

# Bedre føre var...

## Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger

Ellinor F. Major

Odd Steffen Dalgard  
Kristin Schjelderup Mathisen  
Erik Nord  
Solveig Ose  
Marit Rognerud  
Leif Edvard Aarø

Rapport 2011: 1  
Nasjonalt folkehelseinstitutt

**Tittel:**

Bedre føre var...  
Psykisk helse:  
Helsefremmende og forebyggende  
tiltak og anbefalinger

**Redaktør og prosjektleder:**

Ellinor F. Major

**Forfattere:**

Odd Steffen Dalgard  
Kristin Schjelderup Mathisen  
Erik Nord  
Solveig Ose  
Marit Rognerud  
Leif Edvard Aarø

Utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Postboks 4404 Nydalen  
0403 Oslo  
Januar 2011  
Tel: +47-21 07 70 00  
E-mail: folkehelseinstituttet@fhi.no  
www.fhi.no

**Bestilling:**

E-post: publikasjon@fhi.no  
Telefon: +47-21 07 82 00  
Telefaks: +47-21 07 81 05

**Design:**

Per Kristian Svendsen

**Layout:**

Grete Sømmer

**Foto:**

© Colourbox

**Trykk:**

Nordberg Trykk AS

**Opplag:**

1500

ISSN: 1503-1403  
ISBN: 978-82-8082-441-7 trykt utgave  
ISBN: 978-82-8082-442-4 elektronisk utgave

# Bidragsyttere

## Redaktør og prosjektleder

**Ellinor F. Major**

## Forfattere

Odd Steffen Dalgard  
Kristin Schjelderup Mathisen  
Erik Nord  
Solveig Ose  
Marit Rognerud  
Leif Edvard Aarø

## Bidragsyttere

Malin Eberhard-Gran  
Miriam Evensen  
Eugene Guribye  
Kristin Brun Gustavsen  
Ratib Lekhal  
Arnstein Mykletun  
Christopher Sivert Nielsen  
Brit Oppedal  
Anne Reneflot  
Synnve Schjølberg  
Børge Sivertsen  
Kari Slinning  
Gry Anette Sælid  
Johannes Wiik  
Eivind Ystrøm  
Henrik Daae Zachrisson

## Eksterne bidragsyttere

Elisabeth Backe Hansen, Norsk institutt for forskning  
om oppvekst, velferd og aldring  
John Kjølbi, Adferdssenteret  
Bjørn Lau, Statens arbeidsmiljøinstitutt  
Tom Sørensen, Universitetet i Oslo  
Helen Christie, RBUP Øst og Sør  
Willy-Tore Mørch, Universitetet i Tromsø

## Fagfeller

Torbjørn Moum, Universitetet i Oslo  
Inger Sandanger, Nordlandssykehuset  
Lars Wichstrøm, NTNU  
Simon Øverland, HEMIL, Universitetet i Bergen

# Innhold

Bidragstyttere .....	3
Forord .....	6
Sammendrag .....	8
<b>1. Innledning .....</b>	<b>13</b>
1.1 Bakgrunn for rapporten .....	13
1.2 Formålet med rapporten .....	14
1.3 Forebygging, psykiske plager og lidelser: Definisjoner og begreper .....	15
1.4 Konsekvenser av psykiske plager og sykdommer .....	17
1.5 Helse-determinanter: beskyttelses- og risikofaktorer .....	18
1.4.1 Barn og unge .....	19
1.4.2 Voksne og eldre .....	20
2.1 Kommunen .....	25
<b>2. Arenaer i det forebyggende arbeidet: Programmer, tiltak og anbefalinger .....</b>	<b>25</b>
2.1.1 Miljørettede tiltak: Lokalsamfunn og bomiljø .....	26
2.1.2 Gruppe- og nettverksorienterte tiltak: Sosiale støttegrupper, selvhjelpsgrupper og psykososiale kriseteam .....	27
2.1.3 Tiltak rettet mot eldre .....	28
2.1.4 Tiltak rettet mot innvandrere, flyktninger og asylsøkere .....	29
2.1.5 Psykoedukative programmer og individrettede tiltak .....	31
2.1.6 Psykologer i kommunene .....	33
2.1.7 Fastlegekontorene .....	33
2.1.8 Spesialisthelsetjenesten .....	34
2.2 Familie og oppvekstmiljø .....	35
2.2.1 Familien .....	35
2.2.2 Helsestasjonen .....	39
2.2.3 Barnehagen .....	41
2.2.4 Familiens hus (familiesentermodellen) .....	44
2.2.5 Barnevernet .....	44
2.3 Skolen .....	46
2.3.1 Skolebaserte programmer og tiltak .....	46
2.3.2 Skolehelsetjenesten .....	50
2.3.3 Andre tjenester .....	50
2.4 Arbeidsplassen .....	51
2.4.1 Tiltak for arbeidstakere .....	51
2.4.2 Personer som står utenfor arbeidslivet: programmer og tiltak .....	52
2.4.3 Unge arbeidsledige .....	54

<b>3. Krav til evidens, evalueringsforskning og helseovervåking.....</b>	<b>56</b>
3.1 Utfordringer knyttet til evaluering av folkehelseiltak .....	56
3.2 Et bredere spekter av forskningsdesign.....	57
3.3 Standarder for å vurdere evidens.....	58
3.4 Ulike former for evaluering .....	59
3.5 Forskning og praksis .....	59
3.6 Økt satsing på tiltaksforskning.....	59
3.7 Helseovervåking og rapportering .....	60
<b>4. Helseøkonomiske vurderinger .....</b>	<b>63</b>
4.1 Generelle betraktninger.....	63
4.2 Konkrete kostnad-nytte vurderinger av foreslåtte programmer og tiltak .....	64
<b>5. Tiltak og anbefalinger .....</b>	<b>65</b>
Referansesr .....	68

# Forord

Det er med stolthet vi presenterer rapporten "Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger".

Dette er første gang vi får en samlet fremstilling av det vi vet og ikke vet om tiltak som vi tror kan fremme psykisk helse og forebygge psykiske plager og psykiske lidelser i Norge. Vi presenterer rapporten nå fordi vi vet at debatten om norsk helsepolitikk i de nærmeste årene vil stå i forebyggingens tegn. Det må bli en informert debatt.

Vi vet at røyking øker sjansen for lungekreft. Vi vet at middelhavskosthold minsker sjansen for hjerteinfarkt. Vi vet at arbeidsledighet og mangel på venner øker sjansen for depresjon. Og vi vet at ADHD øker sjansen for atferdsforstyrrelser. Men det er ikke nok å kjenne risikofaktorene for å kunne forebygge. Vi må også vite hvordan vi skal gjøre det.

Forebygging er et førende prinsipp i forslaget til ny Folkehelselov og ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Men skal vi satse på tiltak rettet mot enkeltmennesket, mot risikogrupper eller mot hele befolkningen? Det finnes mange velmente, forebyggende tiltak som ikke har ønsket effekt. Det finnes tiltak som kan være skadelige. For at de nye lovene - sammen med Samhandlingsreformen - skal bli en suksess, må vi vite hva som er de gode forebyggende tiltakene.

I forslaget til samhandlingsreform foreslår Regjeringen å overføre ressurser fra behandling til forebygging. Da må vi kunne dokumentere at de forebyggende tiltakene vi setter i verk virker. På behandlingssiden har vi gjort det i årevis. Det er slik kunnskapen om riktig behandling har økt.

Skal vi få til en forebyggingskultur, må vitenskapelige evalueringer bli en del av alle viktige satsinger. Tiltak som settes i verk lokalt, må legges opp slik at man kan lære av erfaringene. Kommunene må få bistand til dette. Vi må evaluere både om tiltakene lar seg iverksette slik de skal (implementering), om de virker (effekt), om de lønner seg (kostnad-nytte), og om folk vil ha dem (brukertilfredshet). Noen tiltak passer på enkelte områder, men ikke på andre. Noen virker, men lønner seg ikke. Andre er folk fornøyd med selv om de ikke har noen effekt. Atter andre er lønnsomme, men folk vil ikke ha dem.

Skal vi få til en forebyggingskultur, må vi kanskje først se utover helsevesenet. For i det forebyggende psykiske helsearbeidet kan tiltak knyttet til samfunnsøkonomi, arbeidsliv, boforhold, skoler, barnehager, familieliv og livsstil være vel så virkningsfulle som tiltak i helsevesenet. Rapporten "Bedre føre var..." er et skritt i denne retningen.

Rapporten er ment som et referansedokument til bruk for sentrale og lokale helsemyndigheter, men også for statlige og kommunale myndigheter utenfor helsevesenet. Vi håper også politikere, media og befolkningen generelt vil ha glede av å lese den. For å gjøre rapporten mest mulig tilgjengelig for personer uten vitenskapelig bakgrunn, har vi forsøkt å unngå vitenskapelige uttrykksformer der det er mulig. Det medfører at nyanseringer, forutsetninger og forbehold som forskere gjerne tillegger stor vekt har måttet vike. For at vår fortolkning av forskningslitteraturen skal være synlig, er rapporten støttet av et referanseverk på mer enn 450 referanser. Mange fagfolk vil nok finne referanselisten vel så nyttig som teksten.

I tråd med vår politikk for å kvalitetssikre våre produkter har utkast til rapporten vært vurdert av to referansegrupper - en bestående av brukere, en annen bestående av forskere – og av fagfeller utenfor Folkehelseinstituttet. Vi takker referansegruppedeltakerne for alle innspill og kommentarer. Vi takker også alle øvrige fagpersoner som har gitt viktige innspill i arbeidet med å kvalitetssikre rapporten.

Helt særlig takker vi våre eksterne fagfeller, professor Torbjørn Moum, (Avdeling for atferdsfag, Universitetet i Oslo), overlege Inger Sandanger (Nordlandssykehuset), professor Lars Wichstrøm (Psykologisk institutt, NTNU), og post doc. Simon Nygaard Øverland (HEMIL senteret, Universitetet i Bergen) for grundige fagfellebedømminger av utkast til rapporten.

Det er utfordrende å gi en enkel fremstilling av et så bredt og faglig komplisert felt med så mange velbegrunnede og motstridende forskeroppfatninger. Dette har vært mulig takket være kollektiv innsats fra et stort antall mennesker, med sterkt engasjement og som har vært villige til å ta diskusjonene. Derfor vil vi presisere at det endelige resultatet - innholdet i rapporten, de avveiiinger og vurderinger som er foretatt og konklusjonene - står ene og alene for Nasjonalt folkehelseinstituttets regning.

Vi har illustrert rapporten med sommerfugler. Det er ikke tilfeldig. Vi håper at "Bedre føre var..." kan bidra til en sommerfugleffekt også når det gjelder forebygging av psykiske lidelser og føre til endringer som gjør en forskjell. Sammen med medarbeidere i Divisjon for psykisk helse ved Nasjonalt folkehelseinstitutt ønsker jeg god lesing!

Arne Holte  
Divisjonsdirektør  
Professor, dr. philos.  
Divisjon for psykisk helse

# Sammendrag

Denne rapporten handler om hva vi gjennom helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak kan gjøre for å bedre den psykiske helsen i befolkningen. Med psykisk helse mener vi både positiv psykisk helse, psykiske plager og diagnostiserbare psykiske lidelser. Forebygging av misbruk av alkohol og andre rusmidler er i liten grad berørt. Vi mener dette er et så omfattende og viktig felt med så mange egne utfordringer at det bør behandles i en egen rapport.

Rapporten henvender seg til statlige helsemyndigheter, andre statlige myndigheter, fylkeskommuner og fylkesmann og kommunene. Den vil også være av interesse for et bredere publikum av politikere, helsepersonell, fagfolk, engasjerte i de frivillige organisasjoner, samfunnsdebattanter og andre som er opptatt av psykisk helse og forebyggende arbeid.

Så langt mulig, har vi forsøkt å bygge rapporten på forskningsbasert kunnskap. Vi har lagt vekt både på enkeltundersøkelser fra Norge og de andre nordiske landene og på litteraturoppsummeringer av forskningen internasjonalt. På mange områder foreligger det lite forskning om tiltak. Når kunnskapsgrunnlaget har vært svakt, har vi som regel pekt på tiltak som bør utvikles eller videreutvikles og evalueres vitenskapelig. Når det foreligger sterke politiske føringer og eksisterende evidensgrunnlag ikke går på tvers av disse, har vi sluttet oss til disse tiltakene. Samtidig har vi markert at forslagene er basert på politiske føringer og at de ikke nødvendigvis er understøttet av forskningsbasert kunnskap. Det er brukt fargekoder for å informere om hva som er grunnlaget for forslagene.

Vi skiller mellom forebygging og behandling. Med forebygging mener vi å hindre at ny sykdom oppstår. Med behandling mener vi tiltak som settes inn etter at sykdom har oppstått. Vi skiller i rapporten mellom universelle tiltak, selektive tiltak og indiserte tiltak. Inndelingen tar utgangspunkt i hvem tiltakene retter seg mot, befolkningen generelt, bestemte grupper, eller individer med bestemte kjennetegn (forhøyet risiko). Forebyggende tiltak kan noen ganger også omfatte behandling. For eksempel kan behandling av psykiske lidelser blant voksne forbedre barnas familiemiljø. Noen ganger kan vi ikke forebygge de psykiske lidelsene direkte. Men vi kan kanskje forebygge unødige negative virkninger av lidelsene, for eksempel gjennom programmer som gjør at mennesker med psykiske lidelser beholder jobben og fordelene det medfører.

I rapporten peker vi på et viktig problem når en skal bygge tiltak på forskningsbasert kunnskap. De tiltakene som sannsynligvis har mest å bety for befolkningens psykiske helse (for eksempel lav arbeidsledighet, en inkluderende skole, gode velferdsordninger) er de tiltakene som er vanskeligst å evaluere. Aller enklest er det å evaluere indiserte tiltak, siden en her ofte kan få til gode, randomiserte undersøkelser. Det kan føre til at en med tiltak basert på god forskning mener tiltak som retter seg mot individer med forhøyet sykdomsrisiko fremfor samfunnsrettete tiltak. Det har vi forsøkt å bøte på ved å peke på hva som er helsefremmende miljøer på ulike arenaer. De viktigste arenaene for å fremme psykisk helse og forebygge psykiske lidelser er utenfor helsetjenestene. Eksempler på dette er lokalsamfunnet, arbeidslivet, skolen og barnehagen.

En viktig del av grunnlaget for det helsefremmende og forebyggende arbeidet er kunnskap om hva som virker inn på den psykiske helsen (helsedeterminanter). I rapporten skiller vi mellom risikofaktorer (som øker risikoen for sykdom) og beskyttelsesfaktorer (som reduserer risikoen for sykdom). Beskyttelsesfaktorene beskytter ikke bare mot sykdom, de kan også gi trivsel og livskvalitet.



I rapportens kapittel 2 (hovedkapittelet) gjennomgås forskning som viser hva som er gode og effektive tiltak på en rekke arenaer: i kommunen, i familien og oppvekstmiljøet, i skolen og på arbeidsplassen. Blant de gruppene som omtales er barn, ungdom, arbeidsledige, innvandrere (samt flyktninger og asylsøkere) og eldre. Hvert delkapittel munner ut i konkrete forslag om hva som bør gjøres. Kapittelet inneholder 43 slike forslag til tiltak. Ytterlige 7 forslag om forskning, evaluering, rapportering og tilgang til gode data presenteres i det påfølgende kapittelet. Slike tiltak i kommuner og lokalmiljø er en forutsetning for at Samhandlingsreformens intensjoner om forebygging skal kunne realiseres.

For å vite sikkert at tiltak virker etter hensikten – og ikke har utilsiktede eller uønskede virkninger - er det ikke tilstrekkelig å bygge tiltakene på kunnskap bare om risiko- og beskyttelsesfaktorer. Tiltakene må prøves ut og effektevalueres vitenskapelig. I kapittel 3 drøfter vi hva vi mener med forskningsbaserte tiltak. Vi gir også en beskrivelse av utfordringer vi står overfor når vi skal gjennomføre evalueringsundersøkelser. Vi anbefaler å bruke et bredere omfang av vitenskapelige undersøkelsesopplegg når en skal vurdere effekt og lønnsomhet av sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak. Til slutt presenteres noen helseøkonomiske vurderinger.

En oppsummering av de 50 tiltakene er presentert i kapittel 5. Her følger de 10 tiltakene som bygger på det mest solide evidensgrunnlaget eller vurderes som de viktigste:

- 1. Høy sysselsetting.** Arbeidsledighet er en sterk risikofaktor for psykiske problemer. Mot dette er konjunkturpolitikken og arbeidsmarkedspolitikken de viktigste grepene, samt tiltak som kan redusere sykefravær og uføretrygding.
- 2. Helsefremmende skoler.** En helsefremmende skole er kjennetegnet ved et miljø hvor elevene ikke blir mobbet, hvor de er del av et fellesskap med jevnaldrende og hvor de opplever å mestre skolearbeidet. Mobbing er en sterk risikofaktor for psykiske problemer hos barn og unge. Flere programmer mot mobbing og atferdsproblemer har god effekt og anbefales gjennomført fortløpende i alle grunnskoler i Norge.
- 3. Høykvalitetsbarnehager.** Småbarns psykiske helse formes av den daglige omgang de har med andre mennesker. Barnehager av høy kvalitet har en rekke psykisk helsefremmende effekter for de fleste barn. Alle førskolebarn bør ha tilbud om en lett tilgjengelig, økonomisk overkommelig barnehage av høy kvalitet.
- 4. Forebyggende tiltak på eldrecentre.** Eldrecentre bør videreutvikles på en slik måte at de fremmer psykisk helse og forebygger ensomhet, fysisk inaktivitet og depresjon. Psykisk helsefremmende og forebyggende tiltak blant eldre er et forskningssvakt område av stor samfunnsmessig betydning. Det er behov for en egen utredning av hvilke universelle, selektive og indiserte tiltak som bør utvikles og effektevalueres for eldre.
- 5. Hjemmebesøk til førskolebarn.** Mishandling av barn er en sterk risikofaktor for senere psykiske problemer. Hjemmebesøksprogrammer for å identifisere barn som blir mishandlet og redusering av dette problemet bør iverksettes i kommunene.

- 6. Styrking av foreldreferdigheter.** Mangelfulle foreldreferdigheter og særlig utfordrende foreldreoppgaver er risikofaktorer for senere psykiske problemer hos barnet. Programmer som styrker foreldreferdigheter bør tilbys alle familier med førskolebarn. Særlig viktig er det å gjennomføre programmer for å identifisere og hjelpe familier som utsettes for mange belastninger og familier der det er barn med funksjonshemninger eller begynnende symptomutvikling.
- 7. Arbeid med bistand.** Arbeidsledighet er en sterk risikofaktor for psykiske problemer. Det er også en risikofaktor for unødige negative konsekvenser av å leve med en psykisk lidelse. På individnivå har programmer som "Arbeid med bistand" vist god effekt. Slike programmer bør være tilgjengelige i alle kommuner.
- 8. Grupper, kurs og programmer for mestring av angst og depresjon.** Støttegrupper, selvhjelpsgrupper og pedagogiske (psykoedukative) programmer (f. eks. kurs i mestring av depresjon og internettbaserte programmer) kan både forebygge og redusere symptomer på depresjon. Slike grupper og programmer bør være tilgjengelige i alle kommuner. Skoleprogrammer og bedriftsprogrammer mot angst og depresjon bør videreutvikles og testes med utgangspunkt i de mest vellykkete nordiske programmene og gjøres tilgjengelige for skoler og arbeidsplasser.
- 9. Programmer for forebygging av søvnproblemer.** Søvnproblemer er kanskje landets mest utbredte og undervurderte folkehelseproblem og er også debutproblem ved de fleste psykiske lidelser. Søvnrestriksjon, stimuluskontroll, avslappingsteknikker og søvnhygiene har vist seg å være svært effektive teknikker ved behandling av søvnproblemer. På grunnlag av dette bør programmer for forebygging av søvnproblemer utvikles og testes.
- 10. Sterk evalueringsforskning.** Evaluering av forebyggende tiltak må være forskningsbasert og omfatte både iverksetting (implementering), virkning (effekt), lønnsomhet (kostnad-nytte) og om folk vil ha dem (brukertilfredshet). I tillegg til å styrke etablerte forskningsmiljøer er det behov for en nasjonal enhet for evalueringsforskning. Viktige oppgaver for en nasjonal enhet vil blant annet være å bistå kommuner og fylkeskommuner med uttesting av lovende tiltak, å kvalitetssikre og videreutvikle eksisterende tiltak, samt å evaluere større programmer. En slik enhet må samarbeide nært med andre forskningsmiljøer nasjonalt og internasjonalt. For å styrke forskning om tiltak og virkemidler og for å stimulere til samarbeid mellom forskningsmiljøene, bør det i tillegg etableres et nytt forskningsprogram i Norges forskningsråd.





# 1 Innledning

Denne rapporten henvender seg spesielt til de statlige helsemyndighetene. Vår mål er at rapporten skal kunne bidra til et mer systematisk, kunnskapsbasert og effektivt nasjonalt folkehelsearbeid. Vi henvender oss også til kommunene og andre statlige myndigheter utenfor helsevesenet. Disse rår over et bredt spekter av tjenester innen helse, sosial, skole og oppvekst – tjenester som alle er avgjørende for folkehelsearbeidet.

## 1.1 Bakgrunn for rapporten

Befolkningens helse blir i stor grad påvirket av forhold som ligger utenfor helsetjenestens kontroll<sup>1</sup>. I det forebyggende psykiske helsearbeidet kan tiltak knyttet til samfunnsøkonomi, arbeidsliv, boforhold, skoler, barnehager, familieliv og livsstil være vel så virkningsfulle som tiltak i helsevesenet.

Et godt oppvekstmiljø i familier med omsorgsfulle og kompetente foreldre fremmer barns psykiske helse. Når familier har langvarige belastninger som rammer flere livsområder eller utsettes for mange negative livshendelser, reduseres barns tilgang til disse psykisk helsefremmende faktorene, og konsekvensene kan være langvarige.

Barnehager av god kvalitet fremmer språkutvikling, læring, evnen til å tenke (kognisjon) og trolig også evnen til å omgås andre. Kvalitetsbarnehager reduserer forskjellene i skoleprestasjoner mellom barn fra ressursfattige og ressursrike miljøer. Synkende kvalitet på barnehagene eller redusert tilgang på gode barnehager vil svekke disse helsefremmende faktorene.

Skolen gir utdanning og kompetanse, som igjen gir arbeid og deltakelse i samfunnet. Skolen gir også venner, fellesskap og følelse av tilhørighet. Opplevelsen av å mestre beskytter mot psykiske plager. En skole som preges av mobbing og som ikke tar vare på alle, svekker også barn og unges muligheter til en god psykisk helse.

Arbeid gir opplevelse av mening, identitet, selvfølelse, tilknytning og mestring for svært mange mennesker. Alt dette er med på å fremme psykisk helse. Taper man

arbeidet, taper man også mange av disse helsefremmende faktorene. Nedgangstider kan skyve folk ut av arbeid, og de med marginal tilknytning til arbeidslivet rammes ofte først. Mange av disse har også større risiko for psykiske lidelser i utgangspunktet. Tap av arbeid kan slik gi økt sykkelighet som rammer sosialt skjevt.

Flere tusen mennesker kommer hvert år til Norge som asylsøkere og flyktninger, og mange får opphold. De fleste har utdanning, er arbeidsomme og motiverte for å få til et godt liv i et nytt hjemland. Likevel ender en relativt stor andel av minoritetsgruppene som uføretrygdet. Vi vet at uføretrygdene fra etniske minoritetsgrupper blir uføretrygdet av akkurat de samme grunner som flertallsbefolkningen. Helse- og levekårene etter at de kom til Norge er mer utslagsgivende enn deres etniske minoritetsbakgrunn, og når levekårene blir for vanskelige, trues også den psykiske helsen.

Et godt helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid må i stor grad – kanskje i hovedsak – foregå på andre arenaer enn helseforvaltning og helsetjenester. Samtidig har helseforvaltningen og helsetjenestene et ansvar for å følge utviklingen i befolkningens helse, identifisere risikofaktorer, foreslå tiltak, og samarbeide med andre instanser om tiltak som faller utenfor helse-tjenestens ansvarsområde.

Psykiske lidelser er i dag en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge. Dette er tilfelle enten man måler i utbredelse, totale sykdomskostnader, samlet sykdomsbelastning, tapte arbeidsår eller kostnader til uføretrygd og sykefravær. Registrerte psykiske lidelser står for omkring en tredjedel av alle uførepensjoner, med angst og depresjon som de viktigste årsakene til arbeidsrelatert uførhet<sup>2</sup>. Det skyldes at angst og depresjon angår svært mange mennesker, ofte rammer i ung alder, har en tendens til å være tilbakevendende og gjerne gir langvarig sykefravær, ofte med påfølgende arbeidsuførhet.

Rusmiddelrelaterte lidelser og problemer er en av de store utfordringene innen det forebyggende arbeidet. De mest samfunnsbelastende av disse lidelsene er alkoholmisbruk, alkoholavhengighet og alkoholrela-

terte skader. Fra 1993 til 2009 har det totale alkoholforbruket i befolkningen økt med nesten 50 %. Til tross for utviklingen og de store forebyggingsutfordringene har vi likevel i liten grad omtalt disse i denne rapporten. Dette skyldes at forebygging av alkohol- og andre rusmiddelrelaterte lidelser og problemer krever tilpassede forebyggingsstrategier som i liten grad vil være sammenfallende med de metodene vi anbefaler for å forebygge andre psykiske lidelser. Den viktigste forebyggingsstrategien er knyttet til å redusere alkoholforbruket i befolkningen gjennom begrenset tilgjengelighet og høye priser. For å lykkes med en slik strategi er vi avhengige av oppslutning om alkoholpolitikken og virkemidlene. Eksempler på slike virkemidler er å begrense antall salgs- og skjenkesteder, samt å begrense salgs- og skjenketidene. Andre tiltak er gjennom kartlegging og tidlig intervensjon i primærhelsetjenesten.

Søvnvansker er et debutsymptom ved de fleste psykiske lidelser, men kan også opptre alene uten annen psykisk forstyrrelse. Søvnvansker er en av de vanligste helseplagene i befolkningen og kanskje det mest oversette folkehelseproblemet i Norge. Undersøkelser fra en rekke land viser at nærmere en tredjedel av befolkningen rapporterer ukentlige søvnvansker<sup>3</sup>. I polarnære land som Norge varierer forekomsten med årstider. De mange negative konsekvensene av kroniske søvnvansker er godt dokumentert: Flere norske undersøkelser har vist at søvnvansker er en sterk og uavhengig risikofaktor for både langtidssykefravær og varig uføretrygding<sup>4-6</sup>.

I tillegg vet vi at kroniske smertetilstander har nær sammenheng med angst, depresjon, søvnvansker og selvmord. I Norge har anslagsvis 30 prosent av alle voksne kroniske smerter. Muskel- og skjelettplager er den vanligste årsaken, men en rekke andre lidelser kan også føre til kronisk smerte. Forekomsten er høyere enn i mange andre europeiske land. Betydelig flere kvinner enn menn sier at de har kroniske smerter, og kvinner er også i langt større grad enn menn sykemeldt og uføre som en følge av kronisk smerte. Tall fra Levekårsundersøkelsen 2005 tyder på at over halvparten av uførhetstilfellene i Norge er knyttet til kroniske smertelidelser. Forbruket av smertestillende legemidler har økt sterkt i perioden 1999- 2008, og mange av disse legemidlene er vanedannende.

Psykiske lidelser kan i varierende grad forebygges. De mest utbredte, og for samfunnet klart mest kostnadskrevenne psykiske lidelsene, er samtidig de lidelsene som er lettest og mest lønnsomme å forebygge. Dette gjelder særlig for depresjon og angstlidelser der flere forebyggende tiltak er dokumentert eller har vist

lovende resultater. Disse lidelsene er hver for seg så utbredt, og belaster samfunnet i så stor grad, at selv en liten reduksjon i antall nye tilfeller i en av disse gruppene vil ha store positive konsekvenser for samfunnet: Færre vil berøres av disse lidelsene som pasient eller pårørende, og presset på helsetjenestene vil reduseres. Når det gjelder søvnvansker og smertelidelser har vi mindre dokumentert kunnskap om forebyggende tiltak og det er stort behov for tiltaksforskning.

For de tyngste, men sjeldnere lidelsene som psykoser og bipolar lidelse, og de alvorligste personlighetsforstyrrelsene og utviklingsforstyrrelsene finnes det i dag lite eller ingen dokumentasjon av metoder til forebygging. Men vi kan forebygge mange tilleggsproblemer og negative konsekvenser som gjør det unødig komplisert både å leve med og behandle disse lidelsene. Dette gjøres blant annet gjennom tilbudet *Tidlig intervensjon ved psykoser (TIPS)*, hvor hovedmålet er å forkorte tiden det tar fra folk utvikler mulige psykosesymptomer til behandlingen starter. Tilbudet retter seg særlig mot unge mennesker og oppfølgingsstudier har gitt positive resultater<sup>7</sup>.

Både for de menneskene det angår og for samfunnet som helhet vil det være av stor betydning å gjennomføre et helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid som kan redusere forekomsten av de mest utbredte formene for psykiske lidelser, søvnvansker og kroniske smerter. Det er også av stor betydning å redusere tilleggsproblemer og unødige negative konsekvenser av å leve med de sykdommene som vi enda ikke har metoder til å forebygge. De ulike deler av helsevesenet kan og skal jobbe med helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Skal en satsing på forebygging få stor effekt og lønne seg, må imidlertid hovedinnsatsen rettes mot arenaer utenfor helsevesenet. Det må med andre ord legges en innsats inn der mennesker er før de har fått helseproblemer og på de arenaer de befinner seg når helseproblemene oppstår. Dette er de samme arenaene vi må sikre fortsatt tilhørighet til under sykdom og i tiden etterpå for å komme tilbake til normal funksjon.

## 1.2 Formålet med rapporten

Formålet med rapporten er å gi en oversikt over kunnskapsstatus, programmer og tiltak knyttet til ulike arenaer for psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i Norge. På grunnlag av oversikten vil vi gi anbefalinger knyttet til de ulike arenaene. Helsefremmende og sykdomsforebyggende programmer og tiltak er avhengig av kultur og organisering i det samfunn de skal iverksettes. Vi har derfor lagt særlig

vekt på norsk og nordisk forskning, som så er supplert med internasjonal forskning. Publisering i fagfellevurderte internasjonale tidsskrifter representerer en kvalitetssikring av forskningsvirksomheten. Som allment kvalitetskrav til evidens har vi lagt til grunn at undersøkelsene skal være publisert i internasjonalt tidsskrift med fagfellevurdering. Der slik forskning ikke foreligger, har vi benyttet rapporter med eller uten uavhengig fagfellevurdering.

Krav til evidens ved evaluering av folkehelseiltak byr generelt på store metodiske utfordringer. Dette gjelder spesielt i forhold til spørsmål om effekt, effektivitet og vurderinger av kostnad opp mot nytte av tiltaket. Vi har klassifisert anbefalingene i fire nivå avhengig av hvilket evidensgrunnlag de er basert på:

- **Nivå 1** (merket lyseblå): gode studier med sterkt design som er publisert i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter med fagfellevurdering
- **Nivå 2** (merket lysegrønn): studier med mindre sterk design, men som er publisert i nasjonale og internasjonale tidsskrifter med fagfellevurdering
- **Nivå 3** (merket rosa): ingen eller svak vitenskapelig evidens foreligger, men tiltaket anses som viktig ut fra faglig skjønn
- **Nivå 4** (merket lys gul): tiltaket anses som helsepolitisk viktig, men er ikke basert på forskning

Vi anbefaler utprøving av tiltak også på en rekke områder hvor det ikke foreligger tilstrekkelig evidens. Disse anbefalingene bygger på erfaringer, faglig skjønn og områder vi har vurdert som særlig viktige selv om evidensen foreløpig er svak. Formålet med dette er å peke på områder og arenaer hvor forebyggingspotensialet kan være stort, men hvor vi foreløpig vet for lite om effekten og lønnsomheten av de tiltak som kan iverksettes.

I Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007-2010) vises det til flere forebyggings tiltak for å redusere bruken av rusmidler og hvordan kompetansen på feltet og tjenestetilbudet til rusmisbrukere kan styrkes. For å møte utfordringene om forebygging av rusrelaterte lidelser er det behov for en egen gjennomgang på dette området. En slik gjennomgang bør utføres etter at Opptrappingsplanen for rusfeltet er avsluttet.

## 1.3 Forebygging, psykiske plager og lidelser: Definisjoner og begreper

### *Psykisk helse*

Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som "en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner 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, atferd og sosiale evner, samt evne til selvstendighet, tilknytning, fleksibilitet og vitalitet<sup>8</sup>. Psykisk helse er avgjørende for livskvalitet, mellommenneskelige forhold og produktivitet og langt mer enn fravær av sykdom<sup>8</sup>.

### *Psykiske plager*

Betegnelsen psykiske plager brukes i denne rapporten om plager som kan gi høy symptombelastning, men ikke nødvendigvis så høy 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 psykiatrisk diagnose<sup>8</sup>. Hyppigheten av betydelige psykiske plager er definert ved at man skårer over et visst nivå på en symptomskala<sup>9</sup>.

### *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 sykdomsklassifikasjon* ICD fra WHO<sup>10,11</sup> eller *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM, som er utarbeidet av den amerikanske psykiatriforeningen<sup>12</sup>. Statistikk over forekomsten av psykiske lidelser kan brukes til å beregne behandlingsbehov.

### *Helsedeterminanter*

Faktorer som virker inn på helsen, enten ved å øke (risikofaktorer) eller redusere (beskyttende faktorer) forekomsten av sykdom og plager, kaller vi helsedeterminanter. Helsedeterminantene deler vi ofte inn i de som er knyttet til individet, og de som er knyttet til miljøet. De individuelle helsedeterminantene omfatter både arvelige og miljøbestemte faktorer som personlighet, intelligens, fysisk helse og funksjonshemming, fysisk aktivitet og bruk av rusmidler. Determinantene i miljøet omfatter gjerne generelle levekår, sosiale og økonomiske forhold, eksponering for rusmidler, status og mellommenneskelige forhold i samliv, familie, skole



og arbeid. Miljøfaktorene omtales ofte ved begreper som sosial støtte, integrering, inkludering og diskriminering. Langvarige belastninger, alvorlige livshendelser og ekstreme påkjenninger knyttet til krig, vold, og seksuelle overgrep er andre eksempler på miljøfaktorer. Ofte vil det være samspillet mellom individuelle og miljørelaterte determinanter som har betydning for den psykiske helsen<sup>8</sup>.

#### *Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid og folkehelsearbeid*

I det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet tar man utgangspunkt i helsedeterminantene, og prøver å påvirke disse.

Når man betegner en intervensjon som **helsefremmende**, er målet for intervensjonen å bedre den psykiske helsen ved for eksempel å øke graden av velvære, selvbilde, 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.

Det **sykdomsforebyggende arbeidet** har som mål å forebygge sykdom ved å redusere nivået av kjente risikofaktorer hos personen selv og i miljøet. Det har vært vanlig å dele inn det sykdomsforebyggende arbeidet i henhold til forløp: som hhv primærforebyggende, sekundærforebyggende og tertiærforebyggende arbeid. På midten av 1990-tallet ble det foretatt en ny gjennomgang av klassifikasjonene i det forebyggende arbeidet og man introduserte da tre nye begreper i henhold til målgruppe: *universell, selektiv og indikativ* forebygging. Vi vil benytte disse forebyggingsbegrepene videre i denne rapporten.

**Befolkningsrettet (universell) forebygging** er tiltak rettet mot folk flest 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 er effekten gjerne 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 (indikativ) 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 mer alvorlig diagnose. Individrettet forebygging er nært beslektet med begrepet sekundærforebygging. Individrettede tiltak har i mange tilfeller svært god effekt for den enkelte, men er 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.

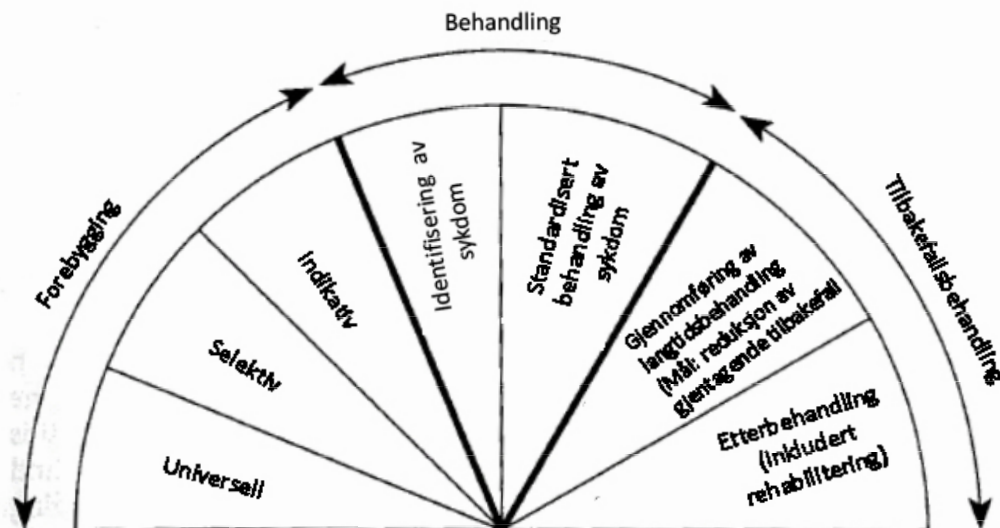
I faglitteraturen betegnes disse tiltakene som henholdsvis universelle, selektive og indiserete. Da begrepene ble lansert, omfattet de bare det sykdomsforebyggende arbeidet<sup>13,14</sup>. Tiltak kan likevel godt virke helsefremmende uansett hvilken kategori de faller inn under<sup>15</sup>.

**Forebygging versus behandling:** Den "nye" begrepsbruken gjør det enklere å skille mellom forebygging og behandling. Forebygging er alle tiltak vi setter i verk **før** diagnostiserbar sykdom eller klinisk høyt symptomnivå har oppstått. Behandling er alt vi setter i verk **etter at** diagnostiserbar sykdom eller klinisk høyt symptomnivå har oppstått. Et tiltak virker forebyggende dersom det over tid bidrar til å redusere antall **nye** sykdomstilfeller (insidensen) eller antall **nye** personer med klinisk høyt symptomnivå. Et tiltak har en behandlingseffekt dersom det bidrar til å redusere antallet som **allerede** er blitt syke eller allerede har fått et klinisk høyt symptomnivå.

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.

Figur 1 gir en oversikt over inndelingen av ulike former for behandling og forebygging:





**Figur 1:** Forebygging og behandling i intervensjoner for mental helse<sup>14</sup>  
 Gjengitt med tillatelse fra (National Academies Press) © (2010) ved the National Academy of Sciences, Courtesy of the National Academies Press, Washington, D.C.

## 1.4 Konsekvenser av psykiske plager og sykdommer

Psykiske plager og lidelser kan medføre en betydelig redusert funksjonsevne i hjem og skole/arbeid og tap av livskvalitet. Psykiske lidelser utgjør i alle OECD-landene en stadig større andel av all sykemelding og uføretrygging. Høyt sykefravær blant personer med psykiske lidelser er også dokumentert i flere internasjonale studier<sup>16,17</sup>. Nesten hver tredje person som er uføretrygdet her i landet er det pga. psykiske lidelser<sup>18</sup>.

Depresjoner og lettere angstlidelser er de vanligste psykiske lidelsene blant personer i arbeidslivet<sup>19</sup>. Forekomsten av disse lidelsene som årsak til sykemelding og trygd ser ut til å øke<sup>19,20</sup>. I 2006 hadde 23 prosent av personer som deltok på tiltak i NAV-regi i forbindelse med variabel eller redusert arbeidsevne psykiske lidelser<sup>21</sup>. Ledighetsraten blant personer med psykiske lidelser er høy<sup>22-25</sup>. De som arbeider og har en psykisk lidelse er ofte undersysselsatt<sup>26</sup>.

I 2009 var det over 346 000 personer som mottok uføreytelser, inkludert tidsbegrenset uførestønad<sup>27</sup>. Blant de som mottok uføreytelser var det i 2007 26 % som hadde en diagnostisert psykisk lidelse, psykisk utviklingshemming unntatt. En stor gruppe sysselsatte er også til enhver tid sykemeldt og dette gjaldt nær 130 000 personer per 30. juni 2008. Depressiv tilstand står for den største andelen av de tapte årsverkene og mange tapte årsverk er knyttet til akutt stress og psykiske symptomer.

Uføretrygd for psykiske lidelser innvilges i gjennomsnitt ved 46 års alder, mot 55 år ved muskel- og skjelettlidelser og 53 år ved andre lidelser. Psykiske lidelser forårsaker derfor flere tapte arbeidsår enn noen annen diagnosegruppe<sup>28</sup>. Det er videre dokumentert at depresjoner henger sammen med økt dødelighet<sup>29-34</sup>. Depresjon øker også dødeligheten for kroppslige sykdommer som hjerte- og karsykdommer og kreft. Årsakssammenhengen er sammensatt og omfatter blant annet helsereelatert atferd<sup>35</sup>.

De økonomiske kostnadene som kommer i tillegg til de menneskelige kostnadene knyttet til psykiske lidelser er betydelige, både for personene det gjelder gjennom svekket inntektsgrunnlag, Folketrygden i form av sykepenger og uførepensjon, og for arbeidsgivere. I tillegg kommer arbeidsledighetstrygd og tidlig avgang fra arbeidslivet. Det er ingen som har beregnet kostnadene ved psykisk uhelse i Norge. Nasjonalt folkehelseinstitutt har gjort et grovt anslag basert på beregninger gjort i England (The Sainsbury Centre for Mental Health 2003). Folkehelseinstituttets anslag at de samlede samfunnsøkonomiske kostnadene for psykiske lidelser i Norge beløper seg til omkring 60 – 70 mrd årlig. Beløpet omfatter tapt arbeidsfortjeneste, sykepenger, trygdeutgifter, sosiale ytelser og behandlingsskostnader. Anslagsvis halvparten av kostnadene skyldes angst og depresjon.

