paraphrenia*)) or (Dysthymic adj1 (Disorder* or Premenstrual)) or (mental adj1 (anorexia or fatigue))).tw.	248583
7	anxiety/ or anxiety disorders/ or agoraphobia/ or Separation Anxiety/ or Separation Anxiety Disorder/ or exp neurosis/ or panic attack/ or panic disorder/ or panic/ or phobias/ or Social Phobia/ or social anxiety/ or Generalized Anxiety Disorder/ or Claustrophobia/ or neophobia/ or Acrophobia/ or Ophidiophobia/ or School Phobia/	96002
8	(Anxiety or Anxieties or Angst or panic* or Hypervigilance or Nervousness or Agoraphobia* or Psychoneuroses or Neuroses or Neurosis or "Phobic Disorder*" or "phobic reaction" or Phobia* or Claustrophobia* or "asthenic syndrom*" or neophobia or psychasthenia or Arachnophobia or Psychoneurosis or Acrophobia or Ophidiophobia or neuroticism or parapathia or psychoneurotic or (neurotic adj1 (disorder* or disturbance* or onset or reaction or syndrom* or tendenc*))).tw.	215845
9	Conduct Disorder/ or Aggressive Behavior/ or Behavior Disorders/ or Behavior Problems/ or Antisocial Behavior/	60208
10	((((behavior* or behaviour* or conduct or delinquency or attention) adj1 (problem* or disorder? or antisocial or disruptive or dysfunction* or aberra* or disturbance? or deviant or aggressive)) or externalizing or aggression? or "neurobehavioral manifestation?").tw.	95810
11	or/1-10	760769

12	exp *socioeconomic status/ or *income level/ or *lower income level/ or *health disparities/ or *marginalization/	37273
13	Students/ or College Students/ or exp Elementary School Students/ or Graduate Students/ or High School Students/ or Junior High School Students/ or Kindergarten Students/ or exp Preschool Students/ or Reentry Students/ or Special Education Students/ or Transfer Students/	185693
14	12 and 13	2777
15	(((social or socioeconomic or socio economic or income or education*) adj2 (inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*)) or low education* level? or low level education*) adj5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy? or girl? or kid? or juvenil* or under?age* or teen? or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant? or Suckling? or newborn? or neonate* or toddler*)).tw.	1777
16	(((socioeconomic or socio economic) adj1 (risk factor* or characteristic* or status* or position* or context* or aspect* or deprivation* or background* or condition* or composition*)) or SES or housing condition? or poverty) adj5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy? or girl? or kid? or juvenil* or under?age* or teen? or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant? or Suckling? or newborn? or neonate* or toddler*)).tw.	12061
17	((healthcare or health care or health) adj1 (inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*) adj5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy? or girl? or kid? or juvenil* or under?age* or teen? or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant? or Suckling? or newborn? or neonate* or toddler*)).tw.	751
18	((geographic* or geografic* or area based or areabased or communit* or municip* or neighbourhood? or local or county or counties or city or cities or metropolitan) adj1 (inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*) adj5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy? or girl? or kid? or juvenil* or under?age* or teen? or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant? or Suckling? or newborn? or neonate* or toddler*)).tw.	276
19	((socio demographic* or sociodemographic* or socio demografic* or sociodemografic*) adj2 (risk factor* or characteristic* or context* or distribution* or inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*) adj5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy? or girl? or kid? or juvenil* or under?age* or teen? or minor* or	603

	pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant? or Suckling? or newborn? or neonate* or toddler*))).tw.	
20	(((((spatial or geographic* or geografic* or area based or areabased or social area) adj1 (distribution* or clustering)) or geospatial method* or geo spatial method*) adj5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy? or girl? or kid? or juvenil* or under?age* or teen? or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant? or Suckling? or newborn? or neonate* or toddler*))).tw.	61
21	or/14-20	17211
22	Intervention/ or prevention/ or exp Program Evaluation/	93466
23	(prevent* or project* or approach* or "strategy" or "strategies" or effort* or outreach* or activit* or program* or intervention* or implement* or initiat*).tw.	1694065
24	22 or 23	1696201
25	11 and 21 and 24	1652
26	limit 25 to yr="2012 -Current"	707

Database: ISI Web of Science

Dato: 12. september 2017

Antall treff: 606

# 16	606	#14 AND #13 AND #6 <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=2012-2017</i>
# 15	1,177	#14 AND #13 AND #6 <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=All years</i>
# 14	9,823,565	TOPIC: (("prevent*" or "project*" or "approach*" or "strategy" or "strategies" or "effort*" or "outreach*" or "activit*" or "program*" or "intervention*" or "implement*" or "initiat*")) <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=All years</i>
# 13	14,876	#12 OR #11 OR #10 OR #9 OR #8 OR #7 <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=All years</i>

# 12	459	<p>TOPIC: (((("spatial" or "geographic*" or "geografic*" or "area based" or "areabased" or "social area") NEAR/0 ("distribution*" or "clustering*")) or "geospatial method*" or "geo spatial method*") NEAR/4 ("child*" or "adolescen*" or "preadolescent*" or "pediatric*" or "paediatric*" or "boy\$" or "girl\$" or "kid\$" or "juvenil*" or "under\$age*" or "teen\$" or "minor*" or "pubescen*" or "young people" or "young person*" or "youth*" or "student*" or "infant\$" or "Suckling\$" or "newborn\$" or "neonate*" or "toddler*"))</p> <p><i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=All years</i></p>
# 11	781	<p>TOPIC: (((("socio demographic*" or "sociodemographic*" or "socio demografic*" or "sociodemografic*") NEAR/1 ("risk factor*" or "characteristic*" or "context*" or "distribution*" or "inequalit*" or "difference*" or "disparit*" or "diversit*" or "diverse" or "variation*" or "variabilit*") NEAR/4 ("child*" or "adolescen*" or "preadolescent*" or "pediatric*" or "paediatric*" or "boy\$" or "girl\$" or "kid\$" or "juvenil*" or "under\$age*" or "teen\$" or "minor*" or "pubescen*" or "young people" or "young person*" or "youth*" or "student*" or "infant\$" or "Suckling\$" or "newborn\$" or "neonate*" or "toddler*"))</p> <p><i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=All years</i></p>
# 10	390	<p>TOPIC: (((("geographic*" or "geografic*" or "area based" or "areabased" or "communit*" or "municip*" or "neighbourhood\$" or "local" or "county" or "counties" or "city" or "cities" or "metropolitan") NEAR/0 ("inequalit*" or "difference*" or "disparit*" or "diversit*" or "diverse" or "variation*" or "variabilit*") NEAR/4 ("child*" or "adolescen*" or "preadolescent*" or "pediatric*" or "paediatric*" or "boy\$" or "girl\$" or "kid\$" or "juvenil*" or "under\$age*" or "teen\$" or "minor*" or "pubescen*" or "young people" or "young person*" or "youth*" or "student*" or "infant\$" or "Suckling\$" or "newborn\$" or "neonate*" or "toddler*"))</p> <p><i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=All years</i></p>
# 9	921	<p>TOPIC: (((("healthcare" or "health care" or "health") NEAR/0 ("inequalit*" or "difference*" or "disparit*" or "diversit*" or "diverse" or "variation*" or "variabilit*") NEAR/4 ("child*" or "adolescen*" or "preadolescent*" or "pediatric*" or "paediatric*" or "boy\$" or "girl\$" or "kid\$" or "juvenil*" or "under\$age*" or "teen\$" or "minor*" or "pubescen*" or "young people" or "young person*" or "youth*" or "student*" or "infant\$" or "Suckling\$" or "newborn\$" or "neonate*" or "toddler*"))</p> <p><i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=All years</i></p>
# 8	10,964	<p>TOPIC: (((("socioeconomic" or "socio economic") NEAR/0 ("risk factor*" or "characteristic*" or "status*" or "position*" or "context*" or "aspect*" or "deprivation*" or "background*" or "condition*" or "composition*")) or "SES" or "housing condition\$" or "poverty") NEAR/4 ("child*" or "adolescen*" or "preadolescent*" or "pediatric*" or "paediatric*" or "boy\$" or "girl\$" or "kid\$" or "juvenil*" or "under\$age*" or "teen\$" or "minor*" or "pubescen*" or "young people" or "young person*" or "youth*" or "student*" or "infant\$" or "Suckling\$" or "newborn\$" or "neonate*" or "toddler*"))</p> <p><i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=All years</i></p>
# 7	1,871	<p>TOPIC: (((("social" or "socioeconomic" or "socio economic" or "income" or "education*") NEAR/1 ("inequalit*" or "difference*" or "disparit*" or "diversit*" or "diverse" or "variation*" or "variabilit*")) or "low education* level\$" or "low level education*") NEAR/4 ("child*" or "adolescen*" or "preadolescent*" or "pediatric*" or "paediatric*" or "boy\$" or "girl\$" or "kid\$" or "juvenil*" or "under\$age*" or "teen\$" or "minor*" or "pubescen*" or "young people" or "young person*" or "youth*" or "student*" or "infant\$" or "Suckling\$" or "newborn\$" or "neonate*" or "toddler*"))</p>

