

Forebyggende tiltak i forhold til barn og unges psykiske helse som kan benyttes av skolehelsetjenesten

- eller hvor skolehelsetjenesten er en viktig samarbeidspartner for skolene.

Av Siv Skotheim, Helene Eng og Ann Mari Undheim



Uit / NORGES ARKTISKE
UNIVERSITET



NTNU

Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern



Regionsenter for barn og
unges psykiske helse

Helseregion ØST og SØR

Innholdsfortegnelse

1	Oppdrag fra Helsedirektoratet til RKBUEne/RBUP Øst og Sør	4
1.1	Primær forebyggende tiltak i forhold til psykisk helse hos skolebarn	4
2	Sammendrag	6
3	Innledning.....	9
3.1	Når er en metode/tiltak evidensbasert?	9
4	Oppsummeringer	11
4.1	Anbefalinger gitt med utgangspunkt i NICE	11
4.1.1	Veileder for arbeid med sosial og følelsesmessig velvære for barn.....	14
4.1.2	Veileder for arbeid med sosial og følelsesmessig velvære for ungdom.....	16
4.1.3	Veileder for arbeid med antisosial atferd og atferdsforstyrrelser hos barn og unge ...	18
4.1.4	Veileder for arbeid med depresjon hos barn og unge	21
4.1.5	Veileder for arbeid med sosial angst.....	24
4.2	Forebyggende tiltak og anbefalinger: Folkehelseinstituttet	26
4.3	Forebyggende program: SBU rapporten	28
4.4	Forebyggende tiltak som er i bruk i Norge: Ungsinn.....	32
5	Diskusjon	38
5.1	Helsefremmende og forebyggende innsatser på skolenivå	38
5.2	Tiltak for atferdsproblemer	40
5.3	Tiltak for emosjonelle vansker som angst og depresjon	41
5.4	Tiltak for barn i risiko.....	43
5.5	Tilgjengelighet av gode tiltak/intervensjoner i Norge.....	43
5.6	Konklusjon	44

1 Oppdrag fra Helsedirektoratet til RKBUEne/RBUP Øst og Sør

I forbindelse med Helsedirektoratets arbeid med å utarbeide en Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon og skolehelsetjenesten, ble det i oppdragsbrevene til RKBUEne/RBUP Øst og Sør, KORUSene og RVTSEne presisert at de tre kompetansesentermiljøene skulle bidra med sin kompetanse inn mot retningslinjearbeidet. RKBUEne Vest fikk ansvar for å koordinere arbeidet inn mot skolehelsetjenesten, inkludert helsestasjon for ungdom.

RKBUEne Vest startet desember 2013 en arbeidsgruppe bestående av representanter fra hvert kompetansesenter, inkludert senterleder og undervisningsleder ved RKBUEne Vest. I forhold til leveransen på de spesifikke områdene knyttet til psykisk helse, rus og vold opprettet hvert senter interne arbeidsgrupper som skulle jobbe videre med sine del-leveranser. Denne rapporten tar for seg arbeidet som har vært gjort ved RKBUEne/RBUP Øst og Sør, hvor fokus har vært på primærforebyggende tiltak i forhold til psykisk helse hos skolebarn.

Arbeidsgruppen har bestått av Siv Skotheim (RKBUEne Vest), Helene Eng (RKBUEne Nord) og Anne Mari Undheim (RKBUEne Midt-Norge).

1.1 Primærforebyggende tiltak i forhold til psykisk helse hos skolebarn

Utgangspunktet for arbeidet var presiseringen gitt av Helsedirektoratet 12.09.2013.

«Primærforebyggende tiltak i forhold til psykisk helse, i alderen 6-20 år. Gi en oversikt over dokumenterte tiltak som fremmer psykisk helse v.h.a kognitive teknikker, og som kan gjennomføres innenfor de ordinære tjenestene, evt i samarbeid med skolene».

Primærforebyggende tiltak er definert som tiltak med målsetning om å redusere forekomst av sykdom. En nyere måte å kategorisere forebyggende tiltak på er som universalforebyggende, selektivt forebyggende og indikert forebyggende (Barry & Jenkins, 2007). Denne kategoriseringen definerer forebygging som en innsats før en diagnostiserbar sykdom/lidelse eller et klinisk høyt symptomnivå har oppstått. Et tiltak virker forebyggende dersom det over tid bidrar til å redusere antall nye sykdomstilfeller (insidens) eller reduserer antall nye personer med et høyt symptomnivå (Dalgard, Mathisen, Nord, Ose, Rognerud & Aarø, 2011).

Universale tiltak retter seg mot alle uten hensyn til risikofaktorer. *Selektive* tiltak retter seg mot grupper med forhøyet risiko for å utvikle psykiske vansker og *indikerte* tiltak retter seg mot individer som har et forhøyet symptomnivå og en forhøyet risiko for å utvikle langvarige og mer alvorlige psykiske vansker eller lidelser. I tillegg finnes helsefremmende innsatser som har som mål å fremme god psykisk helse og velvære. Vi velger å bruke disse begrepene i denne rapporten.

Studier viser at de mest prevalente lidelsene blant barn og unge er atferdsvansker og emosjonelle problemer (angst og depresjon) (Heiervang et al., 2007). Vi har derfor i denne rapporten tatt utgangspunkt i forebyggende tiltak som retter seg mot disse vanskene/lidelsene.

Vi søkte etter oppsummert og gradert forskning på forebyggende tiltak som kan benyttes av skolehelsetjenesten alene eller i tverrfaglig samarbeid med andre tjenester, og tiltak hvor skolehelsetjenesten vil være en viktig samarbeidspartner i skolens helsefremmende arbeid.

Vi identifiserte syv relevante eksempler på oppsummert og gradert forskning: fem veiledere fra National Institute of Health and Care Excellence (NICE), en norsk rapport fra Folkehelseinstituttet (2011), en systematisk oversikt fra Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2010) og oppsummert og gradert forskning fra norske studier (Ungsinn.no)

2 Sammendrag

Helsefremmende og forebyggende innsatser på skolenivå

National Institute of Health and Care Excellence (NICE) anbefaler at skolene har helhetlige program som fremmer barns sosiale og emosjonelle kompetanse og velvære og som reduserer mobbing og vold på skolen. *Olweus*, *Respekt*, *PALS*, *De utrolige årenes skoleprogram* og *Zero* er alle helhetlige skoleprogram med disse målsetningene og som er tilgjengelig i Norge. De implementeres primært i skolen, men skolehelsetjenesten kan være en samarbeidspartner. *Olweus* og *RESPEKT* er vurdert som dokumentert virksomt (nivå 4 av 4), mens *Zero* og *PALS* er vurdert som funksjonelt virksomme (nivå 3 av 4) i Ungsinn.

I tillegg har skoleprogrammene *Zippys venner* og *VIP* vist seg å ha en forebyggende effekt (ungsinn.no). *Zippys venner* er et universalforebyggende program som retter seg mot barn i barneskolen (1-4 trinn) der det overordnede målet er å fremme god psykisk helse og forebygge emosjonelle vansker. *VIP* er et universalforebyggende program som retter seg mot elever i den videregående skole der skolen, skolehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samarbeider om et tilbud til ungdom. Målsettingen er at elevene skal bli rustet til å ivareta sin psykiske helse og få informasjon om hvor de kan henvende seg dersom de får psykiske plager. I kunnskapsoppsummeringen fra SBU viste også *FRIENDS* sitt universalforebyggende program en effekt i forhold til å redusere angst hos barn i alderen 10-13 år (nivå 2 av 4). Programmet er oversatt til norsk og effektevalueringer av programmet pågår.

NICE anbefaler at skolene og de tjenestene som arbeider med barn og unge i tilknytning til skolene bør samarbeide om å utvikle lokale protokoller i forhold til forebygging og oppfølging av barn og unge med psykiske vansker. Slike protokoller bør inneholde kartleggingsmetoder, ansvarsavklaringer og henvisningsrutiner med utgangspunkt i de lokale organiseringene av tjenestene og tilgjengelige ressurser. Det fremheves at ansatte i skolen og primærhelsetjenesten har en viktig rolle i å identifisere og tilby tidlig hjelp til barn og unge med psykiske vansker.

Atferdsvansker

NICE anbefaler at dersom barnets foreldre, skolen eller andre utførere i skolen er bekymret med tanke på vedvarende antisosial atferd, bør det vurderes om barnet har atferdsvansker som trenger en videre oppfølging. Dersom kompliserende faktorer er tilstede, slik som andre psykiske plager, lærevansker, mulige nevrologiske tilstander og/eller rusproblemer er tilstede, bør barnet henvises til spesialisthelsetjenesten. Dersom ingen av de kompliserende faktorene er til stede kan man vurdere tilbud om eller direkte henvisning til en intervensjon.

I følge veilederen fra NICE kan foreldreveiledningsprogram basert på sosial læringsteori tilbys til foreldre med barn i alderen 3-11 år med begynnende symptomutvikling eller som er i risiko for å utvikle atferdsvansker. Foreldreveiledningsprogrammene til *De utrolige årene* (DUÅ) er tilgjengelige i Norge og er gjennom internasjonale studier og norske studier funnet å være virksomt. I tillegg viser norske studier at både *PMTO* og *TBIR foreldregruppeintervensjon* og *TBIR rådgivingsintervensjon* har en effekt i familier hvor barnet har en begynnende symptomutvikling for atferdsvansker.

For barn i alderen 9-14 år til barn med en viss symptombelastning anbefaler NICE at disse tilbys gruppebaserte program for barn basert på kognitiv atferdsteori (KAT). I SBU's gjennomgang av internasjonale studier ble programmet *Coping Power* vurdert til å ha en effekt på utagerende atferd hos barn med en viss symptombelastning (nivå 2 av 4), men tiltaket er så vidt vi vet ikke tilgjengelig i Norge. Tiltakene *ART* og *TBIR Sosial ferdighetstrening* er eksempler på denne type tiltak som er tilgjengelig i Norge. Ungsinn har vurdert *ART* til å være funksjonelt virksomt på evidensnivå 3 av 4, mens *TBIR Sosial ferdighetstrening* vurderes som sannsynlig virksomt (nivå 2 av 4).

Emosjonelle vansker som depresjon og angst

NICE anbefaler at ansatte i skolen og primærhelsetjenesten, slik som skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom, bør ha kompetanse til å oppdage symptomer på depresjon og til å vurdere barn og unge som er i risiko for å utvikle depresjon. Ved enkeltstående vanskelige livshendelser bør man vurdere risikoen for utvikling av depresjon hos barnet eller ungdommen. Dersom to eller flere andre risikofaktorer er tilstede bør barnet tilbys muligheten for å snakke med en profesjonell, eksempelvis helsesøster. Utgangspunktet er at milde depresjoner uten andre risikofaktorer og milde depresjoner uten komorbide tilstander kan følges opp av primærhelsetjenesten. For barn med milde depresjonssymptomer anbefales

ikke-dirigerende støttesamtaler, gruppebasert kognitiv atferdsterapi (KAT) eller veiledet selvhjelp.

Nice anbefaler at ikke-dirigerende støttesamtaler bør bygge på gode kommunikasjonsferdigheter og aktiv lytting. I kunnskapsoppsummeringen fra SBU viste det kognitive baserte gruppeprogrammet *Coping with stress* en moderat effekt i forhold til å forebygge depresjon hos ungdom (nivå 2 av 4). Programmet *Coping with stress* (CWS) finnes så vidt vi vet ikke i Norge, men ligner trolig mye på *Depresjonsmestring for Ungdom (DU)*, som er vurdert som funksjonelt virksom i Ungsinn (nivå 3 av 4). Tiltakene *SMART* og *Mestrende barn og Psykologisk førstehjelp* er tiltak som finnes i Norge og som kan tilbys til barn i risiko for å utvikle depresjon. Foreløpig mangler norsk dokumentasjon på effektene av tiltakene, men flere norske studier pågår.