Det er grunn til å anta at psykiske lidelser undervurderes som årsak til uføretrygging og at psykiske lidelser underrapporteres i trygdeerklæringer<sup>36</sup>. Flere studier viser at psykiske lidelser i mange tilfeller ikke

oppdages i allmennpraksis<sup>37</sup>. Angst og depresjon er ikke bare selvstendige risikofaktorer for uføretrygd, men også for uføretrygd som er innvilget for andre diagnoser enn psykiske lidelser<sup>38,39</sup>. Søvnvansker øker også sannsynligheten for uføretrygd, men blir normalt ikke brukt som diagnose i trygdeerklæringer<sup>40,41</sup>. En betydelig andel som innvilges uføretrygd for psykiske lidelser sier at de aldri har vært i behandling for slike<sup>42</sup>. Sannsynligvis vil bedre diagnostisering og behandling i primærhelsetjenesten virke forebyggende på senere uføretrygding<sup>43</sup>.

## 1.5 Helse-determinanter: beskyttelses- og risikofaktorer

Psykiske lidelser og plager utvikles i et komplekst samspill mellom genetiske, biologiske og miljømessige faktorer. Kunnskapen om de eksakte årsakene er fortsatt mangelfull. Dette henger delvis sammen med at det sjelden er spesifikke sammenhenger mellom

risikoforhold og type lidelse. Mange forskjellige risikofaktorer bidrar til utviklingen av en enkelt lidelse, samtidig som én og samme risikofaktor kan føre til utvikling av mange ulike lidelser. Innsats for å fjerne en risikofaktor vil derfor kunne forebygge utvikling av flere typer psykiske lidelser samtidig. Som motvekt til risikofaktorer, påvirkes helsen også av faktorer som fremmer god psykisk helse og faktorer som beskytter individer mot å utvikle lidelser i perioder med store belastninger. Grovt sett kan en si at helse er resultatet av samspillet mellom individuelle egenskaper og beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer i miljøet.

### **Beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer på ulike sosiale nivåer**

Det finnes beskyttelses- og risikofaktorer på ulike sosiale nivåer. Avhengig av årsaksforhold, kan de miljørelaterte faktorene inndeles etter følgende nivåer: 1) samfunn, 2) nærmiljø, bomiljø, barnehage, skole og arbeidsmiljø, 3) familie og gruppe/ sosialt nettverk.

**Tabell 1:** Eksempler på beskyttelses- og risikofaktorer på ulike sosiale nivåer

<b>BESKYTTELSESFAKTORER OG RISIKOFAKTORER</b>			
	<b>Nivå</b>	<b>Beskyttelsesfaktorer</b>	<b>Risikofaktorer</b>
<b>Miljørelaterte Faktorer</b>	Samfunn	Sosial kapital (samfunn som er preget av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold)	Sosial ulikhet Ikke fullført skolegang Arbeidsledighet Marginalisering og dårlig integrering av innvandrere og flyktninger
	Lokalsamfunn Nærmiljø Bomiljø Arbeidsmiljø Barnehage Skole	Sosial integrasjon Mulighet til utfoldelse, bruk av egne evner og kontroll over egen livssituasjon	Ressursfattige lokalsamfunn med lite sosial samhandling Bomiljøer med ustabil befolkning og liten grad av sosial integrasjon Mobbing og andre forhold som øker sosial isolasjon og marginalisering Dårlig læringsmiljø i barnehage og skole Belastende arbeidsmiljø
	Gruppe, sosialt nettverk/ familie, venner, naboer og andre relasjoner	Sosial støtte Aktivering	Sosial isolasjon, lite støttende sosialt nettverk Kroniske belastninger og negative livshendelser, konflikter Overgrep, mishandling
<b>Individrelaterte faktorer</b>		Individuelle mestringsressurser Positive temperamentstrekk	Lav selvfølelse, manglende opplevelse av kontroll over egen livssituasjon og manglende evne til mestring Sårbar personlighet Helsefarlig livsstil Somatisk sykdom og medfødte funksjonshemninger

De miljørelaterte risikofaktorene er som oftest ikke direkte årsak til psykiske plager og lidelser, men bidrar til en viss økning av risiko, og kan sammen med individrelaterte faktorer føre til psykiske lidelser. Det er likevel påkjenninger som kan være av en slik karakter, intensitet og omfang at de vil føre til psykiske plager eller lidelser uten at det behøver å foreligge individuell sårbarhet.

*Lav sosioøkonomisk status* vil for eksempel først få en negativ virkning på den psykiske helsen hvis dette fører til opplevelse av maktesløshet og manglende evne til å mestre livsbelastninger. Her vil ulike beskyttelses- og belastningsfaktorer inngå i et komplekst samspill. Hvilket *sosialt nivå* faktorene tilhører, vil imidlertid være bestemmende for hvilke instanser som skal være ansvarlig for det forebyggende arbeid, og for hvilke strategier som kan anvendes. Bortsett fra enkelte individrettede tiltak, vil ansvaret for de fleste forebyggende tiltak som regel ligge utenfor helsevesenet.

I det følgende presenterer vi først dagens kunnskap om forklaringsfaktorer som er knyttet til utvikling av psykiske lidelser hos barn og unge. Barn har mindre muligheter til å påvirke sine rammebetingelser enn det voksne har. Deres oppvekstmiljø vil være preget av foreldrenes sosioøkonomiske forhold og deres sosiale ressurser og livsstil. Mye av virkningen av samfunnsforhold og levekår på barns psykiske helse går via den virkningen de samme faktorene har på foreldrene<sup>44</sup>. I delen om barn og unge begrenser vi oss derfor til miljøfaktorer i familie, barnehage og skole. I tillegg berører vi individfaktorer som temperament og medfødt funksjonssvikt.

#### 1.4.1 Barn og unge

##### Risikofaktorer i miljøet

De aller fleste barn og unge med høyt symptomnivå – anslagsvis 80-90 % av dem som har betydelige plager – kommer fra vanlige familier. Med vanlige familier menes familier med tilstrekkelige sosiale ressurser, som er relativt velfungerende og ikke har spesielle kjennetegn på risiko. I slike vanlige familier er det også normalt å ha perioder med belastninger og stress. Samtidig er det godt dokumentert at sannsynligheten for at barn og unge utvikler symptomer øker i perioder når:

- Foreldrene har mange symptomer på psykiske lidelser som depresjon og angst<sup>45-47</sup>.
- Forholdet mellom foreldrene er konfliktfylt eller foreldreferdighetene mangelfulle<sup>48</sup>.
- Familien utsettes for mange belastninger eller negative livshendelser, samt lite sosial støtte<sup>49,50</sup>.

Selv om mange har plager som går over, vil om lag en fjerdepart av barna som har betydelige psykiske plager i småbarnsalderen ha symptomer som varer i mange år, nedsetter funksjonsevnen betydelig, og gir store plager. Risikoen for mer dyptgripende og varige psykiske lidelser øker når belastningene blir store, rammer flere områder i livet eller varer over lang tid. Under slike forhold kan en snakke om barn i høyrisikogrupper for å utvikle omfattende psykiske lidelser. Noen av de viktigste risikomarkørene er:

- Foreldre som selv har psykiske lidelser som varer over tid<sup>51</sup>
- Foreldre som er rusmisbrukere eller voldelige<sup>52</sup>
- Familien, eller barna selv, har kommet til landet som flyktninger og har opplevd traumatiske erfaringer fra krig, tortur, vold og tap av familie og venner i hjemlandet<sup>53</sup>
- Barn som er marginaliserte eller sosialt isolerte, dårlig integrert i nabolaget eller blir mobbet på skolen<sup>54,55</sup>
- Barn som har blitt utsatt for overgrep, mishandling eller omsorgssvikt<sup>56,57</sup>

Disse kjennetegnene er ofte – men ikke alltid - knyttet til oppvekst i familier hvor foreldrene har lite utdanning, lav inntekt og usikker tilknytning til arbeidslivet. Litt avhengig av hvor en legger lavinntektsgrensen (tidligere omtalt som fattigdomsgrensen), bodde 9.6 % av alle barn under 18 år i Norge i 2008 i husholdninger som etter EUs definisjon er fattige<sup>58</sup>. Her benyttes lavinntektsgrense som 60 % av medianinntekten. Dersom en bruker 50 % som grense, vil 5 % leve i lavinntektsfamilier. Noen barn og unge lever under så belastende oppvekstkår og knapphet på sosiale og materielle ressurser at vi allerede før fødselen vet at de har økt sannsynlighet for å utvikle emosjonelle lidelser og atferdsforstyrrelser.

Selv om folkehelsen i Norge totalt sett stadig bedrer seg, øker forskjellene i sykdom og helsesvikt mellom sosiale grupper<sup>59</sup>. Denne utviklingen kan synes paradoksalt eller motsetningsfylt. Forklaringen kan være at helsetilstanden er blitt bedre hos de fleste som har betalt arbeid, mens helseplagene har økt i mindre undergrupper der uførepensjonering og problemer som fedme, selvskading og alkoholmisbruk øker. En årsak til en slik polarisering kan være at familier som er vanskeligstilte økonomisk og sosialt i mindre grad klarer å benytte velferdsgoder som gratis utdanning og kulturtilbud som i prinsippet er tilgjengelig for alle<sup>60</sup>. Dette kan bidra til at barn fra vanskeligstilte familier er "dobbelt utsatte" fra tidlig alder<sup>61</sup>. Økte sosiale forskjeller kan også skyldes at en ser på gjennomsnittsforskjeller mellom grupper som er blitt mer eller mindre selektert.

Enslige asylsøkerbarn omtales ofte som særlig risiko-utsatt for å utvikle psykiske lidelser. I perioden 2000 – 2009 ankom det omkring 8 000 enslige asylsøkerbarn til Norge. Fra 2007 fikk det statlige barnevernet ansvaret for mottak av barn under 15 år, og det ble opprettet en rekke omsorgssentre i både statlig og privat regi. Barna skal oppholde seg på omsorgssentre inntil det tas en avgjørelse om bosetting eller retur. Barnevernsstatistikken fra 2005 viser at 31 % av bosatte enslige mindreårige hadde vedtak om barnevernstiltak, og av alle barn med barnevernstiltak i 2005 var i underkant av to prosent enslige asylsøkerbarn. Relativt få barn innvilges familiegjenforening; i perioden 1996 – 2005 var tallet 4 %. Mange barn plasseres imidlertid hos slektninger. Eksisterende forskning og kunnskap tyder på at enslige asylsøkerbarn er mer utsatt for psykiske lidelser i form av depresjon, angst og posttraumatiske stressreaksjoner<sup>62</sup>.

### Risikofaktorer hos individet

Barn reagerer ulikt på de samme påvirkningene, avhengig av individuelle kjennetegn som intelligens, temperamentstrekk, biologisk risiko og somatiske skader og sykdommer.

*Sårbart temperament.* Temperamentstrekkene "negativ emosjonalitet" og "manglende selvregulering" er forbundet med utvikling av problematferd<sup>63</sup>. Negativ emosjonalitet - tendensen til å komme med negative og irriterte reaksjoner - blir gjerne delt inn i to overordnede grupper knyttet til henholdsvis: 1) ubehag når en møter hindringer og reaksjoner som irritabilitet og sinne, og 2) ubehag i møte med nye mennesker og steder og reaksjoner som skyhet og engstelse. Slike temperamentstrekk kjennetegner 20-30 % av alle barn, og forekomsten varierer med alder<sup>44</sup>.

*Biologisk risiko.* Barn som er født med særlig biologisk risiko har øket sjanse for også å utvikle psykiske vansker og lidelser. Dette gjelder enten den biologiske risikoen har en ukjent årsak, eller om den er knyttet til eksponering for alkohol, illegale rusmidler, medikamenter, tobakk, under- og feilernæring og miljøgifter<sup>64,65</sup>. Barn som er født med særlig biologisk risiko er vanligvis avhengige av å ha optimale oppvekstbetingelser for å utvikle seg tilfredsstillende<sup>64</sup>. I dag regner vi med at i underkant av 10 % av alle barn allerede fra fødselen har vansker med å kommunisere med andre på en fullgod måte. For noen er dette forårsaket av problemer med å kunne sitte stille og konsentrere seg i en tilstrekkelig lang tidsperiode. Andre har vansker med å tolke sosiale signaler. Atter andre er født med hørselshemming eller psykisk utviklingshemming. Felles for dem er at foreldre, barnehage og skole må sette inn en ekstra individrettet innsats for at barna

skal kunne tilegne seg adekvate språklige og sosiale ferdigheter og utnytte sitt læringspotensial. På dette feltet er det store forebyggende oppgaver og samtidig en mulighet til å forebygge tilleggsproblemer.

### Beskyttende faktorer

Det forebyggende arbeidet overfor barn og ungdom må skape helsefremmende miljøer på alle arenaer i hjem, nærmiljø, barnehager og på skoler. I de tidligste barneårene vil kvaliteter ved hjemmemiljøet ha stor betydning for barns utvikling og psykiske helse. Foreldrenes sosiale ressurser er med på å bestemme hvordan barn påvirkes av belastninger i familien. En norsk undersøkelse viser at symptomnivået hos barn på åtte år synes å være knyttet til den sosiale støtten mødrene deres hadde da barna var halvannet år. Barna som utviklet seg positivt, trass i at de kom fra familier med mange og langvarige belastninger, hadde mødre som hadde opplevd mye sosial støtte i de første årene i barnas liv. Disse mødrene hadde fått omsorg, respekt og hjelp både fra partner, familie og venner og ofte også fra naboer<sup>50</sup>. Men det er ikke bare hjemmemiljøet som er viktig. Et godt eller helsefremmende skolemiljø består av en skole som gir elevene muligheter for å delta aktivt og utfolde seg, en skole der alle får anledning til å oppleve mestring og en skole som er preget av positive forhold mellom elevene<sup>66,67</sup>. Selv om det er vanskelig å finne empiriske studier som viser betydningen av slike faktorer i alle barnets miljøer, mener vi det er viktig å sikre at alle barn får være del av et positivt sosialt fellesskap og at de gis anledning til å utfolde seg og erfare at de mestrer.

### 1.4.2 Voksne og eldre

Dette avsnittet deles inn i miljøfaktorer og individfaktorer, og omtaler risiko- og beskyttelsesfaktorer knyttet til disse.

### Risikofaktorer i miljøet

De negative livshendelsene som gir den største belastning på den psykiske helsen er trussel mot eget liv og kroppslig helse, negative endringer i det sosiale nettverket og akutte økonomiske problemer<sup>68</sup>.

*Lav sosioøkonomisk status.* En rekke undersøkelser viser at lav sosioøkonomisk status, målt som kortvarig utdanning, lav inntekt og/eller lav yrkesmessig status, er knyttet til dårlig psykisk helse. Mange av undersøkelsene er fra USA<sup>69</sup>. Selv om Norge er et sosialt mer ensartet samfunn enn USA, har en også i Norge funnet sammenheng mellom sosioøkonomisk status og psykiske plager. Både menn og kvinner i Norge med lav sosioøkonomisk status har større hyppighet av psykiske plager enn de med høy sosioøkonomisk status<sup>70</sup>.

*Arbeidsledighet.* Arbeidsledighet er ofte forbundet med dårlig økonomi og sosial utstøting<sup>71</sup>. Arbeid har viktige sosiale, psykologiske og økonomiske funksjoner som man ikke har tilgang til når man står utenfor arbeidslivet. Arbeid strukturerer hverdagen, kan gi mening og kan også bidra til bedre selvbilde<sup>72,73</sup>. Den psykiske helsen kan dermed forverres av å være uten arbeid<sup>74</sup>.

Ungdom og unge voksne er i en utsatt situasjon på arbeidsmarkedet og er særlig utsatt for arbeidsledighet i nedgangskonjunkturer. Manglende tilknytning til arbeidslivet kan også øke risikoen for psykiske lidelser hos denne gruppen både på kort og lang sikt. Flere undersøkelser viser en sammenheng mellom arbeidsledighet og psykisk helse hos unge voksne<sup>75-77</sup>.

*Innvandring og multietnisitet.* Innvandreres helse i Oslo er omfattende studert i Helseundersøkelsen i Oslo 2000-2001 (HUBRO)<sup>78-81</sup>. Her fremgår det at etniske minoriteter har en betydelig øket hyppighet av psykiske plager. Mens *innvandrere* fra hovedsakelig Asia og Afrika har en hyppighet av betydelige psykiske plager på 24 %, er tallet for etnisk norske 10 %, og for innvandrere fra Vest-Europa og USA 12 %. *Flyktninger* har en hyppighet av betydelige psykiske plager på 31 %. Forskjellene gjelder alle aldersgrupper og begge kjønn. Data fra HUBRO viser at tortur, fengsling og andre traumatiske hendelser øker risikoen for psykiske plager, spesielt hos flyktninger. Den viktigste sosiale risikofaktoren etter ankomsten til Norge er manglende arbeid, og i mindre grad økonomiske problemer. Blant de psykososiale risikofaktorene er også manglende sosial støtte, manglende integrasjon i det norske samfunn, opplevelse av diskriminering - bl.a. på boligmarkedet - samt en generell opplevelse av maktesløshet.

*Sosial desintegrasjon av lokalsamfunn.* Både gamle og nye undersøkelser viser at sosial desintegrasjon i lokalsamfunnet bidrar til økt hyppighet av psykiske helseproblemer<sup>82,83</sup>. Med sosial desintegrasjon menes et samfunn med liten grad av fellesskap og lite sosial samhandling, svakt lokalt lederskap, få og svake organisasjoner, svake sosiale nettverk og liten grad av trygghet mellom mennesker. De bakenforliggende årsaksfaktorer kan være sviktende næringsgrunnlag, stor grad av inn- og utflytting og/eller rask sosial endring. Også i Norge er det foretatt undersøkelser som peker i retning av at sosial desintegrasjon i lokalsamfunnet er uheldig for den psykisk helsen<sup>84</sup>.

*Belastninger knyttet til bomiljø.* Undersøkelser fra en bydel i Oslo viste sammenhenger mellom mangelfull sosial integrasjon og dårlig psykisk helse<sup>85</sup>. Bydelen ble karakterisert som preget av svake sosiale nettverk og økonomiske belastningsfaktorer. Bakenforliggende

risikofaktorer var antakelig stor grad av inn- og utflytting, skjev aldersfordeling og mangelfulle kollektive ressurser - som små muligheter for rekreasjon og få sosiale møteplasser. Disse forholdene ble utbedret, og en oppfølgingsundersøkelse ti år senere viste også bedring av den psykiske helsen hos beboerne i bydelen. Den psykisk helsen i de andre - og stort sett uforandrete bydelene - hadde ikke endret seg<sup>86</sup>. Det kan imidlertid ikke utelukkes at forklaringen er knyttet til seleksjon, der mennesker med lavere risiko har flyttet inn i takt med de bedrede boforholdene.

*Belastninger knyttet til arbeidsmiljø.* Selv om deltagelse i arbeidslivet generelt ser ut til å ha en gunstig effekt på den enkeltes helse og velvære, har organisatoriske og psykososiale forhold på arbeidsplassen vist seg å ha betydning for utvikling av psykiske plager. Det er særlig to forklaringsmodeller som gir konsistente og robuste funn<sup>87</sup>: "*Krav-kontroll modellen*"<sup>88,89</sup> postulerer at kombinasjon av lave beslutningsmuligheter og høye jobbkrav øker sannsynligheten for dårlig helse og lav tilfredshet med arbeidet. En ny norsk undersøkelse viser at kombinasjon av høye krav i arbeidssituasjonen og samtidig liten opplevelse av kontroll øker risikoen for utvikling av psykiske helseproblemer over en 11-års periode, mens høye krav i arbeidssituasjonen alene ikke gir den samme virkningen<sup>90</sup>. Det er også støtte for den såkalte "*Innsats-belønning-ubalanse-modellen*", hvor ubalanse mellom opplevd innsats og belønning i arbeidssituasjonen har negativ effekt for helsen<sup>91,92</sup>.

*Belastninger knyttet til det sosiale nettverket og nære personlige forhold.* Et godt støttende sosialt nettverk av venner, familie, naboer, arbeidskolleger og andre virker positivt på den psykiske helsen<sup>93</sup>, mens nettverksbelastninger kan bidra til å svekke den psykisk helsen. Seksuelle og/eller voldelige overgrep øker risikoen for senere utvikling av psykiske lidelser<sup>94,95</sup>. Også tapsopplevelser - som når en av ens nærmeste dør - kan utløse psykiske helseproblemer, spesielt depresjon.

*Skilsmisse og samlivsbrudd.* Skilsmissetallene har økt kraftig siden begynnelsen av 1970-tallet<sup>96</sup>. Samlivsbrudd øker risikoen for å utvikle psykiske plager og lidelser både for voksne<sup>97,98</sup> og barn<sup>98-102</sup>. Gifte lever lenger og har bedre fysisk og psykisk helse enn samboende, enslige, skilte og enker. Det skyldes dels at de med best helse også har størst sannsynlighet for å gifte seg og å forbli gift<sup>103</sup>, og dels skyldes det beskyttende forhold ved ekteskapet - som for eksempel økonomi, sosial støtte og atferdsregulering. Det samme gjelder for barn. Foreldrebrudd kan være negativt for barn, men det er ikke tilfeldig hvilke foreldre som flytter fra hverandre og de faktorene som øker risikoen for et brudd - helse, holdninger, personlighet og sosioøkon-



misk status - kan også øke risikoen for ulike problemer hos barna. I tillegg til psykiske plager er det en tredoblet risiko for langvarig arbeidsuførhet etter skilsmisse eller samlivsbrudd<sup>104</sup>.

### Beskyttelsesfaktorer i miljøet

*Sosial kapital* refererer til grad av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold mellom innbyggerne i et samfunn<sup>105</sup>, og henger nært sammen med sosial integrasjon slik vi har definert det tidligere. Flere undersøkelser finner mindre helseproblemer, både psykiske og somatiske, i samfunn som er preget av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold. Det kan skyldes at slike samfunn har en positiv effekt på innbyggernes helseatferd, at det bidrar til å utvikle og opprettholde gode offentlige helsetjenester, og/eller har en positiv psykososial effekt ved å øke sosial støtte og redusere stress hos innbyggerne<sup>106</sup>.

*Sosial støtte* omfatter i første rekke empati og følelsesmessig støtte fra andre mennesker, men også praktisk hjelp og sosial kontroll<sup>107</sup>. Forskning tyder på at sosial støtte er særlig virksom når individet er utsatt for ulike påkjenninger eller negative livshendelser, og at den sosiale støtten virker som en buffer ved å styrke individets mestringsevne<sup>108</sup>. Andre undersøkelser viser at sosial støtte i seg selv - uavhengig av livsbelastninger - har en positiv effekt på den psykiske helsen. I en ny undersøkelse hvor omkring 10 000 personer fra syv land deltok, fant en at støtte fra familie og venner hadde en betydelig forebyggende effekt på utviklingen av depresjon, når en justerte for blant annet livshistorie for depresjon, alder, utdanning og livshistorie for alkoholmisbruk<sup>109</sup>.

### Risikofaktorer hos individet

Lav selvfølelse, manglende opplevelse av kontroll over eget liv og manglende evne til mestring er viktige risikofaktorer for psykiske plager og lidelser. Disse faktorene utvikler seg i et samspill mellom individ og miljø, og er avhengig både av den ytre livssituasjonen og personlige ressurser.

*Livsstil.* Stort forbruk av rusmidler, herunder alkohol, kan føre til depresjon, øker faren for et alvorligere forløp av depresjonen og øker faren for selvmord<sup>110-112</sup>. Fysisk aktivitet er anbefalt som tiltak ved milde og moderate former for depresjon<sup>113</sup>. Flere studier peker på betydningen av kosthold for å forebygge psykiske lidelser: Et kosthold med hovedvekt på grønnsaker, frukt, kjøtt og fisk er assosiert med lavere risiko for alvorlig depresjon og angstlidelser<sup>114</sup>. Hos eldre kan mangel på sosial deltakelse og sosial aktivitet ha betydning for utvikling av psykiske lidelser, blant annet svikt i de kognitive funksjoner<sup>115</sup>.

*Gener* inngår i årsaksforholdet ved de aller fleste psykiske lidelser. Genene bidrar til å gjøre oss mer eller mindre sårbare eller robuste. Miljøet avgjør om sykdommen kommer til uttrykk eller ikke. Resultater fra tvillingstudier og adopsjonsstudier tyder på at innslaget av genetikk er viktigere jo mer alvorlige de psykiske lidelsene er: Gener har svært stor betydning for utvikling av schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig anoreksi, noe mindre for alvorlig depresjon, og moderat betydning for utviklingen av for eksempel angst, bulimi og mange personlighetsforstyrrelser. Nyere forskning viser at de samme genene kan disponere for ulike psykiske lidelser. Det kan foreligge en generell sårbarhet for eksempel for både angst og depresjon, mens miljøfaktorer avgjør om og hvilken lidelse som utvikles. Også rusmiddelavhengighet er arvelig. Gener betyr omtrent like mye for utviklingen av alkoholisme som for alvorlig depresjon. Det er også holdepunkter for at gener som disponerer for alkoholisme også øker sårbarheten for misbruk av andre stoffer. Befolkningsstudier har vist at omtrent 50 % av risikofaktorene for alkoholisme i den generelle befolkningen er genetiske. Omtrent 2/3 av denne genetiske sårbarheten forklares av generelle genetiske risikofaktorer som også gir sårbarhet for misbruk av andre rusmidler utover alkohol. I hvilken grad risiko i form av genetisk sårbarhet kommer til uttrykk som misbruk av et spesifikt rusmiddel, avhenger altså av tilgjengeligheten av det aktuelle rusmiddelet<sup>116</sup>. Genetisk sårbarhet for rusproblemer må derfor kombineres med tilgjengelighet av rusmidler for å aktiveres<sup>117</sup>. Når gener slår sterkt ut, betyr det derfor ikke at forebyggende tiltak er mindre viktige. Forebyggende tiltak vil tvert om ofte være enda viktigere når genetisk sårbarhet er en del av årsaksforholdene – for å hindre at det genetiske potensialet blir aktivert.

### *Somatisk sykdom, smertetilstander og søvnvansker.*

Somatisk sykdom er en viktig risikofaktor for psykiske helseproblemer. En rekke kroniske sykdommer, smerter og søvnproblemer har stor innvirkning på den psykiske helsetilstanden og omvendt. Mange kroniske sykdommer og smertetilstander tapper en for energi, skaper angst og usikkerhet, øker spenningsnivå, reduserer søvn, og virker begrensende på daglig aktivitet. I 2005 var 30 % av nordmenn over 15 år plaget av smerter som hadde vært vedvarende eller stadig tilbakevendende i mer enn 3 måneder<sup>68</sup>. Forekomsten er høyere enn i mange andre europeiske land. Betydelig flere kvinner enn menn sier at de har kroniske smerter. Kvinner er også i langt større grad enn menn sykemeldt og uføre som en følge av kronisk smerte. Tall fra Levekårsundersøkelsen 2005 tyder på at over halvparten av uførhetstilfellene i Norge er knyttet til kroniske smertelidelser, og muskel- og skjelettlidelser

utgjorde i 2009 om lag 40 prosent av sykefraværsdager som ble dekket av folketrygden<sup>118</sup>.

Det er nær sammenheng mellom kroniske smerter og angst, depresjon, søvnvansker og selvmord. Trolig kan fysisk aktivitet og tiltak for å redusere ensformig og tungt muskarbeid forebygge kroniske smertetilstander<sup>119-123</sup>.

Søvnproblemer er debutsymptom ved de fleste psykiske lidelser men også en betydelig selvstendig folkehelseutfordring<sup>124</sup>. Undersøkelser fra en rekke land viser at omkring en tredjedel av befolkningen lider av ukentlige søvnvansker. De mange negative konsekvensene av kroniske søvnvansker er godt dokumenterte. Søvnvansker er assosiert med nedsatt kognitiv og intellektuell fungering<sup>125,126</sup>, i tillegg til både nåværende og framtidig affektive lidelser som depresjon og bipolar lidelse<sup>127,128</sup>. Pasienter som lider av søvnvansker rapporterer ofte om redusert livskvalitet<sup>129</sup>, og dårligere mestringsstrategier<sup>130</sup>. Personer med kroniske søvnvansker rapporterer videre at de ofte har redusert arbeidskapasitet, og flere norske studier har nylig vist at søvnvansker er en sterk og uavhengig risikofaktor

for både langtidssykefravær og varig uføretrygding. Søvnvansker utgjør også en risiko for ulykker og dødelighet<sup>131</sup>. Samtidig antar en at omkring 85 % av dem som lider av slike søvnvansker forblir ubehandlet for denne tilstanden<sup>127,132</sup>.

### **Beskyttelsesfaktorer hos individet**

Beskyttelsesfaktorene er på mange måter de samme som risikofaktorene, med motsatt fortegn. En helsefarlig livsstil med lite søvn, lite mosjon og usunt kosthold øker risikoen for psykiske plager og lidelser. Tilsvarende virker en helsefremmende livsstil med tilstrekkelig søvn, mosjon og godt kosthold beskyttende. I tillegg er individuelle mestringsressurser, som evnen til å mestre livspåkjenninger, av betydning. Mestring er forsøkt belyst gjennom en rekke teoretiske modeller og begreper hvorav alle refererer til kontroll i en eller annen form; for eksempel *locus of control*<sup>133</sup>, *sense of coherence*<sup>134</sup>, *sense of mastery*<sup>135</sup> og *self-efficacy*<sup>136</sup>. Ikke minst har sistnevnte begrep ofte vært brukt i forhold til psykisk helse, og omhandler forventninger om å kunne håndtere problemene når de kommer.





# 2

## Arenaer i det forebyggende arbeidet: Programmer, tiltak og anbefalinger

Mange av de viktigste sosiale risikofaktorer er knyttet til samfunnsforhold som styres på regionalt og nasjonalt nivå. Mye av det forebyggende arbeidet må derfor tas inn i arbeidet på disse nivåene.

Samtidig vil sosiale risikofaktorer også kunne være risikofaktorer på individnivå. Eksempelvis vil mange tiltak mot fattigdom gjøres gjennom politiske beslutninger og tiltak på samfunnsnivå. Samtidig vil sosiale tiltak som hjelper mennesker ut av alvorlige økonomiske vansker kunne være et effektivt preventivt tiltak for den som hjelpes.

Foruten fattigdom er arbeidsledighet, sosial ulikhet, mangelfull skolegang og diskriminering av etniske minoriteter viktige risikofaktorer på samfunnsnivå. Arbeid for å utjevne sosial ulikhet, hindre "drop-out" fra skolen, og legge forholdene til rette for integrering av innvandrere vil være viktige forebyggende tiltak. I denne sammenheng blir helsevesenets rolle i første rekke å være premissleverandør for politiske beslutninger ved å dokumentere sammenhengene mellom samfunnsforhold og helse.

I det følgende omtaler vi forebyggende tiltak på ulike arenaer der helsevesenet kan spille en større eller mindre rolle. Når det gjelder miljørettede tiltak vil imidlertid det forebyggende arbeidet i stor grad måtte skje utenfor helsesektoren.

### 2.1 Kommunen

Kommunene er en grunnleggende del av infrastrukturen i vårt velferdssamfunn. Det er i alt 430 kommuner i Norge. Oslo er den største med over en halv million innbyggere og Utsira i Rogaland den minste med 214 innbyggere. I gjennomsnitt har en norsk kommune drøyt 11 000 innbyggere, og halvparten har færre enn 5000 innbyggere. Den store variasjonen i geografisk størrelse og innbyggertall gir kommunene ulike vilkår for å utøve sine roller som tjenesteyter, samfunnsutvikler, lokalt myndighetsorgan og arena for lokaldemokrati.

Kommunene har ansvar for et bredt spekter av tjenester og tilbud som barnehager, skoler, primærhelsetjenester, barneverntjenester, sosialtjenester, eldresentre med flere. Forebyggingsaspektet står sentralt i nåværende lov om kommunehelsetjenester, og også i annet kommunalt forvaltet lovverk, som alkoholloven, barnevernsloven og sosialtjenesteloven. Kommunen er også planmyndighet og har således store muligheter til å påvirke de fysiske rammebetingelsene til de som bor i kommunen. Kommunene er derfor i posisjon til å drive et effektivt tverrsektorielt folkehelsearbeid som retter seg mot risiko- og beskyttelsesfaktorer som befinner seg utenfor helsesektoren. Samtidig vil forebyggende tiltak og tidlig intervensjon i den kommunale primærhelsetjenesten kunne forkorte sykdomsforløp og redusere utbredelsen av sykdom og funksjonstap.

*Psykisk helsearbeid i kommunene* omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling forøvrig, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte- og veiledning, samt henvisning til spesialisthelsetjenesten. Kommunen skal ha oversikt over den psykiske helsetilstanden i befolkningen og behovet for tiltak og tjenester. Psykisk helsearbeid utføres i helse- og sosialtjenesten og andre sektorer i kommunen. For å oppnå et godt tilbud til brukerne er det viktig at kommunene har faglig kompetanse innen psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid er både et kunnskapsfelt og et praksisfelt, og omfatter blant annet forebyggende tiltak på systemnivå, opplysningsvirksomhet og tiltak for å motvirke stigmatisering og diskriminering<sup>137-139</sup>.

*Frivillige organisasjoner* utgjør en betydelig ressurs i norsk samfunnsliv. Regjeringen la i 2007 fram for Stortinget et samlet opplegg for en ny og helhetlig frivillighetspolitikk, jf. St.meld. nr. 39 (2007 – 2008), Frivillighet for alle<sup>140</sup>. I samhandlingsreformen (St. meld nr. 47: 2008-2009) gis det stor oppmerksomhet til kommunenes rolle, både deres rolle i forebyggende arbeid og med tiltak som skal bidra til at pasienter og brukere mestrer sine livssituasjoner<sup>141</sup>. Et godt samarbeid mellom kommunene og frivillige organisasjoner vil bidra til bedre realisering av de helsepolitiske målene.

## Den kommunale arena og St. meld nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

I St. meld. nr 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, pekes det på betydningen av at kommunene får bedre oversikt over grunnleggende lokale helseutfordringer og spisser forebyggingsinnsatsen mot tiltak med dokumentert effekt<sup>141</sup>. Reformen har et tydelig fokus på å styrke det forebyggende helsearbeidet i kommunene og det forutsettes at kommunene forankrer forebyggingsinnsatsen i kommunale planer. Samhandlingsreformens varslede styrking av det lokale folkehelsearbeidet stiller store krav til den kommunale ledelsen. Kommuneoverlegene skal inneha samfunnsmedisinsk kompetanse og sørge for at helsemessige hensyn blir ivaretatt på tvers av sektorer, slik at kommunens folkehelsearbeid blir systematisk, kunnskapsbasert, nyttig og kostnadmessig forsvarlig. Effektive folkehelsestrategier for å forebygge psykiske lidelser og plager vil i tillegg kreve samfunnspsykologisk kompetanse. Tilnærmingen må være tverrsektoriell, fordi de viktigste helsedeterminantene befinner seg utenfor helsesektoren og andre sektorer er tildelt ansvaret for å redusere helseskadelige forhold og opprette støttetiltak. Samtidig vil forebyggende tiltak og tidlig intervensjon i helsesektoren kunne forkorte sykdomsforløp og redusere utbredelsen av sykdom.

Et systematisk folkehelsearbeid innebærer blant annet at en:

- Kartlegger og overvåker helsetilstand og forhold av betydning for denne og identifiserer problemer og gjør prioriteringer
- Formulerer policy og planlegger tiltak som kan løse de identifiserte problemene
- Sørger for og kontrollerer at befolkningen har tilgang til nyttige og kostnadmessig forsvarlige helsetjenester, inkludert forebyggende tjenester og tiltak
- Evaluerer effekten av forebyggende tjenester og tiltak

I Samhandlingsreformen pekes det på behovet for å bygge opp systemer som gir bedre oversikt over helsetilstanden og hvilke faktorer som påvirker helsen (helsedeterminanter). Utvikling av kommunehelseprofiler omtales som et egnet hjelpemiddel i arbeidet med å få oversikt over både beskyttelses- og risikofaktorer. Resultatene fra helseprofilsundersøkelsene bør ikke bare legges frem for fagfolk og politikere, men også for befolkningen selv. Dette vil kunne bidra til å øke folks forståelse av sammenhengen mellom ulike risikofaktorer og psykisk helse, og trekke dem aktivt med i det forebyggende arbeidet. Begrepet *empowerment* benyttes ofte i slike sammenhenger. Med empower-

ment menes mulighet for å få gjennomslag for det en selv ønsker, mulighet for innflytelse i saker som angår en selv og opplevelse av kontroll over eget liv<sup>142</sup>.

Med tanke på det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet dreier empowerment seg om innflytelse over forhold og faktorer som har betydning for ens egen helse.

Registerstatistikk for kommunene finnes blant annet på følgende hjemmesider:

- Kommunehelseprofiler:  
[www.hesledirektoratet.no/kommunehelseprofiler/](http://www.hesledirektoratet.no/kommunehelseprofiler/)
- Statistisk sentralbyrås kommune-statistikk:  
<http://www.ssb.no/kommuner/>
- Kostra (kommune-stat rapportering):  
<http://www.ssb.no/kostra/>

### 2.1.1 Miljørettede tiltak: Lokalsamfunn og bomiljø

Det har det vært gjennomført en rekke prosjekter og tiltak for å bedre folks psykiske helse i lokalsamfunn og bomiljø. Selv om disse tilsynelatende har hatt effekt, har det ofte vært vanskelig å trekke slutninger om hva som var de virksomme faktorene, fordi prosjektene i liten grad har vært evaluert gjennom tilfredsstillende forskningsmetodikk. Det er derfor viktig at lokalbaserede tiltak blir lagt opp slik at vi kan trekke slutninger om årsak og virkning (jf kapittel 3: Krav til evidens, evalueringsforskning og helseovervåking). Vi omtaler i det følgende enkelte prosjekter som har vist lovende resultater, selv om effektevalueringene er usikre.

#### Utviklingsprosjekter i lokalsamfunn

En klassisk undersøkelse av lokalsamfunnsrettet forebyggende arbeid er utført i Nova Scotia i Canada<sup>143</sup>. I prosjektet ble den psykiske helsen og andre forhold i flere lokalsamfunn kartlagt. Ett av lokalsamfunnene som var preget av økonomisk stagnasjon, utflytting og øket hyppighet av angst og depresjon ble valgt ut. En rekke sosiale og økonomiske tiltak ble iverksatt for å fremme sosial integrasjon, med bedret psykisk helse som resultat. Programmet ble retningsgivende for det norske prosjektet "Liv laga i Lofoten"<sup>144</sup>. Også dette prosjektet startet med en kartleggingsundersøkelse hvor en identifiserte sosiale risikogrupper og grad av sosial integrasjon i lokalsamfunnet. Prosjektet ble gjennomført i samarbeid mellom den lokale poliklinikken i psykisk helsevern, den kommunale helse- og sosialtjenesten, politikere og befolkningen selv. Tiltak som sosiale støttegrupper og selvhjelpsgrupper ble rettet mot både enkeltindivider i vanskelige livssituasjoner, utsatte sosiale grupper og lokalsamfunnet som helhet. Hovedmålet var bedret sosial integrasjon. En senere evaluering tyder på at prosjektet virket etter intensjonene<sup>84</sup>.

Da Gardermoen skulle bygges ut som hovedflyplass, ble det gjennomført en kartleggingsundersøkelse som viste at folk som måtte flytte hadde økt hyppighet av betydelige psykiske plager<sup>145</sup>. Plagene kunne knyttes til oppløste sosiale nettverk og ulike påkjenninger knyttet til flyttingen. Resultatene ble lagt frem for fagfolk og befolkningen selv. Spesielle "tiltaksteam" ble opprettet og ledet av kommuneoverlegen for å iverksette helsefremmende tiltak. Blant disse var informasjonsvirksomhet og ulike tiltak som skulle motvirke passivitet og sosial isolasjon, f. eks. foredrag og ulike aktiviteter som trim, svømming, friluftsliv og lokalt historielag. Ved oppfølging tre år senere hadde de som hadde deltatt i ett eller flere av tiltakene en mer positiv utvikling i forhold til psykiske helse enn de som ikke deltok.

### Prosjekter i bomiljøet

Manglende opplevelse av fellesskap, lite samhandling og opplevelse av ensomhet, kombinert med ulike belastningsfaktorer som økonomiske problemer eller farlig trafikk, er viktige risikofaktorer i bomiljøet<sup>146</sup>. Etablering av sosiale arenaer og tiltak for å stimulere samhandling er derfor viktige ledd i det forebyggende arbeid. Det finner flere eksempler der en har lyktes med å redusere risikofaktorene: Et engelsk prosjekt hadde som målsetting å skape et tryggere og mer kontaktskapende bomiljø i et område hvor sosial isolasjon og utrygghet var fremtredende<sup>147</sup>. Virkemidlene var blant annet trafikkregulering, avskjerming fra andre områder, bedre belysning, sikrere vinduer og utbedring av grøntarealer. Ved oppfølging etter et år hadde beboerne redusert nivå av angst og depresjon, og vurderingen av bomiljøet var mer positiv. En sannsynlig årsaksfaktor til resultatet var økt kontakt og fellesskap mellom beboerne. Tilsvarende utviklingsprosjekt er forsøkt i en by i USA, og etter økt deltagelse i bomiljøet viste beboerne bedre psykisk helse, økt opplevelse av fellesskap og styrket sosial kapital<sup>148</sup>.

Aktivitetsgrupper og stimulering av sosial samhandling i bomiljøet kan ha en positiv effekt på psykisk helse. I et prosjekt ble middelaldrende kvinner i en drabantby med dårlig sosialt nettverk og psykiske plager tilfeldig delt inn i to grupper<sup>108</sup>. Den ene gruppen ble invitert til å delta i et gruppeprogram over ett år, mens den andre var kontrollgruppe. Hensikten med prosjektet var å knytte kontakter og utvide det sosiale nettverket. Ved oppfølging tre og seks år etter, viste tiltaksgruppen større bedring i livskvalitet og sosial deltakelse, samt indikasjoner på mindre angst og depresjon enn i kontrollgruppen.

*Miljø som fremmer fysisk aktivitet.* Fysisk inaktivitet øker risikoen for psykiske plager og lidelser. Blant dem som er fysisk aktive er det færre som utvikler psykiske

problemer og sykdommer<sup>149-151</sup>. Fysisk aktivitet kan være god behandling for flere psykisk lidelser, særlig for depresjon<sup>152</sup>. Ved å legge til rette for sykkel- og gangveier, idrettsanlegg, lekeplasser, parker og turområder kan kommunen øke innbyggernes muligheter for å være fysisk aktive<sup>153</sup>.