		<i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=All years</i>
# 6	724,652	#5 OR #4 OR #3 OR #2 OR #1 <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=All years</i>
# 5	51,029	TOPIC: (((("behavior*" or "behaviour*" or "conduct" or "delinquency" or "attention") NEAR/0 ("problem*" or "disorder\$" or "antisocial" or "disruptive" or "dysfunction*" or "aberra*" or "disturbance\$" or "deviant" or "aggressive"))) or "externalizing" or "aggression\$" or "neurobehavioral manifestation\$")) <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=All years</i>
# 4	231,479	TOPIC: (("Anxiety" or "Anxieties" or "Angst" or "panic*" or "Hypervigilance" or "Nervousness" or "Agoraphobia*" or "Psychoneuroses" or "Neuroses" or "Neurosis" or "Phobic Disorder*" or "phobic reaction" or "Phobia*" or "Claustrophobia*" or "asthenic syndrom*" or "neophobia" or "psychasthenia" or "Arachnophobia" or "Psychoneurosis" or "Acrophobia" or "Ophidiophobia" or "neuroticism" or "parapathia" or "psychoneurotic" or ("neurotic" NEAR/0 ("disorder*" or "disturbance*" or "onset" or "reaction" or "syndrom*" or "tendenc*")))) <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=All years</i>
# 3	409,378	TOPIC: (("Depression*" or "Melanchol*" or "dysthymia" or "dysforia" or "Dysphoria" or "cothymia" or ("Depressive" NEAR/0 ("Symptom*" or "Emotional" or "Disorder*" or "Neurosis" or "Neuroses" or "Syndrome*" or "Major" or "disease*" or "episode*" or "illness" or "personality disorder*" or "state" or "reaction"))) or (("mourning" or "Perry*") NEAR/0 "syndrom*") or ("Involutional" NEAR/0 ("Psychosis" or "Psychoses" or "Paraphrenia*")) or ("Dysthymic" NEAR/0 ("Disorder*" or "Premenstrual")) or ("mental" NEAR/0 ("anorexia" or "fatigue")))) <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=All years</i>
# 2	7,736	TOPIC: (((("Subjective" NEAR/2 ("quality of life" or "life quality" or "QOL" or "HRQL" or "wellbeing" or "well being"))) or "SQOL")) <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=All years</i>
# 1	228,362	TOPIC: (((("psychiatric*" NEAR/0 ("disorder\$" or "diagnosis")) or ("mental" NEAR/0 ("disorder\$" or "health" or "hygiene" or "wellbeing" or "well being" or "distress"))) or ("psychologic*" NEAR/0 ("disorder\$" or "wellbeing" or "well being" or "distress" or "complaint*")))) <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=All years</i>

Database: Cochrane Database of Systematic Reviews : Issue 9 of 12, September 2017, Database of Abstracts of Reviews of Effect : Issue 2 of 4, April 2015, Cochrane Central Register of Controlled Trials : Issue 8 of 12, August 2017, NHS Economic Evaluation Database : Issue 2 of 4, April 2015, Health Technology Assessment Database : Issue 4 of 4, October 2016

Dato: 12. september 2017

Antall treff: 136 (alle fra trials)

ID	Search	Hits
#1	[mh ^"Mental Health"]	1096
#2	[mh ^"Mental Disorders"]	2846
#3	((psychiatric* next (disorder or disorders or diagnosis)) or (mental near/1 (disorder or disorders or health or hygiene or wellbeing or "well being" or distress)) or (psychologic* next (disorder or disorders or wellbeing or "well being" or distress or complaint*))) :ti,ab	13028
#4	((psychiatric* next (disorder or disorders or diagnosis)) or (mental near/1 (disorder or disorders or health or hygiene or wellbeing or "well being" or distress)) or (psychologic* next (disorder or disorders or wellbeing or "well being" or distress or complaint*))) in Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	1924
#5	[mh ^"Quality of Life"]	20333
#6	((Subjective near/3 ("quality of life" or "life quality" or QOL or HRQL or wellbeing or "well being")) or SQOL):ti,ab,kw	673
#7	((Subjective near/3 ("quality of life" or "life quality" or QOL or HRQL or wellbeing or "well being")) or SQOL) in Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	23
#8	[mh ^Depression]	7307
#9	[mh ^"Depressive Disorder"]	5216
#10	[mh ^"Depressive Disorder, Major"]	3229
#11	[mh ^"Depressive Disorder, Treatment-Resistant"]	152
#12	[mh ^"Dysthymic Disorder"]	156
#13	[mh ^"Premenstrual Dysphoric Disorder"]	5
#14	(Depression* or Melanchol* or dysthymia or dysforia or Dysphoria or cothymia or (Depressive near/1 (Symptom* or Emotional or Disorder* or Neurosis or Neuroses or Syndrome* or Major or disease* or episode* or illness or "personality disorder*" or state or reaction)) or ((mourning or Perry*) near/1 syndrom*) or (Involuntional near/1 (Psychosis or Psychoses or Paraphrenia*)) or (Dysthymic near/1 (Disorder* or Premenstrual)) or (unipolar near/1 disorder*) or (mental near/1 (anorexia or fatigue))) :ti,ab	42576
#15	(Depression* or Melanchol* or dysthymia or dysforia or Dysphoria or cothymia or (Depressive near/1 (Symptom* or Emotional or Disorder* or Neurosis or Neuroses or Syndrome* or Major or disease* or episode* or illness or "personality disorder*" or state or reaction)) or ((mourning or Perry*) near/1 syndrom*) or (Involuntional near/1 (Psychosis or Psychoses or Paraphrenia*)) or (Dysthymic near/1 (Disorder* or Premenstrual)) or (unipolar near/1 disorder*) or (mental near/1 (anorexia or fatigue))) in Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	2544
#16	[mh ^Anxiety]	6204
#17	[mh ^"Anxiety Disorders"]	2470
#18	[mh ^Agoraphobia]	395
#19	[mh ^"Anxiety, Separation"]	63
#20	[mh ^"Neurotic Disorders"]	299
#21	[mh ^"Panic Disorder"]	828
#22	[mh ^panic]	263
#23	[mh ^"Phobic Disorders"]	984
#24	[mh ^"Phobia, Social"]	18