NICE anbefaler også at ansatte i skolen og primærhelsetjenesten bør være observant på sosiale angstlidelser, særlig barna som vegrer seg for å gå på skolen, unngår sosiale gruppeaktiviteter og det å snakke i sosiale situasjoner, eller som er irritable, ekstremt sjenerte eller overdrevet avhengig av foreldre/ omsorgspersoner. For barn med sosial angst anbefaler NICE individuelle eller gruppebaserte tiltak basert på KAT. Tiltakene *SMART*, *Friends*, *Psykologisk førstehjelp* og *Mestrende barn* er alle kognitivt baserte tiltak som kan brukes i forhold til barn og unge med angst. Det mangler foreløpig norsk dokumentasjon på effektene av disse tiltakene, men flere norske studier pågår. Mange av tiltakene for angst og depresjon er forholdsvis nye i Norge og det har ikke vært den samme systematiske satsingen på effektevalueringer og spredning på dette område som for atferdsvansker.

Barn i risiko

Barn og unge som lever i ulike risikosituasjoner eller som opplever vanskelige livshendelser har en økt risiko for å utvikle atferdsvansker og/eller emosjonelle vansker. Fem tiltak rettet mot barn og unge som vokser opp med psykisk syke foreldre, foreldre med rusproblemer, eller barn og unge som opplever foreldres samlivsbrudd er beskrevet i Ungsinn. Tiltakene er vurdert som sannsynlig virksomme på nivå 2 av 4 og det er derfor behov for mer kunnskap om effektene av disse tiltakene.

3 Innledning

Hensikten med denne rapporten var å utforme en kunnskapsoppsummering som kan legges til grunn i utviklingen av norske retningslinjer for skolehelsetjenesten.

Skolehelsetjenesten arbeider helsefremmende og forebyggende i forhold til barn og unges psykiske og fysiske helse. Skolehelsetjenesten skiller seg fra andre tjenester ved at den kan samarbeide med skolen om tiltak på systemnivå (Haugland & Misvær, 2009). I tillegg spiller skolehelsetjenesten en viktig rolle for enkeltelever, med ansvar for at barn og unge med psykiske problemer får oppfølging og eventuell behandling fra andre relevante tjenester. Det finnes få studier som direkte har sett på skolehelsetjenestens betydning med tanke på å fremme et godt skolemiljø og god psykisk helse blant elevene, men i flere av de skolebaserte programmene som er omtalt SBU rapporten og Ungsinn (Ungsinn.no) spiller skolehelsetjenesten en viktig rolle. I tillegg viser de ulike anbefalingene fra NICE at skolehelsetjenesten er et viktig bindeledd mellom skolen og spesialisthelsetjenesten når det gjelder å fange opp, tilby tidlig hjelp og henvise videre barn og unge som trenger ytterligere oppfølging fra spesialister.

De ulike kunnskapsoppsummeringene som gjengis i denne rapporten bygger på ulike kriterier for evidens og det kan derfor være vanskelig direkte å sammenligne resultatene. Før vi går inn på resultatene og anbefalingene fra de enkelte kunnskapsoppsummeringene vil vi derfor si litt om ulike kriterier for når en metode eller et tiltak er evidensbasert.

3.1 Når er en metode/tiltak evidensbasert?

Det er ulike oppfatninger av hva som skal til for å kunne hevde at et tiltak er evidensbasert eller dokumentert virksomt. Ulike kunnskapsoppsummeringer legger vekt på ulike kriterier, og dermed vil også konklusjonene noen ganger fremstå som ulike. I utviklingen av kunnskapsbasert praksis, må man derfor i noen grad forholde seg til metoden som har vært brukt i utarbeidelsen av oppsummeringen. Ulike kilder har styrker og svakheter og sett i sammenheng vil de kunne utfylle hverandre.

Ulike organisasjoner har etablert standarder for evidens. Innenfor psykososiale intervensjoner har for eksempel Society of Prevention Research (SPR) laget standarder for hva som skal til

for å si at et tiltak er virksomt gjennom forskning, er virkningsfullt i vanlig praksis og klar for spredning (Flay et al., 2005). Flere organisasjoner innen feltet psykisk helse benytter kriterier for evidens som bygger på SPR sine kriterier. I SPRs standarder legges det til grunn at tiltakene må være testet i minst to randomiserte kontrollerte studier (RCT-studier) av god kvalitet. Andre miljøer hevder at ved kun å legge vekt på disse avanserte studiene og ekskludere andre forskningsdesign, kan man gå glipp av viktig kunnskap om tiltakets mulige effekter (Woody, D'Souza, & Darman, 2006; Veerman & van Ypern, 2007). Enkelte ganger vil det være etisk, økonomisk eller praktisk vanskelig å gjennomføre en RCT-studie og da kan en effektstudie med et enklere forskningsdesign være et alternativ. Resultatene fra slike studier gir en indikasjon på om tiltaket er virksomt, og dermed mer kunnskap enn om tiltaket ikke var testet. Kriteriene for evidens som brukes av nettsiden Ungsinn bygger på SPR sine kriterier og databasen er utviklet av Nederlands Jeugdinstituut (www.nji.nl). Studier graderes etter styrken på evidens fra RCT studier, kvasi-eksperimentelle design til mindre sikre forskningsdesign.

GRADE er kriterier som kan brukes i vurdering av evidens i systematiske oversikter (Vist, Sæterdal, Vandvik, & Flottorp, 2013). Disse anvendes i hele medisins- og helsefeltet for å gradere påliteligheten til den kunnskapen som finnes. GRADE benyttes for å vurdere kunnskapsgrunnlaget for en forhåndsdefinert problemstilling. Det kan være effekten av et bestemt tiltak, men også andre problemstillinger som for eksempel effekten av en type tiltak (f.eks. foreldretreningsintervensjoner) eller effekten av spesifikke metoder som benyttes i flere tiltak (f. eks. kognitiv atferdsterapi). GRADE tar også utgangspunktet i at RCT er det beste forskningsdesignet for å avdekke effekt. I tillegg vurderes andre faktorer som kan svekke eller styrke påliteligheten til resultatene, slik som for eksempel prosedyrer for randomisering, blinding og konsistens mellom ulike studier.

Både SPR, GRADE, Ungsinn og andre systemer for gradering av evidens har som mål å vurdere hvor pålitelige resultatene fra forskningen er, altså hvor sikker man kan være på at resultatene reflekterer virkeligheten slik den faktisk er. De fleste kunnskapsopsummeringer som benytter GRADE, legger vekt på et internasjonale utvalg av studier. De vil dermed ofte ha mange studier som grunnlag for sine konklusjoner, noe som er en styrke. De er generelt noe strengere enn vurderingene i Ungsinn når det gjelder krav til kvalitet i gjennomføring av studiene og konsistens mellom resultater fra ulike studier. På en annen side bygger kriteriene i Ungsinn på en oppfatning om at effekten av intervensjoner bør vært vist gjennom norske studier for at man med rimelig grad av sikkerhet skal kunne anta at en psykososial

intervensjon er virksom i vanlig praksis i Norge. Dermed vil graderingen sjelden bygge på mange studier. I tillegg legges det i Ungsinn vekt på at evidensbaserte tiltak må ha en solid implementeringsstrategi som sikrer at tiltaket utøves på samme måte i vanlig praksis som det ble i effektevalueringen.

For å kunne si at et tiltak er virksomt, bør det altså bygge på pålitelig forskning. I tillegg må det kunne vises til betydningsfulle effekter. Om forskningen vurderes som sterk og pålitelig, er det interessant å vurdere effektstørrelsene. Det er også viktig å fremheve at når det gjelder ulike forebyggende tiltak så vil problemene man skal forebygge ikke være særlig uttalte og derfor kan selv små effektstørrelser være interessante. Dette gjelder særlig i forhold til universal forebyggende tiltak, ettersom andelen individer med de problemene man forsøker å forebygge er liten. Dette medfører at selv små effekter kan være av betydning og danne grunnlaget for anbefalinger om implementering av programmet/tiltaket. Jo høyere problemnivået i populasjonen som undersøkes er, jo større effekter vil man forvente.

4 Oppsummeringer

4.1 Anbefalinger gitt med utgangspunkt i NICE

Metoder

NICE er en britisk uavhengig organisasjon som utarbeider veiledere for å fremme gode helsetjenester. NICE har publisert to veiledere som omhandler helsefremmende innsatser (NICE Public Health Guidance), en for barn og en for ungdom. I tillegg har de publisert tre veiledere med kliniske anbefalinger (NICE Clinical Guideline) i forhold til barn og unge med atferdsproblemer, depresjon og sosial angst.

NICE Public Health Guidance

Kunnskapsgrunnlaget i de to veilederne for helsefremmende innsatser, som er inkludert i denne rapporten bygger på systematiske oversikter, økonomiske vurderinger, ekspertuttalelser og feltarbeid. Oversiktene er basert på søk i relevante databaser, eksplisitte inklusjons- og eksklusjonskriterier, og NICE's egen sjekkliste for å vurdere studiekvalitet. Hver studie ble beskrevet ut i fra studie type og gradert (++, +, -) for å vurdere risikoen for potensielle svakheter ved konklusjonene. NICE bruker følgende kriterier som grunnlag for graderingen:

Evidensnivå	Beskrivelse
++	Alle eller omtrent alle kriterier er tilfredsstillt, eller det er svært usannsynlig at ytterligere forskning vil endre konklusjonen
+	Noen av kriteriene i sjekklisten er oppfylt, og det er usannsynlig at de kriteriene som ikke er oppfylt eller godt nok beskrevet vil endre konklusjonen.
-	Få eller ingen av kriteriene er oppfylt, og det er sannsynlig eller svært sannsynlig at ny forskning vil endre konklusjonen.

Anbefalingene gitt av NICE er basert på dokumentasjonsstyrke, effektstørrelse, overførbarhet, innflytelse i forhold til sosiale forskjeller mht til helse, kostnadseffektivitet, balanse mellom risiko og nytte, og krav til implementering og forventede praksisendringer.

NICE Clinical Guideline

Kunnskapsgrunnlaget i de to veilederne for atferdsproblemer og sosial angst er utført av the National Collaborating Centre for Mental Health (NCC) (Royal College of Psychiatrists). Senteret samarbeider med en arbeidsgruppe bestående av profesjonelle helsearbeidere (psykologer, leger og helsesøstre), pasienter og pårørende og teknisk personale. Metoden og prosessen er beskrevet i egen manual på NICE sine sider: <http://publications.nice.org.uk/the-guidelines-manual-pmg6>. NICE har siden 2009 tatt utgangspunkt i GRADE (se NICE sine kriterier for gradering ovenfor) for å vurdere bevisgrunnlaget for anbefalingene som gis. Før anbefalingene publiseres blir de sendt ut til offentlig høring (public consultation).

Kunnskapsgrunnlaget i veilederen for depresjon hos barn og ungdom er fra 2005 og følger en noe annen metode og prosess enn den som er beskrevet over. Graderingsskjema som ble brukt er utformet av the Clinical Outcome Group, National Health Service Executive (1996). Anbefalingene er gradert fra A til C eller ut i fra good practice point (GPP). Dette illustrerer styrken eller bevisgrunnlaget for de anbefalingene som gis. Hver anbefaling som er gitt i denne veilederen er markert med bokstavene (A-C) eller gitt ut i fra god praksis (GPP). Veilederen brukte følgende kriterier som grunnlag for graderingen:

Evidensnivå	Beskrivelse
A	Minst en randomisert kontrollert studie som en del av en større litteratur med god kvalitet og konsistens.
B	Godt gjennomførte kliniske studier, men ingen randomisering.
C	Ekspert komite rapporter eller uttalelser og/eller kliniske erfaringer av anerkjente autoriteter.
GPP	Anbefalt med utgangspunkt i god praksis fra kliniske eksperter.