### 2.1.2 Gruppe- og nettverksorienterte tiltak: Sosiale støttegrupper, selvhjelpsgrupper og psykososiale kriseteam

#### Sosiale støttegrupper og selvhjelpsgrupper

Sosiale støttegrupper og selvhjelpsgrupper benyttes både ved behandling og forebygging av depresjon og angst. Skillet mellom sosiale støttegrupper og selvhjelpsgrupper er ikke alltid like tydelig, men der sosiale støttegrupper forutsetter faglig kvalifiserte ledere, er selvhjelpsgrupper ofte uten faglig forankret ledelse, selv om veiledning fra fagfolk ofte blir trukket inn. De to formene synes imidlertid å være omtrent like effektive<sup>154</sup>. I en sammenlikning av selvhjelpsgrupper med kognitiv gruppeterapi har en funnet at effekten på depressive symptomer var omtrent den samme: Ikke-profesjonelle ledere var like effektive som profesjonelle<sup>155</sup>.

I Norge har både sosiale støttegrupper ledet av fagfolk og selvhjelpsgrupper vært brukt i forhold til depresjon og angst. Et eksempel på sosiale støttegrupper er *Sorg og Omsorgsprosjektet* fra 1992. I prosjektet fikk ikke-profesjonelle opplæring og veiledning i forhold til arbeidet deres med mennesker i sorg, fordi de hadde mistet en av sine nærmeste i ventet eller uventet død. Målsettingen med gruppene var å etablere et trygt og aksepterende miljø for de berørte: Mennesker i sorg kunne møte andre i samme livssituasjon, og andres reaksjoner kunne gjøre det lettere å akseptere sine egne. Det er ikke foretatt noen randomisert, kontrollert evaluering av disse støttegruppene, men det foreligger en enklere evaluering som angir at deltakerne stort sett syntes de hadde fått god hjelp av gruppene<sup>156</sup>.

#### TILTAK 1: STØTTEGRUPPER- OG NETTVERK

- **Systematisk forsøksvirksomhet med støttegrupper og selvhjelpsgrupper** for å forebygge depresjon og redusere depressive symptomer

#### Psykososiale kriseteam

Flere undersøkelser – både norske og internasjonale – har vist at kriser, ulykker og katastrofer kan være traumatiserende for de som berøres, enten det er enkeltpersoner, familier, bedrifter eller lokalsamfunn<sup>157</sup>. Flere undersøkelser viser at posttraumatiske stressre-

aksjoner, angst og depresjon hos berørte kan vedvare over år<sup>158-162</sup>. Evidensgrunlaget er svakt når det gjelder å dokumentere effekten av ulike former for tidlig intervensjon<sup>163</sup>. Oppsummeringsstudier har også vist at tiltak som kortvarig psykologisk debriefing har liten eller negativ effekt<sup>164</sup>. Tross dette er det likevel enighet blant fagfolk om at noen former for tiltak i akuttfasen og mobilisering av berørtes sosiale nettverk kan bidra til å forebygge senere posttraumatiske reaksjoner, og fem prinsipper for intervensjon er lansert<sup>165-167</sup>. Dette innebærer tiltak som:

- gir opplevelse av trygghet
- gir opplevelse av kontroll
- fører til etablering av nettverk og sosial støtte
- fører til opplevelse av håp
- virker beroligende

Kommunen har et overordnet ansvar for å ivareta befolkningen og gi psykososial oppfølging i forbindelse med kriser, ulykker og katastrofer. I mange kommuner er det etablert psykososiale kriseteam som har det faglige ansvaret for psykososiale tiltak og oppfølging av berørte enkeltpersoner, familier eller lokalsamfunnet. Det psykososiale tilbudet bør avstemmes med de kommunale tilbud og tjenester som allerede er etablert, og man bør planlegge hvilke oppgaver det psykososiale kriseteamet bør påta seg. Dette vil variere fra kommune til kommune, blant annet avhengig av kommunestørrelse og tilgjengelig fagkompetanse.

*Organisatorisk plassering.* De psykososiale kriseteamene bør være organisatorisk forankret i beredskapsplanen for den enkelte kommune. Der det er etablert kommunale psykososiale kriseteam bør leder eller en annen av kriseteamets medlemmer, delta i kommunens beredskapsledelse/-kriseledelse. Teamet bør om mulig ha faste medlemmer, og ha god kontakt med relevante instanser som legevakt/lege, politi, prestetjeneste og spesialisthelsetjenesten - avhengig av hendelsens art. Helsedirektoratet utgir i 2011 en veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer hvor blant annet psykososiale kriseteam og deres organisering og forankring omtales.

#### **TILTAK 2: PSYKOSOSIALE KRISETEAM**

- **Psykososiale kriseteam** etableres i alle kommuner som kommunalt eller interkommunalt tiltak og effektevalueres

### **2.1.3 Tiltak rettet mot eldre**

*Eldresentre som forebyggingsarena:* Mål for eldresentrene er å bidra til at eldre kan ta vare på seg selv, samt å forebygge psykososiale problemer som ensomhet og isolasjon. Eldresentrene har kjerneaktiviteter rundt viktige daglige aktiviteter og behov som mat, mosjon, mental stimulering og sosial støtte. Utover nytten av aktivitetene i seg selv, er det et siktemål at de skal ha tilbud som kan forebygge angst, depresjon og kognitiv svikt. Sentrene er organisert som små lokale enheter hvor de eldre kan samles for aktiviteter og kontakt, kjøpe mat og benytte seg av servicetilbud.

Norske undersøkelser peker i retning av at eldresentre kan motvirke sosial isolasjon og ensomhet<sup>(168-170)</sup>. Enkelte utenlandske forskningsprosjekter peker også i retning av at eldresentre kan bidra til å forebygge psykiske helseproblemer gjennom å øke den fysiske aktiviteten til de eldre og redusere deres bruk av psykofarmaka<sup>171</sup>. Eldresentre kan også bidra til at eldre får mindre depresjonssymptomer, og at de øker den fysiske aktiviteten<sup>172</sup>.

Selv om enkelte studier viser at tiltak på eldresentre kan forebygge psykisk helseproblemer, gir ikke den sparsomme litteraturen entydige resultater. Det er behov for forskningsprosjekter som kan teste ulike forebyggende intervensjoner rettet særlig mot ensomhet og depressive tilstander hos fremtidige og etablerte brukere av eldresentre.

*Gruppeaktiviteter og støttegrupper for eldre.* En systematisk oversikt basert på tretti randomiserte, kontrollerte studier av høy kvalitet viste at isolasjon og ensomhet blant eldre kan avhjelpest gjennom gruppeaktiviteter. Resultatene viste også at eldre foretrekker gruppeaktiviteter, fordi de sosialt ikke er stigmatiserende. Felles for alle de vellykkede gruppebaserte tilbudene er at de eldre har medinnflytelse på planleggingen og utviklingen av aktivitetene<sup>173</sup>.

Det er kjent at personer som har mistet sin ektefelle har økt sykkelighet og dødelighet i de første årene etter tapet av ektefellen. For å forebygge en slik utvikling ble det iverksatt grupper for deltakere som ble rekruttert av kommunelege. Gruppene ble ledet av sykepleier og ergoterapeut. Gruppene møttes hver annen uke, de første 3 måneder med ledere, de neste 9 måneder uten ledere, dvs. som selvhjelpsgruppe. Evaluering av prosjektet viste større bedring i depressive symptomer hos intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen<sup>174</sup>.

Flere undersøkelser tyder på at sosial støtte virker forebyggende på utvikling av demens hos eldre. En svensk undersøkelse viste at et støttende og aktiviserende sosialt nettverk hadde gunstig virkning<sup>175</sup>. Det samme

ble vist i en kanadisk undersøkelse: Et godt sosialt nettverk, sosial integrasjon og sosial deltakelse virket forebyggende på demens<sup>176</sup>.

#### *Vennskapskontakter for eldre deprimerte*

I England er det utviklet et program som tar sikte på å knytte vennskapskontakter til eldre med symptomer på depresjon ("Befriending"). Programmet innebærer at den eldre introduseres for en eller flere kontaktpersoner for å etablere et vennskapelig forhold til den eldre over tid. Forholdet skal ikke være dirigerende, men bidra med sosial støtte av følelsesmessig karakter. Kontaktpersonene er som regel "frivillige" som administreres av en organisasjon. En metastudie over 24 prosjekter viser at programmet har en moderat, men signifikant effekt på Eldres depressive symptomer<sup>152</sup>.

#### *Gruppeaktiviteter og fysisk aktivitet*

Det er et økende evidensgrunnlag for at fysisk aktivitet har effekt på Eldres livskvalitet og psykiske helse. En oversiktsartikkel viser at fysisk aktivitet kan bidra til å redusere depressive symptomer hos eldre med mild eller alvorlig depresjon. Kvaliteten på studiene som ble inkluderte varierte imidlertid, og forfatterne konkluderer med at det er behov for bedre kontrollerte studier<sup>177</sup>. Det er videre mangelfull kunnskap om effektstørrelse og kostnadseffektivitet av ulike treningsformer for ulike målgrupper av eldre<sup>178,179</sup>. I Norge har Lions Laksevåg utviklet et gruppebasert forebyggende program som kan benyttes av for eksempel frivillige organisasjoner og Eldresentre<sup>180</sup>. Programmet er først og fremst ment å fortelle eldre hvordan de kan ta vare på helsen, og omhandler tema som mosjon, kosthold og betydningen av sosial aktivitet. De rådene som gis er forskningsbasert, men programmet er foreløpig ikke blitt evaluert.

### **TILTAK 3. FOREBYGGENDE TILTAK PÅ ELDTRENTRE**

- **Helsefremmende og forebyggende tiltak** med vekt på fysisk aktivitet og kosthold, støttegrupper og vennskapskontakter utvikles og evalueres

#### **2.1.4 Tiltak rettet mot innvandrere, flyktninger og asylsøkere**

Innvandrerbefolkningen utgjør en heterogen gruppe mennesker som har kommet til Norge enten som flyktninger, asylsøkere, på familiegjenforeningsprogrammet, eller som studenter og arbeidsinnvandrere. Flere undersøkelser, både blant barn, ungdom og voksne, viser en høyere andel av psykiske plager hos innvandrerbefolkningen, sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Det er imidlertid variasjoner mellom

ulike nasjonale og etniske grupper. Flyktninger har gjennomgående mer psykiske plager enn innvandrere. Forholdet mellom arbeidsinnvandrere og flyktninger har endret seg i løpet av de 10 siste årene når det gjelder barn og unge: I 2000 var barn med pakistansk bakgrunn den største gruppen med minoritetsbakgrunn, mens barn fra Somalia og Irak lå på henholdsvis 4. og 9. plass. I dag er de sistnevnte gruppene de to største, mens barn i pakistanske familier rangerer som nr. 3 (SSB, personlig meddelelse september, 2010). Siden ulike minoritetsgrupper kan ha ulik risiko for helsevansker, er det viktig at slike nasjonale og lokale helseovervåkingsdata fanger opp og tar høyde for slike fluktasjoner.

Til tross for at vi har god dokumentasjon på en høyere forekomst av psykiske plager blant asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere, er det mangel på systematisk dokumentasjon av tiltak som kan forebygge psykiske plager og lidelser hos disse gruppene. I 2004 ble *introduksjonsordningen for flyktninger og innvandrere* innført med mål om at opplæring og økonomisk støtte skal øke deltakernes mulighet for å komme i arbeid eller videreutdanning. Ordningen synes vellykket: Flertallet av deltakerne har gått over i arbeid eller utdanning etter kursets slutt. Ordningen er antakelig også en vesentlig grunn til at andelen sosialhjelpsmottakere blant innvandrere gikk ned fra 12 % til 8 % fra 2002 til 2008<sup>181</sup>.

*Forebygging av arbeidsledighet* og tiltak rettet mot diskriminering i arbeidslivet slik at innvandrere får arbeid som tilsvarer deres kvalifikasjoner, sees som et viktig tiltak for å fremme sosial integrering og helse. En levekårsstudie blant flyktninger fra seks nasjonaliteter i Oslo som ble gjennomført av Fafo konkluderte likevel med at deltakelse i arbeidslivet ikke bidro vesentlig til sosial integrering<sup>182</sup>. Det å ha jobb og å være selvforsørget førte ikke nødvendigvis til bedre mestring av norsk og kontakt med nordmenn.

*Sosial støtte* har vist seg å være en beskyttende faktor for grupper av flyktninger som gjør vellykkede tilpasninger på tross av atskillige risikofaktorer<sup>183</sup>. Det er mangel på studier av hvordan grupper av innvandrere håndterer sine egne problemer utenfor det offentlige hjelpeapparatet. Enkelte studier viser likevel at noen grupper foretrekker egne nettverk fremfor offentlige tjenester når de opplever problemer<sup>182-184</sup>. Av ulike årsaker kan imidlertid sosiale nettverk være fragmenterte og inadekvate for å håndtere problemene. Resultater fra befolkningsstudier viser at mangel på sosial støtte i egen etnisk gruppe, samt dårlig sosial integrering i det øvrige norske samfunnet gir risiko for psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere<sup>184</sup>.



En sammenlignende studie av sosiale nettverk blant tamilske og somaliske flyktninger viser at disse gruppene har ulike typer sosiale nettverk som en følge av ulike slekts- og ekteskapstradisjoner og politiske forhold i hjemlandet<sup>185</sup>. Mens disse ulike nettverkene gjør det enklere for tamilene enn for somalierne å mobilisere egne ressurser, fører de somalierne inn i tettere kontakt med det norske samfunnet. Ulike former for sosial organisering gir dermed ulike forutsetninger for både intern sosial støtte og tilpasning til det norske samfunnet. Tiltak rettet mot sosiale nettverk bør dermed ta utgangspunkt i innvandrergruppenes heterogenitet, og være basert på kunnskap om spesifikke typer sosiale nettverk i ulike grupper.

I mange lokalsamfunn spiller enkelte ressurspersoner eller såkalte naturlige hjelpere ofte viktige roller i forhold til helse og integrering. I kraft av deres kunnskapsområder, sosiale posisjon, sosiale nettverk og generelle tillit i lokalsamfunnet er de i stand til å mobilisere både lokalsamfunnets egne ressurser, og å bygge broer mellom lokalsamfunnet og det offentlige<sup>186</sup>. Slike naturlige hjelpere, også kalt "link workers" har også blitt rekruttert inn i frivillige organisasjoner og kommunale tjenester i Norge<sup>187-189</sup>. Gjennom å overskride den tradisjonelle tolkerollen har deres oppgaver vært å hjelpe andre innvandrere med deres spesifikke behov i navigeringen mellom helsetjenester, sosialtjenester, utdanningsinstitusjoner, advokater og innvandringsmyndigheter. Man bør også vurdere muligheten for og behovet for å innlemme denne typen ressurspersoner i implementeringen av forebyggende tiltak som rettes mot innvandrergupper.

Disse kan bidra med å:

- Identifisere og gjøre bruk av lokale ressurser
- Øke tilliten og bygge broer mellom lokalsamfunnet og det offentlige
- Forbedre kommunikasjonen og informasjonsflyten mellom det offentlige og lokalsamfunn
- Øke opplevelsen av "empowerment" i lokalsamfunnet
- Muliggjøre oppsøkende forebyggende tiltak som tar utgangspunkt i sosiale arenaer som brukes regelmessig av innvandrergupper
- Øke kapasiteten for sosial støtte i lokalsamfunnet
- Øke kulturell kompetanse i det offentlige og unngå kulturelle fallgrøper

I en studie har en på forsøksbasis utprøvd *Kurs i mestring av belastninger* blant tamilske flyktninger. Resultatene er ikke klare, men synes lovende. Guribye (2009) beskriver følgende tiltak i tamilske organisasjoner<sup>186</sup>:

- Leksehjelp, ekstraundervisning, motivasjonsseminarer og informasjon til innvandrerfamilier om det norske skolevesenet for å gi innvandrerelever en større mulighet for deltagelse i utdanningssystemet og arbeidsmarkedet
- Brobygging mellom lokalsamfunn og majoritets-samfunn gjennom kurs og seminarer om det norske samfunnet og samarbeid med politiet, lokalpolitikere, helsestasjoner, familievernskontor, forskningsinstitusjoner og bydelsadministrasjoner
- Oppsøkende helsetjenester basert på frivillig innsats fra tamilsk helsepersonell
- Motivering av ressurssterke ungdommer til å delta som rollemodeller for mer utsatte ungdommer

*Ungdom, Kultur og Mestring (UngKul)* er et prosjekt ved Folkehelseinstituttet som undersøker hvordan sosiale og kulturelle faktorer påvirker barns utvikling, mestring, kompetanse og trivsel. UngKul 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. I en rapport fra studien presenteres data basert på tre store undersøkelser av psykisk helse blant barn: Barn i Bergen, Helseprofil blant barn og unge i Akershus og UngKul. Resultatene viser at barn med innvandrerbakgrunn har betydelig mer emosjonelle og sosiale problemer enn jevnaldrende etnisk norske barn. Samtidig opplever de god støtte fra foreldre og sosiale nettverk. Basert på resultatene 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<sup>53</sup>. Rapporten 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 p.g.a. sin kulturelle bakgrunn.

En annen rapport fra UngKuls prosjekt om enslige mindreårige etter bosetting viser at det er høy andel psykiske plager og en opphopning av langvarige belastninger i denne gruppen<sup>190</sup>. Rapporten viser videre til ECONs arbeid fra 2007, der man ser stor variasjon mellom kommuner i hva slags oppfølging og omsorg de enslige mindreårige i kommunene får. Det understrekes at det bør innføres en systematisk kartlegging når opphold er innvilget, men forut for bosettingen. Gjennom dette kan forhold legges bedre til rette før ungdommene må klare seg på egen hånd. Forslagene i rapporten retter seg mot betingelser som bør være på plass før ungdommene fases ut av de offentlige omsorgstjenestene ved fylte 18 år, og omfatter bl.a.

- De profesjonelle omsorgspersonene må ha bidratt til at ungdommene etablerer nære relasjoner til fortlrolige og stabile voksenpersoner som de kan søke råd og støtte hos
- Ungdommene må ha fått den informasjonen og de ressursene som er nødvendige for at de skal kunne håndtere psykiske plager eller lidelser når disse (gjen)oppstår
- Ungdommene må ha lært effektive måter å mestre ulike belastninger som kan oppstå, for eksempel gjennom kurs i mestring
- Økonomien bør oppleves som under kontroll.

Rapporten peker ellers 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.

Ved NKVTS gjennomføres et prosjekt rettet mot enslige mindreårige asylsøkere (gutter) i transittmottak. Prosjektet benytter 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. Prosjektet, *Expressive Arts in Transition (EXIT)* evalueres gjennom en randomisert, kontrollert studie, med vanlig aktivitetspraksis i transittmottak som sammenligning. Dersom intervensjonen viser gode effekter, bør den vurderes innført i vanlige mottak.

*Kartleggingsinstrumenter:* Det er behov for å prøve ut ulike instrumenter som kan være egnet for å identifisere psykiske vansker på et tidlig tidspunkt. En utprøving av kartleggingsinstrumenter gjennomført av NKVTS i enkelte asylmottak viste 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<sup>191</sup>. Metoder for å kartlegge eventuelle hjelpebehov hos de som ikke kan lese og skrive bør derfor utforskes videre.

#### TILTAK 4: ETNISKE MINORITETER

- **Utvikle og effektevaluere tiltakspakke** for å redusere og forebygge psykiske plager og lidelser blant ulike minoritetsgrupper

## 2.1.5 Psykoedukative programmer og individrettede tiltak

### Psykoedukative programmer

*Kurs i mestring av depresjon.* Flere studier har vist at kurset *Coping with Depression Course* (CWD) reduserer depressive symptomer hos både ungdom og voksne<sup>192,193</sup>. Kurset er et av de mest evaluerte forebyggings- og behandlingstiltak i flere land. Ifølge en metaanalyse fra 2009 har personene som deltar på kurset 38 % mindre sannsynlighet for å utvikle alvorlig depresjon i forhold til de som ikke deltar<sup>194</sup>. De fleste studiene i metaanalysen viser at CWD forebygger alvorlig depresjon.

I Norge er det prøvet ut en modifisert versjon av CWD; Kurs i depresjonsmestring (KiD). Den kognitive delen av kurset dreier seg om teknikker for endring av uhensiktsmessige tankemønstre, for eksempel såkalt «negativ tenkning». Den atferdspsykologiske delen retter seg mot endring av atferd i retning av mer lystbetonte aktiviteter. KiD er blitt utprøvd som tiltak mot unipolar depresjon blant voksne, og evaluert i en randomisert, kontrollert studie<sup>195,196</sup>. Deltakerne i gruppen som fikk kurset (intervensjonsgruppen) viste større bedring enn kontrollgruppen seks måneder etter kursets start. Bedringen i intervensjonsgruppen fant hovedsakelig sted i løpet av de første åtte ukene. Studiene konkluderte med at kurset er effektivt mot depresjon, og egnet til bruk i både primærhelsetjenesten og i psykisk helsevern.

*Psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi ved søvnvansker.* Til tross for at en i klinisk praksis fortsatt ser at medikamentelle behandlinger ofte foretrekkes av legene<sup>197</sup>, viser flere metaanalyser at ikke-medikamentelle intervensjoner mot søvnløshet har bedre både kort- og langtidseffekt<sup>198-200</sup>. Disse konkluderer med at 70-80% av søvnløse vil ha god og varig nytte av kognitiv atferdsterapi. Denne formen for behandling er den vanligste og best dokumenterte formen for slik ikke-medikamentell behandling av søvnvansker. Kognitiv atferdsterapi består av flere faktorer og innbefatter blant annet opplæring i søvnhygiene. Dette omfatter kunnskap om hvordan søvnen påvirkes av livsstilsfaktorer som fysisk trening, matinntak, alkohol, og hvorfor ulike miljøfaktorer som lys, støy og temperatur er av betydning. Andre virksomme elementer i kognitiv atferdsterapi når det gjelder søvnløshet innbefatter søvnrestriksjon, stimuluskontroll og avslapningsteknikker. Dette er relativt enkle teknikker som både psykologer, fastleger eller i prinsippet annet helsepersonell kan benytte i klinisk arbeid med søvnvansker. For eksempel viser en nylig studie fra Skottland at gruppebasert behandling med kognitiv

atferdsterapi gitt av spesialopplærte sykepleiere hadde svært god effekt mot kronisk søvnvansker<sup>201</sup>.

Selv om det altså finnes gode forskningsdata på *behandling* av søvnvansker, har ingen studier til nå undersøkt effekten av forebyggende tiltak mot søvnvansker. Flere tverrsnittstudier i den generelle befolkningen har vist at bruk av søvnhygieneråd henger sammen med god søvnkvalitet<sup>202</sup>, og man antar derfor gjerne at god søvnhygiene vil kunne virke forebyggende mot utvikling av søvnvansker. Det finnes derimot ingen studier der en følger informantene over tid (prospektive studier) der dette er undersøkt. En av årsakene til mangelen på slike studier innen søvnfeltet ligger trolig i at de fleste personer med søvnvansker (ca. 80 %) som regel også har samtidige mentale eller somatiske plager. Det har derfor vært vanlig å se på forebygging av søvnvansker som del av tiltakene i forbindelse med disse tilstandene. Selv om forebygging av for eksempel angst og depresjon også trolig vil ha en overførbar effekt på søvnvansker, er det likevel et stort behov for framtidige studier for å undersøke effekten av forebyggingstiltak som er mer spisset mot søvnvansker.

*Psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi ved smertetilstander.* Anslagsvis 30 prosent av den voksne befolkningen i Norge har kroniske smerter. Smerter i muskel- og skjelettsystemet er den vanligste årsaken, men en rekke andre lidelser kan også føre til kronisk smerte. Forekomsten av kroniske smerter er høyere i Norge enn i mange andre europeiske land.

Det er nær sammenheng mellom kroniske smerter og angst, depresjon, søvnvansker og selvmord. Bruk av smertestillende legemidler har økt sterkt i perioden 1999- 2008, og mange av disse legemidlene er vanedannende. Flere metastudier viser at kognitiv atferdsterapi er effektiv i behandling og forebygging av kroniske smerter, og trekkes spesielt frem med god effekt mot kroniske ryggplager<sup>203</sup>. Kognitiv atferdsterapi gir også god smertelindring hos barn og ungdommer med hodepine, magesmerter og fibromyalgi<sup>204</sup>. Rettet mot fibromyalgi kan kognitiv atferdsterapi redusere depressive symptomer, gjøre det lettere å mestre smertene og redusere bruk av helsevesenet<sup>205</sup>. Smertelindring vil være et viktig satsingsområde for å forebygge blant annet depresjon og andre affektive lidelser. Vi har i dag ikke dokumentert kunnskap om hvordan kroniske smerteplager kan forebygges.

#### TILTAK 5: SØVNVANSKER

- **Opplæring i søvnrestriksjon, stimuluskontroll, avslapningsteknikker og søvnhygiene** etableres som tilbud på for eksempel fastlegekontor, hos kommunepsykologer og på helsestasjoner

#### TILTAK 6-7: EFFEKTSTUDIER AV TILTAK MOT SØVNVANSKER OG SMERTEPLAGER

- **Effektstudier av forebyggingstiltak rettet spesielt mot søvnvansker** iverksettes
- **Effektstudier av forebyggingstiltak rettet spesielt mot smerteplager** iverksettes

*Internettbasert forebygging.* Det har vært en sterk økning av internettbaserte tilbud knyttet til forebygging av psykiske plager. Samtidig har det vært en tilsvarende vekst i ny forskning og kompetanse på området. Internettbaserte selvhjelpsprogrammer basert på kognitiv atferdsterapi har vist positiv effekt på en rekke problemer hos voksne<sup>206</sup>. De fleste programmene baserer seg på evidensbaserte behandlingsformer<sup>207,208</sup>. En rekke studier konkluderer med at nettbaserte selvhjelpsprogrammer basert på kognitiv terapi er mer kostnadseffektive enn vanlig behandling<sup>208</sup>. Programmer som er fritt tilgjengelige på Internett vil kunne benyttes av alle uten oppfølging og kan dermed også egne seg for bredere grupper. De kan også brukes med samtidig med oppfølging hos fastlege eller psykolog. Programmene kan brukes både som et forebyggende virkemiddel og som en enklere form for behandling.

Internettprogrammer kan skreddersys etter type tiltak (universelle, selektive, eller indiserte tiltak), problemområde (depresjon, angst, stress, osv) og grupper en retter intervensjonen mot. En forskningsgruppe for psykisk e-helse ved Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø har gjennomført en randomisert kontrollert studie blant studenter for å teste ut om det internettbaserte selvhjelpsprogrammet MoodGYM kunne redusere symptomer på depresjon og negative tanker. Tjenesten ble levert uten støtte og oppfølging av deltagerne, og var en validering av den norske versjonen av MoodGYM. I gruppen som fikk tilbud om MoodGYM var det en klar bedring i symptomene på depresjon og en like klar økning av symptomene blant de som utgjorde kontrollgruppen, med effektstørrelser tilsvarende "stor" og "medium". Disse lovende resultatene følges nå opp gjennom en større datainnsamling ved bruk av MoodGym blant nærmere 2000 ungdommer i den videregående skole i Troms fylke. I denne undersøkelsen samles det inn informasjon om



psykisk helsetilstand og personlighet før og etter at deltagerne fikk tilbud om å bruke programmet. Resultatene fra denne undersøkelsen vil foreligge i løpet av 2011.

Flere e-programmer vil bli tilgjengelige. Høsten 2010 ferdigstilles et e-psykologisk selvhjelpsprogram beregnet for alle gravide og barselkvinner for å forebygge fødselsdepresjoner. Her er over 50 ulike behandlingsmetoder inkludert og både mor og far er målgruppen (Changetec/Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarnsfamilier-RBUP Øst og Sør). Programmet "Mamma mia" blir fritt tilgjengelig, men skal systematisk lanseres i de 120 kommunene som har tatt i bruk Edinburghmetoden. I Edinburghmetoden inngår bruk av kartleggingsverktøyet *Edinburgh postnatal depression Scale* (EPDS) og støttesamtaler. Mens effekten av Edinburgh-metoden er godt dokumentert (jf kap 2.2.1 Familien) er det foreløpig ikke publisert noe fra de e-psykologiske selvhjelpsprogrammene.

#### **TILTAK 8: PSYKOEDUKATIVE PROGRAMMER – mestring av depresjon**

- **Psykoedukative programmer med vekt på mestring av depresjon** iverksettes i alle kommuner

#### **TILTAK 9: PSYKOEDUKATIVE PROGRAMMER - internett**

- **Internett-baserte programmer** tilbys som forebyggende tiltak ved depressive plager, og gjennomføres i samarbeid med helsepersonell

#### **2.1.6 Psykologer i kommunene**

Psykologer har tradisjonelt blitt utdannet for å arbeide i spesialisthelsetjenesten. En av målsettingene i Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) var å rekruttere flere psykologer til kommunene. For å nå målsettingen ble rapporten "Psykologer i kommunene - barrierer og tiltak" utarbeidet i 2008<sup>209</sup>. Som en oppfølging er det gitt stimuleringsmidler til kommuner som ønsker å ansette psykologer på helsestasjon eller skolehelsetjeneste, familiens hus, fastlegekontor eller i kommunens enheter for psykisk helsearbeid. Disse modellene skal prøves ut systematisk og evalueres.

Det knytter seg særlig interesse til modellen for samlokalisering av fastlege og psykolog. En slik ordning kan legge forholdene til rette for gjensidig faglig støtte og kunnskap. En nederlandsk studie har vist at en samarbeidsmodell mellom psykologer og leger i primærhel-

setjenesten er mer kostnadseffektiv enn tradisjonell praksis med henvisning<sup>210</sup>.

I *NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge* (Flatø-utvalget) er et av de foreslåtte tiltakene at barn og unge må få bedre tilgang til psykisk helsehjelp der de bor gjennom en kommunal psykologtjeneste<sup>211</sup>. Utvalget anbefaler at det utarbeides en handlingsplan for styrking av psykologtilbudet og at den årlige rammen utvides vesentlig fra dagens nivå. Det vil være behov for ulike løsninger avhengig av kommunestørrelse, befolkningssammensetning og eksisterende kompetanse. Små kommuner kan tjene på interkommunale løsninger. Familiens Hus som er etablert i mange kommuner, PP-tjeneste, skolehelsetjeneste, skoler og barnehager vil kunne profitere på en felles psykologfunksjon. Psykologens funksjon bør være tverrsektoriell med oppgaver knyttet til veiledning, rådgivning, forebygging og tidlig intervensjon.

#### **TILTAK 10: PSYKOLOGTILBUD**

- **Tverrsektorielt psykologtilbud** etableres med oppgaver knyttet til veiledning, rådgivning, forebygging og tidlig intervensjon

#### **2.1.7 Fastlegekontorene**

Over 70 % av befolkningen over 15 år går til allmennlege minst en gang i året<sup>212</sup>, og omkring 20 % av pasientene som oppsøker allmennlege lider av depresjon<sup>213</sup>. Evalueringen av fastlegeordningen viser at ordningen ikke fungerer godt nok for personer med rusproblemer og hjemmeboende eldre med nedsatt funksjonsnivå. En undersøkelse fra Sintef viser også at fastlegene ikke har god nok tilgjengelighet og kompetanse på psykiske lidelser hos barn og unge<sup>214</sup>. Det er derfor usikkert om fastlegenes muligheter til å oppdage psykiske lidelser er god nok<sup>28</sup>. EUs helsekommisjon anbefaler at man øker kapasiteten og styrker kompetansen hos allmennlegene til å ta hånd om pasienter med psykiske lidelser<sup>215</sup>, noe som er i tråd med norske funn om fastlegenes kompetanse og erfaringer fra andre land<sup>216</sup>.

*Kompetanseheving.* Opplæring av allmennpraktiserende leger kan redusere både depresjon, bruk av spesialisthelsetjenester, bruk av psykofarmaka og selvmord på befolkningsnivå<sup>217,218</sup>. Det er behov for mer fokus på forebygging og psykisk helsearbeid i grunnutdanningen, turnustjenesten og spesialistutdanningen for leger.

Bruk av selvhjelpsprogrammer som ledd i behandling hos fastlege. National Institute for Health and Clinical Excellence i England har oppsummert kunnskapsgrunnlaget for å anbefale PC-assisterte kognitive programmer som hjelp i behandlingen hos allmennleger<sup>207,219</sup>. De anbefaler bruk av programmer som "Beating the Blues" for mild og moderat depresjon og "Fearfighter" for panikktilstander og fobier. Norske internettbaserte selvhjelpsprogrammer som MoodGym kan også være aktuelt å ta i bruk. Leger kan også bruke internettbaserte selvhjelpsprogrammer som støtte i behandlingen (jf avsnitt om internettbasert forebygging).

Informasjon og samarbeid mellom fastlegene og de øvrige kommunale tjenestene. Mye tyder på at fastlegene har en relativ perifer rolle i forhold til de øvrige tilbudene i kommunal regi<sup>220</sup>. Mange av fastlegens pasienter kan ha utbytte av KID-kurs, selvhjelpsgrupper og livsstil- og gruppebaserte treningstilbud med dokumentert effekt på psykisk helse<sup>178,179</sup>.

Det er manglende samsvar mellom pasientlistene til fastlegene og de soner, distrikter eller områder som kommunene organiserer tjenester som for eksempel helsestasjonen i. Dette kan vanskeliggjøre samarbeidet mellom fastlegene og helsesøstrene. I Trondheim og Lillehammer kommune testes det ut modeller med helsesøstre på fastlegekontorene, dvs at helsesøster utfører helsekontroller av barn av fastlegens pasienter på fastlegens kontor<sup>221</sup>. Det er imidlertid behov for å evaluere effekt av slike modeller i forhold til nåværende og andre alternative måter å organisere tjenestene på.

Det er også prøvet ut modeller der psykiatere og psykologer fra spesialisthelsetjenesten har reist ut til fastlegens kontor for å gjøre pasientvurderinger sammen med fastlegen. Flere fastleger og spesialister som har prøvet dette hevder at det førte til kompetanseoverføring og bedre samhandling (personlige meddelelser), men modellen har ikke vært systematisk evaluert i Norge.

#### TILTAK 11: SAMLOKALISERING AV FASTLEGER OG PSYKOLOGER

- **Samlokalisering av fastleger og psykologer** (ordning iverksatt av Helsedirektoratet) følges opp og evalueres

#### TILTAK 12-14: FASTLEGEKONTORET

- **Tverrsektorielle og tverrfaglige samarbeidsmodeller** utprøves og evalueres (fastlege, kommunepsykolog, helsestasjon, PP-tjeneste og Familiens hus)
- **Kompetanseoppbyggende tiltak på området psykisk helse** iverksettes med tydelig fokus på forebygging og bruk av utrednings- og diagnoseverktøy
- **Videreutvikle og øke bruken av PC-assisterte selvhjelpsprogrammer** som kan støtte opp om forebyggende og kurative tiltak overfor pasienter med psykiske plager eller lidelser hos allmennlegene

#### 2.1.8 Spesialisthelsetjenesten

Folkehelseperspektivet står sentralt også i overordnede føringer for spesialisthelsetjenesten. Første punkt i Lov om spesialisthelsetjenesten er å "fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming". En ny bestemmelse i loven (§ 3-7 a) og i helsepersonelloven (§ 33 og § 10 a) pålegger helseinstitusjoner å ha tilstrekkelig barnefaglig personell som kan identifisere og ivareta barn som pårørende<sup>222</sup>. Barn til psykisk syke er i en risikogruppe for selv å utvikle psykiske problemer og lidelser. De nye bestemmelsene kan derfor betraktes som et viktig tiltak for å forebygge psykisk uhelse hos barn.

Helsedirektoratet har i sin rapport *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle* pekt på tre områder hvor spesialisthelsetjenesten kan fremme folkehelsearbeidet<sup>223</sup>:

- Forebygging og helsefremming for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten
- Kunnskaps- og kompetanseutveksling om folkehelse, helsefremming og forebyggingstiltak internt i spesialisthelsetjenesten, med primærhelsetjenesten og med andre samarbeidspartnere
- Fokus på mulighetene for sykdomsforebygging og helsefremming i datamaterialet fra spesialisthelsetjenesten, for eksempel fra medisinske kvalitetsregistre og Norsk pasientregister

Mange helseforetak har opprettet såkalte lærings- og mestringssentre for å ivareta oppgaven med opplæring av pasienter og pårørende. Et nasjonalt lærings- og mestringssenter er tilknyttet Oslo universitetssykehus HF, Aker, med hovedoppgave å stimulere og støtte etableringen av nye sentre ved alle landets helseforetak. Sentralt i sentrenes funksjon som møteplass for pasienter og pårørende, er "empowerment". På denne måten kan vi si at lærings- og mestringssentre er en viktig arena også for folkehelsearbeidet<sup>223</sup>.

## 2.2 Familie og oppvekstmiljø

Forebyggende tiltak retter seg ofte mot både foreldre og personell i barnehage, helsestasjon eller skole. Vi har skilt mellom tiltak som skal forebygge symptomutvikling hos førskolebarn og deres foreldre og som ofte administreres av helsestasjoner og barnehager, og tiltak rettet mot barn og ungdom i skolen som administreres av skolehelsetjenesten, PP-tjenesten, psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Familiens hus og barnevernet er også hjelpeinstanser som omtales.

Felles for tiltak og programmer 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<sup>224,225</sup>. En tenker seg en vekselvirkning mellom barnet og for eksempel foreldrene. Forebyggende tiltak vil i minst like stor grad handle om å endre samspill mellom personer som å endre egenskaper hos individer. Programmene tar ofte sikte på å endre atferden til foreldre, førskolelærere, lærere eller andre som barna omgås slik at dette igjen skal virke positivt inn på barnas atferd og velvære.

En viktig grunn til å gjennomføre intervensjoner overfor barn og ungdom er at dette kan lede inn i mer positive *utviklingsforløp* (developmental pathways). Det viser seg nemlig at psykiske problemer som manifesterer seg tidlig kan få konsekvenser også i voksen alder<sup>226</sup>. Hva som skjer i spesielt viktige *overgangsfaser* (transitions) 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 programmer tar derfor ofte sikte på å endre utviklingsforløp, og mange programmer handler om å støtte og hjelpe i overgangsfaser.

### 2.2.1 Familien

Kvaliteten på hjemmemiljøet har stor betydning for barns psykisk helse. Risikoen for at barn og unge utvikler psykiske lidelser stiger betraktelig når belastningene blir store, rammer flere områder i livet eller varer over lang tid (se kap 1.5 om beskyttelses- og risikofaktorer).

Forebygging av symptomutvikling hos barn fra høyrisikofamilier byr på særlige utfordringer fordi problemene kan være sammensatte og vanskelig tilgjengelige for intervensjon. Risikoen er størst i familier hvor foreldrene selv har psykiske lidelser, er rusmiddelbrukere eller voldelige. Familier hvor foreldre og/eller barn har kommet til Norge som flyktninger kan ha traumatiske erfaringer med krig, tortur, vold og tap av

familie og venner, og kan også være i risiko. Noen barn lever under så belastende oppvekstkår og knapphet på sosiale og materielle ressurser at vi allerede før fødselen vet at de har øket sannsynlighet for å utvikle emosjonelle lidelser og atferdsforstyrrelser. For de fleste familier er perioden rundt svangerskap, barseltid og de påfølgende årene en viktig tid for utvikling av nære relasjoner både til barnet og til hverandre. Støtten foreldrene får fra familie og venner i denne livsfasen har også langvarige effekter på barns psykiske helse<sup>50</sup>.

I det følgende vil vi først omtale tidlig innsats og programmer rettet mot å styrke foreldreferdigheter og derved bedre samspillet mellom foreldre og barn. Herunder vil vi skissere tiltak spesifikt rettet mot å forebygge negative følger av å vokse opp i hjem hvor foreldrene har psykiske lidelser, misbruker alkohol eller mishandler barna. Deretter vil vi omtale tiltak som mer spesifikt er rettet mot å redusere forekomsten av atferdsproblemer hos barn.

### Programmer og tiltak rettet mot å styrke foreldreferdigheter

#### Tiltak for å forebygge depresjon hos nybakte mødre og bedre samspillet mellom mødre og barn

Alvorlig depresjon hos mødre kan føre til vedvarende tilbaketrekning hos spedbarn. Det er viktig å oppdage tidlige tegn på tilbaketrekning for å kunne iverksette adekvate tiltak tidlig i utviklingsforløpet. Vi vet at tiden rett etter fødselen er en risikoperiode for utvikling av psykiske plager og lidelser<sup>227</sup>. En nyere norsk undersøkelse viser imidlertid at mange har betydelige psykiske vansker allerede i svangerskapet<sup>228</sup>. Mens noen studier har funnet at forekomsten av depresjon er noe lavere i svangerskapet enn i barseltiden<sup>227</sup>, finner andre få variasjoner i depresjonssymptomer på tvers av disse livsfasene<sup>229</sup>.

Det er også vist at barselomsorg som er skreddersydd etter kvinnens behov gir lavere forekomst av depresjon i barselperioden<sup>230</sup>. Dette betyr at man i barseltiden bør gi ekstra tilbud om støtte og omsorg til kvinner som allerede har utviklet problemer. Dette er bakgrunnen for at man i Storbritannia har innført et system med såkalt "selective visiting". Jordmor besøker alle nybakte mødre hjemme, og hvis hun ser at det trengs mer oppfølging finnes det et apparat som tar seg av dette. Jordmor kan for eksempel besøke barselkvinnen hver dag den første måneden etter fødselen, hvis det er behov for det.