#25	(Anxiety or Anxieties or Angst or panic* or Hypervigilance or Nervousness or Agoraphobia* or Psychoneuroses or Neuroses or Neurosis or "Phobic Disorder*" or "phobic reaction" or Phobia* or Claustrophobia* or "asthenic syndrom*" or neophobia or psychasthenia or Arachnophobia or Psychoneurosis or Acrophobia or Ophidiophobia or neuroticism or parapathia or psychoneurotic or (neurotic near/1 (disorder* or disturbance* or onset or reaction or syndrom* or tendenc*))) :ti,ab	26147
#26	(Anxiety or Anxieties or Angst or panic* or Hypervigilance or Nervousness or Agoraphobia* or Psychoneuroses or Neuroses or Neurosis or "Phobic Disorder*" or "phobic reaction" or Phobia* or Claustrophobia* or "asthenic syndrom*" or neophobia or psychasthenia or Arachnophobia or Psychoneurosis or Acrophobia or Ophidiophobia or neuroticism or parapathia or psychoneurotic or (neurotic near/1 (disorder* or disturbance* or onset or reaction or syndrom* or tendenc*))) in Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	1477
#27	{or #1-#26}	88808
#28	[mh ^"Socioeconomic Factors"]	2952
#29	[mh ^"Educational Status"]	1353
#30	[mh ^Income]	289
#31	[mh Poverty]	1416
#32	[mh ^"Social Class"]	594
#33	[mh ^"Social Conditions"]	22
#34	[mh ^"Health Status Disparities"]	147
#35	[mh ^"Social Determinants of Health"]	11
#36	[mh ^"Hierarchy, Social"]	14
#37	[mh ^"Social Marginalization"]	7
#38	[mh ^"Healthcare Disparities"]	181
#39	[mh ^"Health Equity"]	2
#40	[mh ^adolescent]	91600
#41	[mh child]	244
#42	[mh pediatrics]	671
#43	[mh students]	3381
#44	[mh infant]	15301
#45	{or #28-#39}	6210
#46	{or #40-#44}	108071
#47	#45 and #46	1927
#48	(((((social or socioeconomic or "socio economic" or income or education*) near/2 (inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*) or (("low educational" or "low education") next level*) or ("low level" next education*)) near/5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy or boys or girl or girls or kid or kids or juvenil* or "under age*" or underage* or teen or teens or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant or infants or Suckling or Sucklings or newborn or newborns or neonate* or toddler*))) :ti,ab	35
#49	(((((social or socioeconomic or "socio economic" or income or education*) near/2 (inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*) or (("low educational" or "low education") next level*) or ("low level" next education*)) near/5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy or boys or girl or girls or kid or kids or juvenil* or "under age*" or underage* or teen or teens or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant or infants or Suckling or Sucklings	5

	or newborn or newborns or neonate* or toddler*)) in Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	
#50	((((socioeconomic or "socio economic") near/1 ("risk factor" or "risk factors" or characteristic* or status* or position* or context* or aspect* or deprivation* or background* or condition* or composition*)) or SES or "housing condition" or "housing conditions" or poverty) near/5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy or boys or girl or girls or kid or kids or juvenil* or "under age*" or underage* or teen or teens or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant or infants or Suckling or Sucklings or newborn or newborns or neonate* or toddler*)):ti,ab	355
#51	((((socioeconomic or "socio economic") near/1 ("risk factor" or "risk factors" or characteristic* or status* or position* or context* or aspect* or deprivation* or background* or condition* or composition*)) or SES or "housing condition" or "housing conditions" or poverty) near/5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy or boys or girl or girls or kid or kids or juvenil* or "under age*" or underage* or teen or teens or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant or infants or Suckling or Sucklings or newborn or newborns or neonate* or toddler*)) in Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	30
#52	((((healthcare or "health care" or health) near/1 (inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*)) near/5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy or boys or girl or girls or kid or kids or juvenil* or "under age*" or underage* or teen or teens or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant or infants or Suckling or Sucklings or newborn or newborns or neonate* or toddler*)):ti,ab	31
#53	((((healthcare or "health care" or health) near/1 (inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*)) near/5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy or boys or girl or girls or kid or kids or juvenil* or "under age*" or underage* or teen or teens or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant or infants or Suckling or Sucklings or newborn or newborns or neonate* or toddler*)) in Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	15
#54	((((geographic* or geografic* or "area based" or areabased or communit* or municip* or neighbourhood* or local or county or counties or city or cities or metropolitan) near/1 (inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*)) near/5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy or boys or girl or girls or kid or kids or juvenil* or "under age*" or underage* or teen or teens or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant or infants or Suckling or Sucklings or newborn or newborns or neonate* or toddler*)):ti,ab	16
#55	((((geographic* or geografic* or "area based" or areabased or communit* or municip* or neighbourhood* or local or county or counties or city or cities or metropolitan) near/1 (inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*)) near/5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy or boys or girl or girls or kid or kids or juvenil* or "under age*" or underage* or teen or teens or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant or	0

	infants or Suckling or Sucklings or newborn or newborns or neonate* or toddler*) in Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	
#56	(((((socio next demographic*) or (socio next demografic*) or sociodemographic* or sociodemografic*) near/2 ("risk factor" or "risk factors" or characteristic* or context* or distribution* or inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*)) near/5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy or boys or girl or girls or kid or kids or juvenil* or "under age*" or underage* or teen or teens or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant or infants or Suckling or Sucklings or newborn or newborns or neonate* or toddler*)):ti,ab	26
#57	(((((socio next demographic*) or (socio next demografic*) or sociodemographic* or sociodemografic*) near/2 ("risk factor" or "risk factors" or characteristic* or context* or distribution* or inequalit* or difference* or disparit* or diversit* or diverse or variation* or variabilit*)) near/5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy or boys or girl or girls or kid or kids or juvenil* or "under age*" or underage* or teen or teens or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant or infants or Suckling or Sucklings or newborn or newborns or neonate* or toddler*)) in Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	1
#58	(((((spatial or geographic* or geografic* or "area based" or areabased or "social area") near/1 (distribution* or clustering or autocorrelation* or correlation* or analys* or epidemiolog*)) or (geospatial next method*) or ("geo spatial" next method*)) near/5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy or boys or girl or girls or kid or kids or juvenil* or "under age*" or underage* or teen or teens or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant or infants or Suckling or Sucklings or newborn or newborns or neonate* or toddler*)):ti,ab	6
#59	(((((spatial or geographic* or geografic* or "area based" or areabased or "social area") near/1 (distribution* or clustering or autocorrelation* or correlation* or analys* or epidemiolog*)) or (geospatial next method*) or ("geo spatial" next method*)) near/5 (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy or boys or girl or girls or kid or kids or juvenil* or "under age*" or underage* or teen or teens or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant or infants or Suckling or Sucklings or newborn or newborns or neonate* or toddler*)) in Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	1
#60	{or #47-#59}	2355
#61	[mh ^"intervention studies"]	0
#62	[mh "Program Evaluation"]	5877
#63	(prevent* or project* or approach* or strategy or strategies or effort* or outreach* or activit* or program* or intervention* or implement* or initiat*):ti,ab	374646
#64	(prevent* or project* or approach* or strategy or strategies or effort* or outreach* or activit* or program* or intervention* or implement* or initiat*) in Other Reviews, Technology Assessments and Economic Evaluations	36611
#65	{or #61-#64}	399034
#66	#27 and #47 and #65	280
#67	#27 and #47 and #65 Publication Year from 2012 to 2017	136

Database: Epistemonikos

Dato: 12. september 2017

Antall treff: 292 treff uten interne dubletter

(Depression* or Melanchol* or Depressive or Dysthymic or Dysphoric or Anxiet* or panic* or Phobic or Phobia or Neuroses or Neurosis or neurotic) AND (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy or boys or girl or girls or kid or kids or juvenil* or "under age" or underage* or teen or teens or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant or infants or Suckling or Sucklings or newborn or newborns or neonate* or toddler*) AND (((social OR socioeconomic OR "socio economic" OR income OR education*) AND (inequalit* OR difference* OR disparit* OR diversit* OR diverse OR variation* OR variabilit*)) OR "low educational level" OR "low educational levels" OR "low education level" OR "low education levels" OR "low level education" OR ((socioeconomic OR "socio economic") AND ("risk factor" OR "risk factors" OR characteristic* OR status* OR position* OR context* OR aspect* OR deprivation* OR background* OR condition* OR composition*)) OR SES OR "housing condition" OR "housing conditions" OR poverty) AND (prevent* or project* or approach* or "strategy" or "strategies" or effort* or outreach* or activit* or program* or intervention* or implement* or initiat*) = 213 treff