4.1.1 Veileder for arbeid med sosial og følelsesmessig velvære for barn

National Institute for Health and Clinical excellence (NICE), 2008.

Innhold

Kunnskapsbasert veileder fra NICE som tar for seg hvordan man best kan fremme sosial og emosjonell velvære hos barn i barneskolealder (4-11 år). Veilederen retter seg mot lærere, skoleledelse og andre profesjonelle som jobber med helsefremmende arbeid i tilknytning til skolesystemet. Det overordnede spørsmålet var: Hvilke universelle, indikerte og målrettede intervensjoner er effektive med hensyn til å fremme god psykisk helse hos barn som går på barneskolen?

Anbefalinger

Anbefalingene er samlet under tre overskrifter og vi har sammenfattet de anbefalingene som virker relevante for norsk skolehelsetjeneste.

Organisatoriske tiltak

- Få på plass og evaluere koordinerende mekanismer som sikrer at alle skoler har tilgang til kompetanse, råd og støtte slik at de kan levere effektive program som utvikler barns sosiale og emosjonelle evner og velvære.
- Skolene og andre tjenester som jobber med barn og unge bør samarbeide og utforme lokale protokoller knyttet til barn og unges psykiske helse. Protokollene bør inneholde kartleggingsmetoder, henvisningsrutiner og ansvarsavklaringer, med utgangspunkt i den lokale organiseringene av tjenestene og tilgjengelige ressurser.

Universelle tiltak

- Skolene bør ha et helhetlig program som fremmer barns sosiale og emosjonelle evner og velvære.
- Integre aktiviteter som støtter det helsefremmende arbeidet og som forebygger mobbing og vold på skolen.

Selektive og indikerte tiltak

- Sikre at lærere og andre utførere i skolen har kompetanse til å oppdage og kartlegge tidlige tegn på angst, emosjonelle plager og atferdsproblemer hos barn i barneskolealder. De bør også ha kompetanse til å vurdere når spesialister bør trekkes

inn og kunne utforme en passende henvisning. Barn som blir utsatt for vanskelige situasjoner slik som mobbing eller rasisme, eller som er utsatt for sosialt vanskelige situasjoner er i en høy-risiko gruppe. Eksempler på det siste er barn som lever i familier med et høyt konfliktnivå eller ustabile forhold, barn med høyt fravær/skolevegring, barn utsatt for negative livshendelser (tap av foreldre eller skilsmisse), fosterbarn, og barn som har vært utsatt for vold og/eller overgrep.

- Identifisere og kartlegge barn som viser tidlige tegn på angst, emosjonelle plager eller atferdsproblemer. I utgangspunktet skal spesialisthelsetjenesten først kobles inn dersom barnet har en kombinasjon av risikofaktorer og/eller problemene er vedvarende eller tilbakevendende.
- Ta opp og diskuter mulige tilnærminger med barnet og barnets omsorgspersoner og bli enige om en handlingsplan som første trinn i en trinnvis tilnæringsmodell (se veilederen for depresjon hos barn og unge).
- Tilby en rekke intervensjoner som har vist seg å være effektiv i forhold til barnets behov. Disse bør være en del av en større innsats rettet mot barnet og familien og kan tilbys på skolen og/eller andre relevante settinger. Når det er passende kan de involvere problem-fokuserte grupper for barn ledet av trent helsepersonell som mottar klinisk veiledning (eksempelvis helsesøstre). Parallelt kan det også tilbys foreldre veiledningsgrupper for barnas foreldre/omsorgspersoner.

4.1.2 Veileder for arbeid med sosial og følelsesmessig velvære for ungdom

National Institute for Health and Care excellence (NICE), 2009.

Innhold

Denne veilederen fra NICE har et bredt fokus, og er tenkt for alle som har en direkte eller indirekte rolle og ansvar for å fremme sosial og emosjonell velvære hos ungdom mellom 11-19 år, inkludert lærere og helsearbeidere knyttet til skolen. Veilederen er et supplement til veileder for arbeid med sosial og emosjonell velvære hos barn (4-11 år) and andre veiledere av betydning for barn og unges psykiske helse.

Veilederen understreker at sosiale og emosjonelle velvære hos ungdom er viktig i seg selv og at god psykisk helse beskytter unge mot emosjonelle og atferdsmessige problem, vold og kriminalitet, tenåringssvangerskap, stoff og alkoholmisbruk. Det stimulerer også evnen til å lære og prestere akademisk.

Anbefalinger

Anbefalingene i denne NICE-veilederen er organisert under seks overskrifter. Nedenfor sammenfatter vi de anbefalingene som virker relevante for norsk skolehelsetjeneste. Disse innbefatter skolebaserte, universelle tiltak til henvisning og behandling av ungdom med psykiske problem

Strategisk rammeverk

- Tjenesten bør utvikle ordninger som gjør organisasjonen i stand til å fremme sosial og emosjonell velvære for ungdom.
- Tjenesten bør ha kompetanse til å fremme sosial og emosjonel velvære hos ungdommen. Dette inkluderer organisering, kunnskap og ressurser.
- Tjenestene bør stimulere til å etablere og dele praktisk kunnskap om hvordan man fremmer sosial og emosjonell velvære blant ungdom.
- Sikre at skolene og utførere i skolen har tilgang til spesialisert kompetanse, råd og støtte.

Nøkkelprinsipp

- Alle som arbeider med ungdom har ansvar i skolen. De må sørge for at sosiale og emosjonelle aspekt er dekket i planer, system og aktiviteter.
- Det er viktig å arbeide for en kultur som fremmer grunnleggende respekt, læring og gode relasjoner mellom ungdom og ansatte og skape en kultur med inkludering og kommunikasjon som sikrer at unges bekymringer kan bli tatt opp.
- Sammen må alle aktører sørge for et trygt miljø som fremmer ungdoms positive selvbilde og reduserer frykt for mobbing, vold og fremmer positiv adferd.
- Ungdom må ha tilgang til spesialist tjenester av ulike slag slik at sosiale og emosjonelle problem kan bli tatt opp så fort de viser seg.

Arbeid i samarbeid med de unge

- Ungdom kan få hjelp med å bygge vennskap.
- Ungdom må få klar beskjed om muligheter de har til å søke hjelp for å diskutere personlige problem og emosjonelle vansker.

Trening og fortsettelse av profesjonell utvikling

- Sosial og emosjonell velvære må integreres i trening og utdanning av de som jobber med ungdom på ungdomskolene eller på videregående nivå.
- Man må sikre at praktikerne har kunnskap, forståelse og ferdigheter nok til å fremme ungdoms sosiale og emosjonelle velvære. Denne treningen bør inneholde:
 - Gode ferdigheter til å lytte og bygge opp undommene, inkludert en ikke-dømmende holdning.
 - Identifisere og respondere på behovene til ungdom som opplever emosjonelle og atferdsmessige utfordringer.
 - Kjennskap til hvordan man kan komme i kontakt med spesialisthelstjenesten dersom barnet trenger oppfølging fra spesialister.
 - Få mulighet til reflektere over og utvikle egne sosiale og emosjonelle ferdigheter og bevissthet.

4.1.3 Veileder for arbeid med antisosial atferd og atferdsforstyrrelser hos barn og unge

National Institute of Health and Care Excellence (NICE), 2013.

Innhold

Barn med atferdsproblemer utgjør en betydelig del av arbeidet til de som arbeider i skole- og helse systemet. Det er høy komorbiditet med andre lidelser, slik som ADHD og det er sterkt assosiert med dårlige skoleprestasjoner, sosial isolasjon og rusproblemer i tenårene.

Ulike intervensjoner har vært utviklet i forhold til barn med atferdsproblemer, slik som foreldretreningsprogram til foreldre med små barn og multisystemiske tilnærminger rettet mot eldre barn/ungdom. Tre tema er felles for disse intervensjonene:

- Et sterkt fokus på foreldre og familiene.
- Fokus på det omliggende sosiale systemet rundt barnet og mulige intervensjoner.
- Fokus på å forebygge eller redusere eksisterende vansker.

Faktorer som øker risikoen for atferdsproblemer er en straffende og inkonsistent oppdragelsesstil, psykiske vansker hos foreldre (depresjon, rusmisbruk og anti-sosial personlighets forstyrrelse), fattigdom og det å være barnevernsbarn. I tillegg mer individuelle faktorer slik som dårlige skoleprestasjoner og tilstedeværelsen av andre psykisk helseproblemer.

Veilederen inneholder en rekke intervensjoner, inkludert behandling og forebygging på indikert og selektivt nivå, mens forebyggende intervensjoner på universelt nivå dekkes ikke.

Anbefalinger

Anbefalingene i denne NICE-veilederen er organisert under syv hovedoverskrifter og anbefalinger som gis er rettet mot flere ulike tjenester. Nedenfor sammenfatter vi de anbefalingene som virker relevante for norsk skolehelsetjeneste.

Selektiv forebygging

- Tilby klasseroms basert undervisningsprogram rettet mot emosjonell læring og problemløsning for barn i småskolen i klasser hvor en høy andel av barna er identifisert til å være i risiko for å utvikle atferdsvansker.
- Klasseroms baserte program bør inneholde intervensjoner som tar sikte på:

- Å øke barnas bevissthet omkring egne og andres emosjoner, læring av selv-kontroll, styrke et positivt selv-bilde og gode vennerelasjoner og utvikle barnets problem-løsnings strategier.
- Programmene bør involvere opp til 30 sesjoner og gå over et helt skoleår.

Tidlig identifisering

Tidlig identifisering av barn og unge med mulige atferdsforstyrrelse.

- Gjennomføres dersom barnets foreldre, helsepersonell, skole eller vennegruppen er bekymret med tanke på vedvarende antisosial atferd.
- SDQ kan benyttes som et kartleggingsverktøy ved førstegangs vurdering. Fylles ut av foreldre, fosterforeldre og/ eller lærere.
- Vurder i tillegg om andre kompliserende faktorer er til stede slik som andre mentale helseproblemer, nevrologiske tilstander, læringsvansker eller rusproblemer.
- Dersom kompliserende faktorer er tilsted bør barnet henvises til spesialisthelsetjenesten for en videre utredning.
- Dersom ingen av de kompliserende faktorene er til stede kan man vurdere direkte henvisning til en intervensjon.

Indikert forebygging og behandling

Retter seg mot barn som er i risiko for å utvikle en atferdsforstyrrelse basert på begynnende tegn og symptom utvikling, har fått en diagnose på atferdsforstyrrelse eller har vært i kontakt med politiet pga antisosial atferd. Følgende kan være relevant for skolehelsetjenesten.

Dersom barnet er mellom 3-11år

Foreldretreningsprogram:

- Tilby gruppebaserte foreldretreningsprogram.
- Programmene bør involvere begge foreldrene dersom dette er mulig.
- Gruppene bør typisk bestå av
 - 10-12 foreldre i en gruppe.
 - være basert på sosial lærings teori, samt bruke modellering, trening og feedback for å øke foreldreferdighetene.
 - 10-16 møter av en varighet på 90-120 minutter.

- Følge en manual og bruke alt nødvendig materiale for å sikre en konsistent implementering av programmet.
- Tilby individuelle foreldretrenings program til de i som av en eller annen grunn ikke kan delta i gruppebaserte foreldretreningsprogram.

Dersom barnet er mellom 9-14 år

Barnefokuserte program:

- Tilby gruppebaserte program tilpasset barnets alder.
- Basert på kognitive-atferds modeller.
- Består av 10-18 møter av 2 timers varighet pr gang.
- Følge en manual og bruke alt nødvendig materiale for å sikre en konsistent implementering av programmet.

Dersom barnet er mellom 11-17 år

Multimodale program: Vi anser ikke skolehelsetjenesten som en relevant tjeneste her.