Bruk av kartleggings skjema for å identifisere mødre med symptomer på nedstemthet og depresjon i barselperioden og oppfølging gjennom støttesam-

taler, har vist seg å ha positiv effekt<sup>231</sup>. I Norge har 116 kommuner anvendt kartleggings skjemaet "The Edinburgh Postnatal Depression Scale- EPDS" til å fange opp kvinner som allerede har utviklet symptomer og gi dem tilbud om ekstra oppfølging. Den mest omfattende evalueringene av arbeidsmetoden er foretatt av Glavin og kolleger<sup>232-235</sup>. I en intervensjonsstudie ble helsesøstre trent i å identifisere depresjon (ved bruk av EPDS) hos barselskvinner to uker etter fødsel. Deretter ble 164 deprimerede kvinner inkludert i en intervensjonsgruppe og 64 i en kontrollgruppe. Kvinnene i intervensjonsgruppen fikk en eller flere støttesamtaler basert på aktiv lytting og ikke-dirigerende rådgivning innen barnet var 3 mnd. Mødrene fylte ut EPDS på nytt da barnet var henholdsvis 3, 6 og 12 mnd. Resultatene viste betydelige forskjeller i depresjonssymptomer mellom de to gruppene på alle måletidspunktene og effekten holdt seg 9 mnd. etter at intervensjonen var avsluttet. Mødre som hadde fått støttesamtaler rapporterte i tillegg signifikant mindre stress forbundet med forelderrollen da barna var 12 mnd.

En forutsetning for videre implementering av kartleggingsverktøy og nye arbeidsmetoder er at rammene er på plass: Det betyr at verktøy og metoder er validert for norske forhold, at de som bruker disse har god opplæring og jevnlig veiledning, og at det finnes en tiltakskjede som kan gjøre noe med de problemer som oppdages.

### **Tiltak for å bedre foreldreferdigheter i familier med premature barn**

Barn som er født for tidlig er mer avhengige av å ha optimale oppvekstbetingelser enn andre barn for å sikre god utvikling. Det er derfor særlig viktig at hjelpeapparatet følger familiene tett etter tidlige fødsler. Flere studier har vist gode effekter av støttetiltak i familier med premature barn<sup>236,237</sup>. Her illustrerer vi denne typen tiltak gjennom å presentere resultatet fra en norsk studie fra Tromsø<sup>238</sup>.

Hensikten med tiltaket var å gjøre foreldre med premature barn mer oppmerksomme på barnas kommunikasjonssignaler. Gjennom deltakelse i et fokusert veiledningsprogram lærte foreldrene å reagere adekvat på barnas signaler. Ett år etter fødsel hadde barna som deltok i intervensjonsgruppen utviklet bedre sosiale ferdigheter enn barn i kontrollgruppen, og skårene var sammenlignbare med barn som ikke var født for tidlig. Ved fem år viste barna i intervensjonsgruppen fremdeles signifikant bedre kognitiv utvikling enn barna i kontrollgruppen<sup>239</sup>. I en annen studie av det samme utvalget fant man at intervensjonen også hadde redusert opplevelsen av stress hos foreldrene<sup>240</sup>. I USA har tilsvarende intervensjon vist langtidseffekter på

kognisjon, skoleprestasjoner og atferdsproblemer da barna var 9 år<sup>241</sup>.

En norsk systematisk litteraturgjennomgang konkluderer med at det er gjort for få studier med god kvalitet til å si noe generelt om langtidseffekter av foreldrestøttende tiltak for familier med premature barn<sup>242</sup>. Ett tiltak ble imidlertid fremhevet som mer lovende enn de andre: Intensiv støtte fra helsesøster eller jordmor til foreldrene i tiden rett etter fødselen synes å ha god forebyggende effekt. Generelt påpeker de at tiltak som ble startet opp etter fødselen synes å ha bedre effekt enn tiltak som ble iverksatt før fødselen. De påpekte videre at individrettede tiltak ofte synes å virke bedre enn gruppebaserte tiltak, samt at tiltak som er spesifikt rettet mot mødre som har øket risiko for å utvikle depresjon virker bedre enn tiltak som rettet seg mot mødre generelt. Den nyere, og lovende, studien fra Tromsø som er presentert over innehar nettopp disse kjennetegnene.

### **TILTAK 15 – 17: BEDRE FORELDREFERDIGHETER I FAMILIER MED PREMATURE BARN**

- **Fokusert veiledningsprogram** for å øke foreldrenes forståelse av barns behov og deres kommunikasjonssignaler tilbys foreldre i barseltiden
- **Individuelle støttesamtaler** med psykisk helsepersonell tilbys foreldre med begynnende symptomutvikling eller spesielle omsorgsoppgaver før barnet er 3 måneder
- **Depressive symptomer** identifiseres og behandles i barselperioden gjennom bruk av kartleggings skjemaer og spesiallagde oppfølgingsprogrammer

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

Flere nordiske studier har evaluert programmet "Forebyggende familieintervensjon (FFI)" og funnet sterke positive effekter i intervensjonsgruppene. Intervensjonen består i at familiene får 6 til 10 samtaler med trent terapeut. Noen av samtalene er med foreldrene alene, noen med barnet alene, og noen med hele familien. Samtalene dreier seg om barnas forståelse av foreldrenes symptomer og det legges vekt på at barna ikke skal føle skyld for foreldrenes plager. Studier fra USA har vist at deprimerede foreldre som deltok i programmet fikk mer positive holdninger og viste mer positiv atferd overfor barna<sup>243-245</sup>. Barnas symptomer på depresjon ble redusert, de rapporterte

at de forstod mer av foreldrenes atferd, og at kommunikasjonen i familien var blitt bedre. Den positive endringen vedvarte ved en oppfølgingsstudie fire år etter at intervensjonen var avsluttet. I Sverige fant Pihkala og Johansson at foreldre var motiverte for deltagelse når de var bekymret for barna og savnet gode fellessamtaler<sup>246</sup>. Helsearbeiderne i programmet rapporterte også at opplæringen i FFI gav dem bedre ferdigheter og økt glede over arbeidet<sup>247</sup>.

Disse evalueringene ble gjennomført uten kontrollgrupper. Selv om det er dokumentert positive effekter av programmene kan vi derfor ikke dokumentere at disse virker bedre enn annen type intervensjon<sup>245</sup>. Resultatene er likevel så vidt positive at de gir grunn til utprøving også i Norge. Under omtaler vi også kort ett av de andre programmene som er under omfattende utprøving i Norge.

I henhold til endringer i 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. I tråd med disse forutsetningene skal helsepersonell i psykiske helsevern for voksne iverksette nye rutiner og tiltak for barn<sup>222</sup>. Dette har Regionsenter for barn og unges psykiske helse i Nord-Norge fulgt opp gjennom å igangsette et forskningsprosjekt i samarbeid med Universitets-sykehuset i Nord-Norge. I prosjektet iverksettes og evalueres "Barneperspektivsamtalet" i psykisk helsevern for voksne. Barneperspektivsamtalet er nærmere beskrevet i databasen for evidensbaserte tiltak innen barn og unges psykiske helse "Ungsinn"<sup>248</sup>.

#### **TILTAK 18: BEDRE FORELDREFERDIGHETER I FAMILIER HVOR FORELDRENE HAR PSYKISKE LIDELSER**

- **Familier hvor foreldrene har psykiske lidelser** tilbys samtaler med trent terapeut for å øke foreldrenes kommunikasjonsferdigheter og barnas mestring av de spesielle utfordringene de lever med. Tiltaket effektevalueres

#### **Tiltak for å forebygge rusmiddelbruk i svangerskapet og alkoholskader hos barn**

Det er kjent og akseptert at rusmiddelbruk i svangerskapet, inkludert vanlige rusmidler som inneholder alkohol og nikotin, kan medføre alvorlig helseskader for barnet. Den potensielle gevinsten av intervensjoner er derfor stor, og voksne som venter barn er ofte mer åpne og motiverte for å endre atferd enn ellers. Flere kommuner benytter svar som den gravide

har gitt i selvutfyllingsskjema om alkoholvaner, som grunnlag for en motiverende samtale<sup>249</sup>. En nylig norsk undersøkelse viste at barn til mødre som røykte under graviditeten hadde økt risiko for eksternaliserende atferdsproblemer ved 18-måneders alder – uavhengig av kjønn<sup>250</sup>. Det er derfor mye å vinne på at rusmiddelbruk i svangerskapet forebygges gjennom kartlegging og oppfølging av kvalifisert personell.

#### **TILTAK 19: IDENTIFISERE RUSMIDDELMISBRUK**

- **Rusmiddelmisbruk** identifiseres og behandles i svangerskap og barseltid gjennom bruk av kartleggings skjemaer og støttesamtaler

#### **Tiltak for å forebygge fysiske og seksuelle overgrep mot barn**

Det er svært viktig å forebygge fysiske og seksuelle overgrep mot barn. Slikt arbeid er sammensatt og tiltak må ofte gjennomføres på ulike nivå, rettet mot ulike målgrupper, og iverksettes på ulike arenaer. Målet om å forhindre at vold og overgrep mot barn forekommer må kombineres med et fokus på å oppdage utsatte barn på et tidlig tidspunkt. Det finnes imidlertid lite nasjonal forskning på feltet og vi mangler kunnskap om effekten av forebyggende tiltak.

Internasjonal forskning viser at de mest lovende forebyggingsstrategiene mot barnemishandling omfatter utvidede tilbud om helsetjenester, foreldreopplæring og sosial støtte til gravide kvinner og familier med småbarn i deres egne hjem<sup>251</sup>. Det er dokumentert at hjemmebesøksprogrammer som Nurse-Family Partnership (NFP) har lyktes både i å redusere risikofaktorer for barnemishandling og å minske forekomsten av overgrep på kort og lang sikt<sup>252</sup>. Foreldreveiledningsprogrammet Positive Parenting Program (Triple P) som er evaluert med randomisert kontrollert design, er vurdert som lovende for å forhindre barnemishandling og omsorgssvikt<sup>253</sup>. International Child Development Program (ICDP) er utviklet i Norge og inngår i regjeringens satsning på foreldreveiledning som forebyggende strategi. Programmet evalueres i perioden 2007-2010. Evalueringen ventes å gi oss svar på om programmet bør bygges videre ut i Norge<sup>254</sup>.

Forebygging av seksuelle overgrep mot barn rettes i hovedsak mot barnet og ungdommen selv. Skolebaserte undervisningsprogrammer har vist å styrke barns beskyttelsesatferd og kunnskap om seksuelle overgrep. Selv om vi enda ikke vet om slike tiltak faktisk reduserer forekomsten av seksuelle overgrep, bør det likevel fokuseres på å hjelpe barn til å sette



egne grenser<sup>254,255</sup>. Det anbefales også å etablere flere behandlingstilbud for overgripere, å drive holdningskapende arbeid og foreldreveiledning, og å stille krav om politiattest ved ansettelse i barnehage. Internasjonalt har det blitt tatt til orde for å innføre en bredere tilnærming for å forebygge seksuelle overgrep: Tiltak retter seg mot foreldre og profesjonelle (helsesøstre, leger, førskolelærere, lærere m.m), samtidig som en fortsetter med de tiltakene som allerede er inkludert i mer tradisjonelle skoleprogrammer<sup>256</sup>.

#### TILTAK 20: FOREBYGGE FYSISKE OG SEKSUELLE OVERGREP MOT BARN

- **Hjemmebesøksprogrammer** iverksettes for både å redusere risikofaktorer for barnemishandling og for å finne fram til og hjelpe barn som blir mishandlet

#### TILTAK 21-22: FOREBYGGE FYSISKE OG SEKSUELLE OVERGREP MOT BARN

- **Skolebaserte undervisningsprogrammer og holdningskapende arbeid** etableres i alle kommuner for å redusere mishandling og overgrep
- **Behandlingstilbud for overgripere** videreutvikles og evalueres

#### Programmer for å fremme barns psykisk helse gjennom foreldrestøtte

Det finnes flere internasjonale publikasjoner som sammenstiller resultater fra en rekke evalueringsstudier av forebyggende tiltak og programmer. Nedenfor følger resultater fra tre av de mest omfattende publikasjonene som vurderer bredspektrede intervensjoner rettet mot mange typer utfall samtidig.

En sammenstilling<sup>257</sup> av randomiserte og kontrollerte studier fra 2003 viste hvordan foreldrestøtte kan fremme barn og unges psykiske helse. Det ble vist best effekt av programmer som inkluderer intervensjoner der:

- Foreldrene lærer bedre foreldreferdigheter og mer effektive oppdragelsesteknikker
  - Dette minsker barnas symptomer og setter foreldrene bedre i stand til både å støtte barnas utvikling og å sette grenser
- Foreldrenes egen livssituasjon bedres
  - Dette styrker foreldrenes mestringsevne, selvtillit og trivsel og bedrer barnas sosiale ferdigheter

Forfatterne konkluderer med at flere av tiltakene og programmene forbedrer barns oppvekstvilkår og psykiske helse gjennom ganske enkle intervensjoner som er rettet mot å støtte foreldrene. Det er imidlertid ikke tilfredsstillende effekter fra intervensjoner som kun gir foreldre informasjon om barns utvikling på ulike alderstrinn.

En oppsummering av RTC-studerte programmer for forebygging av flere typer utfall hos barn i alle aldre<sup>258</sup> fant at effektstørrelsene vanligvis var lave, men at programmene likevel hadde bemerkelsesverdige gode effekter på tvers av studier for:

- barn med *atferdsvansker* dersom de retter seg mot:
  - barn som allerede har utviklet symptomer
  - barn fra høyrisikofamilier hvor foreldrene har psykiske lidelse, lav inntekt og mange belastninger
  - barn som selv har en spesiell biologisk sårbarhet
  - barn som er i førskolealder
  - å trene opp foreldreferdigheter, eller å forbedre barnas sosiale ferdigheter
- barn med *angst* dersom de:
  - benyttet kognitiv atferdsmessig trening (CBT) mot barn i skolealder.
- barn med *depresjon* dersom de:
  - rettet seg mot barn som allerede har utviklet symptomer og mot barn fra høyrisikofamilier
  - foregikk da barna var i skolealder
  - brukte CBT i tillegg til annen metodikk

I en tredje stor oversiktsstudie basert på 50 RCT-studier fra en rekke land, rapporterte forskergruppen at de aller fleste forebyggingsprogrammene for førskolebarn er rettet mot atferdsproblemer<sup>259</sup>. Bare et fåtall av programmene er rettet mot å forebygge angst og depresjon. Uavhengig av hvilken type lidelser programmene var rettet mot, anbefaler forfatterne at en så tidlig som mulig, helst allerede på barselavdelingen, bør identifisere familier med store belastninger og iverksetter adekvate og hjemmebaserte støttetiltak. Tiltakene bør følge familiene framover, og en ny vurdering når barna er 2-3 år kan avgjøre om foreldrene bør få ytterligere støtte i form av veiledningssamtaler eller gjennom deltakelse i støttegrupper.

## Tiltak rettet mot å redusere forekomst av atferdsproblemer

De aller fleste studier som vurderer effekter av forebyggende familieintervensjoner omhandler atferdsproblemer. På dette feltet er det imidlertid vanskelig å skille mellom behandling og forebygging. Intervensjoner rettes ofte mot barn med tidlige symptomer for å forebygge at de utvikler alvorlige atferdsproblemer og kriminalitet på et senere tidspunkt. I Norge har man, i studier med randomisert kontrollert design, funnet positive effekter av tre evidensbaserte familieintervensjoner som også er vel etablerte i USA:

- "Parent Management Training" (PMTO)<sup>260</sup> for barn 4-12 år<sup>261</sup>
- "De utrolige årene" (DUÅ)<sup>262</sup> for barn 4-8 år<sup>263</sup>
- "Multisystemisk terapi" (MST)<sup>264</sup> for ungdommer 12-18 år<sup>265</sup>

Alle disse programmene er evaluerte og har vist god effekt. I tillegg har man i en norsk studie funnet at tiltaksprogrammet "Tidlig innsats for barn i risiko" – TIBIR (for barn 3-12 år) har lovende effekter, og flere studier med randomisert kontrollert design er under gjennomføring<sup>266,267</sup>. I tillegg er flere forskningsstøttede og forskningsbaserte programmer for ungdom med atferdsproblemer under implementering i det statlige barnevernet:

*Multidimensional Treatment Foster Care* (MTFC) er en modell som kombinerer behandling av problematferd i spesielt opplært fosterhjem med behandling av ungdommens familie og nettverk. *Functional Family Therapy* (FFT) er familierterapi for familier hvor ungdom har moderate atferdsproblemer. *MultifunC-modellen* (Multifunksjonell behandling i institusjon og nærmiljø) er utviklet i Norge og implementert i Norge og Sverige. Disse tiltakene er under evaluering eller skal evalueres med RCT-studier eller sterkest mulig design.

I stedet for å gi en nærmere presentasjon av de ulike programtypene, illustrerer vi denne type tiltak gjennom å beskrive PMTO som er det mest utbredte programmet. PMTO er et foreldreveiledningsprogram hvor man ønsker å øke foreldres evne til å sette grenser, holde oversikt over hva barna gjør, løse problemer, involvere seg positivt i barna og oppmuntre dem til å utvikle gode sosiale ferdigheter<sup>261</sup>. I effektstudien av PMTO ble 112 familier som ønsket hjelp med barnas atferdsproblemer tilfeldig fordelt til en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Foreldre og barn i intervensjonsgruppen møtte en terapeut ukentlig i 20-30 uker. PMTO-veiledningen fokuserte på å lære foreldre å endre dysfunksjonelle strategier, samt å fremme positive foreldreferdigheter ved hjelp av et standardisert opplæringsprogram. Barna i kontrollgruppen fikk

"vanlig" behandling og oppfølging fra hjelpeapparatet. Vurderinger før og etter intervensjonen viste at barna i intervensjonsgruppen hadde færre atferdsproblemer og at foreldrene hadde bedret sin grensesetting. Samtidig rapporterte lærerne at barnas sosiale kompetanse var bedret<sup>261,268</sup>. PMTO er også tilpasset foreldre med minoritetsbakgrunn, og det er utviklet en forebyggende kortversjon av PMTO (PMTO- rådgivning, 3-5 møter) i forebyggende øyemed. Begge disse siste intervensjonene er nå under evaluering. Foreløpige funn viser positive resultater.

Også effektene av programmet DUÅ er grundig studert i en stor RCT-studie i perioden 2002-2005 med 5-6 års oppfølging i 2009<sup>263,268</sup>. Forskergruppen fant store forskjeller mellom resultatene i intervensjonsgruppene sammenlignet med ventelistekontroll, og konkluderer med at behandlingen har langvarig effekt.

Eksemplene på tiltak rettet mot å redusere forekomsten av atferdsproblemer gir grunn til optimisme. De dokumenterer at det i dag eksisterer tiltak og programmer som effektivt reduserer symptomnivået hos barn. De positive virkningene er vist å vare i flere år etter at intervensjonene er avsluttet. Det er imidlertid tegn som tyder på at effekten av tiltakene varierer etter hvor gamle barna var da tiltaket ble iverksatt. Både i Norge og internasjonalt har man funnet at programmene har best effekt på barn under 8 år<sup>261</sup>. Forfatterne forklarer dette med at eldre barn har en lengre historie med atferdsproblemer og at de tilbringer mer tid med venner uten at foreldrene har oversikt over hva de gjør. Eldre barn blir også møtt med større krav på skolen som kan forsterke problemene deres<sup>261</sup>.

### TILTAK 23 – 25: REDUSERE ATFERDSPROBLEMER

- **Forebyggingsprogrammer som styrker foreldreferdigheter og lærer foreldre gode oppdragssesteknikker** tilbys familier med førskolebarn
- **Foreldreveiledning** tilbys alle familier hvor barna er særlig utsatt pga funksjonshemming eller begynnende symptomutvikling
- **Hjemmebasert støtte- og behandlingstiltak** tilbys alle familier som har mange eller langvarige belastninger og liten sosial støtte

#### 2.2.2 Helsestasjonen

Helsestasjonen har både en befolkningsrettet, grupperett og individrettet målsetting: Den er en lovpålagt tjeneste inkludert i den kommunale helsetjenesten. Formålet er å forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse hos barn og deres familier.



Tilbudet er gratis og lett tilgjengelig for barnefamilier. Gjennomførte kontroller av barnets fysiske helse, trivsel og utvikling foretatt av kompetent personell over et langt tidsrom, kombinert med kjennskap til barnets foreldre og oppvekstmiljø, gir et godt utgangspunkt for forebyggende arbeid. Helsestasjonen skal både oppdage begynnende problemutvikling hos barn (screening) og oppvekstforhold som øker sannsynligheten for at barn utvikler psykiske lidelser (kartlegging).

På individnivå skal personalet gi foreldre råd om hvordan de best kan forebygge at problemer oppstår og videreutvikles. Mange helsestasjoner har etablert foreldreveiledningsprogrammer hvor de gir råd til grupper av foreldre samtidig. I tillegg er helsestasjonen pålagt et sektorovergripende kartleggings- og informasjonsansvar: Personalet, som kommer i kontakt med de fleste barnefamilier i sitt område, skal arbeide for å bedre oppvekstmiljøet for alle barn (miljørettet arbeid) gjennom å samle informasjon om problemer som er felles for mange barnefamilier. Informasjonen skal de gi videre til politikere og etater som har ansvaret for blant annet å utbedre fellesarealer (fjerne ulykkesfarlige områder) og å etablere åpen barnehage (øke kontaktmulighetene). Effektiv innsats på disse feltene krever at metodegrunnlaget er solid og godt tilpasset moderne helseutfordringer.

### **Ansvar for tiltak innen egen sektor**

I dag er det vanlig at flere faggrupper arbeider på helsestasjonen. I tillegg til helsesøster og lege finnes ofte også fysioterapeut, psykolog, barnevernspeagog/ familiekonsulent og logoped. Helsesøstre er kjernepersonell i tjenesten. De gir først tilbud om hjemmebesøk etter fødselen og helsekontroller omtrent hver måned det første halve året. Deretter får familiene vanligvis tilbud om kontroller annenhver måned fram til barnet er halvannet år. Deretter er det punktvis kontroller når barna er henholdsvis to, fire og fem år. Senere overtas de helsefremmende og forebyggende oppgavene av skolehelsetjenesten og eventuelt av helsestasjonen for ungdom. Disse tjenestene kan følge barna til de er 20 år.

Nye stortingsmeldinger anbefaler at helsestasjonen øker innsatsen for å finne fram til barn med særlige psykososiale behov<sup>211,269</sup>. En ønsker at mer tid skal anvendes til screening for å identifisere barn med emosjonelle problemer og tilbaketrekning, forsinket eller atypisk språkutvikling og konsentrasjonsvansker/symptomer på ADHD. Behovet for samordning av innsatsen fra mange etater kommer tydelig fram i NOU 2009:22, og utvalget fremmer viktige forslag til tiltak.

Hjemmebesøk er funnet å være et godt virkemiddel for å oppdage begynnende problemutvikling og risikofylte oppvekstforhold hos familier flest. I evalueringsstudier brukes "hjemmebesøk" imidlertid som en paraplybetegnelse for diverse tjenestetilbud til foreldre, og ikke som en type intervensjon i seg selv<sup>270</sup>. Programmene har et felles mål om å forbedre foreldrenes omsorg for sine barn. Bortsett fra dette er programmene svært forskjellige<sup>271</sup>. Noen universelle hjemmebesøksprogrammer blir gitt til alle familier uavhengig av risikonivå, mens andre retter seg mot familier med økt risiko for blant annet barnemishandling<sup>251</sup>. Gjennomgangen fra NKVTS viser at systematiske litteraturgjennomganger av RCT-studier ofte konkluderer med at tidlige hjemmebesøksprogrammer er effektive i å redusere risikofaktorer for barnemishandling, men at studiene ikke tar hensyn til de store variasjonene mellom programmene<sup>253</sup>. Vi vet derfor at flere typer hjemmebesøk reduserer risikofaktorer, men ikke hvilke type hjemmebesøksprogrammer som mest effektivt forebygger barnemishandling.

### **Kartleggings- og informasjonsansvar som er sektorovergripende**

Helsesøstre har kontakt med nær alle barnefamilier og er kommunenes eneste heltidsansatte "forebyggere". Som del av kommunens helsetjeneste har de lovfestet plikt til å iverksette tiltak på alle plan. I tillegg til tiltaksansvar innenfor egen sektor, er helsetjenesten tillagt et sektorovergripende kartleggings- og informasjonsansvar (& 1.4 i tilleggset til kommunehelsetjenesteloven om miljørettet helsevern som trådte i kraft 1.1. 1988):

- *Overvåkingsansvar.* I sitt distrikt skal helsestasjonene skaffe seg en systematisk oversikt over småbarnsfamiliers trivsel og forekomst av sosiale risiko- og beskyttelsesfaktorer i småbarns oppvekstmiljø. De vil derved både få kjennskap til problemer som er felles for mange barnefamilier og de vil kunne identifisere enkeltfamilier som er særlig utsatte.
- *Informasjonsansvar.* Personell ved helsestasjonene skal sammenstille kunnskapen de har samlet om trivsel, levekår og det sosiale og fysiske miljøet barna vokser opp i. De skal deretter overføre kunnskapen til de myndigheter og etater i kommunen som har ansvar for å forbedre helseskadelige miljøforhold.

Denne fokuseringen på sektorovergripende kartleggings- og informasjonsansvar er helt i tråd med anbefalinger fra Verdens Helseorganisasjon (WHO) som understreker at tverrsektoriell kartlegging er en nødvendig del av det helsefremmende og forebyggende arbeid<sup>272</sup>. WHO anbefaler at helsearbeidernes rolle bør dreies slik at en bruker:

- et mer helhetlig helsebegrep
- mer tid til kartlegging av risikoforhold og informasjonsvirksomhet

### Økt satsing på metodeutvikling

Forebyggende helsearbeid må ta utgangspunkt både i individene og det sosiale miljøet de lever i. Fokus må være på forhold som reduserer faren for sykdomsutvikling og mistrivsel, i tillegg til forhold som gjør den enkelte mer utsatt for dette. Sterke forventninger fra faglig og politisk hold om at også helsevesenet i større grad skal delta i arbeidet med å forebygge psykososiale problemer, fordrer en klargjøring av kunnskapsgrunnlag og arbeidsmetoder. I dette perspektivet må det satses sterkere på metodeutvikling innen feltet hvor alle disse skisserte perspektivene finner sin naturlige plass. Selv om vi har en rekke potensielle kartleggingsinstrumenter for psykiske helseplager hos småbarn, vet vi foreløpig ikke hvor godt disse evner å identifisere de barna med størst behov, og i hvilken grad de klarer å ekskludere barn uten slike oppfølgingsbehov.

#### TILTAK 26 - 28: HELSESTASJONEN

- **Systematiske utredninger** for bedre å identifisere barn med emosjonelle problemer, tilbaketrekning, forsinket eller atypisk språkutvikling, konsentrasjonsproblemer eller høy risiko for psykiske lidelser eller plager
- **Kartlegging av alvorlige risikofaktorer** som familier med vold, rusmiddelmisbruk eller foreldre som over tid har psykiske lidelser
- **Obligatorisk ordning med regelmessige hjemmebesøk fra helsesøster til alle familier med førskolebarn** prøves ut og effektevalueres

### 2.2.3 Barnehagen

Barnehagen er en trygg arena for lek, utfoldelse og samvær med jevnaldrende. Den er også en god arena for samvær med andre voksne enn familien. I 2009 gikk 90 % 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<sup>273</sup>. Det gir muligheter for at barnehagetilbud til alle kan bli et psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak for alle førskolebarn i Norge. Det er først og fremst som universelt psykisk helsefremmende tiltak at barnehager kan ha stor betydning for folkehelsen.

### Kvalitet i norske barnehager

I *St.meld. nr. 41 (2008-2009) Barnehagemeldingen: Kvalitet i barnehagen* formuleres en rekke krav til kvalitet. Fra et folkehelseperspektiv kjennetegnes barnehager med høy kvalitet av at de har små barnegrupper, tilstrekkelig, godt utdannet og personlig egnet, stabilt voksenpersonell som har lett tilgang til veiledning fra kommunepsykolog eller annet særskilt psykisk helsepersonell<sup>274</sup>. Vi vil i det følgende omtale barnehager med disse kjennetegnene som høykvalitetsbarnehager.

På tvers av undersøkelser og sosiale sammenhenger ser det ut til at nettopp kvaliteten på barnehagene har stor betydning for at de skal virke fremmende på den psykiske helsen<sup>275</sup>. UNICEF lanserte i 2008<sup>276</sup> ti kriterier for å vurdere kvalitet i omsorgstilbudet for førskolebarn (Tabell 2). I en sammenligning mellom 25 land tilfredsstiller Sverige alle kriteriene, mens Norge befinner seg på tredje plass. Grunnen er at for få barnehageansatte har tilstrekkelig opplæring og utdanning. Dette kan oppveies noe av voksentettheten i norske barnehager. Den er mer enn dobbelt så høy som UNICEFs minstekrav. I internasjonalt perspektiv holder norske barnehager generelt høy kvalitet. Variasjonen i innhold og kvalitet kan likevel være stor.

**Tabell 2.** UNICEFs kriterier for kvalitet på omsorgstilbud til barn

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	Barnefattighedsrate under 10 %
10	Allmenn utbredelse av viktige barnehelsetjenester

Videre viser undersøkelser fra 2004 og 2008 at norske barnehager lå litt høyere på en rekke kvalitetsindikatorer i 2008 enn de gjorde i 2004<sup>277</sup>. Slike undersøkelser bør gjentas fortløpende slik at vi kan følge kvalitetsutviklingen i både private og offentlige barnehager.

## Virkninger av gruppebasert omsorg utenfor hjemmet

En rekke undersøkelser viser positive sammenhenger mellom barnepassordninger og utvikling av tenkning, følelser og sosiale evner hos små barn. Best dokumentert er virkningen barnehager har på tenkning, språk og læring. Størst usikkerhet er det rundt mulige positive eller negative langsiktige virkninger på følelsesutviklingen hos de minste barna. Særlig er virkningene positive på barn som vokser opp i familier med svak økonomi og utdanning<sup>278-280</sup>. Såkalte randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) viser at barn fra slike familier som deltar i spesielle støtteprogrammer der barnehage av høy kvalitet inngår, har lavere nivå av atferdsforstyrrelser<sup>281</sup>. Også blant barn som ikke lever i ressursfattigdom kan gode barnepassordninger ha positiv innvirkning på den sosiale og følelsesmessige utviklingen<sup>282,283</sup>.

Selv om barnehager kan være bra for de fleste, er det viktig å sikre at de ikke blir skadelige for noen. Barn på ett år har kapasitet til å forme gode tilknytningsbånd til andre voksne enn foreldrene. Dette krever at det er få og stabile voksne i barnets miljø, og at innkjøringen er tilpasset barnets behov<sup>284</sup>. 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<sup>285</sup>. Bekymringene bygger særlig på utviklingspsykologiske studier, teoretiske resonnementer og på undersøkelser av barnepassordninger i USA. En oversikt konkluderer med at de minste barna i barnepassordninger i USA ofte har mer sosiale, følelses- og atferdsmessige problemer enn dem som passes hjemme. Det er spesielt oppstart i barnepassordning i løpet av det første leveåret og mange timer pr uke tilbrakt i barnepassordning som bidrar til dette<sup>286,287</sup>.

Det er usikkert hvor mye vekt vi bør legge på undersøkelsene fra USA når vi skal vurdere virkningene av norske barnehager. 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 punktene i tabell 2<sup>276</sup>. Hele 72 % av barna i en av de mest siterte oversiktsundersøkelsene fra USA begynte i barnepassordning allerede før de var 4 måneder gamle<sup>285</sup>. Statistikk fra SSB viser at i 2009 var bare 1 % av alle barn – 2700 barn – som går i barnehage under 1 år, mens 15 % var i alderen 1 – 2 år.

Barn er i hovedsak i barnehage fordi foreldrene er i arbeid. I en ny undersøkelse er virkninger av at mor arbeider utenfor hjemmet i barnas første leveår

studert. Undersøkelsen omfatter 1000 familier og inkluderer mange ulike barnepassordninger. Resultatene viser at det både er positive og negative virkninger av barnepassordningene når barnet har nådd 4.5 års alder. Basert på gjennomsnitt, finner forfatterne at når negative effekter på barns tenkning, følelser og sosiale ferdigheter oppstår ved at mor starter i arbeid tidlig i barnets første leveår, oppveies disse effektene av de positive effektene som følger av at mor oftere vil være i arbeid når barnet blir eldre. Forfatterne konkluderer derfor med at når negative virkninger opptrer, ser disse ut til å oppveies av de positive<sup>288,289</sup>. Den mest omfattende analysen av virkninger av at mor arbeider utenfor hjemmet mens barna er 1-3 år gamle, er en samleanalyse (meta-analyse) av data fra 69 undersøkelser gjennom de siste 50 år<sup>290</sup>. 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 til fordel 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 beskytte mot at dette går utover barnet (kompensasjonshypotesen)<sup>290</sup>.

Forskning på barnepassordningers betydning for barns utvikling må vurderes i lys av den sosiale sammenheng der den finner sted<sup>281</sup>. Dette understøttes av resultater fra undersøkelser i Storbritannia<sup>291</sup>, Australia<sup>292,293</sup>, Danmark<sup>294</sup> og Norge<sup>295</sup>. Ingen av disse finner økt uro eller atferdsforstyrrelser etter tidlig start i barnehage, men med forbehold knyttet til hvor lenge de minste barna er der. En svensk oversikt som har konsentrert seg kun om undersøkelser av høykvalitetsbarnehager, konkluderer at litteraturen er overbevisende når det gjelder de positive virkningene på språk, læring og tenkeevne. Også denne oversikten fremhever at kunnskapen om høykvalitetsbarnehagene fortsatt ikke er god nok til å trekke endelige konklusjoner om langtidsvirkninger på følelsesutviklingen<sup>296</sup>. En norsk oversikt legger vekt på at sped- og småbarn i norske barnehager er i relativt små grupper av rimelig god kvalitet, og sjelden benytter flere andre barnepassordninger samtidig. I lys av dette konkluderer de med at det ikke er umiddelbar grunn til å vente at norske barnehager bidrar til problemer i den sosiale og følelsesmessige utviklingen<sup>275</sup>.

Mye av forskningen omkring barnepassordninger er utført i USA. Det er store forskjeller mellom norske barnehager og de ulike barnepassordningene som

er undersøkt i mange av de amerikanske studiene. Det er derfor stort behov for å gjennomføre studier om virkningen av norske barnehager på ulike sider av barns psykiske helse. Særlig gjelder dette eventuelle langsiktige virkninger av oppstarttidspunkt, hvor lenge barnet er i barnehagen og hvordan ulike kvaliteter ved barnehagen påvirker barns psykiske utvikling.

**Høykvalitetsbarnehager som psykisk helsefremmende tiltak for befolkningen.** Barnehager med høy kvalitet virker ofte som en buffer mot risikofaktorer som sosial utstøting og segregering. Det skjer ved at gapet i senere skoleprestasjoner mellom barn fra ressursvake og ressurssterke familier krympes når barn fra av ressursvake hjem har gått i barnehage av god kvalitet<sup>297</sup>. Disse positive virkningene er langvarige<sup>273</sup>. Intensive barnehageprogrammer som fortsetter inn i barneskolen gir best langtidseffekt. Programmer som kombineres med andre tilbud kan gi tilleggseffekter som hyppigere yrkesaktivitet hos mor, bedre familieøkonomi, bedre foreldreferdigheter, bedre samhold i familien, deltakelse i lokalsamfunnet og større økonomisk selvstendighet for småbarnsmødre<sup>276</sup>. Programpakker som kombineres med andre tilbud kan derved virke psykisk helsefremmende også for foreldre – særlig småbarnsmødre – som igjen kan ha positive effekter på barnet.

**Høykvalitetsbarnehager som forebyggende tiltak for risikogrupper.** Undersøkelser viser at barnehager av høy kvalitet også kan være et godt tiltak for en rekke risikogrupper (selektiv forebygging). For eksempel kan gode barnehager kompensere for og beskytte mot familiebasert risiko som fattigdom, rusmiddelmissbruk, depresjon hos mor, parkonflikter og familieoppløsning<sup>298</sup>. 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<sup>276</sup>. En FAFO-rapport tyder på at barnefattigdommen i Norge øker og at mellom 5 – 10 % av alle barn under 18 år lever under lavinntekstgrensen<sup>299</sup>. For barn som vokser opp i slike familier vil gode barnehager være et av de beste grupperettete tiltakene vi har for barn og familier i risiko. Det er derfor en utfordring at det er disse småbarna som bruker barnehagene minst<sup>300</sup>. I Fordelingsutvalget er kontantstøtten foreslått erstattet med gratis kjernetid i barnehagen. Det kan gi økt tidlig barnehagedeltakelse fra språklige minoritetsgrupper og gi familier med svak økonomi bedre mulighet til å benytte seg av barnehage for barna sine<sup>301</sup>.

**Høykvalitetsbarnehager som arena for individrettet forebygging.** Barn i familier som preges av mange risikofaktorer kan fanges opp i barnehagen tidlig, og det kan iverksettes tiltak. Mange barnehager bruker standardiserte kartleggingsverktøy for å finne fram til barn som har forsinket språkutvikling. Andre sider av barns utvikling – som følelsesutvikling, atferdsutvikling og utviklingen av sosiale ferdigheter - blir mer sjelden vurdert systematisk ved bruk av standardiserte hjelpemidler. Gode verktøy som gir mulighet til å samle inn relevante opplysninger om barns utvikling mer helhetlig, kan bidra til bedre tilbakemelding til foreldre og til at riktige støttetiltak kan settes inn tidlig i utviklingsforløpet<sup>302-305</sup>. Regionsentrene for barn og unges psykiske helse har god erfaring med utprøving. 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. I mange tilfeller vil gode stimuleringsiltak for barn som identifiseres tidlig bidra til å forebygge unødige tilleggsversker og kroniske versker. For de som trenger ytterligere hjelp og støtte for optimal utvikling vil en slik systematisk oppfølging kunne bidra til at tiltak kan settes inn tidlig. 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 og annet helsepersonell der det trengs.

**Utfordringer.** Den største utfordringen fremover er å finne ut hvilke barnehageordninger som gir best virkning på ulike tidspunkter for ulike barn. Det gjennomføres flere undersøkelser i Norge som ser på dette: Ved NTNU i Trondheim gjennomføres en studie av til sammen 1000 barn fra en rekke barnehager. Folkehelseinstituttet benytter data fra Mor-barn-undersøkelsen som omfatter mer enn 100 000 barn til å undersøke hvilke barn som profiterer best på lengre og kortere opphold, og hvor de optimale grensene går. Utover dette er det også behov for å teste ut hvilke kvaliteter ved barnehagene som er av størst betydning for å fremme barns psykiske helse og trivsel på kort og lang sikt. Regjeringen har i St.meld.nr. 41 (2008-2009) Barnehagemeldingen: Kvalitet i barnehagen, gjort klart at den vil styrke slik forskning: "Departementet tar også sikte på å initiere eller støtte opp under longitudinelle studier som kan belyse barnehagens betydning for sosial utjevning, variasjoner i kvaliteten på barnehage-tilbud, foreldres sosiale bakgrunn og barnehage, hvilke faktorer som har betydning for kvaliteten på tilbudet til barna, og langsiktige effekter av barnehagebruk i Norge" (s. 47)<sup>274</sup>. For at denne innsatsen skal gi den ønskete kunnskap, må et langsiktig perspektiv ligge til

grunn. Særlig er det nødvendig å skaffe mer kunnskap om de langsiktige virkningene ved tidlig barnehagestart og om barnas følelsesmessige utvikling.

#### TILTAK 29 - 32: BARNEHAGER

- **Barnehager av høy kvalitet sikres** ved å oppfylle UNICEFs og Barnehagemeldingens krav til kvalitet. Kvalitetsnivået følges fortløpende gjennom regelmessige systematiske undersøkelser
- **Helhetlig kartleggingsverktøy for barns språkutvikling og psykisk helse** som er vitenskapelig utprøvd og tilpasset norske forhold tilbys brukt i alle barnehager
- **Barnehager tilrettelegges** for språklige minoritetsgrupper ved å inkludere programmer for kulturell og språklig integrering av barn med språklig minoritetsbakgrunn
- **Forskning** iverksettes for å finne de optimale betingelsene for at barnehager skal virke psykisk helsefremmende og ikke negativt på noen barns psykiske helse. Særlig trengs mer kunnskap om virkning av tidlig barnehagestart, og virkning på utvikling av følelser, atferd og sosial kompetanse på lang sikt

#### 2.2.4 Familiens hus (familiesentermodellen)

Gjennom familiesentermodellen søker man å integrere mye av de før omtalte kunnskaper og målsetninger innenfor rammen av et lavterskeltilbud.

Et familiesenter er en lokalt forankret, samordnet enhet rettet mot foreldre og barn som skal drive både helsefremmende og forebyggende arbeid. Her skal barn og familier i risiko kunne motta hjelp og støtte uten å gå veien om henvisning og ventelister. Som forebyggende tiltak skal Familiens hus bidra til at barn får rett hjelp til rett tid. Viktige aktører i familiesentermodellen er jordmor- og helsesøstertjenesten, barnevernstjenesten, PP-tjenesten og poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og for voksne (VOP), sosialtjenesten, barne- og familievernet i Bufetat og politiet. Ideen var at de ulike instansene skulle avstå prosentvise stillinger til modellen, slik at den skulle representere mer helhetlig kunnskap enn hva for eksempel helsestasjonen kunne bistå med alene, og også til bedre samhandling og kunnskap etatene imellom. I 2006 var det etablert såkalte Familiens Hus (tidligere omtalt som familiesentre) i ca 50 kommuner. Familiesentermodellen er evaluert som vellykket<sup>306</sup>, i den forstand at den har gitt et mer tilgjengelig tilbud til brukere med risiko for å utvikle psykososial problematikk. Modellen har bidratt til bedre forankring av samarbeidsrutiner og skapt større fleksibilitet i

tjenesteapparatet Brukerne er også mer fornøyde, og brukerne av åpen barnehage legger blant annet vekt på at de har lært betydningen av å stimulere barna sine tidlig. Flere legger vekt på at familiesentrene representerer et nytt og annerledes klima innenfor hjelpesystemet, ved at det bygger på respekt og reell brukermedvirkning. Modeller som Familiens Hus kan bidra til å oppfylle intensjonen i *NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*.

#### TILTAK 33: FAMILIENS HUS

- **Familiens Hus** som tverrsektorielt og tverrfaglig samhandlingstiltak prøves systematisk ut i flere kommuner og ulike modeller evalueres på en systematisk måte

#### 2.2.5 Barnevernet

Rundt åtte av ti som er i kontakt med barneverntjenesten, mottar hjelpetiltak i hjemmet. I løpet av 2009 gjaldt dette i alt 38.700 barn og unge mellom 0 og 22 år, en økning på 6,6 % fra året før<sup>307</sup>. Prosentvise økninger omtrent på dette nivået har vi sett hvert eneste år siden 2000. Forebyggende barnevern er derfor en omfattende virksomhet.