(Depression* or Melanchol* or Depressive or Dysthymic or Dysphoric or Anxiet* or panic* or Phobic or Phobia or Neuroses or Neurosis or neurotic) AND (child* or adolescen* or preadolescent* or pediatric* or paediatric* or boy or boys or girl or girls or kid or kids or juvenil* or "under age" or underage* or teen or teens or minor* or pubescen* or young people or young person* or youth* or student* or infant or infants or Suckling or Sucklings or newborn or newborns or neonate* or toddler*) AND (((healthcare OR "health care") AND (inequalit* OR difference* OR disparit* OR diversit* OR diverse OR variation* OR variabilit*)) OR ((geographic* OR "area based" OR areabased OR communit* OR municip* OR neighbourhood* OR local OR county OR counties OR city OR cities OR metropolitan) AND (inequalit* OR difference* OR disparit* OR diversit* OR diverse OR variation* OR variabilit*)) OR (("socio demographic" OR "socio demographics" OR "socio demographical" OR sociodemographic*) AND ("risk factor" OR "risk factors" OR characteristic* OR context* OR distribution* OR inequalit* OR difference* OR disparit* OR diversit* OR diverse OR variation* OR variabilit*)) OR ((spatial OR geographic* OR "area based" OR areabased OR "social area") AND (distribution* OR clustering OR autocorrelation* OR correlation* OR analys* OR epidemiolog*)) OR "geospatial method" OR "geospatial methodS" OR "geo spatial method" OR "geo spatial methods") AND (prevent* or project* or approach* or "strategy" or "strategies" or effort* or outreach* or activit* or program* or intervention* or implement* or initiat*) = 147 treff

Vedlegg B: Evidenstabeller

Psykisk helse som utfall: Familie

1) Townshend et al. (2016): The effectiveness of mindful parenting programs in promoting parents' and children's wellbeing: a systematic review

Populasjon	Barn mellom 0 og 18 år og deres foreldre som hadde fullført et foreldreprogram om oppmerksomt nærvær (mindful parenting program).
Tiltak	Foreldreprogram om oppmerksomt nærvær som hadde en minimum varighet av 1-2 timer ukentlig i 6 til 8 uker. Ledet av en kursleder med relevant opplæring.
Sammenligning	Randomiserte kontrollerte studier, kontroll eller venteliste.
Utfall	Hovedutfall var trivsel eller symptomer knyttet til internaliserende (depresjon, angst, stress) eller eksternaliserende plager (atferdsforstyrrelse) hos barn, ungdom eller foreldre. Andre utfall inkluderte, følelsesmessig regulering, kvaliteten på relasjonen mellom foreldre og barn, resiliens, og oppmerksomt nærvær.
Inkludert	Syv av 1232 studier ble inkludert. De 7 studiene var randomiserte kontrollerte studier.
Arena/Setting	Foreldreprogram om oppmerksomt nærvær.
Fulltekst tilgjengelig	http://journals.lww.com/jbisrir/Abstract/2016/03000/The_effectiveness_of_mindful_parenting_programs_in.12.aspx
Data	Systematisk review, metaanalyse var planlagt, men lot seg ikke gjennomføre.

Konklusjon i fritekst: Metaanalyse var ikke mulig grunnet stor grad av heterogenitet mellom studiene. Det er ikke tilstrekkelig evidens til å kunne konkludere hva angår effekten av foreldreprogram om oppmerksomt nærvær på barnas eller foreldrenes trivsel. Studiene som tilfredsstilte inklusjonskriteriene var kjennetegnet av mangler som for liten statistisk styrke, multipl testing, og bias knyttet til manglende blinding under implementering og vurdering.

2) Yap et al. (2016): Parents in prevention: A meta-analysis of randomized controlled trials of parenting interventions to prevent internalizing problems in children from birth to age 18

Populasjon	Randomiserte kontrollerte studier. Foreldrebaserte tiltak, for foreldre eller foresatte for barn mellom 0 og 18 år. Tiltaket var ment å forebygge internaliserende vansker hos barn (f.eks. symptomer på angst og depresjon).
Tiltak	Foreldrebaserte tiltak med mål om å bedre barnets psykiske helse. Indirekte påvirkning gjennom foreldre/foresattes atferd/relasjonelle forhold med barnet m.m.
Sammenligning	Ulike. Ingen behandling, minimumsintervensjoner (attention control group), og behandling som vanlig.
Utfall	Validerte mål på internaliserte problemer, mål på angst og depresjon minst 6 måneder etter tiltaket ble avsluttet.
Inkludert	Av 538 fulltekst-artikler, ble 66 artikler som omfattet 51 unike studier inkludert. Førtito av disse ble inkludert i metaanalysen.
Arena/Setting	Foreldrebaserte tiltak gjennomført (delivery format) enten individuelt (foreldre/familie), gruppebasert, hjemmebesøk eller ulike kombinasjoner av disse.
Fulltekst tilgjengelig	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735815301173?via%3Dihub
Data	Systematisk review og metaanalyse.

Konklusjon i fritekst: Sammenlignet med en rekke ulike sammenlignings situasjoner, reduserte foreldrebaserte tiltak internaliserte problemer hos barn, i minst 6 måneder etter tiltaket var avsluttet. Gjennomsnittlig effekt var svært liten for mål på generelle internaliserende og depresjon, og liten for symptomer på angst. Samlet effekt (pooled effect) for diagnostiserbar angst var signifikant og anslo numbers needed to treat (NNT) til å være 10. For diagnostiserbar depresjon var NNT 11, men den samlede effekten var ikke signifikant. Funnene i denne kunnskapsoppsummeringen understreker betydningen av og de mulige fordelene ved foreldrebaserte tiltak knyttet til psykisk helse.

3) Barlow et al. (2016): Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children

Populasjon	Randomiserte kontrollerte studier og kvasi-randomiserte studier. Målgruppen for tiltakene var spesifisert til unge barn, med eller uten emosjonelle vansker eller adferdsvansker. Tiltak ble inkludert dersom de var rettet mot foreldre (eller andre voksne definert som omsorgsperson) av barn mellom 0-3 år. Studier av tiltak rettet mot andre sykdommer eller vansker og studier med foreldre av tidligfødte barn eller fødselskomplikasjoner ble ekskludert. Tiltaket var ment å forebygge internaliserende og eksternaliserende vansker hos barn.
Tiltak	Foreldrebaserte tiltak med mål om å bedre barnets psykiske helse, uavhengig av teoretisk grunnlag. Studier av tiltak som også inkluderte en-til-en moduler ble ekskludert, med unntak av en til to henvendelser gjennom telefonkontakt for avklaringer eller forsterkning av innholdet i tiltaket.
Sammenligning	Ulike. Ingen behandling, minimumsintervensjoner (attention control group), og behandling som vanlig.
Utfall	Validerte mål på emosjonelle vansker og adferdsvansker (BSQ, BSID-II, CBQ, ECBI, CBCL, SDQ, BIQ, m.fl.)
Inkludert	Av 661 fulltekst-artikler, ble 30 artikler som omfattet 24 unike studier inkludert.
Arena/Setting	Studiene var fra USA, UK, Canada, Australia, Mexico, Peru. Tiltakene var baserte i lokale tjenestесentre, helsesentre og barnehagesettinger. Seks av studiene presiserte ikke setting for tiltaket.
Fulltekst tilgjengelig	http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003680.pub3/full
Data	Systematisk review og metaanalyse.

Konklusjon i fritekst: På foreldrerapporterte utfall ble det funnet dokumentasjon av lav metodisk kvalitet på at gruppebaserte foreldretiltak var bedre enn sammenligningene for emosjonelle vansker og atferdsvansker i etterkant av tiltaket. Det ble ikke observert effekter på lærerrapporterte utfall. For eksternaliserende vansker ble det funnet dokumentasjon av moderat kvalitet på effekter på foreldrerapporterte utfall i etterkant av tiltaket. Effektforskjellen var opprettholdt ved korttidsoppfølging. Ingen effekter ble observert på lærerrapporterte utfall. Det var ikke datagrunnlag for å gjøre metaanalyse av studier på internaliserende vansker, men enkeltstudiene som var inkluderte tydet ikke på sterke effekter av tiltakene. Funnene i denne kunnskapsoppsummeringen viser at gruppebaserte tiltak kan ha effekt for emosjonelle vansker og adferdsvansker hos unge barn.