4.1.4 Veileder for arbeid med depresjon hos barn og unge

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2005

Innhold

Denne veilederen fra NICE gir anbefalinger i forhold til identifisering og behandling av depresjon hos barn (5-11 år) og ungdom (12-18 år) i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Utformingen av denne veilederen er basert på inndelingen i ICD-10, som skiller mellom:

- Mild depresjon
- Moderat og alvorlig depresjon
- Alvorlig depresjon med psykotiske symptomer

Anbefalinger

Organisering og planlegging av tiltak:

Bedre samarbeid mellom første-og andrelinjetjenesten for å øke mulighetene for å oppdage og kunne tilby hjelp/behandling til barn og unge som sliter med depresjon.

- Spesialisthelsetjenesten bør samarbeide med førstelinjetjenesten, inkludert skolehelsetjenesten og lærere, slik at disse får økt kunnskap om depresjon og ferdigheter til å oppdage og følge opp barn og unge med depresjon. Dokumentasjonsgrad: GPP.
- Etablere klare kommunikasjonslinjer mellom tjenestene og utvikle systemer for oppfølging av barn og unge med depresjon. Dokumentasjonsgrad: GPP.

Stegvis tilnærming:

Steg 1: Oppdage, risikoprofiler og henvisning

Oppdage og vurdere risikoprofiler:

Ansatte i førstelinjetjenesten, inkludert skolehelsetjenesten og lærere;

- Bør få opplæring i å oppdage symptomer på depresjon og til å vurdere barn og unge som er i risiko for å utvikle depresjon. Opplæringen bør inkludere en vurdering av nåværende og tidligere psykososiale risikofaktorer. Dokumentasjonsgrad: C.

- Bør få opplæring i kommunikasjonsferdigheter slik som «aktiv lytting» og «gode kommunikasjontechnikker», slik at de er trygg på sine ferdigheter i møte med tristhet og nedstemthet hos barn og unge som opplever vanskelige livshendelser.
Dokumentasjonsgrad: GPP.
- De bør ha tilgang til spesialister for veiledning og rådgøring. Dokumentasjonsgrad: GPP.
- Når et barn opplever en enkeltstående vanskelig livshendelse, slik som tap av nære omsorgspersoner, forelderens skilsmisse/seperasjon eller andre betydelige vanskelige livshendelser bør man:
 - Vurdere risikoen for utvikling av depresjon hos barnet, samt ta kontakt med barnets foreldre/omsorgspersoner. Dokumentasjonsgrad: C.
 - Tilby barnet støtte og mulighet til å snakke om hendelsen dersom ikke andre risikofaktorer er tilstede. Dokumentasjonsgrad: GPP.
 - Tilby barnet muligheten til å snakke med en profesjonell, eksempelvis helsesøster dersom barnet identifiseres til å være i høy risiko for depresjon (to eller flere andre risikofaktorer). Helsesøster bør vurdere om barnet er deprimert og om en videre henvisning til spesialisthelsetjenesten er nødvendig.
Dokumentasjonsgrad: GPP.
 - Tilby barnet muligheten til å snakke med en profesjonell, eksempelvis helsesøster dersom et eller flere familiemedlemmer (foreldre eller barnet selv) har multiple risiko historier for depresjon. Helsesøster bør vurdere om barnet er deprimert og om en videre henvisning til spesialisthelsetjenesten er nødvendig. Dokumentasjonsgrad: GPP.
- Dersom et barn eller en ungdom som tidligere har hatt en moderat til alvorlig depresjon begynner å vise tegn på en tilbakevendende depresjon, bør barnet/ungdommen henvises til spesialisthelsetjenesten. Dokumentasjonsgrad: GPP.

Henvisning:

Veilederen setter opp en rekke indikatorer for når barnet /ungdommen bør få oppfølging i primærhelsetjenesten, og når barnet/ungdommen bør henvises og følges opp av spesialisthelsetjenesten.

- Utgangspunktet er at tilstedeværelse av milde depresjon uten andre risikofaktorer og milde depresjoner uten komorbide tilstander kan følges opp av primærhelsetjenesten,

mens moderate- til alvorlige depresjoner, tilbakevennende depresjoner og tanker/planer om å skade seg selv følges opp av spesialisthelsetjenesten.

Dokumentasjonsgrad: GPP.

Steg 2: Videre vurdering/identifisering: Spesialisthelsetjenesten

Steg 3: Mild depresjon:

- For barn og unge med milde depresjoner som ikke ønsker oppfølging eller som etter vurdering av helsepersonell trolig vil komme seg uten intervensjon, bør man sette opp en ny avtale innen 2 uker. Dersom barnet/ungdommen ikke kommer til avtalt time bør man ta kontakt med barnet/ungdommen. Dokumentasjonsgrad: C.
- Dersom barnet etter 4 uker fortsetter å være lettere deprimert bør man:
 - Tilby ikke-dirigerende støtte samtaler (non-directive supportive therapy), gruppebasert CBT eller veiledet selv-hjelp. Dokumentasjonsgrad: B.
 - Dersom barnet/ungdommen ikke blir bedre etter 2-til 3 måneder bør barnet/ungdommen henvises til spesialisthelsetjenesten.
Dokumentasjonsgrad: GPP.
 - Barn og unge med vedvarende mild depresjon som ikke responderer på intervensjoner i primærhelsetjenesten bør få oppfølging tilsvarende anbefalingene gitt for moderat-til alvorlig depresjon.
Dokumentasjonsgrad: GPP

Steg 4 og 5: Moderat til alvorlig depresjon: Spesialisthelsetjenesten

4.1.5 Veileder for arbeid med sosial angst

National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2013

Innhold

Sosial angst lidelse er en av de mest vanlige angstlidelsene. Det er høy grad av komorbiditet med en rekke andre mentale helse problemer, slik som depresjon, rusproblemer, generalisert angst, panikk lidelser og post-traumatisk stress lidelse. Sosial angst lidelse er en vedvarende frykt eller angst knyttet til en eller flere sosiale situasjoner som er ute av proporsjoner med den faktiske trusselen knyttet til selve situasjonen og kan derfor ha en betydelig innvirkning på personens sosiale fungering, livskvalitet og prestasjoner på jobb/skole. Effektiv behandling av sosial angst lidelse finnes, men forblir ofte ubehandlet på grunn av mangelfull gjenkjenning, kartlegging og liten kjennskap til tilgjengelig behandling.

Denne veilederen fra NICE gir anbefalinger i forhold til god praksis (best practice) for oppfølging av sosial angst lidelse hos barn og unge i skolealder (opp til 18 år) og voksne. Nedenfor sammenfatter vi de anbefalingene som virker relevante for norsk skolehelsetjeneste.

Anbefalinger

Generelle prinsipper

Vær oppmerksom på at individer med sosial angst lidelse kan:

- Unngå kontakt og finne det vanskelig eller stressende å forholde seg til andre.
- Unngå å gi informasjon, spørre eller svare på spørsmål og klage.
- Ha problemer med å konsentrere seg når de blir gitt informasjon.
- Være sårbar for stigmatisering og det å bli satt i forlegenhet.
- Oppleve den sosiale angsten som en personlig svakhet.
- Være uvitende om at sosial angst lidelse er en anerkjent lidelse som kan behandles.

Identifisering og kartlegging av barn og unge

Ansatte i primærhelsetjenesten og på skolesystemet bør være observant på sosial angst-lidelse hos barn og unge, særlig de som vegrer seg for å gå på skolen, unngår sosiale gruppe aktiviteter eller det å snakke i sosiale situasjoner, eller som er irritable, ekstremt sjenerte eller overdrevet avhengig av foreldre eller omsorgspersoner. Veilederen foreslår følgende spørsmål

for å vurdere om barnet eller ungdommen (og evt foreldrene) har sosial angst (vår oversettelse):

«Noen ganger blir mennesker veldig redd når de må gjøre ting sammen med andre mennesker, særlig mennesker de ikke kjenner. Det kan hende at de bekymrer seg for at de må gjøre ting mens andre ser på. Det kan hende at de er redd for at de skal gjøre noe dumt og at andre mennesker kommer til å le av dem. De vil gjerne ikke gjøre disse tingene og om de må så blir de veldig urolig eller redd».

- Blir du/ditt barn redd når du gjør ting sammen med andre mennesker, sånn som å snakke, spise, gå i besøk eller andre ting på skolen eller sammen med venner?
- Syns du/ditt barn det er vanskelig å gjøre ting når andre ser på, sånn som å delta på idrett, være med på skuespill eller konserter, spørre eller svare på spørsmål, lese høyt eller si noe foran klassen?
- Føler du/ditt barn at du ikke kan gjøre disse tingene eller at du prøver å unngå de ?

Dersom barnet eller foreldrene svare ja på et eller flere av disse spørsmålene anbefales en mer omfattende vurdering av om barnet kan ha en sosial angst lidelse.

Videre vurdering /identifisering: Spesialisthelsetjenesten.

Intervensjoner: Tilby individuell eller gruppebasert CBT fokusert på sosial angst til barn med sosial angst lidelse.

4.2 Forebyggende tiltak og anbefalinger: Folkehelseinstituttet

Rapport fra Folkehelseinstituttet, 2011

Formål

Formålet med rapporten «Bedre føre var...» (Dalgard, Mathisen, Nord, Ose, Rognerud & Aarø, 2011) er å gi oversikt over kunnskapsstatus, programmer og tiltak knyttet til ulike arenaer for psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i Norge.

Innhold

I rapporten oppsummerer Folkehelseinstituttet kunnskap om helsefremmende og forebyggende innsatser i Norge. Basert på dette kommer de frem til anbefalinger. Rapporten retter seg mot alle som arbeider med folkehelsearbeid, både politisk og praktisk.

Rapporten gjennomgår behovet for forebyggende innsatser på ulike områder basert på kunnskap om forekomst, risiko og beskyttelsesfaktorer. Den gjennomgår også evidensen til ulike innsatser, med særlig vekt på norsk og nordisk forskning. Oppsummeringene avsluttes med konkrete anbefalinger for implementering av tiltak og kunnskapsutvikling. Godt dokumentert tiltak anbefales å gjøres tilgjengelig for mange. Rapporten anbefaler også utprøving av tiltak på områder der det ikke foreligger sterk evidens, men der forfatterne har vurdert det som særlig viktig med forebyggende innsatser.

Anbefalinger

I rapporten er anbefalingene gradert basert på evidensgrunnlaget:

Nivå 1	Gode studier med sterkt design som er publisert i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter med fagfelleevaluering
Nivå 2	Studier med mindre sterkt design, men som er publisert i nasjonale og internasjonale tidsskrifter med fagfelleevaluering
Nivå 3	Ingen eller svak vitenskapelig evidens foreligger, men tiltaket anses som viktig utfra et faglig skjønn
Nivå 4	Tiltaket anses som helsepolitisk viktig, men er ikke basert på forskning

Følgende anbefalinger fra rapporten er relevant for skolehelsetjenesten for barn fra 6-20 år.

	Redusere atferdsproblemer Foreldreveiledning tilbys alle familier hvor barna er særlig utsatt pga funksjonshemming eller begynnende symptomutvikling.
Nivå 1	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
	Skoleprogrammer mot mobbing 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.
Nivå 2	Bedre foreldreferdigheter i familier hvor foreldrene har psykiske lidelser Familier hvor foreldre har psykiske lidelser tilbys samtaler med trent terapeut for å øke foreldrenes kommunikasjonsferdigheter og barnas mestring av de spesielle utfordringene de lever med.
Nivå 3	Psykologtilbud Tverrsektorielt psykologtilbud etableres med oppgaver knyttet til veiledning, rådgiving, forebygging og tidlig intervensjon

4.3 Forebyggende program: SBU rapporten

Rapport fra Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2010)

Innhold

Det finnes en rekke strukturerte program rettet mot forebygging av psykiske plager/lidelser hos barn og unge. De fleste er utviklet i USA eller Australia, og bygger på ulike komponenter fra atferds teoretiske modeller. Hensikten med denne kunnskapsoppsummeringen var å komme frem til kunnskap om hvilke program som er dokumentert effektivt, har liten risiko og som er kostnadseffektive.