Den kommunale barneverntjenesten har ansvaret for hjelpetiltakene, og vil spille på de tiltakene som er tilgjengelige ut fra hva som er problemet, hvilke tiltak som er tilgjengelige, og hva slags ønsker barn, unge og foreldre har. Problembildet som presenteres for barnevernet spenner fra at et barn trenger en støttekontakt eller økonomisk bistand til en ferie, til at en familie er så belastet at omfattende og langvarige tiltak må til for å forebygge plassering utenfor hjemmet. I så fall er det gjerne også nødvendig å samarbeide med andre instanser, som skolen og psykisk helsevern eller rusomsorgen, eller det statlige barnevernet med sine mer spesialiserte programmer. Vi kan si at den kommunale barneverntjenesten er barnevernets allmennpraktikere<sup>308</sup>, og trenger en rekke tilbud og tilnæringsmåter for best mulig å kunne matche de eksisterende behovene. Samtidig er det behov for bedre kartlegging og vurdering av barn og av samhandling i familier, og mer kunnskap om hvilke hjelpetiltak som er virksomme og ikke. Individuelt tilpassede hjelpetiltak som økonomisk støtte, støttekontakt, besøkshjem og tilsyn er de mest brukte barnevernstiltakene i Norge. Disse tiltakene er ment å avhjelpe de vanskelige oppvekstvilkårene. Det er imidlertid lite forskningsbasert kunnskap om effekten av disse, både i de nordiske landene og internasjonalt<sup>309,310</sup>. Flere forskere fastslår imidlertid



at det er langt vanskeligere å oppnå resultater for familier med problemer på mange områder enn for familier med problemer på færre områder<sup>311-313</sup>. Høyrisikofamiliene har behov for innsats på flere områder, blant annet knyttet til daglige stressfaktorer som stram økonomi, dårlige boforhold og store konflikter eller vold i familien<sup>313-315</sup>.

### **Barnevernets spesialisttjeneste: evidensstøttede programmer**

Fra 2004 overtok staten ansvaret for det fylkeskommunale barnevernet, inklusive arbeidet med å styrke kompetansen og øke tilgjengeligheten av tjenester til familier med barn og unge som har atferdsproblemer. Det statlige barnevernet kan blant annet tilby spesielle hjelpetiltak som alternativ til omsorgsovertakelse, og dette skjer i størst grad i form av behandlingsopplegg for å redusere alvorlige atferdsproblemer. Siden 2003 har Atferdssenteret<sup>316</sup> arbeidet med å iverksette evidensstøttede programmer på landsbasis, der målsettingen er forebygging og behandling i familier med barn og ungdom som har alvorlige atferdsproblemer. De to metodene som særlig tilbys barneverntjenesten, er Multisystemisk terapi (MST)<sup>264</sup> rettet mot ungdom, og Parent Management Training – Oregon (PMTO)<sup>317</sup> som er rettet mot barn. Begge metoder er arbeidsintensive over et visst, men ikke veldig langt tidsrom, og begge metoder søker å intervensere både i forhold til barnet eller ungdommen, familien, skolen, fritiden og det øvrige nettverket. Begge metoder krever spesielt sertifiserte terapeuter, og kan anses å være spesialisttjenester i barnevernet (se 2.2.1 Familien).

Til forskjell fra de hyppigst brukte tiltakene, er det relativt få barn og unge som i løpet av et år mottar PMTO og MST. Andelen mottakere av MST har vært stabilt over flere år, og i løpet av 2009 mottok 718 barn og unge MST. Dette tilsvarer 1,5 % av tiltakene. Mer enn 90 % av mottakerne var mellom 13 og 17 år. Av de i alt 986 barn og unge som mottok PMTO - 2,1 % av tiltakene – var to tredjedeler mellom 6 og 12 år. Andelen som mottar PMTO har vist en jevn stigning de siste årene<sup>318</sup>. Med utgangspunkt i PMTO har Atferdssenteret utviklet Tidlig intervensjon for barn i risiko (TIBIR) med lovende evalueringsresultater. TIBIR er implementert i 53 kommuner, og målet er å implementere TIBIR i alle kommuner.

### **Generalisttjenester og spesialisttjenester**

Evidensstøttede programmer for atferdsvansker har sin plass som en spesialisttjeneste innen barnevernet. Men de viktigste årsakene til at barnevernet iverksetter tiltak er imidlertid ikke atferdsvansker. Forholdene i hjemmet var årsaken til litt over halvparten av tilta-

kene når det gjaldt nye barn og unge i 2009, mens for eksempel rusproblemer og psykisk sykdom for foreldrenes del og omsorgssvikt var årsaken i en fjerdedel av sakene<sup>319</sup>. I samarbeid med 26 modellkommuner, prøver det statlige barnevernet (Bufetat) ut metodikk for å fange opp barn av psykisk syke og rusmisbrukere tidligst mulig. Forsøket omfatter utprøving av nye samarbeidsformer mellom kommunale instanser og utprøving av kartleggingsverktøy. Regionale opplæringsteam skal fra 2010 rette seg mot alle landets kommuner. Bufetat implementerer også *familieråd* på landsbasis. Familieråd er en prosedyre for å engasjere familie, nettverk, fagfolk og barn/unge i problemløsning og tiltaksvalg. Familieråd ble brukt i ca. 500 saker i kommunalt barnevern i 2009. Foreldreveiledningsprogrammet (ICDP) er et forebyggende program som også implementeres på landsbasis i regi av Bufetat. Variasjonen i problembildet tilsier variasjon i tiltaksspekteret. Derfor trenger vi en bred vifte av hjelpetiltak, noen evidensstøttede, andre med utgangspunkt i lov hjemlede rettigheter, andre igjen med utgangspunkt i erfaring som så igjen kan evalueres og gjøres evidensbasert over tid.

#### **TILTAK 34: BARNEVERNET – PMTO**

- Familier som har barn i alderen 4 – 12 år med atferdsproblemer henvises til PMTO-behandling i hjemkommunen, Bufetat eller BUP

#### **TILTAK 35: BARNEVERNET – TIDLIG INTERVENSJON FOR BARN I RISIKO**

- Tidlig intervensjon for barn i risiko (TIBIR) gjøres tilgjengelig for familier med mindre barn som viser begynnende atferdsproblemer

#### **TILTAK 36 – 37: BARNEVERNET**

- Barn som viser tegn på depresjon eller mistilpassing følges opp med sikte på kartlegging av familiesituasjon, foreldres depresjon og rusmisbruk
- Familieråd brukes i flest mulig saker, med sikte på å finne virksomme og gode tiltak



## 2.3 Skolen

Skolen er ungdommenes arbeidssted. Skolemiljøet har konsekvenser for barn og ungdoms helse og livskvalitet. Det gjenspeiles i *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa*, §9, der det heter at "Alle elevar i grunnskolar og vidaregåande skolar har rett til eit godt fysisk og psykososialt miljø som fremjar helse, trivsel og læring".

I tillegg til faktorer som har med familie og oppvekstmiljø å gjøre, er mobbing og manglende mestring i skolen blant de mest alvorlige risikofaktorene for ungdoms psykiske helse<sup>320</sup>. Flere undersøkelser viser at det å oppleve skolemiljøet som belastende eller stressende henger sammen med tegn på psykiske helseproblemer og selvopplevde helseplager<sup>321-323</sup>. Følelse av støtte fra foreldre, lærere og medelever er derimot forbundet med høyere grad av tilfredshet med livet<sup>324</sup>.

Undersøkelser som har fulgt deltakerne over tid, bekrefter at en ut fra slike belastningsfaktorer kan forutsi endringer i selvopplevde helseplager. Elever som synes skolearbeidet er belastende og som mener at foreldre og lærere utsetter dem for høyt forventningspress, rapporterer over tid mer både psykiske og fysiske helseplager. Når de unge føler støtte fra foreldre og lærere til å klare seg på skolen og føler at medelever er aksepterende, reduseres etter hvert nivået av selvopplevde helseplager<sup>325</sup>. Er kroppsbildet negativt, øker det over tid risikoen for å være depressiv<sup>326,327</sup>. De som blir mobbet, vil senere også være mer deprimerte, engstlige og kroppslig plaget, og de vil ha dårligere selvbylde<sup>328-330</sup>.

Denne forskningen gir oss et visst grunnlag for å beskrive hva som er et positivt skolemiljø for elevene. Et miljø som fremmer en god psykisk helse blant elevene er sannsynligvis et miljø der de ikke blir mobbet, der de opplever å være del av et godt fellesskap av jevnaldrende, uten fokus på et urealistisk kroppsideal. Det er et miljø der de opplever å mestre skolearbeidet og der de opplever at lærere og foreldre hjelper dem når det er behov for det. Det er viktig å skape et skolemiljø som gir alle anledning til utfoldelse, til å mestre utfordringer og til å være del av et positivt sosialt fellesskap. En skolepolitikk som legger til rette rammebetingelsene slik at det blir mulig å nå dette idealet vil være et viktig bidrag til å fremme god helse og trivsel blant barn og ungdom. En utdanning som gir framtidige lærere og annet personell som skal arbeide i skolen en god og relevant kompetanse for å skape en helsefremmende skole, vil være et annet viktig bidrag.

### 2.3.1 Skolebaserte programmer og tiltak

Et stort antall programmer og tiltakspakker tilbys i dag i skolene. De har gjerne til hensikt 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 uansett stadig nye alderskull til. De nye kullene kan ha begrenset glede av det forrige kull ble tilbudt, med mindre tiltakene stadig gjentas eller har resultert i varige endringer i skolens arbeidsmåte, kultur eller miljø. Noen programmer har nettopp slike endringer som mål. Derfor er det ikke noen nødvendig motsetning mellom det å ta i bruk spesifikke programmer og det å utvikle en mer helsefremmende skole.

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 bra kvalitet. Den oversikten som gis her bygger på enkeltundersøkelser fra de nordiske land samt utvalgte oversiktsartikler og undersøkelser der en har analysert data fra mange undersøkelser samlet (metaanalyser).

#### Forebygging av depresjon og atferdsproblemer – internasjonale oppsummeringer

Durlak & Wells konkluderte svært positivt da de i 1997 oppsummerte 177 undersøkelser av forebyggende programmer blant barn og ungdom. Deres oppsummering omfattet et bredt spekter av programmer. På tvers av alle områdene konkluderte de med at programmene hadde en klar, positiv effekt. Dette gjaldt også tiltak mot innadrettede (internaliserende) problemer som symptomer på depressivitet og depresjon, angst, søvnproblemer og sosial tilbaketrekning<sup>224,331</sup>.

I 2004 ble det publisert en Cochrane-gjennomgang av undersøkelser der en har evaluert tiltak for å forebygge depresjon hos barn og ungdom<sup>332</sup>. Formålet med denne oversikten var å finne ut om psykologiske eller pedagogiske (educational) tiltak har noen korttidsvirkning på forekomsten av depressive lidelser eller plager, og om en kan se noen virkning av tiltakene på depressive lidelser 1-3 år etter at tiltakene er gjennomført. Gjennomgangen omfattet tiltak for aldersgruppene 5 til 19 år. Forfatterne er svært forsiktige i sine konklusjoner. De mener at korttidsvirkningene har vært svake og at det har vært vanskelig å påvise langtidsvirkninger av tiltakene. De mener dessuten at kunnskapsgrunnlaget ikke er godt nok til å gå ut med anbefalinger om at slike programmer skal gjennomføres. Likevel mener de at forskningen så langt gir noen oppmuntrende resultater, og at dette forsknings-

feltet er verdt å satse på. Både Merry & Spence (2007) og Spence & Shortt (2007) kommer til omtrent samme konklusjon når det gjelder befolkningsrettede (universelle), skolebaserte tiltak mot depresjon<sup>333,334</sup>.

Horowitz & Garber (2006) finner best virkning av grupperettede (selektive) og individrettede (indikative) tiltak, men mener at de tiltakene som virker best minner mer om behandling enn forebygging<sup>335</sup>. Greenberg og medarbeidere (2001) peker på at en gjennom befolkningsrettede tiltak unngår å stemple barn som avvikende, og at en gjennom slike tiltak når svært mange. Flere oversiktsartikler konkluderer positivt om mulighetene for å forebygge eller gripe inn tidlig mot angst og depressivitet<sup>225,245,258,336-338</sup>. Det virker dessuten enklere å redusere nivået av depressive plager enn å redusere forekomsten av nye tilfeller av depresjon<sup>245,336</sup>, selv om også dette noen ganger ser ut til å lykkes<sup>194,245,336,339</sup>. I en oppsummering fra 2009 av forskningen om forebygging av depresjon blant barn og unge<sup>243</sup>, omtales flere undersøkelser som bekrefter at tiltak på dette feltet kan gi gode resultater. Etter deres mening virker tiltak som bygger på kognitiv atferdsterapi og programmer som bygger på mellommenneskelig psykoterapi (interpersonal therapy) som to spesielt lovende tilnærminger. De understreker likevel at en ikke kan regne med at et program som virker godt i en bestemt etnisk eller kulturell gruppe nødvendigvis virker like godt i andre. Det er derfor stort behov for å prøve ut forebyggende programmer i ulike grupper.

Når ulike oppsummeringer kommer til ulike konklusjoner, skyldes det sannsynligvis at de stiller ulike krav til hvordan evalueringene bør legges opp eller at de ser på ulike utfallsmål.

Det finnes flere oppsummeringer av forskning på forebygging av atferdsproblemer. Wilson, Lipsey & Derzon (2003) har laget en analyse av 221 undersøkelser (nesten 56.000 personer) av tiltak for å redusere aggressiv atferd<sup>340</sup>. De kan fortelle at det i kontrollgruppene var lite endring i aggressiv atferd. De fant derimot jevnt over en klar reduksjon i aggressiv atferd i tiltaksgruppene. Det de kaller demonstrasjonsprogrammer (efficacy-studier) hadde gjennomsnittlig en sterkere virkning enn programmer som blir gjennomført mer rutinemessig (effectiveness-programmer). Dette kan tyde på at gjennomføringen av programmene ikke alltid er like god eller fullstendig. I framtidige evalueringer av skolebaserte forebyggende tiltak på området psykisk helse bør en legge vekt på å måle også selve iverksettingen av tiltakene (implementeringsforskning)<sup>341</sup>.

Farrington og Ttofi har offentliggjort en Campbell Collaboration samleanalyse av data fra flere undersøkelser (meta-analyse) av tiltak mot mobbing<sup>342</sup>. Det første programmet som ble iverksatt i stor målestokk var Olweus-programmet fra 1983. Fem evalueringsundersøkelser har bekreftet at dette programmet har gitt en klar nedgang i forekomsten av mobbing blant skoleelever. Ifølge Farrington og Ttofi har ikke bare Olweus-programmet, men også programmer som er inspirert av Olweus-programmet vist seg å gi gode effekter. Også det finske programmet mot mobbing og det norske Respekt-programmet kommer positivt ut i Farrington & Ttofi's oversikt.

Noen litteraturoppsummeringer konkluderer altså med at skolebaserte tiltak kan ha positive virkninger på angst og depressivitet. Det ser ut til å være enklere å redusere forekomsten av depressive plager og symptomer enn å redusere forekomsten av depresjon. Det er vist gode korttidsvirkninger på atferdsproblemer, og i noen tilfeller også gode langtidseffekter på mobbing<sup>343</sup>.

#### **Forebygging av depresjon og angst – nordiske undersøkelser**

To ganske nye nordiske undersøkelser av skolebaserte intervensjoner har gitt resultater som tyder på en positiv effekt på depresjon og angst. Arnarson & Craighead (2009) gjennomførte en intervensjon blant skoleelever i alderen 14-15 år på Island<sup>344</sup>. 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 kognitiv 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. Dette er en undersøkelse med et godt design og som viser gode resultater av intervensjonen.

Aune og Stiles (2009) evaluerte et tiltak som blir kalt Det norske universelle forebyggende programmet for sosial angst (The Norwegian Universal Preventive Program for Social Anxiety – NUPP-SA)<sup>345</sup>. 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 en måling før

intervensjonen (baseline) og deretter en måling ett år senere. Intervensjonen omfattet blant annet helse-søstre, lærere, andre ansatte ved skolene og foreldre. Overfor lærerne og ansatte ved skolene ble det lagt spesiell vekt på hvordan en skal møte sosial angst både hos enkeltelever og i klasseroms-situasjonen. Aune og Stiles (2009) viste at det i intervensjonskommunen fant sted en signifikant reduksjon i sosial angst, både hos alle elevene sett under ett og hos elever med angst-problemer (syndromal social anxiety). Det var dessuten signifikant færre nye tilfeller av angstproblemer i intervensjons-kommunen i forhold til sammenlikningskommunen. Effektene kan beskrives som fra moderate til sterke.

De to undersøkelsene som er referert her 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.

#### **Programmet psykisk helse i skolen<sup>346</sup> (PHIS)**

'Psykisk helse i skolen' var et omfattende prosjekt som ble gjennomført i perioden 2004-2008 gjennom et samarbeid mellom blant andre Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet. Prosjektet omfattet blant annet tilretteleggelse av seks ulike programmer til bruk i skolen: 'Zippys venner', 'Alle har en psykisk helse', 'Ungdom møter ungdom' (STEP), 'Veiledning og informasjon om psykisk helse' (VIP), 'Venn1.no' og 'Hva er det med Monica'. Programmene er ulike både når det gjelder teoretisk forankring, intervensjonenes form, varighet og målgruppe. Alle disse programmene er blitt evaluert, enten i forbindelse med prosjektet eller i andre sammenhenger<sup>347-352</sup>. Flere av evalueringene gir oppmuntrende resultater, men ingen av evalueringene har gitt resultater som tyder på sterke, konsistente og/eller positive endringer i elevenes psykiske helse. Dette kan skyldes at intervensjonene hadde relativt svake effekter, men det kan også henge sammen med valg av måleinstrumenter og design for undersøkelsene. Det er positivt at slike satsinger igangsettes og evalueres. Evalueringsundersøkelsene som ble gjennomført gir holdepunkter for hvordan en kan forbedre intervensjoner og design når en skal gjennomføre nye prosjekter av denne typen.

Det vil om kort tid foreligge resultater fra nye evalueringer fra to av disse programmene. 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, og VIP som har sin målgruppe blant elever i 1. klasse på videregående skole, det involverer lærer, helsesøster og

spesialisthelsetjenesten, er manual- og dialogbasert og bygger på en empowerment filosofi. Disse undersøkelsene kan tenkes å gi et bedre grunnlag for å anbefale disse tiltakene overfor skolene.

#### **TILTAK 38: SKOLEPROGRAMMER MOT ANGST OG DEPRESJON**

- **Programmer rettet mot angst og depresjon** videreutvikles og evalueres med utgangspunkt i de mest vellykkede nordiske programmene og gjøres tilgjengelig for skolene

#### **Programmer rettet mot atferdsproblemer og mobbing – nordiske undersøkelser**

Blant de programmene som tar sikte på å redusere atferdsproblemer, synes Olweus-programmet mot mobbing<sup>319</sup> å ha fungert spesielt godt. Evalueringene er basert på gode eksperimentelle design, instrumenter med dokumentert god kvalitet, stort antall observasjoner, og effektene av tiltakene har vært overbevisende<sup>330,353-356</sup>. Olweus-programmet 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 supervisjon, 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).

Noen av undersøkelsene tyder på en reduksjon i mobbingen på om lag 50 %. Den siste av undersøkelsene som ble gjennomført i Oslo viste at effektene av tiltaket (40 % nedgang i det å bli mobbet og om lag 50 % nedgang i det å mobbe andre) holdt seg like sterke over en periode på fem år<sup>330</sup>. Resultatene viser en reduksjon i annen antisosial atferd, bedre klasseklime og læringsmiljø og økt tilfredshet med skolen. Forskere fra Statens institutt for rusmiddelforskning fant i en undersøkelse fra Oslo at Olweus-programmet synes å ha hatt gunstige effekter også på andel som drakk seg fulle og cannabis-bruk<sup>357</sup>.

Det finnes ytterligere tre andre nordiske programmer som bør nevnes:

- ZERO-programmet, som ble utviklet ved Senter for atferdsforskning, Universitetet i Stavanger<sup>358,359</sup> er blant annet anbefalt i en rapport fra Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet<sup>360</sup>.
- Et annet norsk program som også er utviklet av Senter for atferdsforskning ved Universitetet i Stavanger – Respekt<sup>361-364</sup>. Programmet skal i tillegg til å forebygge mobbing, også forebygge problematferd mer generelt og gi et bedre læringsmiljø.
- Et finsk program mot mobbing<sup>365</sup>. Programmet heter i dag KiVa (Kiusaamisen Vastainen som betyr Mot Mobbing).

I en oversikt som er laget av Farrington & Ttofi (2009) kommer disse programmene noe svakere ut enn Olweus-programmet<sup>343</sup>. Alle disse programmene videreutvikles og revideres. Nye evalueringer av Respekt og KiVa-programmet vil foreligge om kort tid.

To andre forebyggende programmer har gitt såpass oppmuntrende resultater at de bør følges opp av nye undersøkelser. Dette gjelder "Programme for Aggression Replacement Training"<sup>366-368</sup> og "Positiv atferd og støttende læringsmiljø i skolen" – PALS<sup>369,370</sup>. Disse undersøkelsene er noe usikre på grunn av et lavt antall deltakere eller et lavt antall enheter (skoler eller skoleklasser) som kunne fordeles på intervensjonsgruppe og sammenlikningsgruppe. En omfattende, ny evaluering av PALS-programmet er underveis.

En generell utfordring ved mange av utprøvingene av slike programmer er at de er gjennomført av de som også har utviklet programmene. Slike vurderinger er dermed ikke fullt ut uavhengige. Det er derfor ekstra viktig at rapporteringen av resultater kvalitetssikres gjennom publisering i velrenomerte internasjonale tidsskrifter med fagfellevurdering.

#### **TILTAK 39: SKOLEPROGRAMMER MOT MOBING**

- **Programmer rettet mot mobbing og atferdsproblemer** iverksettes ved alle grunnskoler og skolebaserte tiltak mot diskriminering rettet mot etniske minoriteter inngår som del av eller som et supplement til disse

#### **Styrke sosiale ferdigheter – redusere atferdsproblemer, angst og depresjon: Nordiske undersøkelser av bredere intervensjoner**

Av programmer med et annet eller et bredere fokus er det to som har gitt så positive resultater at de bør følges opp med nye undersøkelser: 'Second Step' (Steg for steg)<sup>371</sup>, og et svensk program som også retter seg inn mot å styrke barns og unges sosiale ferdigheter samt redusere forekomsten av både atferdsproblemer og det vi ovenfor har kalt internaliserende problemer (depressivitet og angst)<sup>372,373</sup>.

#### **Livsstil og psykisk helse blant ungdom**

Tiltak mot bruk av alkohol og rusmidler er et viktig innsatsområde innen det skolebaserte forebyggende arbeidet, men skal ikke behandles i denne rapporten. Et balansert og sunt kosthold og fysisk aktivitet er viktig for barn og unges kroppslige helse, og sannsynligvis også for deres mentale helse. En undersøkelse blant ungdom i Oslo har vist at et høyt forbruk av sukkerholdige leskedrikker var korrelert med psykiske plager<sup>374</sup>. Dette betyr likevel ikke at inntak av sukkerholdige leskedrikker fører til psykiske plager. En amerikansk undersøkelse blant jenter midt i tenårene bekrefter at det å være sterkt overvektig på ett bestemt tidspunkt predikerer depressive symptomer på et senere tidspunkt<sup>375</sup>. En annen rapport fra den samme undersøkelsen viser at fysisk aktivitet bidrar til å redusere risikoen for å utvikle depressivitet og depresjoner<sup>376</sup>. Andre undersøkelser blant ungdom har vist at et negativt kroppsbilde predikerer depressivitet<sup>327</sup> og at misnøye med egen kropp predikerer depresjon (hos jenter)<sup>326</sup>.

At noen undersøkelser har vist sammenhenger mellom kosthold og opplevelse av egen kropp på den ene siden og depressivitet på den andre, betyr ikke at tiltak for å gjøre noe med disse faktorene vil gi bedre psykiske helse. Betydningen av en helsemessig sunn livsstil for barn og ungdoms psykiske helse bør belyses både gjennom studier der en følger ungdommene over tid og gjennom intervensjonsundersøkelser.

Det finnes i dag et stort antall helsefremmende og sykdomsforebyggende programmer og tiltakspakker som tilbys skolene. Kvaliteten på programmene er sannsynligvis svært variable, og bare noen få er blitt skikkelig evaluert. For skolene er det sannsynligvis vanskelig å orientere seg i dette landskapet, og en hører ofte at skolene bør konsentrere seg om skolefagene og nedprioritere helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Axelrod et al (2007) avviser et slikt klart skille mellom skolefag og programmer som tar sikte på å påvirke atferd eller emosjonell tilstand<sup>377</sup>. En oppsummering av mer enn 270 undersøkelser tyder på at slike

programmer bidrar til å bedre elevenes skoleprestasjoner<sup>378</sup> (Weissberg et al., 2007 er omtalt i Axelrod et al., 2007). Forutsatt at skolene holder seg til tiltak og programmer med dokumentert god effekt, vil det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet være et viktig bidrag også til å bedre skolens læringsmiljø og sikre mange elever et bedre utbytte av undervisningen.

### 2.3.2 Skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten har, i likhet med helsestasjons-tjenesten, som mål å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader. Den skal bidra til dette gjennom tverrfaglig samarbeid. Skolehelsetjenesten skiller seg fra andre helsetjenester ved at den kan samarbeide med skolen om tiltak på systemnivå<sup>379</sup>. Psykiske helseproblemer blir til i et samspill mellom personfaktorer og miljøfaktorer. Gjennom et samarbeid mellom skolehelsetjenesten, lærerne og andre aktører kan en bidra til et skolemiljø som fremmer elevenes psykiske helse og reduserer risikoen for psykiske problemer og lidelser.

Skolehelsetjenesten har også en rolle å spille overfor enkeltelever. Tjenesten skal ha en åpen dør overfor elever som har psykiske problemer og sikre at de får oppfølging og eventuelt behandling av andre med relevant kompetanse. Helsesøster skal også være tilgjengelig for samtaler med lærere, foreldre og andre som har inntrykk av at elever trenger oppfølging.

Det foreligger få undersøkelser som spesifikt belyser skolehelsetjenestens innsats med tanke på å bedre skolemiljøet og fremme god psykisk helse blant elevene. Kvarme et al (2010) har evaluert en intervensjon der en lot skoleelever i alderen 12-13 år (n=144) delta i grupper (seks ukentlige møter på 1 time) med tanke på å styrke deres mestringsforventninger (self efficacy)<sup>380</sup>. Møtene ble ledet av skolehelsesøster. Resultatene fra evalueringen er ikke entydige, men kan tyde på en middels sterk korttidseffekt (6 uker) på generelle mestringsforventninger (Generalized Self Efficacy) hos jenter. Etter tre måneder var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. Undersøkelsen er et interessant forsøk på å evaluere et tiltak i regi av skolehelsesøstre. I forbindelse med flere av de skolebaserte programmene som omtales ovenfor har skolehelsetjenesten spilt en viktig rolle.

Av en rapport fra Kunnskapssenteret om "Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår"<sup>381</sup> går det fram at en har lite sikker kunnskap om hvordan skolehelsetjenesten kan bidra til en bedre psykisk helse blant elevene. Det pekes imidlertid på mulige positive effekter av psykologisk

behandling av barn med depresjon og forebyggende tiltak og tidlige intervensjoner mot angst som er basert på kognitiv atferdsterapi.

### 2.3.3 Andre tjenester

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 den fagkunnskap personell i PP-tjenesten har, ikke minst skolepsykologene, en viktig ressurs i skolenes forebyggende arbeid over hele landet. De utrolige årene<sup>262,382</sup> er et program til bruk i skoler og barnehager for barn med atferdsproblemer som tilbys av PP-tjenesten flere steder i landet.

Oppfølgingstjenesten ble opprettet etter Reform 94 som en fylkeskommunal tjeneste. Tjenesten skal følge opp rettighetslever (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 oppfølgings-tjenesten 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 undersøkelsekompetanse, yrkeskompetanse eller kompetanse på lavere nivå innenfor videregående opplæring<sup>269</sup>.

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<sup>269</sup>.



Sannsynligvis finner en mange som har høy risiko for å utvikle atferdsproblemer og emosjonelle problemer blant ungdommene som er målgruppen for oppfølgingstjenesten.

#### **TILTAK 40: FOREBYGGING I SKOLEHELSETJENESTEN, PP-TJENESTEN OG OPPFØLGINGSTJENESTEN**

- **Undersøkelser som kan belyse hvordan skolehelsetjenesten, PP-tjenesten og oppfølgings-tjenesten** kan bidra til forebygging av psykiske plager og lidelser iverksettes

## 2.4 Arbeidsplassen

Deltakelse i arbeidslivet er generelt bra for den psykiske helsen<sup>383</sup>. Å ha arbeid antas å ha viktige sosiale, psykologiske og økonomiske funksjoner som mange mennesker med psykiske lidelser ikke har tilgang til hvis de står utenfor arbeidslivet. Arbeid strukturerer hverdagen, gir mening og bidrar til bedre selvbylde<sup>72,73</sup>. Arbeidsledighet er ofte forbundet med dårlig økonomi og sosial ekskludering<sup>71</sup>. Den psykiske helsen kan dermed forverres av å være uten arbeid<sup>74</sup>, uansett hva som er årsak til at man står utenfor arbeidslivet. Selv om gode velferdsordninger bidrar til å redusere belastningene ved å være arbeidsledig<sup>384</sup>, vil det å holde arbeidsledigheten lav og yrkesdeltakelsen høy blant mennesker i yrkesaktiv alder generelt virke helsefremmende og bidra til å forebygge psykiske lidelser.

Å være i arbeid er imidlertid ikke alltid bare helsebringende. Dersom jobben medfører at en utsettes for ulike former for stress eller psykososiale belastninger, kan dette øke risikoen for å utvikle psykiske plager eller lidelser<sup>385,386</sup>. Blant annet er det ugunstig når det stilles høye krav samtidig som en har lite kontroll over sin egen arbeidssituasjon<sup>90,387-389</sup>. Et opplevd misforhold mellom innsats og belønning, negative hendelser som mobbing på arbeidsplassen og lite sosial støtte synes også å bidra til psykiske helseproblemer<sup>87,387</sup>. Samtidig er det viktig å understreke at psykiske lidelser har mange og sammensatte årsaker<sup>28</sup> og at forhold i arbeidslivet bare utgjør en begrenset del av de belastningene en utsettes for.

I en større britisk undersøkelse blant både offentlige og private arbeidsgivere kom det fram et klart skille der "stress" ble oppfattet som arbeidsrelatert, mens "psykiske problemer" ble oppfattet som noe personlig og relatert til hjemmeforhold<sup>390</sup>. Skillet er imidlertid ikke så klart. Psykiske lidelser og plager har konsekvenser for hvor godt en fungerer på jobben,

og belastninger en utsettes for i arbeidet kan ha konsekvenser for ens psykiske helse. Forebygging av psykiske plager og lidelser er derfor relevant også i arbeidslivet.

### 2.4.1 Tiltak for arbeidstakere

Forebyggende tiltak på arbeidsplassen kan rette seg mot den enkelte arbeidstaker eller mot arbeidsmiljøet. Cottrell (2001) peker på at forebygging på individnivå vil ha mindre sannsynlighet for å lykkes over tid, dersom en ikke også gjør noe med et belastende arbeidsmiljø<sup>391</sup>. Likevel er de fleste forebyggende tiltak som gjøres på arbeidsplassen rettet mot individer gjennom opplæring i avspenningsteknikker eller kognitive atferdsferdigheter, og ikke mot organisasjonen. Slike mestringsprogrammer kan bli foretrukket fordi implementeringen er billigere og i mindre grad virker forstyrrende på utførelsen av arbeidsoppgaver, sammenlignet med intervensjoner som gjøres på organisasjonsnivå.

Individrettede tiltak retter seg i hovedsak mot manglende mestringsferdigheter og stress i arbeidssituasjonen, og bygger stort sett på psykoedukative metoder hvor følgende faser inngår:

- Fase 1: Undervisning om sammenhengen mellom arbeid og stress
- Fase 2: Kognitiv trening, blant annet med sikte på å bedre evnen til å disponere tiden og til å strukturere og organisere arbeidet.
- Fase 3: Innøving av avspenningsteknikker.

Slike stressmestringskurs har gitt positive resultater, uten at en kan anbefale spesifikke programmer fremfor andre<sup>392</sup>.

En systematisk gjennomgang av studier rettet mot forebygging av psykiske lidelser på arbeidsplassen<sup>393</sup>, viste at gjennomførte tiltak kunne ha små, men positive effekter på symptomer på angst og depresjon, og at resultatene var omtrent de samme uavhengig av om tiltakene var rettet direkte mot psykiske plager eller indirekte mot risikofaktorer. Awa et al (2010) oppsummerte resultatene fra 25 intervensjoner i forhold til utbrenthet<sup>394</sup> og fant eksempler på både personrettede, miljørettede og kombinerte intervensjoner. Tyve programmer gav en reduksjon i utbrenthet. Best langtidseffekter ble oppnådd gjennom intervensjoner som kombinerte personrettede og miljørettede tiltak, men for alle typer intervensjoner avtok effektene over tid. I en annen oppsummering av 46 studier konkluderer Kuoppala et al (2008) med at helsefremmende tiltak på arbeidsplassen jevnt over hadde positiv effekt på både jobbtrivsel og arbeidsevne, og førte til redu-



sert sykefravær<sup>395</sup>. Tiltak som omfattet fysisk aktivitet, annen livsstilsendring og ergonomisk tilrettelegging fungerte best, mens opplysningstiltak og psykologiske intervensjoner var lite effektive. Ut fra dette mener de at helsefremmende tiltak bør rettes mot både fysiske og psykososiale aspekter ved miljøet, men også at konklusjonene er foreløpige på grunn av metodiske svakheter ved mange av studiene. Egan og medarbeidere (2007) har studert 18 tiltak rettet mot å øke ansattes deltakelse og innflytelse eller tilgang på sosial støtte gjennom organisasjonsendringer (workplace reorganization)<sup>396</sup>. I elleve av studiene fant en positive endringer i indikatorer på psykisk helse (blant annet depresjon og angst). Ruotsalainen et al (2008) har oppsummert resultater fra 19 studier av tiltak for å redusere stress blant helsearbeidere. De har funnet støtte for at både personrettede tiltak, tiltak rettet mot både person og arbeidsforhold og organisatoriske intervensjoner har gitt små, men positive effekter i form av redusert risiko for utbrenthet og reduksjon i generelle helseplager og angst<sup>397</sup>.

En annen systematisk litteraturgjennomgang finner støtte for at endringer som øker krav og reduserer kontroll på arbeidsplassen virker negativt på helse, mens endringer som reduserer krav og øker kontroll gir bedre helse (Bambra, 2007)<sup>398</sup>. Omorganiseringer ser slik ut til å kunne ha både positive og negative konsekvenser for de ansattes psykiske helse. Det er vanskeligere å utvikle spesifikke program som gir positive effekter på de ansattes psykiske helse.

I en litteraturgjennomgang konkluderer Graveling et al (2008) med at det er uklart om intervensjoner for å bedre arbeidstakeres psykiske helse er særlig effektive. Det finnes støtte for at fokuserte intervensjoner kan redusere symptomer på angst, depressivitet og utbrenthet på kort sikt, men en vet mindre om virkningene på lang sikt<sup>399</sup>.

I en rapport som omfatter helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid rettet mot angst og depresjon i en rekke europeiske land<sup>400</sup>, trekkes det en del konklusjoner basert på såkalt "good practice". De anbefaler følgende:

- Tidlig identifisering av problemer gjennom et varslingsystem
- Inkludere arbeidstakerne i alle faser av prosjektet
- Prosjektet må være integrert i ledelsens filosofi
- Inkludere intervensjoner både i forhold til individ, sosialt miljø og arbeidsforhold
- Prosjektet bør dekke både primært og sekundært forebyggende arbeid
- Prosjektet bør iverksettes av et tverrfaglig team, og inkludere ulike tiltak som opptrening, rådgivning og kartleggingsundersøkelser

Arbeidsmiljøloven pålegger arbeidsgivere å legge til rette for et godt arbeidsmiljø som trykker mot fysiske og psykiske skadevirkninger, fremmer de ansattes helse og skaper en meningsfylt arbeidssituasjon. Flere bransjer er pålagt samarbeid med en bedriftshelsetjeneste i forhold til disse målene. Ofte gjennomføres forebyggende tiltak uten at en vet noe særlig om effekten av tiltakene. Det er derfor behov for forskning og dokumentasjon av effekten av slike tiltak.

Når arbeidstakere får psykiske problemer, kan tiltak for å hindre at de faller ut av arbeidslivet handle om å mobilisere mer støtte på arbeidsplassen. Slike tiltak kan organiseres både som en arbeidsgiverinitiert løsning (bedriftshelsetjeneste, funksjon i en personalavdeling, opplæring av ledere) eller være initiert som et partsamarbeid som AKAN (Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk)<sup>401</sup> og IA-avtalen (Avtalen om inkluderende arbeidsliv). NAV arbeidslivsentre vil i slike tilfeller kunne bistå arbeidsgivere. Det finnes også programmer som baseres på tjenester for arbeidstaker og familie (Employee Assistance Programs) der utgiftene dekkes av arbeidsgiver. Slike modeller benyttes ofte ved personlige problemer som kan påvirke arbeidsinnsatsen eller kvaliteten på arbeidet, uten at arbeidsgiver skal være involvert og vite hvem av de ansatte som bruker tjenestene. Det er imidlertid usikkert hvor godt slike ordninger virker<sup>402-404</sup>.

#### ***2.4.2 Personer som står utenfor arbeidslivet: programmer og tiltak***

Populasjonsbaserte studier fra Storbritannia og USA viser at blant mennesker med psykiske helseproblemer er det inntil fem ganger så stor andel arbeidsledige som blant mennesker uten slike problemer, og at andel arbeidsledige varierer med diagnose. Omtrent 80-90 prosent av de med svært alvorlige og stabile psykiske tilstander (f eks schizofreni) antas å være uten arbeid i USA. Europeiske studier rapporterer tall i samme størrelsesorden<sup>24,405</sup>. For moderate psykiske lidelser, som angstlidelser, har man anslått at mellom 20 og 35 prosent er uten arbeid<sup>26,73,406</sup> og arbeidstakere med dårlig psykisk helsetilstand går tidligere ut av arbeidslivet<sup>407</sup>.

Tiltak for å få mennesker med psykiske lidelser med i arbeidslivet kan være organisert gjennom kommunale tiltak, private tiltaksarrangører og gjennom NAV- tiltak. Det er avdekket store udekkede behov for slike tiltak både blant polikliniske pasienter i psykisk helsevern<sup>408</sup> og for døgnpasienter i psykisk helsevern<sup>409</sup>. Arbeid er viktig og når mange med psykiske lidelser og problemer står utenfor arbeidslivet utgjør dette et viktig element i Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012)<sup>410,411</sup>.

Flere studier omhandler barrierer for å komme inn i arbeidslivet for mennesker med psykiske lidelser<sup>25,412</sup>. Barrierer er typisk knyttet til stigma, diskriminering, forhold ved hjelpeapparatet m.m. I en systematisk litteraturoversikt undersøkes det hvilke faktorer som påvirker sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid etter episoder med psykiske problemer<sup>413</sup>. De finner stor bredde i hvilke faktorer dette er, og forskningen viser til dels motstridende resultat, særlig i forhold til demografiske faktorer. Barrierer er i liten grad studert i det norske arbeidsmarkedet<sup>414</sup>.

Mange med psykiske lidelser blir syke i ung alder. Den tiden som skulle brukes til å tilegne seg kompetanse til et liv i arbeid kan ha vært preget av sykdom og ekskludering. Mange med psykiske lidelser har derfor lav utdanning og /eller avbrutte forsøk på høyere utdanning, og er derfor dårlig rustet for arbeidslivet<sup>415</sup>. For at personer med psykiske lidelser skal oppnå en sterkere tilknytning til arbeidslivet er det behov for utdanningsmuligheter som lar seg gjennomføre i forhold til symptombelastningen. I regi av Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse er det igangsatt et forsøk "Studier med støtte"<sup>416</sup>.

Tiltak i denne sammenheng kan både være å hindre utstøting fra arbeidslivet eller tilbakeføre folk som har falt ut av arbeidslivet pga sykdom, nedbemanning eller andre årsaker. Det kan også være tiltak for å redusere ungdomsarbeidsledigheten eller for å øke kompetansen til mennesker med psykiske lidelser og problemer som ikke har fullført utdannelsen pga sykdom. Tiltakene kan altså havne både i kategoriene selektiv og indikativ forebygging.

### Arbeid med bistand

Tradisjonelt har mange tiltak hatt form etter klassisk rehabilitering: den syke tas ut av arbeid, behandles og gjøres frisk, og tilbakeføres til arbeid. Ulike former for "Supported Employment" (SE), hvor arbeid inngår som en integrert del av rehabiliteringen, har imidlertid vist seg mer effektivt for å få personer med alvorlige psykiske lidelser tilbake i arbeidslivet<sup>417</sup>. Metoden er tilnærmet lik det vi i Norge kaller Arbeid med Bistand (AB). Innen en slik modell er programmet "Individual Placement and Support (IPS)" den hyppigst beskrevne og studerte tilnærmingen til arbeid med bistand for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Målet med IPS er at mennesker med psykiske lidelser skal lykkes i å få seg arbeid i det vanlige arbeidsmarkedet, altså ikke arbeid i skjermede eller vernede virksomheter. Det finnes mye forskning som viser overbevisende effekter av SE<sup>406</sup>. I et samarbeid på tvers av seks europeiske byer har IPS blitt sammenlignet med høy-kvalitets yrkesrettet attføring. Resultatene er positive<sup>418</sup>. IPS gir

høyere jobbdeltagelse enn attføring. Det er også verdt å merke seg at IPS-modellen også gir effekter på helse-situasjonen til deltagerne med både færre og kortere sykehusinnleggelse under oppfølgingen<sup>419</sup>. Studiene gir positive indikasjoner på at tiltak for å fremme deltakelse i arbeidslivet ikke trenger å gå på bekostning av tiltak for å bedre helsen til de involverte

Den videre implementering, effekter på lengre sikt og overganger til jobb i det ordinære arbeidslivet kan imidlertid være mer utfordrende<sup>420</sup>. Samarbeid og integrasjon mellom behandlingstjenestene og arbeids- og velferdstjenestene er særlig viktig for at individuell oppfølging av personer med psykiske lidelser skal resultere i arbeidstilknytning. Dette blir særlig tydelig når vi vet at minst 70 prosent av voksne brukere av kommunale tjenester rettet mot mennesker med psykiske lidelser og vansker også mottar en eller annen form for behandling i spesialisthelsetjenesten<sup>421</sup>.