Psykisk helse som utfall: Barnehage

4) Schindler et al. (2015): Maximizing the potential of early childhood education to prevent externalizing behavior problems. A meta-analysis

Populasjon	Studier av psykoedukative tiltak (early childhood education (ECE) for barn mellom fødsel og fem år, og som inkluderte mål på eksternerende atferdsproblemer.
Tiltak	Tre nivå av psykoedukative tiltak (ECE). Nivå 1 uten klart fokus, nivå 2 med klart fokus på sosial og emosjonell utvikling i bred forstand, og nivå 3 klart og intensivt fokus på sosial og emosjonell utvikling gjennom øving av barnas sosiale ferdigheter (social skills training) og/eller opplæring i atferdshåndtering hos omsorgspersoner (behavior management training).
Sammenligning	Ulike nivåer av psykoedukative tiltak, fra ingen tiltak (tiltak versus kontroll) til andre nivåer at tiltak (tiltak versus alternative tiltak).
Utfall	Eksternerende atferdsproblemer som aggresjon, forstyrrende, impulsiv eller hyperaktiv atferd. Målt med blant annet subskala på Child Behavior Checklist, observasjoner, eller laboratorie-baserte oppgaver.
Inkludert	31 inkluderte studier fra en omfattende amerikansk metanalytisk database som inkluderer evalueringer av ECE-tiltak publisert mellom 1960 og 2007.
Arena/Setting	Ulike arenaer, blant annet barnehager, ECE-sentre, familie, og førskole.
Fulltekst tilgjengelig	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022440515000163?via%3Dihub
Data	Systematisk søk i meta-analytisk database, samlet av 'the National Forum on Early Childhood Policy and Programs' (http://developingchild.harvard.edu/activities/forum/meta_analytic_database/).

Konklusjon i fritekst: Denne studien finner at nivå 2 og 3 tiltak hadde en effekt på reduksjon av eksternerende atferdsproblemer, sammenlignet med nivå 1 eller ingen tiltak. Nivå 3 tiltak hadde større effekt enn nivå 2, og de mest lovende tiltakene var nivå 3 tiltak som fokuserte på barnas sosiale ferdigheter – hvor det ble observert en reduksjon i atferdsproblemer tilsvarende ½ standardavvik sammenlignet med nivå 2 tiltak.

Psykisk helse som utfall: Skole

5) Werner-Seidler et al. (2017): School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis

Populasjon	Barn eller ungdom med en gjennomsnittlig alder mellom 5 og 19 år.
Tiltak	Skolebaserte tiltak. Manualbaserte psykologiske eller psykoedukative tiltaksprogram. Individrettede, grupperettede eller PC-baserte (computerised). For eventuelle mulikomponent program måtte mer enn 75% av programmet være av psykologisk eller psykoedukativ art. Både universelle og selektive tiltak inkludert.
Sammenligning	Randomiserte kontrollerte studier. Flere ulike typer: Ingen intervensjon kontrollgruppe, skole-som-vanlig kontrollgruppe, ventelistekontrollgruppe, eller alternativ kontrollsituasjon.
Utfall	Symptomer på depresjon og/eller angst. Målt både ved baseline og etter intervensjonen (posttest).
Inkludert	Nitti artikler av 219 artikler ble inkludert.
Arena/Setting	Skolebaserte tiltak.
Fulltekst tilgjengelig	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735815301409?via%3Dihub
Data	Systematisk review og metaanalyse.

Konklusjon i fritekst: Generelt var kvaliteten på de inkluderte studiene lav, og forskjellen mellom studiene var moderat. Små effektstørrelser for både depresjon og angst ble observert rett etter gjennomføring av programmene, og ved 12-måneders oppfølging. Selektive tiltak for depresjon var knyttet til større effektstørrelser sammenlignet med universelle tiltak. For angst ble det ikke observert en forskjell i effektstørrelser mellom selektive og universelle tiltak. Samlet sett gir resultatene grunnlag for å antyde at videreutvikling av skolebaserte program kan redusere sykdomsbyrden knyttet til psykisk helse og fremme folkehelseutfall.

6) Kidger et al. (2012): The Effect of the School Environment on the Emotional Health of Adolescents: A Systematic Review

Populasjon	Ungdom mellom 11 og 18 år. Kohortstudier eller kontrollerte tiltaksstudier. Psykisk helse som utfallsmål. Skolemiljø som eksponeringsvariabel eller mål for tiltaket.
Tiltak	For tiltaksstudier måtte målet for tiltaket være et aspekt ved skolemiljøet som var relatert til det strukturelle, miljømessige eller relasjonelle i skolehverdagen.
Sammenligning	Kontrollgruppe, ikke nærmere spesifisert.
Utfall	Flere ulike. Angst, depresjon, generell psykisk helse, emosjonelle og sosiale ferdigheter.
Inkludert	Av 250 fulltekst-artikler ble 9 artikler om kontrollerte tiltaksstudier inkludert og 30 kohortstudier inkludert. De 9 artiklene om tiltaksstudier omhandlet fem ulike tiltak.
Arena/Setting	Skolebaserte tiltak.
Fulltekst tilgjengelig	http://pediatrics.aappublications.org/content/129/5/925.long
Data	Systematisk review, metaanalyse var planlagt, men lot seg ikke gjennomføre.

Konklusjon i fritekst: To ikke-randomiserte intervensjonsstudier fant støtte for en effekt på psykisk helse, men 3 randomiserte studier fant ingen slik støtte. For både intervensjonsstudiene og kohortstudiene var metodiske svakheter vanlig. I denne kunnskapsoppsummeringen var det kun begrenset evidens for at skolemiljøet har en stor påvirkning på ungdoms psykiske helse.

7) Hetrick et al. (2016): Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents

Populasjon	Personer mellom 5 og 19 år som på inklusjonstidspunktet ikke hadde en diagnostiserbar depresjon.
Tiltak	Evidens-baserte psykologiske intervensjoner (f.eks. kognitiv atferdsterapi, interpersonlig terapi)
Sammenligning	Hvilken som helst sammenligningsgruppe
Utfall	Depresjonsdiagnose (insidens) og symptomer på depresjon.
Inkludert	83 studier ble inkludert av 1825 identifisert i søket.
Arena/Setting	Hvilken som helst arena/setting
Fulltekst tilgjengelig	http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003380.pub4/full
Data	Systematisk review og metaanalyse.

Konklusjon i fritekst: Generelt viste studiene en liten positiv effekt av tiltakene, både på selv-rapporterte depresjonssymptomer og på depresjonsdiagnose opp til 12 måneder etter tiltaket (men ikke utover de 12 månedene). Kvaliteten på evidensen var derimot lav til middels, og resultatene var sprikende. Universelle programmer viste ingen effekt sammenlignet med oppmerksomhets-placebo kontrollgrupper. Selektive tiltak, særlig basert på depressive symptomer, hadde større effekter, men benyttet seg ikke av oppmerksomhets-placebo kontrollgrupper, og det er praktiske problemer knyttet til implementering av selektive tiltak. Forfatterenes konklusjon er at det fortsatt ikke er nok evidens til å støtte implementeringen av forebyggende depresjonsprogrammer.

8) Dray et al. (2017): Systematic Review of Universal Resilience-Focused Interventions Targeting Child and Adolescent Mental Health in the School Setting

Populasjon	Randomiserte kontrollerte studier av resiliensfokuserte tiltak hos barn og ungdom mellom 5 til 18 år.
Tiltak	Tiltak med mål om å styrke minst 3 resiliensfaktorer hos barn og ungdom.
Sammenligning	Kontrollgruppe eller alternativt tiltak
Utfall	Psykiske vansker. Minst én av følgende: symptomer på depresjon, symptomer på angst, hyperaktivitet, atferdsproblemer, internaliserende problemer, eksternaliserende problemer, eller generelle psykiske vansker ('general psychological distress').
Inkludert	57 studier av totalt 5,984 identifiserte studier. Hvorav 49 bidrog til metaanalyse.
Arena/Setting	Diverse, blant annet universelle og skolebaserte.
Fulltekst tilgjengelig	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856717311073
Data	Systematisk review og metaanalyse.