Inklusjon/eksklusjon

Program som har som hensikt å forebygge eksternaliserende (utagerende atferd) og internaliserende (angst, depresjon og selvskading) vansker hos barn og ungdom i alderen 2-19 år. Effektene av programmet skulle være målbare minst 6 måneder etter avslutning av programmet. Program som har som hensikt å forebygge rusmisbruk, voldshandlinger og mobbing, samt studier på kliniske populasjoner eller barn med funksjonshemming/medisinske problemer inngikk ikke.

Metode

Systematisk søk i en rekke utvalgte databaser, i perioden 1990-2009. Inkluderte randomiserte studier og observasjonsstudier med kontrollgruppe. Resultater fra studier av høy og middels kvalitet inngikk i beregningen av totale effektstørrelser (metaanalyser). Effektstørrelsene var stort sett Cohen's d. Til slutt ble hvert utfallsmål vurdert ut i fra verktøyet GRADE. GRADE bedømmer effektmålet ut i fra studiets design og evidensstyrken justeres opp/ned avhengig av ulike faktorer. Evidensstyrken (dokumentasjonsgraden) graderes på fire nivå.

Evidensstyrke	Beskrivelse
Nivå 4	Sterkt vitenskapelig grunnlag
Nivå 3	Middels sterkt vitenskapelig grunnlag
Nivå 2	Begrenset vitenskapelig grunnlag
Nivå 1	Utilstrekkelig vitenskapelig grunnlag

Resultater

Tretti tre standardiserte og strukturerte program ble inkludert og gradert i rapporten, hvorav syv program hadde vitenskapelig støtte på nivå 2 ut i fra en gjennomgang av den internasjonale litteraturen. Resultatene fra disse analysene er omtalt nedenfor.

Eksternaliserende vansker (utagerende atferd)

Universal forebygging

- Skoleprogrammet *Good Behavior Game* (GBG) reduserer utagerende symptomer hos skolebarn på 12 måneders sikt. Effektstørrelsen er liten og dokumentasjonsstyrken begrenset (nivå 2).
- Det går ikke an å bedømme om andre universelle skoleprogram kan forebygge psykiske vansker av utagerende type ettersom antall studier er for få. Utilstrekkelig dokumentasjonsstyrke (nivå 1).

Selektiv forebygging

- *Positive Parenting Program* (*Triple P*) har en liten til moderat effekt på utagerende atferd etter 12 måneder hos barn i førskole- og barneskolealder fra sosialt belastede familier. Begrenset dokumentasjonsstyrke (nivå 2).
- *De trolige årene* (*DUÅ*) hadde en liten effekt på utagerende atferd hos barn i førskole- og tidlig skolealder fra sosialt belastede familier etter 8 måneder. Begrenset dokumentasjonsstyrke (nivå 2).
- Det vitenskapelige grunnlaget for å vurdere de øvrige programmene var utilstrekkelig (nivå 1).
- Det er en liten effekt av familie støttende program rettet mot utagerende atferd etter 11 mnd for program rettet mot barn som opplever interne belastninger i familien (eks skilsmisse eller tap av nær omsorgsperson). Begrenset dokumentasjonsstyrke (nivå 2).

Indikert forebygging

- Skoleprogrammet *Coping Power* har en liten til moderat effekt på utagerende atferd hos barn med en viss symptombelastning ved 12 måneders oppfølging. Begrenset dokumentasjonsstyrke (nivå 2).

- Det multimodale programmet *Family Check-up (FCU)* viste en liten reduksjon i symptomer på utagerende atferd hos barn og ungdom ved 12 måneders oppfølging. Begrenset dokumentasjonsstyrke (nivå 2).
- De øvrige programmene viste enten motstridende resultatet i to eller flere studier eller det eksisterer kun en studie av middels eller høy kvalitet. Det er derfor ikke et tilstrekkelig grunnlag for å trekke slutninger om effekt av programmene (nivå 1).

Internaliserende vansker (Angst og Depresjon)

Universalforebygging

- *Friends*: Reduserer symptomer på angst hos barn mellom 10 og 13 år i minst ett år etter avsluttet program: Effektstørrelsen var liten og dokumentasjonsstyrken begrenset (nivå 2).
- Det går ikke an å bedømme om andre universelle skoleprogram reduserer symptomer på angst hos barn og unge. Studiene viser motstridende resultat og dokumentasjonsstyrken derfor utilstrekkelig (nivå 1).
- Det går ikke an å bedømme om universelle skoleprogrammene reduserer symptomer på depresjon hos barn og unge. Studiene viste motstridende resultater og effektene var ubetydelig. Dokumentasjonsstyrken var derfor utilstrekkelig (nivå 1).

Selektive forebygging

- Det går ikke an å bedømme om selektive forebyggingsprogram reduserer symptomer på angst og depresjon hos barn. Det er for få og heterogene studier og dokumentasjonsstyrke er derfor utilstrekkelig (nivå 1).

Indikert forebygging:

- *Coping with stress (CWS)* eller *Depresjonsmestring for ungdom (DU)* (Norge) reduserer risikoen for at ungdommer får diagnosen depresjon innen ett år etter avsluttet program. Effektstørrelsen var moderat og dokumentasjonsstyrken begrenset (nivå 2).
- Skolebaserte program som indikert forebyggende tiltak reduserer graden av depressive symptomer hos barn og unge opp til 2 år etter avsluttet program. Effektstørrelsen var liten og dokumentasjonsstyrken begrenset (nivå 2).

- Det går ikke an å bedømme om indikerte forebyggende tiltak reduserer angst symptomer hos barn på kort eller lang sikt. Det er for få studier og dokumentasjonsstyrken er derfor utilstrekkelig (nivå 1).

Risiko og kostnadseffektivitet

- Program rettet mot ungdommer med atferdsproblemer som treffes i grupper kan øke risikoen for normbrytende atferd (nivå 2). Andre negative effekter av program rettet mot eksternaliserende og internaliserende vansker er mulig, men ufullstendig belyst (nivå 1).
- Det trengs randomiserte studier som undersøker om programmene har en forebyggende effekt i det aktuelle landet de tas i bruk, så vel som helseøkonomiske studier knyttet til kostnadseffektivitet.

4.4 Forebyggende tiltak som er i bruk i Norge: Ungsinn

Ansvarlig Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Nord)

Innhold

Ungsinn (ungsinn.no) er en nettside som inneholder beskrivelser, vurderinger og klassifiseringer av psykososiale intervensjoner for barn og unges psykiske helse.

Vurderingene og klassifiseringene svarer på i hvilken grad tiltaket kan antas å være virksomt brukt i norsk praksis. Derfor inkluderer nettsiden tiltak som er i bruk i Norge og legger mest vekt på norske effektstudier i sine vurderinger. Nettsiden driftes av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – nord (RKBU Nord) ved UiT Norges arktiske universitet på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Metode

Presentasjonene i Ungsinn er basert på informasjon fra tiltakseier/implementeringsansvarlig (i Norge), tiltakets materiell samt egne litteratursøk. Ungsinns forfatterne har vitenskapelig kompetanse og mange av dem har i tillegg erfaring fra implementering og/eller evaluering av psykososiale intervensjoner for barn og unge. Alle Ungsinns beskrivelser og vurderinger er uavhengige. Det vil si at de som er involvert i beskrivelsen og vurderingen av et tiltak, ikke kan ha egne interesser i tiltaket. Et panel foretar klassifisering og vurdering av tiltakene etter fastsatte kriterier.

Klassifisering

Hvert tiltak klassifiseres i ett av fire evidensnivå:

Evidensnivå	Beskrivelse av nivå
Evidensnivå 4 Dokumentert virksomt tiltak	Det er en sterk evidens for at resultatene fra effekt evalueringene er en effekt av tiltaket og ikke av andre faktorer. I tillegg til å dekke kravene for evidensnivå 1, 2 og 3 foreligger det her effektevalueringer med ett forskningsdesign som sannsynliggjør at resultatene er forårsaket av tiltaket.

<p>Evidensnivå 3 Funksjonelt virksomt tiltak</p>	<p>På dette nivået er det gjennomført effektevalueringer som demonstrerer at tiltaket leder til ønskede forandringer i målgruppen. I tillegg til beskrivelsene for nivå 1 og 2, foreligger det systematiske evalueringer gjennomført i Norge. Kvaliteten på evalueringene gjør imidlertid at man ikke kan utelukke at endringene som vises kan være forårsaket av andre faktorer enn tiltaket. Man har en indikasjon på at tiltaket kan være virksomt.</p>
<p>Evidensnivå 2 Sannsynlig virksomt tiltak</p>	<p>Det foreligger en fornuftig og plausibel rasjonale for at tiltaket har effekt. I tillegg til beskrivelsene som foreligger for nivå 1, er det beskrevet en teori som sannsynliggjør effekt i forhold til målsetninger og målgruppe.</p>
<p>Evidensnivå 1 Potensielt virksomt tiltak</p>	<p>Tiltakets elementer er beskrevet i detalj med målsetting, målgruppe, metoder og materiell. På dette nivået foreligger det liten kunnskap på om tiltaket leder til de ønskede målsetningene eller ikke. Tiltaket er imidlertid godt beskrevet, noe som gir grunnlag for å fremskaffe mer kunnskap om effektene etter hvert.</p>

Når det foreligger effektstudier (tiltak på evidensnivå 3 og 4), klassifiseres tiltakene også i dokumentasjonsgrad. Dette gir en ytterligere differensiering av graden av dokumentasjon. Dokumentasjonsgraden relateres til forskningsmetoder og visualiseres med stjerner fra * (enkle før- og ettermålinger) til ***** (randomiserte kontrollerte studier under naturlige betingelser med minst ett års oppfølging, der det foreligger minst en replikasjon av uavhengig forsker). Kriteriene er beskrevet i detalj på Ungsinn.no.

Resultater

I Ungsinn er det er identifisert 24 tiltak for barn i alderen 6-20 år og som kan tilbys fra skolehelsetjenesten (Tabell 1), enten alene (Tabell 2) eller i samarbeid med skolene (Tabell 3). Tiltak som vi kjenner til at eksisterer i Norge, men som ikke er beskrevet i Ungsinn ennå, er presentert i Tabell 4.

De best dokumenterte tiltakene i Norge er de som rettes mot atferdsvansker og skoleprogrammer. Tiltak for å forebygge emosjonelle vansker er lite dokumentert i norsk sammenheng, men det pågår effektstudier både på tiltaket *Psykologisk førstehjelp* (Neumer, 2013, *FRIENDS* (Angst, 2013) og *Mestrende barn* (TIM-studien, udatert). For tiltakene rettet mot barn i risiko (barn av skilte foreldre, barn av psykisk syke foreldre) kjenner vi ikke til at det er pågående effektstudier.

Tabell 1: Oversikt over tiltak sortert i forhold til tema og tiltaksnivå

Tema	Universal	Selektivt	Indikert/behandling
Atferdsvansker	RESPEKT	DUÅ- Foreldretr. TIBIR - Foreldregruppe TIBIR rådgiver TIBIR Sosial ferdighetstrening	DUÅ - Foreldretr. DUÅ – Dinosaurusgr. PMTO ART TIBIR - Foreldregruppe TIBIR rådgiver TIBIR Sosial ferdighetstrening
Emosjonelle vansker	Psykologisk førstehjelp SMART FRIENDS*	Psykologisk førstehjelp SMART FRIENDS*	DU Psykologisk førstehjelp SMARTE Foreldre SMART FRIENDS* Mestrende barn* VÅG** Chilled**
Atferdsvansker og emosjonelle vansker/Motstandskraft/Helsefremming	Zippys venner Venn1 Zero ICDP PALS VIP DUÅ – Skole/barne-progr* Olweus-programmet	Barnas time SMIL Barneperspektiv-samtalen Mestringsgruppe PIS ICDP	

*Tiltak som ikke er beskrevet i Ungsinn ennå.