Det usikkert om erfaringene fra disse programmene rettet mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan overføres til lettere psykiske lidelser. En pågående norsk multisenter randomisert kontrollert studie (Senter for jobbmestring) bruker en IPS-inspirert intervensjon for denne målgruppen. Resultatene skal evalueres gjennom et eksperimentelt design (RCT).

Når det gjelder tiltak mot moderate psykiske lidelser i arbeidslivet, foreligger det ikke tilstrekkelig forskning til å bruke betegnelsen "evidensbaserte metoder". Det finnes likevel noen eksempler på enkle programmer som kombinerer grunnleggende opplæring i jobbsøking, motivering, økt sosial støtte og opplæring i hvordan en kan takle tilbakeslag blant jobbsøkere. Et slikt program (The JOBS programme<sup>422</sup>) har vært undersøkt i storskala randomiserte studier både i USA og Finland<sup>423,424</sup>. En randomisert kontrollert studie fra Finland viste at deltagelse i programmet hadde redusert depresjonssymptomer og økte selvfølelsen til deltagerne to år etter intervensjonen<sup>424</sup>. Programmet ser altså ut til både å øke sannsynligheten for at mennesker skal komme tilbake i arbeid og forhindre psykiske helseproblemer som følge av arbeidsledighet.

I en undersøkelse fra Storbritannia, hvor både arbeidstakere med psykiske lidelser og arbeidsgivere inngikk, ble det identifisert fire organisasjonsmessige tiltak som kunne bidra til at arbeidsplassen var "mentalt frisk" - både for ansatte med psykiske lidelser og for andre arbeidstakere<sup>425</sup>:

- En innføringsperiode med tilpasset opplæring for alle nyansatte, anledning til å observere hvordan andre jobber, og identifisering av kilder til støtte ved eventuelle problemer

- Oppmerksomhet mot ansattes utvikling i jobben og formell veiledning og tilbakemeldinger. Teambuilding for å skape en inkluderende arbeidsplass, der forskjeller blir akseptert og de ansattes sterke sider verdsettes
- Opplæring av ledere i blant annet hvordan en skal gi konstruktive tilbakemeldinger til de ansatte og hvordan en både kan være vennlig og støttende og samtidig se til at arbeidet blir gjort.

Flere undersøkelser tyder på at fleksibilitet er det viktigste arbeidsgiverne kan bidra med, særlig i forhold til arbeidstid<sup>425-427</sup>.

Kort oppsummert kan vi si at det å opprettholde en høy sysselsetting og tilrettelegging for å holde de som er helt eller delvis arbeidsføre i arbeid, sannsynligvis vil bidra positivt til befolkningens psykiske helse. Internasjonalt foreligger noe evidens for at helsefremmende og forebyggende tiltak i arbeidsmiljøet har positive effekter på psykiske plager og kan gi redusert risiko for å utvikle psykiske lidelser. Langtidseffektene bedres sannsynligvis dersom en ikke ensidig satser på personrettede tiltak, men inkluderer tiltak for å endre organisatoriske og miljømessige forhold. Effektene av tiltakene er likevel jevnt over svake, og det meste av det som blir gjennomført av tiltak ved norske arbeidsplasser blir ikke evaluert på en grundig og forskningsbasert måte. Det er stort behov for en sterkere satsing på forskningsbasert evaluering av tiltak i arbeidslivet for bedre psykisk helse.

#### TILTAK 41 - 42: ARBEIDSPLASSEN

- **Arbeid med bistand** prøves systematisk ut for norske forhold
- **Utvikle og evaluere intervensjoner i arbeidslivet** for personer med moderate psykiske lidelser (angst, depressivitet) for å forebygge videre sykdomsutvikling, redusere de psykiske plagene, fremme livskvalitet og hindre varig utstøtning fra arbeidslivet

#### TILTAK 43

- **Stressmestringskurs ved hjelp av psyko-educative metoder** gjøres tilgjengelig for norske arbeidsplasser

### 2.4.3 Unge arbeidsledige

En rekke studier har vist en sammenheng mellom arbeidsledighet og psykiske plager for unge voksne<sup>75;77</sup>. Begrensning av arbeidsledigheten blant unge bør derfor være en prioritert oppgave. Ulike arbeidsmarkedstiltak ser også ut til å ha en positiv effekt på psykiske helse. En svensk studie fant at blant unge arbeidsledige var deltakelse på ulike aktiviseringsprogram forbundet med en reduksjon i psykiske helseproblemer i samme grad som ved overgang til jobb<sup>428</sup>. For Norge har ungdomsgarantien eksistert for unge mellom 16-19 siden 1979<sup>429</sup> med en forsterket innsats for arbeidsledig ungdom i perioden 1995-98. Forsterkningen gikk ut på at unge voksne mellom 20-24 år registrert ledig i minst 6 måneder, skulle være sikret et tilbud om jobb, tiltaksplass eller utdanning. En evaluering av denne forsterkede innsatsen viser at den bidro til raskere overgang fra ledighet til jobb, samt økt deltakelse på arbeidsmarkedstiltak<sup>430</sup>.



# 3 Krav til evidens, evalueringsforskning og helseovervåking

Når en skal gjennomføre helsefremmende eller sykdomsforebyggende tiltak, bør det ofte stilles krav om at tiltakene skal være prøvd ut på forhånd og at en skal ha dokumentasjon for at de virker etter hensikten. En sier gjerne at tiltakene skal være *evidensbaserte*, *kunnskapsbaserte* eller *forskningsbaserte*<sup>431</sup>. Kanskje er det i vår sammenheng riktigst å snakke om at tiltakene skal være baserte på kunnskap eller evidens som er framskaffet gjennom forskning, med andre ord at tiltakene skal være forskningsbaserte. Dette er et rimelig og nødvendig krav. En støter imidlertid på problemer når en skal presisere hvordan kunnskap eller evidens skal fremskaffes. Når en innen medisinsk behandling skal lansere et nytt medikament, vil det som regel stilles krav til at effekten av medikamentet skal være dokumentert gjennom randomiserte, kontrollerte forsøk (RCTs). Målet for denne metoden er at den eneste systematiske forskjellen for deltakerne i studien er medikamentet. For de aller fleste folkehelseiltak er det imidlertid nær umulig å oppnå en like stringent kontroll. Mange forskere mener derfor at det er uheldig å betrakte RCTer som en gullstandard for å teste ut effektene av folkehelseintervensjoner<sup>432</sup>. Dersom dette skulle være et absolutt krav, ville det ikke eksistere mye evidensbasert praksis på folkehelseområdet. Det er derfor viktig å avklare hva en mener med forskningsbaserte tiltak og hvilke krav en bør stille til evidens på dette feltet.

Noen ganger kan det gjennomføres gode studier med sterke design for å undersøke effekter av forebyggende tiltak. Et nærliggende norsk eksempel er studien av sorggrupper blant eldre som hadde mistet sin ektefelle<sup>433</sup>. En nokså enkel intervensjon med et relativt lite antall deltakere viste seg å være så effektiv at en registrerte signifikant sterkere nedgang i psykiske plager i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen (Hopkins Symptom Checklist - HSCL25). Et annet aktuelt eksempel er Olweus-programmet mot mobbing<sup>353</sup>. Programmet har vist seg å redusere mobbingen blant skolebarn med mellom 30 og 50 prosent, noe som er en uvanlig sterk effekt av forebyggende tiltak som gjennomføres i stor målestokk. Programmet har oppnådd stor anerkjennelse internasjonalt. En viktig grunn til dette er nettopp at virkningene av programmet er blitt dokumentert gjennom studier

med gode design. Når det foreligger muligheter for å undersøke effekter av tiltak ved å gjennomføre studier med sterke design - som for eksempel randomiserte, kontrollerte forsøk - er det all grunn til å gjennomføre slike. Samtidig er det viktig å være oppmerksomme på de spesielle utfordringene en står overfor når en skal evaluere sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak og betydningen av å ta i bruk et bredere spekter av forskningsmetoder.

## 3.1 Utfordringer knyttet til evaluering av folkehelseiltak

En del av de problemene en står overfor når en skal undersøke virkningene av folkehelseiltak gjennom eksperimentelle studier, lar seg løse rent designmessig eller statistisk. Ett problem er at det ofte ikke gir mening å dele inn tilfeldig i intervensjonsgruppe og sammenligningsgruppe (randomisere) på individnivå. Når en skal gjennomføre tiltak i skoler, på arbeidsplasser eller i lokalsamfunn, må en ofte randomisere på gruppenivå (for eksempel skoleklasser eller skoler). Dette medfører som regel at en trenger store utvalg og at en må bruke statistikk som tar hensyn til at en har randomisert grupper av individer.

Et annet problem er knyttet til tidsperspektivet. Randomiserte, kontrollerte forsøk er enklest å få til når tidshorisonten er kort. Likevel finnes det gode eksempler på undersøkelser der en har fulgt deltakerne over svært lange tidsrom. Et amerikansk program gjennomførte et psykososialt tiltak overfor barn og mødre for å bedre barnas sosiale fungering og mestringsevne. Tiltaket ble evaluert gjennom en undersøkelse der en både foretok en randomisering og fulgte barna i hele 30 år<sup>434</sup>. Programmet gav svært gode langtidseffekter. Et problem med slike langvarige prosjekter er at måleinstrumentene og intervensjonene kan være foreldet lenge før resultatene foreligger. Som regel vil det være mer fornuftig å utvikle kombinasjoner av mer kortvarige undersøkelser som i hvert fall et stykke på vei kan belyse hva som skjer på lang sikt.

Enda et problem med folkehelseintervensjoner er at intervensjonene vanskelig kan begrenses slik at de

bare påvirker de som befinner seg i tiltaksgruppen eller tiltaksområdet. Forskere ser gjerne dette som et problem fordi det blir vanskeligere å dokumentere effekter av tiltakene. Fra et folkehelseperspektiv kan en likevel se på slike smitteeffekter som en suksess. Smitten gjør at programmet blir til nytte for enda flere.

Veien fra tiltak til ønskede effekter kan noen ganger gå gjennom flere ledd. For eksempel kan økt åpenhet om psykiske problemer på lang sikt bidra til at psykiske lidelser blir lettere å leve med og at psykiske lidelser kan oppdages og behandles på et tidlig tidspunkt. Dersom en skal evaluere tiltak for økt åpenhet om psykiske lidelser, må en gjerne nøye seg med å måle holdninger som en mellomliggende faktor (mediator), og ikke ha ambisjoner om å måle de mer langsiktige helsemessige konsekvensene på psykisk helse<sup>435</sup>. Dersom en har mistanke om at et tiltak virker bedre for noen grupper enn for andre - for eksempel bedre blant kvinner enn blant menn - kan en undersøkelse slike moderator-effekter. Men slike undersøkelser krever som regel mange deltakere og blir dermed kostnadskrevede.

Forebyggende tiltak er ofte omfattende og sammensatte. Det utarbeides gjerne opplysningsmaterieell beregnet på flere målgrupper og instruksjoner til de som skal gjennomføre tiltakene. Samtidig benytter en ofte flere forskjellige kommunikasjonskanaler, budskap og presentasjonsmåter. I slike tilfeller kan det være vanskelig eller umulig å finne ut hva som er den optimale kombinasjonen av komponenter for å oppnå en best mulig effekt av tiltaket. En må som regel nøye seg med å beregne den samlede effekten av den bestemte kombinasjonen av komponenter som ble brukt i det aktuelle tiltaket. I prinsippet kan det lages prosjekter som tester ut ulike kombinasjoner av tiltak, og en kan sammenligne ett tiltak med et annet, identisk tiltak, der en legger til eller trekker fra en viktig komponent. For å oppnå tilstrekkelig statistisk presisjon, må slike undersøkelser omfatte svært mange enheter, og antallet aktuelle kombinasjoner av komponenter kan lett bli stort. En løsning er å foreta en samlet analyse av data fra mange programmer (meta-analyse) for å finne ut hva som karakteriserer de mest vellykkede programmene<sup>336</sup>. I praksis må en ofte bruke annen evidens enn effektevalueringer for å vurdere hvilke komponenter som bør inngå i et tiltak.

Effektene av folkehelse tiltak er gjerne avhengige av *hvilken sammenheng de utføres i*. Et tiltak som virker godt i noen sammenhenger kan virke dårlig i andre. Det betyr for eksempel at en ikke uten videre kan ta et program som er utviklet i andre land, oversette materieell og opplegg til norsk og ta programmet i bruk her

hjemme. Alle tiltak som er utviklet i andre land, og som skal gjennomføres eller gjøres tilgjengelige i større målestokk, bør derfor evalueres i Norge før de tas i bruk her. Utprøving av et program blant ulike etniske eller kulturelle grupper kan også være nødvendig.

Dersom en gjennomfører en intervensjon med svært god tilgang på ressurser og med deltakere som er klare over at de deltar i en viktig studie, kan en lett få urealistisk gode resultater av intervensjonen (efficacy-studier). I tillegg er det også viktig å gjøre forskning om hvordan intervensjonen virker under mer dagligdage betingelser (effectiveness-studier). Det er også viktig å undersøke om et forebyggende program virkelig tas i bruk og gjennomføres slik som forutsatt (implementerings-studier). Men selv om et tiltak er iverksatt som forutsatt og virker både under eksperimentelle og dagligdage forhold, er det ikke sikkert at nytten er verdt kostnaden. Derfor bør man før kostnadskrevede tiltak iverksettes, også utføre kostnad-nytte analyser.

### 3.2 Et bredere spekter av forskningsdesign

Noen ganger benyttes et design som kalles 'alderkohort design'. Her sammenlignes skoleelever som går på ett bestemt klassetrinn før en intervensjon med en yngre gruppe elever ved samme skole, etter at disse har deltatt i intervensjonen, når disse ett år senere er blitt like gamle (Farrington & Ttofi, 2009). Dette designet har både fordeler og ulemper når en sammenligner med studier der en bruker intervensjonsgruppe, kontrollgruppe samt undersøkelser før og etter intervensjonen. Deres undersøkelser illustrerer betydningen av å ta i bruk et bredere spekter av undersøkelsesopplegg enn det som er vanlig i medisinsk, klinisk forskning<sup>436</sup>. Dette er også i samsvar med Cochrane-gruppenes anbefalinger.

En interessant ny utvikling i vurderingen av folkehelse tiltak er *adaptive design*<sup>437</sup>. At undersøkelsesopplegget er adaptivt, betyr at en kan gjøre endringer i opplegget for undersøkelsen underveis. For eksempel kan en, etter hvert som en analyserer data fra tiltaks- og kontrollgruppen, justere antall observasjoner en ønsker å ha med i gruppene. Brown og medarbeidere beskriver en rekke måter å justere et undersøkelsesopplegg på underveis, og de referer til en rekke studier der en har anvendt adaptive design.

Det å vise at effektene en beskriver virkelig skyldes tiltaket (intern validitet) er avhengig av at en benytter slutningssterke undersøkelsesopplegg. Men det finnes også andre former for evidens<sup>432</sup>. En bør blant annet



undersøke om resultatene er *plausible* og *adekvate*. Dette er spesielt viktig i studier der det ikke er foretatt randomisering. Resultatene fra en studie blir mer plausible dersom en kan vise at det er kontrollert for viktige alternative forklaringer på det en har funnet, dersom det er gjort godt rede for hvordan tiltaket er iverksatt, dersom mulige smitteeffekter mellom gruppene er vurdert, og dersom en kan gjøre skikkelig rede for årsakssammenhengene fra tiltak til virkning. Adekvathet dreier seg om å påvise tidstrender i den retningen en skulle forvente etter at en har satt i gang tiltaket. Resultatene er adekvate dersom en kan påvise klare endringer både i mellomliggende faktorer og det en primært ønsket å påvirke.

Seleksjon til gruppene er den store utfordringen i ikke-randomiserte intervensjonsstudier. Dersom en har valget mellom en randomisert og en tilsvarende ikke-randomisert studie, bør en derfor alltid foretrekke den første. Likevel kan ikke-randomiserte undersøkelser av tiltak kaste lys over virkninger av tiltak eller "behandlingseffekter". En bør da forsøke å danne seg et bilde av hvilke seleksjonsmekanismer som opptrer når noen havner i kontrollgruppen og noen i tiltaksgruppen, og kontrollere statistisk for disse så langt det lar seg gjøre<sup>438,439</sup>.

Backe-Hansen (2009) har i en artikkel om hva en skal mene med et kunnskapsbasert barnevern argumentert mot et kunnskapshierarki der det randomiserte, kontrollerte forsøket utgjør gullstandarden og for en utvidet forståelse av hva evidens er<sup>440</sup>. En slik utvidet forståelse innebærer at en anvender et bredt spekter av undersøkelsesopplegg. Dette omfatter bruk også av kvalitative metoder. Hun argumenterer også for at de som arbeider i barnevernet i tillegg til å tilegne seg forskningsbaserte kunnskaper også må bidra til å skape evidens gjennom systematiske å studere sitt eget arbeid med klienter. Reichelt & Skjerve (2010) argumenterer i en artikkel om kunnskapsbasert klinisk arbeid for at kunnskap som er basert på systematisk refleksjon omkring egen praksis fortjener høyere status i kunnskapshierarkiet<sup>441</sup>. De gir et viktig bidrag gjennom å foreslå et sett av krav som må stilles til materiale og refleksjon rundt egen praksis.

Systematisk refleksjon rundt egen praksis er en nødvendig og viktig del av arbeidet til alle som vil arbeide kunnskapsbasert, men vil selvsagt ikke kunne erstatte forskning der en studerer forebyggende tiltak og effektene av tiltakene. Når en velger forskningsmetode og utvikler design for undersøkelser, nytter det ikke å ta utgangspunkt i enkle forestillinger om kunnskapshierarki. Det er spørsmålene som reises som bestemmer valget av metoder.

### 3.3 Standarder for å vurdere evidens

Det er gjort mange forsøk på å utvikle standarder for hva som er sterk evidens innen helseforskningen<sup>442</sup>. De mest kjente er de som er utviklet av Cochrane Collaboration, som opererer med litt ulike kriterier for ulike forskningsfelter. De mener for eksempel at det er urimelig å stille de samme kravene til folkehelseiltak som en gjør i forbindelse med utprøving av medikamenter i medisinsk behandling<sup>443</sup>. Innen folkehelseforskningen vises det ofte til kriterier utviklet av Society for Prevention Research (SPR) som skiller mellom standarder for hva som er (i) virkningsfulle tiltak, (ii) effektive tiltak og (iii) tiltak som er egnet for videre spredning<sup>444</sup>. Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Nord), benytter et sett av kriterier som ligner på kriteriene som brukes av Jeugdinstuut i Utrecht. Begge steder arbeides det med å utvikle databaser som gir informasjon om kvaliteten på tiltak for å bedre barn og ungdoms psykiske helse. RBUP Nord sin database<sup>445</sup> kan komme til å bli et svært nyttig verktøy i arbeidet for å heve kvaliteten på forebyggende tiltak blant barn og unge her i landet.

Nokså få forebyggende tiltak tilfredsstiller de kravene som bør stilles til dokumentert effekt. Ved Center for the Study and Prevention of Violence, University of Colorado, har en blant over 800 voldsforebyggende programmer som er blitt vurdert bare funnet elleve som de karakteriserer som modell-programmer. I tillegg til at de stiller krav om at tiltakene skal være evaluerte gjennom studier med sterke undersøkelsesopplegg, legger de vekt på at programmene skal ha effekter av en viss varighet (sustained effects) og at de skal ha vært prøvd ut mer enn en enkelt gang (multiple site replication) og helst på flere steder. Ytterligere 20 programmer blir karakterisert som lovende.

Det å ha vist at et program er virkningsfullt og effektivt på ett bestemt tidspunkt betyr ikke at det fortsatt vil fungere godt over tid. Biglan & Ogden (2008) argumenterer for at det er nødvendig med nye evalueringer i takt med de endringene som finner sted i våre omgivelser og dermed også i målgruppene for intervensjonene<sup>442</sup>.

### 3.4 Ulike former for evaluering

Mange former for tiltak unndrar seg evaluering gjennom evalueringsstudier med eksperimentelle undersøkelsesopplegg. Effektene av nasjonale satsinger, reformer i helsetjenesten - for eksempel Samhandlingsreformen - og omfattende forebyggende eller helsefremmende programmer kan kanskje best leses ut av endringer i befolkningen som helhet. Dermed blir monitorering av befolkningens psykiske helse og av sentrale risikofaktorer og ressursfaktorer et viktig datagrunnlag for å vurdere virkningene av tiltak. I praksis vil en måtte bruke data fra mange kilder som helseundersøkelser, omsetningsstatistikk, registre og surveys. Selv om en gjennom slik forskning som regel vil ha problemer med å belyse årsakssammenhengen (kausalitet), vil en kunne beskrive utviklingstrender og ikke minst kunne se om de programmene som igangsettes ledsages av endringer i trender.

Paradoksalt nok er det slik at de tiltakene som har mest å bety for befolkningens helse er vanskeligst å evaluere gjennom eksperimentelle undersøkelser. Lav arbeidsledighet, liten sosioøkonomisk ulikhet, tilretteleggelse av skole og arbeidsliv slik at få faller utenfor og gode velferdsordninger for arbeidsledige og syke er sannsynligvis langt viktigere enn psykososiale tiltak basert på psykologisk eller annen relevant teori. Betydningen av tiltak på samfunnsmessig nivå kan likevel belyses gjennom epidemiologiske undersøkelser (sosial epidemiologi - Berkman & Kawachi, 2000<sup>446</sup>). Virkningene av en politikk som reduserer belastende sider ved samfunnet kan i noen grad leses ut av statistikk om befolkningens psykiske helse. Snevre krav til evidens må ikke medføre at en ensidig prioriterer individorienterte tiltak og tiltak på mikronivå. Det er viktig å benytte hele spennvidden av epidemiologiske tilnærminger for å vurdere virkninger av tiltak på samfunnsnivå<sup>447,448</sup>.

Det går et viktig skille mellom det vi kan kalle *forskningsmessig evaluering og praktisk evaluering* av tiltak. En forskningsmessig evaluering er som regel ressurskrevende. Forskningsmessig evaluering krever fagkunnskap innen relevant teori, undersøkelsesopplegg, dataanalyse og vitenskapelig rapportering. En fullstendig forskningsmessig evaluering vil som regel også omfatte kostnads-nytte-analyser. Slike evalueringer bør blant annet gjennomføres når en skal utvikle programmer som vurderes tatt i bruk i stor skala. Praktisk evaluering av lokale tiltak må som regel gjennomføres av de samme personene som har ansvar for gjennomføringen av tiltaket. Disse har ofte ikke tilgang på fagfolk med høy kompetanse på evaluering. Lokal evaluering av tiltak vil som regel dreie seg om å

beskrive i hvilken grad tiltaket ble gjennomført som planlagt og hva slags erfaringer en gjorde underveis. En vil med andre ord ha begrensede muligheter for å gjennomføre effektevalueringer. I stedet må man nøye seg med relativt enkle og praktiske beskrivelser av gjennomføringen. Slike evalueringer kan likevel gi viktig informasjon og bidra til at en kan gjøre forandringer og lokale tilpasninger for at tiltakene skal kunne gjennomføres på en bedre måte.

### 3.5 Forskning og praksis

Hva slags krav skal en så stille til evidens i det forebyggende helsearbeidet? Det er åpenbart at en ikke kan stille krav om at alle sider ved praksis skal være basert på vitenskapelige evalueringsundersøkelser. Til det er det daglige arbeidet til helsepersonell, lærere og ansatte i frivillige organisasjoner for sammensatt og mangfoldig. En kan likevel bedre kvaliteten på det forebyggende arbeidet ved å gjøre aktørene bedre kjent med relevant teori og forskning. Videre kan en i større grad enn tidligere sørge for at materiell, tiltakspakker, kampanjer og program som skal settes ut i livet i stor målestokk på forhånd er grundig evaluert og at iverksettingen også gjøres til gjenstand for forskningsmessig evaluering. På denne måten vil en større del av den innsatsen som gjøres holde akseptabel kvalitet. I tillegg bør en legge til rette for at lokale aktører får klare retningslinjer og opplegg for hvordan de kan foreta enklere former for evaluering, særlig med tanke på å følge lokal iverksetting.

Den daglige virksomheten ved helsestasjoner, i skoler og frivillige organisasjoner vil bare i begrenset grad kunne være *forskningsbasert*. Det som skjer i praksis vil være et resultat av mange faktorer, som faglig bakgrunn, tradisjoner på arbeidsteden, personlig arbeidsstil og preferanser og bemanning. Det er derfor kanskje riktigere å si at praksis kan være mer eller mindre *forskningsrelatert*<sup>449</sup>. Jo sterkere innslag av forskningsrelatert praksis, desto bedre vil sannsynligvis resultatene av innsatsen innen det forebyggende og helsefremmende arbeidet bli. Forholdet mellom forskning og praksis er komplisert og er kontinuerlig under diskusjon av både forskere og praktikere<sup>8,450-453</sup>.

### 3.6 Økt satsing på tiltaksforskning

Det er i dag flere forskningsmiljøer som har engasjert seg i studier av forebyggende og helsefremmende tiltak på områder beskrevet i denne rapporten (for eksempel på rus- og atferdsproblemer). Tematisk er evaluering av forebyggende helsearbeid et så omfat-

tende felt at denne virksomheten ikke kan ivaretas av ett enkelt fagmiljø. Mange forskningsgrupper og institutter må bidra for å gi denne forskningen tilstrekkelig omfang og kvalitet. Vår gjennomgang av evaluerings- og tiltaksforskningen i forbindelse med den foreliggende rapporten har synliggjort behovet for å styrke forskningen om helsefremmende og forebyggende arbeid både gjennom å heve kvaliteten på de studiene som gjennomføres og gjennom å øke den samlede forskningskapasiteten. Det er dessuten viktig å styrke samarbeidet mellom de forskningsmiljøene som driver slik forskning. Samhandlingsreformen og den økte satsingen på forebyggende tiltak i kommunene som kan forventes som en følge av denne reformen, gjør det særlig viktig å styrke forskningen om forebygging nå. Vi mener derfor det bør opprettes en nasjonal forskningsenhet for evaluering med tyngdepunkt innen psykisk helse.

En viktig oppgave for en nasjonal enhet vil blant annet være å bistå med regional og lokal uttesting av lovende tiltak, kvalitetssikre og videreutvikle dokumenterte tiltak for lokale forhold, samt å evaluere større programmer. Det er også viktig at et slikt miljø har tilgang til data fra helseregistre og befolkningsundersøkelser slik at disse kan benyttes i evalueringen av større forebyggende satsinger. Resultater fra epidemiologiske undersøkelser vil også være grunnlag for å utvikle nye tiltak. Videre bør en slik enhet samarbeide nært med andre forskningsmiljøer nasjonalt og internasjonalt.

En slik enhet kan også gis et ansvar for forskning om hva som påvirker helserelatert atferd. Disse to områdene er nært beslektet. Tiltakene vil foregå på de samme arenaene, målgruppene vil overlappe sterkt, evalueringsmetodikken er langt på vei den samme, og på begge disse områdene er det behov for en kombinasjon av helsefaglig, psykologisk og samfunnsvitenskapelig kompetanse. På begge feltene er det nødvendig å forstå individuelle handlinger og prosesser i kontekst - sosialt, fysisk, kulturelt og samfunnsmessig.

For å styrke forskningen om tiltak og virkemidler i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet nasjonalt og for å stimulere til samarbeid mellom forskningsmiljøene, bør det etableres et nytt program for slik forskning i Norges forskningsråd.

#### **TILTAK 44 - 45: ETABLERE NASJONAL ENHET FOR EVALUERINGSFORSKNING OG FORSKNINGSPROGRAM**

- **Nasjonal enhet for evalueringsforskning** etableres ved et forskningsmiljø med god kompetanse på helseovervåking, forebygging og evalueringsforskning. Enheten bør lokaliseres til Nasjonalt folkehelseinstitutt
- **Nytt program for forskning om forebyggende helsearbeid** etableres i regi av Norges forskningsråd

### 3.7 Helseovervåking og rapportering

Målet med folkehelsearbeidet er å sørge for at befolkningen holder seg friskest mulig. Dette gjøres ved hjelp av både forebyggende og kurative tiltak. Dataene som kartlegger utfordringene, identifiserer risikogrupper og risikoområdene og danner grunnlag for å prioritere innsatsen blir derfor et av de mest sentrale styringsverktøyene. Helseovervåkingsdataene skal både kunne beskrive status og utvikling på viktige folkehelseområder, og danne grunnlag for å prioritere innsats, dimensjonere behov for helsetjenester og forebyggende tiltak samt være utgangspunkt for å kunne evaluere grad av måloppnåelse i forhold til nasjonale handlingsplaner (mål og resultatstyring). Helseovervåkingen skal med andre ord gi myndighetene den nødvendige styringsinformasjonen og beslutningsstøtten.

#### **Regelmessige befolkningsundersøkelser**

For å få kunnskap om risiko- og beskyttende faktorer må det gjøres befolkningsundersøkelser med noen års mellomrom. Fylkeskommunene skal etter forslag til ny folkehelselov, jf. Ot.prp. nr. 73 (2008 – 2009)<sup>454</sup>, ha som oppgave å understøtte kommunenes arbeid på dette feltet. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (som ofte betegnes som kommune-helseprofiler) er grunnleggende for å kunne prioritere og målrette tiltakene effektivt. Basert på erfaringer fra mange kommuner anbefales det at resultatene fra slike kommunehelseprofiler legges frem både for fagfolk, politikere og for befolkningen i bredere forstand. Det siste vil kunne bidra til å øke folks forståelse av sammenhengen mellom ulike risikofaktorer og psykisk helse, og trekke dem aktivt med i det forebyggende arbeidet (*empowerment*).

Det er et stort behov for å få etablert en befolkningsrepresentativ undersøkelse med fokus på psykisk helse i Norge. Pr i dag mangler vi et pålitelig og omfattende

tallgrunnlag for å kunne planlegge helsetjenestetilbudet på nasjonalt plan. Slike undersøkelser må forankres lokalt for å sikre deltakelse og dermed presisjon i undersøkelsen, samt at lokal forankring sikrer at kommunene får tilbakeført kunnskapen.

#### **TILTAK 46: GJENNOMFØRE BEFOLKNINGS-UNDERSØKELSER**

- **Regelmessige befolkningsundersøkelser** gjennomføres i kommunene for å planlegge og evaluere det forebyggende og helsefremmende arbeidet og videreutvikle arbeidet med kommunehelseprofiler som sendes kommunene regelmessig

#### **Sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre**

Informasjon fra helseregistrene benyttes til blant annet å prioritere hvilke og hvor tiltak skal settes inn. I Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010-2020 fremmes en rekke forslag til tiltak under tittelen: Gode helseregistre – bedre helse<sup>455</sup>. Det er i dag 15 sentrale helseregistre og 19 nasjonale medisinske kvalitetsregistre. I tillegg er det flere titalls medisinske kvalitetsregistre som antagelig vil bli godkjent som nasjonale i løpet av de nærmeste årene. Ingen av disse dekker området psykiske lidelser. Flere av forslagene i strategien er relevante for området psykiske lidelser.

#### **TILTAK 47- 49: HELSEREGISTRE**

- **Utarbeide system** for regelmessig gjennomgang og evaluering av nasjonale helseregistre
- **Utrede og foreslå modell** for datagrunnlag fra primærhelsetjenesten
- **Vurdere forprosjekt** for å utrede fellesregister for psykiske lidelser og rusmisbruk

#### **Rapporteringssystemer**

Obligatoriske rapporteringssystemer kan være effektive styringsredskap. De statlige helsemyndighetene kan f. eks kreve at kommunene rapporterer om innføring av kunnskapsbaserte og kostnadseffektive programmer, tiltak og tjenester som helsemyndighetene har anbefalt eller pålagt kommunene. Publisering av statistikk vil øke sannsynligheten ytterligere for at kommunene følger opp nasjonale mål og prioriteringer. Rapportering kan også danne grunnlag for å velge ut kommuner der statlige tilsynsmyndigheter utøver tilsyn. Vi har i dag ulike publiseringsløsninger – som for eksempel *Kommunehelseprofiler* og *Norges-*

*helse* hvor data knyttet til psykisk helse bør styrkes. Publiseringsløsningene bør tilfredsstille behov både for de statlige helsemyndigheter og kommunene.

#### **TILTAK 50: RAPPORTERINGSSYSTEMER**

- Tilfredsstillende publiseringsløsninger sees i sammenheng med regelmessige befolkningsundersøkelser og strategi for modernisering og samordning av helseregistre



# 4 Helseøkonomiske vurderinger

## 4.1 Generelle betraktninger

Det er som regel bedre å forebygge sykdom enn å behandle etter at sykdom er inntruffet. Som innen kurativt helsearbeid må gevinster veies mot samlede kostnader innen det forebyggende arbeidet.

Helsegevinstene ved forebyggende helsearbeid består av både livskvalitet og leveår. Som felles måleenhet for disse to brukes 'et kvalitetsjustert leveår'. Ett vunnet kvalitetsjustert leveår er et vunnet leveår som frisk eller en forbedring av livskvalitet som kan betraktes som like verdifullt for pasienter som et vunnet friskt leveår.

Mange forebyggingstiltak er både svært billige og svært effektive. Tengs og medarbeidere (1995) peker blant annet på en lang rekke trafiksikkerhetstiltak, tiltak i svangerskapsomsorg, vaksinasjonsprogrammer, røykerådgivning i allmennpraksis og medikamentell forebygging av blodpropp med mer, der kostnadene per vunnet leveår er noen få tusen kroner eller langt mindre enn det<sup>456</sup>.

Samtidig er det i enhver målgruppe for forebyggende tiltak forskjeller mellom enkeltindivider og undergrupper med hensyn til hvor lette de er å nå med effektive tiltak. Det er variasjon i genetiske forutsetninger, risikonivå, geografiske avstander, språkforståelse, kunnskaper, verdier, holdninger, interesser og privatøkonomi med mer. I praksis betyr dette at en kan oppnå effekt hos noen individer eller noen undergrupper uten store kostnader, mens det kan det koste relativt mye å oppnå effekt hos de 'minst tilgjengelige' i vid forstand. Det er med andre ord 'økende marginalkostnad' per unngått tilfelle. Tengs og medarbeidere (1995) gir eksempler på dette innenfor bl.a. kolesterolbehandling og screening for kreft, hvor kostnader per vunnet leveår løper opp i millioner av kroner for enkelte undergrupper<sup>456</sup>. I praksis betyr dette at forholdet mellom gevinster og kostnader i forebyggende helsearbeid må vurderes konkret for det enkelte tiltaks vedkommende og for den spesifikke gruppen man søker å nå. I en del sammenhenger vil det være nødvendig å sammenligne kostnad-gevinst-forholdet ved et forebyggende tiltak med det som kan oppnås alternativt gjennom behandling. I en god del tilfeller må en – på marginen – være forberedt på at behand-

ling må aksepteres som løsning framfor forebygging. Det blir for kostbart å forebygge alt.

Kostnader ved forebyggende helsearbeid omfatter ofte mer enn den direkte ressursbruken fra helsemyndigheters og andre aktørers side. Mange forebyggende tiltak krever ofre eller fører til tap på mottakersiden (forbrukersiden). Det kan for det første dreie seg om bruk av tid og penger. Men det kan også være psykologiske tap eller livskvalitetstap som vil kunne spille en rolle.

Økonomiske evalueringer av helsetiltak er ikke mer verdt enn de medisinske effektestimaterne de bygger på. Det gjelder like mye for forebyggende arbeid som for behandling. I utgangspunktet må det stilles samme krav til dokumentasjon av effekter på begge områder, jfr kapittel 2. Men en del forebyggende tiltak gjennomføres på et nivå – f.eks. kommunenivå eller i landet som helhet - hvor måling av effekter gjennom randomiserte kontrollerte forsøk eller gode observasjonsstudier er vanskelig. Det gjør at det tar tid før effekter melder seg, og dette gjør det også krevende å fange dem opp i forskningsprosjekter som ofte har en begrenset tidsramme. Disse forholdene setter grenser for hvilke forebyggende tiltak det er mulig å evaluere helseøkonomisk på en overbevisende måte.

I analyser av kostnadseffektivitet av helsetiltak er det vanlig å legge mindre vekt på framtidige helsegevinster enn på gevinster i nåtida. Dette bygger på generell forbrukerteori innenfor samfunnsøkonomi, hvor det er evidens for at mennesker har en tendens til å foretrekke å nyte goder i nær framtid framfor i fjern framtid. I helseøkonomiske analyser diskonteres (nedjusteres) derfor framtidige helsegevinster til en tilsvarende, lavere gevinst i nåtida. Dette betyr at forebyggende helsearbeid, som nettopp gir framtidige gevinster, har en tendens til å skåre dårligere mht kostnadseffektivitet enn behandlingstiltak. Men praksisen med å diskontere helsegevinster er omstridt. I folkehelsearbeid mener mange at tiltak som gir resultater først om en stund, ikke nødvendigvis bør anses som mindre verdifulle enn tiltak som gir resultater med en gang. Helseøkonomiske analyser av forebyggende tiltak og behandlingstiltak bør derfor gjøres både med og uten diskontering av helsegevinster.



Forebyggende arbeid kan føre til mindre sykefravær og uførepensjonering. Det gir produksjons- og inntektsgevinster for samfunnet. Men forebyggende arbeid gir også vunne leveår. Leveår koster i form av de berørte individenes forbruk i den vunne levetida. Vi kan kalle dette 'levestandard'. For samfunnet som helhet er kostnader ved vunne leveår summen av tiltakskostnader og levestandard. På den annen side oppstår det produksjonsgevinster når det vinnes leveår blant yrkesaktive. Disse kommer som fradragsposter i kostnadsregnskapet.

I sum kan en ikke regne med at forebygging av for tidlig død fører til at det blir mer ressurser tilgjengelig for andre formål i samfunnet eller at vi alle blir rikere. Ofte er det motsatte tilfellet. Det forhindrer ikke at forebygging av for tidlig død svært ofte er vel verdte kostnadene.

## 4.2 Konkrete kostnad-nytte vurderinger av foreslåtte programmer og tiltak

Som påpekt ovenfor vanskeliggjøres ofte helseøkonomiske analyser av mangel på gode data om intervensjoners medisinske effekter. En analyse innenfor området psykisk helse skal her nevnes som en illustrasjon på hva som kan og bør gjøres hvis en først har de nødvendige medisinske effektdata.

Det gjelder en helseøkonomisk vurdering av kurs i mestring av depresjon - KiD<sup>457</sup>. Bedring i symptomer som var dokumentert i evalueringen av kursets effekt ble sammenlignet med resultater ved behandling av andre sykdommer. Kostnadene ved å kurse 200 personer ble anslått til 300 000–400 000 kroner. Den samlede livskvalitetsforbedringen ved å kurse 200 personer ble ut fra tilgjengelige data om prioriteringsverdier i befolkningen vurdert som like verdifull og prioriteringsverdig som det at man for en pasient vinner et leveår. Dette kostnad-verdi-forholdet – dvs. mellom tre og fire hundre tusen kroner for en helseeffekt som vurderes som ekvivalent til å vinne et leveår – ble ansett å være innenfor rammen av hva samfunnet ellers er villig til å betale over offentlige budsjetter for å vinne helse.

På tilsvarende måte kan en del av de tiltakene som er foreslått i denne rapporten i prinsippet kostnadsberegnes og evalueres mht verdi i forhold til kostnad. Men konkrete beregninger – både av kostnader og av kostnad-verdi-forholdet - forutsetter en større grad av spesifisering av tiltakene (omfang, organisering, ressursbruk, helsegevinster).

# 5 Tiltak og anbefalinger

Under oppsummerer vi – uprioritert - tiltak og anbefalinger tematisk og i nummerert rekkefølge slik de fremkommer i kapitlene 2 og 3.

## **STØTTEGRUPPER- OG NETTVERK**

1. Systematisk forsøksvirksomhet med støttegrupper og selvhjelpsgrupper for å forebygge depresjon og redusere depressive symptomer

## **PSYKOSOSIALE KRISETEAM**

2. Psykososiale kriseteam etableres i alle kommuner som kommunalt eller interkommunalt tiltak og effektevalueres

## **FOREBYGGENDE TILTAK PÅ ELDTRESENTRER**

3. Helsefremmende og forebyggende tiltak med vekt på fysisk aktivitet og kosthold, støttegrupper og vennskapskontakter utvikles og evalueres

## **ETNISKE MINORITETER**

4. Utvikle og evaluere tiltakspakke for å redusere og forebygge psykiske plager og lidelser blant ulike minoritetsgrupper

## **SØVNVANSKER**

5. Opplæring i søvnrestriksjon, stimuluskontroll, avslapningsteknikker og søvnhygiene etableres som tilbud på for eksempel fastlegekontor, hos kommunepsykologer og på helsestasjoner

## **EFFEKTSTUDIER AV TILTAK MOT SØVNVANSKER**

6. Effektstudier av forebyggingstiltak rettet spesielt mot søvnavansker iverksettes

## **EFFEKTSTUDIER AV TILTAK MOT SMERTEPLAGER**

7. Effektstudier av forebyggingstiltak rettet spesielt mot smerteplager iverksettes

## **PSYKOEDUKATIVE PROGRAMMER – mestring av depresjon**

8. Psykoedukative programmer med vekt på mestring av depresjon iverksettes i alle kommuner

## **PSYKOEDUKATIVE PROGRAMMER - internett**

9. Internett-baserte programmer tilbys som forebyggende tiltak ved depressive plager, og gjennomføres i samarbeid med helsepersonell.

## **PSYKOLOGTILBUD**

10. Tverrsektorielt psykologtilbud etableres med oppgaver knyttet til veiledning, rådgivning, forebygging og tidlig intervensjon.