Konklusjon i fritekst: Resiliensfokuserte intervensjoner var effektive sammenlignet med kontrollgruppen for fire av syv utfall (symptomer på depresjon, internaliserende problemer, eksternaliserende problemer og generelle psykiske vansker) i alle inkluderte studier. For barn (5-10 år) var resiliensfokuserte tiltak effektive for symptomer på angst og generelle psykiske vansker. For ungdom (11-18 år) var resiliensfokuserte tiltak effektive for internaliserende problemer. I studier med korttidsoppfølging (12 måneder eller mindre) fant man effekt på symptomer knyttet til både angst og depresjon,. For lengre tids oppfølging (>12 måneder) fant man kun effekt på 1 av 5 utfall. Oppsummert virker funnene lovende for effekten av resiliensfokuserte intervensjoner, i allefall for korttidsoppfølging, og særlig om man tar i bruk en kognitiv atferdsteoretisk tilnærming. Men begrensninger i data som er egnet for metaanalyse, og stor variasjon i type tiltak, studiekvalitet, og potensielle metodiske svakheter gjør det ikke mulig å konkludere mer presist.

9) Moreno-Peral et al. (2017): Effectiveness of Psychological and/or Educational Interventions in the Prevention of Anxiety: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression

Populasjon	Randomiserte kontrollerte studier i ulike populasjoner: voksne, eldre, barn og unge, og på forskjellige arenaer. Alle populasjonene skulle være uten angst/symptomer på angst ved baseline. Subgruppe-analyser for barn og unge, og skolebaserte intervensjoner er tilgjengelig i appendiks.
Tiltak	Psykologiske og læringsbaserte (psykoedukative) tiltak.
Sammenligning	Kontrollgruppe; ingen intervensjon, behandling som vanlig, venteliste og aktiv sammenligningsgruppe.
Utfall	Insidens av angst eller reduksjon i symptomer på angst basert på validerte spørreskjema.
Inkludert	29 studier av 3,273 identifiserte studier. Totalt 10,430 deltakere.
Arena/Setting	Diverse, men blant annet subgruppe-analyser for skolebaserte tiltak.
Fulltekst tilgjengelig	https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2652827
Data	Systematisk review og metaanalyse.

Konklusjon i fritekst: Psykologiske og læringsbaserte tiltak hadde en liten men statistisk signifikant forebyggende effekt på angst i alle populasjonene som ble evaluert i denne studien. Dette inkluderte også subgruppe-analysene for barn og unge (n=9 studier; 'children and adolescents'), og for skolebaserte tiltak (n=12 studier; 'school and university'). Ifølge artikkelen synes psykologiske og læringsbaserte tiltak å være lovende for å forebygge angst, men det er behov for flere studier med større utvalg og aktive sammenligningsgrupper. Allerede eksisterende tiltaksprogram på utvikles videre og implementeres.

**10) Kavanagh et al. (2009): School-based cognitive-behavioural interventions:
A systematic review of effects and inequalities.**

Populasjon	Randomiserte kontrollerte studier basert på kognitiv atferdsterapi. Barn og unge mellom 11 og 19 år.
Tiltak	Helsefremmende tiltak rettet mot psykisk helse.
Sammenligning	Kontrollgruppe
Utfall	Symptomer på angst og/eller depresjon, og selvmordstanker eller selvmordsatferd
Inkludert	17 studier av totalt 6,928 identifiserte studier.
Arena/Setting	Skole
Fulltekst tilgjengelig	http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.5172/hesr.18.1.61
Data	Systematisk review og metaanalyse.

Konklusjon i fritekst: Metaanalyse av samtlige inkluderte studier fant en reduksjon i symptomer på depresjon og angst. Tiltak rettet mot personer med kliniske risikofaktorer eller eksisterende symptomer (selektiv forebygging) syntes å være mer effektive, med effekter i opptil seks måneder. Kognitiv atferdsterapi syntes også å være mer effektiv blant de som hadde høy eller middels høy sosioøkonomisk status. Sistnevnte observasjon var kun basert på seks studier, og må derfor tolkes med forsiktighet. Artikkelen peker på behovet for flere studier med lengre oppfølging, og analyser av undergrupper for å belyse hvorvidt det er en differensiell effekt knyttet til sosioøkonomisk status.

Psykisk helse som utfall: foreldre med depresjon

11) Loechner et al. (2018): Preventing depression in the offspring of parents with depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

Populasjon	Randomiserte kontrollerte studier som inkluderte ikke-depressive barn (under 18 år) hvor minst én av forelderene var deprimerte.
Tiltak	Kunnskaps- og resiliensfokuserede tiltak. Mål om å øke kunnskap om depresjon i familien og økt resiliens hos barn og foreldre.
Sammenligning	Kontrollgruppe
Utfall	Symptomer på depresjon og insidens av depresjon hos barnet.
Inkludert	14 publikasjoner inkludert av 4,646 identifiserte. De 14 publikasjonene kom fra 7 ulike studier (n= 935 barn).
Arena/Setting	Diverse; men alle er rettet mot familien som enhet.
Fulltekst tilgjengelig	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027273581730260X
Data	Systematisk review og metaanalyse.

Konklusjon i fritekst: Man fant en liten men statistisk signifikant effekt av tiltakene på depressive og internaliserende symptomer opp til fire måneder etter gjennomføring. Tiltakene hadde også en liten men statistisk signifikant effekt på insidens av depresjon i samme tidsrom. Man fant ikke støtte for at tiltakene hadde effekt ved lengre tids oppfølging. Forfatterne konkluderer med at tiltakene synes å ha en effekt, i allefall rett etter gjennomføring.

Psykisk helse som utfall: Skolevegring

12) Maynard et al. (2015): Psychosocial Interventions for School Refusal with Primary and Secondary School Students: A Systematic Review

Populasjon	Studier med eksperimentelle-, eller kvasi-eksperimentelle design, publisert mellom januar 1980 og november 2013. Ungdom i skolealder som tilfredstilte fastsatte kriterier for skolevegring.
Tiltak	Psykososiale intervensjoner (behandlingstiltak, hovedsakelig kognitiv atferdsterapi)
Sammenligning	Statistisk kontroll eller rapporterte baseline data på utfall
Utfall	Symptomer på angst og skoledeltakelse.
Inkludert	8 studier av totalt 8,798 identifiserte studier. Totalt 435 deltakere på tvers av de 8 studiene.
Arena/Setting	Diverse, men alle er knyttet til arenaer hvor skoleelever kan få hjelp. Klinisk setting, skole og hjem.
Fulltekst tilgjengelig	https://www.campbellcollaboration.org/library/psychosocial-interventions-for-school-refusal.html
Data	Systematisk review og metaanalyse.

Konklusjon i fritekst: Forfatterne fant relativt få studier av god kvalitet, og de fleste studiene omfattet en form for kognitiv atferdsterapi i en klinisk setting. Ingen effekt ble funnet på reduksjon av symptomer på angst. Evidensen som ligger til grunn for denne studien gir en tentativ støtte for bruken av kognitiv atferdsterapi for å redusere skolevegring, men evidensgrunnlaget er for dårlig til å komme med noen konkrete anbefalinger. Studiene som ble gjennomgått i denne kunnskapsoppsummeringen hadde flere metodiske mangler, og det anbefales at fremtidige studier har en høyere metodisk kvalitet, og blant annet tar høyde for 'bias', lengre oppfølging og større utvalg.

Psykisk helse som utfall: Fritid og fysisk aktivitet

13) Carter et al. (2016): The Effect of Exercise on Depressive Symptoms in Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis

Populasjon	Randomiserte kontrollerte studier. Ungdom som ved deltakelse i studiene hadde en gjennomsnittlig- eller median alder mellom 13 og 17 år.
Tiltak	Intervensjoner som fremmer trening eller fysisk aktivitet.
Sammenligning	Flere ulike typer: ingen behandling, venteliste, behandling som vanlig, psykososial intervensjon, edukativ intervensjon m.m.
Utfall	Validert kontinuerlig mål på depressive symptomer.
Inkludert	Av 543 studier ble 11 inkludert. Av de 11 hadde 8 data som muliggjorde utregning av standardisert effektstørrelse.
Arena/Setting	Ulike, blant annet skole, institusjon, poliklinikk, og samfunnsbaserte tiltak.
Fulltekst tilgjengelig	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856716301708
Data	Systematisk review og metaanalyse.