** Tiltak mot angst som er under utvikling

Tabell 2. Oversikt over tiltak i Ungsinn som kan tilbys fra skolehelsetjenesten, sortert etter klassifisering

Klassifisering	Tiltak	Type tiltak	Målsetning	Målgruppe	Oppdatert i Ungsinn
Evidensnivå 4: Dokumentert virksomt tiltak Dokumentasjonsgrad ****	De utrolige årene - Foreldretreningsprogram	Foreldretreningsprogram	Styrke foreldreferdigheter for å fremme barns positive atferd, sosiale kompetanse og følelsesmessige reaksjoner.	Barn i alderen 6-12 år med atferdsproblemer eller som er i risiko for å utvikle atferdsproblemer.	2009
Evidensnivå 4: Dokumentert virksomt tiltak Dokumentasjonsgrad ****	PMTO	Individuelt behandlingstilak/foreldretreningsprogram	Stanse, redusere og forebygge atferdsproblemer hos barn, samt å fremme sosiale ferdigheter og sosial inkludering	Barn i alderen 4-12 år med alvorlige atferdsvansker	2011
	TIBIR - Foreldregruppeintervensjon	Gruppebasert foreldretreningsprogram (basert på PMTO manualen)	Stoppe, reduserer eller forebygge atferdsproblemer hos barna gjennom økte foreldre-ferdigheter	Barn i alderen 4-12 år som har eller er i risiko for å utvikle atferdsproblemer	2013
	TIBIR rådgiverintervensjonen	Individuell foreldreveiledning	Redusere atferdsproblemer, øke positiv involvering mellom barn og foreldre, fremme sosial kompetanse og bidra til sosial inkludering.	Barn i alderen 3-12 år som viser tegn på atferdsvansker eller som er i risiko for å utvikle atferdsvansker.	2012
Evidensnivå 3: Funksjonelt virksomt Dokumentasjonsgrad **	DU – Depresjonsmestring for ungdom	Gruppeintervensjon.	Redusere symptomer, forebygge utvikling og hindre tilbakefall av depresjon.	Ungdom i alderen 14-20 år med lette eller moderate depresjonssymptomer	2014
Evidensnivå 3: Funksjonelt virksomt Dokumentasjonsgrad *	ART	Gruppeintervensjon for barn	Forebygge og redusere problematferd	Barn og unge i alderen 4-20 år som har eller er i ferd med å utvikle problematferd.	2009
	ICDP – International Child development program	Basistiltaket er gruppebasert, men kan også gis individbasert. Kan gis universelt og til utsatte grupper	Understøtte og fremme psykososial omsorgskompetanse hos personer som har ansvaret for barn	Barn i alderen 0-18 år	2014 (oppdatering under publisering juni 2014)
	Barnas time	3-4 samtaler med foreldre, hvorav minst en med barnet til stede.	Redusere stress og fremtidig sykdomsutvikling hos en risikogruppe.	Barn fra 2-18 år som har som har foreldre med psykiske vansker eller rusproblemer	2012
	Barneperspektivsamtalet	3 samtaler med foreldre hvorav 1 med barnet tilstede	Redusere risikoen for problemutvikling for barna	Barn i alderen 0-25 år som har foreldre med psykisk sykdom og eller rusproblemer	2009
	PIS – Program for implementering av samtalegrupper for skilsmissebarn	Gruppe tiltak tilbudt i skoletiden	Hjelpe barna i å håndtere egen situasjonen, frita dem for skyldfølelse og hjelpe dem til å beherske nye mestringsstrategier	Barn og unge som har opplevd foreldrenes samlivsbrudd	2013

Klassifisering	Tiltak	Type tiltak	Målsetning	Målgruppe	Oppdatert i Ungsinn
Evidensnivå 2: Sannsynlig virksomt tiltak	Psykologisk førstehjelp	Selvhjelpsmateriell som også kan brukes som veiledet selvhjelp eller som en del av en behandling.	Hjelp til å håndtere vanskelige situasjoner og vanskelige følelser	Barn i alderen 8-18 år	2013
	Mestringsgrupper	Gruppeintervensjon for barn, parallelt med grupper for foreldrene	Redusere risiko for problemutvikling for barna.	Barn i alderen 8-16 år som har foreldre med psykisk sykdom og eller rusproblemer	2009
	SMART	Gruppebasert intervensjon	Forebygging og behandling av emosjonelle vansker	Ungdom over 14 år med symptomer på angst/depresjon, men som ikke oppfyller diagnosekriteriene for en lidelse.	2013
	SMARTE Foreldre	Gruppetilbud til foreldre	Lære foreldre metoder de kan bruke for å støtte sine barn, hjelpe dem i å mestre sine problemer og unngå å forsterke problemene.	Foreldre med engstelige og triste barn	2013
	SMIL – Syrket Mestring i Livet	Gruppeintervensjon for barn, parallelt med grupper for foreldrene	Forebygge utviklingsvansker gjennom støtte, informasjon og opplevelse av mestring	Barn i alderen 8-12 år som har foreldre med psykisk sykdom og eller rusproblemer	2011

Tabell 3: Oversikt over tiltak i Ungsinn som kan tilbys i samarbeid med skolehelsetjenesten, sortert etter klassifisering

Klassifisering	Tiltak	Type tiltak	Målsetning	Målgruppe	Oppdatert i Ungsinn
Evidensnivå 4: Dokumentert virksomt tiltak Dokumentasjonsgrad ****	Olweus-programmet	Universalforebyggende skoleprogram	Redusere mobbeproblemer i skolen og å skape et trygt og godt skolemiljø	Barn i grunnskolen	2014
Evidensnivå 4: Dokumentert virksomt tiltak Dokumentasjonsgrad ****	RESPEKT	Skoleutviklingsprogram	Redusere atferdsproblemer som mobbing, disiplinproblemer, vold og gjengdanning.	Barne- og ungdomsskoler	2010
	Zippys venner	Universalforebyggende skoleprogram	Fremme psykisk helse og styrke barns evne til å mestre dagliglivets problemer.	Elever i 1. til 4. klasse	2013
Evidensnivå 3: Funksjonelt virksomt Dokumentasjonsgrad ***	VIP (Veiledning og informasjon om Psykisk helse hos ungdom)	Universalforebyggende tiltak rettet mot elever i videregående skole	Elever blir rustet til å ivareta sin psykiske helse og de blir oppmerksom på hvilken hjelp de kan oppsøke om de får psykiske plager.	Elever i VG1	2012
	PALS – Positiv atferd, støttende læringsmiljø og samhandling	Skoleomfattende modell. Inneholder innsatser på både universal, selektert og indikert nivå.	Fremme sosiale, skolefaglige ferdigheter samt forebygge og redusere problematferd for elever.	Elver i grunnskolen	2014
	Zero	Universalforebyggende skoleprogram	Redusere og forebygge mobbing, samt øke trivsel på skolen.	Elver i grunnskolen	2010
Evidensnivå 3: Funksjonelt virksomt Dokumentasjonsgrad *	Venn1	Universalforebyggende skoleprogram	Økt kunnskap om psykisk helse, forebygge negative holdninger og fordommer, bli en god venn for en som har det vanskelig og økt kunnskap om hvor man kan søke hjelp.	Barn og ungdom i alderen 13-22 år	2012
Evidensnivå 2: Funksjonelt virksomt	TIBIR – Sosial ferdighetstrening	Selektivt/indikert forebyggende	Redusere atferdsproblemer, fremme sosiale ferdigheter	Barn i alderen 4-12 år som har eller er i risiko for å utvikle atferdsvansker	2009
	DUÅ – dinosaur-grupper	Gruppeintervensjon for barn. Kan tilbys for hele klasser eller i mindre barnegrupper.	Redusere atferdsvansker og styrke emosjonell og sosial kompetanse	Barn i alderen 3-8 år med atferdsforstyrrelser og sosiale vansker	2009

Tabell 4: Oversikt over tiltak i bruk i NORGE, men som ikke er vurdert i Ungsinn ennå

Tiltak	Type tiltak	Skolehelse-tjenestens rolle	Målsetning	Implementering/ Forskning
Mestrende barn	Indikert forebyggende tiltak. Gruppeintervensjon for engstelige og triste barn som gis via skolen	Skolehelsetjenesten tilbyr tiltaket sammen med skolen	Barna skal lære mestringsferdigheter slik at de kan takle stress og bekymringer bedre.	Nyutviklet tiltak fra RBUP Øst og Sør. Er under implementering i en rekke skoler som en del av en effektstudie
FRIENDS	Forebyggings- og behandlingsprogram for barn og ungdom med angstsymptomer i alderen 8-15 år. Gis i grupper og individuelt. Universalforebyggende, selektivt forebyggende og indikert forebyggende	Programmet kan anvendes i skolen, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.	Forebygge og behandle angst.	Er under implementering i regi av RKBV Vest. Prøves ut i Fjell kommune. Det foregår en effektstudie på behandlingsprogrammet
VÅG	Indikert forebyggende program for ungdom med angst.	Kan muligens tilbys av skolehelsetjenesten	Forebygge utvikling av angstlidelse	Nyutviklet tiltak som er i en tidlig utprøvningsfase
Chilled	Indikert forebygging/behandling for ungdom med angst	Kan muligens tilbys av skolehelsetjenesten	Forebygge og behandle angstlidelse	Nyutviklet tiltak som er i en tidlig utprøvningsfase
DUÅ - Skolebarnehageprogrammet	Universalforebyggende tiltak. I skolen til 1. - 3. klasse.	Kan være samarbeidspartner	Skape positive relasjoner, få barna i læringsposisjon, forebygge uro og problemer	Er under evaluering i Norge

5 Diskusjon

5.1 Helsefremmende og forebyggende innsatser på skolenivå

Helhetlige og forebyggende tiltak på skolenivå

NICE anbefaler at skolene og tjenestene som arbeider med barn og unge i skolen samarbeider om å skape organisasjoner som fremmer sosial og emosjonell velvære (NICE, 2008, 2009). Skolene bør ha kompetanse og tilgang til veiledning slik at de kan levere effektive program som utvikler barn og unges sosiale og emosjonelle evner og velvære og som reduserer mobbing og antisosial atferd. Tiltakene *OLWEUS*, *RESPEKT*, *PALS* og *Zero* er helhetlige skoleprogram som er tilgjengelig i Norge og som har vist seg å ha en helsefremmende og forebyggende effekt i den norske skolen (Tabell 3) (Drugli & Eng, 2014; Martinussen & Eng,

2010; Natvig & Eng, 2014; Mørch, 2010). Programmene involverer alle ansatte i skolen, integreres i skolen planarbeid og er en del av skolens helsefremmende og forebyggende arbeid når det gjelder å redusere mobbing og øke elevenes sosiale og emosjonelle kompetanse og velvære. I dette helsefremmende og forebyggende arbeidet er skolehelsetjenesten en viktig samarbeidspartner for skolene.

I tillegg har skoleprogrammene *Zippys venner* og *VIP* vist seg å ha en forebyggende effekt i studier utført på norske elever (Tabell 3) (Bjørknes, 2013, Neumer, 2012). *Zippys venner* er et universalforebyggende program som retter seg mot barn i barneskolen (1-4 trinn) hvor det overordnede målet er å fremme god psykisk helse og forebygge emosjonelle vansker gjennom å styrke barnas evner til å mestre dagliglivets problemer. *VIP* er et universalforebyggende program som retter seg mot elever i den videregående skole der skolen, skolehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samarbeider om et tilbud til ungdom der elevene blir rustet til å ivareta sin psykiske helse og hvor de blir får informasjon om hvor de kan henvende seg dersom de får psykiske plager. I kunnskapsoppsummeringen til SBU viste den universal forebyggende varianten av *FRIENDS* en liten effekt i forhold å redusere angst hos barn og unge i alderen 10-13 år (dokumentasjon nivå 2 av 4) (SBU, 2010). Programmet er oversatt til norsk og evalueringer av programmet pågår i regi av RKBU Vest. De øvrige programmene som viste en universalforebyggende effekt i forhold til eksternaliserende eller internaliserende vansker er enten ikke tilgjengelig i Norge eller det vitenskapelige grunnlaget for å kunne trekke en konklusjon var utilstrekkelig.