## **SAMLOKALISERING AV FASTLEGER OG PSYKOLOGER**

11. Samlokalisering av fastleger og psykologer (ordning iverksatt av Helsedirektoratet) følges opp og evalueres

## **FASTLEGEKONTORET**

12. Tverrsektorielle og tverrfaglige samarbeidsmodeller utprøves og evalueres (fastlege, kommunepsykolog, helsestasjon, PP-tjeneste og Familiens hus)
13. Kompetanseoppbyggende tiltak på området psykisk helse iverksettes med tydelig fokus på forebygging og bruk av utrednings- og diagnoseverktøy
14. Videreutvikle og øke bruken av PC-assisterte selvhjelpsprogrammer som kan støtte opp om forebyggende og kurative tiltak overfor pasienter med psykiske plager eller lidelser hos allmennlegene

## **BEDRE FORELDREFERDIGHETER I FAMILIER MED PREMATURE BARN**

15. Fokuserert veiledningsprogram for å øke foreldrenes forståelse av barns behov og deres kommunikasjonssignaler tilbys foreldre i barseltiden
16. Individuelle støttesamtaler med psykisk helsepersonell tilbys foreldre med begynnende symptomutvikling eller spesielle omsorgsoppgaver før barnet er 3 måneder

17. Depressive symptomer identifiseres og behandles allerede i barselperioden gjennom bruk av kartleggingsskjemaer og spesialiserte oppfølgingsprogrammer

#### **BEDRE FORELDREFERDIGHETER I FAMILIER HVOR FORELDRENE HAR PSYKISKE LIDELSER**

18. Familier hvor foreldrene har psykiske lidelser tilbys samtaler med trent terapeut for å øke foreldrenes kommunikasjonsferdigheter og barnas mestring av de spesielle utfordringene de lever med. Tiltaket effektevalueres

#### **IDENTIFISERE RUSMIDDELMISBRUK**

19. Rusmiddelmisbruk identifiseres og behandles i svangerskap og barseltid gjennom bruk av kartleggingsskjemaer og støttesamtaler

#### **FOREBYGGE FYSISKE OG SEKSUELLE OVERGREP MOT BARN**

20. Hjemmebesøksprogrammer iverksettes både for å redusere risikofaktorer for barnemishandling og for å finne fram til og hjelpe barn som blir mishandlet

#### **FOREBYGGE FYSISKE OG SEKSUELLE OVERGREP MOT BARN**

21. Skolebaserte undervisningsprogrammer og holdningsskapende arbeid etableres i alle kommuner for å redusere mishandling og overgrep
22. Behandlingstilbud for overgripere videreutvikles og evalueres

#### **REDUSERE ATFERDSPROBLEMER**

23. Forebyggingsprogrammer som styrker foreldreferdigheter og lærer foreldre gode oppdragelsesteknikker tilbys familier med førskolebarn
24. Foreldreveiledning tilbys alle familier hvor barna er særlig utsatt pga funksjonshemming eller begynnende symptomutvikling
25. Hjemmebasert støtte- og behandlingstiltak tilbys alle familier som har mange eller langvarige belastninger og liten sosial støtte

#### **HELSESTASJONEN**

26. Systematiske utredninger for bedre å identifisere barn med emosjonelle problemer, tilbake trekking, forsinket eller atypisk språkutvikling, konsentrasjonsproblemer eller høy risiko for psykiske lidelser eller plager
27. Kartlegging av alvorlige risikofaktorer som familier med vold, rusmiddelmisbruk eller foreldre som over tid har psykiske lidelser
28. Obligatorisk ordning med regelmessige hjemmebesøk fra helsesøster til alle familier med førskolebarn bør prøves ut og evalueres

#### **BARNEHAGER**

29. Barnehager av høy kvalitet sikres ved å oppfylle UNICEFs og Barnehaagemeldingens krav til kvalitet. Kvalitetsnivået følges fortløpende gjennom regelmessige systematiske undersøkelser
30. Helhetlig kartleggingsverktøy for barns språkutvikling og psykisk helse som er vitenskapelig utprøvd og tilpasset norske forhold tilbys brukt i alle barnehager
31. Barnehager tilrettelegges for språklige minoritetsgrupper ved å inkludere programmer for kulturell og språklig integrering av barn med språklig minoritetsbakgrunn
32. Forskning iverksettes for å finne de optimale betingelsene for at barnehager skal virke psykisk helsefremmende og ikke negativt på noen barns psykiske helse. Særlig trengs mer kunnskap om virkning av tidlig barneha gestart, og virkning på utvikling av følelser, adferd og sosial kompetanse på lang sikt

#### **FAMILIENS HUS**

33. Familiens Hus som tverrsektorielt og tverrfaglig samhandlingstiltak prøves systematisk ut i flere kommuner og ulike modeller bør evalueres på en systematisk måte

#### **BARNEVERNET**

34. PMTO: Familier som har barn i alderen 4 – 12 år med atferdsproblemer henvises til PMTO-behandling i hjemkommunen, Bufetat eller BUP
35. Tidlig intervensjon for barn i risiko (TIBIR) gjøres tilgjengelig for familier med mindre barn som viser begynnende atferdsproblemer

36. Barn som viser tegn på depresjon eller mistilpassing følges opp med sikte på kartlegging av familiesituasjon, foreldres depresjon og rusmisbruk
37. Familieråd brukes i flest mulig saker, med sikte på å finne virksomme og gode tiltak

#### **SKOLEPROGRAMMER MOT ANGST OG DEPRESJON**

38. Programmer rettet mot angst og depresjon videreutvikles og evalueres med utgangspunkt i de mest vellykkede nordiske programmene og gjøres tilgjengelig for skolene

#### **SKOLEPROGRAMMER MOT MOBBING**

39. Programmer rettet mot mobbing og atferdsproblemer iverksettes ved alle grunnskoler og skolebaserte tiltak mot diskriminering rettet mot etniske minoriteter inngår som del av eller som et supplement til disse

#### **FOREBYGGING I SKOLEHELSETJENESTEN, PP-TJENESTEN OG OPPFØLGINGSTJENESTEN**

40. Undersøkelser som kan belyse hvordan skolehelsetjenesten, PP-tjenesten og oppfølgingstjenesten kan bidra til forebygging av psykiske plager og lidelser iverksettes

#### **ARBEIDSPLASSEN**

41. Arbeid med bistand prøves systematisk ut for norske forhold
42. Utvikle og evaluere intervensjoner i arbeidslivet for personer med moderate psykiske lidelser (angst, depressivitet) for å forebygge videre sykdomsutvikling, redusere de psykiske plagene, fremme livskvalitet og hindre varig utstøtning fra arbeidslivet
43. Stressmestringskurs ved hjelp av psykoedukative metoder gjøres tilgjengelig for norske arbeidsplasser

#### **ETABLERE NASJONAL ENHET FOR EVALUERINGSFORSKNING OG FORSKNINGSPROGRAM**

44. **Nasjonal enhet for evalueringsforskning** etableres ved et forskningsmiljø med god kompetanse på helseovervåking, forebygging og evalueringsforskning. Enheten bør lokaliseres til Nasjonalt folkehelseinstitutt.

45. Nytt program for forskning om forebyggende helsearbeid etableres i regi av Norges forskningsråd

#### **GJENNOMFØRE BEFOLKNINGSUNDERSØKELSER OG HELSEPROFILER**

46. Regelmessige befolkningsundersøkelser gjennomføres i kommunene for å planlegge og evaluere det forebyggende og helsefremmende arbeidet og videreutvikle arbeidet med kommunehelseprofiler som sendes kommunene regelmessig

#### **HELSEREGISTERE**

47. Utarbeide system for regelmessig gjennomgang og evaluering av nasjonale helseregistre
48. Utrede og foreslå modell for datagrunnlag fra primærhelsetjenesten
49. Vurdere forprosjekt for å utrede fellesregister for psykiske lidelser og rusmisbruk

#### **RAPPORTERINGSSYSTEMER**

50. Tilfredsstillende publiseringsløsninger sees i sammenheng med regelmessige befolkningsundersøkelser og strategi for modernisering og samordning av helseregistre

## Referanser

- Pettersson B. Transforming Ottawa Charter health promotion concepts into Swedish public health policy. *Promot Educ* 2007; 14: 244-9.
- Mykletun A, Knudsen AK. *Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser: en analyse basert på FD-trygd*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009. rapport nr.: 2009:4.
- Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M, Lee A, Meltzer H. *Psychiatric morbidity among adults living in private households*. 154 ed. London, United Kingdom: The Stationery Office, 2001.
- Sivertsen B, Øverland S, Neckelmann D, Glozier N, Krokstad S, Pallesen S, Nordhus IH, Bjorvatn B, Mykletun A. The long-term effect of insomnia on work disability: the HUNT-2 historical cohort study. *Am J Epidemiol* 2006; **163**: 1018-24.
- Sivertsen B, Øverland S, Bjorvatn B, Maeland JG, Mykletun A. Does insomnia predict sick leave? The Hordaland Health Study. *J Psychosom Res* 2009; **66**: 67-74.
- Sivertsen B, Øverland S, Pallesen S, Bjorvatn B, Nordhus IH, Maeland JG, Mykletun A. Insomnia and long sleep duration are risk factors for later work disability. The Hordaland Health Study. *J Sleep Res* 2009; **18**: 122-8.
- Larsen TK, Melle I, Auestad B, Haahr U, Joa I, Johannessen JO, Opjordsmoen S, Rund BR, Rossberg JI, Simonsen E, Vaglum P, Friis S, McGlashan T. Early detection of psychosis: positive effects on 5-year outcome. *Psychol Med* 2010; 1-9.
- Herrman H, Saxena S, Moodie R. *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice : a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. Geneva: World Health Organization, 2005.
- Nærde A, Neumer SP. *Psykiske lidelser blant barn 0-12 år*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2003. rapport nr.: 2003:10.
- Statens helsetilsyn, World Health Organization. *ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforl., 1999.
- World Health Organization. *ICD-9: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneve: World Health Organization, 1977.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- Bloom M, Gullotta TP. Evolving definitions of primary prevention. I: Gullotta TP, Bloom M, editors. *Encyclopedia of primary prevention and health promotion*. New York: Kluwer; 2003. s. 9-15.
- Mrazek PJ, Haggerty RJ. *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1994.
- Mittelmark MB, Kickbush I, Rootman I, Scriven A, Tones K. Health promotion. I: Heggenhougen K, Quah SR, Siem H, editors. *International encyclopedia of public health*. 3 utg. Oxford: Elsevier; 2008. s. 225-40.
- el-Guebaly N, Currie S, Williams J, Wang J, Beck CA, Maxwell C, Patten SB. Association of mood, anxiety, and substance use disorders with occupational status and disability in a community sample. *Psychiatr Serv* 2007; **58**: 659-67.
- Gilmour H, Patten SB. Depression and work impairment. *Health Rep* 2007; **18**: 9-22.
- NAV. *Mottakere av uførepensjon etter diagnose, alder og kjønn*. Pr. 31.12.2007. [Internett]. [oppdatert 2010; nedlastet 9 Dec 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.nav.no/184797.cms>.
- Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Can J Psychiatry* 2006; **51**: 63-75.
- Reichenberg A, MacCabe JH. Feeling the pressure: work stress and mental health. *Psychol Med* 2007; **37**: 1073-4.
- NAV. *Vilje Viser Vei - satsingen på arbeid og psykisk helse FASE 2. Halvårsrapport pr 01.07.06*. [Internett]. 20. [oppdatert 2007; nedlastet 9 Dec 2010].

- 22 Dewa CS, McDaid D, Ettner SL. An international perspective on worker mental health problems: Who bears the burden and how are costs addressed? *Can J Psychiatry* 2007; **52**: 346-56.
- 23 Ettner SL, Frank RG, Kessler RC. *The impact of psychiatric disorders on labor market outcomes*. Cambridge, Mass.: NBER, 1997.
- 24 Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: A review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; **39**: 337-49.
- 25 Waghorn G, Lloyd C. The employment of people with mental illness. *AeJAMH (Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health)* 2005; **4**: Suppl-43.
- 26 Cook JA. Employment barriers for persons with psychiatric disabilities: update of a report for the President's Commission. *Psychiatr Serv* 2006; **57**: 1391-405.
- 27 NAV. *Mottakere av uføreytelser, etter kjønn og alder. Pr. 31.12.2000-2009*. [Internett]. [oppdatert 2010; nedlastet 29 Oct 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.nav.no/227496.cms>.
- 28 Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. *Psyriske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009. rapport nr.: 2009:8.
- 29 Bruce ML, Leaf PJ, Rozal GP, Florio L, Hoff RA. Psychiatric status and 9-year mortality data in the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. *Am J Psychiatry* 1994; **151**: 716.
- 30 Pulska T, Pahkala K, Laippala P, Kivela SL. Follow up study of longstanding depression as predictor of mortality in elderly people living in the community. *Br Med J* 1999; **318**: 432.
- 31 Saz P, Dewey ME. Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; **16**: 622-30.
- 32 Zheng D, Macera CA, Croft JB, Giles WH, Davis D, Scott WK. Major depression and all-cause mortality among white adults in the United States. *Ann Epidemiol* 1997; **7**: 213-8.
- 33 Joukamaa M, Heliovaara M, Knekt P, Aomaa A, Raitasalo R, Lehtinen V. Mental disorders and cause-specific mortality. *The British Journal of Psychiatry* 2001; **179**: 498.
- 34 Cuijpers P, Smit F. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *J Affect Disord* 2002; **72**: 227-36.
- 35 Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2004; **66**: 802.
- 36 Mykletun A, Øverland S. Eksempler på bruk av koblinger mellom helseundersøkelser og FD-trygd for forskning under den trygdemedisinske modellen, attraksjonsmodellen og utstøtningsmodellen. *Nor Epidemiol* 2009; **19**: 127-37.
- 37 Mykletun A, Knudsen AK, Tangen T, Øverland S. General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. *BMC Health Serv Res* 2010; **10**: 35.
- 38 Knudsen AK, Øverland S, Aakvaag HF, Harvey SB, Hotopf M, Mykletun A. Common mental disorders and disability pension award: seven year follow-up of the HUSK study. *J Psychosom Res* 2010; **69**: 59-67.
- 39 Mykletun A, Øverland S, Dahl AA, Krokstad S, Bjerkeset O, Glozier N, Aaro LE, Prince M. A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *Am J Psychiatry* 2006; **163**: 1412-8.
- 40 Øverland S, Glozier N, Sivertsen B, Stewart R, Neckelmann D, Krokstad S, Mykletun A. A comparison of insomnia and depression as predictors of disability pension: the HUNT Study. *Sleep* 2008; **31**: 875-80.
- 41 Sivertsen B, Øverland S, Pallesen S, Bjorvatn B, Nordhus IH, Maeland JG, Mykletun A. Insomnia and long sleep duration are risk factors for later work disability. The Hordaland Health Study. *J Sleep Res* 2009; **18**: 122-8.
- 42 Øverland S, Glozier N, Krokstad S, Mykletun A. Undertreatment before the award of a disability pension for mental illness: the HUNT Study. *Psychiatr Serv* 2007; **58**: 1479-82.



- 43 Mykletun A, Øverland S. Undervurderes betydningen mentale lidelser som årsak til uføretrygging? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2006; **126**: 1491-2.
- 44 Mathiesen KS, Kjeldsen A, Skipstein A, Karevold E, Torgersen L, Helgeland H. *Trivsel og oppvekst - barndom og ungdomstid*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2007. rapport nr.: 2007:5.
- 45 Mathiesen KS, Sanson A, Stoolmiller M, Karevold E. The nature and predictors of undercontrolled and internalizing problem trajectories across early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology* 2009; **37**: 209-22.
- 46 McCarty CA, McMahon RJ. Mediators of the Relation Between Maternal Depressive Symptoms and Child Internalizing and Disruptive Behavior Disorders. *J Fam Psychol* 2003; **17**: 545-56.
- 47 Weinberg MK, Tronick EZ. The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *J Clin Psychiatry* 1998; **59**: 1998, pp-61.
- 48 Grych JH, Fincham FD. *Interparental conflict and child development: Theory, research, and applications*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2001.
- 49 Leve LD, Kim HK, Pears KC. Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. *J Abnorm Child Psychol* 2005; **33**: 505-20.
- 50 Mathiesen KS, Prior M. The impact of temperament factors and family functioning on resilience processes from infancy to school age. *Eur J Dev Psychol* 2006; **3**: 357-87.
- 51 Hammen C. Mood disorders. I: Stricker G, Widiger TA, Weiner I, editors. *Handbook of psychology: Clinical psychology*. Vol. 8 utg. New York: Wiley; 2003. s. 93-118.
- 52 Chemtob CM, Carlson JG. Psychological Effects of Domestic Violence on Children and Their Mothers. *Int J Stress Manag* 2004; **11**: 209-26.
- 53 Oppedal B, Azam GE, Dalsøren SB, Hirsch SM, Jensen L, Kiamanesh P, Moe EA, Romanova E, Seglem KB. *Psykososial tilpasning og psykiske problemer blant barn innvanderfamilier*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2008. rapport nr.: 2008:14.
- 54 Oppedal B, Roysamb E, Sam DL. The effect of acculturation and social support on change in mental health among young immigrants. *Int J Behav Dev* 2004; **28**: 481-94.
- 55 Helland MJ, Mathiesen KS. *13-15-åringer fra vanlige familier i Norge: hverdagsliv og psykisk helse*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009. rapport nr.: 2009:1.
- 56 Krug EG. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.
- 57 Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health* 2001; **91**: 753-60.
- 58 Normann TM. *Fattigdomsrisiko: en levekårsstilnærming*. Oslo: SSB; 2009. rapport nr.: 2009/11.
- 59 Mæland JG, Elstad JI, Næss Ø, Westin S. *Sosial epidemiologi: sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2009.
- 60 Richardson S, Prior M. *No time to lose: the well-being of Australia's children*. Melbourne University Press, 2005.
- 61 Dearing E. Psychological costs of growing up poor. *Ann N Y Acad Sci* 2008; **1136**: 324-32.
- 62 Eide K, Broch T. *Enslige mindreårige flyktninger: kunnskapsstatus og forskningsmessige utfordringer*. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør, 2010.
- 63 Janson H, Mathiesen KS. Temperament profiles from infancy to middle childhood: Development and associations with behavior problems. *Dev Psychol* 2008; **44**: 1314-28.
- 64 Curtis WJ, Cicchetti D. Moving research on resilience into the 21st century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Dev Psychopathol* 2003; **15**: 773-810.

- 65 Moe V, Slinning K. Prenatal drug exposure and the conceptualization of long-term effects. *Scand J Psychol* 2002; **43**: 41-7.
- 66 Rutter M. Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. I: M.W.Kent & J.E.Rolf (Eds.), editor. *Primary prevention of psychopathology: Social competence in children*. 3 utg. Hanover, NH: University Press of New England; 1979. s. 49-74.
- 67 Newton J. *Preventing mental illness*. London: Routledge & Kegan Paul, 1988.
- 68 Clench-Aas J, Rognerud M, Dalgard OS. *Psykisk helse i Norge: levekårsundersøkelsen 2005 : tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009. rapport nr.: 2009:6.
- 69 Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ. One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment Area study. *Acta Psychiatr Scand* 1993; **88**: 35-47.
- 70 Rognerud M, Strand BH, Dalgard OS. Psykisk helse i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998: Sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse og livsstil. *Nor Epidemiol* 2002; **12**: 239-48.
- 71 Dahlgren, G and Whitehead, M. *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. [Internett]. 149. [oppdatert 2007; nedlastet 16 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/103824/E89384.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf).
- 72 Nordt C, Muller B, Rossler W, Lauber C. Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. *Soc Sci Med* 2007; **65**: 1420-9.
- 73 Stuart H. Mental illness and employment discrimination. *Curr Opin Psychiatry* 2006; **19**: 522-6.
- 74 Acheson D, arker D, hampers J, raham H, arnot M, hitehead M. *Independent inquiry into inequalities in health: report*. London: Stationary office, 1998.
- 75 Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. The effects of unemployment on psychiatric illness during young adulthood. *Psychol Med* 1997; **27**: 371-81.
- 76 Hammer T. Unemployment and mental health among young people: A longitudinal study. *J Adolesc* 1993; **16**: 407-20.
- 77 Hammer T. Mental health and social exclusion among unemployed youth in Scandinavia. A comparative study. *Int J Soc Welf* 2000; **9**: 53-63.
- 78 Dalgard OS, Thapa SB, Hauff E, McCubbin M, Syed HR. Immigration, lack of control and psychological distress: findings from the Oslo Health Study. *Scand J Psychol* 2006; **47**: 551-8.
- 79 Syed HR, Dalgard OS, Hussain A, Dalen I, Claussen B, Ahlberg NL. Inequalities in health: a comparative study between ethnic Norwegians and Pakistanis in Oslo, Norway. *Int J Equity Health* 2006; **5**: 7.
- 80 Syed HR, Dalgard OS, Dalen I, Claussen B, Hussain A, Selmer R, Ahlberg N. Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway. *BMC Public Health* 2006; **6**: 182.
- 81 Thapa SB, Dalgard OS, Claussen B, Sandvik L, Hauff E. Psychological distress among immigrants from high- and low-income countries: findings from the Oslo Health Study. *Nord J Psychiatry* 2007; **61**: 459-65.
- 82 Gracia E, Herrero J. Determinants of social integration in the community: an exploratory analysis of personal, interpersonal and situational variables. *J Community Appl Soc Psychol* 2004; **14**: 1-15.
- 83 Leighton AH. *My name is legion: foundations for a theory of man in relation to culture*. New York: Basic, 1959.
- 84 Sørensen T, Mastekaasa A, Kleiner R, Sandanger I, Boe N, Klepp OM. Local Community Mobilisation and Mental Health Promotion. *Int J Ment Health* 2004; **6**: 5-16.
- 85 Dalgard OS. *Bomiljø og psykisk helse: en intervjuundersøkelse i Oslo*. Oslo: Universitetsforlaget, 1980.

- 86 Dalgard OS, Tambs K. Urban environment and mental health: A longitudinal study. *Br J Psychiatry* 1997; **171**: 530-6.
- 87 Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health: a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 2006; **32**: 443-62.
- 88 Karasek R, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. [New York]: Basic Books, 1990.
- 89 Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Adm Sci Q* 1979; 285-308.
- 90 Dalgard OS, Sorensen T, Sandanger I, Nygard JF, Svensson E, Reas DL. Job demands, job control, and mental health in an 11-year follow-up study: Normal and reversed relationships. *Work Stress* 2009; **23**: 284-96.
- 91 Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1996; **1**: 27-41.
- 92 Siegrist J. [Psychosocial factors influencing development and course of coronary heart disease]. *Herz* 2001; **26**: 316-25.
- 93 Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. I: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. s. 137-73.
- 94 Hjemmen A, Dalgard OS, Graff-Iversen S. Volden som rammer kvinner og volden som rammer menn - to ulike verdener? *Nor Epidemiol* 2002; 12.
- 95 Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1997; **27**: 1101-19.
- 96 Reneflot A. The drift away from marriage: implications for children's family lives and future welfare. Oslo: Universitetet i Oslo; 2010.
- 97 Myklestad I, Rognerud M, Johansen R. *Levekårsundersøkelsene: Utsatte grupper og psykisk helse*. 2008. rapport nr.: Rapport 2008:8.
- 98 Amato PR. The consequences of divorce for adults and children. *J Marriage Fam* 2000; **62**: 1269-87.
- 99 Storksen I, Røysamb E, Gjessing HK, Moum T, Tambs K. Marriages and psychological distress among adult offspring of divorce: A Norwegian study. *Scand J Psychol* 2007; **48**: 467-76.
- 100 Størksen I, Røysamb E, Holmen TL, Tambs K. Adolescent adjustment and well being: Effects of parental divorce and distress. *Scand J Psychol* 2006; **47**: 75-84.
- 101 Størksen I, Røysamb E, Moum T, Tambs K. Adolescents with a childhood experience of parental divorce: a longitudinal study of mental health and adjustment. *J Adolesc* 2005; **28**: 725-39.
- 102 Breivik K. The adjustment of children and adolescents in different post-divorce family structures: a Norwegian study of risks and mechanisms. Bergen: Research Centre for Health Promotion, Faculty of Psychology, University of Bergen; 2008.
- 103 Mastekaasa A. Marriage and psychological well-being: Some evidence on selection into marriage. *J Marriage Fam* 1992; **54**: 901-11.
- 104 Eriksen W, Natvig B, Bruusgaard D. Marital disruption and long-term work disability. A four-year prospective study. *Scand J Public Health* 1999; **27**: 196-202.
- 105 Putnam RD, Leonardi R, Nanetti R. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1993.
- 106 Sund ER, Krogstad S. Sosial kapital: limet som holder folkehelsen sammen. I: Mæland JG, Westin S, editors. *Sosial epidemiologi: sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009. s. 115-32.
- 107 House JS. *Work stress and social support*. Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1981.
- 108 Dalgard OS, Bjork S, Tambs K. Social support, negative life events and mental health. *Br J Psychiatry* 1995; **166**: 29-34.

- 109 Bottomley C, Nazareth I, Torres-Gonzalez F, Svab I, Maaroos HI, Geerlings MI, Xavier M, Saldivia S, King M. Comparison of risk factors for the onset and maintenance of depression. *Br J Psychiatry* 2010; **196**: 13-7.
- 110 Sher L, Stanley BH, Harkavy-Friedman JM, Carballo JJ, Arendt M, Brent DA, Sperling D, Lizardi D, Mann JJ, Oquendo MA. Depressed patients with co-occurring alcohol use disorders: a unique patient population. *J Clin Psychiatry* 2008; **69**: 907-15.
- 111 Sher L. Depression and suicidal behavior in alcohol abusing adolescents: possible role of selenium deficiency. *Minerva Pediatr* 2008; **60**: 201-9.
- 112 Rossow I, Amundsen A. Alcohol abuse and suicide: a 40-year prospective study of Norwegian conscripts. *Addiction* 1995; **90**: 685-91.
- 113 Lunke K. *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helse-direktoratet, Avdeling psykisk helse, 2009.
- 114 Jacka FN, Pasco JA, Mykletun A, Williams LJ, Hodge AM, O'Reilly SL, Nicholson GC, Kotowicz MA, Berk M. Association of Western and traditional diets with depression and anxiety in women. *Am J Psychiatry* 2010; **167**: 305-11.
- 115 Bassuk SS, Glass TA, Berkman LF. Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Ann Intern Med* 1999; **131**: 165-73.
- 116 Kendler KS, Thornton LM, Pedersen NL. Tobacco consumption in Swedish twins reared apart and reared together. *Arch Gen Psychiatry* 2000; **57**: 886-92.
- 117 Koopmans JR, Slutske WS, van Baal GC, Boomsma DI. The influence of religion on alcohol use initiation: evidence for genotype X environment interaction. *Behav Genet* 1999; **29**: 445-53.
- 118 *Folkehelse rapport 2010: helsetilstanden i Norge*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2010. rapport nr.: 2010:2.
- 119 Sundblad GB, Jansson A, Saartok T, Renstrom P, Engstrom LM. Self-rated pain and perceived health in relation to stress and physical activity among school-students: a 3-year follow-up. *Pain* 2008; **136**: 239-49.
- 120 Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med* 2006; **36**: 575-86.
- 121 McWilliams LA, Goodwin RD, Cox BJ. Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain* 2004; **111**: 77-83.
- 122 Tynes T. *Arbeidsmiljø og helse: slik norske yrkesaktive opplever det: hovedrapport*. 16/2008 ed. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2008.
- 123 Choinière M, Racine M, Raymond-Shaw I. Epidemiology of pain and sleep disturbances and their reciprocal relationships. I: Lavigne G, Sessler B, Choinière M, Soja P, editors. *Sleep and pain*. Seattle: IASP Press; 2007. s. 267-84.
- 124 National Institutes of Health State of the Science Conference statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults, June 13-15, 2005. *Sleep* 2005; **28**: 1049-57.
- 125 Pilcher JJ, Huffcutt AJ. Effects of sleep deprivation on performance: A meta-analysis. *Sleep* 1996; **19**: 318-26.
- 126 Szelenberger W, Niemcewicz S. Severity of insomnia correlates with cognitive impairment. *Acta Neurobiol Exp (Warsz)* 2000; **60**: 373.
- 127 Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH. Insomnia and its treatment: Prevalence and correlates. *Arch Gen Psychiatry* 1985; **42**: 225-32.
- 128 Vollrath M, Wicki W, Angst J. The Zurich Study: VIII. Insomnia: Association with depression, anxiety, somatic syndromes, and course of insomnia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1989; **239**: 113-24.
- 129 Zammit GK, Weiner J, Damato N, Sillup GP, McMillan CA. Quality of life in people with insomnia. *Sleep* 1999; **22**: May-S385.

- 130 Morin CM, Rodrigue S, Ivers H. Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosom Med* 2003; **65**: 259-67.
- 131 Leger D, Bayon V. Societal costs of insomnia. *Sleep Med Rev* 2010; **14**: 379-89.
- 132 Riedel BW, Lichstein KL. Strategies for evaluating adherence to sleep restriction treatment for insomnia. *Behav Res Ther* 2001; **39**: 201-12.
- 133 Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr* 1966; **80**: 1-28.
- 134 Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
- 135 Pearlin LI, Lieberman MA, Menaghan EG, Mullan JT. The stress process. *J Health Soc Behav* 1981; **22**: 337-56.
- 136 Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1986.
- 137 *Prop. 1 S (2009-2010)*. 1(2009-2010) ed. Oslo: Finansdepartementet, 2009.
- 138 Helsedirektoratet. *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. rapport nr.: IS-1405.
- 139 Helsedirektoratet. *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene: beskrivelse av fagfeltet, råd og veiledning, overordnede rammer*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.
- 140 *St.meld. nr. 39 (2007-2008) Frivillighet for alle*. Oslo: Kultur- og Kirke departementet, 2007.
- 141 *St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009.
- 142 Stang I. Bemyndigelse. I: Hauge HA, Mittelmark MB, editors. *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforl.; 2003. s. 318.
- 143 Leighton A. Poverty and social change. *Sci Am* 1965; **212**: 21-7.
- 144 Sørensen T, Boe N, Ingebrigtsen G, Sandanger I. Individual-local community and mental health: Towards a comprehensive community psychiatric model for prevention of mental problems and promotion of mental health. *Nord J Psychiatry* 1996; 50: 1996, pp-19.
- 145 Brevik JI. *Helsefremmende og forebyggende tiltak i en utsatt befolkningsgruppe grunnet utbyggingen av hovedflyplass på Gardemoen. Var det kommunale tiltaksteamet til nytte? Internt notat til Ullensaker kommune*. 1998.
- 146 Dalgard OS, Tambs K. Urban environment and mental health. A longitudinal study. *Br J Psychiatry* 1997; **171**: 530-6.
- 147 Halpern D. *Mental health and the built environment: more than bricks and mortar?* London: Taylor & Francis, 1995.
- 148 Semenza JC, March TL, Bontempo BD. Community-initiated urban development: an ecological intervention. *J Urban Health* 2007; **84**: 8-20.
- 149 Harvey SB, Hotopf M, Øverland S, Mykletun A. Physical activity and common mental disorders. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 357-64.
- 150 Wiles NJ, Haase AM, Gallacher J, Lawlor DA, Lewis G. Physical activity and common mental disorder: results from the Caerphilly study. *Am J Epidemiol* 2007; **165**: 946-54.
- 151 Bahr R. *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. [Oslo]: Helsedirektoratet, 2009.
- 152 Mead N, Lester H, Chew-Graham C, Gask L, Bower P. Effects of befriending on depressive symptoms and distress: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2010; **196**: 96-101.
- 153 Humpel N, Owen N, Leslie E. Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: a review. *Am J Prev Med* 2002; **22**: 188-99.
- 154 Klytta C, Wilz G. [Self-determined but with professional leadership? On the effectiveness and definition of self-help groups]. *Gesundheitswesen* 2007; 69: 88-97.



- 155 Bright JI, Baker KD, Neimeyer RA. Professional and paraprofessional group treatments for depression: A comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. *J Consult Clin Psychol* 1999; **67**: 491-501.
- 156 Thuen F. Satisfaction with bereavement support groups: Evaluation of the Norwegian Bereavement Care Project. *J Ment Health* 1995; **4**: 499-510.
- 157 Ursano RJ. *Textbook of disaster psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
- 158 Ekeberg Ø, Skogstad L, Myhrer SH. [Tsunami--impact on survivors and next of kin]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008; **128**: 1939-43.
- 159 Heir T, Piatigorsky A, Weisæth L. Longitudinal changes in recalled perceived life threat after a natural disaster. *Br J Psychiatry* 2009; **194**: 510-4.
- 160 Holgersen KH, Boe HJ, Klockner CA, Weisæth L, Holen A. Initial stress responses in relation to outcome after three decades. *J Nerv Ment Dis* 2010; **198**: 230-3.
- 161 Hussain A, Weisæth L, Heir T. Psychiatric disorders and functional impairment among disaster victims after exposure to a natural disaster: A population based study. *J Affect Disord* 2011; **128**: 135-41.
- 162 Kristensen P, Weisæth L, Heir T. Psychiatric disorders among disaster bereaved: an interview study of individuals directly or not directly exposed to the 2004 tsunami. *Depress Anxiety* 2009; **26**: 1127-33.
- 163 Kornør H, Winje D, Ekeberg Ø, Weisæth L, Kirkehei I, Johansen K, Steiro A. Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2008; **8**: 81.
- 164 Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2002; CD000560.
- 165 Heir T, Hussain A, Weisæth L. Managing the after-effects of disaster trauma: the essentials of early intervention. *Eur Psychiat Rev* 2008; **1**: 66-9.
- 166 Heir T, Weisæth L. Back to where it happened: self-reported symptom improvement of tsunami survivors who returned to the disaster area. *Prehosp Disaster Med* 2006; **21**: 59-63.
- 167 Dyregrov K, Dyregrov A. *Sosial nettverksstøtte ved brå død: hvordan kan vi hjelpe?* Bergen: Fagbokforl., 2007.
- 168 Daatland SO, Guntvedt OH, Slagsvold B. *Eldresenteret nå og framover*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2001. rapport nr.: 2000:17.
- 169 Pettersen AM, Laake K. *Hukommelsesvansker, angst og depresjon hos hjemmeboende eldre: passer eldresenteret? Er hjemmetjenesten i bruk?* Sem: Nasjonalforeningens forskergruppe i geriatri, 2003.
- 170 Bøen H, Dalgard O-S, Johansen R, Nord E. Socio-demographic, psychosocial and health characteristics of Norwegian senior centre users: A cross-sectional study. *Scand J Public Health* 2010; **38**: 508-17.
- 171 Leveille SG, Wagner EH, Davis C, Grothaus L, Wallace J, LoGerfo M, Kent D. Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults: A randomized trial of a community-based partnership with primary care. *J Am Geriatr Soc* 1998; **46**: 1191-8.
- 172 Phelan EA, Williams B, Leveille S, Snyder S, Wagner EH, LoGerfo JP. Outcomes of a Community Based Dissemination of the Health Enhancement Program. *J Am Geriatr Soc* 2002; **50**: 1519-24.
- 173 Cattán M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc* 2005; **25**: 41-67.
- 174 Brevik JI, Dalgard OS, Bruun H. Network groups for elderly people who have lost their spouse. *Int J Ment Health* 2001; **3**: 26-30.
- 175 Fratiglioni L, Winblad B, von SE. Prevention of Alzheimer's disease and dementia. Major findings from the Kungsholmen Project. *Physiol Behav* 2007; **92**: 98-104.



- 176 Zunzunegui MV, Alvarado BE, Del ST, Otero A. Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003; **58**: S93-S100.
- 177 Sjosten N, Kivela SL. The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; **21**: 410-8.
- 178 Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; CD004366.
- 179 King AC, Taylor CB, Haskell WL. Effects of differing intensities and formats of 12 months of exercise training on psychological outcomes in older adults. *Health Psychol* 1993; **12**: 292-300.
- 180 Lions. *Eldre og helse*. [Internettside]. [oppdatert 2010; nedlastet 16 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.eldreoghelse.no/>.
- 181 Hirsch AA. *Sosialhjelpsmottakere blant innvandrere 1999-2002, 2005-2008*. 2010/35 ed. Oslo: SSB, 2010.
- 182 Djuve AB, Hagen K. "Skaff meg en jobb!": *Levekår blant flyktninger i Oslo*. 184 ed. Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO, 1995.
- 183 Berry JW, Sam DL. Acculturation and adaptation. I: Berry JW, Segall MH, Kagitcibasi C, editors. *Handbook of cross-cultural psychology*. Boston: Allyn and Bacon; 1997. s. 3.
- 184 Dalgard OS. Psykisk helse blant innvandrere i Oslo. Resultater fra befolkningsundersøkelser. I: Ahlberg N, Aambø A, Gihle I, Austveg B, editors. *Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter: tilbakeblikk og erfaringer*. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse; 2005. s. 25-32.
- 185 Engebrigtsen A, Fuglerud Ø. *Ungdom i flyktningfamilier: familie og vennskap - trygghet og frihet?* 3/07 ed. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2007.
- 186 Guribye E. Knutepunkter. Naturlige hjelpers rolle i forebyggende arbeid for tamilske barn og ungdom i Norge. I: Eide K, Rugkåsa M, Vike H, Quereshi NA, editors. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009. s. 164-73.
- 187 Aambø A. Psykisk helse blant innvandrere i Oslo. Resultater fra befolkningsundersøkelser. I: Ahlberg N, Aambø A, Gihle I, Austveg B, editors. *Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter: tilbakeblikk og erfaringer*. nr 1/2005 utg. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse; 2005. s. 102-11.
- 188 Fangen K, Hjelde KH. Oppfølging, respekt og empowerment Somalieres forståelse og hjelpepraksis ved psykososiale vanskeligheter. *Nor tidsskr migr forsk* 2006; **7**: 79-99.
- 189 Korbøl A. *Linkarbeidet i Oslo: en begynnende oversikt*. 2:2004 ed. Oslo: NAKMI, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, 2004.
- 190 Oppedal B, Seglem KL, Jensen L. *Avhengig og selvstendig: enslige mindreårige flyktningers stemmer i tall og tale*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009. rapport nr.: 2009:11.
- 191 Jakobsen M, Sveaass N, Johansen LE, 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. rapport nr.: nr. 4/2007.
- 192 Kühner C. Das Gruppenprogramm "Depression Bevältigen" und seine varianten – eine aktualisierte Metaanalyse. *Verhaltenstherapie* 2003; **13**: 254-62.
- 193 Rossello J, Bernal G, Rivera-Medina C. Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2008; **14**: 234-45.
- 194 Cuijpers P, Munoz RF, Clarke GN, Lewinsohn PM. Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "coping with depression" course thirty years later. *Clin Psychol Rev* 2009; **29**: 449-58.
- 195 Dalgard OS. Kurs i mestring av depresjon - en randomisert, kontrollert studie. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004; **24**: 3043-6.
- 196 Dalgard OS. A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway (NCT00319540). *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006; **2**: ArtID.

- 197 Sivertsen B, Nordhus IH, Bjorvatn B, Pallesen S. Sleep problems in general practice: A national survey of assessment and treatment routines of general practitioners in Norway. *J Sleep Res* 2010; **19**: Mar-41.
- 198 Irwin MR, Cole JC, Nicassio PM. Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychol* 2006; **25**: 3-14.
- 199 Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry* 1994; **151**: 1172-80.
- 200 Murtagh DR, Greenwood KM. Identifying effective psychological treatments for insomnia: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1995; **63**: 79-89.
- 201 Stepanski EJ, Rybarczyk B. Emerging research on the treatment and etiology of secondary or comorbid insomnia. *Sleep Med Rev* 2006; **10**: 7-18.
- 202 Yang CM, Lin SC, Hsu SC, Cheng CP. Maladaptive sleep hygiene practices in good sleepers and patients with insomnia. *J Health Psychol* 2010; **15**: 147-55.
- 203 Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol* 2007; **26**: 1-9.
- 204 Palermo TM, Eccleston C, Lewandowski AS, Williams AC, Morley S. Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: an updated meta-analytic review. *Pain* 2010; **148**: 387-97.
- 205 Bernardy K, Fuber N, Kollner V, Hauser W. Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome - a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *J Rheumatol* 2010; **37**: 1991-2005.
- 206 Mackinnon A, Griffiths KM, Christensen H. Comparative randomised trial of online cognitive-behavioural therapy and an information website for depression: 12-month outcomes. *Br J Psychiatry* 2008; **192**: 130-4.
- 207 Andersson G, Cuijpers P. Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cogn Behav Ther* 2009; **38**: 196-205.
- 208 Clear AL, Christensen H, Mackinnon A, Griffiths KM, O'Kearney R. The YouthMood Project: a cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2009; **77**: 1021-32.
- 209 Rodal J, Frank K. *Psykologer i kommunene - barrierer og tiltak for økt rekruttering*. HelseDirektoratet; 2008. rapport nr.: IS-1565.
- 210 van OM, Hoffman T, Haffmans J, Spinhoven P, Hoencamp E. Collaborative mental health care versus care as usual in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Psychiatr Serv* 2009; **60**: 74-9.
- 211 Flatø LE. *Det du gjør, gjør det helt: bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet; 2009. rapport nr.: NOU 2009:22.
- 212 Johansen R, Rognerud M, Sundet JM. *Utvikling i psykisk helse: levekårsundersøkelsene 1998, 2002 og 2005*. 2008:4 ed. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2008.
- 213 Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet* 2009; **374**: 609-19.
- 214 Andersson HW, Ådnes M. *Fastlegen som aktør i tiltak for personer med psykiske problemer: sammenstilling av funn i fire forskningsprosjekter*. Trondheim: SINTEF; 2006. rapport nr.: A205.
- 215 Europakommisjonen. *Green paper: improving the mental health of the population : towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels: Commission of the European Communities, 2005.
- 216 World Health Organization. *Policies and practices for mental health in Europe: meeting the challenges*. Copenhagen: WHO Regional Office of Europe, 2009.
- 217 Rutz W, von KL, Walinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 1989; **80**: 151-4.