Konklusjon i fritekst: Fysisk aktivitet ser ut til å bedre depresjonssymptomer hos ungdom, særlig i kliniske utvalg. Studiene basert på kliniske utvalg hadde høyere metodisk kvalitet, mindre forskjeller mellom studiene og rapporterte om en sterkere effekt. For populasjonsbaserte studier fant man derimot en moderat, men ikke-signifikant effekt på depresjonssymptomer. Den metodiske kvaliteten var også mer variert og forskjellen mellom studiene større.

Psykisk helse som utfall: Barn og unge som innvandrere

14) Tyrer & Fazel (2014): School and Community-Based Interventions for Refugee and Asylum Seeking Children: A Systematic Review

Populasjon	Studier som benytter kontrollerte eller innen-individ eksperimentelle design. Asylsøkere og flyktninger i alderen 2 til 17 år.
Tiltak	Tiltak som fokuserer på å bedre emosjonelle, sosiale eller atferdsmessige vansker. For eksempel kognitiv atferdsterapi, narrativ eksponeringsterapi, kreativ kunstutfoldelse, avslappingsteknikker osv.
Sammenligning	Diverse, fra randomiserte kontrollerte studier til kohortstudier.
Utfall	Mål på psykisk helse ('clinical psychometric measure')
Inkludert	21 studier av totalt 2,237 potensielt relevante studier. Cirka 1800 deltakere på tvers av disse 21 studiene.
Arena/Setting	Diverse, men ikke i klinisk setting. Inkluderer skole, flyktningleirer og i nærmiljøet.
Fulltekst tilgjengelig	http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0089359
Data	Systematisk review. Metaanalyse ikke mulig på grunn av heterogeniteten i studiene.

Konklusjon i fritekst: Fjorten av de inkluderte studiene ble gjennomført i høyinntektsland, enten på skolen (n=11) eller i nærmiljøet (n=3). Syv studier ble gjennomført i flyktningleirer. Det var ikke mulig å gjennomføre en metaanalyse, derfor ble studiene summarisk beskrevet. I konklusjonen fremhever forfatterne at tiltak som gjennomføres i skolen virker lovende. Evidensgrunnlaget er likevel for dårlig til å komme med noen klare konklusjoner.

Spiseforstyrrelser

15) Pratt & Woolfenden (2002): Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents (Review)

Populasjon	Randomiserte kontrollerte studier med et vesentlig fokus på forebygging av spiseforstyrrelser blant barn og unge. Studiene må inkludere en kontrollgruppe og minst ett objektivt utfallsmål (som f.eks. kroppsmasseindeks) eller et standardisert psykologisk mål i begge grupper, før og etter tiltaket.
Tiltak	Ulike typer. Skole-baserte tiltak knyttet til pensum, tiltak rettet mot å øke motstandsdyktigheten mot spiseforstyrrelser, og tiltak som fokuserer på å endre modifiserbare og spesifikke risikofaktorer for spiseforstyrrelser. Både universelle og selektive tiltak ble inkludert.
Sammenligning	Kontrollgruppe og minst ett objektivt utfallsmål (som f.eks. kroppsmasseindeks (KMI)) eller et standardisert psykologisk mål i begge grupper, før og etter tiltaket.
Utfall	Holdninger og atferd knyttet til spising, diagnostiserbar spiseforstyrrelse, psykisk og fysisk trivsel generelt, KMI eller vekt, og beskyttende faktorer.
Inkludert	Totalt 12 av 22 studier ble inkludert. Samtlige var randomiserte kontrollerte studier.
Arena/Setting	Ulike arenaer, inkludert skole- og undervisningsbaserte program.
Fulltekst	http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002891/full
Data	Systematisk review og metaanalyse

Konklusjon i fritekst: Det var ikke nok evidens basert på publiserte studier til å hevde at noen av de omtalte programmene har en forebyggende effekt på spiseforstyrrelser. I tillegg var det en viss bekymring for at noen av intervensjonene kunne være skadelige. Kun ett statistisk signifikant resultat ble identifisert, og da i forhold til program rettet mot redusert aksept av kroppsideal presentert i media. Det ble ikke funnet tilstrekkelig evidens for å hevde at noen av de 12 inkluderte studiene forårsaket skade ved korttidsoppfølging.

Metode C: Liste over ekskluderte publikasjoner fra hovedsøket

Tabell C1: Oversikt over kunnskapsoppsummeringer som ble ekskludert fra hovedsøk.

#	Artikkelbeskrivelse	AMSTAR-skåre
1	Gutman, Leslie, M., Schoon, & Ingrid. (2015). Preventive interventions for children and adolescents: A review of meta-analytic evidence. <i>European Psychologist</i> , 20(4), 231-241. doi:10.1027/1016-9040/a00023	-
2	Hetrick, S. E., Cox, G. R., Merry, & S. N. (2015). Where to Go from Here? An Exploratory Meta-Analysis of the Most Promising Approaches to Depression Prevention Programs for Children and Adolescents. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 12(5), 4758-4795. doi:10.3390/ijerph120504758	-
3	Wei, Y, Kutcher, S, LeBlanc, & J. C. (2015). Hot Idea or Hot Air: A Systematic Review of Evidence for Two Widely Marketed Youth Suicide Prevention Programs and Recommendations for Implementation. <i>Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry = Journal de l'Acad. mie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent</i> , 24(1), 5-16. doi:Har ikke DOI https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4357329/	1
4	Anderson, L. M., Shinn, C., Fullilove, M. T., Scrimshaw, S. C., Fielding, J. E., Normand, J. et al. (2003). The effectiveness of early childhood development programs. A systematic review. <i>American Journal of Preventive Medicine</i> , 24, 32-46.	2
5	Biddle, S. J. H. & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. <i>British Journal of Sports Medicine</i> , 45, 886-895.	2
6	Calear, A. L. & Christensen, H. (2010). Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. <i>Medical Journal of Australia</i> , 192, S12-S14.	2
7	Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., Konig, H. H. & Riedel-Heller, S. G. (2014). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review. <i>Health Promotion International</i> , 29, 427-441.	2
8	Farahmand, F. K., Grant, K. E., Polo, A. J., Duffy, S. N. & DuBois, D. L. (2011). School-Based Mental Health and Behavioral Programs for Low-Income, Urban Youth: A Systematic and Meta-Analytic Review. <i>Clinical Psychology-Science and Practice</i> , 18, 372-390.	2
9	Spence, S. H. & Shortt, A. L. (2007). Research Review: Can we justify the widespread dissemination of universal, school-based interventions for the prevention of depression among children and adolescents? <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines</i> , 48, 526-542.	2
10	Iachini, Aidyn, L., Brown, Elizabeth, L., Ball, Annahita, . . . Steven, E. (2015). School mental health early interventions and academic outcomes for at-risk high school students: A meta-analysis. <i>Advances in School Mental Health Promotion</i> , 8(3), 156-175. doi:10.1080/1754730X.2015.1044252	2
11	Perry, Y, Werner, S., A, Calear, A. L., . . . H. (2016). Web-Based and Mobile Suicide Prevention Interventions for Young People: A Systematic Review. <i>Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry = Journal de l'Acad. mie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent</i> , 25(2), 73-79. doi:Har ikke DOI https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4879946/	2
12	Spruit, A, Assink, M, van, V., E., . . . G, J. (2016). The effects of physical activity interventions on psychosocial outcomes in adolescents: A meta-analytic review. <i>Clinical Psychology Review</i> , 45, 56-71. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.006	2
13	Horowitz, J. L. & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 74, 401-415.	3
14	Peters, L. W. H., Kok, G., Dam, G. T. M. T., Buijs, G. J., Tgwmm & Paulussen. (2009). Effective elements of school health promotion across behavioral domains: a systematic review of reviews. <i>Bmc Public Health</i> , 9, 14.	3
15	Robinson, J., Cox, G., Malone, A., Williamson, M., Baldwin, G., Fletcher, K. et al. (2013). A Systematic Review of School-Based Interventions Aimed at Preventing, Treating, and Responding to Suicide-Related Behavior in Young People. <i>Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention</i> , 34, 164-182.	3
16	Sandler, I., Wolchik, S. A., Cruden, G., Mahrer, N. E., Ahn, S., Brincks, A. et al. (2014). Overview of Meta-Analyses of the Prevention of Mental Health, Substance Use, and Conduct Problems. <i>Annual Review of Clinical Psychology</i> , Vol 10, 10, 243-273.	3
17	Whear, R., Thompson-Coon, J., Boddy, K., Ford, T., Racey, D. & Stein, K. (2013). The effect of teacher-led interventions on social and emotional behaviour in primary school children: a systematic review. <i>British Educational Research Journal</i> , 39, 383-420.	3
18	Fleming, Theresa, M., Cheek, Colleen, Merry, Sally, N., . . . Sarah. (2014). Serious games for the treatment or prevention of depression: A systematic review. <i>Revista de Psicopatologia y Psicologia Clinica</i> , 19(3), 227-242. doi: http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.3.2014.13904	3