De to helsefremmende veilederne fra NICE trekker også frem at det er viktig at skolene og de tjenestene som arbeider med barn og unge i tilknytning til skolene samarbeider om å utvikle lokale protokoller i forhold til forebygging og oppfølging av barn og unge med psykiske plager (NICE, 2008, 2009). Slike protokoller bør inneholde kartleggingsmetoder, ansvarsavklaringer og henvisningsrutiner med utgangspunkt i de lokale organiseringene av tjenestene og tilgjengelige ressurser. NICE anbefaler en trinnvis modell i forhold til innsats, hvor både lærere, skolehelsetjenesten og andre utførere i skolen har en viktig rolle i forhold til å identifisere og tilby tidlig hjelp til barn og unge som sliter. Barn som er utsatt for vanskelige situasjoner slik som mobbing eller som er utsatt for sosialt vanskelige situasjoner i en høyrisiko gruppe. I utgangspunktet bør man ta opp problemet og diskutere mulige tilnærminger med barnet og/eller barnets omsorgspersoner. Når det er passende kan dette involvere problem-fokuserte grupper for barn ledet av trent helsepersonell som mottar klinisk

veiledning (eksempelvis helsesøstre). Parallelt kan det også tilbys foreldre veiledningsgrupper for barnas foreldre/omsorgspersoner.

5.2 Tiltak for atferdsproblemer

Veilederen fra NICE anbefaler klasseroms basert undervisningsprogram rettet mot emosjonell læring og problemløsning for barn i småskolen hvor en høy andel av barna er identifisert til å være i risiko for å utvikle atferdsvansker (NICE, 2013). Skoleprogrammene *Zippys venner* og *De utrolige årenes dinosaurprogram* er eksempler på tiltak som imøtekommer denne anbefalingen. *Zippys venner* har også positive resultater fra norsk effektevaluering og kommer godt ut i evalueringene gjort av Ungsinn (Bjørknes, 2013). Problemløsning samt sosial- og emosjonell læring inngår også blant komponentene i de helhetlige skoleprogrammene *PALS* (Natvig & Eng, 2014) og *De utrolige årenes skoleprogram* (De utrolige årene, udatert).

Dersom barnets foreldre, skolen eller andre utførere i skolen er bekymret med tanke på vedvarende antisosial atferd bør man i følge NICE vurdere om barnet har atferdsvansker som trenger en videre oppfølging. SDQ trekkes frem som et mulig kartleggingsverktøy ved førstegangsvurdering i NICE. Som ett ledd i den første vurderingen bør man også undersøke om det er andre kompliserende faktorer til stede, slik som andre psykiske plager, lærevansker, mulige nevrologiske tilstander og/eller rusproblemer. Dersom kompliserende faktorer er tilsted bør barnet henvises til spesialisthelsetjenesten. Dersom ingen av de kompliserende faktorene er til stede kan man vurdere direkte henvisning til en intervensjon.

NICE sin veileder for antisosial atferd og atferdsproblemer anbefaler foreldreveiledningsprogram til foreldre med barn i barneskolealder som viser begynnende symptomutvikling eller som er i høy risiko for å utvikle atferdsproblemer (NICE, 2013). Veilederen fra NICE beskriver hvilke elementer slike program bør bygge på og varigheten av disse for at de skal ha en forebyggende effekt. Kunnskapsoppsummeringen fra SBU viste at foreldreveiledningsprogrammene *De utrolige årene* og *Triple P* gitt til barn fra sosialt utsatte familier hadde en liten til moderat effekt på utagerende atferd 8 og 12 måneder etter avsluttet intervensjon med en begrenset vitenskapelig dokumentasjonsstyrke (dokumentasjonsgrad nivå 2 av 4) (SBU, 2010). I tillegg hadde det multimodale programmet *Family Check-up* en liten effekt etter 12 måneder på utagerende atferd hos barn og ungdom med en begynnende symptomutvikling (Nivå 2 av 4). Etter det vi kjenner til er kun programmet *De utrolige årene* tilgjengelig i

Norge. Programmet er evaluert av Ungsin, der det er vurdert som et dokumentert virksomt tiltak nivå 4 av 4 for barn med begynnende symptomutvikling (Tabell 2) (Martinussen, 2009). Foreldreveiledningsprogrammene *PMTO* og *TIBIR* foreldregruppeintervensjonen imøtekommer også anbefalingene fra NICE, og er vurdert som dokumentert virksomt i Ungsinn (Tabell 2) (Fossum, 2011, 2013).

For barn mellom 9-14 år, anbefaler NICE manualiserte, gruppebaserte program for barn basert på kognitiv atferdsterapi (KAT). Kunnskapsoppsummeringen fra SBU viste at det skolebaserte programmet *Coping Power* hadde en liten til moderat effekt på utagerende atferd 12 måneder etter avsluttet intervensjon når det ble gitt til barn med en viss symptombelastning (dokumentasjonsgrad nivå 2 av 4) (SBU, 2010). Tiltakene *ART* og *TBIR Sosial* ferdighetstrening er eksempler på tiltak for denne aldersgruppen i bruk i Norge som imøtekommer anbefalingen fra NICE (Tabell 2) (Fossum, 2009; Kjøbli, 2009). Tiltakene kan etableres gjennom skolehelsetjenesten, men er pr i dag som regel et tilbud i regi av skolene.

5.3 Tiltak for emosjonelle vansker som angst og depresjon

NICE veilederen for depresjon fremhever at lærere og andre utførere i skolen, slik som skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom, bør ha kompetanse til å oppdage symptomer på depresjon og til å vurdere barn og unge som er i risiko for å utvikle depresjon (NICE, 2005). Ved enkeltstående vanskelige livshendelser slik som tap av nære omsorgspersoner, forelderens skilsmisse/seperasjon eller andre betydelige vanskelige livshendelser bør man vurdere risikoen for utvikling av depresjon hos barnet eller ungdommen. Dersom ingen andre risikofaktorer er tilstede bør man tilby støtte og mulighet for å snakke om hendelsen. Dersom to eller flere andre risikofaktorer er tilstede bør barnet tilbys muligheten for å snakke med en profesjonell, eksempelvis helsesøster. Helsesøster bør undersøke om barnet er deprimert og vurdere en evt henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Veilederen skiller mellom mild, moderat og alvorlig depresjon, og utgangspunktet er at milde depresjoner uten andre risikofaktorer og milde depresjoner uten komorbide tilstander kan følges opp av primærhelsetjenesten. Moderat til alvorlig depresjon, tilbakevendende depresjon og tanker/planer om å skade seg selv bør følges opp av spesialisthelsetjenesten. For barn med milde depresjonssymptomer anbefales ikke-dirigerende støttesamtaler, gruppebasert kognitiv atferdsterapi (KAT) eller veiledet selvhjelp.

NICE veilederen for depresjon fremhever at «ikke-dirigerende støttesamtaler» bør bygge på gode kommunikasjonsferdigheter og aktiv lytting. Videre viser SBU rapporten til en effekt for det gruppebaserte programmet *Coping with stress* som er basert på KAT. Programmet redusere sannsynligheten for at ungdom utviklet diagnosen depresjon ett år etter avsluttet intervensjon når det ble brukt indikert forebyggende (nivå 2 av 4). Programmet *Coping with stress* (CWS) finnes så vidt vi vet ikke i Norge, men ligner trolig mye på *Depresjonsmestring for Ungdom* (DU) (Ø. Kvello, personlig kommunikasjon). *Depresjonsmestring for ungdom* er beskrevet i Ungsinn og er evaluert til å være på Nivå 3 (Kvello, 2014). Tiltakene *SMART* og *Mestrende barn* er andre eksempler på gruppebaserte tiltak basert på KAT, men pr i dag mangler disse tiltakene dokumentasjon (Reedtz & Eng, 2013b). Det kan imidlertid her nevnes at det pågår evalueringer av tiltaket «Mestrende barn» i regi av RKBU Øst og Sør, RKBU Midt-Norge og RKBU Nord (TIM-studien, udatert). Ungsinn beskriver også *Psykologisk førstehjelp*, som er et tiltak som blant annet kan benyttes som et verktøy i veiledet selvhjelp. Pr i dag mangler det dokumentasjon på tiltakets effekt, men tiltaket er under evaluering som del av et lav-intensivt, gruppebasert indikert forebyggende tiltak for ungdom med engstelse i regi av RKBU Vest (Neumer, 2013).

NICE sin veileder i forhold til sosial angst trekker frem at sosial angst er en av de mest vanlige angstlidelsene og at ansatte i skolen og primærhelsetjenesten bør være særlig observant på de som vegrer seg for å gå på skolen, unngår sosiale gruppe aktiviteter og det å snakke i sosiale situasjoner, eller som er irritable, ekstremt sjenerte eller overdrevet avhengig av foreldre/ omsorgspersoner (NICE, 2013). Veilederen setter opp forslag til spørsmål som kan benyttes av førstelinjetjenesten for å vurdere om barnet eller ungdommen lider av en sosial angstlidelse, men her er det viktig at spørsmålene som anbefales i Norge blir oversatt og vurdert i forhold til norske forhold. I forhold til barn med sosial angst anbefaler NICE individuell eller gruppebasert tiltak basert på kognitiv atferdsteori (KAT).

Tiltakene *SMART*, *Friends*, *Psykologisk førstehjelp* og *Mestrende barn* er imidlertid alle kognitivt baserte tiltak som kan brukes for å forebygge utvikling av angst hos barn og unge. Pr. i dag mangler vi dokumentasjon på effekten av disse tiltakene i Norge, men kunnskapsoppsummeringen fra SBU viste at den universalforebyggende varianten av *Friends* hadde en liten effekt i forhold til å redusere angst hos barn i alderen 10-13 år (dokumentasjonsstyrke nivå 2 av 4). Både den universalforebyggende versjonen av *Friends* og den indikert forebyggende versjonen av *Friends* er under effektevaluering i Norge i regi av RKBU Vest (Angst, 2013). *Bedre føre var*-rapporten fra Folkehelseinstituttet (Dalgard,

Mathisen, Nord, Ose, Rognerud & Aarø, 2011) anbefaler at skoleprogrammer rettet mot angst og depresjon bør videreutvikles og at de mest vellykkede nordiske programmene bør gjøres tilgjengelig for skolene.

5.4 Tiltak for barn i risiko

NICE fremhever at barn som lever i ulike risikosituasjoner eller som opplever vanskelige livshendelser har økt risiko for å utvikle både atferdsvansker og/eller emosjonelle vansker. Dette kan være faktorer som straffende og inkonsistent oppdragelsesstil, psykiske vansker hos foreldre (depresjon, rusmisbruk og anti-sosial personlighets forstyrrelser), fattigdom, vokse opp under barnevernet, være utsatt for mobbing, vold eller overgrep, barn som lever med konflikter og ustabile forhold i familien (eks skilsmisse) eller barn som opplever negative livshendelser som (skilsmisse eller dødsfall).