- 218 Rutz W, Carlsson P, von KL, Walinder J. Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992; **85**: 457-64.
- 219 Webb TL, Joseph J, Yardley L, Michie S. Using the internet to promote health behavior change: a systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *J Med Internet Res* 2010; **12**: e4.
- 220 Helsetilsynet. *Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser*. Oslo: Statens helsetilsyn; 2007. rapport nr.: 8/2007.
- 221 Helsedirektoratet. *Allmennlegetjenesten og psykisk helse*. Helseidrektoratet; 2009. rapport nr.: IS-1655.
- 222 Helsedirektoratet. *Barn som pårørende*. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. rapport nr.: Rundskriv IS 5/2010.
- 223 Helsedirektoratet. *Folkehelsearbeidet - veien til god helse for alle*. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. rapport nr.: IS-1846.
- 224 Durlak JA. *Successful prevention programs for children and adolescents*. 1997.
- 225 Greenberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B. The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention and Treatment* 2001; **4**: 1-62.
- 226 Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lonnqvist J. Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *Am J Psychiatry* 2002; **159**: 1235-7.
- 227 Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New Parents and Mental Disorders: A Population-Based Register Study. *JAMA* 2006; **296**: 2582-9.
- 228 Eberhard-Gran M, Tambs K, Opjordsmoen S, Skrandal A, Eskild A. Depression during pregnancy and after delivery: a repeated measurement study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004; **25**: 15-21.
- 229 Jones I, Cantwell R. The classification of perinatal mood disorders--suggestions for DSMV and ICD11. *Arch Womens Ment Health* 2010; **13**: 33-6.
- 230 MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Knowles H, Lilford R, Henderson C, Lancashire RJ, Braunscholtz DA, Gee H. Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: A cluster randomised controlled trial. *The Lancet* 2002; **359**: 378-85.
- 231 Morrell CJ, Slade P, Warner R, Paley G, Dixon S, Walters SJ, Brugha T, Barkham M, Parry GJ, Nicholl J. Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: Pragmatic cluster randomised trial in primary care. *BMJ: British Medical Journal* 2009; **338**: 1-14.
- 232 Glavin K, Ellefsen B, Erdal B. Norwegian Public Health Nurses' Experience Using a Screening Protocol for Postpartum Depression. *Public Health Nurs* 2010; **27**: 255-62.
- 233 Glavin K, Smith L, Sørnum R, Ellefsen B. Redesigning community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women - one year follow up study. *J Clin Nurs* 2010; **19**: 3051-62.
- 234 Glavin K, Smith L, Sørnum R, Ellefsen B. Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *J Adv Nurs* 2010; **66**: 1317-27.
- 235 Glavin K, Smith L, Sørnum R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scand J Caring Sci* 2009; **23**: 705-10.
- 236 Lagerberg D. Secondary prevention in child health: effects of psychological intervention, particularly home visitation, on children's development and other outcome variables. *Acta Paediatr Suppl* 2000; **89**: 43-52.
- 237 Wickberg B, Hwang CP. Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. *J Affect Disord* 1996; **39**: 209-16.

- 238 Olafsen KS, Ronning JA, Kaaresen PI, Ulvund SE, Handegard BH, Dahl LB. Joint attention in term and preterm infants at 12 months corrected age: the significance of gender and intervention based on a randomized controlled trial. *Infant Behav Dev* 2006; **29**: 554-63.
- 239 Nordhov SM, Ronning JA, Dahl LB, Ulvund SE, Tunby J, Kaaresen PI. Early Intervention Improves Cognitive Outcomes for Preterm Infants: Randomized Controlled Trial. *Pediatrics* 2010; e1088-94.
- 240 Kaaresen PI, Ronning JA, Ulvund SE, Dahl LB. A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics* 2006; **118**: e9-19.
- 241 Achenbach TM, Howell CT, Aoki MF, Rauh VA. Nine-year outcome of the Vermont intervention program for low birth weight infants. *Pediatrics* 1993; **91**: 45-55.
- 242 Reinart LM, Kornør H, Langengen IW, Markestad T. *Tiltak for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2006. rapport nr.: 07-2006.
- 243 Gladstone TRG, Beardslee WR. The prevention of depression in children and adolescents: A review. *Can J Psychiatry* 2009; **54**: 212-21.
- 244 Beardslee WR, Wright EJ, Gladstone TRG, Forbes P. Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *J Fam Psychol* 2007; **21**: 703-13.
- 245 Gillham JE, Shatte AJ, Freres DR. Preventing depression: A review of cognitive-behavioral and family interventions. *Appl Prev Psychol* 2000; **9**: 63-88.
- 246 Pihkala H, Johansson EE. Longing and fearing for dialogue with children: depressed parents' way into Beardslee's preventive family intervention. *Nord J Psychiatry* 2008; **62**: 399-404.
- 247 Toikka S, Solantaus T. The Effective Family Programme II: Clinicians' Experiences of Training in Promotive and Preventative Child Mental Health Methods. *Int J Ment Health* 2006; **8**: 4-10.
- 248 *Ungsinn*. [Internett]. [oppdatert 2010; nedlastet 1 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: <http://ungsinn.uit.no/portal/page/portal/Forebyggingsbasen/start>.
- 249 Bäcklund S. *Fra bekymring til handling: en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
- 250 Stene-Larsen K, Borge AI, Vollrath ME. Maternal smoking in pregnancy and externalizing behavior in 18-month-old children: results from a population-based prospective study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; **48**: 283-9.
- 251 Donelan-McCall N, Eckenrode J, Olds DL. Home visiting for the prevention of child maltreatment: lessons learned during the past 20 years. *Pediatr Clin North Am* 2009; **56**: 389-403.
- 252 Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Jr., Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. 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**: 637-43.
- 253 MacMillan HL, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *The Lancet* 2009; **373**: 250-66.
- 254 Glad,KA, Øverlien,C, and Øverlien,C. *Barne- og familiedepartementet*. [Internett]. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 37. [oppdatert 2010; nedlastet 16 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: [http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/ForebyggingavFysiskeogSeksuelleOvergrepMotBarn\\_Kunnskapsoversikt.pdf](http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/ForebyggingavFysiskeogSeksuelleOvergrepMotBarn_Kunnskapsoversikt.pdf).
- 255 Mossige S. Forebyggingsprogrammer mot seksuelle overgrep. I: Sandbæk M, editor. *Fra mottaker til aktør: brukernes plass i praktisk sosialt arbeid og forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2001. s. 172-210.
- 256 Wurtele SK. Child sexual abuse prevention: Preventing sexual abuse of children in the twenty-first century: Preparing for challenges and opportunities. *J Child Sex Abus* 2009; **18**: 1-18.

- 257 Olsson II, Hagekull B, Bremberg S. *Stöd till föräldrar för att främja barns och ungdomars psykiska hälsa. En systematisk forskningsöversikt*. Statens Folkhälsoinstitut; 2003. rapport nr.: 2003:20.
- 258 Waddell C, Hua JM, Garland OM, Peters RD, McEwan K. Preventing mental disorders in children: a systematic review to inform policy-making. *Can J Public Health* 2007; **98**: 166-73.
- 259 Bayer J, Hiscock H, Scalzo K, Mathers M, McDonald M, Morris A, Birdseye J, Wake M. Systematic review of preventive interventions for children's mental health: what would work in Australian contexts? *Aust N Z J Psychiatry* 2009; **43**: 695-710.
- 260 *Parent Management Training - Oregon (PMTO)*. [Internett]. [oppdatert 2010; nedlastet 1 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.atferdssenteret.no/parent-management-training-oregon-pmto/category158.html>.
- 261 Ogden T, Hagen KA. Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: a randomized controlled trial of children with conduct problems. *J Consult Clin Psychol* 2008; **76**: 607-21.
- 262 RBUP Nord. *De utrolige årene: Program for foreldre, lærere og barn*. [Internett]. [oppdatert 2010; nedlastet 15 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: <http://deutroligearene.uit.no/ikbViewer/page/dua/forside>.
- 263 Larsson B, Fossum S, Clifford G, Drugli MB, Handegard BH, Morch WT. Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children : results of a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009; **18**: 42-52.
- 264 Atferdssenteret. *Multisystemisk terapi (MST)*. [Internett]. [oppdatert 2010; nedlastet 15 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.atferdssenteret.no/multisystemisk-terapi-mst/category150.html>.
- 265 Ogden T, Amlund Hagen K, Askeland E, Christensen B. Implementing and evaluating evidence-based treatments of conduct problems in children and youth in Norway. *Res Soc Work Pract* 2009; **19**: 582-91.
- 266 Kjøbli J, Sørli MA. School outcomes of a community wide intervention model aimed at preventing problem behavior. *Scand J Psychol* 2008; **49**: 365-75.
- 267 Atferdssenteret. *Tidlig innsats for barn i risiko TIBIR*. [Internett]. [oppdatert 2010; nedlastet 1 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.atferdssenteret.no/tidlig-innsats-for-barn-i-risiko-tibir/category162.html>.
- 268 Drugli MB, Larsson B, Fossum S, Morch WT. Five-to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; **51**: 559-66.
- 269 Midtlyng J. *Rett til læring: utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 29.juni 2007*. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2009. rapport nr.: NOU 2009:18.
- 270 Sweet MA, Appelbaum MI. Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Dev* 2004; **75**: 1435-56.
- 271 Glad,KA, Øverli,C, and Øverli,C. *Forebygging av fysiske og seksuelle overgrep mot barn: en kunnskapsoversikt*. [Internett]. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 37. [oppdatert 2010; nedlastet 25 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: [http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/ForebyggingavFysiskeogSeksuelleOvergrepmotBarn\\_Kunnskapsoversikt.pdf](http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/ForebyggingavFysiskeogSeksuelleOvergrepmotBarn_Kunnskapsoversikt.pdf).
- 272 Vaughan JP, Morrow RH. *Manual of epidemiology for district health management*. Geneva: World Health Organization, 1989.
- 273 Havnes T, Mogstad M. *No child left behind: universal child care and children's long-run outcomes*. Oslo: The Department; 2009. rapport nr.: no. 23/2009.
- 274 *St.meld. nr. 41 (2008-2009) Kvalitet i barnehagen*. Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2010.
- 275 Zachrisson HD, Lekhal R, Schjølberg S. Barnehage og psykisk helse hos sped- og småbarn. I: Moe V, Slinning K, Hansen MB, editors. *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010. s. 770-87.



- 276 Adamson, P. *The child care transition: A league table of early childhood education and care in economically advanced countries*. [Internett]. UNICEF Innocenti Research Centre; (8): 40. [oppdatert 2008; nedlastet Tilgjengelig fra: [http://www.unicef.ca/portal/Secure/Community/502/WCM/HELP/take\\_action/Advocacy/rc8.pdf](http://www.unicef.ca/portal/Secure/Community/502/WCM/HELP/take_action/Advocacy/rc8.pdf)].
- 277 Winsvold A, Gulbrandsen L. *Kvalitet og kvantitet: kvalitet i en barnehagesektor i sterk vekst*. 2/2009 ed. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2009.
- 278 Borge AI, Rutter M, Cote S, Tremblay RE. Early childcare and physical aggression: differentiating social selection and social causation. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; **45**: 367-76.
- 279 Burchinal MR, Nelson L, Poe M. Growth curve analysis: An introduction to various methods for analyzing longitudinal data. *Monogr Soc Res Child Dev* 2006; **71**: 65-87.
- 280 Votruba-Drzal E, Coley RL, Chase-Lansdale PL. Child care and low-income children's development: direct and moderated effects. *Child Dev* 2004; **75**: 296-312.
- 281 Love JM, Harrison L, Sagi-Schwartz A, Van IJzendoorn MH, Ross C, Ungerer JA, Raikes H, Brady-Smith C, Boller K, Brooks-Gunn J, Constantine J, Kisker EE, Paulsell D, Chazan-Cohen R. Child Care Quality Matters: How Conclusions May Vary With Context. *Child Dev* 2003; **74**: 1021-33.
- 282 Aureli T, Colecchia N. Day care experience and free play behavior in preschool children. *J Appl Dev Psychol* 1996; **17**: 1-17.
- 283 Campbell JJ, Lamb ME, Hwang CP. Early childcare experiences and children's social competence between 1.5 and 15 years of age. *Appl Dev Sci* 2000; **4**: 166-75.
- 284 Ahnert L, Pinquart M, Lamb ME. Security of children's relationships with nonparental care providers: a meta-analysis. *Child Dev* 2006; **77**: 664-79.
- 285 Belsky J. Emanuel Miller lecture developmental risks (still) associated with early child care. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; **42**: 845-59.
- 286 Jacob JI. The socio-emotional effects of non-maternal childcare on children in the USA: A critical review of recent studies. *Early Child Dev Care* 2009; **179**: 559-70.
- 287 Bradley RH, Vandell DL. Child care and the well-being of children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; **161**: 669-76.
- 288 Brooks-Gunn J, Han WJ, Waldfogel J. First-year maternal employment and child cognitive development. *Monogr Soc Res Child Dev* 2010; **75**: 50-8.
- 289 Brooks-Gunn J, Han WJ, Waldfogel J. First-year maternal employment and child social and emotional development. *Monogr Soc Res Child Dev* 2010; **75**: 59-69.
- 290 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. *Psychol Bull* 2010; **136**: 915-42.
- 291 Barnes J, Leach P, Malmberg L-E, Stein A, Sylva K, FCCC Team1. Experiences of childcare in England and socio-emotional development at 36 months. *Early Child Dev Care* 2009; **180**: 1215-29.
- 292 Harrison LJ, Ungerer JA. Maternal employment and infant-mother attachment security at 12 months postpartum. *Dev Psychol* 2002; **38**: 758-73.
- 293 Love JM, Harrison L, Sagi-Schwartz A, van IJzendoorn MH, Ross C, Ungerer JA, Raikes H, Brady-Smith C, Boller K, Brooks-Gunn J, Constantine J, Kisker EE, Paulsell D, Chazan-Cohen R. Child care quality matters: how conclusions may vary with context. *Child Dev* 2003; **74**: 1021-33.
- 294 Datta Gupta N, Simonsen M. Non-cognitive child outcomes and universal high quality child care. *J Public Econ* 2010; **94**: 30-43.
- 295 Zachrisson HD, Lekhal R, Schjølberg S. *Språkutvikling, sosiale ferdigheter, og psykisk helse hos barn i barnehage. Resultater fra den norske mor- og barnundersøkelsen. Notat til Kunnskapsdepartementet*. Folkehelseinstituttet, Divisjon for psykisk helse, 2009.



- 296 Holmgren S. *Child day care center or home care for children 12-40 months of age. What is best for the child?* Swedish National Institute of Public Health; 2009. rapport nr.: 2009:9.
- 297 Dearing E, McCartney K, Taylor BA. Does higher quality early child care promote low-income children's math and reading achievement in middle childhood? *Child Dev* 2009; **80**: 1329-49.
- 298 Cleveland,G and Krashinsky,M. *Financing ECEC services in OECD countries*. [Internett]. [oppdatert 2003; nedlastet 10 Dec 2010].
- 299 Nadim M, Nielsen RA. *Barnefattigdom i Norge: sammendrag*. Oslo: Fafo; 2009. rapport nr.: 2009:45.
- 300 Daugstad G. *Omfang av bruk av kontantstøtte blant barn med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn*. Oslo: SSB; 2006. rapport nr.: 2006/26.
- 301 Fordelingsutvalget, Cappelen Å. *Fordelingsutvalget: utredning fra et utvalg oppnevnt av Finansdepartementet 25. april 2008 : avgitt 30. april 2009*. NOU 2009:10 ed. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning, 2009.
- 302 Janson H, Squires J. Parent-completed developmental screening in a Norwegian population sample: a comparison with US normative data. *Acta Paediatr* 2004; **93**: 1525-9.
- 303 Richter J, Janson H. A validation study of the Norwegian version of the Ages and Stages Questionnaires. *Acta Paediatr* 2007; **96**: 748-52.
- 304 Squires J, Bricker D, Potter L. Revision of a parent-completed development screening tool: Ages and Stages Questionnaires. *J Pediatr Psychol* 1997; **22**: 313-28.
- 305 Squires J, Bricker D, Potter L. *The ASQ user's guide*. Baltimore: Paul H. Brookes, 1999.
- 306 Haugland R, Rønning JA, Lenschow K. *Evaluering av forsøk med familiesentere i Norge*. Tromsø: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Nord, Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, 2006.
- 307 Statistisk sentralbyrå. *Auke i talet på barnevernsbarn*. [Internett]. [oppdatert 2010; nedlastet 15 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/03/03/barneverng/>.
- 308 Backe-Hansen, E. *Bakgrunn: barnevernets hjelpetiltak - status og perspektiver*. Nordisk forskerkonferanse om hjelpetiltak i barnevernet [Internett]. 8-17. [oppdatert 2010; nedlastet Tilgjengelig fra: [http://www.nova.no/asset/4016/2/4016\\_2.pdf](http://www.nova.no/asset/4016/2/4016_2.pdf)].
- 309 Iversen AC, Havik T, Jakobsen R, Stormark KM. Psykiske vansker hos hjemmeboende barn med tiltak fra barnevernet. *Nor Barnevern* 2008; **85**: 3-9.
- 310 Kristofersen LB, Andresen IHW, Sverdrup S, Haaland T. *Hjelpetiltak i barnevernet: virker de?* Oslo: NIBR; 2006. rapport nr.: 2006:7.
- 311 Berry M, Cash SJ, Brook JP. Intensive family preservation services: an examination of critical service components. *Child Family Social Work* 2000; **5**: 191-203.
- 312 Biehal N. Working with adolescents at risk of out of home care: The effectiveness of specialist teams. *Child Youth Serv Rev* 2005; **27**: 1045-59.
- 313 Chaffin M, Bonner BL, Hill RF. Family preservation and family support programs: child maltreatment outcomes across client risk levels and program types. *Child Abuse Negl* 2001; **25**: 1269-89.
- 314 Lindsey D, Martin S, Doh J. The failure of intensive casework services to reduce foster care placements: An examination of family preservation studies. *Child Youth Serv Rev* 2002; **24**: 743-75.
- 315 Moran P, Ghatge D. The effectiveness of parenting support. *Children & Society* 2005; **19**: 329-36.
- 316 Atferdssenteret. *Atferdssenteret*. [Internett-side]. [oppdatert 2010; nedlastet 18 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.atferdssenteret.no/>.
- 317 Atferdssenteret. *Parent Management Training - Oregon (PMTO)*. [Internett]. [oppdatert 2010; nedlastet 15 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.atferdssenteret.no/parent-management-training-oregon-pmto/category158.html>.
- 318 Statistisk sentralbyrå. *Barn med barnevernstiltak i løpet av året, etter alder og tiltak*. 2009. [Internett]. [oppdatert 2010; nedlastet 15 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/03/03/barneverng/tab-2010-07-06-05.html>.

- 319 Olweus. *Olweus Bullying Prevention Program*. [Internet]. [oppdatert 2010; nedlastet 18 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.olweus.org/public/index.page>.
- 320 Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007; **369**: 1302-13.
- 321 Hjern A, Alfven G, Östberg V. School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Paediatr* 2008; **97**: 112-7.
- 322 Murberg TA, Bru E. The role of neuroticism and perceived school-related stress in somatic symptoms among students in Norwegian junior high schools. *J Adolesc* 2007; **30**: 203-12.
- 323 Natvig GK, Albrektsen G, Anderssen N, Qvarnstrom U. School-related stress and psychosomatic symptoms among school adolescents. *J Sch Health* 1999; **69**: 362-8.
- 324 Danielsen AG, Samdal O, Hetland J, Wold B. School-related social support and students' perceived life satisfaction. *J Educ Res* 2009; **102**: 303-18.
- 325 Torsheim T, Aarø LE, Wold B. School-related stress, social support, and distress: prospective analysis of reciprocal and multilevel relationships. *Scand J Psychol* 2003; **44**: 153-9.
- 326 Bearman SK, Stice E. Testing a gender additive model: the role of body image in adolescent depression. *J Abnorm Child Psychol* 2008; **36**: 1251-63.
- 327 Holsen I, Kraft P, Roysamb E. The relationship between body image and depressed mood in adolescence: A 5-year longitudinal panel study. *J Health Psychol* 2001; **6**: 613-27.
- 328 Bartholomew LK. *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*. San Francisco: Jossey-Bass, 2006.
- 329 Olweus D. Victimization by peers: Antecedents and long-term outcomes. I: Rubin KH, Asendorpf J, editors. *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum; 1993. s. 315-41.
- 330 Olweus D. The Olweus Bullying Prevention Program: Implementation and evaluation over two decades. I: Jimerson SR, Swearer SM, Espelage DL, editors. *Handbook of bullying in schools: an international perspective*. Routledge: New York; 2010. s. 377-401.
- 331 Durlak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *Am J Community Psychol* 1997; **25**: 115-52.
- 332 Merry S, McDowell H, Hetrick S, Bir J, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; CD003380.
- 333 Spence SH, Shortt AL. Research Review: Can we justify the widespread dissemination of universal, school-based interventions for the prevention of depression among children and adolescents? *J Child Psychol Psychiatry* 2007; **48**: 526-42.
- 334 Merry SN, Spence SH. Attempting to prevent depression in youth: A systematic review of the evidence. *Early Interv Psychiatry* 2007; **1**: 128-37.
- 335 Horowitz JL, Garber J. The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2006; **74**: 401-15.
- 336 Jane-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P. Predictors of efficacy in depression prevention programmes: Meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2003; **183**: 384-97.
- 337 Neil AL, Christensen H. Australian school-based prevention and early intervention programs for anxiety and depression: a systematic review. *Med J Aust* 2007; **186**: 305.
- 338 Neil AL, Christensen H. Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clin Psychol Rev* 2009; **29**: 208-15.
- 339 Cuijpers P, van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A. Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry* 2008; **165**: 1272-80.

- 340 Wilson SJ, Lipsey MW, Derzon JH. The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 136-49.
- 341 Sørli M-A, Ogden T, Solholm R, Olseth AR. Implementeringskvalitet - om å få tiltak til å virke: En oversikt. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2010; **47**: 315-21.
- 342 Farrington DP, Ttofi M. School-based programs to reduce bullying and victimization. Updated 8 March 2010. *Campbell Syst Rev* 2010; 2009:6: 1-148.
- 343 Farrington DP, Ttofi MM. School-based programs to reduce bullying and victimization. *Campbell Syst Rev* 2009; **6**: 1-147.
- 344 Arnarson EO, Craighead WE. Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behav Res Ther* 2009; **47**: 577-85.
- 345 Aune T, Stiles TC. Universal-based prevention of syndromal and subsyndromal social anxiety: A randomized controlled study. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77: 867-79.
- 346 Helse- og Utdanningsdirektoratet. *Psykisk helse i skolen*. [Internettside]. [oppdatert 2010; nedlastet 18 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.psykiskhelseiskolen.no/>.
- 347 Andersson HW, Kaspersen SL, Bjørngaard JH, Bungum B, Åndanes M, Buland T. *Psykisk helse i skolen: Effektevaluering av opplæringsprogrammene Hva er det med Monica? STEP - ungdom møter ungdom og Venn1.no*. SINTEF; 2009. rapport nr.: A103665.
- 348 Andersson HW, Kaspersen SL, Bungum B, Bjørngaard JH, Bruland T. *Psykisk helse i skolen: Effektevaluering av opplæringsprogrammene Hva er det med Monica?, STEP – ungdom møter ungdom og Venn1.no*. SINTEF; 2010. rapport nr.: A14919.
- 349 Arnesen Y, Breivik C, Johnsen LI. "Alle har en psykisk helse": effektevaluering av en tredelt undervisningspakke for ungdomsskoletrinnet : første del. [Tromsø]: Universitetet i Tromsø; 2005.
- 350 Hillestad K. *Stå på - dere gjør en bra jobb. Evaluering av gjennomføring av VIP-prosjektet ved Jessheim videregående skole*. Oslo: Statskonsult; 2004.
- 351 Mishara BL, Ystgaard M. Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: Zippy's Friends. *Early Childhood Research Quarterly* 2006; **21**: 110-23.
- 352 Tobiassen AG, Magnus RE, Gundersen LS. "Alle har en psykisk helse": effektevaluering av en tredelt undervisningspakke for ungdomsskoletrinnet, 2. del, Self-efficacy og mestring. [Tromsø]: Universitetet i Tromsø; 2006.
- 353 Olweus D. Mobbing i skolen - fakta og tiltak. I: Klepp KI, Aarø LE, editors. *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget; 2009. s. 346-59.
- 354 Olweus D. Annotation: Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; **35**: 1171-90.
- 355 Olweus D. Bully/victim problems in school: Facts and intervention. *Eur J Psychol Educ* 1997; **12**: 495-510.
- 356 Olweus D. A useful evaluation design, and effects of the Olweus Bullying Prevention Program. *Psychol Crime Law* 2005; **11**: 389-402.
- 357 Amundsen EJ, Ravndal E. Does successful school-based prevention of bullying influence substance use among 13- to 16-year-olds? *Drug Educ Prev Polic* 2010; **17**: 42-54.
- 358 Roland E, Bru E, Midthassel UV, Vaaland GS. The Zero programme against bullying: Effects of the programme in the context of the Norwegian manifesto against bullying. *Soc Psychol Educ* 2010; **13**: 41-55.
- 359 Galloway D, Roland E. Is the direct approach to reducing bullying always the best? I: Smith PK, Pepler DJ, Rigby K, editors. *Bullying in schools: how successful can interventions be?* Cambridge: Cambridge University Press; 2004. s. 37-53.

- 360 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.
- 361 Ertesvåg SK, Vaaland GS. Prevention and reduction of behavioural problems in school: An evaluation of the Respect program. *Educ Psychol* 2007; **27**: 713-36.
- 362 Ertesvåg SK. Classroom leadership: The effect of a school development programme. *Educ Psychol* 2009; **29**: 515-39.
- 363 Mørch, W-T. *Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Skoleutviklingsprogrammet RESPEKT*. [Internett]. [oppdatert 2010; nedlastet 15 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: <http://ungsinn.uit.no/ikbViewer/Content/191701/RESPEKT%20etter%20panelet%2030.06.2010-pdf.pdf>.
- 364 Senter for atferdsforskning, Universitetet i Stavanger. *Respekt*. [Internett]. [oppdatert 2010; nedlastet 18 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: [http://saf.uis.no/vi\\_tilbyr/programmer/respekt/](http://saf.uis.no/vi_tilbyr/programmer/respekt/).
- 365 Salmivalli C, Kaukiainen A, Voeten M. Anti-bullying intervention: implementation and outcome. *Br J Educ Psychol* 2005; **75**: 465-87.
- 366 Gundersen K, Svartdal F. Evaluation of a Norwegian postgraduate training programme for the implementation of aggression replacement training. *Psychol Crime Law* 2005; **11**: 435-44.
- 367 Gundersen K, Svartdal F. Aggression Replacement Training in Norway: Outcome evaluation of 11 Norwegian student projects. *Scand J Educ Res* 2006; **50**: 63-81.
- 368 Gundersen K, Svartdal F. Diffusion of treatment interventions: exploration of 'secondary' treatment diffusion. *Psychol Crime Law* 2010; **16**: 233-49.
- 369 Sørli MA, Ogden T. Immediate impacts of PALS: A school-wide multi-level programme targeting behaviour problems in elementary school. *Scand J Educ Res* 2007; **51**: 471-92.
- 370 Ogden T, Sorlie MA, Hagen KA. Building strength through enhancing social competence in immigrant students in primary school. A pilot study. [References]. *Emotional & Behavioural Difficulties* 2007; **12**: 105-17.
- 371 Holsen I, Smith BH, Frey KS. Outcomes of the social competence program Second Step in Norwegian elementary schools. *Sch Psychol Int* 2008; **29**: 71-88.
- 372 Kimber B, Sandell R, Bremberg S. Social and emotional training in Swedish classrooms for the promotion of mental health: results from an effectiveness study in Sweden. *Health Promot Int* 2008; **23**: 134-43.
- 373 Kimber B, Sandell R, Bremberg S. Social and emotional training in Swedish schools for the promotion of mental health: an effectiveness study of 5 years of intervention. *Health Educ Res* 2008; **23**: 931-40.
- 374 Lien L, Lien N, Heyerdahl S, Thoresen M, Bjertness E. Consumption of soft drinks and hyperactivity, mental distress, and conduct problems among adolescents in Oslo, Norway. *Am J Public Health* 2006; **96**: 1815-20.
- 375 Boutelle KN, Hannan P, Fulkerson JA, Crow SJ, Stice E. Obesity as a prospective predictor of depression in adolescent females. *Health Psychol* 2010; **29**: 293-8.
- 376 Jerstad SJ, Boutelle KN, Ness KK, Stice E. Prospective reciprocal relations between physical activity and depression in female adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2010; **78**: 268-72.
- 377 Axelrod J, Devaney E, Ogren K, Tanyu M, O'Brien MU. From programs to integrated programming - a framework for implementing and sustaining school-wide social and emotional learning. I: Evans SW, Weist MD, Serpell ZNr, editors. *Advances in school-based mental health interventions. Best practices and program models*. Vol. 2 utg. Kingston, New Jersey: Civic Research Institute; 2007. s. 9-1 - 9-20.
- 378 Weissberg RP, Durlak JA, Taylor RD, Dynmicki AB, O'Brien MU. Promoting social and emotional learning enhances school success: Implications of a meta-analysis. (*submitted for publication*) 2010.

- 379 Haugland S, Grimsmo A. Skolehelsetjenesten i et samfunnsperspektiv. I: Misvæer N, Haugland S, editors. *Håndbok for skolehelsetjenesten*. Oslo: Kommuneforl.; 2009. s. 27-44.
- 380 Kvarme LG, Helseth S, Sorum R, Luth-Hansen V, Haugland S, Natvig GK. The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: a non-randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2010; **47**: 1389-96.
- 381 Dahm KT, Landmark B, Kirkehei I, Reinar LM. *Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010. rapport nr.: nr 15-2010.
- 382 Martinussen, M. *Beskrivelse og vurdering av tiltaket: De utrolige årene (DUÅ) - Foreldretreningssprogram*. [Internett]. [oppdatert 2010; nedlastet 15 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: <http://ungsinn.uit.no/ikbViewer/Content/158799/beskrivelse%20DU%C5-%20oppdatert%20051109%20-%20pdf.pdf>.
- 383 Waddell G, Burton AK. *Is work good for your health and well-being?* London: TSO, 2006.
- 384 Strandh M. State intervention and mental well-being among the unemployed. *J Soc Policy* 2001; **30**: 57-80.
- 385 Tennant C. Work-related stress and depressive disorders. *J Psychosom Res* 2001; **51**: 697-704.
- 386 Netterstrom B, Conrad N, Bech P, Fink P, Olsen O, Rugulies R, Stansfeld S. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiol Rev* 2008; **30**: 118-32.
- 387 Sanne B, Mykletun A, Dahl AA, Moen BE, Tell GS. Testing the Job Demand-Control-Support model with anxiety and depression as outcomes: the Hordaland Health Study. *Occup Med (Lond)* 2005; **55**: 463-73.
- 388 Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med* 2008; **65**: 438-45.
- 389 Paoli P, Merllié D. *Third European survey on working conditions 2000*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2001.
- 390 Rolfe, H, Foreman, J, Tylee, A, and National Institute of Economic and Social Research. *Welfare Or Farewell?: Mental Health and Stress in the Workplace*. [Internett]. Citeseer; [oppdatert 2006; nedlastet 16 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: [http://www.niesr.ac.uk/pdf/270306\\_133707.pdf](http://www.niesr.ac.uk/pdf/270306_133707.pdf).
- 391 Cottrell S. Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing: focused interventions through evidence-based assessment. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001; **8**: 157-64.
- 392 van der Hek H, Plomp HN. Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies. *Occup Med (Lond)* 1997; **47**: 133-41.
- 393 Martin A, Sanderson K, Cocker F. Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scand J Work Environ Health* 2009; **35**: 7-18.
- 394 Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns* 2010; **78**: 184-90.
- 395 Kuoppala J, Lamminpaa A, Husman P. Work health promotion, job well-being, and sickness absences--a systematic review and meta-analysis. *J Occup Environ Med* 2008; **50**: 1216-27.
- 396 Egan M, Bamba C, Petticrew M, Whitehead M, Thomas S, Thompson H. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation 1: a systematic review of interventions that aim to increase employee participation or control. *J Epidemiol Community Health* 2007; **61**: 945-54.
- 397 Ruotsalainen J, Serra C, Marine A, Verbeek J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scand J Work Environ Health* 2008; **34**: 169-78.
- 398 Bamba C, Egan M, Thomas S, Petticrew M, Whitehead M. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. *J Epidemiol Community Health* 2007; **61**: 1028-37.



- 399 Graveling,RA, Crawford,JO, Cowie,H, Amati,C, and Vohra,S. *A review of workplace interventions that promote mental well-being in the workplace*. [Internett]. Edinburgh: Institute of Occupational Medicine; 246. [oppdatert 2008; nedlastet 16 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/MentalWellbeingWorkFinal-Report.pdf>.
- 400 Berkels H, Henderson J, Henke N, Kuhn K, Lavikainen J, Lehtinen V, Ozamiz A, Van den Heede R, Zenzinger K. *Mental health promotion and prevention strategies for coping with anxiety, depression and stress related disorders in Europe (2001-2003)*. Dortmund/Berlin/Dresden: Federal Institute for Occupational Safety and Health; 2004. rapport nr.: 1011.
- 401 AKAN. *Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (AKAN)*. [Internett-side]. [oppdatert 2010; nedlastet 19 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.akan.no/publisher/publisher.asp?id=1>.
- 402 Arthur AR. Employee assistance programmes: The emperor's new clothes of stress management? *Br J Guid Counc* 2000; 28: 549-59.
- 403 Colantonio A. Assessing the effects of employee assistance programs: a review of employee assistance program evaluations. *Yale J Biol Med* 1989; 62: 13-22.
- 404 Golan M, Bacharach Y, Bamberger P. Peer Assistance Programs in the Workplace: Social Support Theory and the Provision of Effective Assistance to Employees in Need. I: Houdmont J, Leka S, editors. *Contemporary Occupational Health Psychology: Global Perspectives on Research and Practice*. Wiley-Blackwell; 2010. s. 169-87.
- 405 Ruesch P, Graf J, Meyer PC, Rossler W, Hell D. Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 686-94.
- 406 Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ* 2001; 322: 204-8.
- 407 Harkonmaki K, Lahelma E, Martikainen P, Rahkonen O, Silventoinen K. Mental health functioning (SF-36) and intentions to retire early among ageing municipal employees: the Helsinki Health Study. *Scand J Public Health* 2006; 34: 190-8.
- 408 Lilleeng S, Ose SO, Bremnes R, Pedersen PB, Hatling T. *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne: Pasienttelling 20. november 2007*. Trondheim: SINTEF; 2009. rapport nr.: A9712.
- 409 Lilleeng S. *Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2008*. Trondheim: SINTEF; 2009. rapport nr.: A11408.
- 410 NOTE: Strategien er et supplement til St.meld. nr.9 (2006-2007) Arbeid, velferd og inkludering, og til øvrig innsats, tiltak og tjenester som skal bidra til at alle som ønsker og kan det kommer i arbeid og fastholder tilknytningen til arbeidslivet.
- 411 Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse: strategiplan 2007-2012*. [Oslo]: Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2007.
- 412 Corrigan PW. *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: an empirical approach*. New York: Guilford, 2008.
- 413 Blank L, Peters J, Pickvance S, Wilford J, Macdonald E. A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *J Occup Rehabil* 2008; 18: 27-34.
- 414 Ose SO. *Kunnskapsstatus: arbeid, psykisk helse og rus*. Trondheim: SINTEF; 2008. rapport nr.: A7177.
- 415 Stoep AV, Weiss NS, Kuo ES, Cheney D, Cohen P. What proportion of failure to complete secondary school in the US population is attributable to adolescent psychiatric disorder? *J Behav Health Serv Res* 2003; 30: 119-24.
- 416 NAV. *Studier med støtte*. [Internett]. [oppdatert 2010; nedlastet 15 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.nav.no/Helse/Arbeid+og+psykisk+helse/Tiltak+og+tilbud/187390.cms>.



- 417 European Union of Supported Employment. *European Union of Supported Employment*. [Internettside]. [oppdatert 2010; nedlastet 10 Dec 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.euse.org/>.
- 418 Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber C, Rossler W, Tomov T, van Busschbach J, White S, Wiersma D. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: A randomised controlled trial. *The Lancet* 2007; **370**: 1146-52.
- 419 Burns T, Catty J, White S, Becker T, Koletsi M, Fioritti A, Rossler W, Tomov T, van BJ, Wiersma D, Lauber C. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophr Bull* 2009; **35**: 949-58.
- 420 Howard LM, Heslin M, Leese M, McCrone P, Rice C, Jarrett M, Spokes T, Huxley P, Thornicroft G. Supported employment: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010; **196**: 404-11.
- 421 Ose SO, Kaspersen SL, Lilleeng S, Kalseth J. *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2008: årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon*. Trondheim: SINTEF; 2010. rapport nr.: A14167.
- 422 Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations. *JOBS program*. [Internett]. [oppdatert 2010; nedlastet 15 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: [http://www.eiconsortium.org/model\\_programs/jobs.html](http://www.eiconsortium.org/model_programs/jobs.html).
- 423 Vinokur AD, Schul Y, Vuori J, Price RH. Two years after a job loss: long-term impact of the JOBS program on reemployment and mental health. *J Occup Health Psychol* 2000; **5**: 32-47.
- 424 Vuori J, Price RH, Mutanen P, Malmberg-Heimonen I. Effective Group Training Techniques in Job-Search Training. *J Occup Health Psychol* 2005; **10**: 261-75.
- 425 Secker J, Membrey H. Promoting mental health through employment and developing healthy workplaces: The potential of natural supports at work. *Health Educ Res* 2003; **18**: 207-15.
- 426 Costa G, Sartori S, Akerstedt T. Influence of flexibility and variability of working hours on health and well-being. *Chronobiol Int* 2006; **23**: 1125-37.
- 427 Nicol AM, Botterill JS. On-call work and health: a review. *Environ Health* 2004; **3**: 15.
- 428 Korpi T. Is utility related to employment status? Employment, unemployment, labor market policies and subjective well-being among Swedish youth. *Labour Econ* 1997; **4**: 125-47.
- 429 NOTE: Garantien har ikke vært lovfestet, men mer uttrykt en forpliktelse om å gi unge et tilbud om arbeidsmarkedstiltak, jobb eller utdanning. Garantien har senere blitt utvidet til å gjelde for 20-24 åringer. Fra 2009 innførte regjeringen i tillegg en tiltaksgaranti som skal sikre tilbud om arbeidsmarkedstiltak for 20-24 åringer som har vært sammenhengende ledige i seks måneder eller mer (Stortingsmelding 44, 2008/2009).
- 430 Hardoy I, Røed K, Torp H, Zhang T. Virker ungdomsgarantien. *Søkelys arb mark* 2006; **23**: 21-30.
- 431 NOTE: Disse tre begrepene brukes på omtrent samme måte. Kanskje er det i vår sammenheng riktigst å snakke om at tiltakene skal være baserte på kunnskap eller evidens som er framkaffet gjennom forskning, med andre ord at tiltakene skal være forskningsbaserte.
- 432 Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *Am J Public Health* 2004; **94**: 400-5.
- 433 Dalgard OS, Sørensen T, Sandanger I, Brevik JI. Psychiatric interventions for prevention of mental disorders. A psychosocial perspective. *Int J Technol Assess Health Care* 1996; **12**: 604-17.
- 434 Weikart DP, Schweinhart LJ. High/Scope Perry Preschool Programme. I: Albee GW&, Gullotta TP, editors. *Primary prevention works*. Thousand Oaks, California: Sage; 1997. s. 146-66.
- 435 Sogaard AJ, Fonnebo V. The Norwegian Mental Health Campaign in 1992: II. Changes in knowledge and attitudes. *Health Educ Res* 1995; **10**: 267-78.

- 436 Shadish WR, Cook TD, Campbell DT. *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin, 2002.
- 437 Brown CH, Ten Have TR, Jo B, Dagne G, Wyman PA, Muthen B, Gibbons RD. Adaptive designs for randomized trials in public health. *Annu Rev Public Health* 2009; **30**: 1-25.
- 438 Rubin DB. Estimating causal effects of treatments in randomized and nonrandomized studies. *J Educ Psychol* 1974; **66**: 688-701.
- 439 Rubin DB. Practical implications of modes of statistical inference for causal effects and the critical role of the assignment mechanism. *Biometrics* 1991; **47**: 1213-34.
- 440 Backe-Hansen E. Hva innebærer et kunnskapsbasert barnevern? *Fontene* 2009; **2**: 4-16.
- 441 Reichelt S, Skjerve J. Praktikeres bidrag til kunnskapsgrunnlaget for klinisk ekspertise. *Innsendt for publisering* 2010.
- 442 Biglan A, Ogden T. The Evolution of Evidence-Based Practices. *European Journal of Behavior Analysis* 2008; **9**: 81-95.
- 443 Higgins JPT, Green S. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. [S.l.]: The Cochrane Collaboration, 2009.
- 444 Flay BR, Biglan A, Boruch RF, Castro FG, Gottfredson D, Kellam S, Moscicki EK, Schinke S, Valentine JC, Ji P. Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination. *Prev Sci* 2005; **6**: 151-75.
- 445 RBUP Nord. *Ungsinn*. Internett. [oppdatert 2010; nedlastet 19 Nov 2010]. Tilgjengelig fra: <http://ungsinn.uit.no/portal/page/portal/Forebygging/basen/startside>.
- 446 Berkman LF, Kawachi I. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.
- 447 Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. *Am J Public Health* 1996; **86**: 668-73.
- 448 Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health* 1996; **86**: 674-7.
- 449 Stige B. *Culture-centered music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers, 2002.
- 450 Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. 2 ed. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.
- 451 Ekeland T. Evidensbasert praksis. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2008; **45**: 406-7.
- 452 Flåm AM. Krafttak og samtak: Korleis skape ein forskningsvenleg BUP? Erfaringar frå klinikk nær forskning i ein travel kvardag. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2008; **45**: 431-43.
- 453 Rønnestad MH. Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2008; **45**: 444-54.
- 454 *Ot.prp. nr. 73 (2008-2009) Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2010.
- 455 Dahl C. *Gode helseregistre - bedre helse: strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010-2020*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2009.
- 456 Tengs TO, Adams ME, Pliskin JS, Safran DG, Siegel JE, Weinstein MC, Graham JD. Five-hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness. *Risk Anal* 1995; **15**: 369-90.
- 457 Nord E, Dalgard OS. Helseøkonomisk vurdering av kurs i mestring av depresjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; **5**: 586-8.