19	Salerno, & J, P. (2016). Effectiveness of Universal School-Based Mental Health Awareness Programs Among Youth in the United States: A Systematic Review. <i>Journal of School Health</i> , 86(12), 922-931. doi: https://doi.org/10.1111/josh.12461	3
20	Cusimano, M. D. & Sameem, M. (2011). The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review. <i>Injury Prevention</i> , 17, 43-49.	4
21	David, Miller, N., Tanya, Eckert, L., James & Mazza, J. (2009). Suicide prevention programs in the schools: A review and public health perspective. <i>School Psychology Review</i> , 38, 168-188.	4
22	Eric, Stice, Heather & Shaw. (2004). Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-Analytic Review. <i>Psychological Bulletin</i> , 130, 206-227.	4
23	Geoffrey, Nelson, Anne, Westhues, Jennifer & MacLeod. (2003). A Meta-Analysis of Longitudinal Research on Preschool Prevention Programs for Children. <i>Prevention & Treatment</i> , 6, No Pagination Specified.	4
24	Neil, A. L. & Christensen, H. (2007). Australian school-based prevention and early intervention programs for anxiety and depression: a systematic review. <i>Medical Journal of Australia</i> , 186, 305-308.	4
25	Neil, A. L. & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. <i>Clinical Psychology Review</i> , 29, 208-215.	4
26	Waddell, C., Hua, J. M., Garland, O. M., Peters, R. D. & McEwan, K. (2007). Preventing mental disorders in children: a systematic review to inform policy-making. <i>Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique</i> , 98, 166-173.	4
27	Ahlen, J, Lenhard, F, Ghaderi, & A. (2015). Universal Prevention for Anxiety and Depressive Symptoms in Children: A Meta-analysis of Randomized and Cluster-Randomized Trials. <i>Journal of Primary Prevention</i> , 36(6), 387-403. doi:10.1007/s10935-015-0405-4	4
28	Bennett, K, Manassis, K, Duda, S, . . . P. (2015). Preventing Child and Adolescent Anxiety Disorders: Overview of Systematic Reviews. <i>Depression and Anxiety</i> , 32(12), 909-918. doi:10.1002/da.22400	4
29	Das, J, K., Salam, R, A., Lassi, Z, S., . . . Z, A. (2016). Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. <i>Journal of Adolescent Health</i> , 59(4S), S49-S60. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.020	4
30	Hoare, E, Fuller, T., M, Skouteris, H, . . . S. (2015). Systematic review of mental health and well-being outcomes following community-based obesity prevention interventions among adolescents. <i>BMJ Open</i> , 5(1), 13. doi:10.1136/bmjopen-2014-006586	4
31	Shackleton, N, Jamal, F, Viner, R, M., . . . C. (2016). School-Based Interventions Going Beyond Health Education to Promote Adolescent Health: Systematic Review of Reviews. <i>Journal of Adolescent Health</i> , 58(4), 382-396. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.12.017	4
32	Burrus, B., Leeks, K. D., Sipe, T. A., Dolina, S., Soler, R., Elder, R. et al. (2012). Person-to-person interventions targeted to parents and other caregivers to improve adolescent health: a community guide systematic review. <i>American Journal of Preventive Medicine</i> , 42, 316-326.	5
33	Calear, A. L. & Christensen, H. (2010). Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. <i>Journal of Adolescence</i> , 33, 429-438.	5
34	Fisak, B. J., Richard, D. & Mann, A. (2011). The prevention of child and adolescent anxiety: a meta-analytic review. <i>Prevention Science</i> , 12, 255-268.	5
35	Jane-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R. & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 183, 384-397.	5
36	Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N. & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 77, 486-503.	5
37	Teubert, Daniela, Pinquart & Martin. (2011). A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. <i>Journal of Anxiety Disorders</i> , 25(8), 1046-1059.	5
38	Wipfli, B. M., Rethorst, C. D. & Landers, D. M. (2008). The anxiolytic effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis.[Erratum appears in <i>J Sport Exerc Psychol</i> . 2009 Feb;31(1):128-9]. <i>Journal of Sport and Exercise Psychology</i> , 30, 392-410.	5
39	Ciocanel, O, Power, K, Eriksen, A, . . . K. (2017). Effectiveness of Positive Youth Development Interventions: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. <i>Journal of Youth & Adolescence</i> , 46(3), 483-504. doi:10.1007/s10964-016-0555-6	5
40	Ferreira, V., C, Feitoza, J, M., Marchioro, M., . . . S. (2015). Are There Benefits from Teaching Yoga at Schools? A Systematic Review of Randomized Control Trials of Yoga-Based Interventions. <i>Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine</i> , 2015, 345835. doi: http://dx.doi.org/10.1155/2015/345835	5

41	Rafferty, Ruth, Breslin, Gavin, Brennan, Deirdre, . . . David. (2016). A systematic review of school-based physical activity interventions on children's wellbeing. <i>International Review of Sport and Exercise Psychology</i> , 9(1), 215-230. doi:10.1080/1750984X.2016.1164228	5
42	van, G., L, Dusseldorp, E, Massey, E, K., . . . P. (2017). Effective self-regulation change techniques to promote mental wellbeing among adolescents: a meta-analysis. <i>Health Psychology Review</i> , 11(1), 53-71.	5
43	Brown, H. E., Pearson, N., Braithwaite, R. E., Brown, W. J. & Biddle, S. J. H. (2013). Physical Activity Interventions and Depression in Children and Adolescents A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Sports Medicine</i> , 43, 195-206.	6
44	Maggin, D. M. & Johnson, A. H. (2014). A Meta-Analytic Evaluation of the FRIENDS Program for Preventing Anxiety in Student Populations. <i>Education and Treatment of Children</i> , 37, 277-306.	6
45	Robinson, J., Hetrick, S. E. & Martin, C. (2011). Preventing suicide in young people: systematic review. <i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i> , 45, 3-26.	6
46	Venning, A., Kettler, L., Elliott, J. & Wilson, A. (2009). The effectiveness of Cognitive-Behavioural Therapy with hopeful elements to prevent the development of depression in young people: a systematic review. <i>International Journal of Evidence-Based Healthcare</i> , 7, 15-33.	6
47	Zenner, C., Herrleben-Kurz, S. & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools-a systematic review and meta-analysis. <i>Frontiers in Psychology</i> , 5, 20.	6
48	Bastounis, A, Callaghan, P, Banerjee, A, . . . M. (2016). The effectiveness of the Penn Resiliency Programme (PRP) and its adapted versions in reducing depression and anxiety and improving explanatory style: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Adolescence</i> , 52, 37-48. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.07.004	6
49	Calear, A, L, Christensen, H, Freeman, A, . . . T. (2016). A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. <i>European Child & Adolescent Psychiatry</i> , 25(5), 467-482. doi:10.1007/s00787-015-0783-4	6
50	Kallapiran, Kannan, Koo, Siew, Kirubakaran, Richard, . . . Karen. (2015). Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: A meta-analysis. <i>Child and Adolescent Mental Health</i> , 20(4), 182-194. doi:10.1111/camh.12113	6

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Juni 2018
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no