SBU rapporten har ikke sett på denne type tiltak (SBU, 2010), men i Ungsinn er det vurdert fire tiltak for barn som vokser med psykisk syke eller rusmisbrukene foreldre og ett tiltak for barn som opplever foreldres samlivsbrudd. Tiltakene er vurdert som sannsynlig virksomme på evidensnivå 2 av 4 (Reedtz, 2009 ab; Reedtz & Eng, 2013a; Rimehaug, 2012; Vis, 2011). I rapporten «Bedre føre var» anbefaler Folkehelseinstituttet at det gis tilbud til barn av psykisk syke foreldre, men at det er også behov for mer evaluering av disse tiltakene (Dalgard, Mathisen, Nord, Ose, Rognerud & Aarø, 2011).

5.5 Tilgjengelighet av gode tiltak/intervensjoner i Norge

Flere programmer har vist en effekt i forhold til forebygging og behandling av atferdsvansker gjennom norsk forskning. Det er grunn til å tro at de har potensiale til å hjelpe mange familier. Til tross for en betydelig innsats på dette område gjennom mange år i Norge, tyder tall fra Folkehelseinstituttet på at kun et mindretall av barn med atferdsproblemer får hjelp (Skogen & Torvik, 2013). Mange av tiltakene for angst og depresjon er forholdsvis nye i Norge og det har ikke vært den samme systematiske satsingen på effektevalueringer og spredning på dette område som for atferdsvansker. De som forvalter tiltakene har begrenset kapasitet for spredning, og tiltakene er pr. i dag trolig lite tilgjengelig for praksisfeltet. For barn mellom 8 og 10 år med emosjonelle vansker er det beregnet at kun 29 % mottar hjelp av skolehelsetjenesten og kun 13,3 % i spesialisthelsetjenesten (Heiervang et. al., 2007). For ungdom med depresjon viste en norsk studie at kun 22% mottok hjelp i skolehelsetjenesten og 14% i

spesialisthelsetjenesten (Sund, 2011). Det kan se ut som det er behov for gode strategier for å gjøre virksomme tiltak tilgjengelig for dem som trenger det. Klare anbefalinger om valg av metoder og insentiver for valg av anbefalte metoder kan bidra til at flere får god hjelp.

For å sikre at effektene som er kjent gjennom gode effektstudier, også vedvarer når tiltaket tas i bruk i vanlig praksis, er det av stor betydning at selve implementeringsarbeidet har høy kvalitet (Sørli, Ogden, Solholm & Olseth, 2010). Flere av tiltakene som omtales i denne rapporten, vil også kunne tilbys fra andre kommunale tjenester som for eksempel barnevern eller PPT. God implementering av evidensbaserte metoder krever ressurser, og det kan være hensiktsmessig at flere kommunale tjenester samarbeider om et totalt tjenestetilbud i kommunen. Dette gjelder spesielt tilbud på selektivt og indikert nivå. Skolehelsetjenestens kan i så måte spille en sentral rolle for å sikre at disse barn/familiene får disse tilbudene selv om de arrangeres fra en annen kommunal tjeneste.

5.6 Konklusjon

Retningslinjer og anbefalinger for skolehelsetjenesten, bør bygge på tilgjengelighet av tiltak, kunnskap om effekten av dem, men også på forekomst av ulike type vansker og dermed behov for forebyggende innsatser. Siden flere av disse perspektivene ikke inngikk i vårt mandat, har vi heller ikke utarbeidet direkte anbefalinger. Rapporten er utarbeidet som et av flere grunnlagsdokument til utarbeidingen av anbefalinger for skolehelsetjenesten.

Referanser

Andersen, B. J., & Nord, E. (2010). Effekter av program i skolen for å forebygge psykiske plager. *Norsk Epidemiologi*, 1, 15-22.

Angst (FRIENDS-programmet) (2013). Hentet fra 10.6.2014 fra:
<http://helse.uni.no/ContentItem.aspx?site=9&ci=8481&lg=1>

Barry, M. M. & Jenkins R. (2007). *Implementing Mental Health Promotion*. Philadelphia: Elsevier Health Sciences.

Bjørknes, R. (oppdatert 11.03.2013). Beskrivelse og vurdering av tiltaket Zippys venner. I M. Martinussen (Red), *Ungsinn*. Tiltak nr. 23. Hentet fra:
http://www.ungsinn.no/post_tiltak/zippys-venner/

Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var....Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. (Rapport 2013:4). Oslo: Folkehelseinstituttet.

De utrolige årene. Program for ansatte i skoler og barnehager, foreldre og barn. (udatert). Hentet 10.6.2014 fra <http://dua.uit.no/evaluering-og-kvalitetssikring/>

Drugli, M. B. & Eng, H. (04.06.2014). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Olweusprogrammet. I M. Martinussen (red), *Ungsinn*, tiltak nr. 41. Hentet fra:
http://www.ungsinn.no/post_tiltak/olweusprogrammet-mot-mobbing-og-antisosial-atferd/

Flay, B., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, s...Ji, p. (2005). Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination. *Prevention Science*, 6,151-175

Fossum, S. (5. november 2009). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: TIBIR – Sosial ferdighetstrening for barn. *Ungsinn*, tiltak nr 8. Hentet fra:
http://www.ungsinn.no/post_tiltak/tidlig-innsats-for-barn-i-risiko-tibir-sosial-ferdighetstrening-for-barn/

Fossum, Sturla (22.3.2011). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Parent Management Training – Oregon (PMTO). *Ungsinn*, tiltak nr 22. Hentet fra:
http://www.ungsinn.no/post_tiltak/parent-management-training-oregon-pmto-2/

Fossum, S. (oppdatert 9.4. 2013). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Tidlig intervensjon for barn i risiko (TIBIR) – foreldregruppeintervensjonen. I M. Martinussen (Red), *Ungsinn*. Tiltak nr 14. Hentet fra: http://www.ungsinn.no/post_tiltak/tidlig-innsats-for-barn-i-risiko-tibir-foreldregruppeintervensjonen/

Haugland S., Grimsmo A. Skolehelsetjenesten i et samfunnsperspektiv. I Haugland S. & Misvær, N, editors. *Håndbok for skolehelsetjenesten*. Oslo: Kommuneforlaget; 2009, s 27-44.

Heievang, E., Stormark, K.M., Lundervol, A.J., Heiman, M., Goodman, R., Posserud, M.B., Gilberg, C. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8-to 10-years-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (4), 438-447.

Jones, S., Shucksmith, J., Summerbell, C., Whittaker, V. (2007). Mental wellbeing of children in primary education (targeted/indicated activities). University of Teesside, School of Health and Social Care.

Kjøbli, J. (10. november 2009). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: ART. Ungsinn, tiltak nr 10. Hentet fra: http://www.ungsinn.no/post_tiltak/art-aggression-replacement-training/

Kvello, Ø. (14.03.2014). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Depresjonsmestring for ungdom (DU). I M. Martinussen (red), *Ungsinn*, tiltak nr. 39. Hentet fra: http://www.ungsinn.no/post_tiltak/du-depresjonsmestring-for-ungdom/

Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegård, B. H., & Mørch, W-T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled replication trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 42-52

Martinussen, M. (05. november 2009). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: De utrolige årene (DUÅ) - Foreldretreningsprogram. Ungsinn, tiltak nr 3. Hentet fra: http://www.ungsinn.no/post_tiltak/de-utrolige-arene-dua-foreldretreningsprogram/

Martinussen, M. & Eng, H. (30.06.2010). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Zero. Ungsinn, tiltak nr. 19. Hentet fra http://www.ungsinn.no/post_tiltak/zero/

Mørch, W-T. (30. juni 2010). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: RESPEKT. Ungsinn, tiltak nr. 18. Hentet fra: http://www.ungsinn.no/post_tiltak/respekt/

Mørch, WT. (Oppdatert 13.6.2012). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) – Rådgiverintervensjonen. I M. Martinussen (red), Ungsinn, tiltak nr 5. Hentet fra: http://www.ungsinn.no/post_tiltak/tidlig-innsats-for-barn-i-risiko-tibir-radgiverintervensjonen-2/

Natvig, H. & Eng H. (revidert av Eng, H., 22.1.2014). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: PALS. I M. Martinussen (red), *Ungsinn*, tiltak nr. 32. Hentet fra: http://www.ungsinn.no/post_tiltak/pals-positiv-atferd-stottende-laeringsmiljo-og-samhandling-2/

National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment*. London. Nice.

National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Antisocial behavior and conduct disorder in children and young people: recognition, intervention and management*. London: Nice.

National Institute for Health and Care Excellence (2009). *Social and emotional wellbeing in secondary education*. London: Nice.

National Institute for Health and Care Excellence (2008). *Social and emotional wellbeing in primary education*. London: Nice

National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Depression in children and Young people. Identification and management in primary, community and secondary care*. London: Nice.

Neumer, S-P. (revidert av Neumer, S-P. & Eng, H., 27.11.2013). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Psykologisk førstehjelp. I M. Martinussen (red), *Ungsinn*, tiltak nr. 13. Hentet fra: http://www.ungsinn.no/post_tiltak/psykologisk-forstehjelp/

Neumer S-P. (14.6.2012). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: VIP (Veiledning og Informasjon om Psykisk helse hos ungdom). I M. Martinussen (red), *Ungsinn*, tiltak nr. 30. Hentet fra: http://www.ungsinn.no/post_tiltak/vip-veiledning-og-informasjon-om-psykisk-helse-hos-ungdom-2/

Reedtz, C. (5. november 2009a). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Barneperspektivsamtalet. *Ungsinn*, tiltak nr 11. Hentet fra: http://www.ungsinn.no/post_tiltak/barneperspektivsamtalet/

Reedtz, C. (5. november 2009b). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Mestringsgrupper. *Ungsinn*, tiltak nr 12. Hentet fra: http://www.ungsinn.no/post_tiltak/mestringsgruppe/

Reedtz, C. & Eng, H.. (18.11.2013a). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: PIS. I M. Martinussen (red), *Ungsinn*, tiltak nr. 38. Hentet fra: http://www.ungsinn.no/post_tiltak/pis/

Reedtz, C. & Eng, H. (12.04.2013b). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: SMART. Forebygging av emosjonelle problemer hos ungdom. I M. Martinussen (red), *Ungsinn*, tiltak nr. 36. Hentet fra: http://www.ungsinn.no/post_tiltak/test-smart-forebygging-av-emosjonelle-problemer-hos-ungdom/

Rimehaug, T. (Oppdatert av redaksjonen 25.01.2012) – Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Barnas Time. *Ungsinn*, tiltak nr. 9. Hentet fra: http://www.ungsinn.no/post_tiltak/barnas-time/

Skogen, J. C. & Fartein, A. T. (2013). *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak* (Rapport 2011:1). Oslo: Folkehelseinstituttet.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2010). *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn*. Stockholm: SBU.

Sørli, M-A., Ogden, T., Solholm, R & Olseth, A. R. (2010). Implementeringskvalitet – om å få tiltak til å virke: En oversikt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 315-321

Sund, A. M., Larsson, B. S. & Wichstrøm, L. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 28–41.

TIM-studien. Tidlig intervensjon – Mestrende barn. (udatert). Hentet 10.6.2014 fra: <http://www.ntnu.no/rkbu/mestrendebarn>).

Veerman, J.W. & van Yperen, T.A. (2007). Degrees of freedom and degrees of certainty: A developmental model for the establishment of evidence-based youth care. *Evaluation and Program Planning*, 30, 212–221.

Vis,S.A (3.10. 2011). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: SMIL – Styrket Mestring i Livet. Ungsinn, tiltak nr. 24. Hentet fra: http://www.ungsinn.no/post_tiltak/smil-styrket-mestring-i-livet/

Vist G., Sæterdal, I., Vandvik P. O. & Flottorp, S. (2013). Gradering av kvaliteten på dokumentasjonen. *Norsk Epidemiologi*, 151-156.

Woody, J.D., D'Souza, H.J. & Dartman, R. (2006). Do master's in social work programs teach empirically supported interventions? A survey of deans and directors. *Research on Social Work Practice*, 16. 469–479.